

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	2970900334		
法人名	ウェルコンサル株式会社		
事業所名	フレンド生駒・菜の花Ⅰ・Ⅱ		
所在地	奈良県生駒市中菜畑2丁目1117		
自己評価作成日	平成23年11月27日	評価結果市町村受理日	

※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.kohyo-nara.jp/kai gosip/Top.do
----------	---

【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 Nネット		
所在地	奈良県奈良市登大路町36番地 大和ビル3階		
訪問調査日	平成23年12月21日	*** ユニット フレンド生駒 ***	

【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)】

ご入居者にとってグループホームは「生活の場」であり、家庭的な雰囲気を崩さないことを前提とし少しでも笑って過ごせるよう「明るく、楽しく、おいしい」生活をモットーにスタッフひとりひとりがケアにあたっています。
また、消防訓練や夏祭りなどのイベントはご家族様とも共有でき、透明性のある施設です。春には竜田川の桜が満開に咲き、散歩しながら花見が楽しめ、秋には生駒山の紅葉を楽しめます。1~2か月に1回はユニットごとに外出の計画をたて、四季を楽しめる場所や入居者の行きたい場所へ出かけています。

【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)】

グループホームは、生駒の静かな住宅地の幹線道路沿いにあり、神社や駅やスーパーも近く利便性の良い地域に位置している。3階建てで各階にユニットがありそれぞれ違った雰囲気を持っている。食事はユニットごとにメニューを考えおいしい食事を食べていただくよう職員は、力を注いでいる。昨年始めて夏祭りを開催し家族にも来ていただいた。利用者の手と手が触れ合う程好い空間と、いつもリビングにみんなが集まる家庭的なグループホームである。

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 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)	○	1. ほぼ毎日 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、生き活きと働けている (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

フレンド生駒

※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	運営理念は以下の通りである。 ①ご入居者に安心できる生活を提供します。 ②ご入居者の尊厳を守ります。 ③ご入居者の機能維持と心のケアに努めます。 ④地域との連携に努めます。 「いつもあなたのそばにいます」「元気に町へ出かけましょう」の全フレンド共通の理念に基づき、事業所年間目標を設定し、達成にむけての取り組みを行っている。年間を通しての評価も行っており、全職員で共有している。	法人理念の他に「明るく、楽しく、おいしい」という独自の理念があり玄関にも掲示している。近年は入居者の高齢化、重度化が進むなか「個別の生活を守る」ことを大事にしたケアを心がけるようにしている。	
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	自治会総会やクリーンキャンペーン等にも積極的に参加している。また散歩時にも挨拶を忘れず、気軽に話せるお付き合いをしている。	自治会主催の地域の清掃(年2回)に利用者も参加してゴミ拾いをしたり、近くの往馬神社の祭りにも参加している。民生委員も兼ねる自治会長がホームの近くに住居があり相談できる関係を築いている。非常時には自治会倉庫の備蓄品も使えるようになっている。	
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	毎年フレンド学会を開催し、研究事例を地域の他の事務所やご家族、地域の人々に向けて発信している。		
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	運営推進会議を概ね2か月に1回開催し、そこで出た意見や要望をケア会議で話し合っている。	今年は3回の運営推進会議を開いた。毎回自治会長、市の担当者、地域包括支援センターの参加がありホームの現状や今後の行事について報告している。前回は管理者が交代した為家族の参加も10名程あった。	ホームの一番の関係者である利用者、その家族が毎回会議に参加できるよう呼びかけ等の工夫されることが望まれる。また、外部評価結果を活用しモニターしてもらおう等サービスの向上につなげてゆく取組みに期待する。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	生駒市にはグループホームの現状を報告したり、指導をもらったりしている。また推進会議の議事録やグループ内の新聞を持参し、担当者顔と顔を合わせる機会を増やしている。	市の担当者は運営推進会議に毎回出席がある。また、ホームからは推進会議議事録、フレンド新聞(笑顔たより)を届けている。近隣との話し合いにも関わってもらい解決した例もある。	
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	管理者は外部研修を通じて学びその内容を職員に説明、教育している。またケア会議や新人研修でも拘束について学んでいる。昼間は玄関には鍵をかけない取り組みを行っている。	契約書に身体拘束はしないと明文化している。ベッドに柵をしているが離床のための手すり代わりに使用している。非常口も含め玄関には鍵は掛けない。	
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逃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	管理者は外部研修を通じて学びその内容を職員に説明、教育している。またケア会議や新人研修でも定期的に事例検討会等の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
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	管理者は外部研修を通じて権利擁護について学び、その内容を職員に説明、教育している。成年後見制度を利用されている方が1名おられる。		
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	契約時には重要事項説明書、利用契約書等を文書で示し、説明している。説明にあたっては一方的にならないように理解いただけたか疑問点はないかと確認しながら行っている。		
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	管理者及び職員は入居者との日頃の対応、会話を通じて苦情、不満等をくみ取るように努めている。それらをケア会議でオープンにし、入居者の思いに応えるようにしている。契約時に苦情受付窓口について説明している。	家族会の結成はない。訪問が少ない家族とは訪問時に色々話すように心がけている。緊急時は電話で連絡を取っている。そうしたなかで、ある利用者の家族から「ドライブが好きだった」という声を聞いて最近実施したところ喜んでいただけた。	訪問も少なく家族の要望も無いとのことであるが、毎月家族に報告されている「一言通信」やホーム便りを工夫し、利用者の様子を詳しく伝え、意見や要望の抽出につなげる工夫が望まれる。
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	代表者や管理者は、ユニットリーダーの意見を聞き、最終判断している。また管理者はケア会議などで職員の意見を吸い上げ、リーダー会議等で検討し、反映させている。	毎月1回ユニットリーダー参加のケア会議と2から3ヶ月に1回全員参加の会議を開いている。職員の提案で開催時間をパート職員も参加しやすい時間に変更するなどして意見を反映しやすくした。	
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	管理者と幹部従業員等が参加する会議を月に1回設けており、職場環境等の不具合の発生には早急な対応を図れるようにしている。		
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	管理者は新人研修やケア会議の場で認知症や介護技術について研修を行っている。また認知症介護実践者研修、管理者研修などを計画的に受けさせている。		
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	運営者はグループホーム運営協議会を立ち上げ情報交換、勉強会の場を設定している。加えて、市内のグループホーム担当者交流会を持ちたいと思い現在働きかけている。		

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
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	入居に関しての問い合わせがあった時、初期面談には利用を前面に推し進めるのではなく、ご本人の困っていること、不安なこと希望や要望を聞くように努めている。		
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	入居に関しての問い合わせがあった時、初期面談には利用を前面に推し進めるのではなく、ご家族の努力や置かれている状況に共感し、困っていることや希望や要望を聞くよう努めている。		
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	事業所に相談がある時は、ほとんどがグループホーム利用が前提であるが、相談内容を吟味し、グループ内の他事業所とも情報を共有し、本当にグループホームの支援でよいのか見極めるよう努めている。		
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	食事の準備から掃除、洗濯を手伝って頂いたり、料理の味付けを教えて頂いたり、暮らしにハリを持ってもらうこと、その人の役割を見出すように努めている。		
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	日頃の連絡はもとより、月1回はスタッフからの一言通信(生活の様子をまとめたもの)や写真、笑顔たよりを送付し関係維持向上に努めている。またイベントなどにも参加していただけるよう、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	ご家族、ご友人の方にはいつでも気軽に面会に来て下さっている。外出、外泊でご家族と過ごされる時には薬や健康状態を説明し支援している。	家族の方と一緒に外出して、散歩や理美容やお墓参りなどに出掛けている。ある利用者は近くの友人に会いに行かれるので、その友人宅まで送迎するなど外出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	共通の話題で会話できるよう、内容を工夫したり入居者同士のコミュニケーションを大切にしている。不意な立ち上がりなど、危険な行動を察知した時はスタッフに知らせてもらったりしている。		
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	長期の入院などで退居された方もいるが、定期的にお見舞いに伺ったり、特養など他施設に移られた場合も、お顔や様子を見に行っている。		

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
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	ご本人の意向や思いに沿った過ごし方をして頂いている。その方の生活歴や習慣に配慮し、思いや行動の個性を最優先している。	食事や行きたい所など利用者や家族から聞いている。自分の意思を言葉にしやすい方の気持ちを汲み取るように努めている。現在は、出来ないが以前は利用者の希望でドライブをしたり、昔取った杵柄で美容や料理の場で特技などを発揮していただいたこともある。	利用者のADLの変化により出来ることも少なくなっているとのことなので、再度アセスメントを見直したり、家族から情報を得るなどして今以上に思いの把握を継続していかれることを期待する。
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	本人の生活歴を把握するシートを作成し、アセスメントに活用している。またご家族からも昔の話、エピソードを聞きだし、ケアに反映できるよう努めている。		
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	各々の方の過ごし方、心身状態をスタッフが把握し、連絡を取り合っている。またヒヤリハット等のツールを利用して情報の共有を行っている。		
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	日頃からのご入居者の意見や要望を聞き、家族カンファレンスを行っている。また毎月のケア会議でスタッフがアイデアを出し合い、介護計画を作成している。	介護計画の見直しは6ヶ月に1回行っている。家族には介護計画書を見ていただき意見を聞いている。アセスメントシートの様式を法人で統一し、より個別の思いが分かるように改良したが、まだ使用されていないけれども今後の成果に期待する。	介護計画書の見直しについても作成する段階から家族と話し合いをもち意見を聞き介護計画作成に反映させていかれることを期待する。
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	個別ファイルを用意し、日常の生活の様子やバイタル値、食事摂取量、排泄状況、Dr往診時の看護記録などを録している。日常の変化や気づきを個別ケアに反映できるようケア会議にて検討を繰り返している。		
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	デイサービスの利用から慣れた環境に入居したいとグループホームを希望される方もいる。またグループホームでの生活が困難になった場合にも、同グループ内で対応できる他施設へのお住み替えの提案やかかりつけ医と相談の上、可能な場合はターミナルまでの支援を行っている。過去に3・4例の経験がある。		

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
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	毎年、消防署から避難訓練指導に来て頂いたり、地域のボランティアにコーラスや楽器演奏をしていただいている。		
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	2週間に1回の内科往診がある。また他の専門医についても往診医に紹介して頂き、ご家族に連絡をとり、希望があれば受診している。また、歯科医、皮膚科医とも提携しており、往診にきてもらっている。	協力医による2週間に1回の往診と年2回の血液検査を実施している。協力医は認知症に理解のある内科医で24時間対応していただける。また、整形外科、耳鼻科などに往診を受けた時は結果を家族に報告している。	
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	現在、ベテラン看護師が社員にいますので週2,3回は全入居者の健康管理を行っている。変化のある時は、かかりつけ医と連絡を取って頂き、連携している。また職員の相談指導にもあたっている。		
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行っている。	入退院の際も看護師に医療機関との間に入って頂き協働がスムーズに進むよう助言や調整を行っている。また、退院時などにはDrとのカンファレンスにも同行していただけるよう要請している。		
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	重度化対応指針を策定し、重度化、終末期に入る前には往診医、看護師、職員がご家族とカンファレンスを行い、方針を決めている。また、運営推進会議の席でもその都度現状を報告し、地域の理解を得られるよう努めている。	入居時に重度化指針を説明し医療行為が必要になった場合は住み替えを基本に同意を得るようにしている。ホームでも看取りをした経験があるが、家族からの要望があれば医師、看護師の意見を聞いて対応できるのかどうかを管理者が見極め、今後の可能性についても家族に説明している。	
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	緊急時対応マニュアルを作成し職員に周知徹底している。毎年、看護師が中心になり、応急手当の指導を全職員が受けている。		
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	年に2回の避難訓練及び消火訓練を行っている。内1回は消防にも立ち会ってもらっている。また結果を運営推進会議で報告し、近隣の方には非常時の応援をお願いしており、非常時用の備蓄も行っている。	年間に避難訓練(夜間想定訓練を含む)と消化訓練を実施しており、消防署の立会いもある。スプリンクラー、緊急通報装置を完備しており、非常食等の備蓄もある。非常時には、自治会長に協力をお願いしている。	

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
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	入居者個人の個性、人格を尊重した声掛け対応を心がけ傾聴、受容、共感に努めている。また、排泄表等の個人ファイルも目につかないところにおいており、リビング内での排泄などの会話も配慮している。	利用者の方には常に尊敬の気持ちを持ちケアをしている。また、一人ひとりの排泄のリズムを把握して、それに合わせさりげなくトイレへ誘導している。	
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	洋服の選択、献立の希望やレクリエーションの内容外出の希望等を聞くことは普段の会話の中心になるように全スタッフが心掛けている。		
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	日常業務は同じ時間に縛られることなく、入居者のペースに合わせている。入居者個々のライフスタイルを乱さないように心掛けている。自室で過ごされている時は30分に1回は巡回を行っている。		
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	個人の希望による髪型や服装にしているが、いつも同じにならないよう声掛けして、支援している。理髪に関しては訪問理容や家族様と近所の理髪店に出かけられるなど、選択できるようになっている。		
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	目で、耳で、鼻で、舌で楽しんでいただけるよう毎日の食事はユニットごとで作っている。好みに合うもの、希望のあるものを提供している。季節感や行事色のある食事内容を工夫している。準備、片付けもできる限り一緒に行っている。	ひな祭り、冬至の行事食や希望が出せる誕生日食で楽しんで頂いている。調理の手伝いが出来る方はいなくなったが、お盆・テーブル拭き、お茶酌みなど手伝って頂いている。ユニットごとに作成するメニューは、栄養が偏らないよう法人の栄養士のチェックを受けている。	
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	一日の摂取カロリー、水分量、栄養バランスの情報を共有して管理している。食事摂取量や水分摂取量の記録をもとに、摂取量が減っている場合は早期に対応できるようにしている。		
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、歯磨き誘導を行っている。人によってはスポンジブラシを使用している。義歯は夜間外して頂き消毒している。歯の治療には提携している歯科医があり、必要時に往診に来てもらっている。		

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
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	個別に排泄表を作り、昼夜のトイレ誘導を行っている。できるだけトイレでの排泄を促している。トイレ誘導、介助はさりげなく誘導している。	昼は出来るだけオムツをせずにリハビリパンツや布パンツ(パットつき)で過ごして頂いている。夜間オムツをする方もいるが排泄リズムを把握してトイレ誘導やポータブルトイレでの排泄支援をしている。毎日ヨーグルトやフルーツを摂って自然な排便ができるように努めている。	
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	食物繊維を多く含んだ食事の提供、寒天、ゼリー等の摂取しやすい形での水分補給も心掛けている。便秘予防に体操を毎日行っている。		
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	一人ひとりの生活習慣を尊重し、入浴時間、回数をお聞きしている。落ち着いた入浴して頂けるように、入浴は1名ずつ、できるだけ同性介助を行っている。	入浴は基本的には2日に1回だが個人の体調に合わせて入っていただいている。入浴を嫌がる方にも根気よく声かけて入っていただけようになった。脱衣室にはヒーターを入れて温度差のないようにしている。	
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	個々の生活リズムを大切にしながら、散歩、掃除、食事づくり、体操、レクリエーションなどの日中の活動を提供することによって心地よい眠りにつけるように支援している。		
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	職員は薬の内容を勉強するとともに、薬の用量、服薬支援の方法に変更がないか毎時確認している。なるべく医師の指示通りに服薬して頂き、症状に変化があれば記録し医師に伝えている。		
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	洗濯物たたみ、調理の手伝い、スーパーへの買い出し等ひとりひとりの能力に応じて役割分担している。趣味を伺いながら、材料を用意するとともに、取り組める環境づくりをしている。		
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	ご家族の協力を得たり、スタッフの配置を多くする等、勤務体制の工夫をし、日々の散歩や買い物、定期的な散歩及び花見、ピクニック、音楽祭等のイベントに参加して頂いている。また自治会の催しや清掃活動にも参加している。	昨年の外部評価や家族の希望を受けて外出の機会を増やすように努力している。スーパーが近いので散歩のついでに寄ったり1ヶ月に1回外出行事の計画を立て外出につなげている。園芸好きな方には、草引きをお願いし日光浴をしてもらっている。	

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
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	手元にお金を持っている方には職員が支払や金銭出納帳の記入のお手伝いをしている。		
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	電話を使用する際には、子機を使用し、操作時は職員がお手伝いさせていただきながらお部屋で、ゆっくりお話しする時間を作っている。季節の便りを手作りして家族に郵送している。		
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	皆の集まるリビングでは思い思いに過ごして頂けるようソファ、椅子を置いてお気に入りの場所を確保している。季節を感じて頂けるよう、装飾品は季節ごとに手作りしている。	廊下やリビングの壁飾りなど季節を感じるものにして居る。居室も含め掃除は毎日している。その時は窓を開け換気に努めている。居室は和式の部屋が多く車椅子の使用で畳が傷みやすいが折を見て張り替えている。	
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	リビングにソファと椅子の2つのスペースを用意して自由に行き来して過ごしていただけるようにしている。		
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	できるだけ慣れ親しんだ家具等を持参して頂き、居室配置もお話を伺いながら住み慣れた環境に近づけている。	入居者の好みの家具や写真などが置かれそれぞれに趣がある。週1回布団干し、シーツ交換をして気持ちよく睡眠できるようにしている。	
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	フロアはバリアフリーでほぼ全ての場所へ手すりを伝って移動できるようになっている。各居室・トイレ浴室等のドアに絵や分かりやすい文字で表札をかかっている。		