

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	4790800058		
法人名	医療法人 八重瀬会		
事業所名	グループホームマチナトくる		
所在地	沖縄県浦添市牧港5丁目3番3号 ウエストテラス101		
自己評価作成日	平成21年9月20日	評価結果市町村受理日	

※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=4790800058&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会		
所在地	沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1		
訪問調査日	平成21年10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)】

職員の育成……認知症という病気を理解し、個別的な利用者の状態を把握し、留意点や利用者、ご家族の意向をしっかり受け止め、利用者、ご家族も安心した支援で信頼関係が築ける事を目標実施しています。

自治会、行政との連絡、相談、報告を躊躇せず行き、事業所運営が適正に行えるように努めている。利用者の健康管理に留意し、変化が見られた場合は、主治医に報告し、早急な適切な対応が行われるように努め、ご家族へも速やかに連絡しています。

【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)】

事業所周辺は企業が立ち並ぶ中にあるが、管理者は複数の自治会やコミュニティセンター、行政等に積極的に働きかけ、良好な関係が出来てきている。運営推進会議が定期的開催され、複数の自治会長や家族が交代で参加したり、他事業所職員が参加する等開かれた運営に努めている。医療法人を母体としており、管理者に看護師を配置している。利用者の体調管理についてかかりつけ医との連携が円滑に実施されている。また、定期受診も必要に応じて同行したり、家族に対し文書による情報提供がされ、利用者や家族の安心に繋がっている。

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 ↓該当する項目に○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広がったり深まり、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、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	事業所の理念は、認知症の利用者の尊厳を保ち私達と同じように生活し、生きていく。残された精神、身体機能を維持しながら、穏やかに、安心できるようなケアを目標に職員全員が理念を共有し実践しています。	利用者に寄り添い、尊厳あるケアを理念に、「その人らしい」「利用者本位」のケアの実践に努めている。理念は利用者や来訪者にも分かりやすいように、優しい雰囲気工夫され食堂に掲示している。また、パンフレットにも掲載している。	地域密着型サービスとしてのグループホームのあり方について、「地域で暮らし続ける」「地域との支えあい」という視点からも、理念を職員全員で再検討してほしい。
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	利用者によっては、住み慣れた地域の繋がりが継続し、事業所としても交流はあるが、日常的な交流までには至っていない	事業所周辺は企業等が立ち並ぶ環境にあり、地域との付き合いが難しい立地条件ではあるが、管理者は地域コミュニティセンターでの認知症講座や自治会や婦人会との交流を積極的に図っている。近隣の企業とも、散歩時等には積極的に挨拶を交わす等顔なじみになりつつある。	利用者が地域でその人らしい暮らしを継続する為には、地域との支えあいは不可欠である。今後は、職員や利用者を含めた付き合い方について検討してほしい。
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	昨年、一年間の間には、民生委員や自治会の皆様に勉強会に参加を依頼、実施しています。又、運営推進会議で、入所者、退所の利用者の経過など報告を行い事例を通し、より、身近に感じられ理解できるように努めています。	/	/
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	運営推進会議の事業所の報告、委員会からの意見や解決策、進行状況は職員全員が共通理解し共有できるように、議事録をお知らせファイルに入れています。又、月のくる定例会に議題に話し合います。急ぎの場合は、毎朝のミーティングに話し合い意見を出し合っています	2か月に1回の開催が定着し、自治会長や行政職員、地域福祉センター職員、家族、法人職員の他、他の地域密着型サービス事業所職員等多くの人が参加し、話し合われている。家族には、入居時に会議の趣旨を説明し、より多くの意見を聞けるよう交代して参加してもらっている。	
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	市との連絡、相談は随時、電話や直接お会いして行っています。協力的で関係性は良好だと思えます。	行政との関わりは、随時連絡や相談等をしており、良好な協力関係を構築している。	
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	勉強会に取り入れ、読み合わせをしたり、共通理解、職員の意識づけを高めるように取り組んでいます。	身体拘束をしないケアに取り組み、居室においては必要に応じてセンサーマット等を使用している。研修や勉強会に取り入れ、職員の意識向上に努めている。	

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
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	勉強会に取り入れ、読み合わせをしたり、共通理解、職員の意識づけを高めるように取り組んでいます。日頃より、職員の行動を観察、見ながら、注意、指導しています。職員から、報告があったりします。		
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	研修への参加、又、研修を受けた後は、報告を兼ねての勉強会を行っています。ご家族には、説明しますが、活用するのは、本人、家族なので確認まではしていません。		
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	最初は、簡単に説明し、書類を持ち帰っていただき、疑問点、不明な点はないかなどお聞きしながら丁寧に理解できるように行っています。		
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	入所前に、意向や意見をお聞きし、取り入れる事は、取り入れたら、ケースカンファレンスで職員間の統一理解に努めています。	家族の来訪や受診時等の機会には積極的に要望等を聞くように努め、家族からの要望でトイレにウォシュレットを設置した事がある。運営推進会議にも多くの家族の意見を聞けるように、交代制にしている。また、家族アンケートの実施や意見箱も設置している。	
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	より良い事業所になるためには、第一にチームワーク、やる気、気づき、他人への思いやりだと考えます。日頃より、意見を述べやすい雰囲気毎朝のミーティングで話し合い、改善策、解決策を実施しています。	申し送りや会議等で、意見や改善策など発言する事が出来る。資格取得や研修等についても出来る限り希望を聞き、対応している。	
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	代表者は医師、医師会会長など業務が多忙なので、就業諸関係の義務状況、アンケートなどによる聞き取り調査や管理者の意見、評価などを年2回、事務局が行い管理している。		
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	研修や講演会には、職員が順番に参加できるようにしています。又、医学的所見については、看護師の知識、又は主治医の所見などをでミーティングや申し送りノート、介護記録などで伝達しています。		

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	
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、浦添市グループホーム連絡会による、研修会、情報交換会などで同業者との交流、業務内容の改善などの気づきになる事が多いです。			
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	ご家族や関係者(ケアマネジャー、主治医)から、取り巻く環境や身体的側面、精神的側面、社会的側面などの情報を把握し、本人の思いを確認したりします。体験入所をしていただき、関係づくりに努めています。			
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	家族、本人が見学や入所相談された時は、一度に多くの情報を収集するのではなく何回か、良く話し合いをもち、ご家族の思いに耳を傾けながら、要望をケアプランに反映できるように努めています。			
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	利用者が配偶者に介護抵抗や暴力行為があったケースは、早急に入所を受け入れた事はあります。			
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	「共に生活する人」を念頭に、ケアを行っています。家族に近い存在になれるように関係性が築けるように努めています。			
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	事業所と家族の信頼関係のもと利用者の支援ができると思います。利用者がいつも家族の一員で役割のある立場でいられるように連携を図っています。			
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	お盆やお正月、行事などは外出や外泊ができるように支援しています。地元の敬老会には、職員が同行致します。	利用者と家族との関係継続の為に、正月やお盆時の外泊、行事や日常的な外出等を積極的に支援したり、家族からの夜間の電話にも取り次ぐなどしている。利用者の知人が訪ねてくる事もある。		

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
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	毎日の生活の中で、自己紹介したり、名前呼び合い楽しく笑い、遠慮しないで何でも話せるような雰囲気作りに努めています。家庭的な関係ができています。		
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	他の施設や病院に転院された方は面会に行ったり、電話連絡したり、自宅訪問したり家族の思いや状況など把握しアドバイスしています。		
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	認知症による中核症状から、はっきりとした意向は聞かれないが、利用者の基本情報、日々の状態の中からケースカンファレンスで思いや希望など汲み取れるように関わっています。	日常生活の中で声をかけ、把握するように努めている。意思疎通が難しい場合も、その表情や様子等から推測したり、家族からの情報を少しずつ年表にまとめ、利用者の生活歴等から把握する等の工夫をしている。	
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	ご家族からの情報をお聞きする事が殆どなので、基本情報の最低限の事は入所時に聞けませんが関係性が築け、安心して話してくれるまで待ったり、利用者や接する中で言動など書き留めたりして全体像が把握できるように努めています。		
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	職員は毎日の検温、血圧測定、睡眠状態、排尿、排便の状態、食事、水分摂取量、利用者の心身の状態をしっかりと把握できるようにしています。少しでも、いつもと違うと思う時は直ぐに報告するように指導しています。		
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	サービス担当者会議、ケースカンファレンスをもち本人、家族、職員の意向、意見を介護計画に反映しています。	サービス担当者会議において利用者や家族、職員の意見を計画に反映させ、月1回の定例会においてモニタリングを実施し、必要に応じて計画を見直している。	
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	日々の様子や、ケアの実践は、介護日誌に記入 気づきは、毎朝の申し送り、ミーティング等で話し、記録に残し職員全員で共有しています。		

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
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	具体的な設問がわかりません。調査時にお聞きしたいと思います。		
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	夜間の警邏は、交番にお願いし協力していただいています。本人が生活していた地域への行事参加も同行し、馴染みの皆様ともお会いする機会を作っています。(敬老会等への参加)		
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	状態変化が見られた場合など(身体的、精神的)は、ご家族に説明、連絡、相談後、希望を確認のご家族と同行で受診。主治医からの説明を受けています。	看護師が状態把握後、主治医や家族へ連絡し、受診が必要な場合には同行して家族と共に対応している。受診までの経緯については書面にて、主治医と家族へ情報提供している。	
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	常勤で看護師がいるので、直ぐに確認したり、研修や休みで不在の場合は、電話連絡を行い、指示で病院受診したり、適切な対応を行っています。		
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。	面会に行ったり、医療連携室担当ケースワーカーから、状態の連絡をうけたり、医師からの病状説明がある時は立ち会いしたり、家族との密な連絡は行っています。		
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、事業所の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	まだ、具体的な方針は立てていません。これまでは、受診後、医師の判断、指示のもと、ご家族の同意、意向で入院したケースが殆どです。	重度化した場合は、かかりつけ医の母体病院と連携し入院へとつないでいる。以前入居していた利用者の告別式で、生前に取ったビデオレターを流し家族に感謝されるなど、事業所として利用者のその人らしい人生の終わりに関わる努力をしている。	重度化した場合の対応は、本人・家族の大きな不安材料である。事業所として現状の課題を確認し、今後の方針を関係者で話し合うことを期待する。
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	高齢でいくつかの疾患を抱えており、常に何が起きるのか予測、危機感を意識しながら、業務を遂行でき、個別的な対応ができるように勉強会、話し合いを持っています。		

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
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	避難訓練は、年に2回行っています。訓練時の担当など、職員を順番に決め全員がイメージ訓練できるように話し合い、実施しています。地域の参加を依頼してないので、これから徐々に交流を図りながら、実施できるようにして行きたいです。	管理者は地域のマップ作りに参加しようと調整中である。事業所の防災訓練は同建物内の法人の3事業所間でのみ実施し、地域の参加は無い。平成24年3月までに火災通報装置の設置予定である。夜間17時30分～翌朝7時までではガス使用を禁止している。	災害は事業所からや昼間に発生するとは限らず、日頃から近隣に対し事業所の周知が必要である。地域住民や隣接の企業等との話し合いの場を設け、合同防災訓練の実施に向けた取り組みを期待したい。
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	介護保険の目的である、尊重し生活する人としての関わりを大切に、又、個人情報保護法を常に念頭に置き、認知症ケアについて勉強、職員間で声かけながら関わっています。	認知症ケアについて重点的に研修に取り組んだ結果、職員一人ひとりの利用者の尊厳に対する認識が高まり、日々のケアの中に活かしている。	
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	認知症の中核症状の随伴症状が多いのですが、帰宅願望時は、随時、ご家族と連絡し合ひ、面会、外出、外泊できるように支援しています。思いは、寄り添い、密な観察、職員間の情報交換でくみ取れるようにしています。		
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	食事、入浴などは特に、待つケアに徹底し、利用者のペースに合わせています。		
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	整容は、声かけ、自分で行える人は自分で行います。散髪は、利用者の行きつけの店に、ご家族同伴、又は職員の付き添いのもと外出しますが、認知症症状が強い人(じっと座る事ができない、介護抵抗が見られる等)は、スタッフが散髪しています。		
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	嫌いな物がメニューに入っている時は、変えたりしています。利用者はお茶の準備、配茶、おしぼりたたみなどはできますが、片付けはテーブル拭き等を行っています。	基本的なメニューはあるが、利用者の要望などで随時変更している。料理方法について利用者に教えてもらったり、一緒におやつ作りをしたりしている。以前は陶器の食器を使用していたが、何度も落とし割っていたため、現在はセラミック材の食器を使用している。	
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	食事、水分摂取量をチェックし、スポーツドリンクやジュースなど利用者の状態に合わせて美味しく摂れるように留意しています。食事や偏らないように、カロリー計算しています。主治医の指示で血液検査を受け、アルブミン、蛋白、貧血はないかなど行っています。		

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
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	利用者の状態に応じた口腔ケアを行っています。磨き残しがないように職員が見守り、介助します。夕食後は、入れ歯は、消毒のため、ポリドントに浸しています。朝、夕は、コップ、歯ブラシは、消毒しています。		
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	入所時、トイレに行くのを嫌がり、始終、オムツ着用していた利用者が、定期的なトイレ誘導、声かけで現在は、トイレですませている利用者もおられます。トイレでの排泄に向け、利用者の充足感や自信にも繋がっています。	トイレでの排泄の支援の為に、定期的な声かけや誘導、立ち上がりの訓練などを実践し、入居時のおむつ使用から自立に繋げる等の成果を上げている。	
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	食事、水分、運動などに気をつけ、お薬が必要な場合は、医師に相談しています。排便時には、性状(硬さ、色など)確認し、記録しています。急変時には、医師に相談しています。		
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	お風呂に入りたいと意思表示できない利用者は、曜日を決めています、意思表示ができる利用者は、毎日でも入浴できるようにしたり、利用者や相談した時間に入っていたいています。	個別入浴で、一人ひとりゆったり入浴でき、介助も同性介助を原則として実践している。入浴を拒否する場合も、無理強いすることなく、利用者の機嫌等を見ながら働きかけている。	
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	昼間でも、眠たそうにしていたり、疲れた感じに見受けられる場合は、利用者に声かけ休息していただいたり、夜間になかなか寝付けない時は、フロアで温かい飲み物を摂りながら、見守り、安心して入眠できるよう支援しています。		
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	職員全員に、ミーティングやカンファレンス(会議)、定例会で実物を見せながら説明しています。副作用などの注意点も記録し、随時、記録を見ながら観察できるようにしています。一時的な処方などの場合、職員から「もう、あの薬は終わりですか」と声をかけられたりします。		
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	庭木に水をかける(職員と)、三味線を弾く、好きな歌を唄うなど、利用者の生活歴に合わせた日課を取り入れた支援に努めています。		

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
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	年間行事では、初詣、遠足、花見などの外出予定はありますが、時に、おやつ時間に近くのミスタードーナツにいきます。家族との外出は時々いかれます。慣れ親しんだ地域の敬老会の行事にはお願いし、職員付き添いのもと参加しています。	行事計画や地域の敬老会、自宅の仏壇拝みや事業所周辺の散歩等の支援は実施している。一人ひとりの希望に沿った日頃の外出は、家族対応が多い。	
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	帰宅願望の利用者が、持っているお金で家に帰ると言ったり(足りないが)他の利用者に配っていたりの状況があり、難しい所もあります。買い物に行く時は、自分で出し入れしていただいています。正確な計算は難しいと思います。		
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	時々、手紙を書かれる利用者がおられます。30代になったり、50代になったりとその時の思いが書かれています。ご家族の面会時に手渡しています。電話は利用者の状態、状況を見ながら支援しています。		
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	観葉植物、お花、水槽(メダカがいます)の設置、壁絵は季節感が感じられるものにして工夫しています。居室、フロアに温度計設置で、冷えすぎないよう、快適に過ごせるように努めています。	立地上道路に挟まれ車の騒音はあるが、朝夕や適宜換気をし、気になる臭い等は感じられない。室内は季節感を取り入れた飾り付けや手作りのカレンダー、置物等、家庭的な雰囲気作りに努めている。	
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	利用者の殆どが、自分のペースで過ごされています。気のあった利用者同士で仲良くお喋りしたりと過ごされています。職員は側で見守りしながら声かけたり支援します。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入所時に、慣れ親しみ使った道具などを持ってきていただいています。「これは僕のものだから家に持って帰る」と梱包したり、壁絵など取り外したりするので、置いておく事が難しい所です。	数名の利用者は好きな私物を持ち込んでいるが、混乱し帰宅願望が強まる利用者については個別に対応している。シーツや枕カバーの模様により幻視を訴える利用者には、別の物に交換している。	
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	居室は、利用者がわかりやすいように入口に名前を表示したり、トイレ、日にち、曜日などの表示しています。定期的に声かけたり、利用者の様子から、今の心理状況を汲み取れるように努め、安全に過ごせるように支援しています		