

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	4370500540		
法人名	特定非営利活動法人NPOみなまた		
事業所名	グループホームふれあいの家		
所在地	熊本県水俣市月浦213番地1		
自己評価作成日	平成30年1月17日	評価結果市町村受理日	平成30年3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 http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/43/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JgvosvoCd=4370500540-00&PrefCd=43&VersionCd=022

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益財団法人 総合健康推進財団		
所在地	熊本市中央区保田窪1-10-38		
訪問調査日	平成30年2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)】

畑や住宅地に囲まれ、静かで日当たりの良い環境です。屋内は重度になっても対応できるように全てバリアフリーにしています。敷地内には広い畑もあり、地域に開放し耕作してもらっています。時々利用者も収穫のお手伝いをして野菜を頂いています。ご家族は自由に訪問され、一緒に外出される方も数組あり、共に支える関係を大切にしています。現在の入居者は自由に外出される方が多く、家事を手伝ってもらったり一緒に買い物に出かけたりとご本人の意向を出るだけ尊重しています。又一人ひとりのペースに合わせ必要な手出しをせず、見守るケア、必要な時だけさりげなく手を貸すケアを職員全員で心掛けています。地域との交流も年々深まっており、住民の方々に助けられながら祭りを開催したり、季節行事に招いたり、毎週地域公民館で近隣の方と交流を深めています。

【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)】

20年前民家改修型施設に5名の入居者でスタートし2年後(2000年4月)に借家返還のため牧野内地域に移転。2002年にNPO法人を立ち上げ現在は3つのグループホームを運営しておりその中の1つの施設である。その後、石垣崩壊の恐れや入居定員増等の理由から、「福祉ニュータウン」のミカン畑があるこの地に施設を建て直した。この地には、災害避難先の公園も広く設けられ、ユニバーサルデザインで市、県営住宅、及び特養等の高齢者福祉施設や障害関連施設が立地している。施設の庭の畑は市の介護予防事業の利用者で耕作されている。介護保険制度前から開設している施設であり、開所当時の職員等の人材の継続勤務や、市町村からの信用もあり認知症ケアへの思いも熱い歴史ある施設である。

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. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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、安心して暮らせている (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
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	「人権・安心・共生」を基本理念とし、日々のケアで職員はその理念を共有している。年度初めのミーティングでは理念について全職員で討議している。	毎年3月頃に行う、3施設合同研修では、設立の経緯、理念の説明とともに3つの施設合同で研修し、各施設の発表も行う。更に各施設でも年度初め4月のミーティングで理念について全職員で話し合う機会を設け理念の共有の機会にしている。	
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	組に入り、運営推進会議、地域リビング(社協主催の介護予防事業)への参加等を通して地域との交流は年々深まっている。災害時の連絡網も協力体制が出来ている。	「地域の組」に入り会費徴収・回覧板・葬祭にも参加している。社協が毎週金曜日に公民館で運営する地域交流、介護予防の「地域リビング」に利用者も参加し交流の場になっている。月1回は施設がリーダー役となり、地域の介護予防にも貢献している。	
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	地域の方々をクリスマスに招待したり、地域住民のボランティアの協力を得て毎年春には「たて道祭り」を開催している。又、地域の方がいつでも相談できるように「地域サポートセンター」としての役割を務めている。		
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	年6回、民生委員や区長、市の担当者、地域包括支援センター職員、地域住民等に参加してもらい、毎回利用者の状況や活動を報告している。その中で困っている人の情報を共有し、事業所で出来る事がないか話し合っている。	会議には行政関係者はもちろん地域住民も参加できており、災害時の情報網が更新されたり弁当屋の情報等が集められたりしている。参加者から利用者の身体拘束にあたるベッド柵の使用に関しても助言を貰うなどの意見が交わされている。	家族の参加の促しや、ご本人の参加もできるような工夫に期待します。
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に取り組んでいる	地域密着型サービス部会や地域ケア会議、運営推進会議等を通して意見交換・情報提供をしている。又、市に直接相談したりして協力関係を築いている。地域サポートセンターの活動として、社協の認知症カフェに毎週1回場を提供している。	市の相談員からの来訪を受け直接利用者から話を聴く機会も得られその情報が施設に反映されている。社協主催のオレンジカフェの場が施設内に設けられたり、市の事業に庭先の畑を提供し地域の高齢者が作物を作るなどの行政と密な連携が出来ている。	
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	法人内研修会で「身体拘束とは何か」全職員が学んでいる。利用者個別については、職場内ミーティングや毎日の申し送り等で随時討議検討している。その上で家族への説明、了解の元、転落防止のため不眠時のみ4点柵を使用したり、重度のBPSDのためかかりつけ医と相談しながら薬のコントロールをしている人がいる。しかし本人にとってどうなのか常に悩みながら他の方法を模索している。	毎年1回、法人主催の身体拘束研修に全員参加している。ベッド柵の4本の拘束を運営推進会議にかけ、市から助言を貰い手順を踏み、実際に拘束が改善されている。訪問中にも職員の気になる発言や環境も無い。	

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		○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	法人内、職場内研修で全職員が「何が虐待なのか」学んでいる。特に一人夜勤時、極めて弱い立場の利用者の人権が守られているのか検証し合い、職員の意識向上に努めている。		
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	法人内研修で全職員が学んでいる。成年後見制度を利用している人もいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	利用者や家族との信頼関係を第一に置いている。入居時は勿論、入居後も、家族との個別面談など折に触れて説明し、不安や疑問に答えるように努めている。重度化や終末期も家族とその都度話し合いを重ね、共に納得できる方向を探っている。		
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	面会時等、機会あるごとに意見、要望を聴き、反映につなげている。最近では、家族から外出支援や帰宅支援の要望が多く、それに応えている。運営推進会議や理事会、法人内管理者会議等でも意見を伝えている。	1年1回の家族会議があり、管理者から家族へ一人ひとりに聞き取りを行う。電話での家族からの要望についての記録があり外食の希望や買い物好きなのでさせて欲しい等の聞き取りが記載され、実際にそれぞれ対応されている。	
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	管理者が折に触れ、個別に職員から意見を聴いている。又、ミーティングや申し送り等でも意見を聴いて改善に向けた努力をしている。法人内の職員集会を年1回開催し、その場でも直接職員から意見や提案を出せるようにしている。	管理者が2日に1回は本部に行き、会計、及び職員や利用者の管理日誌を提出し報告している。1万以内は管理者からの決済で購入する。物品購入は必要な時に会議で必要性が承認されれば購入されており、職員の希望勤務時間も融通が利き、離職率も低い。	
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	隔月おきに開催される理事会や月1回の法人内管理者会議で、管理者が職場の状況を伝え、改善を検討している。パートにも資格手当がつくようになったり、研修手当がつくようになるなど徐々に職員の希望が実現されている。		
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	法人内管理者会議で毎年研修の年間計画を立て、新人研修、現任研修を開催している。全職員が法人内研修を受けており、外部の研修も積極的に参加している。又、資格取得のために勤務を調整するなど配慮している。		

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
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	管理者や職員は、地域密着型部会や地区ブロック会でのグループワークや交換研修等で、他事業所での取り組みを学んだり交流を深めている。実践できることは取り入れ向上に努めている。		
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	まず本人の意向や家族からの要望を丁寧に聴いて、全職員で話し合っている。それぞれのニーズに合ったケアの統一を図ることで、初期の不安や混乱を出来るだけ防ぎ、信頼関係を築けるよう努力している。特に帰宅願望や外出支援にはこまめに対応している。		
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	家族やケアマネその他これまでにかかわった人たちから極力情報を集め、全職員に把握させている。初期は特に本人の様子をメールや写メ等で家族に詳しく頻繁に伝えている。そこで家族の意向を再確認し、不安の軽減に努めている。		
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	入居申し込み時に相談に乗り、グループホームの特徴(長所と短所)をよく説明する。不安で二度三度訪れる人にもその都度丁寧に対応している。必要と思われる時は他のサービス利用を紹介する場合もある。		
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	家事や手芸など本人の得意なことを探し、力を発揮してもらったり、昔のことをいろいろ教えてもらったりして、人生の先輩として接するように努力している。		
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	面会のたびに家族との情報交換を密に行うように心掛けている。又、電話やメールで話し合ったり、こまめに写メを送って様子を身近に感じてもらえるよう工夫している。本人と直接電話してもらうことも多い。		
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	本人が以前より関わっていた婦人会や老人会の行事に参加したり、「地域リビング」や「まちかど健康塾」(介護予防事業)への参加、友人の訪問など積極的に支援している。	一人暮らしの方が多く、「仏壇参り」や「家の風通し」等に職員が同行している。介護予防事業の畑作業に参加した知人との交流や公民館行事への参加があっている。入所当時は特に馴染みの医師との関係性が途切れないようにしている。	

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	相性を考慮し席を決めている。利用者同士の交流がスムーズにいくよう職員が間に入って話題を作ったり、利用者同士でくつろげるベンチを設けたりしている。他人に干渉されたくない人には一人で過ごせるスペースを設け安心して暮らせるよう配慮している。		
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	退去後もお見舞いに行ったり、亡くなられたら葬式や初盆に行ったりと、その後の付き合いを大切にしている。		
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	日々の会話や表情、態度から意向や希望等を把握したり、家族から情報を得ている。それを申し送りやミーティングで検討している。家族を心待ちにしている人は家族の帰省に合わせ、送迎や外泊支援に繋げたり、赤ちゃんが来ると笑顔が出る人には抱っこしてもらったりしている。	前任のケアマネからの話を聞き、自宅を見に行き本人の自宅の様子を聴く。気が付いたことは毎朝の申し送りや月1回のミーティングで話し合う。ケアの担当者をつけ主治医にもケアの方向性を聴きに行きケアに反映している。	聞き取られた利用者の意向が整理され利用者、家族にも解りやすい記載の工夫に期待します。
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	日々の関わりの中で得た情報を、申し送りファイルに記載し、月2回のミーティングで共有している。家族一人ひとりとの相性も把握し、見捨てられ感など軽減するよう関係改善に努めている。		
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	毎月のモニタリングで本人の心身状態の細密な把握とニーズの再発見に努めている。又、特に重要なことは「月別介護計画書」でポイントを押さえ、タイムリーに全職員が把握できるように努めている。		
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	関係者、家族、本人からの情報でケアマネが計画を作成し、毎月見直している。各担当者によるモニタリングをミーティングで検討し、「月別介護計画書」も参考にして、全職員の意見を出し合っており、現状に即した介護計画を立てている。	担当職員や管理者から情報を集め、毎月の初旬にモニタリングの会議を開催している。担当者がプランの目標に対しての評価を記入し、会議で話し合う機会が設けられている。	具体的に職員や利用者、家族が理解しやすい形でのケア目標への更なる工夫に期待します。
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	介護計画を日々のケアにすぐ反映できるように、本人の経過記録の上面に記入。何を把握すればよいか一目でわかるようにしている。その他「一日の流れ表」や「排便チェック表」「バイタルチェック表」「月別介護計画書」等活用している。		

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
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	本人の希望に応じて一緒に自宅に荷物を取りに行ったり、自宅周りの庭木の手入れの手配等柔軟に対応している。以前は災害時に他事業所の一時避難場所として対応したこともある。		
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	保育園児やハーモニカ演奏隊、傾聴ボランティア、介護相談員等の訪問で交流を図ったり、毎週「地域リビング」に参加して地域住民と交流したり、散歩でエコハウスやふれあい公園に立ち寄りたりと身近な地域資源を活用している。		
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	馴染みのかかりつけ医との関係を大切にしている。定期通院は家族同行が1名、職員同行が4名、その他は2週間ごとにかかりつけ医の定期往診を依頼し、皮膚科など他の医療機関を受診する時は職員が同行している。	入所前のかかりつけ医を頼んでいるが、身体状況に合わせ、往診に切り替えたりしている。日常生活状況の報告もある為、日頃は家族に無理な同行は要求しないが必要時には同行依頼する。子供が遠方の方が多く受診の状況報告は携帯電話やラインを活用し管理者が行っている。	
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	看護職員に体調の把握、受診、薬の管理、皮膚のケアなどを主に担ってもらっている。また介護職員も経過観察での変化を伝え、相談アドバイスをもらっている。		
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。	入院時には介護サマリーを提供。主治医の病状説明には家族とともに同席して情報を得、退院後の対応の仕方を共に把握できるように努めている。又、主治医との連携で家族にわかりやすい説明をしてもらえるよう努力している。		
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、事業所の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・終末期ケアの対応指針を作成している。ホームで出来る事、出来ない事を入居時家族等に説明している。重度化された場合は家族と主治医を交え何度も話し合いを重ねて共に納得のいく方針を出している。	重度化・終末期ケアの対応指針を作成し施設で出来る事、出来ない事を入居時家族等に説明している。看取りの希望は今の所は無いが、看取りの体制も協力病院と出来ている。過去に施設での臨終は無いが、ぎりぎりまで施設で過ごし入院後数日で亡くなる経験も積んでいる。	
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	消防署の協力を得て、救急救命法の講習を全職員が毎年受けている。急変時の学習会は職員間で定期的に行っている。夜間の急変時には応援がすぐ駆けつけられるよう体制を取っている。		

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
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2回消防署の指導の元、利用者と共に火災避難訓練の実施。緊急連絡網を職員用、地域用に作成している。又、防災会社の指導で通報装置の使い方を全職員で学んでいる。夜間想定訓練もしているが、地震対策はまだ出来ていない。非常用備蓄セットを玄関に常備している。	年2回消防訓練が昼と夜間の想定で行われている。非常用備蓄セットを玄関に常備し常に持ち出せるようにしている。各部屋のドアには避難した際に解るように反射板に施設名が記載された襷が準備されている。緊急時には、隣の特養との協力連携も図られている。	
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	利用者に応じた呼び方をし、声掛けや対応に努めている。入浴や排せつ時はプライバシーに配慮し、異性の介助を嫌がる人には同性が介助している。個人情報にも十分配慮し記録や職員間で話す時は利用者をイニシャルで表している。	目につく個人名はイニシャルにし、自室入り口やトイレにはドアとカーテンが2重に設けられてドアの閉め忘れにもプライバシーが守られ、トイレの施錠はもちろん、緊急時にも職員が介助できるように配慮されている。	
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	会話の中でさりげなく表現されること等を常にアンテナを張ってキャッチできるよう全職員が努力している。服選びや入浴時間を決められる人には希望に沿って支援している。		
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	朝は特に起床時間、食事時間はそれぞれの希望に合わせて対応している。一人で過ごしたい時間も大切にしながら、他の人と交流したい時はリビングで楽しめるよう声掛けしている。		
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	要望に沿って髪染めやヘアカット等支援している。朝の整容やござっぱりした好みの服で過ごせるよう支援している。外出時は出来るだけおしゃれな服装を勧めたりしている。大切な服は職員が手洗いしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	献立は利用者個々の好みや季節感を取り入れて作っている。塩分制限、カロリー制限にも配慮。希望されたら茶わん洗いや拭き上げ、下ごしらえで野菜を切ってもらっている。一緒におやつを作って食べることもあり、食事は楽しまれている。	利用者の誕生日にはケーキで祝ったり、移動販売での買い物をしている。職員と一緒に下ごしらえをしてもらうこともある。食事の前には歌を歌い、職員も一緒に食事をしている。寿司が好きな利用者には外食希望に応じている。	今後は更に楽しい食事風景への今後の工夫にを期待します。
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	食事量、水分摂取量は毎回チェックし、好みの味や、器、声かけの工夫等で必要量を摂れるように支援している。一日の水分量をトータルで測って把握し、水分の不足する人には持病や栄養バランスを考慮して提供。むせる人にはトロミを使用。		

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
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	それぞれの力に応じて見守り、声掛け、一部介助等の支援で口腔ケアを行っている。自力で出来る方が4名。歯ブラシやコップの消毒は毎週職員がしている。口腔体操も食前に行っている。		
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	職員は排泄チェック表を参考に毎日、利用者が服用する下剤の量などを加味した上で、個々の排泄パターンを把握している。又、表情や動きなど個々のサインを見逃さず、トイレやポータブルトイレでの排泄を支援している。	排泄の自立支援の為、排尿や排便の記録を取りケアに活かしている。入居前の入院中に紙パンツ使用だった利用者が布パンツに自立した利用者もいる。	
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	運動、離床、食物繊維、水分摂取を基本に便秘対策を行い、出来るだけ自然排便があるように心掛けている。整腸剤、便秘薬等も主治医と相談し、個々に合った与薬法、量を検討し便秘や下痢を予防している。排便チェック表を活用。		
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	週2, 3回が基本。出来るだけ希望に応じて午前午後好きな時間に入浴支援をしている。お湯は午前午後で入れ替えている。湯加減や浴室、脱衣所の温度調整、介助する職員の希望を聞いている。長風呂の方には途中で水分補給を行っている。	入浴回数や時間、シャンプーやボディソープの持ち込み、好きな入浴剤、介助する職員も利用者の希望に合わせている。毎日入浴している利用者もいる。長風呂が好みの利用者には入浴中水分を補給する等の工夫をしている。	
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	本人のペースで自由に休んでもらっている。食事以外は休息が必要な人もいる。夕食後、寛げる人は眠くなるまでリビングや自室で過ごしてもらっている。眠剤服用の方はその人の希望時間に応じて与薬している。室温や湿度調整、布団かけ等そつと訪室し安眠を支援している。		
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	薬は職員管理。誤薬防止のため、薬を個別トレーに並べ複数の職員で確認。本人に渡す時袋の名前を声に出し読み上げる。服用時は完全に飲み込んだか確認。服用後の袋は再確認するまで保管。薬の内容や変更は個別受診ファイルで全職員がすぐ把握できるようにしている。薬の目的、副作用についても学習会で理解に努めている。		
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	各人の力に応じてモップかけや、テーブル拭き、調理の手伝い、後片付け、洗濯物たたみ、干し等、達成感が持てる事を支援している。又レクリエーションや買い物、散歩等で気分転換を図ったり、地域リビングへの参加で外部の人と触れ合う機会を作っている。		

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
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	買い物や散歩は本人の希望する時や天気のいい日に出かけている。又季節ごとに花見や初詣、ドライブにも出かけている。地域リビングへの参加も歩ける人は歩いて、庭に出て畑の野菜の成長を眺めたりと出来るだけ外気に触れるよう支援している。	利用者は週1回、定期的に～参加している。週1回、介護予防ボランティアの人に畑を耕しに来てもらうので庭にも出る工夫をしている。季節の花見等の行事が企画され利用者が参加している。一人暮らしの利用者に合わせ自宅の風通しや仏壇参りに同行している。	
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	買い物を楽しめる人には財布を持ち自分で支払ってもらっている。あまり外出しない人も毎週庭先まで移動販売車に来てもらい、好きなものを選んで、買って楽しんでもらっている。		
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	本人の希望があれば電話をかけ、家族等からの電話は取り次いでいる。手紙やはがきが届いたら何度も読んでもらったり、職員が代読して外部との絆を大切にしている。		
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	明るい南向きのリビングで窓から季節の花や畑が眺められる。リビングは家庭的な雰囲気を大切に個々人がくつろげるようにテーブルの高さやソファの位置を工夫している。日差しや換気などに配慮し、トイレや浴室、脱衣所も広くバリアフリー対応にしている。	庭の畑が窓から見え、軒下にはベンチやソファが置いてあり景色が眺められるように工夫されている。台所と食堂兼居間が一体化した空間で一般家庭より少し広い程度で、食事の準備や匂い・音を感じられる空間である。エアコンの風を嫌う利用者には職員が風防止対策等の工夫をしている。	
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	他の方の介入を嫌がる人は、テーブルを別にしてたり衝立を利用して一人になれるスペースを提供している。一緒に会話を楽しめる人同士はテーブルを相席にしている。廊下や玄関にもベンチを置き、気の合った人同士がおしゃべりできる居場所を作っている。		
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	出来るだけ自宅から使い慣れた家具を持ってきてもらったり、家族の写真を飾って寂しくないように配慮している。整理が困難な方でも出来るだけ自由に押し入れやタンスを扱えるようにしている。転倒の心配のある人もソファやベッドの位置を工夫して室内でも自由にくつろげるように配慮している。	家族に自宅で使っているものを持ち込まれるように声掛けされている。利用者が施設で自分で出来るような筆筒の置き場所や洋服掛け、時計の位置など工夫がされている。それぞれの利用者の個性が活かされ、花が多くある部屋や衣服が沢山ある部屋、壁に掛けてあるものまで心地よく過ごせるような取り組みがなされている。	

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
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	車いすでも対応できるように屋内すべてバリアフリー。手すりも随所に設置。出口2ヶ所にはスロープと手すりを設けている。必要な人にはベッドに介助バーを取り付け、コールボタンやセンサーを設置し一人でも自由にくつろいで安全な生活が送れるように支援している。		