

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	4591700010		
法人名	株式会社西日本福祉サービス研究所		
事業所名	グループホーム正寿の光	ユニット名	つつじユニット
所在地	宮崎県北諸県郡三股町大字蓼池4607番地1		
自己評価作成日	H29年8月8日	評価結果市町村受理日	平成29年11月2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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kihon=true&JijvcsvoCd=4591700010-008&PrefCd=45&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成29年9月5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)】

1、看取り介護体制が整っているホームである。2、年間職員研修計画を作成(ホーム内研修・ホーム外研修)し、職員教育に力を入れている。3、地域との交流を積極的に行っている。4、入居者はホーム内にとどまらずに積極的な外出支援を行っている。5、リーダー会議、ユニット会議、認知症ケア会議、全体会議などを通して、問題点をそのままにせず常にPDCAサイクルを回している。6、ご家族との連携を大切に、要望、希望等聴く機会を設けている。7、ケアプランにこだわり、ケアプランの実践に力を入れている。介護士も自らセンター方式シートを使ってアセスメントを行う。8、マンネリ化しない、常に新鮮な運営推進会議を行っている。9、昨年度の目標達成項目を1年間を通して実践し、評価を行った。

【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)】

基本理念「思いやり」「自分らしさ」「笑顔」を掲げ管理者・職員共に常に理念を念頭に置きながらケアの提供を行っている。ICT(情報通信技術)を導入し昼間に担当者会議を開くなど職員の負担軽減を図り業務改善に努めたり、さらに職員に施設内部、外部の各種研修参加や働きながら各種資格取得の推奨をするなど職員育成にも取り組んでいる。看取り介護の体制も24時間365日医療連携で対応でき過去に2例実践している。重度化した場合の対応指針を説明し、最大限の尊厳ある看取り介護を行う体制の確立に努めている。不審者侵入防止のため防犯カメラの設置があり、また、毎月抜き打ち防災訓練を実施している。

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 3. 利用者の1/3くらい 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、活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している (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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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

自己	外部	項目	自己評価	つつじユニット	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 I:4591700010						
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	6月、7月のリーダー会議で理念の意識付けが薄くなっているのではないかと議題に上がった。「思いやり」「自分らしさ」「笑顔」のある正寿の光は、職員の目標である。	理念は開設当初全職員で作成されたもので、リビングや職員室に掲示し、常に理念を意識しながら日々のケアを実践するよう努めている。5年を経過し現状に即した新たな理念の必要性を感じているところである。	事業所開設以来、理念の見直し検討がされていないので、事業所の状況の変化や社会の流れに即した理念となるよう職員全員で検討されることを期待したい。	
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	公民館活動に参加している。隣の奥さんが回覧板を持って来られ、入居者と職員が目を通し、それを職員と入居者と一緒に隣に届けている。そこで地域の人とのコミュニケーションが生まれている。	自治会にも加入しており清掃活動や夏祭り、地域の小学校の運動会、笑顔サロン等に参加するなど積極的に地域資源の活用に取り組む、地域の中学校の職場体験学習や傾聴ボランティアの受け入れ等地域の一員として密に交流を図っている。		
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	管理者が小学校区の認知症サポーター活動を行っている。地域の方に、グループホーム及び認知症や高齢者に対する理解を深めていただくこうと考え、広報誌を通して様々な事を発信している。			
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	28年度は三股町役場総務課危機管理担当職員に参加して頂き、風水害避難対策マニュアルを作成することが出来て、訓練も行った。	会議は定期的に行われており公民館長、民生委員や地域の有識者、議題に応じて消防職員や地域巡査、家族代表の参加のもと開催されており、ホームの現状報告や行事予定、事故やヒヤリハット報告を行い意見や要望を得てサービスの向上につなげている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議の場や、申請の手続きなど窓口訪問時に、様々な相談を行っている。最近では計画作成担当者や介護職の兼務の場合の勤務形態表作成について相談を行った。	運営推進会議の出席を得ており、運営面や業務に関する報告や相談をし、情報を得ながら良好な関係を築くよう努めている。		
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「介護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0のホームである。不審者侵入防止のため、事務所職員が休みのときには玄関の鍵は施錠している。玄関が施錠してあっても自由に庭には出る事が出来る。身体拘束や虐待について職員教育も実施している。	身体拘束の勉強会を年1回行い、毎月、安全対策委員会で身体拘束について検証している。グループホーム自体が身体拘束をしないケアに取り組んでいる。		
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	打撲跡(内出血)が見つかる事も多々ある。介護者が強く握っていないか、無理やりケアを実施していないか等その都度検討をしている。職員教育も定期的実施している。			

自己	外部	項目	自己評価	つつじユニット	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	三股町地域包括支援センターの社会福祉士を招いて権利擁護や成年後見人制度の勉強会を行った。正寿の光の職員は虐待について、通報義務があることを知っている。			
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	利用中の料金改定については重要事項変更として文書をもって説明し同意の確認をとっている。契約終了(退去)についても契約解除届出に従って説明し理解を得ている。			
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	アンケート結果や改善策については、家族会や運営推進会議で報告させていただく。又広報誌にも掲載し地域の方にも知っていただくようにしている。利用者の要望は個別にアセスメントで意向確認をしている。	家族の来訪時や運営推進会議、グループホームの催事に参加した家族から意見や要望を聴きだし検討して改善につなげている。また、家族と職員間の連絡ノートも活用し共有している。		
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	全体会議、リーダー会議、各種委員会などで検討された事は全て、代表者が会議録を確認しており、必要ならば、施設長会議や経営会議で検討される仕組みとなっている。	現場や個々の職員の様々な意見などをICT化(情報通信技術)で一本化し、情報共有を図っている。会議など日中に開催し少しでも働きやすく、またやりがいがある職場になるよう努めている。		
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	家庭と仕事の両立宣言を行っている事業所である。処遇改善加算Ⅰを算定している。ICTを導入し職員の負担軽減を図った。各種資格を取得できるようにSDS研修を推奨している。			
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	施設内研修、施設外研修の年間研修計画を作成している。無資格者が働きながら、初任者研修受講が出来るように、休みの調整も行った。			
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	グループホーム連絡協議会の県南地区の研修会や意見交換会に参加させている。事例検討会では様々な施設で働いている介護士やケアマネジャー、看護師との意見交換を行っている。			

自己	外部	項目	自己評価	つつじユニット	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	入居相談を受ける際は、本人の心身の状態、疾患について、経済状況等の確認などを行う。困っている事を傾聴し、相談者が「話をして良かった。楽になった。」と思われるような対応を心がけている。			
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	本人、家族の意向をきちんとケアプランに書き、一緒に考え、話し合う事でほとんどのご家族と信頼関係が築けている。今回のアンケート結果では「悩み事、相談事等親身になってくれ心強いです。」と意見を頂いた。			
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	BPSDが治まらない方に対して、医療デイケアの利用を6か月間行った。徐々に職員、環境に慣れて、現在は医療デイケアの利用も中止し、落ち着いた生活が出来ている。			
18		○本人と共に過ごしえあう関係 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	基本理念に「思いやり」「お互いに支え合いましよう。」と入っている。入居者同士、職員同士、入居者と職員同士支え合って共同生活を行っている。より深く本人を知る事の一つのセンター方式を勉強中である。			
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	電話で日用品購入など依頼をするとき、来訪された時、まず本人の良い事を伝えましょうという事が正寿の光の基本である。ご家族がほっと安心されてから本題に入る。今回のアンケート結果でも書いて下さっている。			
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	できるだけ馴染みの場所に、外出が出来るように御家族にもお願いをしている。日常生活の中での買い物は地元の商店に行くため、そこで馴染みの人に会ったりしている。	年間計画を作成し、役場、郵便局、なじみの商店に出かけたり、友人の訪問があり、関係が途切れないように支援に努めている。		
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利用者が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	洗濯物たたみができる人は、他利用者の分までして下さる。野菜カットや、茶わん洗いが出来る人も他利用者の分までされる。共に支え合って生活できている。仲の良い友達関係もできている。			

自己	外部	項目	自己評価	つつじユニット	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	サービス利用が終了するという事は、お亡くなりになるという事である。お通夜にほとんどの職員が出席し、グリーフケアを行っている。入院時にも、病院と連携し、ご家族が不安にならない対応を行っている。			
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	思いや意向の把握のため、介護職員はセンター方式の勉強中である。現在事例検討もしている。認知症ケア会議でテーマが上がり職員間で話し合いを行っている。ケアプランへも反映できている。	普段からの会話や生活の様子から一人ひとりの思いや意向をセンター方式(認知症の人のためのケアマネジメント方式)の考え方で聞き取りを行い把握に努めている。		
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	ポータブルトイレのバケツで米をとぐような動作を何回も見て、立位が不安定な方であったが、米とぎをプランに入れた。水の量の測り方を、職員に教えてくれた。			
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	起きた時間で朝食はまちまちである。午前、午後1時間ほど休まれる方、職員と一緒に掃除をされる方等その人によって生活のパターンは違う。本人のできること分かる事はセンター方式でアセスメントを行っている。			
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	動くケアプランを目指してある。介護記録もケアプランを意識し、ニーズに基づき記録する。定期的に介護士、計画策定担当者とカンファレンスを行っている。計画作成担当者は毎月モニタリングを行っている。	毎月モニタリングを行い担当職員、家族の意向、協力医の意見も反映させ現状に即した介護計画を作成している。介護計画は基本的には半年ごとに、変化があれば随時見直しを行い家族の了解を得ている。		
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	記録の基本はセンター方式D1シートの考え方である。介護計画書を介護士自身も評価を行い、再アセスメント実施し、カンファレンスを通して一緒に見直しを行っている。			
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	都城医療センターの皮膚排泄ケア認定看護師には入居者の褥瘡ケアや皮膚ケアを指導をしてもらっている。福祉用具専門相談員も定期的に入出入りをしており、ポジショニング等指導を受けている。			

自己	外部	項目	自己評価	つつじユニット	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	馴染みの薬局、民生委員、公民館長、地域の住民、地域包括支援センター、駐在所、認知症疾患医療センター、中学校、小学校、消防署などの協力をもらいながら、利用者の生活を支えている。			
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	協力医は24時間365日医療連携が可能で訪問診療が基本である。その他のかかりつけ医の方は、医師とホームとの連絡帳を使って医療連携を行っている。通常受診は家族対応である。	本人、家族が希望するかかりつけ医になっている。受診は、家族が行うことになっているが、家族の都合がつかない時や緊急時は職員が対応している。		
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	週に1回の訪問看護を受けている。連携ノートで、状態を報告又指示をもらっている。訪問看護師とは24時間連絡相談可能である。又協力医の訪問看護とも連携を行っている。			
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。	最近病院施設に地域医療連携室があるので、とても連携しやすい。入院当初から退院計画が進んでいる。管理者が看護師であるのでうまく関係作りが出来ている。			
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	入居解約時に「重度化した場合における指針」「看取り介護の指針」を説明し、事前指定書を提出して頂いている。看取り対応も十分に整っており、経験もある。本人の状態の変化と共に、ご家族、介護士、訪問看護師、かかりつけ医と話し合いを行っている。	看取り介護の指針を説明し、段階に応じて同意を得ている。医療機関と24時間連携できる体制を築き、過去に2例の看取り介護の経験がある。管理者自身が看護師でもあり、体調急変時や医療的措置が必要とされる状態になった場合、協力医療機関との連携が図りやすい。		
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	応急手当については年に1回であるが、救急救命士による講習を全職員受講させている。定期的に急変時の対応や事故発生時の対応について教育訓練を実施している。			
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	風水害マニュアル、不審者侵入対応マニュアルを新たに作成し、訓練を行うことが出来た。地域の住民10名が、災害協力員として登録させていただいている。消防訓練にも多数参加して頂いている。	風水害避難訓練と新しく始めた不審者侵入対応訓練については、地元消防団や地域災害協力員の協力を得て、それぞれ1年に1回ずつ実施している。また、抜き打ち訓練は、夜間を想定して毎月行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	つつじユニット	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	職員教育を定期的に行っている。ケアをさせていただくときには、必ず承諾を得るという基本姿勢である。大きな声で排泄の事は言わない。プライバシー空間を開けっ放しにしないなど常に勉強会などで確認合っている。	職員は接遇の研修や認知症の研修を通して意識向上に努めている。利用者の誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや利用者のできる力を大切にし、せかさずさりげなく介助に努めている。		
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	支援の前には必ず同意をとる。自分の誕生日の日のごちそうは自分で選ぶ。月・木は冷蔵庫にある食材で自分たちで献立を作る。10時の飲み物は好きなものを選ぶ。衣服は自分で選ぶ。等の支援を行っている。			
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	定型業務がある中で、9名のその人の希望に沿った支援をする事は非常に難しい事であるが、出たり入ったりする人がいると、外出支援を行ったり、ゴミ出し散歩、娘さん宅に出かけたりしている。			
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	朝の着替えは職員と一緒に衣服を選んでいる。馴染みの美容室に出かける人、化粧を毎日する人、髪を染める人など本人の希望で支援している。			
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	季節の物を畑で収穫し、食卓に並ぶ支援を継続している。一人ひとりできる事は食事作りにも生かしていただいている。職員も一緒に同じ物を食べることでコミュニケーションも増える。	食事は暮らしの中で重要な部分であり、家庭的な雰囲気の中でみんなで一緒に食事を楽しむ意義について理解している。米とぎ、皮むき、下膳など出来ることを利用者が行っている。		
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	定期的な体重測定、血液検査の確認などで栄養状態の把握が出来ている。毎回食事、水分チェックを行うことで、カロリー不足や水分不足を補う支援や嚥下食の検討が出来ている。糖尿病食の提供もできている。			
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	磨き残し支援はほとんどの方に必要である。訪問歯科診療で診ていただき、口腔ケアの指導をして頂いている。様々な口腔ケア用品も使用している。			

自己	外部	項目	自己評価	つつじユニット	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	排泄支援について現在事例検討中である。4月に入居された方は入院中からするとオムツの量が少なくなったと言われている。		排せつチェック表を有効に活用しトイレ誘導を行っている。退院後の定期的な声掛けでオムツ量が減少した利用者がありタイミングの良い声掛け誘導に力を注いでいる。	
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	殆どの方が排便困難である。起床時のはちみつ入り冷水飲用、10時のコーヒータイムではオリゴ糖を飲料と一緒に飲んでもらう。腹部の温罨法等色々試している。			
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	必ずお風呂が沸いているが入るか問うて本人の返事を待つ。入っても入りたと言われた時には入れるようにしている。同性職員の介助を希望する方は希望の通りにしている。		基本は週3回であるが利用者の希望に応じて臨機応変に対応している。2種類のリフトがあり立位のできない利用者はリフトを使用して浴槽に入り、状態や希望に沿った入浴支援をしている。	
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	入居者、職員も食後は1時間ゆっくりおしゃべりをしながら過ごす。消灯の時間は設けていない。眠剤を服薬する方は、寝ようかという時に居室ベッドで服薬する。午前、午後休む人、全く休まない人まちまちである。			
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	お薬の管理は(副作用の把握も含めて)看護師である施設長が行っている。状態変化やお薬調節など直接医師に伝えないといけない時には、血圧などデータを持って直接診察に同行する。			
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	楽しみ事、役割、できること、生きがいつくりはケアプランに書いて、実践できるようにしている。			
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支援している	認知症サポーターや地域の人々の支援での外出は行っていない。家族とは協力して、遠出を年に2~3回はしている。外出支援は積極的に取り組んでいる。墓参りはお家族の協力を得ている。地域めぐりは日々のドライブで行っている。		車椅子の方でもリフト車を使用し、家族の協力を得て温泉施設に出掛けている。また、地域の物産館を訪問し交流するなど戸外での開放感や季節感を感じられるよう支援をしている。	

自己	外部	項目	自己評価	つつじユニット	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	金銭の持ち込み、預かりは行っていない。遠足や買い物などでは、施設の立て替え金払いを利用し、本人が買い物をできるような支援をしている。			
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	家族から職員に電話があった場合は、本人と代わり話をして頂く。そわそわしていらっしゃる時にはこちらからご家族に電話をかける事もある。			
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	広くない空間で落ち着く事が出来る電色である。天井が高く天窓からは、雨音がしたり、太陽の光が差し込む。庭に出ると、洗濯物が干してあり、畑には季節の野菜が実っている。台所からは部屋に居ても、包丁の音がして良いにおいが漂う。	対面式のキッチンからは料理の匂いが漂い、包丁の音が聞こえる生活感にあふれた空間がある。トイレもユニットごとに4か所設置されている。窓からは四季折々の自然の変化を感じ取れる。		
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	1人でゆっくりしたり、ご家族と一緒に過ごしたりするときには自室で。皆と一緒に過ごしたい時にはリビングや食堂で。ちょっと歩いてゆっくりしたい時には廊下のソファで過ごせるようにしている。			
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	筆筒やベッドは馴染みの物を持ちこむようになっているが、真新しい物をほとんど準備される方が多い。家族写真や日頃使っている湯呑は持って来ていただいている。自分の作品を飾っている方もいらっしゃる。	居室入り口には表札を出しなじみの家具やテレビ、仏壇を置いたり写真や作品を飾るなどそれぞれの利用者の居心地の良さに配慮している。ベッド柵に自分の古着で作ったカバーを掛けて落ち着いた雰囲気を醸し出している居室も見られる。		
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	トイレのドアの色は認識しやすい赤を使っている。リビングには日付を認識しやすいように手作りの大きな日めくりカレンダーがある。各居室入り口には自室と分かりやすい様に工夫してある。			