

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	2192600100		
法人名	株式会社 ナックス		
事業所名	グループホーム めくもりの家 藤橋		
所在地	岐阜県揖斐郡揖斐川町西横山橋場南436-2		
自己評価作成日	平成30年12月28日	評価結果市町村受理日	平成31年3月15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.kaisokensaku.mhlw.go.jp/21/index_ehm?action=kouhyou_detail_2018_022_kami-trus&livvosvoCd=2192600100-00&PrefCd=21&VersionCd=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 ぎふ福祉サービス利用者センター びーすけっと		
所在地	岐阜県各務原市三井北町3丁目7番地 尾関ビル		
訪問調査日	平成31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)】

9名の利用者様の生活習慣を大切にしながらその人らしく生活できるように、職員は日々支援に努めています。ホーム内は個室やリビングの窓から見える季節折々の大自然を楽しみ、ゆったりとした空間で開放的に心地よく過ごせるようにつくられており、心穏やかに過ごしていただいています。日常の健康管理は地元の診療所を主治医とさせてもらうことで利用者様の安心感に繋がっています。看取りケアを希望される方が増えていることもあり、主治医との連携はもちろん、職員研修にも力を入れて取り組んでいます。

【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)】

昨年から、同法人の新しい事業として、「指定就労継続支援B型」の運営を行っている。指導をしているスタッフから、利用者のリハビリの一環として、指先を使う作業の提案があり、実践している。利用者は、仕事を任されたらと捉え、生き生きと作業に取り組んでいる。仕事の報酬と称して、「おやつ代にしよう!」という演出の工夫もある。現在、利用者は地元の人が大半で、9名の利用者と職員が、めくもりのある一つの大家族として暮らしている。職員は、接遇や重度化・終末期のケア等、毎月テーマを決めて学習会を行いながら日々研鑽し、利用者へのより良い支援に繋がられるよう取り組んでいる。

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)	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ます (参考項目:9,10,19)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き生きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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、安心して暮らさせている (参考項目:28)		

自己評価および外部評価票

[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	運営理念を皆が意識できるように掲示したり会議の場で確認するなど意識付けに取り組んでいる。日常的なケアの中で理念に基づくケアができるように管理者を中心に話し合いをしている。	理念は目につきやすい場所に掲示し、職員の名札の裏にも明記している。利用者が、住み慣れた地域で、馴染みの関係を継続しながら、安心して過ごせるように、職員は日々のケアを振り返り、理念を実践している。	
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	振興事務所の近隣という利点もあり地域の行事(盆踊り、文化祭、運動会、いび川マラソン等)に参加する機会を多く得ている。散歩や道の駅へ出かけるなど地域の住民と話すこともあり、日常的な交流に努めている。	事業所の代表者の故郷であり、開設時から住民の期待も大きく、福祉の相談窓口としての役割も担っている。地域の様々な行事に参加したり、地元住民から野菜や果物の差し入れが届くなど、日常的に交流がある。	
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	地域ケア会議に参加して、認知症支援について紹介したり、いつでも相談を受け付けていることを伝えている。地域の行事や清掃活動に参加する事で認知症の方が地域で自然に生活できることを発信している。		
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	2ヶ月毎に開催している。活動報告や取り組みを伝えたり、区長や民生員から地域の現状等の話し合いを行っている。日常的に行事等を通して関わる機会が多いため率直な意見交換や連携がスムーズに行われている。	隔月に開催し、区長、民生委員、行政、利用者家族等が参加している。行事報告や今後の計画など、意見交換を行っている。会議終了後には、参加者と利用者との交流会を開き、利用者も楽しみにしている。	
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に取り組んでいる	町の職員連絡会のメンバーに入り会議や研修に参加して意見交換を行っている。また、町の研修会を主催する等積極的に関わりをもっている。相談や報告等を近隣の振興事務所に伝え連携を図れるように努めている。	行政主催の会議には積極的に参加し、事業所の実情や取り組みなどを伝え、地域高齢者の現状について意見交換し、連携を密にしている。事業所の隣に振興事務所があり、日常的に交流を図っている。	
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	施設内で時間をかけて身体拘束防止に向けた研修を行い理解を深めている。介護方法を皆で検討することにより、拘束を行わないで支援できるよう考えることを大切にしている。心理的拘束についても話し合いをしている。	全体でケア方法について話し合い、利用者の安心・安全を第一に、身体拘束ゼロの取り組みを行っている。外部講師による研修や、定期的に委員会を開催して、身体的および心理的拘束についても学び、理解を深めている。	
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	施設内研修や外部研修で理解を深めている。介護職員としての責務を話し合い、グレーゾーンと思われる事例を検討している。施設長や管理者は職員にストレスがかからないように勤務時間に配慮して相談しやすい雰囲気作りに努めている。		

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	成年後見制度について職員全体会議で研修を行い、理解を深めている。今後増えてくると思われる事例を参考に話し合い、必要と思われる利用者様にはご家族にも活用を勧めている。		
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	契約時はゆとりのある時間を設け文章の読み合せを行いながら質問に答えている。詳しい事項を理解して頂けるように確認をしながら同意を頂いている。		
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	日常の会話の中で利用者様の意向を聴きながら、それに添ったケアを心がけている。ご家族には面会時や担当者会議の中で要望や意見を伺ったり、要望書で率直な意見を出してもらえよう工夫している。	家族とは、訪問の際に意見や要望を聞き、遠方の家族には通信を送り、意見を聞いている。毎月、利用者の様子を詳細に報告し、感染症流行のシーズンには、予防対策に取り組み、頻繁に状況や対応について、報告している。また、家族が気軽に意見が出せるよう、工夫している。	リハビリを兼ねた作業と外出支援について家族の理解を得るための家族集会在計画中である。運営状況の報告と共に、さらなる家族との信頼関係の構築を期待する。
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	月1回代表者と管理者会議を開催したり、職員全体会議を行い一人ひとりの意見を聞くことで運営のヒントをもらっている。ケア方法や設備等職員の意見を取り入れながら運営を行っている。	管理者も現場に入り、職員の意見や要望を聞き、改善できることは速やかに行い、検討課題は組織的に取り組んでいる。代表も定期的に職員と意見交換をし、管理者と職員の取り組みを評価し、法人内の交流も盛んである。	
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	職員の年齢や体力に合わせながら勤務時間を調整し、希望休を取り入れている。経験や資格等で給与水準を決めやりがいを持って働ける環境作りに努めている。		
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	職員研修の年間計画書を作り、皆が学ぶ機会を持てるように取り組んでいる。また、月1回日々のケアに基づいた施設内研修を行ったり、町内の外部研修に参加するなど質の向上を目指している。		
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	町内の職員連絡会に所属し、年数回研修会や会議に参加してネットワーク作りをしている。お互い相談や情報提供をしながら関係を深め、利用者様の紹介をするなどよい関係作りに努めている。		

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
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	入居前に面談を行い、現在の心身状態など事前に把握しご本人が安心できる生活が始められるように努めている。また、他のサービス事業者からも情報提供して頂きスムーズに支援が始められるようにしている。		
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	サービス開始前に面談を行いご家族の不安や悩み疑問、要望を伺い関係作りに努めている。またご本人ご家族の要望を暫定ケアプランに取入れている。		
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	生活の心配事や不安、今後どのような生活を送りたいのか等をご本人、ご家族と話し合い必要な支援を確認している。また、他のサービスが必要と思われる時は他事業所と連携して紹介をしている。		
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	馴染みの生活習慣を職員も習い、一緒に行っている。野菜作り、山菜の皮むき、料理、掃除等暮らしを共にする認識をもって支援にあたっている。		
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	面会時は必ず職員がご家族に要望やお気持ちを伺うように努めている。近況報告書を定期的に郵送し、施設内での様子や体調面等を写真付きで分かりやすく記載している。ご家族目線の意見を常に大切にされた支援に取り組んでいる。		
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	地元の利用者様がたくさんいるため、入居前のように地域の行事に参加したり馴染みのある方の面会も気楽にできるよう支援している。また、利用者様同士も顔見知りのため、話も弾み安心していらっしゃるご様子がうかがえる。	訪問者が、利用者の共通の知人であることが多く、地元の話で会話も弾み、馴染みの関係が継続できている。野菜を届けに来てくれる住民もあり、地域の行事に積極的に参加することで、新たな馴染みの関係が生まれている。個々の希望は家族の協力を得て、出かけている。	
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	利用者様同士、馴染みの関係が多いため自由に交流して頂いている。一緒に窓から見える景色を楽しめるように椅子を用意したり、郷土の料理を作ったりと共同生活が楽しめるように支援している。		

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
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	サービス終了後であっても、相談や必要な情報提供を行うなど支援に努めている。		
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	入居前にアセスメントをとり、これからの暮らしの意向を聴いている。その後も会話の中や担当者会議等で意向の確認をしている。困難な場合には行動やしぐさ、生活習慣等から推測したり、ご家族に聴くことで思いの把握に努めている。	個別ケアや入浴介助で、利用者との信頼関係を築き、ゆっくり会話しながら思いを把握している。知り得た情報は職員間で共有し、利用者満足につなげている。困難な場合は入居前のアセスメントや家族の協力を得て、時間をかけて把握するよう努めている。	
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	入居時や生活していく中でなるべく早い段階で、これまでの生活歴や環境を把握できるように努めている。入居前のサービス利用については関係者と情報提供しながら経過を把握している。		
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	定期的にあセスメントをとり、変化があれば職員共有ノートで情報共有している。特に心身状態には留意して朝のミーティングで報告し合う等現状把握に努めている。		
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か月に一度ご本人、ご家族、ケアマネ、管理者、介護職員、主治医の意見を参考に担当者会議を行いケアプランの見直しを行っている。現状に合わせたケアになるように皆で意見を出し合いプラン作成に努めている。	サービス担当者会議は、家族の参加できる日程に合わせて開催し、利用者も含めて関係者全員の意見を参考にしながら、介護計画を作成している。現在、リハビリとして取り組んでいる作業も、利用者の生きがいにつながるよう、計画の中に取り入れている。	
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	個別の介護記録簿を毎日つけたり、共有の介護連絡ノートを利用して情報共有を行っている。また、夜勤者の気づきも記入できるようにしている。それを参考にケアプランに活かしている。		
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	その時々々の要望やニーズには、お互いに話し合いをしながら対応できるように最善をつくしている。人員や時間を考えながらそれに応えられるように工夫している。		

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	豊かな自然と地域の人々、馴染みの喫茶店やお寺等話を聴く中で利用者様の地域資源を見つけ、それに関われるように支援している。そうすることで生き生きとした表情が見られる。		
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し、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	入居時にかかりつけ医を自由に選択してもらい、連携をとっている。月2回地元の診療所による往診があり、継続した医療を受けられるよう支援している。また、24時間連携をとり緊急時の場合にも備えている。	契約時に、かかりつけ医について、事業所の方針を説明している。ほぼ全員が協力医である診療所の往診を受け、看護師資格を持つ職員が利用者の健康状態を把握し、医師と連携しながら、適切な医療を受けられるよう支援している。歯科医も定期的に訪問している。	
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	月2回看護師が定期的に健康チェックをして、体調管理に努めている。日常の気づきを介護職員と情報交換をしながら日々の健康管理を行っている。		
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	入院時は職員が付き添い、詳しい経過をお話しし、すぐに情報提供できるように介護サマリーを渡している。入院時にご家族や病院関係者、主治医から様子を伺い連携をとっている。また、退院時も安心して受入ができるようにカンファレンスを行っている。		
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、終末期を迎えた場合の対応を入居時にご家族と話し合い同意を頂いている。また、その時がきたら主治医を交え話し合いを行い意思確認をしている。看取りを希望される方が増え、職員研修にも力を入れて取り組んでいる。	入居時に、重度化や終末期の方針について利用者・家族に説明し、同意を得ている。状態が変化した時には早い段階から医師を交えて、関係者と家族で話し合っている。看取りを希望する家族も増え、職員は、研修を重ねながら、終末期介護に取り組んでいる。	
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	全職員がいつでも対応できるように、定期的に事例を用い研修を行っている。毎月、ヒヤリハットを検討し事故発生時の対応を予測したり、未然に防げるように努めている。緊急時の連絡体制も確認している。		
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	年2回消防署立ち合いのもと消防訓練をしている。夜間想定や土砂崩れなどハザードマップを用い訓練もしている。また、近隣の振興事務所や区長にも応援、協力を呼び掛けている。近所に住む職員にも応援に入ってもらえるよう話をしている。	年2回夜間想定を含め、消防署立会いの下、近隣の協力を得ながら、避難誘導や消火器を使用した訓練を実施している。地震、水害についてもハザードマップで確認し、行政や地域住民と話し合っている。備蓄を確保し、定期に点検している。	

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	個室への入室時の声かけは必ず行っている。特に排泄介助時の声かけは誇りを損ねないように配慮し、着替え時や入浴時は個々に対応している。利用者様の尊厳を守るため、生活歴や性格を把握して対応し接遇研修にも力を入れている。	職員は、利用者一人ひとりの人格を尊重し、今まで地域を支えてきた人として敬いながら、支援に努めている。入浴や排泄介助の際は、特に、誇りやプライバシーを損ねない対応を心がけている。職員は、定期的に法人内の接遇研修を受け、学んでいる。	
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	日々の生活の中で、小さなことから決めてもらい利用者様が決めたことを実践できるように一緒に取り組み主体的に生活ができるように支援している。		
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	利用者様の暮らしの継続に反映できるように、希望することを可能な限り支援し、日々の喜びを感じていただけるように寄り添って支援している。		
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	毎朝着る洋服を一緒に考え、好みに合わせたおしゃれを支援している。ご自分でできない方には、身だしなみを整えるお手伝いをして、1日が気持ちよく過ごせるように支援している。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	地元の野菜や山菜を使った郷土料理を教えてもらいながら一緒に作ったり、鉄板を囲んで昼食を共にしたりと食べる楽しみを支援している。個々の嚥下状態に合わせた調理方法で同じ献立を提供している。	庭で育てた野菜や、近隣からの差し入れ等も使いながら、3食共手作りの食事を提供している。利用者も出来る範囲で関わっている。利用者の希望により、居室で気の合う人同士と一緒に食べたり、四季折々に気分を変えて、食事場所を変えるなど、食事を楽しめるよう工夫している。	
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	栄養バランスや季節の食材を考え献立を考えて個々の食事量や嚥下状態に合わせ調理をしている。また、好き嫌いを把握し好みに合わせた食事を提供している。		
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	食後、口腔ケアをしていただけるように声をかけ、できない方には口腔ケアを行っている。唾液の分泌を促すようにお口の体操や歌を歌ったりと支援している。		

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
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	入居時に排泄パターンを把握し、職員で情報共有している。失敗を減らすため個々にトイレ誘導し、自立にむけて支援している。二階は自室にトイレが設置されているため、入居前と変わらぬ排泄パターンを継続されている方が多い。	利用者の排泄パターンを把握し、声かけとトイレ誘導をしている。2階の居室には、トイレが設置されており、自立の利用者が大半である。トイレでの排泄が習慣となるよう支援し、適切な排泄用品の選択をすることで、本人の自己負担軽減につなげている。	
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	毎日排便確認を行い、便秘がちな方には水分、活動等を支援している。体調不良や食欲低下にならないよう排便管理をして予防に取り組んでいる。		
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	週二回の定期入浴日のほかに夏場には入浴回数を増やしたり、冬場に足浴を取り入れている。お一人ずつゆっくり職員と会話を楽しみながら行っている。ご自分で洗える部分と介護が必要な部分を把握し自立を促している。	原則週2回であるが、利用者毎に柔軟な対応を行っている。入浴の他にも、冬の足浴、夏のシャワーなど、季節に応じた対応で清潔を保持している。利用者の状態に応じて、見守りであったり、複数介助をするなど、安心、安全な入浴支援を行っている。	
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	一人ひとりの体力や体調に合わせて休息をしていただいている。就寝前には寝具を整え、排泄や着替えを支援し気持ちよく眠っていただけるように勤めている。		
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	往診時に薬の効用や注意点を確認し、職員で情報共有に努め服薬を支援している。服薬中に変化がみられればすぐに主治医に報告している。		
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	洗濯や料理、畑での野菜作り、庭木の剪定など得意なことや希望を聞きながらお手伝いしてもらっている。コーヒータイム等の楽しみごとで気分転換や交流を図っている。		
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	地元の方が多く入居されているため、自宅や畑を見に行きたい、郵便局へ行きたい等の希望があるため一緒に付き添い外出している。ご家族にも協力していただき地元の行事への参加もおこなっている。庭や近所の散歩も取り入れている。	天候や利用者の健康状態により、庭や近隣の散歩、ウッドデッキでの日光浴、その時々に応じた支援を行っている。地域の行事には外出を兼ねて積極的に参加し、道の駅にも出かけている。個別の希望は家族の協力を得て、身内の行事や買い物に出かけている。	

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	自己管理ができる方はご家族の了承を得てお金を所持されている。外出や買い物時はお好きなお菓子等を購入されお金を使うことの楽しみを継続していただいている。		
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	施設の電話を自由に使用してもらい、ご家族と連絡を取っている。また、ご家族からの電話もとっている。手紙や年賀状等のやりとりもなじみの関係が継続できるように支援している。		
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	いつでもくつろいでもらえるように、ソファやテーブルセットを配置して季節の飾りや花を置き心地よい空間作りに努めている。間接照明や窓の光、音楽等を利用し落ち着いて生活できるように工夫している。空気の入れ替えも定時に行っている。	全体に木のぬくもりを感じられ、明るく清潔感があり、換気も定時に行っている。ウッドデッキでお茶を飲んだり、景色を眺めながら季節を感じることができる。利用者の作品や写真等を飾り、それぞれが、好きな場所でゆったりと落ち着いて過ごせる空間である。	
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	共有スペースはゆったりとした広さがあり、ソファや椅子がいくつかあるためそれぞれ思い思いの場所でくつろいでもらっている。気の合った方とお気に入りの場所でおしゃべりする光景も見られる。		
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	自宅から持ってきた物をお好きなように飾り、ご本人にとって居心地のよい空間作りを支援している。家具の配置もご本人と相談して生活しやすいよう配慮している。個室にはテーブルセットやソファ、ベッド、タンスが備え付けてある。	各居室には、ソファ、ベッド、タンス、木製の机が設置され、読書をしたり、趣味の時間を過ごしている。使い慣れた小物を持ち込み、居心地よく過ごしている。「居室は利用者の大切なプライベート空間」であるとの思いから、居室への入室は、必ず声かけをしている。	
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	館内はバリアフリーで、廊下やトイレ、浴室には手すりをつけ脚の悪い方でも安全に自立した生活ができるように配慮している。エレベーターを設置してあるため1,2階の行き来も無理なくできる。		