

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	1072900523		
法人名	有限会社 サイコ・ソマティックケア		
事業所名	グループホーム アルプス		
所在地	群馬県太田市藪塚町4149-3		
自己評価作成日	平成25年5月30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.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成25年6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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者様のありのままの姿を受け入れ尊重すること。ご家族様の様々な事情を受け入れ尊重すると共に、ご家族や友人が訪れやすい雰囲気作りを心がけている。 ・毎日、午前と午後日光浴や運動を中心としたレクリエーションを行い、健康の維持・向上に努めている。 ・研修に積極的に職員を派遣し、資質向上を図っている。 ・季節感を味わっていただけるよう、菜園の野菜を多く調理に取り入れている。

【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)】

<p>理念に掲げられているように、家庭的で生き生きとした生活を日々支援しており、さらに利用者に満足度調査を行い、好みの献立や外食先等の希望を把握している。日々の生活においては外出や外食の機会を多く持ち、家庭菜園で収穫作業への参加・毎日の散歩・スーパーマーケットやコンビニエンスストアでの買い物・地域行事である案山子祭に参加等の自立的な活動を支援している。また、年1回家族会が行われ、家族からの意見を大切にして、家族とホームとの意見交換をしながらホームの向上に努めている。管理者・全職員は理念を掲げ、利用者に寄り添い、利用者の尊厳を大切に、自立的な生活を支援している。</p>

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. 全くいない
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	積極的に地域行事に参加することで、地域に暮らしている感覚を忘れないようにしている。近所を散歩したり、消防訓練に参加していただいたりして近所の方々との交流を大切にしている。	理念は、申し送り時に唱和している。自宅で居ると同じような生活が継続し地域の方との協働ができるように作成したが、より具体的なサブ理念の作成を検討している。利用者への満足度調査を行い、楽しい生活支援への取り組みをしている。	開設より10年経過しているため、ホームのあり方を示す為、具体的な表現によるサブ理念の検討を期待したい。
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	ボランティアを受け入れたり、保育園児の慰問を受け入れたり、催し物の見学に行ったり、積極的に地域とのつながりを持ち、交流を深めている。	地域行事である案山子祭を見に行くことから、2年前より利用者と共に案山子を創作出展している。自治会に加入し、祭りや民生委員の情報で地域に出向いている。老人会の出席・保育園の園児訪問・保育園の運動会招待・中学生の体験学習の受け入れ等、地域との交流に努めている。	
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	ホームヘルパーの実習や、中学生の職場体験、養護学校の職場体験等の受入れを積極的に行い、近所の方の相談に応じて認知症の理解の方法を伝えたり、支援をしている。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、毎回テーマを決めてご意見をいただいたり、アルプスだよりを見ながら利用者の近況報告や外部評価の結果や改善の取り組み状況などを報告している。	併設の小規模多機能型居宅介護事業所との合同の運営推進会議は2ヶ月毎に開かれ、これまで利用状況・行事運営報告であったが議題を決めた会議となり、避難訓練・利用状況等の報告や感染症・外部評価について話し合い、サービス向上に活用している。	
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	市の担当者には運営推進会議に参加していただきご意見や情報交換を行っている。また市役所に週1度は出向き、近況報告をしたりご意見をいただいたりして連絡を密に取り協力関係を築いている。	市の担当課に週1回程度出向き、グループホーム状況や事故報告書、生活保護・介護保険請求の疑問点や相談で情報交換をしている。また、福祉車両の件で社会福祉協議会に連絡をとる等、連携を図っている。	
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	身体拘束のマニュアルに基づき、職員全員が身体拘束をしないケアを行っている。積極的に研修に参加したり、資料を回覧して、1ヶ月に1度のケアカンファレンスで話し合い日頃の意識付けをしている。	身体拘束の研修会に参加し、ケアカンファレンスでの勉強会や資料を作成し職員間で回覧している。また、同系列3施設合同の会議で、身体拘束の行為を確認しあっている。玄関の鍵を含む身体拘束をしないケアを理解し、取り組んでいる。	
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	マニュアルを整備し、研修会に参加して虐待防止に努めている。声のかけ方やトーンに十分注意し、強い口調や大きな声等あった場合、職位の上下関係なく注意しあえる関係作りを日頃から心がけている。		

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
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や成年後見制度の研修会に参加し、ケアカンファレンスで話し合い、情報の共有に努めている。		
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	契約に際しては、書面の内容を担当者が十分な説明を心がけている。疑問や質問があるかをその都度聞いて理解できたかを確認するようにしている。		
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	家族が来所される際に利用者の日頃の様子を直接伝えている。来所できない家族には文書で伝え意見等を聞くようにしている。また太田市介護相談員2名にご協力いただき利用者の意見・要望等を吸い上げるようにしている。	職員から関わる姿勢を大切に、家族のこを受け止めている。年1回の家族会は納涼祭の際に開催され、夜勤の人員への取り組み等を説明している。また、太田市の介護相談員がホームを訪れ、利用者から意見を聞いている。勤務者の顔写真と名前の掲示・電話での対応等の意見を受け、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回のケアカンファレンスで意見や提案を聞く機会を設けている。管理者も日頃より、リーダー等から皆の意見を聞いて代表者に話をしている。要望により勤務時間が短縮された。	代表者・管理者は、毎月ケアカンファレンス後に話し合い、提案を聞いている。駐車場の外灯設置、薬箱を鍵付きにする、ゴミ収集場の設置、菜園での栽培等改善がなされている。また、技術講習会や資格取得の勧奨を行い、勤務調整をして、向上心を持って働けるよう努めている。	
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	代表者は毎日出勤し現状を把握するよう努めている。また皆の意見で勤務時間の短縮等、職員の意見を取り入れている。		
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	スキルに応じた研修が受けられるよう配慮している。研修終了後は報告書を提出させ、ケアカンファレンスで報告して情報を共有している。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会に加盟し、ネットワーク作りに努めている。グループホーム大会や職員相互派遣研修にも積極的に参加し質の向上に役立っている。		

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
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	入居希望者には入居前、本人や家族と面談し詳しく要望を聞き会話の中からも情報収集するよう努め不安を解消し要望に応じ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	家族の抱えている心配や不安な事項を確認しコミュニケーションを密にして家族が安心して預けられるよう心がけている。		
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	コミュニケーションを密に取るよう心がけ、利用者や家族が今何を一番必要としているかをよく確認して決め細やかなサービスが提供できるように支援している。		
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	いろいろな経験をされている利用者による知識や経験を活かしていただき、人生の先輩としてアドバイスをいただいたり、職員の分からないこと等を教えていただいたりしている。		
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	家族の面会時には日頃の様子を伝えたり、家族旅行や夏祭り、家族会に参加していただいている。来所できない家族には電話や手紙で様子を伝えている。		
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	家族や友人等の面会を気軽にさせていただけるような雰囲気を作るようにしている。家族や馴染みの方との外出や外泊の支援もしている。	家族や友人の訪問時には気軽に声をかけ、お茶を勧め歓迎している。1日ゆっくり会話をする夫や手芸品を他の利用者に配布する友人もいる。また、本人が以前に行った公園や自宅近くの花の咲いている場所や店を本人から聞いて出かけるなど、途切れないよう支援に努めている。	
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	一人ひとりの利用者が生き生きと生活が送れるようにその人の出来ることを伸ばしてあげるような支援をしている。食器拭き、洗濯物たたみ、カレンダーめくり、清拭たたみ等、職員と一緒にこなしている。		

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	契約終了時にいつでも相談にのる旨お伝えしている。また他の機関への情報提供も積極的に行なっている。		
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	日頃より利用者との会話や行動から意向を汲み取り、その人らしい暮らしが送れるよう配慮し支援している。	利用者との関わりの際に、「何が好き」「出かけるの何処がいい」と問いかけたり、意思の疎通が困難な場合には家族からの情報を得たりしている。また、利用者同士の会話の内容から、本人の気持ちを理解することが大切であると考え、支援している。	
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	入居前に聞き取り調査をして利用者情報提供調査票を作成し、生活歴や生活環境を理解している。		
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	介護日記に記入したり、申し送りノートに記入して職員の誰もが利用者の現状把握が出来るようにしている。		
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	利用者1人につき、2~3人の職員が担当して観察して素案を作成し、1ヶ月に1度のケアカンファレンスで全職員の意見を求め、介護支援専門員が作成している。完成したケアプランを家族に説明し、要望があれば修正した上で署名していただいている。	面会時に、家族から希望を聞いており、面会にみえない家族には、手紙や電話で連絡をしている。担当職員制を採り、職員は長期6ヶ月・短期3ヶ月の介護目標を立案し、モニタリングを実施し毎月のケアカンファレンスで見直しを行っている。	
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	ケアプランの内容が記された個人日記に、実践結果や気付いたことを記入したり、職員の申し送りノートを活用し、情報共有している。		
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	医師との協力体制のもと、施設看護師とも連携し、体調の変化に随時対応できるようにしている。終末期ケア対応も行なっている。		

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
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	介護相談員や民生委員の方々に運営推進会議に出席いただき助言をもらい、サービス向上に役立っている。地域のボランティアや保育園児を積極的に受け入れ交流をはかっている。		
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	入居時に家族の希望で今までのかかりつけ医が訪問診療医を決めていただいている。受診したら必ず結果を「受診ノート」や個人日誌に記入し管理している。	家族の希望を聞いて、専門医に受診の方の他は殆んどが協力医となっており、2週間毎に往診がある。受診状況は、家族に報告をしている。歯科も訪問診療である。精神科は、協力医の紹介により受診している。非常勤看護師は、バイタルチェックや職員からの必要時の電話での相談に対応し、健康管理を行っている。	
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	非常勤看護師によるバイタルチェックでの体調管理を受けている。訪問医とも連携をとってもらい、適切な治療が適切な時に受けられるよう支援している。またいつでも連絡をして介護職員の疑問にも答えてもらっている。		
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。	入院時に、医療機関宛てに情報提供書をお渡ししたり、職員が訪問して医療機関との連携を図っている。また早期退院ができるよう、医療機関との情報交換や相談も積極的に行なっている。		
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	看取りケア対応指針や看取りマニュアルを整備している。訪問医の判断により看取り時期に入ったことを家族に説明すると共に同意書にサインをしていただいている。主治医・家族等出席の看取りケアカンファレンスで家族の意向に沿えるよう支援している。	契約時に、重度化や終末期についての説明をしている。心身の変化時には、病院や訪問医が家族を交えその都度話し合い、方針を共有している。ホームは重度化や終末期の対応指針を作成し、家族の意向に沿った支援をしていきたいと考えている。職員に対する精神面での配慮の強化が課題と考えている。	
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	消防署の指導により消防訓練時に全職員参加で心肺蘇生法やAEDの使用方法を習っている。医師や看護師から急変時の初期対応の指導・助言を受けている。		
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	防災マニュアルや緊急時の連絡網を作成している。年2回のうち1回を夜間想定で行なっている。近隣住民に呼びかけ消火訓練に参加していただいている。また今年度から毎月避難誘導訓練を行い、回数を重ねることで緊急時にスムーズに逃げられるようにしている。	年2回の避難訓練の内1回は消防署が立会い、夜間を想定して利用者も一緒に行っている。近隣宅に直接声をかけて、参加して頂いた。今年度は、入居者を不安にさせず実施できるように、毎月の避難訓練を目標に行っている。夕食後はガスを使用せず、電気のコンセントを抜き確認をしている。防災マニュアル・連絡網を作成し、隣接の施設や地域の方・代表者・近くの職員が駆けつける体制をとっている。	

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
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	一人ひとりの尊厳を大切に、入室時は必ずノックや声かけをしている。またトイレや入浴時も恥ずかしさや負担を感じないようにドアを閉めて近くで見守る等の配慮をしている。	利用者を尊重し、呼称は「さん」としている。居室入室時は、必ずノックや声かけを行い、利用者が居室にいる時にはドアを閉めるようにしている。トイレ誘導時は耳元で行い、浴室入口には見えないように暖簾を設置するなど、誇りやプライバシーを損ねないよう支援している。	
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	利用者の意思を尊重し、信頼関係を築くなかで、何でも言いやすい雰囲気作りを心がけている。自己決定しづらい場合は選択肢を少なくして選んでいただけるような工夫をしている。		
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	居室で過ごしたい人、食堂でテレビを見たい人、本や新聞を読みたい人等自由な時間を過ごしていただいている。レクリエーションも無理強いせず休みたい時は休んでいただけるよう希望に沿った支援をしている。		
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	衣服選びは自分の好みでおまかせしているが、同じものを身につけていたり、季節に合わないものを着ているときはさりげなくアドバイスするようにしている。化粧をしているときには、「きれいですね」と言葉をかけたりしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	裏の菜園で作った野菜を職員と一緒に収穫し、新鮮なうちに食べている。ひな祭り等の行事の時はちらし寿司やいなり寿司を作れる人に手伝っていただいている。	食材業者の食材に、ホーム菜園の季節の野菜を加えて、職員が朝・昼・夕と調理している。体調に合わせて粥食や刻み食を提供し、職員と利用者は同じテーブルを囲み、会話しながらの食事となっている。職員は、利用者のテーブル拭きや後片づけに感謝の言葉を添えている。また、食事のアンケートを実施し、生寿司・焼き饅頭(おやつ)を提供したり、外食に出かけたりしている。	
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	食事の摂取量を日誌に記録し、食べる量を把握している。摂取量が少ない方には、別の副食を用意したり、いつでも水分補給が出来るよう、麦茶やお湯を用意して好みの飲み物を飲んでいただいている。		
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	毎食後の口腔ケアの声かけ、見守り、介助を利用者に合わせて行なっている。就寝前は義歯を洗浄剤につけて清潔を保っている。		

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	排泄チェック表を用意し、一人ひとりの排泄パターンを把握している。声掛けをまめにしたり、状況に合わせてトイレを利用して、排泄の自立支援をしている。	排泄チェック表及び介護日誌で排泄パターンを把握し、声かけや排泄のサインを見てトイレに誘導している。昼間はパンツ型を使用し、歩行が不安な方は夜間のみポープルトイレを使用している。	
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	排泄チェック表により排便の有無を確認し、水分補給や運動の勧め、おなかのマッサージ等を行い排便を促している。また医師や看護師に相談し服薬調整を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	時間と曜日の決まりはあるが、希望があれば他ユニットでの入浴も可能である。体調不良などで入浴できない場合は全身清拭等を行っている。	週2～3回の入浴日は決められているが、体調や入浴を拒否する方の変更等では、他ユニットの入浴日に利用ができる。毎日希望する場合でも、入浴が可能である。夏場や汚染時はシャワー浴を行い、季節には菖蒲やゆず・入浴剤を使い楽しめるよう入浴を支援している。	
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	昼夜逆転しないよう日々の生活リズムを整え、日中の活動に無理のない程度に参加していただき安眠できるよう支援している。体調を考慮しながら希望に応じ昼寝や休息も取り入れるようにしている。		
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	各々の薬についての情報は職員が常時確認できるファイルに保管し職員全員が把握しやすいようにしている。また、必要に応じ医師や薬剤師に確認するようにしている。		
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	利用者の力や能力に応じた生活の中での役割を持っていただき張り合いのある日々を送っていただけるよう努めている。季節の花を見に行ったり外食を楽しんだり、好きなお弁当を頼み気分転換を図っている。		
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	天気の良い日には午前・午後の2回外に出て散歩やレクリエーションをしている。希望に応じ、近隣のコンビニエンスストアやスーパーへ買い物に行っている。年に1度は家族も参加するバス旅行や納涼祭を開催している。	天気が良いと午前・午後と散歩に出かけ、木陰の長椅子で外気浴をしている。レクリエーション後にはコンビニエンスストアまでアイスクリーム購入に出かけたり、歩行できる方は一緒にスーパーマーケットに買い物に行ったりしている。年1回は家族の協力を得てフラワーパークに利用者全員が参加のバス旅行を計画し、外出支援をしている。	

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
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	お金の管理が出来る方には、所持していただいている。管理が難しい方は施設でお預かりし金銭管理帳にて管理し、家族に確認していただき、サインをいただいている。		
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	希望に応じ、支援している。手紙も出掛けたついでにポストに投函する等の支援をしている。手紙をやり取りしている相手が納涼祭に参加して下さったりしている。		
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	玄関や共用スペースには、職員や近所の方々にいただいた季節の花を飾っている。廊下には外出時やイベント時に撮った写真を飾ったり、利用者と職員で作った季節の飾りを貼って楽しんでいただいている。	玄関は開放的で、季節の花が活けられている。廊下は車椅子で行き交う広さがあり、トイレも車椅子でも十分な広さがある。廊下や共用スペースには、利用者と職員が作成の季節の花の貼り絵が飾られている。ホール一角には、床の柔らかなカーペットで昼寝する利用者の姿がある。	
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	畳の部屋にソファを置いたり、冬にはコタツを出したり一人ひとりが寛げる場所を作っている。		
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	入居の際、今まで使っていた家具等を持ち込んでいただき、自宅にいた時の環境と変わらないように配慮している。	自分で選べるよう洋服がかかっていたり、自作の俳句や家族の写真が飾られたり、テレビや馴染みの籐の家具3点が置かれたりして、家族が本人と共に寛いで帰られるなど、居心地よく過ごされる工夫をしている。	
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	自分の部屋やトイレの位置が分かるよう目印をつけたり、名前を大きく書いたりしている。バリアフリーに配慮し、段差をなくしたり、手すりの整備もしている。		