

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	4190200305		
法人名	株式会社 三栄		
事業所名	グループホームすぎの子石志		
所在地	佐賀県唐津市石志3310番地1		
自己評価作成日	平成 26年 10月 5日	評価結果市町村受理日	平成27年3月23日

※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://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 佐賀県社会福祉士会
所在地	佐賀県佐賀市八戸溝一丁目15番3号
訪問調査日	平成26年10月22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)】

介護理念である”その人らしく笑顔ある生活作り”の実現のため、利用者の思いや意向を把握し、一人ひとりの個性に応じた生活が穏やかに営めるように努めている。また、地域行事への参加や地域住民との関わりを積極的に増やして、地域社会の一員として生活することを目指し、少しずつであるが、出来つつある。家族や関係機関との連携を深め、施設内を整備し、職員が丁寧な対応を心がけることで開放的で明るいホームとしたい。

【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)】

静かでどかな田園地帯に位置し、敷地が広く近隣の住居と適当な間隔があり開放感がある。広い庭には様々な果樹が栽培され、季節感を感じることが出来る。ホーム内は、機能的に設計されており、清潔で居心地の良い空間である。スタッフは基本理念を理解し、各入居者の思いを大切に丁寧な支援がなされている。地域の行事への参加や、ボランティア・地域の子ども達との交流が行なわれている。また、回覧板を利用したホームの行事案内など行い、地域の一員として溶け込むための努力がなされている。毎月、家族に入居者の近況を写真や便りで伝えたり、随時電話連絡することで、家族の安心感と信頼感を得ている。

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	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
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	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
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	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
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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	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
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	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
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	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
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		

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	ホームの理念を作成し、玄関や事務所に掲示している。毎朝唱和し、一人ひとりが実践につなげるように努めている。	玄関や事務所にホームの理念が掲示され、朝の申し送り時に、職員全員で唱和することで確認されている。また、カンファレンス時など理念に立ち返り、支援方法など検討することで、実践に活かされている。	
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	運営推進会議や地域交流会の開催、ボランティアの受け入れ等で地域との交流を深めている。また盆踊り等地域の行事に参加できるようになった。散歩のときは挨拶をし、会話をすることで顔なじみの関係が深くなって来ている。時折、近所の子供さんの訪問がある。	年4回のホーム主催の交流会を、今年から地域の回覧板で案内するなど、交流を深める努力がなされている。また、地域の行事に参加したり、ボランティアや近隣の保育園児・小学生の訪問などがあり、地域の中でホームの存在が徐々に浸透しつつある。	
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	運営推進会議や地域交流会の開催等でホームに来ていただき、利用者とふれあう機会を持つことで、認知症を理解していただくように努めている。また、運営推進会議では認知症サポーター講座開催や延命治療など、高齢者にかかわるテーマを取り上げている。		
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	2か月に1回開催している。家族・地域住民(区長、民生委員、地権者)市町村担当者、介護相談員等に参加していただき、ホームの入居状況・活動の報告や災害時の対応・高齢者介護等に関する意見交換を行い、ホーム運営に役立てている。議事録は玄関に設置し、来所された方に公開している。	家族、行政、地域住民が参加し、2ヶ月に1回定期的に開催されている。ホームの状況報告や意見交換だけでなく勉強会なども行われ、サービス向上に努められている。話しやすい雰囲気でも活発な意見交換が行なわれている。	
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	運営推進会議や役所訪問等の機会を利用して良好な協力関係の構築に努めている。運営上不明なことやホームで発生した事故については常に報告相談を行い、指示やアドバイスをいただいている。	運営推進会議には毎回参加され、ホームの取り組みに対する理解があり、相談しやすい関係が築かれている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定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	身体拘束はしないことを基本にサービス提供を行っている。ミーティングや研修などで身体拘束への理解を深めている。安全のためベットの柵を使用する時は、事前に本人や家族に説明し納得承諾を得ている。	身体拘束はしておらず、言葉での行動制限に対しても配慮している。市主催の研修会などには、職員を参加させ伝達研修を行い、職員の拘束に対する理解を深める努力が行なわれている。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	ミーティングや研修会参加などで高齢者虐待についての理解を深めている。また、不適切なケアが虐待につながることもOJTの中で伝えている。		

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	ミーティングや研修で学んでいる。ホーム入居前から利用している方はいるが、ホームで利用開始を検討したことはない。		
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	利用開始時や契約変更時は家族や利用者本人に説明を行い、納得してホームを利用していただくように努めている。不安や疑問には丁寧に説明し理解をいただいている。		
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	家族の面会時、生活状況を説明し、家族の意見や要望を聞くようにしている。コミュニケーションをとることで意見が言いやすい関係づくりに努めている。意見苦情が出た場合は迅速に対応し、速やかに解決するようにしている。玄関に意見苦情用紙を設置したり、相談窓口を重要事項説明書に明記している。唐津市の介護相談員事業を利用し、利用者の意見を聞いていただいている。	家族が話しやすい雰囲気を作るように配慮され、意見や苦情が出た場合はすぐに対応している。内容は記録に残し、職員全員で共有するようにしている。毎月、入居者の写真や便りで状況報告を行い、家族との関係を良好に保つ努力がなされている。市の介護相談員事業を利用し、入居者の意見を第三者に聞いてもらい、運営に活かされている。	
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	朝の申し送り時、週1回のカンファレンス、月1回のミーティング時、毎日の業務のなかで出てきた意見や提案を受け入れるよう努めている。	会議時など意見は出しやすい雰囲気、職員の意見や提案を出来るだけ、運営に活かすように努力されている。	
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	職員の能力や実績、やる気、希望に応じ労働条件を設定しているが、職員が満足しているとはいえない。今後個人面談を取り入れ、職員の不安や希望を把握したい。		
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	研修会や勉強会の案内は職員全員に知らせている。必要なときは業務扱いで参加し、後日ミーティングでほかのスタッフへフィードバックしている。実際のケアについてはOJTを行い、技術の向上に努めている。		
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	唐津市のグループホームで構成される連絡会に参加し、勉強会や意見交換を行っている。		

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	利用前には、家族・医療機関・居宅介護支援事業所の担当ケアマネから情報を集めている。本人と面談を行い、不安や要望等を聞き、本人への理解を深めている。入居後は本人の話を傾聴することで安心感も持ってもらえるよう努めている。		
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	利用前に家族や本人と面談を行い、困っていること不安なこと、要望等はないか尋ね、その把握に努めている。しっかり話を傾聴することで安心され信頼関係ができていように思う。		
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	本人・家族・居宅介護支援事業所の担当ケアマネ・医療機関等の情報をもとに、関係機関に協力を仰ぎながら、必要なサービスが受けられるよう支援している。		
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	本人の生活歴や好まれることを十分把握し、得意なことを教えていただいたり好きなことを手伝っていただいたりしている。人生の先輩であることを念頭に置いて接している。時々方言で話しかけたりして、家族的な雰囲気生まれている。		
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	月1回の文書での状況報告や面会時の報告で互いに協力できるように努めている。多くの家族が協力的で助かっている。		
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	面会に制限はなく、自由に出入りができている。面会に来られた時は椅子や飲み物を提供し、ゆっくりしていただいている。家族へは毎月ホームから状況報告書、写真、ホーム便りを送付している。行事開催時は案内を送り、共有の時間を過ごして頂いている。	家族だけでなく、知人の訪問も時折みられ、ゆっくり過ごして頂けるように接待するなど配慮されている。また、希望があれば、墓参りや供養などの付き添いも行い、馴染みとの関係が途切れないように支援されている。	
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	利用者の相性や個性を考慮して座席を決めたり、対応を工夫している。朝のレクレーション時は1つのテーブルに集まり、利用者同士が関われるようにしている。お互いに居室を訪ねられることがあり、そんな時は見守りをしている。		

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	退居後も本人や家族の方へ面会に行ったり、連絡をしている。		
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	一人一人の思いや希望を大切にし、言葉に表現されない思いを汲み取れるように努めている。実現不可能な時はその方が和むものを見出し、ストレス解消に努めている。また、自ら表現できない方は、反応を見ながら本人の希望を把握するようにしている。	外出や食事など入居者の希望や意向を把握し、その思いに出来るだけ沿うように努力されている。言葉で表現できない方の場合は、表情やしぐさを見ながら対応されている。また、定期的な外食を希望される方は、介護計画に反映し支援されている。	
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	本人や家族からの聞き取りや担当ケアマネからの情報提供を受けて、生活歴・病歴・好み等の把握に努めている。把握した情報はフェイスシートにまとめ、スタッフ全員が見れるようにしている。		
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	おおまかな1日のスケジュールはあるが、押し付けず、その方の希望や状態に応じてすごしていただいている。バイタル測定、表情や言動の観察、一緒に家事作業を行ったり、レクリエーションを行う中で、心身状態や有する力を把握するように努めている。		
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	カンファレンスを行い、本人の状態や希望に応じた計画を作成している。家族には面会時や月1回の状況報告書を通じて実情の説明や要望を聞くように努めている。カンファレンスに家族の参加が少しずつであるができています。モニタリングは月に1回で行っており、みんなでモニタリングすることで情報の共有ができています。	毎月1回開催されるカンファレンスにて、モニタリングを行い、それに基づいた介護計画が作成されている。最近は、家族の参加も徐々に見られるようになってきている。職員全員が共有できるような分かりやすい書式が整備され、統一した支援が行なわれている。	
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	日々利用者ごとの記録を行い、申し送りや連絡ノートを活用しながら、情報を共有している。気づきについてはアセスメントに取り上げ、カンファレンスで検討のうえ、必要であればプラン変更を行っている。		
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	体調や気持ちの変化に合わせて、その時々に応じたサービスを心がけている。		

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
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	地域の交流会やボランティアによる活動を通じて楽しんでもらっている。顔なじみの関係が出来つつある。地域のボランティアの訪問が増え、顔見知りの関係ができています。		
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	協力医だけに偏らず、利用者・家族の意向を確認しながら医療機関を受診している。体調に変化がある時は主治医と密に連携をとり、適切な治療が受けられるように努めている。	入居者・家族が希望されたかかりつけ医に受診されている。かかりつけ医や他科への受診はホームからの送迎が主で、医療機関との連携も密に取られている。また、訪問歯科による歯科受診が月1回行われ、口腔ケアにも配慮されている。	
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	利用者の体調に変化がある時は、ホームの看護職員に報告を行い対応を検討している。判断しづらい時は他事業所の看護職員やかかりつけ医の看護職員へも相談している。		
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。	入院時はホームでの生活ぶりや既往症、内服薬の情報を病院へ提供し、円滑に治療が受けられるよう支援している。入院中は面会に行き本人を励ましたり、洗濯物のお世話をし、生活に困らないようにしている。また、時折医師や看護師に入院中の様子を確認し、状態の把握に努めている。		
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、事業所ですることが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	入居時には重度化の指針やターミナルケアの方針を書面にて説明し理解を得ている。状態が重度化した時は、随時家族と話し合い、また必要に応じて医療機関に相談しながら、今後の過ごし方を決定している。	入所時に重度化時の対応方針を、書面にて説明し同意を得られている。実際、重度化した場合は、その時点で家族と話し合いながら、支援方針を決めている。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成、事務所に備えている。また、消防署から講師を招き、救急蘇生法の講習会を開催している。		
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	定期的に避難訓練や消火訓練、避難所へのルート確認を行っている。地区住民も加えた緊急連絡網を作成し、速やかに応援をうけられるようにしている。	年3回、消防署の参加や夜間想定での避難訓練及び消火訓練が実施されている。緊急連絡網には区長なども加えられている。原発マニュアルなど火災以外のマニュアルも作成されている。	災害への対策意識が高く努力されているが、さらに消防団等を含めた地域との連携強化を期待したい。

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	その人の人格を尊重し、プライバシーを損ねないよう、丁寧な言葉使いや対応を行っている。また、居室やトイレに入る際はノックをしている。	申し送りは事務室で行い、居室はノックをして入室するなど、個人情報やプライバシーの保護に配慮している。トイレや更衣時は、出来るだけ自然な誘導を心掛けている。	
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	利用者と密にかかわり、話を傾聴し、行動を観察することで思いや希望を汲み取れるように努めている。また、利用者に問いかけたり、確認することで自己決定できる環境を作っている。		
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、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	本人の心身状態にあった生活実現のため、ホームの日課を押し付けることなく、柔軟に対応するようにしている。		
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	身だしなみに関して自立されている方には自由にしていただき、介助が必要な方は、希望を聞きながら、身だしなみの介助をしている。2ヶ月に1度訪問理容あり。		
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	献立は栄養・色どり・季節感を考慮し偏らないように作っている。また、食事時はテレビを消し、音楽を流しながら、職員も一緒に食べている。献立を毎日掲示板に表示し、読み上げて、食事に対する楽しみを感じていただいている。利用者の意見もメニューに取り入れれたりしている。後片付けを手伝っていただいている。	スタッフが一週間分の献立を立てているが、入居者の希望を取り入れたり、季節感を感じられるように配慮している。誕生日の食事は、誕生者の希望を聞いている。また、家族との外食や、希望での外食も積極的に支援している。食器拭きなど後片づけを入居者も一緒に行われている。	
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	食事量や飲水量を記録し、常に必要量が確保できているか確認している。体調や嚥下状態にあわせて、形態や献立を変えている。		
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	毎食後声掛け誘導、介助と利用者の力量に合わせて対応している。夜間は義歯を預り洗浄液につけている。必要な方は歯科受診したり、定期的に訪問歯科で口腔ケアを受けていただいている。		

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
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	排泄チェック表を作成し、個別に排泄パターンを把握。その方にあったタイミングでトイレ誘導を行っている。極力紙おむつを使わないですむよう、ポータブルトイレの使用やパットの使用等の工夫をしている。	排泄チェック表を活用し、各人の排泄パターンを把握しトイレに誘導されている。現在、オムツ使用者はおらず、夜間でもポータブルトイレやトイレに誘導されている。	
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	個別に排便状況をチェックし、下剤の調整や腹部マッサージなどを行っている。便秘の方は水分補給や便通によい食材を心がけている。		
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ず、個々にそった支援をしている	ホームの都合で曜日・時間決まっているが、入浴を拒否される方や体調不良の方には、決まり通りではなく、入浴日や時間を変更して柔軟に対応している。週3回の入浴を行っている。	入居者の体調に合わせているが、基本的に週3回隔日に入浴されている。他の日でも入浴は可能である。入浴を拒否される方については、工夫した声掛けが行われている。	
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	夜間良眠できる様、日中のリズム作りに努めている。昼食後は休息を促し自室でゆっくり過ごして頂く。夜間不眠が続く方は医師に相談し、眠剤の調整や服用時間の変更等を行っている。		
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	概ね理解しているが、詳細には出来ていない。薬剤師による研修会で理解を深めている。説明書を見たり、薬剤師や看護師に問い合わせたりして、理解に努めている。状態に変化がある時は、まず看護職員に報告、必要があれば病院へ相談し指示を受ける。与薬の間違いを避けるため、名前、日にちを声に出して確認している。		
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	朝の散歩、植木の世話、洗濯物を干したり、たたんだり、本人の好みや能力に応じた役割や日課を作っている。季節ごとの行事や誕生会・地域交流会・ドライブなど通じて楽しみを作り出している。晩酌・喫煙、外食、買い物等の希望は本人と話し合いながら安全に行えるよう支援している。		
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	朝の散歩に出かける方がいる。初詣や盆踊り等地域行事への参加が増え、地域の方との交流もできるようになっている。また、桜や梅、あじさいなど季節ごとに花の名所に出かけている。外食へ出かける人もいる。家に帰られる時は、家族と連絡を取り送迎を行っている。	朝の日課としてホーム周辺を、スタッフの付き添いで散歩され、地域の方と挨拶を交わすなど交流されている。また、花見など季節ごとの外出や、近隣への買物や食事などの外出支援がなされている。	

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	殆どの方がホームで預り金を管理している。管理能力や本人の希望により、ご自分で管理されている方もあり、ご自分で買い物にいたり、職員に買い物を頼まれる時がある。職員が付き添い等の支援をしている。		
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	希望に応じて電話を使って頂いたり、電話の取次ぎも行っている。目が悪い方の手紙の代筆にも応じている。届いた手紙は本人の同意のもと読み上げている。		
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	草花を飾り季節感を出すようにしている。窓やカーテンの開閉で温度や光の調整をしている。空調は温め過ぎず・冷え過ぎず、乾燥に注意し調整している。居間の大きい窓からは景色がよく見えて、四季の変化を感じられる。	居間は天井が高く開放的で、大きな窓からは外の景色が楽しめる。テラスには、スロープも設置され、気軽に外に出やすい工夫がなされている。広い庭には様々な果樹が栽培され、入居者は季節感を感じる事が出来る。	
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	食堂の席は希望や状況により決め、利用者それぞれが落ち着いて過ごせるように努めている。自席だけでなく、他の席にも座っても否定することなく自由にしてもらっている。		
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のものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅から箆笥・冷蔵庫・仏壇・テレビ等を居室に持ち込まれている。それらを活用し自由に居心地よく生活できるように工夫している。衣類の入れ替えや模様替えは本人に相談しながら行っている。毎日清掃を行い清潔を保っている。	居室は、入居者の希望に応じ使い慣れた家具など持ち込まれ、落ち着いた雰囲気である。清潔に保たもたれ、居心地よく過ごせる配慮がなされている。	
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	手摺設置・段差解消・補助器具の利用。居室・トイレの入り口には目印などできるだけ自立した行動が出来るように工夫している。又、安全確保のため、見守り観察を重視している。		