

平成 29 年度

事業所名 : グループホーム 満天2号館

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	0373100460		
法人名	社会福祉法人 慈恵会		
事業所名	グループホーム満天 2号館		
所在地	岩手県九戸郡洋野町中野第3地割38番189		
自己評価作成日	平成 30 年 1 月 15 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.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/03/i.ndex.php?acti.on.kouhyou.detail.2017.022.kani=true&Ji.gvosyoCd=0373100460-00&Pref.Cd=03&Ver.si.onCd=022
----------	---

【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 いわたの保健福祉支援研究会
所在地	〒020-0871 岩手県盛岡市中ノ橋通二丁目4番16号
訪問調査日	平成 30年 1月 24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)】

入居者の高齢化が進み、要介護度も上がってきているが、職員が話し合っ決めて「あなたのままで、心のままに、のびやかに」という理念のもと、認知症であっても心穏やかに過ごせるよう、本人の行いたいことをできる限り制限せず、入居者一人ひとりのペースで暮らせるよう心掛けている。また、グループホームならではの明るく家庭的な雰囲気を大切に、それぞれの入居者が役割を持ちながら、「その人らしく生活できる場」を提供できるよう配慮している。開設してから5年以上が経ち、介護度が高くなってきており、以前よりは屋内でのレク活動に力を入れている。

【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)】

事業所は、道路を隔てて同法人の老健施設が設置され、避難訓練の共同実施や看護師の支援を受けるほか、認知症カフェ、地域ケア会議、ふれあい教室の開催など、市町村や地域との連携のもとに、一般住民や利用者、家族、中学生などを対象とした交流や認知症への理解と知識の普及を図り、地域の行事への参加やボランティアの受け入れなど、地域に根ざした運営を行なっている。また、職員で定めた理念を会議等で確認、共有し、利用者の経験と能力を活用し、業務の手伝いを勧め、自立を支援しながら、職員と利用者が共同生活者として認識し、利用者への介護サービスを提供している。さらに、日々の生活の中で利用者の意向とともにたより等を通じて家族の意向を把握するほか、運営推進委員の助言や職員の提案を受け入れ、より良いサービスの提供に取り組んでいる。

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 ↓該当する項目に○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、生き生きと働いている (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			

平成 29 年度

2 自己評価および外部評価結果

事業所名 : グループホーム 満天2号館

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	利用者にやさしくなるような表現の理念を職員と作り、貼り出している。つねに頭の片隅にあるように意識している。会議や共通ファイルで、再確認している。	職員で定めた理念を職員会議や申し送りで確認し、利用者の経験と残された能力を活用し、調理の手伝い、モップがけ、洗濯物の整理など、共同生活者として、自立の支援を行いながら、利用者に寄り添い、利用者本意の介護サービスを提供している。	
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	認知症のカフェを開催し地域の方を招いている。また、町内会に参加し、カフェ開催チラシと、広報を回覧してもらっている。地域のボランティアを月1回受け入れている。保育園・神社の行事に参加。	地区の町内会に加入し、地域のお祭りなどの行事に参加している。また傾聴ボランティアを受け入れるほか、小学生を対象とした「孫に教える認知症教室」の実施、さらに認知症カフェなどを開催し、地域との交流と連携を図り、地域に根ざした運営を行なっている。	
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	認知症の基本的な知識を教える「認知症ふれあい教室」を高年齢サロンで行った。認知症カフェや運営推進会議にて、認知症の対応をお伝えしている。	/	/
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	民生委員・地区会長・地域包括職員に参加していただき意見を聞いている。その議事録を事業所に回覧している。認知症カフェに参加している民生委員に提言をいただいている。	運営数進委員からのイベントへの提案や消防団員からの助言などを受け入れ、業務の改善につなげているほか、昼食や避難訓練への参加を通じて、委員と利用者との交流を進めるとともに、現場での支援、協力を得ている。	
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	地域包括ケア会議に参加したり、包括職員とカフェで連携したり、一緒にカフェを見学にいたり連携している。地域包括からの依頼である認知症ふれあい教室を引き受けて、一緒に開催している。	運営推進会議で、地域包括センター職員から行政の情報や連絡、指導を受けているほか、地域包括ケア会議や制度の説明会や各種研修会などに参加し、専門的な知識を習得し、職員に周知している。また防災情報端末を設置しているほか、随時情報をメールで入手している。	
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	床・赤外線用センサーを設置したり、玄関に鈴をつけたりなどのケアの工夫をし、身体拘束は行わないようにしている。玄関の施錠は夜間のみとしている。	インターネットで事例などを入手し、職員会議などで話し合い、身体拘束への知識を深め、日々の対応に生かしている。転倒予防のベッドセンサーの設置は最小限とし、玄関に鈴をつけ、外出者に同行するほか、離れての見守りを行なっている。	

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
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	支援者としてつねに意識し、言葉使いや表情等に留意し対応している。外部研修には参加していないが、回覧したり、会議で内部の勉強会を行っている。		
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	日常生活自立支援事業を活用している利用者が1名おり、担当者と話をしている。認知症実践者研修参加者がレポートを作成し、回覧して周知した。		
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	ゆっくり説明し、理解を得られたうえで同意書を交わしている。通院介助について聞かれる事が多いため、細かく説明している。		
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	運営推進会議に家族を呼んだり、意見受付箱を玄関に設置している。面会時や利用料支払時、ケアプラン承認時に、意向伺ったり、様子を伝えてまだ知らない利用者の嗜好を引き出したりしている。クレームはすぐに周知している。	家族の来所時の聴き取りやおたよりを毎月発行し、家族の要望を聴いている。日々の生活の中で利用者に寄り添い、要望などを受け止め、家族や利用者の意向に沿ったサービスを提供している。特に、食事、入浴には柔軟に対応している。	
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	職員会議を月1回行い、意見を聞いている。話しやすい雰囲気での会議のなるよう心がけている。	職員会議での話し合いや、業務の遂行の中での職員提案を取り上げ、備品の整備や利用者への対応など、業務に反映させている。また、資格取得した職員への手当ての支給や研修会への参加などを支援し、知識の習得と勤労意欲の高揚に資している。	
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	GHの中では職員数が非常に多く、勤務変更しやすい状況となっている。介護福祉士を取得したものには手当を支給している。正職員数が多い。夜勤手当は6千円と高めの設定となっている。昇給を毎年行っている。		
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	施設内研修を年5回以上実施している。認知症実践者研修に参加してもらったり、ケアマネ実務者研修には、施設側から費用を出して参加してもらっている。他事業所との職員交換・GH協会実践報告会には毎年職員を出している。		

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	GH協会の県北地区研修会に参加してもらったり、地域包括ケア会議や、町の介護支援専門員研修会に参加させている。他事業所との食事会も行っている。GH協会主催の他事業所との職員交換研修を行っている。		
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	2週間実施する初回ケアプランを作成し、本人の意向などを探った後に、細かいサービス内容のケアプランを作成している。初期は特に本人の話の傾聴・コミュニケーションを大事にしている。生活歴・要望は必ず確認している。		
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	入居申請の段階からも聞いているが、導入する段階でも細かく聞き、情報を更新している。不明点は細目に家族に確認している。		
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	インテークの段階で詳しく状況を聞いている。どのような施設サービス・宿泊サービスでも早急に利用した方がよさそうな方には、小規模多機能やサ高住・老健など様々なサービスを紹介し、選択できるよう促している。		
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	自立した生活の継続できるよう支援している。食事の下準備やゴミ捨てなど、できる事を一緒に行い、共に住んでいるホームを支えているという気持ちを持ってもらい、利用者・職員同士の関係を濃くしている。つねに感謝の言葉をのべ、活動が継続するようにしている。喜怒哀楽を大切にしている。家事などの仕方を利用者に聞き、教えられるようにしている。		
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	何かあれば電話し、来ていただいて利用者 と話をしてもらったり、行事には利用者と一緒に参加してもらおうよう促している。利用者が家族に電話をしたいというときにはかけていただいている。月1回手書きのお手紙を送付し、関係を深めている。		

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
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	地区の敬老会にお連れしたり、本人が話していた思い入れがある場所に車でお連れし、家族や友人と会うなどを支援している。カフェを開催し地区の方を呼んでいる。	地区の敬老会や町の歳祝い会などに利用者が参加するほか、ホームの敬老会への町職員や区長の招待、認知症カフェの開催などを通して地域との連携を大切に地域住民との交流を行なっている。親戚や知人の訪問、地域のお祭りへの参加もある。	
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	利用者の相性などを考え、席の配置換えを行っている。孤立していたり退屈している利用者の席の近くに友好的な利用者の席を持ってきて、場が明るくなるようにしている。利用者同士で一緒に作業を行ってもらい、会話を持ってもらったりしている。誕生会は、利用者通しがお祝いしあえるような企画をしている。イベント時の席配置にも気を使っている。		
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	入院して30日を過ぎて退居となってしまった利用者のご家族に、電話でお話を聞き、病状が安定したかを聞き、安定していたら再び満天を利用したい意向を聞いている。施設変えた先の施設には情報提供している。		
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	ケアプランに本人の意向を聞いて反映している。普段の生活で聞いた意向は記録に残し、日誌に転記して共有し、実現に努めている。意思を伝えられない方は表情やいつもと違った動きがないかを見て予測し、申し送りして検討している。	日々の生活の中で、利用者寄り添い、利用者の要望などを把握し、残された能力を生かし、共に趣味や作業を行い、利用者の意向に沿ったサービスを提供している。特に、利用者ごとの状況や要望などを記録に残し、職員間で共有し、サービスの充実につなげている。	
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	生活歴を入居前に聞き、その後も家族や本人から聞き取りして情報をサマリを更新している。利用料受取時に情報を聞いている。		
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	利用者一人一人に担当をつけ、ケアプラン更新時に現状を分析している。普段の記録を細かくし、把握に努めている。体温・血圧は毎朝測り、高血圧の方は午後にも図っている。自立支援を意識し、有する能力を生かしていただいている。		

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
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	ケアプラン更新時に長谷川式スケールをしながら話し、利用者担当職員がケアプラン原案を作成後職員でカンファレンスをし本ケアプラン作成。家族にケアプランの同意をいただく時に意向を聞いている。	利用者ごとの担当職員がモニタリングを行い、介護計画原案を作成している。職員によるカンファレンスを経て、本人、家族の意向や、医師の指示、看護師の指導を考慮し、家族の同意を得た上で、4か月ごとに計画を変更、作成している。	
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	パソコンに本人が喜んだことや、嫌がった事などを介護記録入力ソフトに入力し、申し送り時に話し合ったり、周知したい事を日誌に転記している。アセスメントはセンター方式を利用し、状態の変化を見逃さず計画に反映するようにしている。		
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	自宅を見に行きたいときは車で乗せて行ったり、ドライブに行きたいという希望が出た時は行事ではなくても出かけたりしている。地域の敬老会などにも送迎し付き添いしている。畑仕事がしたいという希望にもこたえている。隣老健との交流も行っている。		
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	地域資源を調べてファイリングしている。買い物に利用者をお連れし、自分で食べるものを選んでもらったり、カートを押してもらい、力を発揮してもらっている。地域のお祭りの見物を行っている。地域の傾聴ボランティアの受け入れを行っている。地域の方からくるみをいただき、利用者皆様と擦り潰したりの作業をしている。		
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	契約の時に家族から聞いたかかりつけ医は変更せず支援している。本人と家族の希望はきき、適切な医療機関に変更は行っている。	利用開始時のかかりつけ医を継続しており、家族の同伴での受診を基本としているが、家族の依頼により職員が同行支援する場合もある。精神科などの専門科の受診も同様である。歯科は訪問歯科を受けている。	
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	隣の老健の看護師に満天を兼務している、何かあればすぐに連絡し指示を聞いている。1週間に1回定期訪問してくれている。夜間にも急変時には連絡し、指示していただいている。		

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
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。	入院中病院に電話して状況を聞いている。入院中病院に電話して状況を聞いている。通院介助は職員が付き添っている方が多く、病院に病状を職員から手紙や口頭で伝えていく。訪問歯科の利用も行っている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に「重度化の指針」を説明し、事業所でする事と出来ない事、延命をせず看取りをするかは家族に決めてもらい、事業所でする看取りをする事を強制する事はないと伝えている。	重度化に対する指針を利用開始時に家族等に説明している。なお、協力医の指示や家族の協力によりホームでの看取りの経験もある。最終的には家族等の意向を尊重し対応することとしており、ホームでの職員への周知、看取りの研修を行なっている。	ホームでは施設内研修を行っているとともに、看取りの経験も有しているが、今後、重度化や看取りへの対応の増加が想定されることから、引き続き職員の研修などによる知識の習得や、家族や医療機関との連携など、体制の構築に向けた取り組みなどの検討を期待したい。
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	普通救命講習Ⅰを行った。急変時の対応の仕方の図を貼りだし、対応の成功率を高めている。バイタル・記録をつけているバインダーの裏に急変時の対応についての紙を貼り付け、非常時にすぐにみられるようにしている。		
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	避難訓練を年2回実施し、地域住民や消防団、消防署職員・運営推進委員に参加していただいている。運営推進会議にて、防災について提言をいただいている。災害時の避難場所の協力を得られている。	地域住民や消防団員の協力による総合訓練と施設単独の避難、通報訓練を実施しており、夜間想定での訓練では老健施設から応援にかけつけるよう体制を整えている。防災マニュアルを作成したほか、町の情報端末を設置し、緊急情報の入手、地域の防災支援隊の支援も受けている。食材は1週間分保管し、ガスコンロ、ストーブ、バッテリーでの電源を確保している。	
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	会議で研修を行ったり、連絡ファイルで声掛けの注意事項を回覧したりして、楽しませつつも失礼な言葉かけをしてプライドを傷つけないように注意するよう指導している。方言での話しかけも意識している。	個人情報個人ごとにファイルし、事務室ロッカーで管理している。さらに、日々の状況は、パソコンでの連絡ファイル、手書きの連絡帳に記入し、職員間で共有している。個人の経験と心情を大切に、一人ひとりにあった親しみのある話しかけなどを心がけて対応している。	
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	コミュニケーションを密にし、思いを聞いている。職員側で何でも用意するのではなく、本人に考えて動いてもらうなど、自己決定・自立を支援している。		

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
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	日課の目安はあるが、それに縛られず、その日の雰囲気を出かけたり、本人のケアプランにそって好きな事ができるよう支援している。本人のペースに合わせ、職員の都合を押し付けないよう心掛けている。		
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	ただ介助しやすい服を用意してもらうのではなく、本人が好きな服を家族に持ってきてもらい、着られるよう声掛けを行う。マニキュアの提案もしている。出来る方にはくしやクリームを渡し、自分で行っていただいている。		
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	食材の皮むきやキザミ、煮干しの袋詰めや、しめじの石づきを取ってもらったりの下準備をしていただいたり、食事の盛り付け・茶碗洗いなどにも参加してもらっている。	料理の下準備や盛り付け、食器の後片付けなどの手伝いもあり、地域の特産物や旬の野菜などを活用し、季節ごとの料理や郷土食など充実した内容となっている。夏の流しソーメン、スイカ割り、冬の餅つきなども楽しみの機会となっている。	
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	食事量・水分量はつねにチェックし記録、少ない場合は補食や補水・栄養ドリンク摂取していただいている。特に水分量のチェックが必要な利用者には、水分チェック表を作成している。		
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	食後に全員歯磨きやうがいを促している。認知症が重度で、歯磨きの仕方を忘れてしまった利用者には、スポンジ歯ブラシや口腔保湿ジェル・専用ペーパー・舌用ブラシを使用している他、ジェスチャーで磨き方を伝えている。自分でできる方には自立して行っている。		
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	排泄パターンを把握し、トイレ誘導をすることで、オムツの購入量がかなり減った。無駄な紙おむつ使用はやめ、布パンツに戻せる方は戻し、布パンツだけでは難しい方には、それに小パットを装着し、尿便意を失わないよう支援している。重度で便失禁が多い方を現在朝必ず同じ時間に誘導するようにしている。	利用者ごとの排泄パターンをバイタルチェック表に記載し、さりげなく誘導、案内している。排泄の自立を支援することにより布パンツへ移行する方もいる。夜間のポータブルトイレの利用者もあり、心身の状況に合わせて支援している。	

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
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	ヤクルトや牛乳は毎日提供している。下剤が病院から処方されている方が多いが、毎日服用せず、3日に1回の服用で出る方もおられます。歩行訓練や散歩などを行っている。腹部マッサージをしている。朝冷たい牛乳を飲むと出る方もいる。		
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	入浴日は決めず、本人のペースでゆっくり入浴していただいている。痒み強い利用者には入浴を多めに提供している。入浴チェック表を参照し、あまりにも入っていただけない方には、入浴を促すときの推す声かけを粘り強くしている。	入浴日は特定していないが、本人の希望により対応し、週3回ほど入浴している。車椅子利用者は機械浴となっている。入浴は歌や家族の話など楽しいものとなっている。なお足湯は毎日夕方実施して習慣となっている。	
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	昼食後にはカーテンを閉め、休息を促しているが、本人の意思にまかせている。夜間眠れない利用者には、無理に寝てもらおうようにするのではなく、温かい飲み物をお出ししたり、ゆっくり話をきいたりし、気持ちを穏やかにして安眠につなげるようにしている。足浴して体を温め、良眠を促している。		
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	全員が利用者全員の数日分の配薬をし、自然に薬を覚えられるようにしている。名前・顔・錠数を服薬前に確認し、服薬している時は最後まで見守り、誤薬を防いでいる。細かい服薬失敗等があった場合は事故・ひやりはと報告書を記入して事故防止に努めている。流れ作業にならないよう変化に注意している。副作用の確認も行っている。		
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	家族や本人に好きな事、今まで行っていた事を聞き、道具を用意したり場を整えて行ってもらっている。やる気がなくなるようその事について話してもらい、傾聴している。行事は多く行い、日々ケアプランで食器拭き・洗濯畳等の役割を設定し行ってもらって生活に張りが出るようにしている。		
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	外に出かけたいと希望があれば、ドライブにお連れし、五感の刺激を促している。バスレクにて本人ゆかりの地に遠出している。本人が外出したがっている事を家族に伝え、ドライブに連れて行ってくれるよう促している。買い物同行を促している。地域の方にも、どうい施設かを回覧や行事に招いて伝えている。	天気の良い日は近くを散歩したり、前庭で日向ぼっこしている。またゴミ出しの手伝いを日課としたり、畑作業やベランダのプランターでの野菜の栽培も行なっている。ドライブでの花見、紅葉、漁港の見学、地域のお祭り、道の駅での買い物、幼稚園の運動会などに出かけている。家族による墓参り、正月などでの外出も行われている。	

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	お金を持ちたい利用者には、完全に管理できない事は家族に理解してもらい、所持してもらっている。買い物と一緒にいき、ほしいものを選んで買ってもらっている。お金を預かっている利用者には、何か買いたいものがないか頻りに聞いている。		
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	家族から物が送られてきた時は、それをきっかけとして電話し、本人と話をしてもらっている。利用者が電話したいと希望をお伝えしてきたら、無料で電話をかけてもらって話をしてもらっている。伝えられなくて困っている時は職員が間に入っている。記念日に電話を促している。手紙を書いてくれる利用者には、もらった方の嬉しそうな様子を伝え、また書いていただけるよう支援している。		
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	玄関には季節の花や緑の鉢植えを置き、ホールの掲示板には季節の切り絵や張り紙などを行っている。室温は床暖房とエアコンを使って寒くないようにしている。台所の食事支度の音など、生活音で家庭的な感じを出している。加湿器を使い湿度にも気を付けている。	淡い色調の壁に、利用者の作品やイベント参加写真が掲示されている。食事用テーブルのほか、ソファやベンチが設置され、思い思いの場所でくつろいでいる。温度は、床暖、エアコン、加湿器などで管理され、快適な生活環境となっている。浴室の脱衣場にヒーターを備えるとともに暖かい空気が逃げないように工夫されている。	
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	ソファを多く配置し、離れて座る事も、仲の良い利用者と一緒に座る事もできるようにしている。一人で過ごしたい利用者には、場所を作り提供をしている。席に名札をつけ、相性がよい利用者と自然に並んで座れるようにしている。		
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	入居前に本人が使い慣れたもの(家具や箸など)を持ってきてほしいと伝えている。家族写真を飾っている。ベッドの高さ、好きな毛布・電気毛布の使用等工夫し安眠を促している。居室の開閉状態は利用者様に任せている。ベッドやタンスの位置にも配慮している。	利用者によるタンス、衣装ケース、ハンガー、テレビなどの持ち込み、家族写真や趣味の作品などが掲示され、それぞれの個性にあった配置となっている。温度は床暖で管理され、和室はストーブで暖を取っている。居心地の良い場所となっている。	

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
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	トイレなどに案内標示をつけ、居室を迷って探せなくなるよう支援している。自室がわからなくなる利用者の部屋には、最初からつけている小さい表札だけではなく、別途大きな表札をつけている。予測できる危険は取り除いている。		