

(様式2)

平成 23 年度

## 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	1595700012		
法人名	社会福祉法人 苗場福祉会		
事業所名	グループホームさくら 第2ユニット(土筆)		
所在地	新潟県長岡市西川口1247-1		
自己評価作成日	平成23年11月20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	<a href="http://www.n.kouhyou.jp/kaigosip/Top.do">http://www.n.kouhyou.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人新潟県社会福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	平成24年1月18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)】

"今年度は開設5年目の節目の年です。  
「地域に根差す施設」として地域とのつながりをさらに深めるとともに、専門職としての基本を身につけ根拠あるケアが行える人材育成と、お客様・ご家族様の意向が反映されたより質の高いケアプランの作成と実行を目標に取り組んでいます。  
お客様のニーズを的確に捉え充実したケアが提供できる様に、アセスメントとモニタリングに力を入れ職員全体でプランを考え対応できるようになってきました。無資格者ゼロの取り組みも達成しました。住民の行事にも声をかけてくださるようになり、グループホームの活動も地域に周知されてきたのを実感します。

今年度は水害の避難も経験し、日頃の準備と訓練の成果が発揮されました。事故なく避難できたことは職員の自信にもつながったように感じます。今後は、見えてきた課題をきちんと改善し、マニュアルの整備を進めていきます。"

### 【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)】

「グループホームさくら」は開設丸5年を経過した事業所である。運営母体法人は県内外で広く介護保険事業を展開する社会福祉法人であり、そのスケールメリットを活かして、各種の委員会や研修会を横断的に開催して職員の資質向上に努めている。特に各種マニュアルは共通のものが整備されており、事業所及び法人全体事業所の一定のサービス水準を担保している。

当ホームは、通所介護、訪問介護、訪問入浴、居宅支援介護事業所、配食弁当サービスを実施する複合型介護支援施設の中の一つの事業所である。所長及び管理者は地域密着サービスの意義を強く意識し、地元住民や地元各種団体との交流を通じて「地域に頼りにされる介護拠点作り」を目指している。平成23年7月の新潟福島豪雨では、隣接する河川が氾濫し一階部分水没の水害を受けたが、これを契機にさらに地元住民との結束が高まり、運営推進会議を通じて行政との防災に関する協議を行っている。

利用者へのケアの場面では、センター方式アセスメントシートを活用して本人の思いや意向、これまでの暮らし方を把握し介護計画に活かしている。平成23年度からは介護計画のモニタリングに出来る限り家族から参加してもらおう等、丁寧なケアマネジメントサイクルが確立されている。

## 自己評価および外部評価結果

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>理念に基づく運営</b>					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>部署目標に沿い、分掌表で各自の役割を確認しながら取り組んでいる。職員行動指針を朝会で唱和している。</p>	<p>法人基本理念を基に、ホーム開設時に職員で「川口地域にグループホームケアが周知されるように積極的に地域に出かけ、やりたいことが形になり楽しく生活出来るグループホームを目指します」という理念を作成した。業務を通じて常に理念の振り返りを行っている。</p>	
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>施設の防災訓練への呼びかけに参加して下ったり、逆に地域行事などは声をかけてくださるので積極的に参加している。GHが地域行事へ参加することを理解し誘ってくださる。</p>	<p>冬の「鳥追い賽の神」行事、夏の祭りなど、地域行事を通じて地域住民との交流が活発に行われている。また、散歩で挨拶をしたり、季節の野菜を差し入れてもらうなど、地域住民との日常的なつきあいがなされている。</p>	
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議の活用で、認知症サポーター養成講座を開催した。</p>	/	/
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>2ヶ月に1回の開催を行い、リスクや現状を伝え助言をもらっている。水害での被害があったが、改善策についても話し合った。</p>	<p>会議は2ヶ月ごとに開催され、ホームの現状や前回会議からの取り組みなどについて報告・検討がなされている。平成23年7月の豪雨水害時の状況についても話し合い、その反省から、行政から災害無線受信機を配布してもらった。</p>	<p>委員の構成について、行政関係者が中心となっているが、近隣住民や民生委員、老人会代表など、地域の関係者を加えることで、より地域のニーズや情報を踏まえた会議が行われることを期待したい。</p>
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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に取り組んでいる</p>	<p>運営推進会議への参加や日頃から包括支援センター・行政窓口には意見をいただき、助言してもらっている。</p>	<p>行政担当者や地域包括支援センター職員には運営推進会議の参加を得ているほか、日頃から情報交換や連絡・相談が密に行われている。民生委員の視察等も受け入れている。</p>	
6	(5)	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>ユニットの玄関の施錠は行っていない。委員会やマニュアルがあり、勉強会参加などで理解を含め、身体拘束をしないケアを実践している。</p>	<p>法人全体のマニュアルが整備され、法人内に「身体拘束・虐待防止委員会」が設置されている。具体的事例を含めた定期的な研修会や新人職員へのマニュアル説明研修等も行われ、身体拘束をしないケアを目指した取り組みが行なわれている。</p>	

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
7	(5-2)	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	委員会やマニュアルがあり、勉強会参加などで理解を含め、ケアを実践している。接遇についても「言わない13か条」を作成し注意をしている。リスクマネジメントとあわせて日々検討している。	法人全体のマニュアルが整備され、法人内に身体拘束・虐待防止委員会が設置されている。具体的事例を含めた定期的な研修会や新人職員へのマニュアル説明研修等も行われ、虐待防止に向けた取り組みが行なわれている。	
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	管理者が対応することが多く、職員全員が周知しているとは言えない。必要と判断した方に対し、説明と検討を行った。		
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	先利用者や家族のニーズに合わせて説明の場所も自宅で行う場合もホームで行う場合もある。疑問点はいつでも相談して欲しい旨を必ず伝えている。		
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	運営推進会議で意見をお聞きたり、法人で顧客満足度調査を年1回開催し、もらった意見には検討結果を沿えて返信し、ケアに活かしている。	年1回法人全体での顧客満足度調査を行ったり、面会用紙に要望事項を記入できる欄を設けるなど工夫がされている。利用者・家族からの要望や声は「顧客フィードバック用紙」という独自の用紙に記入し、改善に向けて具体的な取り組みを行う体制となっている。	
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	会議の議題は意見箱を設置し職員全体の意見を取り入れている。司会・書記も交代性で職員主体の会議を行っている。業務改善に繋がっている。	月1回開催の事業所会議、適宜開催のユニット会議を通じて業務改善に向けた意見交換が活発に行われている。事務室には意見箱を設置して、職員から業務改善へのアイデアや気づき等を集め、サービスの向上に活かしている。	
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	目標管理制度とあわせ能力に応じた評価と資格取得に基づき給与を査定している。その際には本人へ結果を返すと共に上長面接を必ず実施している。		
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	法人内には役職別・段階別の研修計画があり、外部研修も促している。毎月お客様のケアに繋がられるような勉強会を中堅職員中心に開催している。今年度無資格者0となった。		

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
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	同法人内のグループホーム間で交換研修を開催しているが、水害より今年は受け入れが主である。研修計画があり、外部研修も促している。毎月お客様のケアに繋がられるような勉強会を開いている。		
<b>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	事前面接時にアセスメントを行うと共に要望や希望をお聞きしセンター方式記載し情報共有を行っている。その情報を基にケアプランを作成しケアを実施している。		
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	施設見学等や自宅での契約などコミュニケーションを多く取れるようにしている。不安や要望はお聞きしケアプランに反映している。		
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	入居順位が来た時点で、居宅ケアマネと情報を交換し入居の意向をお聞きすると共に、現在の利用者家族の心情もお聞きして入居判定をしている。空床利用のショートステイのサービスを導入した。		
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	利用者と一緒に家事や外出する事によって関わりを多く持つようにしている。調理や畑などの知識を若い職員が教えていただく場面は多くある。		
19	(7-2)	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	家族へは入居したことにより、介護する協力者が増えたことを話共に協力していくことを伝えている。面会や外出・外泊など希望に沿って支援すると共に企画などに参加いただく時間を共有している。	毎月の家族向けの広報紙の中に、居室担当職員から利用者一人ひとりの生活の様子や医療面の状況などの報告をきめ細かく記載し、情報を共有している。納涼会等の行事は家族にも案内して参加を促している。	
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	地域行事・面会・外出・外泊の支援をしている。また、フリープランと称して個人の希望を形にする企画をつくり支援している。併設のDSとの交流や継続しての生活の支援もしている。	本人の希望する活動を介護計画にも盛り込んで支援している。馴染みの商店や以前住んでいた場所、働いていた場所等へ外出したり、以前利用していた併設デイサービスの利用者との交流など、馴染みの関係が途切れないよう支援している。	

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
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	和室などでは利用者同士が会話できる環境を作り、誕生日は各個人ごとに誕生会を開催し皆で祝うようにしている。食事の席なども注意している。閉鎖的にならないように併設DSやユニット間の行き来もするように心がけている。		
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	退去されたお客様の家族へヘアカットをい願ったり、施設に来所されたりしている。野菜などをいただくこともある。		
<b>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	センター方式によるアセスメントを導入して可能な限り本人参加での介護計画書のモニタリングを開催している。要望を基に企画を立てて、想いが形にできるように支援している。	センター方式のシートを活用してアセスメントを行い、本人の思いや暮らし方への意向を聞き取るよう工夫している。入居前の情報収集のほか、その後も新たに気づいたことはその都度アセスメント用紙に加筆して情報共有している。	
24	(9-2)	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	センター方式によるアセスメントを行い把握に努めている。居室担当を中心に情報収集している。	センター方式のアセスメントシートを活用して、入居時に家族や兄弟、担当介護支援専門員等から聞き取りを行い、これまでの暮らしの把握に努めている。入居後も、新たな情報をアセスメント用紙に加筆しながら職員間で情報共有をしている。	
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	お客様個人に合う生活スタイルを尊重し強引な誘導はせず、落ちついて生活出来るよう支援している。状態に応じてセンター方式を導入し心身状態の把握に努めている。		
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	3ヶ月に1回のモニタリングのほか、状態に応じてサービス担当者会議を開催し、プランに反映させている。更新のたびに本人・家族の意向を確認している。	面会時や電話連絡、お便り等と通じて、介護計画に対する家族の意向確認に取り組んでいる。3ヶ月ごとにモニタリングを行うほか、利用者の状態変化があった場合は随時介護計画の見直し・検討を行い、現状に即した介護計画の策定・実践がなされている。	
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	ケアプランは毎日実施記録へ落とし、プランに沿った生活記録の記載をしている。その事でモニタリングへ反映し易く、プラン見直しの際に有効となっている。		

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
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	状況に応じて職員代行での外部受診や入院支援などをおこなっている。柔軟な支援を行えるように適宜ミーティングを開催しケアに追加し支援している。		
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	馴染みの美容院やスーパー、毎日通っていた商店など、できる限り本人の希望に添える支援を行っている。家族・商店の方の理解のもとプランに入れて支援している方もいる。		
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	協力医療機関はもとより、在宅からの主治医とも連携を図り往診などの対応をしている。現在町内の2名の医師より協力していただいているが、夜間問わず連絡体制をとって支援している。	これまでのかかりつけ医を基本として対応している。受診の付添いは家族にお願いしているが、「受診連絡票」の様式を活用し、医療機関との適切な情報共有・連携に努めている。協力医療機関が事業所に隣接しており、往診を含めた医療支援を受けている。	
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	連携加算対応の併設DS看護師と連携を図っている。訪問看護より施設看護師へ変更したことでより連携がしやすくなった。助言により病状の早期発見・早期受診につながっている。		
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。	定期的な相談員への訪問や入退院時には家族に了解を得てムンテラに参加させていただいている。病棟の看護師と直接情報交換することも多く、退院時の情報共有は出来ているように感じる。		
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	入居時に確認しているが、その時の家族の気持ちを大切に、ケアプランの更新時や病状変化時など何度も確認するようにしている。看取りの指針を説明し同意をいただいている。住み替えについても適宜話あっている。	入居時に指針及びホームとして重度化に対応出来る事・出来ない事の説明を行い家族の同意を得ている。重度化した場合は適切な施設利用等の支援を行うこととしており、住み替えに至るまでの対応について家族、職員間で話し合い共有を図るよう努めている。	
34	(12-2)	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	防災訓練や救命講習を受けていると共に、急変時に対応できるように施設全体で勉強会などを行っている。急変時のマニュアルあり、確認しながら実践している。	事故対応マニュアルが作成され、複合型事業所全体での救急対応研修も実施されている。救命講習等外部の研修に参加した場合は、復命研修を行って他の職員と内容を共有している。	

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
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	地域と連動した防災訓練に参加。施設避難訓練にも参加していただいた。今年度は水害の被害にあったが、けがなくスムーズに避難できた。	職員連絡網や防災マニュアルが整備され、年2回避難訓練を実施している。うち1回の避難訓練は地元消防団や近隣住民との合同訓練として実施している。平成23年7月の新潟・福島豪雨では建物の一階が冠水するという被害に遭い、この経験を踏まえて水害等マニュアルを整備中である。	
<b>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	接遇の改善をはかるよう言わない13か条を作り実践に取り組んでいる。特に排泄時は近くに寄り声をかけるように注意している。外出時の住民からの問い合わせについては特に気をつけている。	入居者一人ひとりの尊厳とプライバシー保護を担保するため、入居時に、面会についてや広報紙等への写真掲載の是非について意向を確認している。また、職員は、利用者の羞恥心に配慮したケアや、自己決定しやすい言葉かけに努めている。	個人の下着等の洗濯物が共有空間に干されている状況がある。グループホームという家庭的な環境の中ではあるが、今一度、利用者個人の尊厳やプライバシー保護について、職員間で様々な視点から検討することが望まれる。
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	衣類の決定、入浴時間の希望など職員が決めず、しまわず可能な限り自己決定ができる支援を行っている。		
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	ケアプランに沿ったケアを重視している。食事などは本人のペースに合わせて食べたい時間に提供できる様にしている。外出や散歩は意向を確認し提供している。		
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	希望する美容店に来ていただいたり、赴いている。ヘアカラーや化粧などは希望に応じて職員が行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎食お客様と一緒に実施している。メニューもお客様に聞きながら立案している。ちまきやぜんまいの戻し方などは教わることが多い。買い物では手にとって選んでいただいている。	利用者の希望を取り入れた献立を基に、毎日近隣のスーパーで食材の買い物を行っている。畑で採れた季節の食材を使ったり、季節や行事に応じた料理も献立に取り入れている。食事場面を利用者の活動のひとつとし、テーブル拭きや後片付け、茶碗拭き等、利用者のできることを職員と一緒にやっている。	

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
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	状態に応じてカンファレンスを開き、必要な方にはセンター方式シートを使用し水分チェックをしたり、食事チェックをし捕食している。食事時間はあるが、状態に応じて臨機応変に提供している。		
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	毎食後口腔ケアを実施している。必要な方にはカンファレンスを行い、歯科往診にて改善を図っている。		
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	排泄パターンを把握するためにセンター方式D-3シートを活用し随時取り入れている。入居時は把握するためにも自立以外の方は必ず取り入れている。なるべくオムツ類を使用しないように支援している。	センター方式のアセスメントシートを用いて利用者の排泄パターンの把握に取り組んでいる。トイレでの排泄を基本とし、トイレ誘導時にはさりげない声かけを行う等、利用者の自尊心にも配慮しながら排泄の自立に向けて支援している。	
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	水分・乳製品・食物繊維の豊富な食材の提供などこころがけている。毎日のリハビリ体操を実施したり、ホップバックも活用している。個々の病状に合わせ医師と相談し下剤使用している。排便チェックにて毎日把握している。		
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	曜日や回数を決めて対応することはない。本人の希望や体調をみて声かけをしている。ADLの低下したお客様には足浴や清拭にて身体の清潔に努めている。やむおえず対応できない場合もある。	利用者の体調や希望を考慮し概ね2日に1回入浴できるよう支援しており、曜日や回数をホーム側で決めることはない。ユズ湯や菖蒲湯など季節に応じた変わり湯も楽しんでいる。身体機能が低下した方には職員が2人で対応する等、安全に入浴できるよう支援している。	
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	和室にて休まれたり、個人に見合ったものにベッドも変更し対応している。毛布・枕・布団の持ち込みもあり気温などにも注意しながら対応している。		
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	アセスメントに効能を記載するとともにお薬説明書を確認しながら配薬している。医師と連携をとりながら調整している薬もある。変更があった際の申し送りは徹底し副作用等も送ることで変化に気が付いている。誤薬に注意している。		



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
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	アセスメントには生活暦を確認し、お客様の生活での役割をもてるようなプラン作成を心がけている。食事以外の嗜好品の提供も実施している。DSのレクに参加する事もある。		
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	日常的に全てのお客様に対応できていない現状はあるが、希望をお聞きしながら支援している。また、家族と協力をしながら外出や外泊支援をしている。企画での外出も提供している。	天気の良い時には散歩に出かけたり、毎日の食材の買出しにスーパーに出かけたりと外出の頻度は高い。また、個人の希望に対応する「フリープラン」という取り組みを介護計画に位置付け、入居前に住んでいた自宅で過ごすなど、一人ひとりの希望にそった外出支援を行っている。	
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	御家族様へ確認し所持の有無を決定している。買い物は立替をしていることとお話しし、好きな物を購入してもらっている。		
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	希望の方には支援している。電話があった際にはご家族様へも協力を求めている。		
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	落ち着いた雰囲気を出せるよう、暗すぎて危険のないように注意しながら照明には注意している。季節の花や装飾をしたり、和室には自宅のように過ごせる様に配慮しながらコタツなどを用意し過ごしていただいている。気温・湿度にも注意している。	窓が広く、十分な採光があり開放的な雰囲気である。リビングの一角には畳のスペースが設けられ、コタツも設置されて利用者がくつろげる空間作りがされている。気になる臭いもなく、居心地の良い共有空間作りがされている。	共有空間に個人の洗濯物が干されていたり、壁の掲示物が多く雑然としている状況が見受けられた。共有の空間であるという認識に立ち返り、さらなる環境整備がなされることを期待したい。
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	和室・ソファ・食堂などで談笑している姿がみられる。ユニット内での雰囲気を察して外出支援やユニット交流をするなどして対応している。		

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
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	入居時に意向をお聞きし、使い慣れたものを使用するようにしている。生活する中で希望のある物は家族と相談しながら取り入れている。	居室は、利用者・家族の希望により畳またはベッドの選択ができる。使い慣れた物を使用してもらえるよう入居契約時に家族に説明を行っている。家族の写真や装飾品が持ち込まれ、本人にとって居心地の良い居室作りがなされている。	
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	浴室やトイレも立位保持ができるようにしている。居室はネームプレートやより大きく氏名を表示するなどわかる工夫をしている。		