

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	0970102521		
法人名	社団医療法人 依田会		
事業所名	グループホーム さくらがおか		
所在地	栃木県宇都宮市 桜 2-3-3 電話:028-623-6899		
自己評価作成日	平成 26年 7月 1日	評価結果市町村受理日	平成 26年 9月 3日

※事業所の基本情報は

基本情報	http://www.kaigokensaku.jp/09/
------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク栃木福祉調査センター		
所在地	栃木県 宇都宮市 大和 2-12-27 小牧ビル3F		
訪問調査日	平成 26年 7月 22日	評価確定(合意)日	平成 26年 7月 30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)】

運営母体が医療機関であり、利用者や家族にとって安心して生活が送れる利点がある。また利用者の希望に合わせた外出の支援を行っている。例えば毎月、交流外出と名付けたイベントで交流を持ち、ADLの状態に合わせた外出を試み、職員においても、フロアーの壁をなくし27名全員が家族であるという考えを作り上げている。運営推進会議への参加やイベントにも家族の協力があり、家庭の延長であるという関わりが持っている。自治会の行事への参加も職員交替で参加している。最近においては自治会長、老人会長も気軽に立ち寄って頂ける環境になっており地域の一員としての位置づけりがされてきている。災害時の近隣の方との助け合いについても、検討し合っている。また1階のフロアーを会議の場所などとして開放している。

【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)】

平成15年に開設した3ユニットの事業所です。理念の実践として信頼関係の構築を基本に残存能力・潜在能力を引き出すよう生活支援をしている。イベントなどでユニット間の交流や交流外出を行うことで、面識のなかった利用者同士が親しくなるなどの効果も現れ、共同生活のメリットも出ている。当日の突然の申し出による外出にも応じるなど、個別支援にも対応している。運営推進会議には、懸案であった家族代表(3人)や自治会長、老人会会長の出席も得られ活発な質疑が交わされ、運営に関する評価を得ている。災害避難訓練は、年2回の定期訓練のほか自主訓練も実施し、高齢者の避難誘導の難しさを経験し、3、4階からの避難誘導方法を再検討している。誘導後の見守りなど、近隣住民への協力依頼も検討されている。隣接の法人クリニックでの定期健診や訪問看護ステーションの看護師の定期訪問があり、看取り実績もあるなどは本人、家族の安心に繋がっている。更なる地域交流が進展し地域包括ケアの中核としての活動が期待される事業所です。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) (4階) ※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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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 (4階)	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	毎日、朝礼時に理念を唱和している。理念は玄関や事務所内にも掲げ、困難時には理念に基づき振り返れるようにしている。	職員の半数以上が勤続3年未満であり、理念を毎朝全員で大きい声を出し唱和することで、意識の統一と気力充実に繋げている。又、日々利用者にかかわる際には、能力を引き出すことを大切に、理念の具現化を意識して実践し、新人にはOJTで徹底を図っている。	
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	月1回の地域の清掃活動に参加している。地域行事への参加、自治会や幼稚園にホーム内行事への参加を呼びかけ交流を図っている。また1階フロアーを会議などに開放している。	継続している地域の清掃活動への職員参加や、1階フロアーを交流の場として自治会の会議に開放したりで、自治会長も気軽に立ち寄ってくれている。近所への散歩の際は、出会った人には利用者と一緒に気軽に挨拶を交わしている。	
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	近隣の幼稚園、小学校とも交流を持っている。小学校の授業の一環として小学生が来所する事もある。地域への「認知症について」の講習会を実施していきたい。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、自治会や民生委員、地域包括支援センター職員、利用者家族との意見交換を行っている。助言を頂きサービスの向上を図っている。また、季節に合わせた外出場所を教えて頂き、出向いている。	会議は定期開催されており、各階(2~4)毎の家族代表、自治会長、老人会会長などの出席が定着してきた。事業所からの状況報告に対する質疑がメインになっているが、家族代表からは避難訓練などにも積極的な発言が得られ、双方向の会議が定着しつつある。	事前に議題を検討し、専門知識を有する人の出席を得て、意見やアドバイスを求めるなど柔軟な対応で会議内容の充実を図り、サービス向上に繋がる事を期待します。また、議事録を全家族、全委員に配布する事で、更なる理解と協力が得られる事を期待します。
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	運営の変更等は都度提出している。実地指導の指導内容についても速やかに検討し直し繋げている。	更新申請など書類提出時の訪問の際は介護保険課や高齢対策課など関連部署にも立ち寄り、事業所の状況説明をしたり、情報収集にも努めている。	
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	勉強会の中での理解を深め、身体拘束をしないケア実践を目指している。1階玄関やエレベーターの施錠は夜間のみ。施錠に於いては、危険を考えるとやむを得ない事だと家族にも話をさせて頂いている。	勉強会では報道資料や外部研修の資料から具体事例を参考に、禁止の対象となる具体的な行為(特にネグレクト)を正しく理解し、内部で徹底をしている。2~4階が居室であり、エレベーター操作が可能な利用者には、見守りの徹底と各階毎の連携で単独外出の危険回避に努めている。	
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	勉強会を通じて理解を深め、ホーム全体の課題としている。職員同士のお互いの行動・言動を観察し合いながら、ケアに取り組んでいる。		

自己	外部	項目	自己評価 (4階)	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	勉強会の中で、その制度や活用を理解しよう努めているが、個人個人の理解力には差がある。		
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	契約時は管理者が家族に対して説明を実施している。また介護報酬や利用料の改定時には、書面にて説明を行い承諾を得ている。		
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	ご家族来所時には、管理者が近況を報告している。家族からの要望には、会議を持ち改善出来る事は改善している。運営推進会議の中で参加者に話をしている。	利用者個人のケアに対する要望、意見が殆どで、家族来所が多い土日は必ず管理者が勤務しており、他の日もユニットリーダーが迅速、適切に対応している。運営に関する意見、要望は、運営推進会議で各階の家族代表より出されることがあり、会議を通じて取り組み経緯、結果を報告している。	
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	全体カンファレンスやフロアカンファ時、また日々の中で、職員からの意見を吸い上げ、課題にしなごらより良いケアに繋げている。	利用者の変化や気づきは即刻ユニットリーダーに報告し、迅速な対応に努めている。重要事項は申し送りノートに記入し、全体カンファレンスに繋げている。「気付きカード」はテーマに『ありがとう』を取り上げて、職員間の連携強化と意識向上に繋がっている。	
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回自己評価・他者評価を実施し、評価により昇給の査定の参考にしている。「気付きカード」を活用し、毎月褒美をだし意識の向上を図っている。		
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	毎月勉強会を2回行い、都合の良い日に参加できるようにしている。外部の研修は希望を募って勤務時間内に参加出来るようにしている。又、他階から職員を募り、介護度の重い利用者の支援を実践してもらいスキルアップを図っている。年度初めに各自目標を立て、実現に向け努力している。		
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	研修会に参加することで、他事業所との交流を持つ機会はある。2か所のグループホームとの交流があり、お互いのイベントへの参加をしている。		

自己	外部	項目	自己評価 (4階)	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	本人から聞き取れる範囲でアセスメントを行っている。その際、環境が変わる不安を十分受け止め、まずは利用者が1日も早くホームに慣れる環境づくりを目指している。		
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	入所前の家族の思いを察しながら、預ける側の不安や思いを十分聞き入れ、家族が安心出来るように努めている。又、入所後はこまめに連絡を取り合っている。		
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	入所時のアセスメントや担当ケアマネからの情報をもとにしながら、本人にとって何が一番なのかを見極めて、本人らしく生活出来るようなサービスを優先したプラン作成に努めている。		
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	家族に代わって寄り添うケアを目指している。色々な事を一緒にやり、日々の生活が充実するように努め、毎日笑って過ごせるよう努力している。		
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	利用者本人の家族への要望などは、聞き取れた範囲で家族来所時に伝えている。又、可能な限り実現をお願いしている。職員側でも協力出来る事は速やかに対応している。「家族に会いたい」と一番に願う利用者がほとんどである。		
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	行きつけの美容室の利用等、家族の協力も得ながら、出来るだけ本人の意思に合わせた支援を行っている。自宅の近隣をドライブに出掛けたりしている。	家族、兄弟などの訪問が比較的多く、一緒に馴染みの美容院や外食に出かけている。入居前の友人との交流を支援したり、家族の田植えの様子を見に行ったりの個別対応も行い、出来る限り関係継続の支援に努めている。	
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	レクリエーション等の時間を多く持ち、お互いが関われるよう支援し、又、職員も一緒に楽しむよう心掛けている。毎週末は、奥座敷をお茶会の場として、利用者同士が向き合って談話を楽しめるよう支援している。		
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	移動先の施設に面会に行ったり、移動先の職員からの相談にも随時応じている。		

自己	外部	項目	自己評価 (4階)	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	ケアについての必要性を考えながらも、本人が望む生活のスタイルを重視している。出来るだけ自分の好きなように時間を過ごせるような支援を行っている。しかし、決定等困難な利用者については、寄り添うケアとしている。	意思表示できる人が大半で、言葉や行動での表現を尊重し自由に過ごせるよう支援している。自らの決定が難しい人には、目線を合わせて問いかけたり、寄り添うことで、本人本位の意向確認に努めている。新たな気づきがあった場合は、個別記録に記入し職員間で共有している。	
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	入所前の情報については、職員同士が理解し合い、住家が変わっても継続可能な支援は行っていきたい。しかし情報については、入所時の聞き取りが不十分である事が多く、課題である。		
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	能力に合わせ、無理強いしない生活を支援している。状態の変化には、その時その時の対策を考え試行錯誤しながら、本人に合ったケアを見極めている。		
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	介護計画書は、家族の意見を聞き入れ作成している。毎月のモニタリングでケアを見直し、急な変更の際にも家族に報告している。利用者を巻き込んだ会議は持っていないが、可能な利用者にはお願いしていきたい。	業務日誌や個別記録、毎月のモニタリングから、変化の兆候にいち早く気づけるよう連携し、フロアごとのカンファレンスとサービス担当者会議で見直しを検討している。短期目標設定の際は本人の残存能力、潜在能力を引き出すことを意識して作成している。	サービス担当者会議への本人出席を実現し、より本人本位の計画が作成されることを期待します。
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	ケアプランに沿った記録を書くよう努めている。特別な変化があった際には、職員が理解できるように分かりやすく記録している。又、速やかに介護計画書を見直すように努めている。		
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	家族大勢での来所時には、奥座敷を提供し、時間を気にせず寛げるよう環境を整えている。又、その際に記念写真を撮って差し上げたりしている。		
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	車イスを使用しないと外出が難しい利用者であっても、バリアフリー対応の場所への外出を試みている。ボランティアの訪問も取り入れているが、ボランティアの種類も増やして行きたい。		

自己	外部	項目	自己評価 (4階)	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
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	入所時に家族や本人にかかりつけ病院を決めて貰っている。ほとんどが母体のクリニックに変更となったが、他科受診に於いては、家族と話し合いながら、出来る範囲で協力している。	隣接の法人クリニックでの2週に一度の健診や週1回看護ステーションからの訪問があるなどの安心から、殆どの利用者が法人クリニックをかかりつけ医としている。他科受診も可能な限り事業所対応とし、症状に応じて家族同行もお願いしている。受診結果は家族に電話、書類にて報告し共有している。	
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1回看護師の訪問がある。状態の報告を行い健康チェックをしている。助言を頂き受診に繋げており、日々に於いても母体クリニックの看護師とも連携を取っている。		
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	管理者を中心に入院先へ出向き、入院先の担当者と連絡を取り合っている。状態については家族からの報告も頂き、早期退院に繋げている。又、入院時退院時にお互いのサマリーを提供している。		
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、事業所です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、重度化した場合や看取りの支援については、管理者から書面にて説明を行っている。退院後や重度化した場合は、速やかに家族と話し合いを持っている。母体クリニックとの連携も図っておりチームとしての体制は出来ている。	看取り指針に基づいて、入居時に本人、家族の意向確認を行なっている。状態変化の都度、主治医、看護師の意見を参考に本人、家族と話し合い、繰り返し意向確認を行なっている。看取り実績もあり、夜間対応を含め法人クリニックとの連携は出来ている。	
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	勉強会で事例を挙げ検討会や実技をしている。事故報告書を作成し、ホーム全体で話し合い再発防止に努めている。		
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	定期的な訓練を行っている。火災装置の使用方も職員全員行える。ただし本当の災害時には不安が多い。地域の方への要請もお願いはしてあるが、高齢世帯の為難しい。緊急連絡体制は出来ている。	12月、6月の2回、消防署立会いで通報、消火、避難誘導訓練や煙道体験も行った。防災業者の協力を得て10月は自主訓練として3階の脱出袋からの脱出体験を職員17名が行い、誘導方法などの課題が判った。また、非常階段を使った避難には対応人数に限界があるなどが判明し、3～4階からの避難方法の再検討を急いでいる。建物外での避難後の見守り誘導は可能であるとの老人会会長の話も得られている。	課題への対応が急がれます。消防到着までの5分間にすべきことは何かを全職員で話し合い、最低限のシンプルな行動マニュアルを作成し、繰り返しの訓練を通して臨機応変に行動できるようになることを期待します。近隣住民には見守りに徹した協力要請を早期に依頼することにも期待します。

自己	外部	項目	自己評価 (4階)	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	利用者は人生の先輩として敬いながら、敬語を使用した会話で関わっている。言葉かけが気になる時は、職員同士がその場で注意し合っている。	誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや態度について全ての職員に意識を持たせると共に、職員間でもお互いに注意しながら利用者に接している。新人職員はトイレや入浴介助が拒否反応無く出来るようになって初めて信頼関係が出来たと判断し、単独で任せるようにしている。	
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	レクリエーションへの参加も無理強いしていない。自分の好きなように寛いで頂きながらも、選択する場面を作っている。		
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	「買物に行きたい、散歩に行きたい」と言う希望に合わせ、出来る限り短時間ではあるが対応している。「今から何しましょうか？」と聞いたりしている。		
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	本人の好みを理解し、美容師と髪形の話し合いをしている。能力に合わせて整髪の声掛けや介助を行っている。服装も一緒に選んでいる。現在カーラーを巻く利用者があり、洗髪後に巻いている。		
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	食材切り、盛り付けは常に一緒に行っている。参加出来ない利用者にも、テーブル拭き、お茶を入れ、片付けは行って貰っている。配膳に於いては、盛り付けた食器を並べ、自分の望む量の小鉢を取って貰っている。大盛りを望む利用者も喜んでいる。選ぶ事の出来ない方は、簡単な選択の声掛けで可能である。必ず職員も同席し会話を交えながら食べている。	全階同一メニューで、食材調達は業者配達と近所への買出しを行なっている。調理は各階毎に職員が交代で行なっている。出来る利用者には調理、盛り付け、片付けをするという生活行為を通して、自発的活動につなげている。職員は見守りと、会話を楽しみながら、同じ物を食べている。外食や、時にはバイキングで食が楽しみになるよう努めている。	
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	栄養バランスを考えたメニューを参考に献立を作り提供している。水分は時間での提供(お茶時・食事時)と、いつでも補給が出来るような環境も確保している。自力摂取が出来ない利用者に関しては、水分量をチェックしながら補給している。		
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	声掛けのみの方、見守りが必要な方、また全介助を要する方、と一人ひとりの能力に応じた支援を行い、夜間の義歯洗浄剤の使用は職員が行っている。		

自己	外部	項目	自己評価 (4階)		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	ほとんどの利用者を時間で誘導している。フロア内で「トイレ」という声は掛けず「ちょっとこちらまで」とさりげなくお誘いしトイレでの排泄に繋げている。1日を通し、失禁なく過ごせている日もある。		本人がトイレで用を足すことを基本として、無理強いにならないよう配慮しながら時間誘導を行っている。尿量や尿漏れの状況などを把握しながら、リハビリパンツやバットなどの必要性について、随時見直しながら適切な物を使用するようにしている。何人かが布パンツのみに改善した事例もある。	
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	麦ご飯や乳製品を提供し便秘の改善を図っている。食材にもきのこ類、食物繊維の多い野菜を使用している。慢性の便秘の方も比較的改善されてきている。		/	
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	無理強いせず本人の意思のもと実施している。突然の入浴希望にも、他階の浴槽も借りながら出来るだけ速やかに対応している。好みの入浴剤を使用したり、富士山の絵を貼っており、リラックスできるような環境のもとで支援している。		曜日や時間帯は希望に応じて自由にしており、最低週3回の入浴は実施している。声かけから部屋での準備、誘導、入浴など同一職員の担当で安心を提供し、1対1の対応で本音の話しが聴けることが多い。入浴を拒む場合は、健康状態を確認の後、タイミングをずらしたり他の職員で改めて声かけしている。	
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	本人のその日の状態や様子から、夜間に影響のない範囲の午睡を勧めている。静かにオルゴールの音楽を掛けたり、照明を好みに合わせ心地よく休めるよう、調整している。		/	
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	利用者の病気について把握し、食前・食後の服薬を飲み込みまで支援している。症状については管理者～主治医に速やかに報告している。飲み込みが難しい利用者に対しては粉碎をお願いしており、安全に飲み込めるよう支援している。		/	
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	出来る事を見極めながら、家事活動や趣味の継続はもちろん、以前行えていた事が継続できるよう支援を行っている。歌は毎日歌い、音楽もかけている。相撲やゴルフ番組を一緒に観戦している。		/	
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	家族からの突然の申し出にも可能な限り対応するよう心掛けている。ADLにあわせたこまめな外出の支援を行い十分楽しめるような支援を目指している。外出場所においては、地域の方からの情報も頂き参考にしてている。		日常的に戸外に出られるよう、買い物や散歩など機会を工夫しながら支援に取り組んでいる。診察の帰りに寄り道したり、事業所の周りを一周したりしている。芝桜、バラ、紫陽花など花を見に行く外出を多く取り入れている。個別対応として突然の申し出にも可能な限り対応しており、デパートへの買い物や、時にはお墓参りへ同行することもある。	

自己	外部	項目	自己評価 (4階)	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	金銭についてはホームで預かっているが、買物支援の際に本人の能力を見極めながら、自分で支払って頂くような支援を行っている。		
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	本人の希望に合わせて家族への電話を取り次いでいる。また時間を問わず家族からの電話も受け入れており、本人が自室などでゆっくり話して頂ける様支援している。年賀状作成などもレクリエーションを活用し行っている。		
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	玄関には毎月季節に合わせた花を飾っている。また行事にも合わせ、飾り物を置いている。電球色は、和をイメージし落ち着いた空間づくりを目指している。臭いについては、速やかな対応とこまめな清掃を実施し排除に心掛けている。	玄関入り口から全体に和のイメージを大切に落ち着いた空間を演出している。飾り物も刺激的な色を避けさり気なく展示している。生花は(匂い)、造花は(色)を中心に季節感と生活感が感じられるように展示している。小上がりを含め畳の間が3カ所あり好きな場所で寛げるようになっている。	
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	畳みコーナーは3カ所ある。南側の畳にはテレビが設置されており、自由に利用できるようになっている。		
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	出来るだけ以前の生活と変わりなく生活できるよう、家族にお願いして、馴染みの物を置いている。家族写真が掲示してあったり、お位牌を置いて毎日お供えをしたり、好きな音楽を掛けている。	居室は洋間で11㎡と広くゆったりとしている。全体に持ち込み品は少ないが、ベッド、タンス、仏壇、位牌、テレビ、家族の写真や手作りの紙人形など各々が馴染みの物を持ち込み自分らしい部屋作りをしている。出来る人は部屋の掃除(モップ使用)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	段差もあり危険はあるが、椅子やテーブルに名前を付けたり、分かりづらい場所には表示をしたり、混乱を出来るだけ減らす工夫をしている。居室においては入口の暖簾が色分けされている。		