

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	4391500164		
法人名	社会福祉法人 光総会		
事業所名	ぐるーぷほーむ やすらぎ		
所在地	熊本県天草市五和町御領6447番地		
自己評価作成日	平成22年8月25日	評価結果市町村受理日	平成22年11月1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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あすなろ福祉サービス評価機構
所在地	熊本市南熊本三丁目13-12-205号
訪問調査日	平成22年10月7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)】

家庭的で落ち着いた雰囲気はもちろんのこと、医療・介護・社会生活的側面を重視して、個人の出来るところから生活の質の向上にアプローチをかけ、職員全体で個人の生活の把握ができるように努力をしている。また、個人の生活に欠かせない社会生活を拡大発展させるため医療・介護的側面の確認と記録を行い、安定が図られた場合は、外出も頻繁に行えるようにしている。

【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)】

今年4月に開設したばかりのホームは、1階は御領ふれあいほーむとして地域に開放し、2階をグループホームとして隣接の小規模多機能と一体となって地域交流の促進に取り組んでいる。介護度や心身の状況如何に関わらず受け入れ、入居時の困難事例の解決は職員のケア向上となって表れ、入居者一人ひとりの違いを認識し、真意を模索しながら本人本位の生活を支援している。職員の寄添いのケアや毎日のカンファレンスにより気づきや観察の結果を随時プランに追加しながら、身体機能低下防止や認知症ケア進行防止へ取組み、今では立位歩行になる等質の高いケアを実践している。“家庭的でゆっくり”を目指した一日の生活のなかに散歩や行事への参加等変化のある楽しい生活と家族として役割も担うことで自信回復となって表れている。隣接の医院や小規模多機能・幼稚園等がこの地域の医療・福祉の拠点として今後も飛躍されることが大いに期待できるホームである。

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	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	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	平成22年8月17・20日に職員会議を開き、全職員に施設理念を配布し、箇条書にて個人でまとめるようにして、全職員の施設理念の把握の促進を計っている。	今年4月に開設したばかりのホームであり、法人理念“尊厳の元に 支え合い 喜び合い 共に生きる”のもと、小規模多機能と同一の倫理規定をケア規範としている。職員会議で配布し、職員個々がまとめることで認識の向上を図り、地域密着型ホームとして家族や地域住民に来訪を呼びかけ、入居者と職員が仲むつましく過ごす姿は“共に生きる”の実践であると思われる。	まだ開設して半年グループホームの核となるような独自の理念も作る意向であり、定期的に理念を確認しながら、更に日々のケアに反映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	町中にある菜園への散歩や、通り道・ご近所さんへの声掛け、御領ふれあいほ一むをご利用された老人会の方との交流がある。また、買い物・外食を町中へ出かけて行き楽しみながら地域の交流を徐々に広げている。	門前町の一角に有るホームは天気の良い日は菜園へ出かけ、近隣住民との談笑や1階が御領ふれあいホームとして地域へ開放しており、多くの老人会の方と交流したり、隣接の多機能事業所とともに多様な行事は地域住民との接点となっている。ホーム職員も地域の一員として地域の祭りに協力し、シルバーヘルパー講座の実習先として提供している。	
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	天草市老人クラブ連合会主催のシルバーヘルパー講座(施設内研修)のお手伝い。今年は施設での夏祭り花火大会(平成22年7月24日)を行い地域の参加者もあった。来年は町の夏祭りと合同で行うようにする。		
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	平成22年7月29日に御領たきのうやすらぎとの合同運営推進会議を行った。報告書に記載	本年7月より小規模多機能事業所と一緒に運営推進会議を開催し、ホームの利用者状況や活動を報告し、ヒヤリハット等を提示し参加者からも積極的に意見や助言を出してもらい、サービス向上に反映させている	グループホームとしてはまだ2回の参加であり、回を増す毎に運営推進会議を起点として意見や要望が更にホーム運営に反映されることが期待される。地域密着型として、小規模事業所と共に地域に存在が広がり、意義あるものとされることも期待される。

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
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	次回の運営推進会議に参加依頼書を送付して参加依頼を受けたいと思う。	行政には書類の提出時に情報を発信し、困難ケースの相談等を行なっているが、必要最低限の関係であり、今後運営推進会議への参加を促す意向である。	ホームでは認知症サポーター養成研修へ参画しており、今後も支所が近くにあるという地の利を活かして運営推進会議への参加を呼びかけ、行政との関係作りに努められることが期待される。
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	当事業所の職員業務の手引を作成し、その中に身体拘束に関する注意事項が記載されており、全員が把握できるようにしてある。また、随時注意を行って、ご利用者様の自由と安全の確認をしている。	“身体拘束排除宣言”を掲示し、手引書で全員が拘束や虐待の弊害を認識している。医療措置として抑制があった入居者も全員で検討し、基本的には自由な生活を支援している。外出傾向を早めに察知し一緒に散歩に出たり、衝動的に外に出られる入居者には後ろから見守り、夕方の不穏時には職員を増やしたこともあったが、今では“いつでも出かけられる”と認識され、落ち着いた自由な生活となっている。	
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	事業所に職員業務の手引を作成し、その中に虐待について記載がされており、職員が自由に閲覧できるようにしてある。また、記録や様子を見て適時口頭でも注意や指導を促すようにしてある。		
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	知識として知っているが、他職員の研修参加の機会が少ない。また、外部の研修が少ない。		
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	契約書・重要事項・個人情報取扱承諾書は、家族と本人の前で必ず1時間ほどかけて、全文の読み合わせを行い、質問などに答えられるようにしてある。		

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
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	運営推進会議にて、ご家族の意見を聞けるようにしている。	契約時にホーム内外の苦情・相談窓口や担当者を説明している。利用者には日々のかかわりの中で、家族には最低でも週1回は訪問をお願いし来訪時に意見や要望を聞き取りしている。また、運営推進会議も問題提起の場として活用し、ケアサービスに反映させている。	多くの行事が開かれており、行事後にでも家族同士がフランクに話し合える場を提供されることが期待される。
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	定期的な職員会議の開催・記録がある。	月1回の職員会議や毎日昼間のカンファレンス等で活発に意見を述べている。また、日常でも管理者を中心として何事もその場で言い合える雰囲気であり、業務改善やシフト調整等話し合い、同じ方向性でケアに当たっている。	
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	出勤簿、労務管理は適切に行われている。		
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	研修計画を実行できるようにしている。		
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	連携事業の勉強会に出席できるようにしている。		
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	施設へアクセスがあったときから、利用相談関係の書類への記入をする。アセスメントシートにてご利用前に調査・対話記録などをのこし、本人の好きな事や嫌いな事を事前に直接調査し、性格や変化を検討し相談を進めるようにしている。		

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
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	利用相談時より、家族のニーズの見極めが出来るように規定の書式に記入相談し、介護支援計画も決定前に1度は目を通してもらうようにしている。		
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	利用相談時より、家族のニーズの見極めが出来るように規定の書式に対応優先順位を記入できるようにしている。		
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	御利用者様と共同で考えたり、作業をしたり、食事をし、できるだけ生活共同体的な考慮をしている。		
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	御利用者様によってはご家族から温泉に連れて行っていただく方もいます。		
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・外出ともに毎月数回行い、自宅訪問などを行うようところがけている。	散歩時に知人の声かけや馴染みの美容院からの訪問、自宅訪問、病院受診帰りに多機能ホームに立ち寄り利用者と一緒に歌で楽しめる入居者もおられる。お盆にはお寺参りを職員が同行したり、妹さんとともに温泉に出かけられる方、毎日家族が訪問し一緒に過ごされる方等馴染みの人・場所が途切れないよう支援している。	
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	おもにコミュニケーション支援を通じて、菜園や地元のお祭り参加などで仲の良い利用者様同士で協力できるように支援している。		
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	まだ、利用を止められた方がいない。		

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
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	ケアプランに個人の生活習慣を反映し、本人の大切に思うこと、また、出来ることから優先順位をつけて実行できるようにしている。また、記録に残すようにしている。	アセスメント時に本人や家族の意向を把握し、かかわりの中で日々の気持ちの変化を観察し特記事項ノートに記載し、カンファレンスで検討しプランに反映させ、個別プランを実践している。入居者の言葉の中にも真意は何処にあるか客観的に判断しながら、本人の思いに対応している。	
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	今までの暮らしの経過は、アセスメントをとり、ケアへ具体的に反映できるよう努め、新しい昔のことの発見などは常に個人記録へ書き込めるようにしている。		
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	アセスメントの情報をもとに、随時状況判断が出来る職員が、本人の生活に合わせて、外出や畑仕事、家でのんびり出来るよう心がけている。		
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	介護計画を立てるときに家族と話し合い、計画をよく見直して対応できるようにしている。また、毎日昼に個人カンファレンスを行い話し合い、常に新しい変化へ対応している。モニタリングはケアマネと職員が話し合い、家族との相談も踏まえて変更作成している。	毎日昼のケアカンファレンス時に短期目標を話し合い、即効性を持たせるため朱書きで追加し現状に即したプランとしている。サービス担当者会議には本人・家族が参加されており、意向や思いの変化を引き出し、入退院時にも話し合いプランを再作成している。	
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	個人記録へ、随時変化、変更について記録を残している。また、通院介助、外出、面会、カンファレンスでの変更など記入している。		
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	毎日、ご利用者様1名ずつ、昼に申し送りカンファレンスを兼ねて、話し合いを職員がしている。そして、記録を残すようにしている。		

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
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	ご利用様が、町の方と出会い、良い関係が気づかれるように外出を心がけている。また、御領ふれあいほーむご利用に協力できるようにしている。		
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	かかりつけ医と事業所は、家族との話し合いで連携医の場合は、申し送り書に必要事項を記入して対応している。他の医師は主に家族とのやり取りが主であるが、状況については職員が聴き記録をしている。	入居者や家族が望むかかりつけ医を支援している。協力医をかかりつけとしている入居者へは、毎週の申し送り時に受診内容や現状を全職員で共有し、家族対応の受診については、同行した家族から結果内容を聞き取り、情報漏れがないよう努めている。隣接の医院との連携やホームでの職員の健康管理の徹底により異常の早期発見に努め、適切な医療を支援している。	
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	看護師はいないが、連携医の看護師と連携をしている。状況の変化時に常に対応できるよう申し送り書に記入連絡が出来るようしている。		
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。	連携医とは、常にご利用様の持病等につきお話を伺っている。毎週水曜日の13:00より申し送りを行って記録をとっている。		
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	未だ該当されるご利用者がいない。	重度化した場合の対応や看取りに対する指針を作成しているが、まだ開設半年であり家族との話し合いはしていない。、家族が望まれるならば、出来ることから始める意向である。	重度化に向け、本人・家族と話し合いを徐々に進め、終末期に向けたホームとしての体制作りや職員研修の実施により来るべき時に備えられることが望まれる。
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	緊急蘇生法の訓練の実施は未だない。が研修予定を入れる事を検討中。		

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
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	定期的な消防・避難訓練を行っている。	開所前に消防署立会いのもと第1回の消防訓練にてシュミレーションを行い万全な体制で開設している。また、隣接医院や多機能ホーム等との合同訓練・通報訓練等実施している。スプリンクラーや通報システムを設置し安全対策に努め、管理者はIH調理器の上に物を乗せてあった事に触れ、危険性への認識を更に自覚するよう指導している。	職員は入居者の身体状況に応じた避難方法(自立・誘導・車イスなど)を確認し、運営推進会議などでの報告やホーム内掲示により、有事の際外部者にも支援方法が理解できる対策を検討いただきたい。
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	契約書・重要事項・個人情報取扱承諾書は、家族と本人の前で必ず1時間ほどかけて、全文の読み合わせをしている。	個々の尊重や個人情報の保護などについて、入居時に本人・家族に説明を行い、時間をかけてホームの方針を伝えている。職員は尊敬の念を持って対応し開所間もないながら一つの家として、それぞれの立場で役割を持つことで自信や張りのある生活を支えている。四つのコミュニケーション支援“人と話す事・そばにいる事・話を聞く事・すわってゆっくり過ごす事”を実践し、入居者と向き合う時間を大切にしている。	
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	生活上での選択の場で、本人が自己決定できるようにしている、また、出来ない人は、声かけで本人の望むことを、出来る範囲で支援するように心がけている。		
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	介護支援計画に個人の生活状況を出来る限り詳細に記載し、介護対応記録を残している。		
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	朝起きてきて、着替えをし、身支度を自分の好みで選び着替えられるようにしている。		

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
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	好みを聞き、炊飯手伝いや、準備片づけを常に行っている。	副食は協力医院(併設)で作っているが、ホームで炊飯を行い、入居者も自宅から持参した器に職員と一緒につぎわけや盛り付けを行っている。職員も同じテーブルを囲み終始賑やかな食事風景である。外食へ出かける機会も数多く企画され、入居者の楽しみとなっている。	
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	1日に5~6回ほど水分を準備してお出ししている。記録も残し、利用者全体の血圧が落ち着いた。時々、食欲がなかったり、みなと同じものを食べたがらない人もいるが、買ってきたりして対応をしている。		
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	3食後の口腔ケアを心がけ、記録を残している。口腔ケア指導を連携の歯科医師に頼むこともある。		
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	記録での対応、失敗についての申し送りと対応改善を議題に上った時は話し合い、記録を残しながら対応している。	一人ひとりの排泄パターンの把握に努め、声かけや誘導によりトイレでの排泄を支援を行っている。夜間帯も各居室にトイレが設置されていることから自立の方も動線をシュミレーションしながら、ベッドの位置を決定したりポータブルトイレの場所にも配慮し、トイレ誘導が自力歩行となる等自立に向けた支援に取り組んでいる。	
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	運動・水分など個人対応をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	夕方から、夜も対応できるようにしている。個人の選択にまかせてある。	入浴は個々の希望を最優先し午前・午後、毎日でも入れる様支援している。入居者の中には自身のタイミングで自由に入浴を楽しまれており、職員は見守りに注意を払いながらも本人の意思を尊重しゆっくりとした入浴を支援している。	

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
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	個人の睡眠パターンを把握して、無理のないようにしている。特に昼夜逆転がっても、眠れるときに眠ってもらうようにしている。		
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	基本的に職員が見守り管理支援をしている。		
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	生活の役割を考えてお話をしながらになってもらうこともある。楽しみは話し合い、良く外出する。		
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	散歩の時間を設けて、医療的や認知症状が著しくない場合は基本的に出かけるようにしている。	天候や入居者の身体状況を見て、日常的に近隣の散歩を取り入れ、多機能利用者と言葉を交わしたり商店街の人々との交流を深めている。季節の花見やぶどう狩り、外食や温泉利用など、地域ボランティアや家族の協力もあり多くの外出を支援している。	
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	金銭管理も基本のご利用者さまに任せられるところは任せてある。		
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	電話も手紙もよくやりとりをされている。		
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	施設内はシンプルであると思われるが、個人の個室の前に、昔の写真などを貼っているところもある。季節でご利用者様と話し合って模様替えもする予定である。	共有君間のダイニングルームでは野菜の下処理をにぎやかにこなされる入居者の姿があった。朝の散歩で摘まれた草花が室内を自然に色どり、真新しい建物はどの共用空間も明るく開放的であり、角のコーナーを利用したソファの場所は入居者の集いの場所となっており、冬場は炬燵を置く予定もある。	

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
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	3か所ほど、ソファを設置、中の良い方、そうでない方との居場所を作っている。		
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	ほとんどの物は、個人の物の持ち込みである。整頓も職員が時々介入しお手伝いができるようにしている。	居室は隣接する多機能ホームの間取りを参考にしながら各室内にトイレも設置している。タンスや小型のテーブルセット・小物や衣類など入居者の思い出の品が持ち込まれ、入り口には個々の顔写真や懐かしい自宅の写真が飾られている。	
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	カンファレンス・申し送りが必要があれば適時対応するようにしている。		