

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	3191500044		
法人名	社会福祉法人 伯耆の国		
事業所名	グループホーム おちあい (かりんユニット9名)		
所在地	鳥取県西伯郡南部町落合480番地		
自己評価作成日	平成25年9月10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.kaiyokensaku.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigvovsCd=3191500044-00&PrefCd=31&VersionCd=
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市宗像53番地46		
訪問調査日	平成26年9月29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)】

入居者一人ひとりに、役割や生活者としての意識・機能を持ち続けていただき、ケアでもこの機能を維持できる支援を目指している。入居時より本人様・家族様、これまで利用のサービス機関等より情報収集し「私の暮らし方シート」を記入し、馴染みの暮らしについての把握に努め、「24時間シート」を作成、共有し、ケアの統一を図っている。特に配慮していることはあらゆる拘束をしなくて済むケアの提供であり、個々の職員資質の向上に努めている。

【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)】

特別養護老人ホームとデイサービスがある複合施設の一角に開設されたグループホームで2年を迎えました。ホームと特養施設は廊下で繋がっており行き来できるので、利用者は毎朝事務室まで新聞を取りに行き、挨拶など交わすことが日課になっている方もあります。開設2年ではあるが、管理者を中心に各ユニット主任、職員と細かな伝達事項も情報の共有が出来ており、利用者にとっても安心できる環境作りが行われている。利用者も職員の支援で、個々の役割を持ち、表情豊かに落ち着いた生活を送ってられる。地域の一員として、地域との交流も年々活発になってきている。

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 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	法人の理念「個々の生活観を尊重し豊かな心安心信頼の地域づくりをめざして」をワーカー室に掲げ出勤時確認している。理念を元にユニットのケア目標を作り実践につなげている。	法人の理念「個々の生活観を尊重し豊かな心と安心信頼の地域作りをめざして」をワーカー室に掲げ出勤時に確認している。法人理念を基にグループホームの理念「笑顔で気くばり目くばり」を作りケアをしている。各ユニットのパソコンで確認し振り返りを行っている。グループホーム年間目標を作り6ヶ月で評価し実践している。	
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	夏祭り等の行事の際にはボランティアの方に協力していただき開催している。町内の保育園の来訪あり園児との交流も定期的に計画している。地域の方が人形作りや歌、お話、草取りなどで日常的に交流してくださっている。	夏祭り等行事の時はボランティアの協力がある。町内の保育園との交流は定期的に実施されており、小学生の社会学習や中学生の職場体験受け入れられている。地区のいきいきサロンに出かけられる利用者もあります。地域の方がボランティアで来られお話や歌など協力的に頂いている。	
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	地域の研修会やいきいきサロン等の会合にかかわりながら認知症ケアの啓発に取り組んでいる。中学生の職場体験の受入も行っている。		
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	概ね2ヶ月に一回開催し現状報告、意見交換の場を設け、会議での意見をサービス向上に活かしている。委員の意見を反映させた移動販売(ローズちゃん号)車での買い物も定期的にも実施できるように成果の一つと思っている。	入所者家族、地域代表、南部町地域包括支援センター参加される。活動状況報告、意見交換行われ法人、ホームで検討されサービスに繋げている。委員からの意見を反映し、移動販売「ローズちゃん号」での買い物も定期的に行うようになり利用者にも好評である。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議の委員として参加いただき事業所の状況報告や生活保護者の相談等を行いながら情報共有し協力関係を築くよう努めている。老人世帯の入居者については地区担当保健師と連携し配偶者の様子等を本人にお伝えしていただけるよう努めている	運営推進会議にも参加頂いており、状況報告や生活保護者の相談をしている。老人世帯の入居者については、地区担当保健師と連携し配偶者の様子等を本人にお伝えされている。いきいきサロンでの認知症講座も行っている。	
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	法人全体の研修に取り入れ勉強を行っている。玄関は6:00~21:00(面会8:00~20:00)まで開放し離設のないよう注意・観察している。入居者の状況により問題がある場合はミーティング等で話し合い対応している	法人全体の講習に年1回参加し、ホームでも年1回研修を行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。離設傾向のある利用者もおられるが、職員が注意をしながら見守る支援をされている。スピーチロックについても理解されている。	

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
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	法人全体の研修に取り入れ勉強を行っている。本人様の意向や生活パターンを24時間生活シートで情報共有しケアすることで、虐待の予防と早期発見に努めている。		
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	法人全体の研修に取り入れ勉強を行っている。必要がある場合については管理者と法人事業課長が対応し地域包括支援センターにつなげるよう体制を整えている		
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	契約や解約の際は、意見、不安、疑問点を尋ね、パンフレットや関係資料を用いて説明を行い、理解納得のうえで契約している		
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	日頃の面会時や家族交流会、運営推進会議等で意見要望を頂き、ケアに関することは介護計画等に反映しサービスの向上を図っている。個々の要望や疑問に対する対応は出来ているが、全体へのフィードバックが不十分であることが今後の課題である。	面会時、家族交流会、運営推進会議等で意見要望を聞くようにされている。ケアに関する内容は介護計画等に反映させている。遠方の家族には便りと電話で意見要望を聞き対応されている。	今後利用可能な家族に対して、電子メールの利用も良いかもしれません。
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	管理者は日頃の業務の中で職員に声をかけコミュニケーションを図るようにしている。サービス内容やケアの方向性について月1回のミーティングで職員が課題を持ち寄り、協議共有した内容をユニット主任より報告を受け反映させている。	管理者は日常的に職員の相談を受けたり意見を聞き入れている。月1回のミーティングではサービス内容やケアについて課題を持ち寄り検討し、ユニット主任より報告され反映されている。法人に対しては管理者会において、管理者が報告をされ。	
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	全職員が個人目標計画・能力開発目標を立て、自己評価・上司評価にて目標が達成できるようサポートしている。個々の努力に対しては上司がきちんと評価し、やりがいを持って仕事ができるよう心がけている		
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	職員の経験等の段階に応じ、研修での技術や知識を学ぶ機会を設けている。新人教育についてはプリセプター制度を導入しOJTの環境を整えている。		
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	管理者は認知症介護指導者のネットワークや連合内の施設と連絡を取り、運営に関する情報交換や待機者情報等の連絡を不定期に取り合っている。今後は定期的な連絡会や合同研修会等で交流を図っていきたく考えている。		

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	施設入所前には、法人事業課長・管理者・ユニット主任にて必ず面談に伺い、利用者・家族様の要望や生活状態を把握するよう努めている。出来る限り施設見学もしていただき、施設の雰囲気を感じていただけるよう努めている。		
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	施設入所前には、必ず面談に伺い、これまでの敬意を伺うと共に困り事や不安な事も十分聞き、今後のサービスについて一緒に話し合っている。待機者については入居申し込み時に入居までの期間、相談対応させていただくことを伝えている。		
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	本人様・家族様の意向や要望状況を確認し職員間で話し合い、改善に向けた支援の提案、必要なサービスにつなげるようにしている。		
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	共に生活しながら可能な限り無理強い無く職員と協力し行うことで頼ったり頼られたり出来る関係作りに努めている。一緒に生活し四季を感じ喜びや悲しみを分かち合い支えあう関係を築こうとしている。		
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	日々の暮らしの様子や出来事、健康面の情報について3ヶ月ごとに手紙でお伝えしている。往診等での医療情報については面会時にお伝えしている。行事(誕生会等)の参加についても電話にてご案内し参加いただくよう務めている。携帯電話を預かり毎日電話対応の取次ぎをしている。		
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	近隣の方の訪問、信仰されている宗教関係者の訪問あり関係作りの継続を図っている。家族様の許可を頂き不定期ではあるが自宅に帰り庭の草取りや、近所の方との交流を図っている。また、行きつけの理美容院へも出向き地域との関係が継続できるよう支援している	家族や在宅時の友人、信協されている宗教関係者の訪問があり馴染みの関係が続いている利用者もある。職員と共に自宅の庭の草取りをされたり近所の方とお話をされたり交流が続いている。地域の馴染みの理美容院にでかけるなど、関係の継続に努められている。	
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	家事等の日常生活の中で関わりを持ち、また買い物やおやつ作りを一緒に行い、入居者同士が互いを支えあえるよう支援に努めている。そりが合わない状況が発生したときは状況を把握し食事の場所等配慮し不快な状況とならないよう配慮している		
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	サービスの利用が終了された方に対しても、家族様や関係者に連絡し、その後の経過を聞き、必要な場合は随時相談を受け付けている。		

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
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	日々の関りの中で言葉や表情などから希望や意向の把握に努め可能な限り意向に沿えるよう検討している。細かい事でも職員間で共有し良いタイミングで希望に沿えるよう記録にて申し送りを行うよう努めている	日々の生活の中から会話や表情から希望や意向の把握をしている。「24時間シート」や「くらしのシート」も活用しながら把握に努められている。意向希望は細かなことでも記録をするようにされており、職員で共有されている。	
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	入居時より本人様・家族様、これまで利用のサービス機関等より情報収集し「私の暮らし方シート」を記入し馴染みの暮らしについての把握に努めている。		
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	一人ひとり、その方にあった過ごし方を24時間シートを活用し、ミーティング等で検討、見直し、共有を図る。新たに気付いた出来る力や要望はその日のスタッフ間で協議し、記録や口頭にて申し送り、チームとして把握する。		
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	日頃の関りの中で利用者様・家族様の意見を取り入れながら介護計画を作成し実践している。ADLの変化が見られる際は、NSやPTの専門職と連携し必要時個別の入浴マニュアルやリハビリ体操メニュー等作成し機能維持に努めている。	利用者、家族の意見要望を取り入れ介護計画を作成されている。ADLの変化が見られたときは看護師や法人のリハビリ専門職と連携しプラン変更や機能維持の内容も取り入れられる。モニタリング、評価は6ヶ月に1回実施されている。	
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	入居者個々に個人記録を記載しその日の様子(状態の変化・バイタルチェック・食事水分摂取状況・排泄状況など)記入しスタッフ間で情報を共有して。日々昼のカンファレンスでも話し合いを行って見直しを行っている。		
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	当ホーム、隣接の特養の専門職(NS・PT・栄養士等)に相談し協力を得ている。また、居宅介護支援事業所やかかりつけ医、協力病院と連絡を取り協力依頼し支えて頂いている。		

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
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	地域の警察署・消防署と連絡体制を整えている。近所のボランティアの方も連絡を取り協力して支援している。		
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	入居様が以前より受診していられた医療機関、本人様や家族様が希望された病院がかかりつけ医となっている。家族様が受診の付き添いをされる場合は「看護介護連絡票」を記載し、かかりつけ医に報告している。協力病院とも連絡を取り合い緊急時に対応できる体制が取れている。	本人、家族の希望を聞き在宅時の医療機関がかかりつけ医となっている。家族が受診の付き添いをされる時には、ホームでの様子を「看護介護連絡票」に記載し、かかりつけ医に報告されている。緊急時は協力病院と連携を取りが対応できる。	
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	常勤にて看護師が配置してあるが、不在時は隣接の特養の看護師と連絡を取り緊急対応や体調の変化があった場合の相談等行っている。		
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。	協力病院等へ入院された場合、日頃の様子やサービス内容について情報提供を行っている。また、職員が自主的にお見舞いに行き病院職員と情報共有している。		
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	ご本人や家族様との話し合いを基に重度化や終末期への対応について、主治医や他関係者と協働しホームでできる支援をご本人・家族様に伝え意向に沿えるよう調整を図る方針である。医療機関を希望される場合は協力病院と連携し安心して納得した終末期を迎えられるよう支援する方針である。現段階では重度化に際しての確認書等は交わしていない。	入居時に重度化や終末期の方針は説明されている。法人は重度化や終末期の対応について医療や関係機関との体制を整えばターミナルを受け入れる方針である。重度化に関する確認書等については交わされていない。職員はターミナルの冊子の読みあわせ、対応を勉強された。	重度化、終末期に際しての今後についての確認書等も必要な方には交わされていくと良いと思います。また看護師中心に死生観、心のケアの勉強会も実施されると良いでしょう。
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	緊急時は主治医の指示、また協力病院の指示を仰ぎ対応を行っている。緊急時の対応マニュアルを参考に各自で熟読しイメージトレーニングを行っている。消防署にて救急蘇生法やAEDの使用法などの研修を受けている。		
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	隣接の特養と合同で年2回の避難訓練実施している。緊急時対応連絡体制がある。また、ボタン一つで消防署・管理者・主任へ連絡がいくシステムになっている。	併設の特養と合同で避難訓練を実施されている。緊急時対応連絡体制があり消防署、管理者、主任と連絡できる。大災害時は特養3階が避難先となっている。近所の方の理解もあり、協力体制もある。	

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	法人の研修に全員参加し、人格を尊重した関わりが持てるように研鑽している。プライバシーに関しては利用者様の心を傷つけるような対応や声掛けをしないよう職員間で注意し合い失礼のないよう心がけている。全職員がトイレ誘導や入浴の声掛けを人前でしないよう徹底している。	法人のプライバシー保護の研修に全員参加。ホームミーティングで対応や声かけについて話し合われている。トイレ、浴室やトイレの入り口にのれんを掛けるなどプライバシー保護をされていた。	
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	自発的な発言や行動が出来ないご利用者に対しても一人ひとりの状態を理解し表情を読み取ったりすることで希望に沿えるよう心がけている。自己決定できる雰囲気作り、自己決定できるような働きかけに努め希望された内容は情報共有し支援に活かせるようにしている。		
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	時間を決めることなく、その日の体調や気持ちを考慮し一人ひとりに合った暮らしが出来るよう支援している。利用者からの希望があれば外出支援を行っている。その方に合った支援をプランにあげ家族様にも協力していただいている。		
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	特養での散髪に行かれています方、町内の行きつけの美容院へパーマ、カラーに行かれる方もあり、希望に沿って支援している。毎朝の身だしなみを整える支援、一緒に季節にあった洋服選びその人らしさが引き立つような支援を心がけている。		
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	併設特養厨房より毎回食事が届くが、盛り付けをお願いしたり、季節の食材で料理レクも時々行っている。配膳・下膳・お盆拭き・テーブル拭き、食器洗い等ご本人の力に合わせて職員と一緒にしている。食事の際は同じテーブルで楽しく食事が出来るよう場面作りも大切にしている。	併設特養厨房より毎回の食事が届く。職員の支援のもと、盛り付けや下膳、食器洗い拭きなど個々が出来ることをされている。ホームで栽培したナスやトマトなど収穫時には汁やサラダに取り入れられている。行事食はホームで作られ楽しめる。職員と一緒に食事をし会話をしながら楽しまれている。	誕生日会を兼ねて家族と外食される。特養のレストランで外食される方もある。
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	一人ひとりに合わせて量の調整を行っている。半分の摂取量の方には栄養バランスを考えてその方にあった補食を提供している。また好み・状態に合わせて主菜・副菜の変更も行っている。水分量も確保できるようにその方に合った急須、ペットボトル・水筒等準備し居室でも飲んで頂いている。		
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	毎食後、その方に合った口腔ケアを行っている。必要であれば歯科受診を勧めたり、併設特養の歯科衛生士に相談している。義歯を使用されている方は就寝前に洗浄液に浸けて清潔を保つようにしている。		

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
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	個々の排泄パターンに合ったトイレ誘導を行いおむつの使用は必要最小限とし、なるべくトイレで気持ちよく排泄するために排泄チェックシートを活用し、職員同士で情報を共有し自立に向けた支援を行っている。排泄アセスメントシートにて検討し状況に合った排泄用品を使用し、家族様に状況説明し購入させていただいている。	個々の排泄パターン沿ってトイレ誘導が行われており、なるべくトイレでの排泄を心掛けて支援されている。排泄アセスメントシートを活用し状況に合った排泄用品を使用し自立支援が行われている。	
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	気持ちよく暮らしていただくために排便の有無を毎日確認しながら、必要な方の排泄改善シートを記入し排泄委員を中心に便秘がちな方の便秘の原因を探り一人ひとりに応じた自然排便を促す工夫・予防・改善に取り組んでいる。		
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	希望に応じて入浴できる体制をとっている。ご本人の体調や意向に沿うよう、日にちをずらしたり、就寝前の希望の方、状態に合わせてリフト浴の支援も行っている。拒否の方には固定の職員対応と清拭・更衣を勧めながらタイミングを合わせて入浴を行っている。	最低でも週2回実施。3回の希望も実施。夜間1名19時から20時の対応も行っている。体調や意向に沿って日にちをずらすこともある。状態に合わせてリフト浴の支援も行われている。同性介助の対応も実施されている。拒否の方には固定の職員や清拭、更衣などタイミングを回り入浴介助が行われる。浴槽はヒノキ風呂で香りが気持ちよく入浴が楽しめる。	浴室脱衣場に消毒液など危険な物品が利用者の手が届くところにおいてあった。安全のため整理整頓を確認作業されと良いと思います。
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	消灯時間、起床時間は設定せずリビングで好きなテレビを観られたり、居室でゆっくりと休んでいただけるよう支援している。日中の活動性を高めるような生活内容を工夫し、眠れないときには、温かい飲み物を飲んでいただいたり、職員が付き添うことで安心していただけるよう努めている。		
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	薬についてわからないことはかかりつけ医や看護師・薬剤師に確認している。また、服薬の変更後は体調の変化の確認し必要な時は看護師・医師へ連絡、相談を行っている。		
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	残存能力や機能に応じた役割を支援し、その役割が生きがいに感じられるよう感謝の気持ちを伝えている。その方に合った楽しみ・気分転換の支援をしている。		
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支援している	入居者の気分に合わせて散歩に出かけたりその都度対応するよう努めている。季節ごとに外出計画を立てている。自宅の田植えを見に行ったり、毎週1回家族と買い物したり、ご家族の協力も得ながら支援に努めている。	入所者の気分や希望に沿って散歩に出かけている。行事計画を立て、花見や紅葉、花回廊など出かけられている。訪問販売「ローズちゃん号」で買い物を楽しまれる利用者もある。自宅の田植えを見に行かれたり、週1回家族と買い物に出かけられる利用者もある。	

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	「使うわけではないけど持っていたい」と希望によりお金を所持している方、自分で管理し使用している方もおられる。隔週月曜ヤクルトさん、水曜に高島屋ローズちゃん号で自分の好きな物を買えるよう支援している。ホームにて金銭出納帳で管理している。		
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	ご本人の要望があれば時間帯を考慮し公衆電話にお連れする等できる限り応じられるよう支援している。携帯電話を所持されている方については毎日家族から電話がある際取次ぎをしている。		
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	全面バリアフリーとなっており居室、共有スペースの行き来が安全に出来るようになってきている。季節の花や季節の飾りつけを行い、温度管理、換気を行い、利用者の感覚や価値観を大切にしながら利用者にとって居心地の良い場となるよう整えている。	各ユニットには職員の顔写真があり利用者家族に勤務者が分かりやすい。リビングの温度管理や調光もしっかりと管理されており過ごしやすく環境である。玄関に季節の花が活けてあったり、リビングに飾ってあったりと季節を感じるための工夫もされていた。	
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	気の合った利用者同士が集まりやすい空間作り、また共用空間の中でも一人になれる居場所の工夫をしている。		
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	入居者の希望により居室には馴染みの物を自由に置いていただき、落ち着いて暮らせる部屋になっている。使い慣れたタンスや家族の写真、お好きな花を飾ったり居心地よく過ごせる工夫をしている。	居室は畳とフローリング両方がある。ベッド利用や畳で布団使用と利用者の身体状態や本人の希望にあわせ過ごされている。孫や家族の写真、ホームからの感謝状などが飾ってあり過ごしやすい部屋となっていた。	
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	自分のお部屋がわかるよう植物や張り紙をしたり、歩く動線に危ない物を置かない工夫、ベッドサイドの介助バーの設置、トイレの補助便座の設置等で立ち上がりやすい工夫をしている。カレンダーや時計を所々に設置する事で、生活リズムを崩さないよう配慮している。		