

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	2170103689		
法人名	有限会社ケアパートナー		
事業所名	グループホームもも太郎		
所在地	岐阜県 岐阜市 御望 3丁目 68番地		
自己評価作成日	平成25年 9月 1日	評価結果市町村受理日	平成25年12月 2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.kaijokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kan=true&JigyosvCd=2170103689-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成25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)】

「人が人として当たり前のことを当たり前にする規制をしないケア」「一人一人の個性を認め、個別の生活スタイルを大切にケア」「自分のことを自分で判断でき、本人のつよさを引き出すケア」をモットーにし、常に介護者は自分たちの介護を振り返り、その方の立場になって支援できるよう努力をしています。利用者の残存能力に応じて、時間がかかってもできることを見つけて、利用者の居場所作りにも努めている。笑顔で穏やかな時間を過ごせるように支援している。また、嚥下機能を維持するため、歌を歌ったり、目的を持ったレク活動を行っている。

【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)】

【個別ケアの実践を紹介する】 末期がん(ステージ4)で余命6ヶ月と診断された女性利用者がいる。この宣告が、これまで支援してきた職員を動かすこととなった。「家に帰りたい。主人の墓参りをしたい」とのつぶやきを、職員は「最後の願い」と受け止め、介護計画に落とし込んだ。親戚の理解・協力によって、かつて住んでいた自宅(岐阜市内)へ帰る目途が立ち、墓の所在も判明した。東京に住む姪が家の鍵と墓の地図を持ってホームを訪れた。そして実行の日、利用者の他にホームからは法人代表を含む4名が選抜されて目的地に向かった。自宅は、かつて書道教室を開いていたそのままの状態が残っていた。隣家の床屋さんと再会を果たし、墓参りを済ませた利用者の頬を熱いものがつた。自宅から、懐かしい書道の道具や額に入った免許状等をホームに持ち帰った。

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)	○ 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 利用者や職員が、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、生き活きと働いている (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	常に利用者に接し、職員と共に理念を共有し気づきの介護が出来るよう取り組んでいる。	弱き利用者を助けるために立ち上がった“もも太郎”に、強い味方が現れた。職員の自主勉強会“きびだんごの会”の発足である。理念に忠実なケアを実践するため、人間力を養う研修が行われている。	
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	散歩時に、近所の方々と挨拶を交わしたり野菜のおすそわけを頂いた際には、ご利用者様が手作り等の作品を、ご利用者の方と一緒にお礼を届けたりと、地域の方と触れ合うよう努力している。	四季を感じながらの散歩時には、地域の人たちが挨拶の声をかけてくる。ホームの夕涼み会では、ご近所からすいかや水菓子が届き、利用者・家族が花火や盆踊りに興じた。	
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	行政や地域包括支援センターと連携し地域の方々の相談に応じることが出来るよう努めている。地域の認知症高齢者の介護認定の相談を受け地域包括支援センターと連携し認定の申し込みから認定調査の立会いの支援をした。		
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	参加者がいつも同じメンバーにならないよう意欲のある方を優先にし、同じメンバーにならないよう努めている。	同法人の経営する小規模多機能事業所と合同で運営推進会議を開催しているが、規定の開催回数には達していない。地域を代表する人たちの参加が無いのも寂しい。	会議の目的の一つに、「利用者が地域の中でこれまで通りの暮らしを…」がある。一方の当事者である“地域”の参加を得て、ホーム運営がさらに充実することを期待したい。
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	岐阜市介護保険室、生活福祉室及び地域包括センターの職員と連絡を取り、地域に密着した介護サービスを提供するよう取り組んでる。	利用者の中に多くの生活保護受給者がいることから、市の介護保険担当だけでなく、生活保護の担当者とも緊密な連携を図っている。	
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、玄関の錠は防犯のため施錠しているが内部から簡単に開錠できるようにしてある。	切迫性・非代理性・一時性の3原則のすべてを満たさないと身体拘束を行うことができないことを職員は理解し実践している。玄関の錠は防犯のため施錠しているが内部から簡単に開錠できるようにしてある。	言葉の拘束についても高い意識を持ち、職員が相互に注意し合っている。月1回開催の自主勉強会“きびだんごの会”でも話題となることがある。	
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	言葉の暴力、介護の無視、3～4点ベット柵等が虐待であることを内部研修・職場会議等にて話し合い虐待が見過ごされることがないように全職員で注意を払っている。		

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	日常生活自立支援・絆の会及び家裁における成年後見手続き等の利用の説明・支援をしている。又、制度について理解できるように取り組んでいる。		
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	契約時には必ず管理者が、ケアや費用等の重要事項を十分に説明し、不安や疑問等に対し、できることを説明、理解を得ている。契約解除時においても、話し合う機会を設けている		
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	不満、苦情に対しては、管理者が窓口となり対応している。意見や要望等は全職員が話を聞くようにしており、聞いた場合はすみやかに主任、代表に報告し、対応している。	意見を表出できる利用者もおり、直接法人代表や管理者、ケアマネ等に訴えている。「カルチャーセンターで自分の特技を教えたい」との要望も出ていた。家族の満足度は高く、アンケートには感謝の言葉が多かった。	
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	月1ミーティングを行い職員の意見及び提案を聞く機会を設け管理者に意見が集約できるようにしている。代表者は、職員からの視線に立ち、ホームの運営をするように努めている。	“きびだんごの会”の効果で、職員の積極性が出てきている。今年9月の勉強会では、「自分自身を表現する」ことをテーマとして取り組み、各発表者が聞き手の職員を感動させるエピソードを語った。	職員の意見を聞く機会を設けることに加え、職員が自らの意見を正しく表現することを訓練することに着目した取り組みは見事。職員意見が、運営に活かされることを願いたい。
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	安定した生活ができるような勤務シフトの作成、急遽病気や事故等の欠勤を有給に変え、給料水準を保ち、勤務態度の評価(賃金改定等)をして働きやすくやりがいがある職場を目指して職場の向上を努力している。		
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	勉強会を開催、職場のスキルの向上をめざしている。外部研修においては希望があれば参加できるように機会を確保するように取り組んでいる。		
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	近くのグループホームの管理者と電話、訪問で情報の交換等をしている。グループホームの訪問には職員を同行し他のホームを参考にし当ホームの質に改善につなげるよう努めている。		

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
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	入居時に利用者及び家族、関係機関等より生活歴・嗜好等を把握し初期段階で的確な計画作成をすることで利用者が安心した生活ができるようにする。入居されてからは利用者となじみの関係を取れるようなコミュニケーションに留意している。		
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	相談に訪れた時に、本人の状況はもちろん、家族が何を思い、希望されているかを聞き取り、信頼関係を築くことに努めている。		
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	利用者さんに入居前に見学してもらったり、希望があれば、1、2泊まわっていただいている。できるだけ、利用者または家族の希望に添えるようにしている。		
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	本人ができることは、できるだけしてもらっている。また、一緒に過ごすことによって、学ぶ事や気遣ってもらう事もあり、支えあう関係を築いていこうと努めている。		
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	利用者が穏やかに生活するためには家族の支援が必要であると認識してもらい職員は家族と共に本人を支えていく努力している。ホームでの利用者様の様子・状態を把握し特に変わった事があれば、その都度連絡をしている。		
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	帰宅が困難な入居者に対して、家族・親戚等に協力を依頼し、年月をかけてではあるが、日帰りでの帰宅を現実可能にし実践、又順次支援している。またもも太郎便りを作成し配布することによりホームでの様子が伝わるよう努めている。	余命6ヶ月と診断され、職員と共に自宅に帰って隣人との再会を果たした利用者がいた。自宅の仏壇に参り、お墓参りを済ませ、自宅からたくさんの思いの詰まった品々をホームに持ち帰った。	
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	気の合う方同士でお部屋もしくはソファーに座り、お話をしている。時にはレクや協働活動を通じて協力したり、強調できるようなチームとしての関係を築いている。		

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	相談できる体制・なじみの関係を作り、契約が終了しても相談に乗れるよう努力している。退去後相談を受け併設事業所に入居(利用)したりもしている。		
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	本人の思いや、好きな事など理解できた時は職員間で情報交換をする。困難な場合は、本人の日々の行動、表情、しぐさから、くみとるよう努めている。	保育園を経営していた女性利用者は創作意欲が旺盛。その意向をくんで、職員は布の歯切れや使い終わったトイレトイレットペーパーの芯を彼女に渡す。彼女の手にかかると、それらが魔法のように見事な作品に変わる。	
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	利用開始時のアセスメントだけでなく、入所後の様子を含め、知りえた情報を記録に残し、職員間で共有している。		
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	一人ひとりの生活リズム(食事、睡眠、排泄)を把握できるよう努めている。本人のできる事が見つかったら、できる場面を作っていくよう配慮している。		
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	毎月月初めの打ち合わせ、10日のミーティングでケアマネージャーが利用者のケアプラン作成に必要な情報を収集し反映している。	利用者個々の思いや意向をかなえる介護計画を作成し、その実現のため支援に取り組んでいる。余命6ヶ月の利用者の「主人の墓参りがしたい」との願いをかなえた一部始終が、担当者会議の記録に残されていた。	
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	ケアプランの目標・サービス内容を実践した経過・結果等を具体的に表し、現状を把握した上でケアプラン見直しあるいは継続して作成している。		
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	ご本人様やご家族様のニーズを聞き取りする中で、出来る限り無理のない範囲で既存サービスになくても話し合いをして取り組む努力をしている。		

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
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	きずなの会、社会福祉協議会、地域包括センター、民生委員等との協力体制を整えまたボランティアの訪問や地域の商店の活用により安心して豊かなホームでの生活が継続できるよう支援している。		
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	主治医への通院・提携医療の訪問診療・訪問看護ステーションの健康管理によって利用者の安定した生活が保たれている。必要に応じ利用者の病気に適した医療が受けられるよう家族等と相談している。	利用者の状態によって、適切に連携できる複数の医療機関(開業医、病院、訪看ステーション等)があり、利用者、家族だけでなく、職員の安心感にもつながっている。	
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	訪問看護ステーションとの医療連携体制をとり、介護職と看護師の情報が的確に、交換でき、十分な健康管理が出来る体制を整えている。ホームの提携医の経営するステーションな為、提携医との連携がとれ、体調悪化時の対応がとれるような体制を整えている		
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。	入院に際しては、家族、医療機関としっかり連携が取れている。その際、本人の情報は必要な限り提供している。また、退院に際しては、医療機関と連携して情報を提供してもらい、円滑に利用者を受け入れるよう配慮している。		
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	入居時にご本人様やご家族様に重度化や終末期の過ごし方の意向をお聞きしている。更にADLが低下し、ホームで対応できる範囲、終末期に対して医療連携が可能な範囲等を、ご家族様に十分説明し納得して頂いている。	重度化や終末期のケアに関するのホームの方針(食べられるうちは支援する)を本人、家族に示して同意を得ている。医療連携の制度があり、老健、特養に適切な時期に移行することで、利用者の安心・安全な生活を担保している。	
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	緊急マニュアルを作成し職員に周知し急変時や事故発生時に対応出来るよう努めている。		
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	昼・夜を想定した避難訓練を行い、緊急連絡網を作成し対応している。防火管理者を設置し年2回の避難訓練の実施している。	年2回の防災訓練のうち、1回は夜間を想定した火災による避難訓練を行っている。心臓マッサージの訓練も度々実施しており、利用者の安全面に関して万全の構えである。	夜間の火事災害では、大きな被害が想定される。地域の協力・支援は必須であり、運営推進会議に地域代表や近隣住民の参加を募り、協力の要請を望みたい。

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	人格を尊重・尊厳を守る対応を心掛け、優しい声掛けや排泄介助など、プライバシーを傷つけないよう注意している。利用者の誇りを尊重し、プライバシーの確保を職員同士で心がけており、お互いに気づいたことは声かけするようになっている。	耳の不自由な利用者があるが、職員は大声で話しかけてはいない。時間を知らせるために、タイムテーブルを示して本人に理解させていた。	
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	一方的な支援ではなく、本人が選択・自己決定出来るような支援を心がけている。思いを表せない方もいるので、一緒に過ごしたり談話の中で出来るだけニーズを把握するよう、努めている。		
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	ご本人様の思い、体調・気持ち・生活リズムを大切に、出来る限り希望に添うよう実施している。利用者優先とし本人が嫌がる事は無理にせず、本人のペースを大切に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	希望により一緒に買い物をしたり、訪問カットサービスによりカット・カラーをしている。毎日化粧をする方には、化粧品の購入、保管管理等をし安全に暮らしが楽しめるよう支援している。		
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	その人にあった食事量を、食礼を作成し、利用者様「の」特色を明記し提供している。食べたい料理の意見を取り入れ提供をしている。食事の配膳、食器洗い等をする方も数名あり、ホームでの役割を持つことでQOLの向上にもつながっている。	自立度が高く、食事介助の必要な利用者はいない。背骨の圧迫骨折による入院からやっと退院してきた利用者の食欲がなかったが、頑丈なコルセットを少し緩めただけで、食欲が戻って楽しい食事タイムとなった。	
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	毎回の食事の摂取量(主・副食)を記録し栄養が取れているか把握している。風呂上がり時夜間等、食事おやつ以外での水分摂取を促している。食事量が極端に少ない方には経口栄養食での補食をし栄養が取れるよう支援している。		
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	自分で出来ない方は義歯の洗浄を介助している。出来る方でも忘れてしまう方もいるので声掛けが必要な方には声掛け・確認している。歯科医の訪問治療もあり、口腔ケアに関するアドバイスもして頂いている。		

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	一人一人の排泄パターンを把握し、トイレ誘導やおむつ交換は個別に行っている。移動が困難な方には、尿瓶の使用、ポータブルトイレの使用などの支援を行っている。一旦オムツ使用になっても、身体機能が回復すれば、パット使用になるよう支援している。	排泄面ではほぼ自立の状態の利用者もいるが、尿意がない利用者には定期的に声掛けを行い、トイレの場所がわからない利用者には、場所を教えて外で見守っている。	
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	散歩などの運動や水分量の摂取等、食物繊維を含んだ食事メニューの工夫や、生活リズムによる排泄の促しなどケアしている。		
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	隔日の入浴となっているが、本人の体調や希望に応じ、入浴・清拭・陰部洗浄・更衣を実施・記録している。	入浴面でも、ほとんどの利用者が自立して入浴しており、週3回の入浴が基本となっている。入浴拒否の利用者には、無理強いすることなく、時間を置いて誘ったり、職員を変えて呼びかけたりして支援している。	
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	個人の体調や生活習慣(昼寝)なども自由に取って頂き、安心して良眠できる環境を整えている。		
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	服薬の管理は、管理者や調剤医師がしており、薬剤の用法を把握し、服薬支援の徹底を管理している。利用者の症状にあわせ、医師・訪問看護師に相談し、処方してもらっている。		
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	ホームでの役割りが生活の張り合いになるよう、一人ひとりの出来る力を発揮する環境を整え、自信を持っていただけるよう心がけている。レクリエーション活動、散歩への参加を呼び掛けることにより気分転換等の支援をしている。		
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	水やりや洗濯物干しに一緒に行き外気浴をし気分転換や筋力保持のため天気の良い日は散歩の外出支援を行っている。家族・友人と外出・外泊される方も多い。	ホームの周辺には四季折々に変化を見せる自然が豊かに広がり、散歩には絶好の環境である。小規模多機能事業所で開催される合同運営推進会議にも、毎回利用者有志数名が遠征する。	

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	お金を持つことでしまい忘れ、物取られ妄想がある方が多く、持つことで混乱されることがあるためホームではお金をもって見える方は現在はない。物品の購入ができるようホームが立て替えをし買い物支援をしている。		
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	本人が希望する場合や必要なときは電話をできるように支援している。携帯電話を所持している方には、使用方法を説明するなどの支援を行っている。手紙やたよりなどは希望があれば支援している。		
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	廊下の壁には、もも太郎思い出掲示板・個人の塗り絵を掲示している。リビングには手作りカレンダー・季節の刺繍などを展示し明るい感じを作っている。	2階ユニットの共用空間は天井が高く、広々として解放感にあふれている。壁には、利用者の個性を生かし、職員と共同制作した作品が展示されている。テーブル拭きには、利用者が刺繍をした素晴らしい布巾を使用している。	
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	共同空間の廊下等に椅子やソファを配置し、一人になったり、気の合う同士くつろいで話せる場所を設置している。		
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	居室は使い慣れた家具(タンスやベット)を可能な限り持込して頂き、自宅での生活感を継続出来るよう配慮している。	芸術展を彷彿とさせる居室があった。布の歯切れを縫い合わせ、見事な壁飾りが創ってあった。トイレトーパーの芯を加工し、無数に積み上げた作品は、「雪山」のパノラマを想起させる作品となっていた。	
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	リビングから各居室の動線が見守りしやすいよう設計され、転倒のリスクのある方には居室にセンサー設置し安全に生活できるよう工夫している。各居室には洗面台が設置してあり、自立した生活が出来ると環境を整えている。		