

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	4773300050		
法人名	社会福祉法人 喜寿会		
事業所名	グループホーム 美ら里さしき		
所在地	沖縄県南城市佐敷字屋比久44番地		
自己評価作成日	平成22年10月16日	評価結果市町村受理日	平成23年2月24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.kaigojoho-okinawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4773300050&SCD=320
----------	---

【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 介護と福祉の調査機関おきなわ		
所在地	沖縄県那覇市西2丁目4番3号 クレト西205		
訪問調査日	平成22年12月16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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアや体験学習、大学生や専門学生の各実習、沖縄県介護保険広域連合からの介護相談員の受け入れを行っており、開かれたたホーム作りを目指している。 ・買い物は地域の商店を主に使用している。又、散髪も希望に応じて地域的美容室に通っており、日常的に外出する機会がある。 ・特に日課はなく可能な限り入居者の希望に応じたケアが提供できるよう努めている。 ・日常的な家事活動は、職員と入居者が共同で行うよう心がけながら支援している。 ・法人全体の取り組みとして、地域のミニデイサービスで認知症に関する講演会を無料で開催しており、管理者も可能な限り協力している。

【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)】

<p>地域密着型としての理念のもと、入浴や排せつ等のケアについても、利用者一人ひとりを尊重した細やかなケアが行われている。例えば、長年教会に通っている利用者へ職員が教会まで同行したり、自宅訪問を希望する利用者へは、自宅や住み慣れた地域へドライブがてら外出をする等、利用者と地域との関わりを大切に継続的な支援を実践している。また、事業所の近隣地域とは日常的な散歩や買物等を通して、顔馴染みであり地域に根差している。運営推進会議も定期的に行われ、行政との情報交換やサービスの向上に繋がっている。</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	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

確定日：平成23年2月18日

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	毎朝申し送りの際に唱和して一日のスタートを切り、又勤務表の裏面にファイルして、いつでも誰でも確認できるように備えている。	理念は地域密着型の内容となっている。開所当時に職員で作上げた理念を年に一度、職員個々の目標を設定することで実践につなげている。また、管理者が理念について職員と個別に面談を行い、ケアに反映できるよう取り組んでいる。	
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	毎週火曜日に近所の商店へ入居者と職員で買い物に出かけ地域との交流に努めている。又、散髪希望があれば、近くの美容院へ職員と友に出かけている。	日常的な散歩や買い物などで近所の人たちとは顔なじみである。隣接地域のミニデイサービスで管理者が認知症についての講演を行うなど、地域との交流に努めているが、自治会活動がほとんどないために自治会未加入であり、双方向の交流がやや少ない。	行事なども含め、気軽に行ったり来たりの関係が作れるよう、地域の資源を活用し、双方向の交流を図ることを期待したい。
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	運営推進会議を活用しながら、自治体や老人会に加入する準備を進めている。又、今年度7月より各地域のミニデイで認知症の講話を法人全体で取り組んでいる。		
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	地域との連携においても運営推進会議の役割は大きく、日々の活動や外部評価の結果や改善についても共に考え、サービスの質の向上に取り組んでいる。	この一年は定期的に運営推進会議が行われ、利用者状況や意見交換が行われている。民生委員への参加を呼びかけたり、スプリンクラー設置予定のため消防署への参加呼びかけを検討するなど、サービス向上に生かせるよう取り組んでいる。	
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	運営推進会議を開催し、その中で事故報告も行っており、運営やケアについても相談できる体制作りを築きながら、サービスの質の向上を図っている。	役場職員の運営推進会議への参加の時や、随時に事故報告を行うなど市への報告や情報交換を行っている。市からは地域密着型サービスの研修の提案があったり、事業所からキャラバンメイトなどの啓蒙活動・取り組みの提案をし、協力関係を築くよう取り組んでいる。	
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	日中は玄関に鍵をかけずに玄関にセンサーを設置しており、利用者の外出を確認し、職員が対応している。その場合、外出を無理に止めるのではなく、できる限り同行して利用者の外出支援をしている。	身体拘束排除の取り組みについて方針を作成し、ミーティングで共有を図るよう努めている。玄関にセンサーを設置してはいるが、利用者の外出を妨げることはせず、見守りや付き添いで外出支援につなげている。身体拘束やリスクについては、介護計画作成時に家族とも話し合っている。	

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
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	適宜資料等でも学習を行い、事業所内で虐待が見過ごされないよう注意を払い、防止に努めているが、高齢者虐待防止法について、全職員が完全に把握できていない。		
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	現在、地域権利擁護事業や成年後見制度についての勉強会は実施しておらず、各職員は参考資料を読んだの自己勉強を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居契約時に家族、利用者に対して契約書、重要事項説明を基に説明を行い、理解、納得してもらってから契約を行っている。		
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	意見箱を設置しているが利用はほとんどなく、受診や面会時における職員への相談等が大多数を占めている。外部者への苦情相談もなく、運営に関して家族意見を反映するまでにはいたっていない	利用者からは日常場面や介護計画作成時に、家族からは面会や受診付き添いの際に、意見や要望を引き出せるよう努めている。そこで把握できたことは、ミーティングなどで共有できるようにしている。	
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	職員が管理者に対して意見や提案、不満等を言いやすい環境作り、聞く姿勢に努めており、職員の意見等を、運営、業務に反映している。	管理者は年に2回、職員の自己評価に基づき個別面談を行っており、そのなかで意見等が話し合えるよう努めている。また、職員から希望があるときは、法人内の異動を図っている。	
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	年2回の自己評価を全職員行い、その評価をもとに面接を行っている。介護職員の面接は管理者が行い、その場での意見や要望を取りまとめて代表者に報告している。		
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	一人ひとりの研修計画を立て、職員全員に受講の機会を与えている。また受講後は伝達研修を徹底させ、情報化の共有化を図り、職員のスキルアップに努めている。		

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
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	沖縄県グループホーム連絡会に加盟し、積極的に参加すると共に、法人内や協力病院の勉強会にも勤務を調整して参加させている。		
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	相談があった時は、状態や本人のニーズを把握把握する為に実調を行っている。又、利用する前にはホーム見学を何回か行ってもらい、その時に不安な事や求めている事を聴くようにしている。		
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	相談があった時は、家族より話を十分に聴くように努めている。又、実調時やホーム見学時にも近況等の話を聴いている。		
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	相談があった時には、しっかりと話を聴いた後に必要としている支援について確認を行い、様々なサービス利用も含めた提案を行っている。		
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	職員は利用者を共に暮らす仲間として受け入れている。日々の生活の中で相談ごとをしたり、調理方法を習ったり、共に考え行動する事が定着している。また、人生の先輩として知恵も授かっている。		
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	家族の訪問時に、近況について話をしたり、意見を聞いたりしながら支援している。又、状態に何か変化があった時には、家族連絡を行ない、支援方法についての相談や確認を行っている。		
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	面会の制限はなく、馴染みの人との関係が途切れないよう努めている。又、ドライブ時に馴染みの場所に時々立ち寄りしたりしている。家族と協力し、通いなれた地域のミニデイや教会への参拝に通っている人もいる。	利用前から教会に通っている利用者には、教会へ同行し、馴染みの関係の継続支援を行っている。また、本人の希望・意向に添って、自宅へのドライブ等通いなれた場所への外出を支援している。	

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
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	利用者一人ひとりの性格や認知症の状態、当日の心身状態の把握に日々努めており、一緒に雑談や散歩等の活動を行いながら利用者同士の関係づくりに努めている。		
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	契約終了時には、何かあったら気軽にご連絡下さい等の言葉を掛けており、利用者や家族の希望や必要に応じて、適宜相談等の支援を行っている。		
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	日々のケアの中で、一人ひとりの希望や意向の把握を心がけている。聞いた職員が他職員に伝え、情報を共有し、本人の希望に添えるケア、記録に取り組んでいる	今年度は、家族懇談会を設け、家族からの聞き取りに意識的に取り組んだ。困難な場合は、日常場面での利用者の表情や動作などから思いや意向を把握できるよう努め、それに合わせて対応できるよう取り組んでいる。	
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	利用者との会話や家族からの情報を得て、カンファレンスや申し送り等を通して職員間での共有に努めている。		
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	ケース記録や連絡帳を職員は毎日確認しており、又、カンファレンスや日々の申し送りを通じて心身状態の把握に努めている。		
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	本人の生活歴や馴染みの関係性、能力が発揮されることについて日々取り組んでいるが、まだまだ不十分である。	介護計画作成時に利用者・家族と話し合ったり、サービス担当者会議に利用者も出席してもらうなどして、介護計画を作成している。利用者に変化が見られるときは、そのつど家族へ連絡を入れ、介護計画の見直しを図っている。	
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	個別にケース記録を作成して活用している。又、連絡帳や日報を用いて情報の共有に努めている。カンファレンスや、朝の申し送り時には、気付いた事等の話し合いを行っている。今後はスムーズに介護計画の見直しに活かせるような工夫が必要である。		

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
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	地域推進会議や日々の生活を通して、もっと連携していけるようホーム全体で地域に働きかけていく努力を行なっているが、まだ十分な連携は図られていない。		
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	地域との連携においても運営推進会議の役割は大きく、日々の活動や外部評価の評価や改善についても共に考え、サービスの質の向上に取り組んでいる。		
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	協力医療機関はあるが、強制する事はなく、通常は家族を通してかかりつけ医へ受診している。家族が同行できない利用者に関しては職員が同伴し、協力体制を築いている。	受診支援について、利用者のかかりつけ医一覧を作成している。ほとんどの利用者が家族の同行でかかりつけ医を受診している。また、受診の際は、1ヶ月間のバイタルを持たせたり、家族に口頭で状況を伝えたりしている。やむを得ない場合は職員が同行することもある。	
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2回の看護師勤務時に、個々の利用者の状態で気づいたことを、伝え相談しながら、利用者が安心して生活できるよう支援している。又、看護師も介護職から日常の利用者の状態を聴き、状態把握に努めている。		
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。	早期退院に向けた医療機関との連携に努めている。退院時の状況を考慮して様々な環境への配慮を行っている。		
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	正看護師を、週2回配置し、日常の健康管理と、重度化や終末期に向けた家族との話し合い及び説明をしながら、方針の共有に取り組んでいるが、チームとして支援できる体制までにはいたっていない。	看取りの事例はないが、看取りに関する方針を示し、指針が作成されている。利用時に家族等に説明し、同意をもらっている。また、勉強会を開催して、知識の向上を図るなどしている。	
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	緊急時対応マニュアルを作成して、応急処置や初期対応について適宜勉強会や話し合いを行っているが、実践力が身につけているかどうかは、実際の場面が少ないので十分な確認ができない。		

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
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	消防訓練を年2回実施しており、消防隊員から助言・指導を受けている。ただ、地域住民の参加がないので、地域との協力体制構築には至っていない。	年2回の消防訓練が実施されている。訓練の際には、有線放送を通して周知を図っている。また、災害に備えた食料品等の備蓄も確保されている。スプリンクラー、消防への直通通報システム等が年度末に工事予定となっている。電話の前の通報マニュアルの文字が小さく見づらい。	緊急時、通報するために貼られているマニュアルは文字が小さく、いざというときに対応できない事が考えられるので、見やすい大きな文字にすることが望まれる。
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	記録等の個人情報については対応できているが、一人ひとりへの言葉かけ等は、常に初心に戻って気をつけるよう、職員間でも注意し合っているが、更なる努力が必要である。	居室は家族が持ち寄った長い暖簾がかけられ、中が見えにくいよう配慮がされている。また、外出時や帰宅時には、必ず、声かけをするなど配慮がなされている。言葉使い等について年2回の接遇研修が実施されている。介護相談員を受け入れ、利用者の声を聞き取っている。	
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	利用者が思いや希望を表し、自己決定できるように声かけ、生活の中で工夫しているが、更なる努力が必要である。		
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	入浴や個人の役割等も本人の意思を尊重して、無理強いせず、職員のペースにならないよう、希望に沿った支援を心がけている。		
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	外出の際の衣類選びは、本人の意見、好みを聞きながら、職員と選んでいる。女性利用者で、お化粧を希望される方には、口紅の色等選んでもらいながら、楽しくおしゃれが出来るように支援している。		
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	食事の下ごしらえや配膳、下膳、テーブル拭き、食器洗い等の仕事を希望者で分担し、楽しそうに行っている。食事中も職員と共に会話が弾み、多くの利用者が残さずに食している。	食事の献立は利用者の声を聞きながら、職員が1週間交代で作成している。食事時間中は、テレビを消して利用者と職員が和やかに会話をしながら食している。食後はそれぞれ、茶碗を洗う、ナプキン作りをするなど一人ひとりの力が活かされている。	
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	一人ひとりの毎日の食事や毎月の体重チェック等をしており、週単位の献立作成も栄養バランスを考えて行っている。現在3名以外は食事制限もないため、利用者がお茶やコーヒーを自由に入れて飲んでいる。		

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
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に、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	毎食後の歯磨き、うがいを徹底している。義歯装着の利用者は、取り外してもらい、本人が洗える箇所は洗ってもらっている。		
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	利用者一人ひとりの排泄パターンを、把握し声かけ、誘導等で、失敗を減らす支援を行っている。又失敗時には、落ち込まないように、声かけの配慮に気をつけている。	利用者の約半数は自立または声かけのみで可能なため、排泄パターンを把握してさりげなく、声かけを行っている。排泄で失敗した場合は、「大丈夫ですよ」とさりげなく声かけし、浴室へ誘導するなどしている。	
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	便秘が及ぼす影響を理解しており、現在、アロエ、芋等を、摂取しての便秘解消に取り組み、個々の利用者が、便秘にならない対応を行っている。		
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	曜日や時間帯を気にする事なく、利用者の希望に応じた入浴支援を行っている。嫌がる場合は無理強いする事なく、タイミングを見計らった声掛けをしており、希望者は浴槽も自由に利用可能である。	入浴は利用者の希望を尊重している。その為、毎朝、入浴することが日課になっている利用者や湯船を利用する人もいる。同性介助は職員の配置上、むづかしいが、羞恥心へ配慮しながら対応している。浴室の洗剤等は、鍵をかけるなど安全面に配慮がされている。	
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	日中は様々な活動を実施し、生活リズム作りに努めている。夜間は睡眠チェックを1時間毎に行っており、安心して眠れるように支援している。		
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	薬の管理、与薬については指示通り実施している。又、薬の用法、副作用については個人別にファイリングして、いつでも確認できるように保管している。		
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	洗濯物干し、たたみや食事準備やテーブル拭き、片付け等、一人ひとりの得意なことへの役割があり、張り合いや喜びの支援を行っている。		

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
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	利用者の状態や希望に応じて、中庭や近所への散歩、買い物等戸外へ出かけられるよう支援を行っている。	外出については、日常的にはホームの周りを散歩したり、他の施設に入所中の夫への面会、理容、美容で近くの理美容室に出かける、自宅に行くなど、頻繁に行われている。また、季節ごとに遠出をして、桜祭りや水族館等にでかけ、季節感を体感してもらっている。	
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	現座、1名の利用者がお金を所持していて、金銭管理能力もあり、本人の食す黒砂糖を、購入時に使っている。		
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	現在利用者1名の方が家族の方と、話しがしたいとき、時間に関係なく自由に本人自ら電話をかけている。又、家族から電話がかかってきた時には、すぐに本人に取り次いでいる。		
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	中庭に面した食堂は明るくゆったりしている。玄関や、廊下、トイレ、浴室等の共用空間も明るく、季節の花をリビングに飾り、季節感を感じることが出来る。テレビの音量も耳障りのない音量にしている。	建物は全てバリアフリーとなっていて、採光にも配慮されている。居間兼食堂からは、遠くに山並みがみられ、季節を感じ取ることができる。また、居間には畳間があり、くつろげるスペースとなっている。廊下や居室に向かう角にソファや籐椅子、ベンチ等がさりげなく置かれ、一人になれる空間が確保されている。	
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	共用空間の中に食卓テーブル、畳間、ソファがあり、一人ひとりが自由に過ごすことが出来るよう工夫している。		
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	自宅から持ち寄ったテレビや収納ケース、時計等が置かれ、室内のレイアウトも各部屋若干変わっており、すべて異なる暖簾によって、部屋の区別をしている。	居室には、ベット、洗面台と大きな鏡が配置され、持参したタンスや時計、テーブルセット、テレビ等が置かれ、居心地良く生活できるよう配慮されている。また、居室入り口には長いのれんを掲げプライバシーに配慮する、と共に、利用者の好みの造花を飾り、部屋が識別できるよう工夫がされている。	
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	バリアフリーで、廊下やトイレ、浴室には手すりが付いている。各居室やトイレ、浴室には、ナースコールが設置されていて、安全で自立した生活が送れるよう工夫している。		