

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3270200193		
法人名	社会医療法人昌林会		
事業所名	認知症高齢者グループホームきららの家		
所在地	島根県安来市安来町899番地9		
自己評価作成日	平成27年8月15日	評価結果市町村受理日	平成27年10月21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 x.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=327

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPOLまね介護ネット		
所在地	島根県松江市白濁本町43番地		
訪問調査日	平成27年9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)】

スタッフは、利用者、家族の思いに寄り添いながらゆとりを持って個別な係わりが出来る。特に、生活の中で利用者が出来ることを一緒に行うことで自信となり、安心して落ち着いた生活を送っていた。月1回「季節を感じる料理の日」を設けて収穫した野菜を料理し、旬のものを味わう楽しい時間となっている。また、毎日のリハビリ体操が肩、腰痛の軽減、下肢筋力低下防止に繋がっている。ボランティア、実習、見学を積極的に受け入れていることで、利用者、スタッフ共に良い刺激になっている。敷地内に併設の病院があり、24時間オンコール体制をとっていることで、相談、受診しやすい環境にあり、利用者、家族に安心していただいている。また、夜勤スタッフにとっても大変心強い。

【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)】

開設当初よりグループホームとしてのケアの在り方を探り15年が経過した。管理者、職員は、毎年マニュアルや業務の見直しを行い、利用者との関わりの時間を工夫して利用者本位の支援に努めている。利用者が自分の役割として洗濯物干しや献立書き、部屋掃除やモップ拭き、差し入れや畑で採れた野菜を使って季節の料理作りをしたり、趣味活動をする等、状況に合わせた声かけを行い出来る事を一緒に行っている。法人として研修や医療面、ケアへの専門職種の助言等様々な協力があり、全職員が日々研鑽し、情報を共有して何でも話し合いサービスの質の向上に繋げている。

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 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

[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	法人の使命、理念に基づき、事業所の運営方針を掲げている。ホーム内に掲示をしたり、携帯カードにて所持し、朝礼時に唱和して意識付けをしている。毎年度、事業計画を掲げ実施、評価している。	法人の理念をもとに独自に理念、方針を作り、唱和したり勉強会等で全職員で共有し、日々のケアに繋げるように常に意識して取り組んでいる。	
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	近隣の散歩を日課とし、近くで行われる交流会、催し物には出かけるようにしている。ホームの前は人通りが多く、馴染みの人によく声をかけて頂いている。ボランティアの受け入れ、保育園児との交流も行っている。	地域交流会や文化祭に出かけたり、ボランティアや保育園児と交流している。散歩時や、前を通る人と挨拶し合い声をかけてもらっている。今後、保育園に出かけることも考えている。	
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	法人主催の講演会、催し物等を実施し、認知症の知識の普及、介護予防に取り組んでいる。中学生、高校生、医学生、専門職の実習も受け入れ、認知症ケアの啓発にも努めている。オレンジカフェ安来の参加呼びかけも行っている。		
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践、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	施設アドバイザー、介護相談員の訪問の結果も報告し、委員の方からの率直な意見をサービス向上に活かしている。欠席された委員の方には、議事録、資料等を送付し、情報共有に努めている。	活動報告を行い質問を受けたり意見交換を行っている。近場の花見の場所の情報を得たり、職員とは違う視点で取り組みへの意見をもらうこともありケアに反映させている。	
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に取り組んでいる	市相談員派遣事業を受け入れたり、市の担当者を、運営推進会議の委員として委嘱し、連携をとっている。	主に運営推進会議で状況を伝え意見交換、情報交換を行っている。年2回、市の相談員に訪問してもらい意見を聞いている。認知症カフェの取り組みも行っている。	
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	法人内で人権尊重委員会が設置され、年2回の研修参加が義務付けられている。また、マニュアルも活用している。近くの国道の交通量が多いので事故防止の為玄関施錠しているが閉鎖感のない取り組みをしている。	法人の研修会や事業所の勉強会で身体拘束の内容を理解、確認し合い、言葉使いにも気をつけて取り組んでいる。玄関は安全の為施錠しているが、外出したい人には職員が同行して支援している。	
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	年2回の法人内の研修参加が義務付けられている。また、担当を決め、マニュアルの読み合わせなどで確認している。自分がされて嫌な事は虐待であると理解し、スタッフ同士でも確認をし合っている。		

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
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、個々の必要性を判断した上で対象者はいないが、日常生活自立支援事業、成年後見人制度等の資料を活用し、勉強会にて理解を深めるようにしている。		
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	利用開始に当たり、重要事項の説明を行い、不安、疑問等を確認している。また、契約を改定する場合も利用者、家族に説明をする機会を設け、同意を得ている。		
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	家事を一緒にしたり、お茶を飲みながら話を聞いている。施設アドバイザー、介護相談員が利用者と話す機会を設けている。家族からの意見は面会時、モニタリング時に聞いており、意見箱、相談窓口についても説明している。	利用者、家族との関係を大切に丁寧に対応し、運営面や利用者の状況等をきちんと伝えて意見を聞くことに努めている。ケアの内容を理解してもらい家族との信頼関係を築いている。	
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	毎週金曜日に話し合いの時間を設けている。議題によっては、その都度話し合い等を行う体制をとっている。また、伝達ノートを活用して自由に提案や意見が書けるようにしている。	管理者は職員全員が意見を出し合って支援することがケアの向上に繋がると考えていて、意見が言いやすい環境作りに努め、会議や日常的に声を聞き運営に反映させている。	
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	目標を持って働くことが出来るようにOJTに取り組んでいる。また、人事考課にて評価を行っている。資格取得に向けての支援も行っており、1名が介護支援専門員を目指している。業務の中で得意とする役割を行うことで自信や向上心につながっている。		
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	法人内の新人研修、フォローアップ研修、介護技術研修に参加したり、法人外研修に可能な限り参加の機会を確保している。報告書の提出と伝達をすることで共有している。		
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	安来市地域支援会議に参加して、近隣の同業者とネットワーク作りの機会を作っている。相互訪問等の活動は行っていないので、今後活動の機会を設けたい。		

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
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	利用の相談があった時、事業所に見学に来て頂いたり、スタッフが直接本人に会い、よく話を聞いて状況の把握に努めている。利用前には、一緒にお茶、娯楽の時間を過ごして頂き、馴染みの関係作りをしてから入所して頂いている。		
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	ケアマネジャー等の紹介者からの情報を得た上で、家族の不安、求めておられることを聞き、対応している。申込をされる時はホーム内を見学していただき、納得されてから申し込んで頂いている。		
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	面談をする中で本人、家族の思い等を率直に伺い、「その時」の状態を出来る限り把握し、今必要とする支援から始めるよう努めている。必要であれば医療機関、居宅介護支援事業所等を紹介している。		
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	日常生活の中で利用者が得意とすることを一緒にしながら知恵を引き出している。手伝って頂いた後はお礼を言って感謝の気持ちを伝えている。利用者からも労わり、励まし等の言葉を頂き感動することが多い。		
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	行事と一緒に参加して頂いている。きららの家だよりでは近況報告と本人にも一言書いて頂いている。遠方の家族の方には手紙や葉書き、写真を頂くようにしている。スタッフが電話する時は本人にも話をして頂いている。		
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	馴染みの美容院に、家族と一緒に連れて頂いている。馴染みの方にも来て頂くようにしている。ドライブの時には、馴染みの身近な場所を計画し、出掛けて頂いている。	家族と美容院に行ったり、家族の了解を得て隣近所の人への訪問を支援している。利用者と一緒に地元の名物や名所を盛り込んだ紙芝居を作り来訪者等に利用者が紹介する場を作っている。	
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、仕事、外出時のパートナー等に配慮している。利用者がうまく関わられるように、また孤立しないように職員が橋渡しをするようにしている。		

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
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	医療機関に入院された場合、習慣や好み、ケアの工夫等について、継続できるよう情報を提供している。また、入院中は面会に行き、家族の相談にも応じている。		
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	毎日の会話、ケアをする中で利用者の思いを汲み取るようにしている。また、家族の面会時、介護計画の見直し時に要望を確認している。	職員は、利用者から思いを聞き出すことが難しくなっていると感じているが、生活歴や連絡簿、伝達ノート、日頃の活動の中での表情などから思いを把握し、一人ひとりに沿った支援に努めている。	
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	アセスメントシートを家族に記入して頂いたり、ケアマネジャーからも情報を得たり、日常会話の中から生活習慣、好まれる事、嫌がられる事等の把握に努めている。		
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	きららの家の目標が、「利用者の出来ることを見つけて一緒にすることで自信を持って安心して生活していただく」としている。職員は利用者1人1人の生活リズム、出来る力を把握して支援している。		
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	3ヶ月毎、状態に変化があった時、希望があった時に見直している。本人、家族、主治医、必要に応じて法人の栄養士、理学療法士、言語聴覚士、協力医療機関の歯科衛生士より情報を収集しカンファレンスを行っている。	利用者、家族、医師、看護師、必要に応じて言語聴覚士等専門職種からも情報を収集し、全職員で話し合いプランを作成している。状況変化時や定期的に評価し、変更点は色をつけて表示している。	
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	個々のケア記録、介護計画の評価は毎日実施している。就業前には必ずケア記録、カードックスを確認し、申し送りはカードックスを活用し、情報を共有している。		
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	本人、家族の状況に応じて通院、面会等の支援をしている。利用者の状況に応じて時差勤務がいつでもできる体制にある。		

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
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	ボランティアの訪問による催し物、創作活動をして頂いたり、図書館の紙芝居、本を活用している。また、地域の高校生の体験学習も受け入れている。		
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	入所前の経緯から法人の専門医がかかりつけ医となっている方が多く、スタッフが付き添って受診している。状況によって家族にも同席してもらい、受診、相談がしやすい体制である。歯科は訪問診療ができる。	利用者、家族の希望するかかりつけ医を継続し、定期的に内科医の訪問診療がある。専門外来への受診支援や、家族の希望で定期的に歯科の訪問診療を受けている人もいる。	
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	訪問看護職員による日常の健康管理等、介護職員への指導を受けている。いつもと違うという気付きを大切に情報連携をとっている。いつでも法人の日直・当直看護職員に相談、対応できる体制となっている。		
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。	担当医、ソーシャルワーカーとの情報交換を密にしている。入院された時は馴染みの利用者と一緒にお見舞いに行っている。		
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	入所時に重度化や終末期に向けた対応について説明をし、本人、家族の意向を確認書を用いて確認している。重度化した時には、同意書、看取り計画書等、段階に応じてその都度確認するようにしている。	入所時に事業所の方針を伝え、状況変化に合わせてその都度話し合い法人施設と連携して取り組んでいる。希望があればギリギリまで対症療法で対応し、本人にとって居心地のよいケアとなるよう支援している。	
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	法人主催の研修には、年1回参加している。ホーム内では、転倒、誤嚥、意識レベル低下時の救急法のロールプレイングを年2回実施している。夜間の急変時の連絡方法もマニュアルを作成し訓練している。		
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	法人の計画にて年2回、消防署の協力を得て避難訓練をしている。ホーム内でも夜間を想定し、利用者と一緒に訓練を行っている。また、法人との応援体制もとれている。新人職員にはオリエンテーションで指導している。	法人の計画に合わせて日中、夜間、地震想定訓練を実施している。独自にも消防計画や通報機器操作などの勉強会を全職員が参加できるように日を変えて行っている。	法人として応援体制が整えられているが、実際に法人職員も訓練に参加されることを望みたい。

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	馴れ合いにならないよう、人生の先輩として敬う気持ちで接している。排泄は周囲に配慮した声かけを行ない、可能な限り自室のトイレを使用して頂いている。入浴も一人一人入ってもらっている。	入室時にはノックし、トイレの声かけは周囲に配慮して行っている。浴室には暖簾をつけている。話をよく聞き、否定しない対応、指示しない対応を心がけ、感謝の言葉を伝えている。	
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	言葉の説明だけでは選ぶことの出来ない利用者には現物や絵を見て選んでいただいている。生活を共にする中で利用者の関心、嗜好を知り、本人が選びやすい場面を作っている。		
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	一日の流れは大まかに決まっているが、個々の日課表に基づいたり、利用者の体調やリズムに合わせた過ごし方を支援している。その日やりたい事を選択肢を設け、利用者を選んで頂いている。		
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	家族に髪をカットしてもらう方、家族と一緒に馴染みの美容院に行かれる方、訪問理容師を希望される方がいる。居室毎にタンスを置き自由に着替えられるようにしている。着替えが出来ない方には、好みを確認し着て頂いている。		
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	日常の調理は行わず、法人の給食部から食材を運んでいるが、「季節を感じる料理の日」を設け、頂いた野菜、ホームで作った野菜をゆっくり楽しく料理をしてもらっている。旬のものを味わうことが話題となり、食の楽しみとなっている。	食事は法人の厨房で作っているが、差し入れや畑で採れた野菜を使って季節の料理と一緒に作り楽しんでいる。重度の人も食事を楽しめるように嚥下体操を行い声をかけ支援している。	
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	法人の管理栄養士による献立、利用者に合わせて盛り付けをしている。食事を共にして量が確認できる。水分は1日1500ccを目標とし、お茶はいつでも飲めるようにしている。他に希望の飲み物を飲んで頂いている。		
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	本人の力に応じて見守り、声かけ、介助を毎食後行っている。協力医療機関の歯科衛生士の指導を受け、個別な対応をしている。磨きにくい所は歯間ブラシを使用したり、義歯は毎週1回洗浄液に漬けている。		

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
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	チェック表を用いてパターンを把握し、個別に対応して失敗を少なくしている。その人に合った下着の着用をしている。夜間は尿量にあわせたオムツを使用し安眠して頂いている方もいる。	利用者に合わせて対応し、快適に過ごせるように支援している。状況を見て声かけを行い、布パンツを使用するようになった人もいる。	
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	排泄パターンを把握して居室のトイレにゆっくり座って頂くようにしている。水分、繊維の多い野菜を多く摂るようにしたり、毎日の体操、散歩で体を動かしている。また、便秘改善に効果の高いお茶でも工夫している。		
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	本人の希望を伺いながら、ゆっくり入浴出来るように計画している。気が進まない時は日を変えたり、その気になる誘い方をしている。身体状況に合わせた入浴の工夫をしている。	基本的には週3回計画しているが希望に柔軟に対応している。ゆず湯や菖蒲湯を楽しんだり、気の向かない人には仲の良い利用者に声をかけてもらったり、歌を歌って浴室まで行く等工夫している。	
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	個別な睡眠パターンを把握して、安心して眠れるように支援している。眠れない時はそばに付き添い話を聞いたりスキンシップを図っている。昼寝も利用者の状況に合わせて、30～40分程度休んでもらっている。		
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	利用者が服用している薬剤情報をファイルして一目で分かるようにしている。薬の変更があった時には、目的、効果、副作用をカードに記入、職員全員で共有している。又一人ひとりの力に合った自己管理を行っている。		
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	日常生活の中で、できる事を役割として毎日して頂いている。嗜好品は、本人の希望を家族にお伝えし、持参して頂いている。おしゃれをしてバスドライブに出かけたり、市内の馴染みの場所に出かけたりしている。		
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	希望、体力に合った方法で近隣に散歩し、五感の刺激となっている。近くで催し物がある時や、身近なお店に出掛けている。	散歩や買い物、花見、畑で野菜作りをする等外気に触れる場面を作っている。出かけることに消極的な利用者が多くなってきているが、職員は工夫して取り組みたいと考えている。	

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
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、本人が希望される場合はお金を所持して頂き、小遣い帳を記入して頂いている。買い物に出かける時は、その人の能力に応じた支払いをしてもらっている。		
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	本人が電話を希望された時、贈り物が届いた時の御礼の電話をする時の取次ぎ支援をしている。職員が家族に電話する時にも話をしてもらっている。暑中見舞い、年賀状を書き、自分で投函してもらっている。		
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	玄関、居間には常に季節の草花を生けたり、廊下には利用者と作った作品を、季節に応じて入れ替えし展示している。	季節の花を随所に飾り、利用者にわかりやすいように作品や行事予定、みんなで作った紙芝居等を掲示している。廊下に長イスを置き自由に寛げるようにしている。	
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	居間のテーブルは2つに分けてあり、馴染みの人と座るようにしている。廊下にはソファを3台置き一人でゆっくりくつろいだり仲間とおしゃべりできるようにしている。		
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	働いておられた頃の写真、家族の写真、絵、自分で作られた手芸品、テレビ、ラジオ、人形等、好みの物を置いて頂いている。コミュニケーションの手段となっている。	写真や花、誕生プレゼント、自作の書や手芸品等を飾り、日記等その人に合わせたものを持参してもらっている。入口に手すりをつけ安全に暮らせる配慮をしている。	
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	居室入口を好みの暖簾で区別したり、自分で作った小物を吊り下げたり、目の高さに名札を表示して、居室が解るようにしている。居室の荷物、家具の位置は変えないようにしている。		