

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3391000118		
法人名	株式会社 成峰		
事業所名	グループホーム 花みずき		
所在地	岡山県新見市高尾232番地2		
自己評価作成日	平成27年1月7日	評価結果市町村受理日	

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<p>アピールしたい点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自然に囲まれた中で閑静な住宅街の一角にある。畑があり土に触れ自給自足ができる。 ・市街地の住宅街の一角に位置し生活と地域が密着している。 ・新施設が完成し、職員一丸となって取り組んでいる。 ・職員が皆明るく優しい。認知症の理解に前向きで業務を遂行している。 <p>力を入れている事</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者と少しの時間でも向かい合ってコミュニケーションをとる。 ・入居者を閉じ込めないケア(地域・地元の行事やイベントに参加する)・家族との関わり(絆)を大切に増やす。 ・今できている事をしっかりしていただけるように創意・工夫をする。
--

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://pref.okayama.jp/page/detail-7669.html
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利法人 高齢者・障害者生活支援センター
所在地	岡山市北区津高628-1
訪問調査日	平成27年1月27日

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

<p>家庭的な雰囲気の中、その人らしさを大切に生活支援を行っており細やかな心遣いが見受けられ、入居者の様々な表情からプライバシーに配慮した介護が行われている様子が窺えた。行政から「認知症カフェ」の事業委託を受け、地域の方、当事者、家族、関心のある方、ボランティア関係者等が参加し、認知症の簡単な勉強会や情報を提供し和やかに行われています。当事業グループで地域密着型サービスの紹介DVDにもモデルとして参加しており、運営推進会議の席で地域の方々に見てもらい、また行政からも介護サービスの説明に使用したいと依頼され多くの市民の方に見ていただき介護サービスの理解に繋がっています。</p>

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	地域密着型サービスの意義を職員全員が認識して地域の中でふれあいを大切にしている。運営理念と方針は掲示している。次第に運営理念に対する意識が高まってきている。	地域密着型サービスとして地域に根ざしたサービスを基本と考え、朝はご近所の方とあいさつ、行事でも挨拶をするといった風に職員の体に浸透するよう日々繰り返している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	入居者の状況から考えて、なかなか出向いていくことが困難なため、近所の方々、ボランティアを通してふれあいを深めている。出来るだけ散歩に出かけ会話をしている。少しずつ交流の機会が増えている。	地域ボランティアの方々が行事開催の時は場所づくりやうどん作りを積極的に手伝って下さる。また、市からの委託で認知症の理解を深めるためカフェを開催。お菓子とコーヒーを飲みながらの勉強会に地域の方が出席されている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域で開催される研修会や会合にはできるだけ参加するようにしている。H26年10月より認知症カフェを開催し、認知症の勉強や楽しい企画をして地域の方々や認知症の家族等と交流している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は偶数月に行っている。行事にボランティアで参加いただき入居者の方々と交流していただいている。また困ったときには、情報提供や助言を頂き運営や現場で活かしている。	運営推進会議には行政をはじめとして民生委員・家族代表・入居者1名も参加して現状報告をしている。時には認知症カフェの企画に困って相談したらマジックやフルーツのできるボランティアの方々を紹介してもらったりした。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議には、地域包括支援センターの職員に出席していただきホームの様子、入居者の状況、行事、研修等の報告を行い、必要な情報、助言や指導を頂き運営・業務に反映させている。事故報告書の提出、困難事例の相談。地域密着型サービス事業所の連絡会議の開催等。	2か月に1回地域密着型サービス事業所の連絡会議を持ち回りで開催。その際地域包括支援センターの方にも参加してもらいお互いの事例報告や情報共有に努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	定期的に身体拘束の禁止の対象となる具体的な行為を理解するための外部・内部研修を計画し、行っている。全職員が理解できるように努力している。玄関は防犯のため、内側ロック。本人の訴えや行動を把握し一緒に出る。工夫もしている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止については、全職員認識しています。外部研修の計画も行っている。現場での事例、報道による事例を交えて内部研修を行う。入浴時等に身体の様子を観察して職員で共有している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	権利擁護事業入居者1名、成年後見制度入居者1名、生活保護入居者1名おられます。管理者は地域での研修会に参加し、ミーティングで職員に知識の伝達を行っている。社会福祉士会の勉強会に参加。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居時、契約書、重要事項説明書の説明は行って同意を得ているが、再度、行事等の際説明の機会を設けご家族にご理解いただけるようにしている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	運営推進会議で家族代表、入居者代表に出席していただき意見や要望を聞いている。ご意見箱を設置し利用してもらっている。日常生活の中で、又面会時等意見や提案をいただき職員全員で検討し実行、実施している。	家族代表や近所にお住いの家族の方は面会時にコミュニケーションを絶やさずその中から要望を傾聴するように心掛けている。遠方のご家族向けには様子をお知らせして気になることがあれば連絡してもらい運営に反映させている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月に1回のミーティングや個人面談を通して意見や提案を聞くようにしている。その後は、意見交換、検討を行い運営に反映できるように前向きに受け止めている。	個人面談は基より元気のない職員がいたら声掛けして話を聞くようにしている。運営に関する職員の意見が出た場合はみんなで検討し、代表者にも聞いてもらっている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	資格取得に該当する職員には、研修に参加するように勧めている。資格取得のための助成もある。時々面談を行いストレスの調査や個々の勤務状況の把握を行っている。賃金改善で処遇改善加算金を年3回支払っている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	職員とコミュニケーションをとる機会を作り、提案・不満・苦情を聞くようにしている。研修会・講習会・資格取得に順次参加できるようにしている。報告書を提出しミーティングで報告し周知している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	市内のケアマネの勉強会、医療連携会議、多種職連携会議に参加している。GH、小規模多機能事業所との連絡協議会を開催し情報交換や施設見学等交流している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居が決まった時点で事前面接を行い、生活の状況、心身の状況生活暦等情報収集を行う。気付きシートを利用して入居者の思い、習慣、エピソード等把握し周知している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ご本人やご家族としっかり話す機会を設け困っている事、家族が望んでいる事等しっかり聞き家族・介護職と一緒に考えサービス計画書に盛り込みサービス提供につなげている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	緊急性や早急な対応が求められる方については、各関連事業所と連携をとり柔軟な対応を行う。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	その場の状況から本人の気持ちや思い、心の叫び等を理解し受け入れさりげなく見守るケア、自主性を目指している。食器洗い、拭き上げ等可能な限り行っている。個別ケアも行っている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族来所時には、居室またはホールでご本人とゆっくりと過ごしていただけるようにしている。外出の促し、好きな食べ物の面会時の差し入れと一緒に食べるなど。行事への参加依頼。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	馴染みのある方に会える機会を作るようにしている。定期的に、実家、地元へ立ち寄りたりして交流が出来るようにしている。友人等の面会もお願いしている。	2か月に1回ドライブをしたり、通院の途中実家の近くを車で回って、たまたま近所の方へ会えたりしたら会話をすることもある。また、馴染みの理美容に行くように支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	テーブルの位置を変えたり、ソファで集ったり、玄関先の椅子で会話したりと環境を変えることで自発的に会話ができている。一つのテーブルを囲み昔話、特技、歌の合唱等みんな参加できるような環境作り。お互いの衣類の修繕等できる方をお願いしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	契約を終了したケースには、通りがかりに立ち寄って家族の安否を確認している。入院中のケースについては、家族の相談にのっている。引き続きボランティアで来てくださったり関係が継続している。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	入居者の一人ひとりとゆっくり話をしたりと触れ合う時間を作るようにしている。昔の話や好きな話題等話す中で本人の思い出など聞き出すような機会を作るようにしている。	入居者一人ひとりが怒ったりした時、何故怒っているのか、何故こころ穏やかに過ごせていないのかその都度、話を聞き置き去りにせず対応している。そういった日々の積み重ねが本人本位の意向の把握につながるようにしている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	今までの一人ひとりの生活は違うため、無理強いせず、一人ひとりを大切に思う気持ちを伝え、安心して生活していただけるように配慮している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	一人ひとりの生活リズムや状況を把握しながら入浴や昼間の臥床を取り入れている。毎日の生活の中での家事を一緒に行うように段取りしている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	担当制を取り入れ毎月モニタリングを兼ねて家族連絡表を作成し家族に送付している。ミーティングでは職員と話し合い入居者主体のケアを考え、介護計画を作成している。面接時にも取り組んでいる。	本人がより良く暮らすため、日頃のかかわりの様子を家族連絡表を通じ、また職員間ではミーティングで共有している。チームでつくる介護計画を充実させる為、目標達成計画にも掲げ取り組んでいるのが窺える。	行事を通じ家族との絆を深め、堅苦しい雰囲気ではなく、本人をよく知る家族や関係者と本人本位の介護計画を作成されることをまた、現場職員の育成に努め、介護計画の充実に取り組まれる事を期待します。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の様子やケアの実践を生活記録に記入。定例のミーティングや申し送りを通じて入居者の変化や状況の共有を行っている。申し送りノート、受診ノートにより医療の状況、ケアの変更等の周知を行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	画一的なサービス内容にとらわれず、目の前に起こった状況に必要なサービス対応を行っている。緊急入院で家族の付き添いが困難なケースに付き入院手続き、添いを行う。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	訪問理美容(地域の業者)を活用している。福祉・地域ボランティアとの交流を行っている。運営推進会議において意見を聞く。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医に定期的に受診を行っている。主治医とのコミュニケーションに心がけている。協力病院との契約で、緊急時の対応がスムーズである。	家族がかかりつけ医の定期受診に協力してくれている。その時、バイタル記録や日常の様子を伝えるようにしている。協力病院は診療科が豊富なので安心できる。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	日々のバイタルチェックを行い、状態の観察で早期発見に心がける。異常があった場合には看護職に相談し医療につなげている。救急対応もスムーズに行っている。訪問医療・看護の導入は困難。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院の場合には、地域連携パスによる情報提供を行う。定期的に病状を見舞うようにしている。退院時には家族と病院関係者とカンファレンスを行い日常生活を踏まえての情報の共有を行う。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期ケアについての方針はまだ検討中です。今後家族の意向を踏まえて話し合い、意見や要望を十分把握したい。又、医療との連携。職員の理解と心のケアについても今後研修が必要である。	終末期ケアについては医療連携の問題もあって、検討段階です。また、「看取り」と一言で言ってもかなり難しいことなので職員・家族など密に連絡をとり、どう支援するか方針と共有について検討中である。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	消防署による応急処理や初期対応の訓練を定期的に行うようにする。(心肺蘇生法、AEDの訓練等)		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練を年2回花すゝきと合同で行う。夜間想定、日中の火災想定で避難の訓練。通報訓練。地域の方々の参加が増え貴重な意見をいただき火災のベルの取り付けを行った。又、災害時の地域の避難施設として行政より委託を受けた。	消防署参加の避難訓練に地域の方々も参加して下さり、地域の方々から入居者一人ひとりの状態(歩ける・歩けないなど)が一目でわかる札を作って首に掛けてもらえたら支援し易いといった意見ももらった。	火災以外の災害時の避難訓練を考慮中の事。消防署の防災マップを活用するなど防災・避難対策に取り組まれる事を期待します。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	トイレ誘導・介助や入浴介助の際には十分配慮しさりげない声かけを行っている。トイレへ入る際のノック等 名前の呼びかたにも配慮している。居室入る際のマナー(ノック)に配慮している。尿・便失禁時の職員の言葉にも配慮が必要。	声掛け、接遇に注意しプライバシーを損ねない様当事者、周りの入居者に配慮しながら支援している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	入浴やその日に着る洋服選び、飲み物等については本人の意見が重視できるように配慮している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	本人が今どうしたいのか、どうして欲しいのか？把握し一番良い状態で過ごしていただけるように配慮している。日課として好まれることをしていただく。何をしたいかわからない方には声かけをする。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	衣類は自分で選んだものを身に着けてもらうように支援をしている。月に1回の訪問理美容を利用し顔そりも行う。好みの髪型にカットしてもらう。お出かけには、口紅等勤めている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者とメニューを決める機会を作る。野菜の下ごしらえ、野菜切り、味付け、盛り付け、食器洗い、食器拭き等一緒にしている。好み、味付け、量には配慮している。	職員の当番制で食事を作っている。誕生会など好みを聞いて作る。入居者一人ひとりの力量と出来ることを見極め体調などに配慮しながら、手伝ってもらっている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	見た目、栄養バランス、量的にも考えて調理・盛り付けを行っている。糖尿病の方には、米飯制限、心臓病の方には、塩分制限。水分は好みの飲み物やカップを変え雰囲気作り。動きに応じて水分を勤めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後のハミガキ、うがい、義歯の洗浄の履行。自歯の方は後で仕上げ磨き行う。舌の掃除も行う。夜間は入れ歯の洗浄を行う。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	一人ひとりの排泄パターンを把握しトイレ誘導、排泄介助の声かけには十分気をつけている。布パンツを利用されている方には、引き続き使用が可能なように自立に向けた支援を行う。	排泄に関して自立されている方もあり、自信につながるよう失敗しない支援をしている。また「トイレ」という言葉を使わずに誘導するようにしている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘症を持っておられる方には、かかりつけ医と相談しながら薬の調整を行っている。一時的な便秘の方には、食べ物の工夫、水分補給、軽い体操などで対応している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	週6日入浴日を決め一人ひとりに声かけを行いできるだけ希望に応じた回数を入れるように管理している。時間帯も希望に添えるように配慮している。羞恥心、恐怖心、安全には十分注意している。	広い玄関から入ると事務所があり吹き抜けの居間は明るく、皆がくつろげるソファー・食卓テーブルが置かれ、どこからでも入居者の様子が見られ生活感を大切に共同空間づくりを心掛けている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一日離床が無理な方については、毎食後短時間休んでいただいている。寝つきの悪い方には、薬に頼らず一緒に話をしたり飲み物を提供して対応している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬一覧表のファイルを作り職員が内容を把握できるようにしている。受診時に変更があれば受診ノート、申し送りノートにて周知している。夜勤以外は職員2名以上の確認後(名前、日付)手渡しあるいは直接口に入れて服薬を行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	入居者の生活歴や趣味などを活かした作業や手伝いが日課が日課として楽しみながら出来るように段取り、声かけを行っている。簡単な役割もできている。暖かいときには、戸外で草取り、畑作業も行う。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	できるだけ家族との絆を大切にもらう為に受診や外出をお願いしている。市内のスーパーへ買い物ツアーに行く。職員と外出支援でドライブを兼ねて自宅を訪問したり、知人を訪ねたり観光めぐりもしている。	ご家族と職員の会話が多くなるにつれ、外出時に参加して下さるようになり、より緊密になった。そして、職員も入居者の方々も外出がしやすく楽しみになってきている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	家族より小遣いとして現金を預かって管理している。数名の方は、ご本人の希望でご家族に了解の上現金を所持されている。移動販売者が来て自分で見て決め手支払うことで喜びを感じておられる。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	入居者から電話をして欲しいと希望があった場合は、時間を決めて対応している。手紙や年賀状のやり取りを行っている。遠方からの電話で懐かしそうに話されている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	ホール、居室内を明るい雰囲気にするように配慮している。壁飾り、花瓶等で季節感を取り入れている。日常的に季節の時期にあった話を話題にするように心がけている。季節に合った作品を皆さんで作成し展示している。	広い玄関から入ると事務所があり吹き抜けの居間は明るく、皆がくつろげるソファ、食卓テーブルが置かれどこからでも入居者の様子が見られ生活感を大切に共同空間づくりを心掛けている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	居室、ソファ、マッサージ器、玄関前のベンチなどで自由にくつろいでいただける雰囲気を作るように心がけています。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族の方々には、馴染みの物等を持ってきていただいている。寝具、シーツ類は個人の希望を重視している。壁には家族や孫の写真等飾ったり、位牌を備えてお茶湯をしている。	本人と家族と相談したうえ、こたつや写真や飾り物、それぞれの思い出の品々が持ち込まれている。畳の希望にも応え、暖簾については防災の観点から1m以内のものにしてもらえるよう協力してもらって工夫している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	居室内は、本人にわかりやすいように物を置く。危険につながるような物以外は自由に使用できるようにしている。たとえば、掃除が出る方のために短いほうきとちりとりを準備している。		