

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	3370105508		
法人名	有限会社 暁星		
事業所名	グループホームなでしこの家		
所在地	岡山県岡山市北区富田273-9		
自己評価作成日	平成26年9月24日	評価結果市町村受理日	

※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/33/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigvosvoCd=3370105508-00&PrefCd=33&VersionCd
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	平成26年11月20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)】

認知症が軽くなれば、又、不安なく一人で生活できるようになれば、有料老人ホームへ移っていただき、じぶんらしく生活をしてもらうよう努めている。
 昨年5月から現在まで入院される方が居なく施設生活が継続している。

【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)】

岡山市内の閑静な住宅街の中に位置し、グループホームの他に、デイサービスセンターやサポートホーム、居宅介護支援センターを運営しており安心感が持てる。オーナーが管理者を兼ねており、立ち上げ当初からの熱い情熱を持ち続け、いつも全力投球の姿勢である。常に利用者の為に何が必要かを考え、色々なアイデアを提案・実施し職員もそれに応えている。散歩で行ける程の場所に畑があり、旬の野菜をたくさん作っている。事業所での3食の食事は、冷凍物は一切使わず畑で採れた野菜等も使用し、素材から全て手作りで提供している。献立は、その日冷蔵庫にある物から決めている。栄養満点で美味しいおかずが彩りよく並び、調理担当者の家事力は素晴らしい。また、利用者の口腔ケアにも日に2回取り組んでいる。職員は年配の方が多いが、利用者へは自分の親に接するような温かさが感じられ、会話をしている様子はとても楽しげである。事業所内は清潔で、とても清掃が行き届いている。

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

[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	職員は地域密着型サービスの社会的役割を認識して支援している。	事業所立ち上げ時に「なでしこの家」の頭文字に合わせ、管理者が理念を考えた。なごやかに穏やかに、出会ったご縁を大切に等、とてもわかりやすい。管理者の思いを全て含んでおり、これが実践できれば良い介護を提供できるとの事。職員への共有は、事務所やフロア内に掲示。また朝のミーティングの時にも唱和する事で日々のケアに活かしている。	
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	事業所自体が地域から孤立することなく、近所づきあい、町内会の活動、住民との交流に取り組んでいる。	町内会との良い交流が出来ている。町内会長は民生委員を兼務しており、管理者とは長い付き合いになっている。地域の夏祭りには、お誘いが有り、徒歩で行ける利用者に限られるが職員と共に参加している。月に2回はボランティアの訪問が有り、歌・踊り・剣舞・マジック・フラダンス等を楽しんでいる。事業所恒例の夏祭りにはバザーの他に、手作りの赤飯、焼きソバなどを無料で提供していて、近隣の人達が大量来所され好評である。	地域に定着しているが、子供達と接する機会はあまり無いとの事でした。近隣の富田保育園や幼稚園・小・中学校等とも交流が増えれば、利用者が笑顔になる機会が今以上に増えると思われます。試みた事は有るとの事でしたが、再度働きかけをして、新たな交流を築いていただけたらと思います。今後の努力に期待します。
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	事業所が積み重ねてきた認知症のケアの専門性、実践力を活かして地域住民からの相談アドバイスをしている。		
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	事業所からの報告を共に参加者からの質問、意見、要望を受け双方向的な会議になるよう努める。	年6回の開催は難しく、3~4回の実施になっている。家族、町内会長、かかりつけ医、地域包括支援センターの職員などが参加し、報告や意見交換をしている。事業所の夏祭りに合わせて会議を開く事で利用者の様子を知ってもらう機会を設け、普段の食事を試食して頂く等している。会議の内容を工夫してはいるが、同じ話しになる事が多くマンネリ化してきている。	色々実施したが、メンバーの固定化や、テーマに困っているという様な話を聞きました。まずは地域の公民館館長や駐在所、近隣住民等に声かけをして参加者の開拓に取り組みれば、新しい風が入ってくるのではと思われます。また、事業所が培ってきた認知症への接し方や、口腔ケアの方法などの講習会を実施していけば、自然な感じで会議にもお誘いできるのではないのでしょうか。改めて事業所へ関心を持って頂ける様、取り組まれる事を期待します。

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
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	認定更新の機会等に市町村担当者へ利用者の暮らしぶりニーズを具体的に伝え連携を深めている。	岡山市の担当者には、利用者の様子やニーズについて伝えている。事業所が負担しなければならなくなっていくだろうと思われる物品等の情報や連絡などは、早めに知らせていただけたら助かるという声を聞いた。生活保護の方も居る為、様子を受け答えする事が有る。	
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	100%身体拘束0作戦を唱えていたが、事業所としてのリスク、責任も問われ裁判になること、警察の方も程度仕方ないように言われており、家族の方にも説明し理解してもらっている。	身体拘束ゼロ作戦委員会を作り、身体拘束になるだろうと思われる施錠、くる等といった事例を挙げ、しないように職員に話している。日中は、2階の事業所入り口は無施錠で人感センサーを設置している。	
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	職員がまず疲れ、ストレスをかかえず、常に笑顔で暴言や無視いやがらせなく介護できるよう努める。		
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	家族がいない等単身の利用者にはサービスの利用・入院手続きなどの契約行為の際に成年後見人の存在が本人の権利を守ることになるので助かります。		
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	契約時は重要事項説明を丁寧に行うこと又事業所でできること、できないことを説明している。		
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	利用者の意見、要望があれば受けとめ、出された意見・要望はミーティングで話し合い、反映させている。	面会家族は大体、決まってきた。利用者は身寄りのない人が多く、姪や甥には電話等で様子を知らせている。家族は、元気で安全に預かってくれたらいいという声が多い。本人と利用者家族の思いにズレのある人もいて、対応が大変な場合もある。	
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	ミーティング時には意見を聞くようにしている。又、考え方、ルールを決め守っていくようにしている。	夜勤者からの引継ぎを兼ねたミーティング、月に1回の全体会議などの機会に、職員の思いや希望を聞いている。薬の飲ませ方、シフトや休みのことなど色々な意見がある。利用者のケアについては、統一性のある支援がきちんとできる様に職員で話し合っている。	

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
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	就業規則を作成し、労働基準法に則って職員の労働条件を整えています。キャリアパスはまだまだです。		
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	全体的に年齢が高く、研修や資格取得は一部の方になりやすい。事業所として必要な資格取得の確保が精一杯です。		
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	認知症の団体には入っていますので、そこからの情報は目を通し、必要な研修は受けるようにしています。		
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	サービスを受け入れる時は家族が困っていること、不安なこと、要望に耳を傾けること事前に本人に会い話もします。		
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	サービスを導入する段階では今までの暮らしぶり、様子を聞かせて頂くよう努める。又、私共が受け入れができるか検討する。		
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	ソーシャルワーカーさん、ケアマネジャーさん、家族、本人、ドクター等と連携を持ちながら進めていくので“できること”“できないこと”を判断し他のサービスへもつなげていく努力はする。		
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	利用者の“できる”“できない”を見たり得意な分野で力を発揮してもらったり協働しながら生活を続けていく。		

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
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	本人の日頃の状態を報告又相談したりすると共に来訪時は直接様子を見てもらったり説明相談したりしている。		
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	地域に暮らす馴染みの知人・友人には関係を続けてもらうように働きかけている。	友人・知人が利用者に面会に来ていて、調査時にも訪ねて来ていた。なかには月1来られる方も有る。友人や家族からの電話も有る。家族の協力により、普段の一時帰宅や、盆・正月の帰宅、散髪や外食、焼肉などに出掛ける利用者がいる。年賀状は、宛名を代筆しながら出している。	
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	利用者が各自の暮らしの継続性を大切にしながら生活を送れるよう支援している。		
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	他の事業所に移られた場合、アセスメント、ケアプランや薬、支援状況等の情報交換、相談等の支援、利用者の不安を取り除く努力はしている。		
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	プラン作成においては、家族の方や本人のから希望や意向を聞き、本人の言葉で書くようにしている。困難な場合は、家族から聞くようにしている。 利用者が主体的な生活ができるように、自立支援できるよう取り組んでいるところです。	家族は「本人の好きだった事をやらせて欲しい」と言われるが、利用者は関心が薄れてきている。逆に、本人は希望するが、家族が望まないケースもある。利用者により異なる対応が求められていて、双方の意思を尊重しつつ可能な限りの支援を提供している。	
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	本人・家族から生活の様子を聞き取り。慣れ親しんだもので部屋作りの工夫で安心して過ごせるように支援している。		
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	一人ひとりの生活習慣を大切に、体調に応じて休息してもらったり水分補給やバイタルの変化の確認等の現状把握に努めている。 1ヶ月かんのレクの予定表を作成し、それにそった支援をしている。		

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
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	ホームでの面会時、家族の希望、要望を聞き取り反映できるようにしている。その人らしさであったり、役割を持ち楽しみがもてるよう計画作成を心がけている。	ケアマネージャーがモニタリングし、職員の意見をとりまとめて参考にしている。また、本人・家族の希望や主治医の意見を聞き、ケアプランを作成している。変更時は、ミーティングで読み上げたり、コピーを渡す等して職員間で共有を図っている。	
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	本人の様子を伺いながら、ケアを行い気づきや、本人のもっている力を見つけて個人記録に記入して計画作成に活かしている。		
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	地域行事に参加させてもらったり、8月10日の夏まつりには住民の方々に来ていただけるように、パンフレットで案内している。		
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	地域交流に参加させていただくなど、進んで働きかけて行く努力をする。		
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	本人・家族の意向に沿った受診ができるように連絡をとっている、気になるところは医師に相談し、適切なアドバイスをもらっている。かかりつけ医受診は職員が付き添い同行している。	内科は、かかりつけ医の川村医院で診てもらっていて、月に2回往診がある。利用者それぞれに持病を抱えている為、各々の症状に合った病院や主治医にも掛かっている。家族が困難な場合は受診支援をしているが、現在殆どの方の支援を行っている。夜間緊急時は、管理者に連絡を入れ判断を仰ぎ、適切な診察を受けられる様にしている。	
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	訪問時、困っている事の相談やアドバイスをもらい、職員全員が共有出来るように日誌に記入しています。		
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。	入院時は本人の情報を提供し、面会を行い、本人の容態確認や病院からの情報の把握もできるなど、病院関係者と相談・連絡に努めている。		

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
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、事業所ですることが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	会議等で家族の方々と話し合いの機会をもうけ、終末期、看取りについて家族の意向を聞いているが家族も迷いがある。	ここ1年は看取りはないが、かかりつけ医の協力を得て、今までに3名を看取った。看取り経験のある職員も数人いる。状況により特別養護老人ホームへ変わった方もいるが利用者の殆どが、なでしこの家での看取りを希望している。事業所の方針としては「最期までお世話させていただくつもりです」と、管理者が力強く言われており安心感がある。	
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	マニュアル化されていてもなかなか急変時の対応はむずかしい。定期的な訓練が必要と思う。		
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	春、秋、2回防災訓練を行っているが、夜間の人手不足を想定した訓練も必要と思う。地域住民への声かけも行っているが協力体制が足りていない。	年に2回、地震・水害想定で訓練を実施。消防署に計画書を提出し、消防器具メーカー立ち会いの下で訓練を行った。今回の訓練では、利用者は机の下に隠れることが出来なかった。通報と逃がす事が一番考えているが、近隣住人との連携はあまり取れていない。1週間分の食料と水は備蓄している。事業所は、災害時近隣住人の避難場所になるとの自覚がある。	現訓練は全職員出席で日中行っており、夜間を想定した訓練をすぐに行う事は難しい様子。まずは作成済みの連絡網をぬきうちで流し、連絡網がうまく機能するか試してみてもどうか。また、運営推進会議等も活かし、近隣の人達を交えて意見交換を行う等、協力体制の強化から取り組んでみられてはいかがでしょうか。
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	援助が必要な時もまず本人の気持ちを大切に考えて聞いてからさりげないケアを心がけたり自己決定しやすい言葉がけをするよう努めている。	声掛けには気を配っており、排泄誘導をする時は、小さな声ということを職員間で心掛けている。また、トイレの入り口には、カーテンをする等配慮している。年1回、接遇についての勉強会を職員間で資料を基に行っている。	
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	利用者が言葉で十分意思表示ができない場合は表情や反応を注意深く見ながら自己決定できるよう努めている。		
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	一人一人のペースを大切にしそれに合わせた対応を心がけている。その日のコンディション、様子をみながら本人の希望を聞いた、相談しながら過ごしている。		

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
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	個々の生活習慣に合わせた支援をし、おしゃれを楽しんでもらえるよう支援している。本人の希望を取り入れている。		
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	近くの畑に行って取ってきた野菜を食材に使って調理をしたりして食事作りは楽しみでもあり大切な活動の一つになっている。	近所に畑があり、年間30種類位の野菜を作り常に使用している。薄味、旬のもの、食べた時のシャキシャキ感にも配慮し、3食手作りにて提供している。献立は、冷蔵庫を開けてその時にある食材を使い、調理している。どんな美味しい料理が出てくるか、毎食楽しみである。利用者が大根などを切り、一緒に干し野菜作りもしている。お誕生日ケーキ等、行事食もよく作る。今は居られないが、ミキサー食も対応可能。行事によって外食する事もある。	今は居られないが、畑へ野菜作りに出向く利用者が居たとの事。食の原点でもあり、楽しみの一つといえます。また、冷凍食品は使用しないというこだわりは容易ではなく、素晴らしい取り組みです。これからも是非続けて頂けたらと思います。
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	一人ひとりの体調と一日の摂取量を把握している。個別に主治医より高カロリー補助食品を使用している人もいたり、水分もしっかり取るよう常に気をつけている。		
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	食後洗面所で入れ歯を洗う人もいるが、利用者のほとんどはガーゼやスポンジブラシで口の中を清潔に努めている。時々歯医者に歯石や歯のケアをしてもらっている。		
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	排泄チェック表を使用し、尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導したり、水分を取るよう支援している。	紙パンツを使用している利用者が多い。本人の様子や排泄チェック表を使用しながら、声かけ誘導をしている。出来るだけトイレに行って排泄してもらえる様に支援していて、寝たきりの利用者も毎回ではないが、その時の体調や様子等に考慮しながら、トイレでの排泄を試みている。便秘薬について勉強会をしている。足元の不安のある利用者は、夜間、ポータブルトイレを使用している。ウォシュレット有り。	

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	排泄パターンを記録し便秘の方には食事や日中の活動なども考えながら取り組んでいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	週3回の入浴とトイレ失敗時にはシャワー浴を励行す。入浴を拒む人には言葉がけ対応の工夫で入浴してもらってる。	基本的に週に3回、入浴している。おひとりの入浴時間をゆったりととって、大きめの丸い浴槽はリラックス出来る。殆どの利用者が介助を受けながら湯船に浸かっているが、困難な人はシャワー浴で対応している。楽しむ支援として、冬にゆず湯をすることがある。脱衣所には、暖房や扇風機を設置して寒暖の差にも考慮している。緊急時用に、呼び出しボタンも設置している。	
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	なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努める。散歩や外気浴も重要だと考える。		
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	利用者の薬の処方全職員に分かる様徹底する。決められた薬は本人に渡すのではなく、職員が飲ませミスがないようにしている。		
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	得意分野「できること」を理解しお願いできそうな仕事は頼み感謝の言葉を伝えるようにしている。		
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支援している	気分転換やストレスの発散、五感刺激や季節感を感じてもらえるよう外出の支援をしている。	介護度が高くなってきており、段々外出が難しくなっている。送迎車の空きがあって、職員配置などのやり繰りがつけば出掛けている。行事で行ったサウスヴィレッジでは、外食をしたり、みかんなどを購入した。後樂園や近所の神社へ初詣、花見にも出掛けている。気候の良い日は日光浴を兼ね、昼食をお弁当にしたりもする。車椅子で近所を散歩したり、食材購入の際には利用者1名と一緒に行く様にしている。	

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
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	自分の財布からお金を出すことで社会性の維持につながっており、少額を持っている人もいます。		
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	できる人には家族や大切な人に手紙や電話のやり取りの支援をしているが。		
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	利用者にとって使いやすい配置や、馴染みのものを取り入れている。	明るく自然光が入りやすい様考慮されていて、台所周辺は使いやすく、スッキリとしている。小上がりの畳スペースには、昭和を思い出すような振り子時計、裁縫箱、和タンス等が置かれていて目にも落ち着く。また、所々には花が飾られている。空間活用ということで、居室のドアの上に棚を設け収納にも工夫している。季節の壁飾りは毎月変えていて、利用者と職員と一緒に作っている。	
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	利用者の個々の状態の変化、利用者同士の関係性など配慮した居場所作りに心がけている。		
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	写真や思い出の品が持ち込まれ利用者の居心地のよさを配慮、工夫している。	居室は日当たりがよく、明るい印象を受ける。利用者は、自宅で使っていたタンス、家族写真、ぬいぐるみ、テレビ等、なじみの物を持参されており、その人らしい空間になっている。利用者個々の生活に合わせ、使い勝手の良い配置に工夫されている。壁には、季節にあった飾りや写真が貼ってある。困難な方は居室の掃除、衣服の整理、入れ替え等を職員が支援している。冷蔵庫のレンタルも有る。	
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	心身機能の状態変化を考えて、利用者の「現在の状態に応じた生活環境の改善に取り組む努力をしている。		