

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	2172600666		
法人名	社会福祉法人新生会		
事業所名	グループホームもやいの家 泉		
所在地	岐阜県揖斐郡池田町本郷1501番地		
自己評価作成日	平成23年8月 3日	評価結果市町村受理日	平成23年10月13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.kaigokuhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172600666&SCD=320&PCD=21
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ぎふ住民福祉研究会		
所在地	〒503-0864 岐阜県大垣市南順町5丁目22-1 モナーク安井307		
訪問調査日	平成23年8月26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)】

開設以来、誰もが訪れやすい地域の中のグループホームを目指しており、家族、友人、ベビーボランティアの幼児など多くのボランティア・見学者・研修生が訪れ、世代を超えた生き生きとした交流がある。平均年齢95歳、88歳から103歳の方が入居され、お一人ひとりがホームの中で、自分の役割や存在感を持ち、認め合い、支え合いながら暮らしている。多職種の関わりによる丁寧なアセスメント・ケアを大切に、その方の「生活力」「強み」を引き出し、尊厳を支えるケアの実践に努めている。近隣スーパーへの買い物や喫茶店、季節ごとの花見や地域の文化祭、入学式、温泉に出掛けるなど普通の暮らしの継続を支援している。職場研修や岐阜県複数事業所連携事業による研修を3年間継続し、ネットワーク他事業所との連携を深めながら、職員個々、チームのスキルアップ、地域のケアの質の向上に努めていきたい。

【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)】

「利用者が、若い職員やベビーボランティア、小中学生や地域の方など、様々な世代と関わりながら自然な形で暮らしている」そんな共生をめざし作られたホームである。開設7年目を迎え、日常的に近隣の方と触れ合う機会も多くなっている。防災訓練にも近所の方の参加があり、ホームへの理解も年々深まっている。また敷地内に特別養護老人ホームやデイサービス等を併設しており、支援の連携を図り、法人全体で利用者一人ひとりの自由な暮らしを支えている。また研修会での学びや現場での気付きを通し、ホーム理念や利用者主体のケアが職員間で徹底されている。温かくゆったりした流れの中、利用者の穏やかな表情とそこに寄り添う職員の笑顔が印象に残るホームである。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活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	法人理念を基に、地域で安心して暮らすをホーム理念を掲げている。全職員が障害者体験、研修を通じ、理念をケアに活かしている。事業計画、年間行動計画を作成、課題解決の為に意見交換を行っている。	“地域の中で利用者各々の『強み』を活かし、その人らしく暮らしていただきたい”との思いで理念を立ち上げている。新人研修では、理念に立ち返った振り返りの大切さを伝えており、現場でも常に共有を図っている。	
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	近隣に通信の回覧と共に手作りおはぎをおすそ分けしたり、近所の方が庭で採れた果物を届けて下さる等日常的な交流がある。紙芝居等継続して来て下さるボランティアがあり、地域の風を運んでいる。	利用者が職員と共に通信を近所に持参しており、ホームへの理解も日毎に深まっている。最近では顔なじみとなった方も多く、散歩などで会えば挨拶を交わし、世間話をする機会も増えている。	
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	ボランティアや見学、研修、学生の実習受け入れを利用者のプライバシーや生活に配慮し行っている。他事業所とのネットワークを作り、研修を実施、地域へのケアの還元を目指している。		
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	行政、区長、コミュニティ診断士、外部評価委員、家族を推進委員とし、2ヶ月に1回継続している。日々のケア、外部評価の報告、運営状況、防災、人生すごろくなどを通じ意見交換し、サービスに活かしている。	会議が参加メンバーによる活発な意見交換の場となるよう、事前に準備し開催している。消防署に災害対策の話をお願いしたり、自己評価を含め外部評価の結果を報告し、モニター役になってもらっている。	
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取り組んでいる	母体施設では、機関紙を発行、介護予防教室、モデル事業に取り組み、自治体と連携をしている。地域包括支援センター主催のケアマネ連絡会に参加している。研修会の情報提供や通信等で近況を伝えている。	地域に配布する通信が出来上がった時には町役場の窓口に持参し、その際にホームの近況や利用者の様子を報告し、行事予定も伝えている。また介護や認知症に関する研修会の案内等も持参している。	
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	日中は玄関、テラス、裏口共鍵をせず、自由に出入りできる環境にある。一人で散歩する方を母体施設との連携の中で見守り支援している。思い・原因を把握し、対応を検討、拘束しないケアを実践している。	施錠を含め身体拘束は行わない方針をたてている。利用者が持つ様々な症状の原因をひも解き、拘束をしなくて済む対応を検討し実践している。併設施設及び地域とも連携を図り、利用者の自由な暮らしを支えている。	
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	法人内外の研修で学び、背景にある原因・対応を考え、困難ケースには他職種によるカンファレンスを実施、拘束しないケアが当たり前になっている。職員研修プログラムに組み入れている。		

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
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	県主催の勉強会や認知症実践者研修などで学び、閲覧できるようにしている。法人内研修プログラムに組み込まれており、各々が学ぶ機会を持っている。必要に応じ成年後見人制度を活用するケースもある。		
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	見学、調査、契約と十分に時間をとり家族の不安、疑問に答え、契約内容の説明を行っている。書類は一度持ち帰り、内容を確認後押印頂いている。入居時に再度、要望、不明な点を説明するよう配慮している。		
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	契約書に相談窓口、第三者評価委員を明示し説明、家族交流会時などによらず相談を実施、願い、要望を支援に取り入れている。意見箱の設置、話しやすい雰囲気を作り、思いを聞くよう配慮している。	家族を招いての交流会では、スライドショーで利用者の日頃の様子を伝え、家族から思いや要望を聞く機会にしている。また日常的に家族の訪問も多く、ゆったり過ごしてもらえるよう心がけている。	
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	採用時職場研修を行い、理念に基づいた支援が出来る者を採用、随時面接を実施している。職員の意見や提案を聞き、利用者の立場に立った発言を行い、皆で作っていく職場作りをしている。代表者と語る会がある。	管理者およびリーダーは職員一人ひとりの声に耳を傾けると同時に、共に取り組んでいくよう職員にも意見を求めている。また会議ばかりでなく個人面接の場もあり、職員の思いを聞く機会を作っている。	
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	人事考課システムを整え、定期面接を実施し、年度末に達成度等自己評価、上司面接を行い、人事や勤務条件、研修の要望等を聞いている。親睦会やグループホーム懇親会を実施、働きやすい環境を作っている。		
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	新人研修、他部署・他施設研修、法人内外勉強会・研修、専門委員会への参加の機会を設け、研修計画を基に資格取得やスキルアップに努めている。職員の強みが支援に活かされ、仕事のやりがいに繋がっている。		
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	グループホーム協議会参加や他施設の研修、見学の受け入れが多い。複数事業所とネットワークを組み、研修を企画・実施したり、専門事業部会では、会議を開催、職員間の交流、専門性の向上を図っている。		

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	入居前に見学や試し利用、ショートステイ等ホームに馴染んでもらい、信頼関係を作っている。事前に嗜好調査や強み調査表、事前指定書を記入、自宅訪問で生活の様子を知り、思い、願いの把握に努めている。			
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	入所相談では、見学、心身状態、入居に至る経過等収集、入所判定委員会で入所決定している。自宅訪問により、理念やケアの説明、家族のニーズを確認、不安を軽減、一緒に支えるスタンスで関わっている。			
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	在宅介護支援センター、生活相談員と連携し、相談の対応、その後のサービス調整に努めている。見学、相談等で実際に見て体験し、その方に合った場所が選択できるよう対応、待機者へ通信を発送している。			
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	畑や干し柿、漬物や梅干作り等スタッフが教えてもらうスタンスで、共に行っている。新聞を読み、仏飯を供え、読経する等をそれぞれが主体的に行い、普通の暮らしが継続できている。愛犬の看取りを皆で行った。			
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	介護計画に家族の役割を明示、居室作りや外出、行事で共に過ごせるよう協力を得ている。カンファレンスや面会、電話で健康状態も含めた生活状況を伝え、家族から外出の様子や受診結果等情報を共有している。			
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	馴染みの美容院や自宅へ行く、知人の訪問等家族・友人、地域のボランティアの出入りが多い。家族が誕生祝いや敬老会、グループホーム合同の母の日交流会等の行事に多く訪れている。	家族と共に利用者のこれまでの生活背景を共有し、なじみの人や場との関係が続くよう支援している。100歳を祝い親戚が集まる席に職員が同行し、ホームでの様子を伝えるとともに利用者にもまつわる話も聞くことができた。		
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が同士の関係が握り合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士声を掛け、体操、読経、団欒等自然な関わりが出来ている。互いの良い部分を伝え認め合える声掛けを工夫、裁縫、貼り絵、畑作業、臨床心理士のコラージュ療法等強みが活かせる場面を作っている。			

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
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	退居後も家族がホームに立ち寄る等自然な交流があるケースもある。デイサービス時にグループホームを居場所として利用を継続しているケースもあり、相談しやすい雰囲気とニーズに応じ、対応している。		
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	相性に配慮し、席のアセスメント、会話の橋渡しを行い、ニーズの把握に努めている。寄り添い、強みを支援、行動・心理症状を軽減することで、自発的な言動や笑顔を引き出し本人の意向をケアに反映している。	専門家による回想法やデコパージュ療法などから、普段は表わされない利用者一人ひとりの思いを感じ取ることができる。全職員がその思いを共有し、個別のケアに反映させている。	
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	強み調査表等の情報や他サービス利用時の情報、回想法実施等から生活歴を把握、興味を持って主体的に取り組めることをアセスメント、個々に合わせ、貼り絵、裁縫、カラオケ、百人一首、外出サポートしている。		
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	日頃の状態を観察、生活歴を理解、アセスメントシートを活用し、ニーズに即したプランを作成している。MNスケールやDFDLスケール、ケアチェック表を使用、多職種の視点を加え客観的評価により把握している。		
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	強みアセスメントを加えたニーズ把握、カンファレンスで家族の意向を確認、多職種の連携でより個別の介護計画を作成している。暫定プランを1ヶ月で評価、その後3ヶ月ごと、状態変化に合わせ見直している。	地域の一員として、今までの生活を継続していくためには何が一番必要かを考え、介護計画を作成している。担当者を決め、目標を踏まえケア内容を評価し、問題点は全職員でカンファレンスを行い見直しにつなげている。	
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	電子手帳を活用、提供したケアと状況をパソコンに記録している。個々の思いがプランに反映されるよう発言等も記録、モニタリングしている。申し送りノート、ヒヤリ・ハット、リスクシートを活用、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	併設デイホールを公民館と位置づけ、餅つき、法話等多彩なレクに参加、デイ・特養利用者がホームにティータイムやレクに訪れる等生活の広がりを事業所の枠にとらわれず支援、優しい住み替えを目指している。		

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	近隣スーパー、喫茶店利用、運動会、文化祭等地域行事に参加、消防訓練等近隣の理解を得ている。徘徊時は警察や住民の協力を得て連携している。ボランティアの訪問により、盆踊り等の行事を豊かにしている。		
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	入居時に主治医の確認と入居後の医療機関を選択してもらっている。母体施設医師の往診の他併設協力病院の診察、精神科受診、歯科医の往診も可能であり、緊急時・夜間も対応出来る体制をとっている。	入居時に主治医の選択を確認している。入居前のかかりつけ医に家族付き添いで受診する方もあり、結果の報告を受け共有を図っている。協力医が隣接しているため、緊急時や夜間の対応も安心できる体制がある。	
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	訪問看護ステーションと契約、月2回体調管理と相談、夜間・緊急体制をとっている。入居時は、看護師が家族から在宅での健康状態を確認、随時連携している。介護職員の吸引等医療行為勉強会を行っている。		
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。	協力病院は同敷地内にあり、夜間や緊急時にも必要な治療、入院が受けられる。見舞い時状態を伺う等医療機関、家族と連携し支援している。早期退院を希望するケースも多く、退院に向けて主治医、看護師、リハビリ職、家族を交えカンファレンスをしている。		
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	重要事項説明書に協力病院を明記、重度化対応・看取り指針を作成、同意を得ている。入所時事前指定書で終末の支え方、意向を確認、状態に合わせたカンファレンスを設定、勉強会や多職種の間、ターミナル委員会と連携、チームで支援している。	入居時に事業所の終末期における対応指針を説明し、本人・家族に確認し同意を得ている。状況変化に応じ、本人・身内・職員・かかりつけ医と十分に話し合う場を作り、方針を共有して取り組んでいる。他の入居者にも説明して、最期の見送りも出来る体制がある。	
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	急変時等は、訪問看護、主治医と連携し対応する。緊急対応マニュアルに搬送医療機関や連絡先を明記、緊急に備え、誤燕時の対応等実践を伴った訓練を実施、周知している。東北防災支援に職員派遣する。		
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	災害マニュアル、消防計画を作成、報知機、消防署の通報装置を設置、母体施設、協力病院、住民と消防訓練を実施した。防災備品の点検や法人委員会に参加、緊急連絡簿訓練実施。今年度スプリンクラー設置予定。	年2回、消防署協力の下、地域住民、母体施設も参加しての防災訓練となっている。夜間を想定して、ホーム独自の訓練も行っている。様々なリスクを想定し、職員は確実な誘導が出来るように取り組んでいる。消防署直通の非常通報装置が設置されている。	

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
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	理念に基づき利用者主体、個を尊重する言葉かけ、対応をしている。生活背景や思いを大切に能力アセスメント、出来ないことはさりげなく援助している。職場研修実施、個人情報や表札等掲載は同意を得ている。	入居者の思いを最優先し、尊厳を大切にしながら声かけしている。全ての職員が否定的な言葉は発せず、利用者の出来ないところをさりげなく支援している。	
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	ティータイム飲み物や服装、レク参加、献立等日常生活の中での自己決定を大切にしている。買い物や美容院、郵便を送る等本人のしたい事が出来るだけ支えられる選択肢を用意、NOと言わない支援をしている。		
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	個別のその日の状態に合わせて起床、食事を遅らせたり、入浴時間の希望や休養時間の確保、友人の面会や家族との外食・外出、ボランティア幼児と過ごす等本人のリズム、ニーズを生活に取り入れている。		
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	家族と協力、その方らしい服装やお洒落を支援している。整容や衣類の乱れ、重ね着はさりげなく整えている。イベント時の洋服、ゆかた、敬老会の正装、美容院やビーズアクセサリー作り等楽しみの一つである。		
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	買い物での食材選び、盛り付け、配膳、片付けは各々が役割を担い行っている。行事時は家族も交え食事を楽しんでいる。畑で取れた野菜、庭のびわや収穫した梅など視覚から食を楽しんでもらっている。	畑で採れた野菜や、利用者が先生となって作った梅干が食卓に並び、作り方や味などが話題となり、笑顔の食事風景であった。盛り付けや後片付け等、自分の役割として入居者自ら率先して行っている。個々の強みとして職員は見守っている。	
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	嚥下・咀嚼状態に応じ食材の大きさ、調理法、トロミ、嚥下体操をし、介助が必要な方の傍に職員が座り、食器の入れ替え、摂取を促している。摂取量はパソコン管理、おにぎり、粥、高カロリー食品等提供している。		
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	個々のアセスメントを基に洗面所の声掛けや誘導、歯磨き、うがい、義歯洗浄の声掛け、介助をしている。口腔内炎症等の確認も行っている。歯科往診や歯科衛生士、言語聴覚士の助言を受けることが出来る。		

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	排泄表で排泄間隔を把握、フィットパンツ使用や立ち上がりバー、ポータブルトイレ設置等安易にオムツを使用しない支援をしている。失禁の際は、着替え等手早く用意し本人の負担を軽減、プライドに配慮している。	利用者の排泄パターンを把握し、さりげなくトイレ誘導している。居室からトイレへの移動の仕方、ポータブルトイレの使用等を全職員でアセスメントし、利用者の出来る事は見守りながら、自立に向けた支援を行っている。	
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	便秘がちの方は、家族の協力を得、個人持ちヤクルト、ヨーグルトや漢方薬、散歩、体操等体を動かす機会を作っている。献立に繊維質の食品や乳製品を取り入れ排便間隔を把握、便秘予防に努めている。		
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	気分、体調により時間帯、温度等配慮、個浴でゆったり入浴できる。ゆずや入浴剤、足湯等入浴が楽しめるよう支援、身体状況により作業療法士と連携し、シャワーチェアや母体施設で入浴する方もいる。	利用者の体調に合わせて、希望に沿うような入浴支援をしている。週3回が基本となっているが、希望があればいつでも入浴できる。身体状況により、母体施設の特殊入浴を利用される方もある。	
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	日中の家事作業、レク、散歩等や身体状況に合わせて休養時間を調整、生活リズムを整え、睡眠を確保している。不眠傾向の方は、暖かい飲み物を提供、心理士の関わり等思いを聞き不安感を軽減している。		
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	服薬マニュアルを作成、薬剤情報を綴り、全職員が目を通している。担当を決め責任持って服薬管理が行えるよう申し送りノート、会議で共有している。訪問看護、主治医と連携、体調の変化に留意している。		
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	生活歴を理解し役割を依頼、負担なく継続できる事を強みと捉えている。畑仕事、家事、貼り絵、パズル等多様である。流しそうめんやすいか割り、花火、バーベキュー等暮らしの潤いと張り合いを支援している。		
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に支援している	併設特養利用者との交流やデイセンター利用、スーパーや喫茶店、ドライブに行く等日常的に行っている。家族の協力により墓参りや自宅に行く、ホーム内行事を要望を取り入れ企画、弁当を持っての花見、初詣、喫茶店、池田温泉への外出を支援している。	馴染みの美容院や墓参り、近所の喫茶店や買物など日常的に外出している。併設施設での習い事や地域の行事への参加など、個別に対応し、利用者の希望に沿った支援をしている。100歳のお祝いに家族が料亭での食事会を用意され、その際には同行支援している。	

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
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	管理能力をアセスメント、要望を聞きお小遣い程度を手元で管理、相談しながら買い物、使い道を支援している。預かりの方は、外出時財布を持ってもらう等馴染みの店でのやりとりが社会との交流になっている。		
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	母体施設敷地内のポストに手紙が出せる。電話はリビングにあり、希望に応じ使用している。押し花のはがきを作り、友人、家族へ送る、年賀状のやりとりを支援している。家族から定期的に絵手紙が届く方もいる。		
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	リビングに日差しが差し込む木目調の落ち着いた創りである。洗面所、トイレ、リビングは居間から分かりやすい位置に配置、適度な広さで振舞いやすい。花、絵画、日めくり、利用者手作りの貼り絵、畑の季節毎の野菜等家庭生活が継続できる。	日当たりの良い大きな窓から、庭先の季節の野菜や花が見渡せ、玄関には季節を感じさせる虫の声、低めのカウンターで食事のお手伝いも出来、ゆったりとした家庭的な雰囲気がある。ペーパーボランティアの子供とのふれあいが、より一層の笑顔となっている。	
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	主にくつろぐリビングの他、セミリビング、和室、テラスがあり、相性、活動、気分に応じ空間の使い分けを支援している。家族面会時はセミリビングでゆっくり話したり、生活の様子をアルバムで一緒に見てもらっている。		
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	入居時に家族と相談し、自室と認識しやすいくつろげる居室作りを依頼している。馴染みの家具や小物、時計、写真等を持ち込み、季節の花を飾る、室温や衛生面の配慮等居心地のよい生活空間が作れている。	貼り絵などの飾り物や、花が飾ってある居室、入居者の生活習慣に合わせた畳の部屋等、利用者個々の個性が現れている。使い慣れたタンスや、家族の写真など持ち込み、居心地良く過ごせる工夫をしている。	
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	利用者の力が活かされるよう最小限の手すりで、自助具を活用、自立支援とリスク管理に努めている。対面キッチンで見守りやすく、玄関スロープは緩やかで外出しやすい。併設特養空間も自由に行き来している。		