

### 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	2172600468		
法人名	社会福祉法人新生活		
事業所名	グループホーム木もれびの家		
所在地	岐阜県揖斐郡池田町本郷1572番地の2		
自己評価作成日	平成24年8月25日	評価結果市町村受理日	平成24年11月22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	<a href="http://www.kaisokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kan=true&amp;JijyoNoCd=2172600468-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kan=true&amp;JijyoNoCd=2172600468-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ぎふ住民福祉研究会
所在地	〒503-0864 岐阜県大垣市南類町5丁目22-1 モナーク安井307
訪問調査日	平成24年9月24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)】

H12年法人初のグループホームとして開設、法人のこれまでの認知症ケアの実践を活かし、専門性の高いケアの提供を目指している。リビングから見える広い庭には、大きな樺の木や季節折々の花々、野菜等があり、自然を肌で感じられる環境である。近隣住民の方を招いてのティーパーティや消防訓練を開催、運営推進委員の方との交流会や家族、友人の訪問、自宅への外泊や家族との外出など今までの生活、地域生活の継続を支援している。併設特養ホールでのレクレーションに参加したり、季節毎のドライブ、買い物、外食、お洒落など個々の強みやこだわりを大切に、穏やかな潤いのある暮らし支援に努めている。職員研修に力を入れ、医療、多職種との連絡を密に、看取りまでの尊厳ある暮らしを支えている。

【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)】

木もれびの家は住宅地にある事業所で、庭は広く、ゆったりと静かで、明るく風通しが良い。庭の大きな木々が木陰を作り、季節を肌で感じることができる。常に立ち返る法人の理念があり、地域密着型サービスとして事業所独自の目標を作っている。またそれぞれのスタッフの目標を明確にし、目指す方向を確認して専門性の向上を図っている。利用者の視点に立ち、地域でその人らしく暮らし続けるためにできることを課題に掲げ、家族や関係者と本人本位で話し合い、気付きや意見、要望を反映させた介護計画を作成している。希望があれば、人生の最後の時をその人らしく大切に過ごすターミナルケアを、他職種の専門職員と連携し支援することができる。またグリーンケアの取り組みをしている。質の高い支援がなされている事業所である。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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させている (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、その時々々の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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	全職員が障害者体験を行い、理念を理解し実践している。部署会議では、常に理念に立ち返り考えることを大切に意見交換している。事業目標、計画を作成、サンビレッジマニュアルを基に理念を深め共有している。	常に立ち返る法人の理念があり、地域密着型サービスとして独自の目標を作り、専門性の向上を目指している。新人研修ではサンビレッジマニュアルを渡し、それぞれの目標を明確にし目指す方向を確認している。	
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	開設以来、近隣住民とのティーパーティーを継続、日常の様子を通信等で知らせている。散歩時の挨拶、流し素麺や花火に誘う等自然な交流が継続している。近隣の理美容、スーパー、喫茶店等も顔馴染みである。	チューリップ祭りに地域のボランティアの方を招待したり、敬老会に地元の方の参加があるなど、地域との関わりを積極的に持っている。管理者は地域の研修や会合に関わり、認知症ケアの啓蒙に努めている。	
3		○事業所の方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	ボランティアや研修生を利用者のプライバシーに配慮し受け入れる、認知症研修の講師を担う、実践を発表する等ケアの発信に努めている。地域の運動会、文化祭、歌謡ショー等に参加、地域の中で生活している。		
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	行政、区長、家族代表等を委員とし、利用者の生活状況や外部評価結果を報告、意見交換している。防災教室や利用者・家族の方との交流会を行う等相互理解を深めることで、助言をサービスに活かしている。	運営推進会議でティーパーティーを開催し利用者の理解を深めたり、会議参加者の要望で様々な書類に記載されている専門用語を丁寧に説明している。さらに地域の状況を聞くなど、情報交換の場となっている。	
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	母体施設では機関紙を発行、介護予防教室、モデル事業に取り組み自治体と連携している。地域包括支援センター主催ケアマネ連絡会に参加、ケアプラン点検にて助言を頂き、取り入れている。	日常生活支援制度を利用している方がいるため行政とは密に連携を取っており、定期的に関係されるケアマネ会議でも情報を共有するなど、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	日中は玄関、テラス、裏口共施錠せず、自由に出入りができる環境で身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。またスタッフの何気ない言動が利用者の行動を制止し自由を奪わないよう母体施設、近隣と連携し、拘束しないケアを実践している。	常に理念・目標に立ち返り、相手を尊重することを意識している。行動を制止する言葉掛けにならないよう互いに言い合い、高め合えるように会議等で話し合いを行っている。また利用者や家族には、入居時にリスクについて説明している。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	認知症ケア委員会主催の勉強会や研修等で認知症の理解を深め、他職種が連携、言動の背景にある原因を探り対応を考えることで、尊厳を支えるケアの実践に努めている。職員研修に取り入れ周知している。		

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
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	県主催の研修や認知症実践者研修等で学び、閲覧できるようになっている。法人内研修プログラムに組み込まれており、其々が学ぶ機会を持っている。成年後見人制度、自立支援事業を活用するケースもある。		
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	見学、契約説明と入居前に時間をとり、家族の不安を解消できるよう努めている。契約書は内容を確認後、押印頂いている。また事前に重度化対応指針を家族に説明・理解してもらい同意を得ている。		
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	契約書に相談窓口、第三者評価委員を明示し、玄関に意見箱を設置したり、よろず相談の場を作っている。利用者とは食事、ティータイム等時間を共有し、話しやすい雰囲気を作り、思いを聴くよう努めている。	家族の面会時や行事の折に、意見や要望を聞き出している。利用者の思いや願いは、寄り添う日々のケアを通して感じたり、聞く努力をしている。	
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	スタッフ一人一人が個人目標を立て、部署会議、職員会議、面接等を通じて、意見や提案を聞くことで運営に反映している。職員は、利用者視点で物事を捉え、チーム全員で共有し、実践に繋げている。	スタッフ一人ひとりが個人目標を掲げ、管理者は意見や情報を受けとめ評価し、運営に反映している。職員からの意見を取り入れ、子供たちを誘い事業所で一緒に花火を行い、夏を満喫しより楽しむことができた。	
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	人事考課システムを整え、定期面接や年度末に自己評価を行い、人事や勤務条件、研修の要望を聞いている。個別に悩みを聞く等ストレスへの配慮をしている。ヨガ教室、懇親会がある。		
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	他事業所研修や法人内外の研修、専門委員会など参加の機会が多い。研修計画を基に資格取得、スキルアップに努めている。職員個々の強みが支援に活かされ仕事のやりがいになっている。		
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	他施設の研修、見学の受け入れ、グループホーム協議会、認知症ケア学会等外部研修会に参加、他事業所と交流する機会を作っている。専門事業部会では、運営や制度の理解、職員の交流の場を設けている。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	優しい住み替えの為、入居前の見学やショートステイにより、徐々に環境に馴染めるようにしている。嗜好調査や強み調査表、事前指定書を基に、自宅訪問で自宅周辺の環境や生活を知り、思いを把握している。		
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	入所相談では、心身状態、入居に至る経過等の情報を収集、入所判定委員会で入所を決定している。契約時に理念やケアの説明を行い、家族のニーズを確認、不安を軽減し一緒に支えるスタンスで関わっている。		
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	併設特養生活相談員、ケアマネジメントセンター職員と連携し、相談やサービス調整に努めている。事前の見学で実際に見て頂き、ショートを活用する等その方に合った場所が選択できるようにしている。		
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	調理や洗濯たみ等スタッフが教えてもらうスタンスをとっている。外食、ショッピング等利用者の要望を聞き実施、支えあう暮らしができています。盆踊りにはスタッフが着付けをしてもらい、共に参加することができた。		
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	家族と共に支えるために、介護計画に家族の役割を明示、居室作りや本人が行きたい外出支援等家族の協力を得ている。面会時や電話で健康状態も含めた生活の様子を伝え、情報のやりとりをしている。		
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	週末家族と自宅で過ごす、外食等家族や友人との関係が途絶えない支援をしている。同法人施設に夫の面会に行く、お気に入りの美容院や喫茶店、銀行に行く、贈り物を送る等個々の生活の継続を支援している。	お墓参りなどスタッフのみで支援できないことは、家族に協力を依頼して介護計画に取り込み、場所や人との関係が途切れない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	利用者同士が声を掛け合い、経読や体操、食器拭き、洗濯畳みをしている。外出時は声を掛けあったり、互いの体調を気遣う、ボランティアの方を交え、カラオケを楽しむ等生活の中で自然な支えあいがある。		

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	
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	退去後も家族がホームに立ち寄り、作った野菜を持って来て下さる等の交流がある。退去後も訪問、行事に参加するなど利用者、家族が相談しやすい雰囲気とニーズに応じた対応に配慮している。			
<b>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</b>						
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	2つのリビングは、相性に配慮、気分や活動に応じ居場所が選択できる。食事や家事作業等個々の思いを理解し、本人の思いを尊重、強みを支援することで、自発的言動や笑顔を引き出し本人の満足に繋げている。	その人らしく暮らしていくために、これまでの暮らしぶりを事前に把握し、日々の関わりの中でやさしく問いかけ、利用者の思いを引き出すよう努めている。		
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	強み調査表、他サービス利用も含めた情報や臨床心理士によるコラージュ療法等その人の生活習慣の把握に努め、個別の支援をしている。化粧や装い、ヘアカラーなどその人らしさを大切に支援している。			
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	生活歴、家族背景を理解、アセスメントシートを活用、ニーズに即したプラン作成に努めている。NM、DFDLスケール、プロセスレコードやSOAPを活用、客観的分析を加え個別の生活をコーディネートしている。			
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	本人・家族の意向を元に、他職種が協働し課題を多面的に分析、介護計画に反映している。暫定プランを1ヶ月で評価、その後3ヶ月毎、状態変化時に見直ししている。看取り支援後、多職種でのグリーンケアを行った。	利用者の視点に立ち、地域でその人らしく暮らし続けるためにできることを課題に掲げ、家族や関係者と本人本位で話し合い、気づきや意見、要望を反映させた介護計画を作成している。		
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	パソコンに提供したケアと生活状況を記録、管理している。個々の思いが反映された言動を記録、モニタリングに活かしている。申し送りノートを活用し情報を共有、リスクは集計、分析し、予防に努めている。			
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	併設特養のホールを地域の公民館と位置づけ、敬老会、餅つき、パン教室、英会話、ビーズ教室、足つぼマッサージ等要望に応じ参加している。受診や買い物、理美容の付き添い等個々のニーズに対応している。			

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	ボランティアの方によるハーモニカやカラオケは楽しみである。ティーパーティや消防訓練は多くの近隣住民の参加、理解を得ている。認知症の人が外で迷ってしまった場合は警察や住民と協力体制をとっている。		
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	入居時に主治医を家族、本人に選択してもらっている。往診の他に併設協力病院での診察、精神科、歯科医往診も可能である。受診状況の情報の共有を密にしている。整形外科医師の健康相談を実施している。	かかりつけ医については入居時に分かり易く説明している。主治医の選択を含め本人や家族の意向を重視し、自己決定に任せている。事業所は母体の医療施設等バックアップする協力体制があり、家族に大きな安心と安全を与えている。	
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	看護師による体調管理と相談、夜間、緊急体制をとっている。母体施設医師、訪問看護とも相談、連携ができ、訪問リハビリを継続している人もいる。入居時看護師が在宅での健康状態を家族から確認している。		
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、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。	協力病院は併設特養の廊下伝いに隣接、夜間、緊急時に必要な処置が受けられる。見舞い時に状態を同僚等医療機関、家族と連携している。早期退院を希望するケースも多く、退院に向けた担当者会議を開催する等している。		
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	重要事項説明書に協力病院を明記、重度化対応・看取り指針を作成、家族の同意を得ている。入所時事前指定書で終末の支え方、意向を確認、状態に合わせ担当者会議を設定、他職種の間わりやターミナル委員会と連携し看取りまでの支援をしている。	入居時に、看取り指針を基に、重度化や終末期のあり方について分かり易く説明している。またターミナル委員会を設置し、医療機関、看護師、スタッフの連携を実践で活かしている。	
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	急変時は、看護師、主治医と連携対応している。緊急対応マニュアルに搬送医療機関や連絡先を明記、緊急時に備え、吸引や誤嚥時の対応等実践を伴った訓練を看護師に指導を受け実施、職員に周知している。		
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	災害マニュアル、消防計画を作成、年2回、火災、地震を想定した避難誘導、通報訓練を併設特養、地域住民と合同で継続し実施している。スプリンクラー、非常通報装置を設置、緊急連絡網の訓練も実施している。	庭が広く、有事の時は地域住民の避難をも受け入れられる体制がある。また玄関、居間からも避難できるよう2か所のスロープを新しく整備し、全館スプリンクラーを取付け安心して暮らせる仕組みとなっている。さらに災害発生時に安定的な業務を行うため、BCP(事業継続計画)にも取り組んでいる。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	理念を基に個を尊重した言葉かけ、対応をしている。利用者本位のケアを提供する為ビデオを活用し勉強会をした。できないことはさりげなくサポートしプライドを保持している。表札、写真掲載は同意を得ている。	個人のプライバシーは、その保護や話しかけについて、職員の研修やミーティングで確認し合っている。常に理念に立ち返り、立ち振る舞いや言葉掛けなど、ケアや関わり方を見直している。	
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	その日の服装、食事のメニュー、行事やレクリエーション参加等は選択肢を提示、選択してもらっている。買い物や喫茶店、友人に会いに行く、お歳暮を贈る等本人の決定は、できる限り支援している。		
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	利用者の思いや望みを理解し、その方の「心」が動き、「力」が引き出されるよう、利用者視点で物事を捉えることを大切にしている。職員は「心」にゆとりを持つことで個のペースに合わせた暮らしを援助している。		
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	家族と協力し、自分らしい服装やお洒落を支援、外出時の化粧やお洒落、ヘアカラー、行きつけの美容院へ行く等楽しみの一つとなっている。行事に合わせた服装、小物を事前に相談しながら決めている。		
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	一緒に買い物をする、旬の食材、畑の野菜を使用、献立を考えている。下ごしらえ、調理、片付け等役割を担っている。食事中音楽を流し穏やかな環境を作り嚥下体操を実施、個に合わせた自力摂取を促している。	居間兼食堂が2か所あり、利用者の気分により、また同席することが難しい場面で時には振り分けをしており、いつも食事は楽しいものとなっている。また職員が食事作りや盛り付け等の手伝いをしていて、主体は利用者となっている。	
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	嚥下、咀嚼状態に応じ食材の大きさや調理法を工夫、代替の提供をしている。水分はトロミを使用、介助時は傍に職員が座り食器の入れ替えや介助をしている。摂取量や体重等はパソコンで管理している。		
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	個々のアセスメントを基に洗面所への声かけ、誘導をし、歯磨き、嗽、義歯洗浄の声かけ介助をしている。口腔内の炎症等も確認、歯科往診、言語聴覚士や歯科衛生士からのアドバイスを受けている。		

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	排泄表で排泄間隔を把握、援助の必要な部分をさりげなくサポートしている。失禁時は着替え等手早く用意、羞恥心に配慮しブライドの保持に努めている。個々に合わせた昼夜の排泄方法を把握、介助している。	居間や居室の近くにトイレがあり、慌てず安心して排泄できる配慮がある。日ごろの運動が足腰を強くしており、利用者は自力でトイレに行っている。手を貸す場合でも、利用者のプライバシーを念頭に入れ支援をしている。	
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	便秘ぎみの方には、オクノス等を服用、散歩や適度に体を動かす機会を作っている。食物繊維、乳製品等を取り入れ、排便を促す声かけをしている。看護師と相談しながら排便コントロールしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴チェック表を確認、思いを聞き入浴時間、湯温、回数を決めている。ゆず、バラ湯、入浴剤等入浴が楽しめるようしている。羞恥心に配慮し能力をアセスメントしサポートしている。	利用者は散歩や買い物、農作業や手芸等で毎日体を動かしており、風呂が1日の疲れを癒す場となっている。週3回の入浴で時間を夕方から夜にかけてとしており、これまでの生活と同じ時間に支援している。	
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	日中の家事作業や体操、ドライブ等行い、生活のリズムを整え、安眠に繋げている。身体状況に合わせて休養時間を確保、不眠傾向の人には思いを聴き、不安の軽減に努めている。		
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	患者情報シートを作成、薬剤情報を綴り全職員が把握、責任を持って内服できるよう申し送りノート、会議等で共有している。服薬の経過を主治医に報告している。変更時は看護師と連携、体調観察している。		
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	生活暦を把握、その方の長所、できること、誇り、強さとなるものを「強み」と捉え、生活の中で継続できるようにしている。畑仕事、花作り、お洒落、踊り、着付け、読経、ユーモアある会話等多様である。		
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	併設デいのレクリエーションに参加する、家族、地域の人の協力により、墓参りや自宅へ帰る、週末の外泊、ドライブ等個のニーズを汲んだ外出を支援している。花見や喫茶店、季節毎のドライブ等個の要望を取り入れ気分転換を図っている。	外出するのが日課となっていて、利用者は元氣そのものである。デいの利用、買物、散歩、ドライブ、喫茶店、外食等、利用者が進んで出かけている。また自宅へ外泊する利用者も多く、お盆やお彼岸の墓参りなど、家族や地域住民の協力も得られている。	



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	管理能力をアセスメント、要望を聞き、お小遣い程度を手元で管理、買い物をしている人もいる。外出時は自分の財布を持ち、馴染みの店でのやりとりができるよう支援している。		
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	併設特養敷地内にポストがあり利用できる。友人とはがき、手紙、贈り物のやりとりをしたり、携帯電話で家族・知人とやり取りをしている人もいる。毎週の遠方の家族からの電話を楽しみにしている人もいる。		
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	2つのリビングは庭の景観、訪れる小鳥、小動物が見渡せるよう窓を大きくし、明るい陽射しが入り込む。居間には四季が感じられる花、果物、野菜等を置き、季節感が感じられる環境に配慮している。トイレは3箇所あり、使いやすさに繋がっている。	住宅地にある当事業所は、広く、ゆったり、静かで、明るく風通しが良い。居間が2か所あり、一方で歌を合唱し、片方では町の文化祭に出展する手芸品の仕上げに精を出している光景が見られた。庭の大きな木々が木陰を作り、利用者はベンチで憩うことができる。	
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	主に居間ソファで寛ぐ、居室、居間の空間を相性、気分に応じ自由に過ごせるようにしている。東のリビングは静かな環境にし穏やかに過ごしてもらっている。家族の面会時は、和室でゆっくりできるよう促している。		
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	入居時に家族と相談し、自室と認識しやすいような空間作りを依頼している。馴染みの筆筒、テーブル、ドレッサーや小物、思い出の写真を持ち込み、自宅の環境に近い生活空間が安心感に繋がっている。	居室は、利用者が自分の居場所として使っている様子がうかがえる。使い慣れた筆筒やテーブル、ドレッサー、真新しい薄型テレビや位牌、家族や配偶者の写真、花などが飾られ、日々を楽しく暮らせる環境になっている。	
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	利用者の持つ力が活かされるよう作業療法士と連携し、トイレ、浴室、玄関、和室等最小限の手摺りを設置、自助具を活用、安全に配慮している。生活リハビリを継続することで、身体機能維持に努めている。		