

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	0272300757		
法人名	有限会社 源コンセプト		
事業所名	グループホーム 月のうさぎ		
所在地	青森県南津軽郡大鰐大字鯖石字広田13-3		
自己評価作成日	平成24年8月14日	評価結果市町村受理日	平成24年12月11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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成24年9月26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)】

<p>入居者と職員が共に生活する場と考え、「もうひとつの家」大家族と考えている。入居者それぞれが自由に自分の思いを表現できる場を作り、共に笑い、悲しみ、支え合える空間でありたいと考えている。また、地域住民との関わりを大切にし、地域と共生できる施設を目指している。</p>

【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>代表者が思い描いているホームの理念や運営方針が、管理者や職員に十分説明され、理解が得られており、一人ひとりがその実現に向けて取り組んでいる。 開設から9年近く経過し、地域住民にホームの役割が十分認知されると共に、様々な協力関係を構築している。 また、居間や居室の大きな窓から、周りの田畑や遠くの山々を見渡すことができ、開放感があり、季節の移ろいを感じる事ができる。</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 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)
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)
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 3. 利用者の1/3くらい 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りや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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 3. 利用者の1/3くらい 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)
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 3. 利用者の1/3くらい 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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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 3. 利用者の1/3くらい 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
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 3. 利用者の1/3くらい 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	管理者や職員は家庭的な環境や地域との交流の大切さを理解し、地域から支援を受けて仲良く過ごせるようにと願いを込めた、ホーム独自の理念を作成している。	代表者は、「月のうさぎ」という施設名や理念に、太陽に照らされて輝く月のように、地域に支えられて輝き、うさぎのように穏やかな生活が送れるホームにしたいという願いを込めており、管理者や職員に十分説明をして、理解を促している。理念の共有化のために、ホーム内への掲示や申し送り時に唱和をしており、職員は、日々笑顔を絶やさずに、優しく利用者に接するよう心がけ、理念の実践に努めている。	
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	理念を印刷した専用の封筒を使用したり、朝の申し送り時に唱和する等し、理念を全職員に周知している。また、常に理念を意識した業務の実践を話し合い、ケアサービスに反映させるよう、日々取り組んでいる。	ホームの納涼祭を回覧やチラシ等で広く地域住民に周知し、毎年150人位の参加を得て実施しており、その機会を利用して、日頃からホームに立ち寄ってもらえるように働きかけている。また、ホーム周辺で田畑を作っている農家からは、作物を差し入れていただいている他、中学校や高校、社協の福祉体験学習、学生ボランティア、老人クラブの踊りや三味線の訪問等の受け入れを行っている。	
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	ホームと近隣住民とは日頃から付き合いが多く、山菜や野菜を持って来てくれるような関係を築いている。また、町内会や民生委員との交流の他、町の敬老会への参加等を行い、交流を図っている。更に、管理者がキャラバンメイトであり、学生ボランティアや体験学習、見学を多く受け入れ、外部の人を受け入れる際にはホーム内に掲示しているスナック写真等について、家族の事前承諾を得る等し、利用者のプライバシーにも配慮している。		
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	運営推進会議の意義や役割を書いた文書を配布したり、説明を行う等し、メンバーに積極的に参加を促す取り組みを行っている。会議では様々な議題を取り上げ、意見を得ている。また、自己評価や外部評価結果について報告する他、地域の具体的なニーズについても話し合い、サービス向上に活かしている。	運営推進会議のメンバーには、会議の意義を説明して理解してもらい、毎回文書で開催案内をして、概ね参加が得られている。会議では、ホームの課題等を提起してメンバーから意見を引き出し、改善に繋げている他、自己評価及び外部評価の結果、目標達成計画等を説明し、意見交換を行っている。	

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
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	ホームの実態等を理解してもらうため、自己評価や外部評価の結果を提出し、報告を行っている。また、担当課や担当ケースワーカーと日頃から連携を図り、利用者の生活の質を高めるために課題解決に向けて取り組んでいる。	町担当職員が運営推進会議に参加し、入所待機者等の情報交換を行っている他、生活保護や権利擁護、成年後見制度等に関わる課題については、町や社協と連携を図って解決に取り組んでいる。また、町役場へホームのパンフレットを配布し、自己評価及び外部評価の結果、目標達成計画を提出して報告している。	
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	管理者、職員は身体拘束の内容や弊害について理解しており、身体拘束は行わないという姿勢で日々のケアを提供している。やむを得ず身体拘束を行う場合は、理由や方法、経過観察を文書で残し、家族の同意を得る体制を整えている。現在は多動で玄関へ行く利用者がいるため、施錠にて様子観察している。	職員は、身体拘束の内容や弊害について、管理者が用意した資料や書籍で自主的に学習することで理解をしている。身体拘束は行わないという姿勢を重要事項説明書に明示し、玄関や居室等は施錠せず、利用者のしぐさ等から外出傾向を察知できるよう見守りを行い、察知した時は職員が付添って散歩をする等している。また、無断外出時に備えて、近隣の農協や美容院等に協力を働きかけている他、やむを得ず身体拘束を行う場合は、家族等の同意を得て、その理由や方法等について記録する体制を整備している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	管理者や職員は外部研修に参加する他、内部研修等を行い、高齢者虐待防止について理解している。また、管理者は日頃のケアを観察したり、言葉遣いに注意する等、虐待を未然に防ぐように努めている。更に、高齢者虐待を発見した際の対応のマニュアルを整備しており、全職員が理解している。		
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	管理者や職員は外部研修に参加している他、内部研修会等を行い、制度について学ぶ機会を設けている。現在、制度利用者が7名おり、必要に応じて情報提供や事業利用に繋げる支援を行っている。		
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、利用者や家族に重要事項説明書を基に、ホームの理念や取り組み等の説明を行い、質問や意見を引き出すよう努めている。退去に関しても十分に説明を行い、同意を得ている他、退去後に利用できる施設等の情報を提供する等、継続した支援に取り組んでいる。		

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
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並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	日頃から家族等が意見を出しやすい雰囲気作りを努めている。また、内・外部苦情受付窓口を重要事項説明書に明記している他、事業所内に掲示している。出された意見や苦情は職員間で検討し、日々のケアサービスに反映させるように取り組んでいる。	利用者の意見は、日常の言動から察するように努めており、家族等の意見については、利用者の暮らしぶり等を定期的に報告し、面会時に引き出すように努めている。また、家族等に内外の苦情受付窓口や出された苦情等を速やかに処理する手順・体制を明示すると共に、必要に応じて苦情等を運営改善に繋げることを明文化している。	
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	会議や内部研修の最後に発言の場面を作ったり、日常の業務中でも話し合いができるようにしており、内容によっては管理者・代表者で話し合いを行い、結果を出している。	管理者は、運営に関する職員の意見を職員会議の場で聞いたり、連絡帳に書いてもらう等して把握しており、出された意見を職員間で検討し、必要に応じて代表者と話し合っ反映させる仕組みを構築している。また、職員の異動は基本的には行わない方針であるが、利用者の苦情や希望等で異動を行う場合は、対象となる職員に説明し、意見を聞きながら検討している。	
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	期日や額の決まりはないが、本人の介護に対する努力や実績に対して昇給を行っており、今後も続けていく。また、介護員の向上心追求の手助けとして、労働時間を使つての研修参加等を促している他、本人の努力ややる気を認め、パート介護員を正職員に再採用する予定である。		
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	運営者は、職員の育成の必要性を十分認識しており、年間研修計画を作成し、資格取得等、職員個々の資質向上に繋がるよう支援している。研修受講後は報告書を作成し、内部研修や会議等を行い、全職員に周知している。また、職員の業務に関する相談等に助言する人材を確保している。		
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	運営者は同業者との交流や連携の必要性を十分認識しており、グループホーム協会へ加入している他、町内のグループホーム連絡会を通じて連携も図られている。また、管理者は県内外の同業者と交流を持っており、情報交換等を行いながらサービスの質の向上に繋げ、園内納涼祭の他、同業者へも参加をすすめている。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に家族や本人と話し合い、不安点・問題点を聞き取り、また、本人の入居前の状態を把握して、安心な入居生活に繋げるようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に家族や本人と話し合い、不安点・問題点を聞き取り、入居後も家族との話し合いで要望等を聞きながら、信頼関係作りをしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居希望時に家族からの聞き取りや担当ケアマネからの聞き取りにて、利用者にとって最も良い支援ができるように努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	食事の味付けや漬け物の作り方、掃除の仕方等、利用者に学ぶことはたくさん有り、利用者は職員に教えている時はとても楽しそうな表情で、いつも一緒に作業をしている。		
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置かず、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	職員は利用者と日々共に生活することで、様々な場面で喜怒哀楽の共有をしている。野菜作りや料理の準備、調理、掃除等の得意分野で力を発揮してもらう等、支え合う関係を築いている。		
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	利用者が安心してサービスを受けられるように、ホーム見学や家庭訪問、家族と一緒に宿泊等を行っている。また、利用者の視点に立った支援ができるよう、利用者や家族の意向を十分に把握し、対応している。	利用者の知人や馴染みの場所は、入居時の本人や家族からのアセスメントで把握している。遠くの家族への手紙や電話連絡、面会に来た知人との間を取り持つ等の支援を行っている他、馴染みの美容院や温泉、実家等といった本人が希望する場所へ出かけられるように支援している。	
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	食事時間やその他の活動時には全員に呼びかけている。また、お菓子袋を破れない方へ他の利用者がお世話をしたり、仲の良い方同士での入浴等、お互いを支え合うような声かけをしている。		
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	体調の変化にて入院した場合は、仲の良かった利用者同伴での見舞いをしている。やむを得ず退去した利用者にも、時々電話や手紙等で連絡をとっている。		

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
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	職員は一人ひとりの思いや希望等、日々の関わりの中の会話や動作等から把握するように努めている。把握が困難な場合は仕草や表情等から読みとったり、職員同士での情報交換により、把握に努めている。また、必要に応じて家族等からも情報収集を行っている。	職員は、日常のコミュニケーションを通して利用者の意向の把握に努めると共に、十分に把握できない利用者の場合は、全職員がその利用者の言動で気づいたことのメモを残し、それを確認しながら意向の把握に努めている。また、利用者が一時帰宅時に、家族との会話の中で思いを話していなかったか聞く等、必要に応じて家族等から情報収集をしている。	
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	入居前の生活を大切に守りながら、引き続き家族から情報を収集して、利用者が安心して生活を送れるよう心がけている。		
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	朝の声かけやバイタルチェック(毎朝・週2回訪問看護)等で、その日の気分や体調を把握しながら、状況に応じて対応している。		
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	介護計画作成時は利用者本人の意見を聞き、確認を得ている。また、カンファレンス時に全職員の意見やアイデアを反映させて作成しており、必要に応じて家族や関係機関から情報収集を行い、日常生活動作(ADL)や生活の質(QOL)の維持や向上に繋がるよう計画している。	介護計画作成者は、日常生活の中で利用者の意見をよく聞くように努めると共に、カンファレンスで全職員から意見を聞き、家族等からも面会時に意見を聞いて、一人ひとりに合った介護計画を作成している。また、介護計画の実施期間終了後には、モニタリングや再アセスメントを行って見直しをしている他、利用者や家族の状況に変化があった場合は、随時の見直しを行っている。	
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	介護計画は一応6ヶ月の期間とし、変化がある方には状況に応じて都度話し合い、新たな計画を立てている。		
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	現在は行っていないが、役場等へ認知症デイサービス、ショートステイの活用ができないか申し出をし、今後行っていく予定である。また、介護が困難な家族へは老健等を紹介し、対応している。		

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	町の長寿祭への参加やその他の行事への参加の声かけをし、すすんで参加するようになった。消防や警察との連携にて、徘徊での無断外出に対しても話し合いをしている。		
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	これまでの受診状況を把握しており、かかりつけ医を受診できるように支援している。また、訪問看護や提携医療機関、かかりつけ医等にいつでも気軽に相談できる他、受診結果等については、必要に応じて家族も受診時に同行し、医師を交えて情報交換を行っており、情報の共有を図っている。	入居時のアセスメントや主治医の診断書等でこれまでの受療状況を把握し、家族が希望する医療機関を受診できるよう支援している他、認知症の専門医や歯科医の協力を確保して受診できるよう支援している。また、医師から説明がある時は家族に同席していただいている他、ホームで通院介助した時は、毎月の便りや電話で家族へ結果を報告し、家族が付き添って通院した時は、家族から結果を聞くようにしている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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回の訪問看護によるバイタルチェックでの健康管理の他、朝のバイタルチェック時の異常の際は、電話での相談や訪問看護の24時間対応をできるようにしている。		
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、また、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。	入院時は担当医師や看護師とよく話し合い、家族とこまめに状況報告をし、早期退院できるような体制をとっている。		
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	重度化した場合や終末期の対応について文書で明確にしている。また、本人や家族の意思を尊重しながら共に考えて対応している他、医療機関とも早期からの話し合いを行い、意思統一を図っている。	重度化や終末期に対応するホームの方針を明確にしており、入居時に家族等に説明している。医療機関や家族等と連携を図りながら支援する体制を整えており、具体的な取り組みについて、今後職員間において検討する予定である。	
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	緊急連絡網にて連絡体制の強化を図り、訪問看護師による内部研修等で実践力をつけるようにしている。		

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
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	避難誘導訓練を定期的に行っており、年1回、夜間想定訓練も行っている。災害時には近隣住民や消防署、警察署等から支援が受けられる体制を整えており、災害発生時の食料等の備蓄品も用意している。	夜間も想定した避難誘導策を作成し、避難訓練は夜間の想定も含め、利用者と一緒に年3～4回行っており、実施時には近隣を回ってその旨を知らせながら、災害時の協力も働きかけている。設備点検は業者委託で半年毎に行い、食料や飲料水を備蓄している他、毛布は業者に保管してもらっている。また、近くのガソリンスタンドと契約し、灯油・ガソリン不足の時、優先的に提供してもらえるようにしている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	利用者の言動を否定したり、拒否することなく、年長者に尊敬の念で接している他、排泄誘導等の介助をする際は羞恥心に十分配慮している。また、職員は個人情報保護法について理解しており、適切な業務運営を行っている。	職員は、利用者の言動を否定することなく、まず受け入れるように努めている。トイレ誘導や失禁介助の際は言葉遣いに注意して、周囲に気づかれないようにしている他、利用者の了解を得て居室に入ったり、入浴の際は希望に応じて同性介助を行う等の対応をしている。また、書面で守秘義務について誓約し、個人情報については家族等の同意を得ている。利用者への声かけや対応で気づいたことは、その都度注意し合うと共に、申し送り時や会議で確認し、改善に繋げている。	
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	職員や管理者に気を遣わず、何でも話せる関係であり、利用者一人ひとりの思いに対して、常にゆったりとした気持ちで耳を傾け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	利用者を急がせたり、業務を優先することなく、一人ひとりのペースに合わせ、その日の体調や精神状態に配慮した支援を行っている。		
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	本人の自宅から衣類を持参したり、本人と一緒に買い物に出かけて購入している。また、家族と連絡し、利用者の好みの衣類での対応をしている他、化粧したい方への援助をしている。		
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	献立は利用者の嗜好を取り入れている他、調理の準備や後片付け等、利用者の状況や意思に応じて職員と一緒にしている。職員は利用者と一緒に食事を摂り、食べこぼしへのサポートを行ったり、会話をしながら、楽しい食事となるように努めている。	献立は、職員が利用者の希望を聞き、年に数回、管理栄養士からのアドバイスを受けながら作成しており、苦手な食べ物には代替食を用意している。また、利用者は、食材の下ごしらえや味付け等のできることを手伝い、職員は利用者と同席し、会話を楽しみながら介助や声かけをしている。	

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
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	食事は栄養バランスに配慮しており、だいたい一日1600Kcalに設定している。また、水分摂取量も把握しており、必要に応じて記録している。カロリー計算は、管理栄養士の指導や助言を得て、職員が行っている。		
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	個々の利用者に合わせて対応し、食後には声かけや見守り、できない方には介助にて口腔内・義歯洗浄を行っており、夜間帯は義歯洗浄剤を使用して清潔保持に努めている。		
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向けた支援を行っている	個々の利用者に応じて排泄パターンの把握をしており、トイレ誘導等を行い、失禁・粗相の防止に努めている。	排泄状況を日誌に記録し、申し送り時に確認しながら自立に向けた事前誘導を行っている他、布パンツやリハビリパンツ、バット等の使用の継続や組み合わせ方を話し合っている。また、排泄介助の時は、周囲に気づかれられないような言葉かけや速やかな対応に配慮している。	
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	毎日、バランスの良い食事を考えてメニューを作り、水分量にも気をつけている他、朝にはラジオ体操や歩行訓練、午後にはレク体操を組み入れてトレーニングをしている。強い便秘時は医師と相談して対応している。		
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、個々に応じた支援をしている	利用者の入浴習慣を把握しており、一番風呂や長湯、入る順番等に配慮している。また、希望者には温泉に連れて行く等、意向に沿った入浴支援を行っている他、入浴を拒否する場合には、無理に勧めず、声かけや対応を工夫している。	入浴習慣を入居時のアセスメントや日常の聞き取りで把握し、週2回の入浴日の他、希望により職員や家族の付き添いで温泉に出かけられるように支援している。入浴を拒否する利用者には、間をおいて声かけをしたり、シャワー浴や翌日入浴する等して支援に努めている。また、職員は、衣服着脱や洗身の見守りを行いながら、本人が出来ないところのみを支援するようにしている。	
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	昼夜逆転の防止のため、日中の活動を多くするように努めている。また、睡眠パターンの把握をしているものの、睡眠パターンと違った場合でも、なるべく本人の意向に合わせている。		
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	薬の目的や副作用を職員全員が理解し、利用者の「人間らしい生き方」が損なわれないように、状態の変化には十分気をつけている。また、医師ともその都度相談をしている。		

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
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	利用者の生活歴や希望、力量等を本人や家族から情報収集して把握しており、一人ひとりに合った役割や楽しみごとを促す支援を行っている。		
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。また、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	行事での外出の他、日常的に散歩や近隣への買い物等を多く行っている。外出先には利用者の希望を取り入れており、車椅子やその日の身体状況に応じた移動方法に配慮する等して支援を行っている。	週1回のドライブや買い物、散歩等の外出機会を設けており、外出先はいくつか選択肢を用意して、希望する場所に決めている。また、外出時は、行き先の洋式トイレの有無や車椅子移動の可否、利用者のその日の体調等を確認して、無理のないように配慮して支援に努めている。	
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	高額のお金は事務室で管理するが、本人の能力に応じてお金の保管をしたり、買い物時に所持しているお金での支払いができるように支援をしている。		
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	毎月の状況報告時、利用者の精神的安定には家族とのつながりを書き、電話、手紙の申し出をする利用者には施設の電話を使用して、本人希望時に対応している。		
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	共用の空間は家族的な調度品が多い他、職員が立てる音やテレビの音量も適切である。更に日差しや照明も配慮し、明り取りの窓が天井にあり、明るく居心地が良い場所となるように工夫している。	居間にはソファやテレビが置かれ、窓が大きくとられているため、周りの田畑や遠くの景色を見渡すことができ、季節の移ろいを感じることができる。冬期の暖房はパネルヒーターで、濡れタオルをかける場所を設けて湿度管理をしている他、夏期は共有空間でエアコンを使用し、適切な温・湿度となるように努めている。	
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	ホールには長椅子、廊下には椅子を設置している他、玄関にも椅子を置いて利用者同士がコミュニケーションをとりやすい空間作りを行っている。		
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	居室には馴染みの物を飾っている他、仏壇や家電製品等も持ち込んでいる。また、ホーム生活での写真等を飾り、職員と一緒に居心地のよい部屋作りをしている。	入居前から使用していた物を自由に持ち込むように働きかけており、仏壇や衣装ケース、鉢植え等を持ち込んでいる。また、持込が少ない場合は、職員と一緒に写真やカレンダー等を飾る等して、一人ひとりに合った居室となるように取り組んでいる。	
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」や「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	個々の利用者に応じて対応している。現在はトイレと本人の居室ドアに名札を付けて対応している。また、ボイラー室・浴室は危険なため施錠をしている。台所他の危険物がある所へも施錠または介護員室内で保管管理をしている。		