

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	0475400461		
法人名	社会福祉法人仙台ビーナス会		
事業所名	四郎丸高齢者グループホームおちあい		
所在地	仙台市太白区四郎丸字大宮45-28		
自己評価作成日	平成29年10月31日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	平成29年11月15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)】

・法人の運営理念を基本とし、事業所運営方針である『ゆっくり・たのしく・いっしょに』を職員一人ひとりが心がけ入居者と共に過ごす時間を大切に支援するよう努めている。
 ・入居者の多くが四郎丸・袋原地域からの入居であり、入居後も同じ地域での生活が継続できている。更に地域行事への参加や児童館との相互交流、近隣の福祉施設への外出などを日常的に行い、地域活動の拡大、浸透を目標に年間を通して取り組んでいる。
 ・今年度は特に入居者の高齢化やADLの低下に伴うリスクマネジメントの強化や、看取り介護の学習を毎月行なっている。入居者がいつどのような状態になっても、本人・家族が安心して満足していただけるよう、職員全員がより良いケアが提供できるように努めている。

【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)】

静かな住宅街にある1ユニットの平屋づくりのホームは、一般住宅のような構えで周辺に馴染んでいる。近隣住民の見守りや安否確認も行っている。町内会に加入し行事に参加し、児童館との相互交流も深めている。事業所運営方針は「ゆったり・たのしく・いっしょに」で利用者が安心して、楽しみながら暮らすことが実現出来るよう支援している。看取り介護の学習を行い、高齢化に伴いADLが低下するリスクマネジメントについて強化し、状態の変化に対応している。家族アンケートを年1回実施し、意見を聞き、事業運営とより良いケアに活かしている。利用者は食事・外出・入浴など残存能力を大切に、できないところを支援するようにしている。協力医療機関の往診クリニックや、訪問看護師による定期的な健康管理を行い、訪問看護ステーションは同法人の事業所である。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)	○	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（事業所名 四郎丸高齢者GHおちあい）「ユニット名」

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	法人の理念及び事業所の理念は会議において定期的に確認している。理念の下入居者との関わりや地域との繋がりについて検討し実践している	法人理念を基に事業所理念を作り、見やすい所に掲示し、日々確認している。利用者が安心して生活を送れるよう、このことが実現できるよう支援している。年度計画作成時に理念も見直しをしている。	
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	町内会の一員として地域行事には入居者と一緒に積極的に参加している。回覧板や運営推進会議などから情報を得ている。職員の多くが地域住民であったり傾聴や行事参加の際は、地域の方々にボランティアとして関わっていただいている。	町内会に加入し、芋煮会・夏祭りに参加している。児童館との相互交流もある。また、市民センター祭りに作品を出品している。施設の隣人が、同法人の小規模多機能型居宅介護を利用しているため、日中の安否確認を連携・協力をして支援している。	
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	ボランティア来所時や運営推進会議、地域行事やおちあい主催の行事等を通して、症状に合わせた適切な対応方法を伝えている。市民祭りでは作品の展示と一緒に写真にておちあいの日常の様子を紹介したり、当日、お祭り会場へ行き参加者との交流が持てている。		
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	入居者の状況や行事・避難訓練・外部評価等の取り組みや家族会からの意見等を報告し、助言を頂いている。助言をもとに新たな地域行事への参加等を検討しサービスに活かしている。	年6回偶数月に開催している。町内会長・民生委員・地域包括職員・家族会会長・管理者等が参加して地域の情報交換・ホームからの報告を行っている。民生委員から認知症カフェの情報を得て参加している。	
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	法人で定期的に発行している広報誌を郵送している。また、仙台市が主催している研修会へは積極的に参加し実践者研修の外部実習を受託している。入居者に関しての相談なども、随時市や区の担当者と連絡を取っている。	市の福祉課に広報紙を送っている。仙台市主催の研修に参加している。健康福祉事業団から実践者研修の外部実習を受託している。生活保護受給者に関して市の生活保護課と連携している。	
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	法人全体として身体拘束を行わない為の方針を取り決め、委員会を設置しており、おちあい職員も委員に所属している。内部・外部の研修で全職員に周知し、玄関の施錠は夜間のみとしている。	職員が、法人全体の身体拘束をしないケア実践について検討する委員会に参加している。また、内部研修・外部研修に参加後、振り返り、身体拘束をしないケアに繋げている。防犯上の施錠は20時～8時である。利用者の外出傾向を把握し対応している。	
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	法人内で委員会を設置しており、おちあい職員も所属している。内部・外部研修で学ぶ機会を設けており、毎月の会議の中でも、ケアの方法や声掛けの仕方など、虐待につながる恐れがないか、職員全員で考え、防止に努めている。		

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
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	法人全職員参加の権利擁護の研修会を毎年実施している。入居者に権利擁護の制度を利用している方がおり、担当者と定期的に報告・連絡・相談を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居契約の際は重要事項説明書・契約書をもとに十分な説明を行っている。10月には、新規の方も入居しており、家族の心配事や質問などに丁寧に対応し、安心して契約して頂いている。		
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	毎年実施している家族アンケートも集計・分析し、改善に努めている。家族とは、面会時に対話を多く持ち、気軽に要望を言える関係作りに日頃から努めている。家族会総会で職員と意見交換の場を設けている。	家族会を年2回(4月の花見会・9月の敬老会)開催している。意見交換をし、情報を共有している。年1回、家族アンケートを実施している。家族の意見で、利用者みんなで看取れるように努めている。	
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	所長は年1回の面談の他、必要に応じて職員との面談の機会を設け、意見要望を聞いている。所長と副主任は毎月会議を実施しており、業務についての提案や相談を日常的に出来る体制ができています。小さな事でも報連相の徹底を心掛けている	個人面談を年2回行い、目標設定と振り返りをして、その中で意見を聞いている。また日常的にも、職員から意見・提案を聞いている。便秘対策のための食事の工夫、ホールで利用者が座る場所等などの意見を検討している。	
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	個々に面談を行い、能力や経験に応じた職員配置や業務役割分担を実施している。毎月の会議の中で、職員がそれぞれ講師となり5分間研修を行い、個々の向上心の育成ができるよう職員同士で学び合いながら働けるよう取り組んでいる。		
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	法人全体及び事業所の研修計画を作成し、定期的に外部研修に参加できるよう努めている。また職員個々が、事業所の重点目標とリンクした内容の個人目標を掲げ実施し、定期的に評価を行っている。		
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	市老市協や宮城県GH協議会の研修会などに参加。GH協の仙台ブロックでは市内の事業所と交換研修を実施し、職員が他事業所の職員と意見交換や交流が出来る機会を設けている。		

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	入居前に実態調査という形で生活状況や本人の思いを確認している。10月は2名の新規の方が入居しており、職員がこまめに声掛けし、要望や不安なことを傾聴し、本人が納得・安心できるよう支援している。		
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	入居前に家族の意向を確認している。10月に新規の方が入居しており、入居前おちあひ見学の際に、様々な情報交換や、家族の不安・要望を聞き取り、安心できるよう説明・対応している。		
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	介護支援専門員・かかりつけの医師や他職種・家族と連携し、情報を共有し、今必要なサービスは何かを考え、本人主体のサービス提供に努めている。		
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	「ゆっくり・たのしく・いっしょに」の理念をもとに、本人の意思を尊重し、出来る事は一緒に行ない、役割を持って生活して頂いている。食器拭きや洗濯物たたみなど、家事を手伝ってもらったり、一緒に花を生けたり創作活動を通して、張り合いや喜びを持てる環境作りに努めている。		
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	家族に入居者の細かな情報を教えて頂いたり、GHでの状況を面会時や電話で報告し、情報を共有しながら本人を支え合う体制を築いている。家族会主催の行事も開設当時から継続して実施しており、遠方で参加できない家族には、写真を添えて手紙を送っている。		
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	散髪や買い物など馴染みの場所に行けるよう支援している。入居前に同法人のデイサービスを利用されていた方には、友人に会えるよう相互に行き来し、関係性を継続できるよう支援している。	利用者は地元の人が多く、友人の訪問がある。同法人の他サービス利用の友人・知人に会いに行く人もいる。馴染みの店での食材の買い物、ペットショップ・花屋、家族と外食に出かける人もいる。児童館に行き交流している。	
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	相性を把握した上で席の配置や外出、作業の組み合わせを日々検討している。新規入居者の場合は、事前に職員でカンファレンスをし環境の変化があっても、全員が落ち着いた生活が送れるよう配慮している。		

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
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	長期入院や他施設(特養)への入所の状態になっても関係を断ち切らず家族の相談に応じている。入院時は職員が交代でお見舞いに行き、入院生活中の不安を軽減し、認知症を進行させないようにしている。		
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	本人の思いを汲み取ることを大切にしたいアセスメントを実施している。担当職員が希望や意向を把握したり、家族からも情報を得るなどその都度応えられるようにしている。	これまでの暮らし方を家族から聞き、部屋で過ごしたい・相撲を見たい・塗り絵が好きなど一人ひとりの思いを尊重し支援している。生け花の先生は花を生け、祭りには浴衣を着る人もいる。新たな意向を把握した場合は、申し送りでも共有している。	
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	入居時、家族に「発症経過シート」「バッググランド」の用紙に記入してもらっている。入居後は本人の会話や行動から得た情報を職員間で共有し把握に努めている。		
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日の流れ」の用紙に入居者の様子を詳細に記入し、職員がいつでも状況を把握できるようにしている。また、新たな情報や、特変なども申し送りに記載し職員間で情報を共有しケアにあたっている。		
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	毎月の会議やミニカンファレンスを設けアセスメント・モニタリングを基に職員間で意見を出し合いより良いケアを目指し介護計画を作成している。それらの意見と家族・主治医などの意見のもと3ヶ月に1回の見直しを実施している。	毎月の会議・日々のミニカンファレンスで一人ひとりの状態を確認し共有している。職員の意見、家族の面会時などに聞いた要望、かかりつけ医の意見をもとに、3ヶ月毎に介護計画を見直し、家族に報告している。また、状態変化があれば計画を見直している。	
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	ケース記録や申し送りノートを活用し職員間で得た個々の商法を記載し、情報の共有に努めている。そこから新たな取り組みに繋がったり、介護計画の見直しに活かしている。簡易ヒヤリハットに入居者の小さな変化やリスクを記入し大きな事故に繋がらないよう活用している。		
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	事業所が家族の代理として、家族と同様に関わられるよう本人の要望に応じて通院、受診等の支援を行っている。本人の希望に応じて個別外出、行事参加、買い物などの柔軟な支援を行っている。		

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
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	定期的な地域ボランティアの受け入れや地域行事に参加している。地域にある他の福祉施設の野菜訪問販売には、入居者も一緒に買い物に出向き、品選びをしながら交流をしている。		
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	入居前からの馴染みの医師の医療を受けられるようにしている。家族の依頼により通院援助も行っており、必要に応じて家族と共に受診に付き添っている。同法人内にも往診クリニックがある為、定期的な往診の他に細かい相談も対応してもらっている。	法人内の往診クリニックをかかりつけ医とする場合は、月2回の訪問診療を受けている。その他のかかりつけ医には、家族が付添い受診するときは、状態をメモして伝えている。必要に応じ、職員が同行するときもある。訪問歯科を利用している人もいる。看護師が健康管理のため訪問している。	
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	医療連携の体制があり、定期的に看護師が勤務し日常的な健康管理や職員への指導を行っている。母体施設看護師の協力(緊急時対応・日常相談・指導)も得られる。		
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。	入院中はソーシャルワーカーと常に連携をとり、本人の状況について確認を行っている。入院中は職員が交代で面会し、状況把握を行ったり退院時はカンファレンスの開催を依頼し、退院後の生活が安全で安心ができるように支援している。		
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・見取りの指針を定め、入居の段階で個別に意向確認の上説明を行い同意を得ている。看取りの対応に関しては、家族・医師と十分な話し合いのもと連携を取って実施している。今年度は職員が交代で講師となり、看取り介護についての研修を毎月の会議で実施し、理解を深めている。近年は毎年1~2名看取り実施。	看取りの研修を行い、看取りの経験がない職員へは、随時研修し不安を解消している。会議で手順の確認・振り返りを行い、悔いの残らない看取りを目指している。管理者のヘルプ体制・オンコールでの訪問看護師対応ができています。	看取りケアにおいて、未経験の職員や新人職員のレベル向上を目指したさらなる取組みを期待する。
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	全職員が消防署職員により救命講習を定期的に受講している。緊急時の対応については会議において看護師による研修を毎年行い、確認している。		
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	災害時の職員召集フローチャートを作成し、基準に基づいた対応を行っている。地域の防災協力員には建物内や入居者の状況を訓練時に確認してもらっている。事業所内の避難誘導訓練は定期的に行っており職員の入れ替わりがあった際は都度訓練を実施している。26年度スプリンクラー設置。	年2回夜間想定避難訓練を行っている。他に新人が入った時や、2年に1回隣接の同法人特別養護老人ホームと合同の訓練を行っている。地域防災協力員(法人として依頼)の見守り協力を得て実施している。	

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	その方に合った関わりを大切にし、呼び名も希望を聞いた上で決めている。プライドを傷つけない様なトイレ介助にあたる他、接遇の研修を実施し常に振り返っている。目の前の高齢者を大切にする事は法人の運営理念でもあり職員にも周知徹底されている。	プライバシー保護・接遇の研修を行い、日常的にケアの振り返りをし、一人ひとりへの尊厳やプライバシーを確保した支援に繋げている。呼び名・声かけ・過ごし方はその人の希望をできる限り尊重している。ホールでの座位置を工夫している。	
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	日常生活の中で、本人の思いや希望に添えるよう個々に合わせた言葉やスピードで話しかけ、自己決定や自己選択がしやすいように支援している。(本人の興味のあるものをさり気なく身近に置いている)。		
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	その時の体調や様子を観察したり、会話の中から希望を推察し、散歩や入浴、個別外出等、個々のニーズに沿った支援が出来るよう柔軟な対応に努めている。		
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	入浴や外出の際は、本人と一緒に洋服を準備したり、定期的に訪問美容など利用し散髪と顔そりを実施している。起床時には、鏡を置き、洗面・整髪を支援している。		
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	買い物や食事の準備、盛り付け、後片付けなど入居者と一緒に行っており、個々の力量によって声掛けを行っている。献立は入居者の好みや旬のものを取り入れており、誕生会には入居者の希望で寿司を提供することが多い。	献立は職員が交代で作り、法人の管理栄養士がチェックしている。食材の買い物に職員と出掛ける利用者もいる。外食は希望を聞いて出かけている。季節ごとに行事食を取り入れ、餅つきをしたりしている。誕生日は希望に添うようにしている。	
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	献立は管理栄養士からアドバイスを受け栄養のバランスを調整している。水分量が少ない入居者にはゼリーや、ココア・紅茶・牛乳・ジュースなど、好みのものを選べるよう提供している。また個々の状態に応じて食べやすく安全な形状で食事を提供したり、食器の工夫をしている。		
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	自分で歯磨きが出来る方には声掛けや見守りを行い、出来ない方には職員が口腔ケアを行っている。口腔内に問題が生じた場合には近隣の歯科医に診てもらっている。		

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	本人の排泄パターンを把握する為に記録や申し送りを行い、時間帯や本人のサインを確認しながら声掛け誘導を行っている。夜間は睡眠状態を確認しながら、排泄の支援を行っている。	排泄を記録し、立ち上がろうとする・もぞもぞするなどのサインを把握し、さりげなく誘導する。便秘対策として、食事を工夫している。牛乳・バナナ・ヨーグルト、心太・蒟蒻・茸を多く取り入れている。センナ茶を使うこともある。夜間は本人の状態に合わせて支援している。	
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	毎日牛乳・ヨーグルトを提供。献立にも食物繊維の多い食材を取り入れるよう努めている。散歩や運動の機会を設け、便秘予防に取り組んでいる他、なるべく下剤を使わずセンナ茶で調整している。		
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	個々の希望に合わせてゆったり入浴できるよう心掛けている。季節に応じ菖蒲湯やゆず湯を提供し、日常では入浴剤を使い、湯色や香りを楽しめる工夫をしている。	入浴は基本週2回、午後に入浴をしている。季節の菖蒲・柚子や入浴剤を楽しんでいる。介助が難しい人は同法人特別養護老人ホームの機械浴を利用している。体調不良時は清拭・足浴に変更し支援している。	
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	日中の活動量の確保等メリハリのある生活を心がけ、身体状況に応じて休息を取って頂いている。掛け物の調整や室温管理、水分補給、清拭、アイスノンの使用等気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	個々の服薬内容がすぐに分かるようファイルにまとめ整理している。服薬の二重チェックを徹底し、薬の変更時には、内容を申し送りノートに記載し全職員で把握している。症状の変化時にはすぐにかかりつけ医に報告している他、処方時に薬剤師に疑問点など随時相談し指導を受けている。与薬の方法については、より安全で確実な方法へ随時変更している。		
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	調理、片付け、洗濯たたみ、編み物、家庭菜園、塗り絵、歌など得意分野を発揮できるよう支援し、感謝の言葉を伝えている。また、以前交流のあったデイサービスの友人に会いに行くなどの支援をしている。		
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	散歩・買い物・母体施設での行事等日頃から外出の機会を多く持てるよう取り組んでいる。また、お花見会・クリスマス会など地域ボランティアや家族と一緒に行事も年間計画として行っている。先日も、家族と一緒に外食して楽しんできている。	車いすで遠出が困難でも、近くの公園・桜並木のお花見へ出かける。ボランティアによるコンサート、市民センター祭り見学、同法人他事業所の庭で行われたサンマ焼き大会、家族との外食などにいつでも出かけられるよう支援をしている。夏には花火を楽しんだり、お盆の迎え火・送り火をしている。	

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
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	お金は個人別に預かり台帳で管理している。希望時には、買い物や外食など、一緒に本人確認のもと購入や支払いを行っている。		
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	電話は本人から訴えがあった際、時間を考慮し職員が取り次ぎし支援している。手紙や年賀状が届いた際、理解できない方には職員が内容を説明している。		
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	入居者の作品や行事の写真などを飾ったり、生け花を生け季節感を感じて頂いている。テレビの音や光のまぶしさ等の刺激を与えないように、1日の中でこまめに調整している。	リビングはホームの中央に位置し、中庭が見渡せる掃き出し窓があり、日がさして明るい。台所が隣り合わせで車いすでも作業できる高さである。隣の和室で寛ぐこともできる。季節の生け花・行事の写真などが飾られている。温・湿度は職員が管理している。	
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	和室や事務所前にソファを設置し、一人で過ごしたり、気の合う同士で過ごせる場所を設けている。		
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	家族と相談し、入居前に使い慣れた馴染みの物を多く持ち込み、その方が好むような空間作りに努めている。好きな音楽を聴いたり家族の写真を飾り安心して過ごせるよう工夫している。	エアコン・洗面台・押入れを設置している。寝具は布団・ベッドを好みで使用している。転倒防止や動線を考慮して家具を配置している。馴染みの物・写真・人形を飾り、今まで過ごしていた部屋に近くなるようにしている。	
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	トイレや浴室など一目でわかるよう表記し、夜間など迷わず行けるよう工夫している。居室がわからず迷う方には、わかり易く大きく名前を表示している。居室内は身体状況の変化に応じて家具の配置やベッドの高さ、ベッド柵の設置等を検討し安心して生活できるよう環境づくりに努めている。		