

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	1173200930		
法人名	株式会社 メディカル・コンサルタンツ		
事業所名	グループホーム いこいの里		
所在地	埼玉県比企郡鳩山町大橋984-1		
自己評価作成日	平成24年9月30日	評価結果市町村受理日	平成24年11月2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.kaigokensaku.jp/11/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=1173200930-00&PrefCd=11&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユーズキャリア		
所在地	埼玉県熊谷市佐谷田3749-1		
訪問調査日	平成24年10月19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)】

①利用者本位の日常生活:日常生活の家事等を利用者様が出来る範囲内で行いながら、希望に沿ったレクリエーション、イベント、外出等に取り組み、利用者様に楽しさや喜びを感じていただいている。
 ②ご家族様との繋がり:職員からご家族様へ年8回のお手紙と年4回のホームたよりをお渡しし、年数回、ご家族様参加のイベントを呼び掛けて、ご家族様にホームでの活動等についてご理解とご協力を頂ける様、取組んでいる。
 ③地域との連携:多種多様なボランティアを受け入れ、利用者様に地域との繋がりを設けている。また、認知症についての啓蒙活動にも取り組んでおり、キャラバン・メイトの資格を持った職員が認知症サポーター養成講座の講師を行っている。提携病院への受診は、職員が付き添い、医療との連携も強めている。

【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)】

当ホームは緑の多い静かな自然に囲まれた、のどかな地域にあり、平屋建ての落ち着いた雰囲気をもったグループホーム(2ユニット、定員18名)である。「地域との連携による利用者本位の生活の場を鳩山に」を理念に掲げ、「笑顔に勝る介護なし」を方針として、地域との繋がりを大切にし、多くのボランティアを受け入れ入居者に喜ばれた活気あるホームである。食を大切にしている当ホームは、入居者の希望を取り入れ、栄養士が作成した献立で家庭的なメニューを提供している。みんなで食材の買い出しに行き、調理し、楽しく食事を摂り、みんなで片づけている。ケアの面でも入居者本位の研修、行事等多種多様な計画と実行が実施され、記録と次へ向けての検討が着実になされている。

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している (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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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	理念に「地域との連携による利用者本位の生活の場を鳩山で」を掲げ、日常の中で必要に応じて随時伝え、実践に取り組んでいる。	「笑顔に勝る介護なし」と言う介護方針が理念と一緒に掲示板に掲示してある。月一回のフロア会議で取り上げて、繰り返し理解と認識を深め、共有し実践できるように努めている。	
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	自治会に入っている。ボランティアを積極的に受け入れたり、気軽に立ち寄り、日常的なお付き合いが出来るよう努めている。社会福祉協議会が主催する児童のボランティア等、積極的に受け入れている	大正琴、オカリナ、折り紙、習字、傾聴等多くの地域住民によるボランティアを受け入れている。なかでも、社会福祉協議会主催の小学生体験ボランティアの訪問は入居者に喜ばれている。近隣に民家は少ないが地域との繋がりを大切にしている。	
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	中学生の社会体験を受入れている。認知症サポーター養成講座へキャラバンメイトの資格を持った職員が講師として参加し、認知症への理解や支援の方法等を地域の人々に伝えている。		
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	運営推進会議を2ヶ月毎に行ない、2ヶ月間の事業報告等を通し理解を得ている。話し合いの中で伺った意見はサービス向上に反映するよう努めている。	AB両棟のフロアを交互に会場にして、2カ月毎に合同で開催している。事業やボランティアの受け入れ報告、入居者の状況、出席者からの情報、助言等を議題とし、サービスの改善や向上に活かしている。希望する家族には議事録を郵送している。	年6回の開催への取り組みは評価できる。委員も多分野からの方々で構成されているが、ホームに身近な存在である家族、入居者、職員も気軽に参加し、意見や考えを述べられるような体制作りの検討が望まれる。
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	高齢者支援課、地域包括支援センターと密に連絡をとり、相談しながら連携をとっている。必要に応じて、サービス担当者会議にも出席いただいている。	町の担当者や地域包括支援センター職員も運営推進会議に参加され、実情を把握して頂き、情報や意見、助言等を得ている。また、必要に応じ、入居者の状況や介護保険認定更新等で電話や対面等で、相談や指導を受け、協力を得ている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	夜間を除き玄関は施錠はしていない。居室の鍵は利用者が掛けることはあっても、職員が掛けることはない。利用者の自由意志での行動を見守っている。	身体拘束に関しては、外部及び内部研修等で取り上げ理解をより深める取り組みをしている。ユニット会議では事例検討で「しないケア」を共有し、実践している。玄関にはセンサーを設置し、来所者を含め出入者の確認をしている。帰宅・外出願望者には散歩や気分転換等の個別対応をしている。	
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逃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	高齢者虐待防止等に関する研修への参加する機会や内部研修の機会を設けて、虐待防止に努めている。		

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	権利擁護等に関する研修への参加する機会や内部研修等の機会を設けている。		
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	契約の締結・解約等の時には、利用者様やご家族様と契約書・重要事項説明書等を読み合わせ、丁寧に説明し、不安や疑問点を伺い、十分な理解を得た上で契約を行なっている。		
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	利用者様やご家族様の意見や要望等に関して、伝えられる環境作りを行い、コミュニケーションを心掛けている。玄関に意見箱の設置や第三者委員の連絡先を明示し職員以外にも伝えられる環境が出来ている。	面会時に聴取したり、便りやメール、ホームページでも意見や要望を寄せることができる旨を発信している。介護計画作成時、口頭やアセスメントシートに心身・生活に関する要望や意向の記録欄から該当する項目があれば検討し、運営に反映している。	
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	月1回ユニット別の会議、管理者とユニットのリーダーの会議、会社役員と管理者ユニットのリーダーの会議を設け、職員の意見や提案を運営に反映させている。	ユニット毎に月1回、定例の職員会議を実施している。欠席者は事前に意見、提案等を文書で提出し、会議後、議事録で会議内容を把握している。外部研修受講者は、受講内容を報告し、回覧等で共有している。代表者、管理者は職員の意見を受け止め、運営に反映している。	
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	職員の勤務評価は昇給、賞与支給時に作成する人事評価へ反映している。就業規則の整備に取り組んでいる。		
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	職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、外部研修や内部研修を受ける機会を計画し、実施している。また、新人への教育プログラムがある。		
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	地域包括主催の研修や地域の会議等への参加する機会を設け、ネットワーク作りや勉強会等を通じ、サービスの質の向上に取り組んでいる。		

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	さり気なく見守り、ご利用様の不安、要望等充分耳を傾け、利用者様の意志や希望を尊重しつつ、不安軽減の対策や声掛けに行い、安心感のある生活ができる様に努めている。		
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	ご家族様が困惑している事、不安な事等に傾聴姿勢を重視して、信頼関係作りに努めている。入所後の様子を連絡し安心感が得られるよう対処している。		
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	相談時に利用者様とご家族様が何を求めているか確認し、いこいの里の方針を説明しながら、他の介護サービスの説明も同時に行ない、ご利用者様の選択を広げる様に努めている。		
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	ご利用者様と共に生活を送り、共に助け合っていく関係を築いていき、また、人生の先輩であるご利用者様から生活上の知恵等を教えて下さることも多く、支え合う関係が築かれている。		
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	ご家族様の面会時等、ご利用者様の近況をお伝えし、ご利用者様とご家族様が入所後もより良い関係が築けるように努めている。イベント等ご家族様の参加を呼び掛けている。		
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	ご利用者様の馴染みの人との面会を受け入れている。馴染みの場所に関してはご家族様の協力を得ながら支援に努めている。	近くの提携病院に受診に来た友人や知人が顔を見に立ち寄る等、気軽に面会頂いている。定期的に訪問しているボランティアの方々とは会話も弾み、楽しいひと時を過ごしている。一時帰宅、外泊、面会の家族との外食等馴染みの関係継続の支援をしている。	
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	共同生活を通じ、ご利用者様同士が関わり合えるよう取り組んでいる。必要に応じ、ご利用者様同士の間に職員が入り、より良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
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	サービス利用(契約)が終了した後も、行政機関や事業所、ご家族様に、その後の状況を確認し、必要があれば相談や支援に努めている。		
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	希望する生活が日常の事等、ご利用者様の意向を聴きとり、意向に沿ったケアプランを作成している。聞き取りが困難なご利用者様には日頃の様子とご家族様の意向を確認して、検討している。	介護計画見直し時のアセスメントで心身、生活に関する意向を聴取して把握に努めている。また、自己表現の乏しい入居者には、日頃の生活から抽出し確認したり、家族から聞いたりしながら、実践に向け検討している。	
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	入所前の生活習慣等の情報をご家族様や関係機関の協力を得ながら把握する様に努めている。入所後もご利用者様の習慣等を大切に生活になる様に心掛けている。		
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	毎日の申送りや定期的なアセスメントやモニタリング等で、ご利用者様の現状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	ご利用者様やご家族様の意向を聞き取り、日々の生活状態等からケアプラン(案)を立て、ご利用者様、ご家族様、職員参加によるサービス担当者会議を開催し、意見を反映しながらケアプラン作成や見直しを行っている。	介護計画は状態安定時の時は、家族の意向、モニタリング、アセスメントを実施しているが、必要に応じてカンファレンスもして3ヶ月毎に見直しを行い、多くの意見や提案を取り入れ、作成している。入院等で状態変化時には、その都度現状に即した介護計画を作成し、家族の同意を得ている。	
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	日々の様子等は個人ノートに記録し、日誌を作成し、申送り時やフロア会議時に職員間で情報を共有しながらケアプランの見直しに活かしている。		
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	ご利用者様の状態やご家族様の状況の変化により、契約している居室の移動等を行い、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	定期的にボランティアが来所し、ご利用者様の意向を確認しながら支援している。地域で行っている行事等に参加している。		
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	ご利用者様やご家族様の要望等を主治医に伝えている。必要に応じ情報提供書を作成している。提携病院には職員が通院に同行し、日常生活状態等を主治医に伝え、関係作りに努めている。	かかりつけ医は、提携病院、入居前の主治医等本人や家族の希望で決めてもらっている。提携病院の受診時はホーム側で同行、入居前の受診時には情報提供や特記事項を文書で渡し、家族対応している。夜間や緊急時には救急搬送で支援している。	
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	日常の健康管理や対応の仕方等、アドバイスを得ながら介護職員と連携を図っている。看護師と職員との連絡ノートを作り質問等があった場合は役立っている。		
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。	ご利用者様の入院時は、情報提供書の提出や入院先に面会に行き、家族と連携しながら、必要に応じ病院関係者と情報交換を行い、入院後に留意しなければいけない点等を確認し合い、退院後の支援に役立っている。		
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	重度化した場合や終末期を迎えたご利用者様のご家族様や主治医には、その都度状態を報告している。生活に関する意向の中に、終末期について意向を確認している。	指針を作成し、入居前に説明して理解と同意を得ている。早い段階から意向を聞き、状態変化時にはその都度改めて話し合い、対策を検討して支援している。水分摂取不能になったら医療に委ねる等の見極めを持ちながら、可能な段階までホームで支援している。	
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	緊急時のマニュアルを策定したり、急変時はマニュアルに沿って慌てる事なく対処している。		
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	災害時対応マニュアルや、職員緊急連絡網、防災計画を作成し、それに沿った訓練を行っている。地元消防団に運営推進会議に参加して頂き、協力を得ている。	防災マニュアルを作成し、防災訓練計画に基づいて種々の想定で、年二回(消防署立会いは一回)入居者参加で避難訓練を実施している。実施後、感想、良い点、反省、今後の対策等を話し合い記録に残し、次会に活用している。必要と思われる備蓄もある。	多種多様な災害に備えて、マニュアル等の作成は評価できる。今後は夜間想定、避難完了までの必要時間、地域消防団参加の訓練等、更に掘り下げた訓練を期待する。

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	ご利用者様、一人ひとりの気持ちや思いを尊重し、ご利用者様の誇りや尊厳を大切にされた言葉かけや対応に努めている。	人格や性格を尊重した言葉遣いや対応に気を付けている。入室時は声をかけたり、居室入りロドアの細いガラス窓を、見守りや確認にさり気なく活用している。入浴は個浴で、排泄介助はトイレでプライバシーを損ねないよう配慮している。	
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	毎日の会話の中から得られたご利用者様の思いや希望は申し送りや707会議等で職員全体で話し合い、思いや希望に沿える様な支援ができる様に努めている。		
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	その日をどう過ごしたいか、ご利用者様の意向を尊重しながら見守り、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	身だしなみ、おしゃれは、衣類の中からご利用者様の希望を聞きながら職員が支援している。買物日に洋服を購入することもある。		
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	食事作りや配膳の準備、後片付けもご利用者様と職員と一緒に取り組んでいる。食事の希望を取り、可能な限り、希望した食事が提供できる様に努めている。	入居者の希望を取り入れて、栄養士が作成した献立により三食手作りの食事を提供している。入居者と職員で食材の購入に出かけたり、出来ることは一緒に調理、配膳準備、後片付け等に各々参加している。職員も見守りや介助しながら一緒に食事している。誕生日には、希望を聞き好きな献立でお祝いしている。	
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	主治医や管理栄養士の指導の下、ご利用者様の持病を把握し食事や水分の摂取量を確認・調整している。		
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	朝、昼、夕食後1日3回の口腔ケアを実践している。ご利用者様一人ひとりの力に合わせて見守り、声掛け、介助を行なっている。		

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
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	ご利用者様一人ひとりの力や排泄パターンに合わせ、見守りや誘導を行なっている。その取り組みで清潔を保つ事ができ、かつ、自立に向けた支援ができる様に努めている。	紙パンツやパットを使用している入居者が多いが、尿意があり自発的にトイレに行く人、排泄パターンに合わせ声かけや誘導をする人等、個々の状態に合わせてトイレでの排泄と自立に向けた支援を常に継続している。	
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	水分補給や運動を行い便秘予防の取り組みを行なっている。排便表の記入により排便状態の把握、申し送りの徹底を行なっている。		
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	ご利用者様一人ひとりの希望や湯の温度など職員が理解しており、入浴の時間などにご利用者様毎に伺いし、希望に添えるよう努めている。季節によっては菖蒲湯等も行っている。	入浴日は週六日設け、体調や気分に合わせて柔軟に対応し、平均週三回以上の入浴支援をしている。脱衣所は床暖房、浴槽は二人対応や体の障害に備え両側から介助できるよう、浴室中央近くに設置してある。菖蒲湯や柚子湯等季節の変わり湯も取り入れている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	季節の変わり目など、寝具やアンカや電気毛布の配慮を行い、気持ちよく眠れるよう支援している。ペットセンサーを導入し、夜間の転倒リスクに備えている。		
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	服薬後の変化や状況を把握し、受診時には主治医に報告、相談を行っている。服薬時のマニュアルが整備され、誤薬等が発生しない様に努めている。		
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	ご利用者様の入所前の生活歴等を把握し、一人ひとりに合わせた役割や楽しみを支援内容に取り組み、楽しみや気分転換がある生活を過ごせるよう努めている。		
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	買物、散歩、イベント等(初詣・花見・莓狩り等)での外出支援に取り組んでいる。その際は、ご家族様やボランティアへ参加や協力をお願いしている。	食材の買い出し、個人の買い物、近くの公園への散歩等日常的に出かけている。送迎車を利用して遠出の行事も実施している。庭を利用しての日光浴、外気欲、菜園での収穫、家族との芋煮会等、戸外に出る機会作りを積極的に行っている。	

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
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	買物同行希望のご利用者様と一緒に買物に行き、ご利用者様が買物を楽しまれる事を見守り、おやつ類や嗜好品、衣類など家族の了解を得ながら支援している。		
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	ご利用者様が電話を掛けたい意向があるときにはいつでもできるように支援している。知人への手紙が出せる様に支援に努めている。		
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	平屋作りで共有の空間からは中庭や周りの景色をみることで季節を感じる事が出来る。浴室は床暖房になっており、冬場、他居室やリビング等との温度差のないよう考慮している。	共有空間は明るく広い造りでゆったりとしている。畳敷きの上がり場があり、寒くなると堀コタツとして利用している。台所とリビングが繋がっているのので、いつでも入居者と職員の様子が確認でき、入居者と一緒に毎日のモップかけや掃除をしている。掲示板には書道や折り紙の作品が掲示されている。	
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	居室で一人で過ごせたり、居間や居室等を利用しながら自由に過ごしたり、会話を楽しんでいる。各ユニットは自由に行き来ができ、ユニットに関係なく交流し会話を楽しめる様に努めている。		
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	入所時に家具や使いなれた馴染みの生活用品等持込が出来る旨をご利用者様、ご家族様に説明し、一人ひとりの好みに応じた居心地よく過ごせる様に配慮、工夫に努めている。	各居室には洗面台とクローゼット付きの押し入れがあり、整容や整理整頓に便利である。入居者は、ベット、テレビ、仏壇、鏡台、タンス、机、ソファ等様々な使い慣れた家具や本、画帳など持ち込み、個性のある好みの居室作りをしている。	
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	段差のないバリアフリーの建物で、車椅子でも自由にホーム内を移動できる。手すり等が設置されている。台所が広く作られており、ご利用者様が食事作りに参加しやすくなっている。		