

### 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	3170201077		
法人名	社会福祉法人		
事業所名	グループホーム仁風荘2番館		
所在地	鳥取県米子市上後藤8-5-15		
自己評価作成日	平成25年1月5日	評価結果市町村受理日	平成24年12月29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.kai.gokensaku.jp/31/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigvovCd=3170201077-00&amp;PrefCd=31&amp;VersionCd=022">http://www.kai.gokensaku.jp/31/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigvovCd=3170201077-00&amp;PrefCd=31&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市西福原2-1-1		
訪問調査日	平成25年1月14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)】**

特にアセスメント(ケアプランに運動するまでのプロセスを大切にしている)に力をいれ、独自のシートを作成・実施している。それだけではなく必要に応じて短時間でのオフサイトミーティングの実施も行う。「家族と職員の会」を設置し、家族と職員が1つになり認知症の人を支える基盤が出来ている。この会は、地域運営推進会議をベースに運営している。昨年から家族と協力して終末期ケアにも取り組みを始め、二名の利用者の最期を支援できた。この支援を基に家族(まだまだ元気な利用者の)と終末期のあり方なども話し合う機会が増えた。又、若年性認知症の方や前頭側頭型認知症の方など幅広い認知症ケアのあり方も日常的な関わりを通じて学びを得ている。

**【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)】**

母体である法人の医療機関が鳥取県の認知症医療疾患センターに指定されており、施設長が認知症介護指導者であり、地域の認知症ケアの推進と啓発に努められている。また先発でスタートされた仁風荘1番館のの良さを取り入れながら支援されている。独自のアセスメントシート「かもしれない」を使用し情報を書き込みケアプランにつなげている。ケアプランの課題を一つとして生活を大事にしたプラン作成である。家族や地域との関わりは家族会があり意見交換や利用者、家族、職員の楽しみの会にも繋がっている。利用者の笑顔を多く見られ会話も弾んでおられた。職員もさりげなく自然に接しておられる。

**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、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

[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	理念の基に認知症の人の事を知り続け、知る為に寄り添い、その人らしさを引き出す。その事でその人の主体性を守り、主体性を守ることで、安らぎのある生活を提供している。	法人の理念と別に、ホーム設立時に独自の理念を作成されている。職員で話し合い理念を意識できる独自のアセスメントシートを作成し支援している。職員は管理シートの半年ごとの目標を決め理念を意識し振り返りを行なっている。	
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	近隣小学校、保育園との交流、中学生の職場体験の受け入れの他、校区の公民館における認知症予防講座、公民館祭などに参加し関係作りをしている。中学生は継続的に来ている。	近隣小学校、保育園との交流が行なわれている。地域の公民館祭には出店などの買い物に出かけている。自治会の方や中学生が夏休みにボランティアで掃除に来てくださる。地区の掃除には職員と共に参加される利用者がおられる。職員が公民館に認知症講座に出かけ理解を深めている。近所から野菜なども頂いている。	
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	施設長が、米子市長寿社会課認知症対策会議に参加。又、鳥取県認知症介護指導者であり認知症ケアの啓発に努めている。スタッフもキャラバンメイトとして認知症の啓発活動をしている。		
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	家族と職員の会(運営促進会議)をおおむね年6回程度開催し、利用状況、サービス提供の状況、外部評価の結果等を報告し、会議メンバーからの意見や要望を聞き、サービス向上に活かしている。時にはGWを行っている。	家族と職員の会(運営促進会議)を概ね年6回程度開催されている。家族、地域の方とグループワークを行い虐待、防災などについて話し合っている。行政にも声かけをして参加していただいている。	
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	施設長が認知症介護指導者であり、又同法人の養和病院が認知症医療疾患センターに指定され、行政への働きかけが行ない易くなった。認知症サポーターリーダー研修(一般)や施設実習への取り組みをしている。	行政との関わりは制度改正などの時に研修に参加をされることが多い。施設長が認知症介護指導者、母体法人の養和病院が認知症医療疾患センターに指定されているため連携がある。包括支援センター、他事業所から相談があり対応されている。	
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	日中玄関、窓などに鍵はかけていない。(19時頃よりチャイムを利用し22時に施錠)スタッフは利用者の表情や行動の様子をキャッチし、外出を希望される方に対しては付き添い、事故のないよう見守っている。職員の都合やスピーチロックによる拘束は行わない様心掛けている。	法人の研修に参加され職員は理解されている。県の講師による権利擁護などの研修を行なっている。日中玄関、窓などに鍵はかけていない。離設がないよう職員は利用者の行動を把握してケアを行っている。職員は関わり方や話し方などについては話し合いながらケアに取り組んでいる。	
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	『高齢者虐待防止教育システム』を参考にし、虐待や不適切なケアが行われていないかを職員と家族の会でも考えている。又、施設長は職員のストレスがケアに影響していないか注意を払っている。		

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	対応が必要なケースについては、施設長が随時職員に説明を行っている。又、県GH協会主催の研修や法人研修により基本的な理解に努めている。		
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	契約の解除については、入居時に利用契約書にて説明し家族の同意を得ている。介護報酬の改定や、制度改正等で利用料が増加する場合や、諸物価の変動により値上げを行う場合は、書面上の通達だけでなく、家族会での報告や個々の相談に応じている。		
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	法人本部の品質管理委員会にて、顧客満足度アンケート調査、意見箱の設置を行ない、意見苦情についての対処方法、改善結果についての報告を玄関に掲示している。又「家族と職員の会」において家族の要望や相談を聴き、運営に結びつけている。	法人本部の品質管理委員会で顧客満足度アンケート調査を行い、改善結果についての報告を玄関に掲示している。また個別の家族の相談、希望、意見、看取り、成年後見、介護計画の話し合いを積極的に行なわれており、サービスに反映される。	
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	施設長が定期的な個人面談を行い、職員との話し合いの機会を作っている。日頃からコミュニケーションを図るよう心掛け、職員の声に耳を傾け、勤務体制や人員配置を行なっている。	施設長が定期的に職員と一人ひとりと個人面談を行われる。日頃から職員の意見を聞いたり話し合う機会を作られている。利用者、職員の目標を決め半年後とに評価をしてケアに取り組んでいる。自己評価は普段の話し合いの中や家族の面談等を元に作成された。	
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	法人による年2回の人事考課に沿って、施設長が個人面談を行い、職員のモチベーションが高められるよう配慮している。		
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	職員一人ひとりについて、半期に一度「目標管理シート」を作成し、それぞれの経験や課題に沿った目標設定をし、職員を育てる取り組みを行っている。県内外、法人内等である研修に参加できる機会を作っている。		
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	職員は鳥取県グループホーム協会の相互研修に参加。施設長は認知症介護研修、研修センターネットワーク、認知症介護指導者ネットワークを通じて同業者との交流を図っている。		

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
<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	入居前に事前面談を行い、本人の生活状況を把握したり、グループホームでの生活体験をして頂くことで、環境の変化に対する不安を少しでも軽減できるよう、更に、職員が本人に受け入れてもらえるように心掛けている。		
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	入居前に十分な相談を行い、ご家族の思いを理解するように努めている。又、待機の段階でも家族会への参加を呼びかけ、職員やご家族同士で境遇を話しあうことで安心して貰えるようにしている。		
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	相談時に、ご本人や家族の要望、状況等を十分に把握し、グループホームで出来る現状での支援の内容を理解して頂き、場合によっては法人内外の他のサービスに繋げている。		
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	職員は食事、洗濯、散歩、掃除などを一緒に行うことで学び支え合い、利用者として「喜怒哀楽」を共に感じられる関係を築いている。		
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	家族会や行事への参加の呼びかけ、ケアプランの立案・見直しの際の意向の確認、訪問の際の会話などをきっかけにし、状況報告や相談を重ね気兼ねなく話せる関係を作り、共に支えあう支援者となって頂けるようにと考えている。		
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	家族、友人、近隣の人達の訪問の際には、ゆっくりと話が出来る様に、静かな場所や居室等に案内している。これまで本人が生活(利用)していた故郷、美容院、公園、神社、墓参り等に出掛けられるよう担当者がケアプランに組み入れ、計画を立て実施している。	家族、友人、近隣の人達の訪問があり関係作りが行なわれている。美容院、公園、神社、墓参り等は家族や職員が支援し行われている。利用者の希望があればいつでも出かけられる体制があり担当者はケアプランに組み入れ実施される。	
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	料理、掃除、買い物等共同で行って頂き、それぞれの力を発揮でき、支え合えるような場面をつくっている。又、数名での外出の機会を作り、利用者同士が共に喜び楽しむ事が出来るよう働きかけている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のケアプラン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	他の事業所に移られた場合、これまでの暮らしが継続出来るよう、本人の状況、習慣、好み、ケアの工夫等について情報交換を行い連携を図っている。又、必要であれば馴染みの職員が訪問に行く等し、利用者の心の配慮をしている。		
<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	「かもしれないチェックシート」を活用し、見続けること、知り続けることで利用者の思いを理解し、日々の関わりのなかで信頼関係を築き、利用者の意向を汲み取るように心掛けている。	「かもしれないチェックシート」を活用し、利用者の思いや意向をくみ取っている。困難な方には表情、行動、家族の言葉を記録に残し職員で話し合い介護計画に繋げている。	
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	本人との日々の関わりの中で、これまで歩んできた生活歴や価値観等を把握するよう努めている。本人から知り得ない情報は、家族や知人等の協力を得て収集している。		
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	「かもしれないチェックシート」、介護記録の情報を活用し、職員間でコミュニケーションを図りながら、一人ひとりの生活リズムや、現状の様子を捉えている。		
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、家族の意向を反映し、アセスメントを行い、施設長、ケアマネ、担当スタッフ、フロアスタッフ、その他(医師や必要時には専門職)の意見を聞き介護計画を作成している。3ヶ月に1度の定期的な評価・見直し他、急な変化があればその都度見直しを行なっている。	本人、家族の意向を聞き取り、アセスメントを行い、施設長、ケアマネ、担当スタッフ等の意見を聞き介護計画を作成している。3ヶ月に1度の定期的な評価・見直しも行なわれている。急な変化がある時は変更し介護計画を作成している。計画書の課題を一つにまとめ、利用者が生活される上で一番大事なことを課題とされている。	
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	個別のファイルに毎日実施した事柄を記録し、勤務開始前の確認を義務づけている。フォーカスチャータインクの記録法を活用し、特変事項、情報、ケア内容、反応、プランの実施結果などを共有し、実践や見直しに活かしている。		
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	かかりつけ医への受診介助、入居時の移送サービス、待機者家族への相談を行っている。又、夜桜見物、家族と一緒に夕食会、夜景ドライブなどの希望を実現化している。		

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	地域のスーパーやコンビニ、喫茶店、警察、消防、公民館等を利用できるように普段から連携を取っている。小中学校、法人病院、専門病院、訪問理美容サービス等も併用している		
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	本人及び家族の希望する在宅時からのかかりつけ医への受診・往診に対応している。又、家族が受診同行する場合にも不安のないように情報提供を行なっている。	本人、家族の希望で在宅からのかかりつけ医とされている。往診月2回、受診月2回実施されている。総合病院は家族が受診の対応をされる。かかりつけ医とホームはお互いに情報提供をしながら支援している。	
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	看護師が配置されており、介護職は、日常の気づきや異変時等、医療面に関する相談が出来、互いの連携により適切な対応が執られている。 又、養和病院外来との協力も得ている。		
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	利用者の情報提供や治療について、医師との相談を行い、入院によるダメージを極力防ぎ、退院後の支援に結びつけている。		
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	重度化や終末期の対応について、事業所の力量や体制を踏まえ、家族と面談を行い、方針を確認し、終末期支援を2名実施する。出来るだけ本人・家族の要望に沿えるよう医師やチームで連携を図っている。	重度化や終末期の対応について、事業所は口頭で説明している。家族の関わりを大事にして重度化や終末期の対応の話をされる。状態変化がある時にその都度家族と面談し対応している。終末期支援は本人・家族の要望に沿えるよう医師や職員で連携が図れている。	職員の終末期の支援について死生観を含め研修を行われ手も良いと思います。
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	急変や事故発生時に備えての連絡・対応方法についてマニュアルを整備し、周知徹底を図っている。		
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	夜間を想定した訓練も含め、年2回避難訓練を実施している。法人が地元消防団として位置づけられており、ホームへの支援、非常災害時には地域を支援する役割を担っている。災害時の備蓄は法人内に備えている為ホームには最低限の確保に努めている。	年2回避難訓練、夜間を想定した訓練も行なわれている。今年度防災について20分間10回カンファレンスを行い避難方法など職員は身につけることができた。備蓄は法人内に備えてある。ホームでも備蓄はされている。	車椅子の利用者がおられるので避難時、消防署に分かるよう居室の入り口に目印をつけるなど方法を検討されると良いと思います。

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>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	入浴や排泄に関する支援については、利用者の自尊心やプライバシーに配慮し、声かけや対応を行なっている。個人情報保護マニュアルに沿ってプライバシーの確保・個人情報の保護、管理に努めている。	法人、ホームで研修を行なっている。利用者の自尊心やプライバシーに配慮し声かけさり気なく行っている。開所時は入浴は同性介助の方がおられたが職員と信頼関係が培われ異性介助はスムーズに行われている。	
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	サービスの原則にある「日課を押し付けず 意志を尊重し 選択肢を多く提供します」を目標に。本人の思いや嗜好を把握し、自己決定して頂けるよう依頼形の声かけや、一人ひとりにとって理解しやすい声かけを行なっている。		
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	おおまかな日課はあるが、その日の状況や利用者のペースに合わせて、柔軟な支援を心掛けている。個人の外出希望等に対しては希望を尊重し、臨機応変に対応している。		
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	一人ひとりの個性を理解し、本人らしさが継続出来る様に心掛けている。外出時や特別な日には化粧やおしゃれが出来るようにしている。又、整容の乱れ、汚れなどは、プライドを大切に、さりげなくカバーしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	献立決め、買い物、調理、片付け等において利用者一人ひとりが出来る事を役割として担って貰っている。献立に利用者の希望や旬の食材を取り入れ、職員も同じテーブルに着き、見守りや雰囲気づくりをしながら食事をしている。又、外食に出かける事もある。	1階、2階共毎日、利用者が献立を考え職員の支援で買い物に出かけている。散歩のとき近くのコンビニで買い物やされ馴染みの関係がある。メニューは栄養士に相談をし定期的に評価をして満足度の工夫をされている。利用者の中には茶碗拭きや食後の食器を重ねるなど下膳しやすいよう片付けをされている。職員は利用者と一緒に食事をされ会話を楽しんでおられる。	
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	食事摂取量は健康管理表に記録している。食事や水分量の少ない方に対しては、果物やおやつ、好みの飲み物、ゼリー等での摂取を工夫している。月1回栄養士の指導を受け、更に一番館と合同でトータル的な支援を行なう		
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に、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	利用者の状態に合わせて、自分で出来る方には声かけ見守りをし、出来ない方に関しては毎食後のケアを行い、嚥下障害による肺炎や感染症の防止等に努めている。		

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	必要な方に対しては排泄パターンを把握し、利用者の様子やサインをキャッチし、自尊心を傷つけないようさりげなく誘導している。出来るだけ最期までトイレでの排泄を支援するために努力している。	排泄チェック表を利用し排泄パターンを把握している。様子や行動などに気をつけさりげなく誘導している。出来るだけ最期までトイレでの排泄を支援するためにトイレのドアに「便所」とかいて張られ、場所が分かりやすくされている。	
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	便秘傾向の方については腹部状態を観察し、下剤だけに頼らず、食事のバランスや水分、運動量の調節や見直しなどを行い、自然排便を促している。排泄状態は健康管理表に記録している。又、栄養士会を配置し専門性の強化も図る。		
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	希望者は毎日入浴が出来る体制にしている。利用者のその日の状況や希望時間、体調等に合わせてゆっくり入浴をして頂けるよう配慮している。	2日に1回午後入浴が行われている。利用者の体調や時間を聞きゆっくり入浴できるよう14時30分から18時ごろまで支援されている。	
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、活動的に過ごすことで、夜間心地よく眠れるよう生活リズムを整えている。又、一人ひとりの表情や体調等を考慮し、疲労感やストレスが溜まらないよう、活動量を調節し、ゆっくり休息出来るようにしている。		
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	薬の目的や副作用、用法、用量の説明をファイルに整理し、内容が把握出来るようにし。内服薬管理マニュアルに沿って誤薬のないよう手順を徹底している。薬の変更時には状態変化の観察をしている。		
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	一人ひとりの得意分野を活かし、料理や買い物等の場面で活躍できるよう心掛けている。以前、畑仕事をしていた方や花を育てていた方には庭に畑や花壇を作り、ご本人に管理して頂くことで満足感に繋げている。その他にも編み物や絵、カラオケ、ドライブ等の趣味が続けられるよう支援している。		
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	日常的な買い物、散歩の他に、利用者の希望にそって外食、映画、花見、展覧会、図書館、美術館等個別の楽しみに合わせ地域に出掛けている。	食材などの買い物に毎日地域のスーパーと一緒に行動出来る方、月1回童謡を歌う会に参加される方がいる。外食でラーメンを食べに行かれたり、映画、花見、展覧会、図書館、美術館等個別の楽しみのお外出支援が行われている。	

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	家族の了承を得、本人の能力に応じた小遣いを持って頂き、受診時や個人の買い物時に支払いが出来るよう支援し、安心感や楽しみ、社会性の維持に繋げている。		
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	家族の協力のもと、希望時には電話の取次ぎをして話しやすい環境を整えている。個人で手紙を書かれる方には切手の準備や手紙の投函の付き添いをしている。		
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	台所やトイレ、浴室等は利用者に分かり易い場所で安心できる広さになっている。不快な音や室温の調節、換気などに配慮し、季節感を感じられるようテーブルに花を飾る等の工夫をしている。	畳コーナーやソファがあり、くつろいだり、会話を楽しむことができる場所がある。居間のテーブルがL字型で利用者同士がリラックスできる雰囲気だった。調光や室温管理についてもはいりよされていた。	
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	畳コーナーやソファがあり、一人でくつろげたり、気の合う方と数名で過ごす事が出来るようにしている。又、テラスにベンチを設置し、鉢植え等を育て、個人の楽しみや他者との交流の場に活かしている。		
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	家族の協力にて写真や鉢植え、ぬいぐるみ、仏壇、寝具、テレビ、タンス等馴染みの物や好みの物を持ち込んで頂き、安心してくつろげる部屋にしている。	利用者の希望や状態に沿うように畳とフローリングの居室が選択できるようになっている。写真やぬいぐるみ、テレビ、タンス等馴染みの物が持ち込まれく家庭的でくつろげる部屋となっていた。	
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	利用者の身体状況に合わせ、手すりの設置、居室の家具の配置等を見直し、自立支援に向けた環境整備を行っている。また、一人ひとりのわかる力を見極め、必要な時には居室やトイレに目印をつけ見守りをしている。		