

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	0790100184		
法人名	メディカル・ケア・サービス東北株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム福島飯坂 1F		
所在地	福島県福島市飯坂町平野字中ノ内7-1		
自己評価作成日	平成22年1月27日	評価結果市町村受理日	平成22年4月26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.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
所在地	〒960-8043 福島県福島市中町4-20		
訪問調査日	平成22年3月10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)】

常に入居者様と職員がコミュニケーションをとり笑顔や笑い声がたえないホーム、また入居者様が自分のペースで過ごせるように一緒に生活しています。アピール点として、介護記録には書ききれない細かい気付きに関しても生活改善委員会主導の元、全ての職員の意見を生活の質の向上に反映出来るシステムがあります。

【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)】

1. 運営法人が変更したが職員の異動はなく、地域密着型サービスの意義を踏まえた新法人の理念をもとに、各ユニットごとに、職員それぞれが5項目程度独自の理念を出し合い、その中から全員で納得した理念を掲げ、常に理念を意識しながら実践していることがうかがわれる。
 2. 事業所内に気づきボックスを設置し、回収した利用者や職員の意見、要望、苦情等をケアサービスの向上や運営に反映するシステムとして活用している。
 3. 短期目標ごとにケアサービス実施の効果や利用者の反応を記載し、達成度を評価し計画の見直しを行うなどケアマネジメント全体が適切に行われていることが記録から確認される。

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)	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)	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)	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)
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)	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)	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せている (参考項目:30,31)	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)		

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	【誰よりも利用者様の尊厳を考え、介護サービスの「質」及び「安全性」に留意すとともに、地域の方々との好ましい関係を作ります】を福島飯坂事業所の理念として22年2月に改定予定。今年1年間新たな理念の下、認知症ケアの実践を行う。	法人の理念をもとに職員全員で考え、事業所独自の理念を作り上げ、職員一人ひとりが理念を意識し、安全で質の高い介護サービスの実践につなげている。	
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	町内会に参加しており、新年会や花見などのお誘いを受けたり、散歩時にゴミ拾いを行っている等、地域の一員としての交流を行っている。	利用者が地域の祭礼に参加したり、ホームでの行事を回覧で知らせるなどして、地域の人達の参加をお願いしている。また近所から野菜や果物のお裾分けがあり、散歩時に合わせてごみ拾いを行う等、地域に密着した交流が図られている。	
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	入居相談時等、地域の方々よりの相談に親身になってアドバイスを行っている他、認知症サポーター養成講座に関しても地域の方々よりの依頼にて実施している。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	御入居者様の生活の状況報告、御家族様や参加者からの意見や改善点を頂き職員会議にて話し合いサービスの向上に努めている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しているが、行政側の参加が過半数回に満たない。又、開催時間が30分と短い場合が半数あり、報告事項に終始し審議内容が乏しいと思われる。	運営推進会議は、地域包括支援センター等行政側はもとより、委員の参加が多く得られるよう日程調整するなどして、事業所側の報告事項だけではなく、事業運営やケアの質を高めるための、実質的審議を行うことが望ましい。
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	常に福島市長寿福祉課様と連携をとり介護保険法の遵守を徹底し、サービスの向上に努めている。	日頃より行政担当者との連携により、介護関連法令についての解釈や課題等についても、相互に情報交換を行い理解を深め、サービスの質の向上に反映するなど、協力関係が築かれている。	
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	全ての職員が身体拘束禁止、及び具体的な行為を理解しており、玄関の施錠に関しても夜間20時以降の施錠のみとしている。その他、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体不拘束は事業所の運営規程第11条に規定されており、各職員は熟知し介護サービスの基本であると認識し、取り組んでいる。日中、玄関の施錠はされていない。	
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	研修委員会の設置を行い、9月11日外部研修参加後、9月13日～14日内部研修として「虐待・身体拘束について」の研修を実施している。職員全員が虐待が見過ごされる事がないような体制が整っている。		

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	地域権利擁護制度など福島市地域福祉課様と話し合い、必要な方に対し活用できるようになっている。		
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	契約の締結の際は重要事項説明書を用いわかりやすく説明をする事で理解して頂き、納得して頂いてから契約の締結を行っている。また不安な点に関しても常時質問等を受け付ける旨を伝え対応している。		
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	運営推進会議(1回/2ヵ月)の実施の他、家族会を年3回~4回実施、また全御家族様対象のアンケートの実施等、御家族様や利用者様の要望を広く頂く機会を設けている。今年度要望件数8件頂きサービスの向上に努めた。	運営推進会議や家族会議では家族の思いや意見を出してもらえる場を多く設けている。また、利用者満足度アンケート調査を行い、苦情や要望等については、早急に改善するなど運営に反映させている。	
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	ユニット会議(1回/月)を行う事その他、全職員を対象とした1対1での管理者とのヒアリング(1回/2ヵ月)また介護記録にも残らないような些細な気付きの回収を行うためのシステムもあり、ほぼ100%の意見の回収と反映を行うシステムが出来ている。	2ヶ月に1回ホーム長と職員が1対1で話し合い、職員の意見を聞く場が設定されており、職員からの意見を収集し、改善策の検討などに反映させている。	
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	評価制度としてコンピテンシー(自己評価・1次2次評価後のフィードバック)の実施、介護職員が自分の能力に応じての評価がされている事が実感できるシステムが出来ている。		
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	介護職員全員を対象に【レベルアップチェックシート】の実施を行い100項目以上ケア基本内容の確認を行う事で各個人の力量の把握より各個人に併せたOJTをユニットリーダーより実施している。		
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	NPO法人福島県グループホーム協議会へ参加しており他のグループホームを訪問したり外部研修を通じ他のグループホームの方々との意見交換を行う事でサービスの質の向上を行う取り組みを行っている。		

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
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	サービスの導入前に関し、御家族様との面談、御本人思いをセンター方式アセスメント(認知症の方のアセスメント)にて傾聴し、ライフコース(自分史)の把握等安心を確保する関係作りに努めている。		
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	入居相談時等、御家族様の困っている事の傾聴の他、今後の御本人の生活の方向性や現在のグループホームで出来る事など全てにおいて話し合い関係作りに努めている。		
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	御家族様の介護力に併せてグループホームの利用という枠にとらわれることなく他の居宅サービス等(ヘルパーの導入、ショートステイの進め方)の説明も行い関係作りに努めている。		
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	日々の生活を通じ家族の一員として、泣いたり、笑ったり、喜びも悲しみも分かち合っていく中で共に支えあい成長をしていくという関係が出来ている。		
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	定期の通院に関しては家族対応にて行って頂くことで絆の関係の維持をしている。また御入居者様の希望にて電話対応や随時の来園をして頂き、密接な関係の維持を行っている。		
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	御入居者様の大切な記憶が途切れる事のないよう、個別ケア(介護員1人と御入居者様1人)にて御入居者様となじみの場所やなじみの人に会える、出かける事ができる支援を行っている。	利用者の生活歴によって馴染みの人や場所などはそれぞれに異なるが、出来るだけ一人ひとりの思いを大切に、馴染みの場所へ出かけたり、知人との関係が継続するよう支援している。	
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	御入居者様の力量や性格を見極めながらお互いに支えあえるよう職員が中間に入り関係が上手くいくように働きかけている。新しい御入居者様に関してもスムーズに生活の移行ができた。		

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	御自宅に退去された方に関して、当事業所へ来園され昔話などされた実績もある。御家族との連携も行い支援している。		
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	センター方式アセスメント(認知症の方のアセスメント)を用い、不安や悲しみ、楽しみ、要望・願いなどの把握をしている。また基本生活時間に縛られることなく御入居者様の意向に併せての暮らしが出来ている。	東京センター方式の一部活用により利用者の状態像の把握が適切に行われている。また、日常的な触れ合いを重視し、家族の情報を取り入れるなどして利用者の思いや意向の把握に努め支援している。	
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	御入居者様のライフコース(自分史)を知る事で現在の問題点や希望などの把握を行い、御入居者様の希望する生活の維持に努めている。		
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	1人ひとりの生活パターンに併せ個々の持つ力を生活の中で引き出す声掛けやケアを心がけている。調理に関してもリスク管理を行う事で、包丁を持って頂き、主体となって生活して頂いている。		
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	介護職員全員がケアプランの更新に併せ1人の御入居者様に対してのモニタリングを実施している。カンファレンス時には御家族様・御入居者様との話し合いを行い反映している。また定期外でもケアプランの変更が可能である事も伝えている。	モニタリングを適切に行い、評価の結果に基づき課題を解決するための長期計画、短期計画の見直しを行うなど現状に即した計画作成が行われている。計画の援助内容に即した支援の他に、気づきボックスからの意向も取入れた支援や個別ケアも行われている。	
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	日々の様子をケアプラン・サービス提供項目との照らし合わせにて記入している他、細かい気づきに関しても回収するシステムがあり、ケアプランに反映できるようになっている。		
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	御入居者様や御家族様のその時々御要望にたいして、既存の考え方にとらわれない方法を随時話し合い対応に努めている。		

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
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	御来園くださった方へのプレゼントの作成を御入居者様の状況に併せ作成し、感謝の気持ちを頂け、生きがいが持てるような工夫を行い、楽しく生活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	御入居者様、御家族様の希望や意向を尊重し入居前のかかりつけ医への受診を行っている。また当事業所の看護師より適切な情報を提供する事により連携が取れている。	かかりつけ医への受診支援は家族により行われ、急変時は職員で対応している。受診状況については看護師がまとめ、職員全員で情報を共有している。介護度が高い利用者には往診で対応している。	
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	24時間365日看護師との連携がとれ、状況の変化があった時は必要に応じて何時でも看護師がかけつける事の出来る体制が取れている。		
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。	入院の際は、適宜お見舞いの実施、入院先病院医師との早期退院、認知症の進行のリスクと現状の病状の確認を行い、対応を行っている。		
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	ケアプラン更新時に御家族様の意向の確認を定期的に行っている。終末期のターニングポイントの見極めやその後の方針についても適宜相談し各関係部署との連携を図っている。	医療連携体制加算対象事業所であり、重度化した場合の対応指針に基づき、入居の際に説明し利用者・家族等の同意が得られている。しかし、終末期における利用者、家族等の意向確認はなされていない。	重度化や終末期における事業所として可能な範囲の対応指針により、利用者家族に説明し意志確認を得て欲しい。又利用者の状況変化に応じて、随時意志確認を行いながら医療との連携を重視し適切な対応が必要となる。その為の支援方法等について職員研修が望まれる。
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	御入居者様の急変や事故に備えて、普通救急救命講座の受講を推進している。講義だけではなくCPR(心肺蘇生)の実地訓練も併せて実施している。誤嚥による吸引ノズルの使用方法の研修も実施している。		
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	日中・夜間の火災想定訓練、地震想定訓練を定期的実施し地元消防署様や地域消防団員の方との連携、緊急避難所の確保も出来ている。その他の訓練として【単独外出事故訓練】の実施もしている。	消防署立会いによる夜間も含めた防災、避難訓練を実施すると共に自主的な避難訓練も実施している。又、職員全員が訓練に参加できるようローテーションを組んで実質的な訓練を行っている。町内会長が協力体制の一員となっており、地域の協力が得られている。	

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
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	日々の言葉かけや対応に関して信頼関係を気付く事を第一としており、その時々状況に併せ御入居者様のプライドを傷つけないような対応を行っている。	入社時に守秘義務に関する誓約書を徴し、個人情報保護について内部研修で法令順守も含めて周知徹底している。日常的な触れ合いの中でも個人の尊厳に配慮した言動に留意している。	
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	個別ケア(介護員1名に対し御入居者様1名のケア)の実施にて御入居者様の希望の場所に訪れたり、自己決定にて行動出来る様に努めている。また日々の生活の中でも入浴時間の決定も御入居者様に行ってもらっている。		
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、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	日々の生活時間の決まりに縛られることなく御入居者様の意向やペースに併せてその日その日の希望に併せ生活をして頂けるように努めている。		
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	昔なじみの美容院へ出かけ、懐かしい話をしながら整容をして頂いた実績もある。また外出困難な方に対しては、出張理髪サービスの利用も可能である。衣類に関しても週3回の買い物時に同伴して頂き対応している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	御入居者様の嗜好の確認の把握、楽しみながら食事が出来るように努めている。調理に関しても制限を設ける事なくリスク管理の元に御利用者様の家庭の味を再現して頂き召し上がって頂いている。	利用者と一緒に食材の買い物や、調理や配膳、後片づけ等日常的な活動の一環として楽しく行われている。職員も共に食事をしながら会話を交わし支援している。利用者の嗜好を確認しアレルギーのある利用者に対する食材にも十分注意している。	
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	栄養管理に関しては、本部に配属されている栄養管理師の作成するメニューに基づき管理している。その時々摂取量についても記録に残し状況の変化があった際は看護師との連携をとり現在の状況合わせた最適の食事を提供している。		
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	毎食後、口腔ケアの声掛けを実施し見守りの介助を行っている。義歯装着の御利用者様に関しても自分で行える所は行って頂き、支援している。また緑茶にてのウガイも実施しており、緑茶の殺菌作用を利用し口腔ケアの向上に努めている。		

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
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	尿意の確認から、トイレまでの移動速度、歩行状況の確認より下肢筋力の向上まで御自分で出来る排泄を支援している。毎日の体操のプログラムで括約筋の筋力向上も実施している。	排泄パターンの把握やシートを活用し、トイレ誘導を行っている。また、排泄が困難な場合は原因を適切に把握し、利用者の状態に応じて、下肢機能や括約筋向上の体操を日常的に行うなどして自立した排泄が行われるよう支援している。	
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	御入居者様個々の状況の確認を毎日実施し看護師との連携を取りながら対応している。出来る限り薬に頼らない方法としてカスピ海ヨーグルトの導入も実施している。		
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	入浴の時間帯に関しては決まっておらず、御入居者様の意向に併せた時間にて入浴して頂いている。毎回ではないが夜間での入浴の提供も可能である。	利用者が入浴時間を決め、いつでも入浴可能である。入浴拒否の方にも不安感を解消しながら足浴、清拭、ゆず湯等趣向を取入れ、その時の状況に応じて工夫しながら支援をしている。	
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	御入居者様の状況に併せ、その日の気分や体調に考慮し就寝時間を御入居者様ご自身が決めている。御希望に応じて、ベットや畳など以前の生活環境に併せた対応も出来ている。		
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	服薬管理マニュアルにての服薬方法の徹底や都度の状況に併せた研修も実施されている。薬剤師による外部講師研修も実施。変化の確認に関しては必ず看護師との連携をとり対応している。		
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	生活の中で役割を持って頂き、必要な人材である事認識を行って頂く事により生きがいを感じて頂いている。感謝の気持ちを表す際は大きく行う様にとのプランもある。		
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	御入居者様のその日の気分により外出できるようになっている。また普段行けないような場所(教会やカラオケ等)へも個別ケアにて出かけられるように支援している。	ドライブや散歩等利用者の状況を見ながら支援している。大型車活用によるお花見等遠距離外出も行っている。個別ケアの一環として、利用者本人の希望を十分取り入れお墓参りや礼拝、カラオケ等へ出かけることもある。	

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
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	御入居者様の希望により御家族様の了承のもと、個々にお金を持って頂いている。また買い物に関しても御自分で行えるような機会を設けている。		
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	電話に関しては御家族様や御友人の了承の元、何時でもかける事が出来るようになっている。手紙や葉書に関しても何時でも御記入頂きやり取り出来るようになっている。		
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	御入居者様と介護職員の共同作業にて季節感を取り入れた装飾を行い、居心地の良い空間づくりの工夫をしている。共有の空間においては表示を行い混乱のないよう努めている。	玄関に一步入ると、利用者と職員により作成されたパッチワークやちぎり絵が壁面を飾り、居間は早くも手作りの桃の花が満開と明るい共用空間がある。また南側にはサンデッキがあり、日向ぼっこをしたり、寝転んだり、利用者が自由に過ごせるよう工夫されている。	
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	共有空間に畳のスペースやソファの配置を行い気の合った御入居者様同士、思い思いに過ごせるようになっている。また、居室は完全個室のため1人になる為の空間も提供できる。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている(小規模多機能の場合)宿泊用の部屋について、自宅とのギャップを感じさせない工夫等の取組をしている	御自宅で使用されていたなじみの家具(仏壇等も含)の持ち込みをして頂き御入居者様のなじみの生活の延長としての位置づけを行う事で混乱が起きないような工夫をしている。	居室は、一人ひとりの生活習慣を継続するように心がけており、起居はベッドや畳など利用者の好みや習慣に合わせている。朝晩、先祖に手を合わせたいと言うかたは仏壇やお位牌を居室に持ち込み、利用者それぞれの生活習慣を大切にできるよう配慮している。	
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	御入居者様の個々の能力に応じて階段での移動やエレベーターでの移動等の工夫を行っている他、完全バリアフリーの構造にて安全に生活できるような環境である。		