

(別紙の2)

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	業務マニュアルをすべての職員に配布。施設内の目に付くところに理念を掲げ、年1回、5つの花びらの研修を通じ、共有、実践を行っている。認め合い運動の一環としていいとこの一とに職員の強みを記載し、強みの発見と成長に取り組んでいる。	理念については玄関、各ユニット、事務所等に掲示し来訪者にも解るようにしている。職員間での共有や実践に繋げるため、月1回開かれるユニット会議の中でも確認し合い支援に役立っている。家族に対しては入居時に理念に沿った取り組みについて説明している。新入職員についてもオリエンテーションの中で理念について細かく説明を行い、ベテラン職員の姿を見せ育成するようにしている。	
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	自治会に加入。年間を通じた、保育園、小学校との交流を計画的にしている。敬老会、運動会、豆まき、焼き芋大会等を実施した。散歩やスーパーへの買い物等にほぼ毎日外出し、交流を図っている。	自治会費を納め、区の一員として避難訓練、交流会等、参加出来る行事に参加している。保育園とは焼き芋大会、敬老会、運動などで交流し、小学校とは音楽会、豆まき等での相互交流を行い、地域の人々とは日常の散歩時に挨拶を交わす関係となっている。3月には手作り雑巾を小学校にプレゼントし喜ばれている。また、中学生の職場体験もあり、おやつ作り、レクリエーション等で交流を図り、後日行われる職場体験の発表会にも招待を受け見学に出掛けている。更に、歌、手遊びなどのボランティアの来訪があり、利用者も楽しんでいる。	
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	地域のケアマネージャーや市内で介護されているご家族の来訪や電話相談などは都度丁寧に対応している。		
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	推進会議は、ご家族、介護相談員2名、今年度より、介護職員も加え、毎回積極的意見交換を行い、指摘事項については、職員に周知し活かしている。議事録は掲示板に貼り公表し、職員は回覧にて情報共有を図っている。	区長、民生委員、市介護保険係職員、介護相談員、家族代表、ホーム関係者の出席で2ヶ月に1回、偶数月に開催している。活動状況、評価結果などを報告し、要望や助言、それに対する考え方等について出席者から意見を頂き、運営の向上に繋げている。今年度より職員の出席も始まり、議事録の開示に合わせ運営推進会議が身近な物となり支援に活かされている。	
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	運営推進会議の場を通じ取り組んでいる。また、事故発生時の報告を速やかに行ない、情報の共有や再発防止に向けた協力関係を築いている。	少なくとも月1回は市介護保険係を訪問し、事故報告等を行い、ホームの現状等についても話し連携を深めている。月1回市の介護相談員の来訪が2時間ほどあり、一人ひとりの利用者や交流の時間を取り、終了後には管理者との懇談を行い、ホーム行事の収穫祭や避難訓練にも参加をいただいている。介護認定更新調査は家族と市が連絡を取り合い都合をつけ、調査員が来訪しホームにて行い多くの家族が立ち会われている。	
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「介護保険法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	ケアについてユニット会議で検証。入社時及び、定期研修を通じ周知している。玄関は、自動開閉ができない構造であるため、職員が都度付き添い玄関の出入りをお手伝いしている。	現在拘束を必要とする利用者はなく、また、拘束のないケアに全体で取り組んでいる。外出傾向の強い方もいないが、玄関はナースコール対応での開放となっている。転倒落下防止を図るため家族と相談の上、夜間、センサーマットを使用する方と低床ベットを使用する方がいる。身体拘束のマニュアルを見直し、3ヶ月に1回不適切ケアについての研修会を行い、特に「行動」、「言葉」等の拘束をしないよう意識を高め支援に当たっている。	

八幡グループホームみのり

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
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	年2回の研修を通じ学びを深めている。また、3か月に1回、各ユニットごとのケアアンケートを実施し、ユニット会議で検証。事故報告書を小さな変化でも提出する仕組みがあるため、変化を共有することで防止に努めている。		
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	入居時支援している。また、管理者は研修参加を通じ成年後見制度の理解を深めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約は入居前面談により、十分な説明を行い、理解を得ている。制度改正時には、重要事項説明書を交付し、承諾頂いている。また、ケアプランの見直し時期には家族の同席頂き、同意を得ている。		
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	意見箱を玄関に設けている。また、研修や日頃の面会時にあった希望や要望を日々のミーティング等で確認し、反映している。年1回本社より、満足度アンケート調査を実施し、意見、要望を運営に活かしている。家族会として収穫祭を実施し、家族や相談員を招き意見反映している。	利用者の思いは言葉や表情から受け止め、希望に沿った支援に繋げている。家族の来訪は週1~2回、月1回位の方が多く、全家族の来訪があり、来訪時にはホールで他の利用者とも和気あいあいに過ごしている。家族の意見や要望は電話等でも細かく聞いている。ホーム便り「みのり通信」を毎月発行し、ホームでの様子をお知らせしている。また、年1回開かれる収穫祭には全家族の来訪があり、今年度はハーブ演奏や食事会等を通じ家族同士の交流も深めている。	
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	利用者のつぶやきなども介護日誌に記入。棟会議、リーダー会議、拠点長会議、幹部参加によるライフサポート会議など提案を聞き業務に反映させている。毎月ユニット会議、リーダー会議を実施し、職員の意見反映に努めている。	月1回、夕方4時から全職員参加でユニット会議を開催している。ひもときシートを基にしたケア研修や不適切ケア研修などを行い、業務改善についての意見交換等も行い、質の向上に役立っている。人事考課制度があり個人別に目標設定を行い、自己評価の後、年2回、法人の部長と管理者による職員個人面談が行われ、意識の向上へと繋げている。	
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	人事考課制度があり、各スタッフは、自己評価後、1次評価者、2次評価者と面談を行う。また、キャリアパスにより各々がレベルに応じたスキルアップが出来るような環境を整えている。		
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践と力量を把握し、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	年間研修計画に応じ、毎月事業所内全体研修を実施し、外部講師も招いている。日常の業務やケア会議を通じたOJTを実施。キャリアパス計画に沿ってレベル等に応じた社外研修も参加している。		
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	千曲市介護保険事業所連絡会 施設部会参加し、合同研修会やグループワーク、事例検討を通じ、資質向上に努めている。		

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
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	自宅等事前訪問を必ず行い、ニーズ把握 意向の確認を行なっている。また、センター方式シート、アルバムを用いた過去の生活把握。本人の声に耳を傾け関係を構築している。		
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	基本的に自宅訪問による家族面談を行い、ご家族にもセンター方式シートのご記入に協力頂き、認知症発症前からの情報を収集。家族の意向や要望の確認を行っている。		
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	施設ケアマネが入居前より、個別相談受付を行なう。適切な施設紹介や在宅ケアマネージャーとの連携を図っている。		
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	5つの花びらの理念のもと、本人の出来る能力を活かせるケアプランを立案し、家事活動や草取りの参加、献立作成などを通じ本人の生きがいへとつなげるよう関係を築く努力をしている。		
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	入居前面談、更新時面談等により、家族の役割を確認しながら、ケアプランに家族の役割を位置づける。支援の方針を担当者会議や面会時に確認しながら関係を築いている。通信紙や収穫祭の場を活用し家族とのつながりを大切にしている。		
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	親戚や友人、近所などの面会が多くあり、お茶のみ、外出、外食を楽しめるようにしている。なじみの自宅、近隣住民、職場の同僚などのつながりを大切に、入所後も関わりを意識的に持つよう働きかけを行う。	利用者も近隣からの方が多く、近所の方や友人の来訪があり、ホールで寛いでいただいている。友人に電話をしたり手紙のやりとりをしている利用者も数名いる。年賀状は利用者の力量に合わせホームとしてお出ししている。家族と好きな物を買ひ物に出掛ける方も数名いる。また、毎日交代でホームの食材買出しに職員と一緒に近くのスーパーにも出掛けている。	
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	日常的に利用者同士、洗濯量、衣類の修繕、下膳など出来る人が出来ない人をサポートしている。職員は関係を築きやすい座席に工夫したり、仲介をするなど関係構築に努めている。		

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	必要に応じ関係機関と連携をとりながら、継続した支援が出来るよう、情報の提供をおこなっている。ご家族からの連絡、野菜類のお届けなどいまだに終了後のご家族来訪。			
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	利用者の生活歴の把握を行い、本人本位の希望や意向の把握に努め、どうすれば実現するか視点で考え支援に反映。入所前訪問ではアルバム等を作成し、スタッフで共有している。日常的に本人の選択の場面を多く持つ。	殆どの利用者が言葉を含めて意思表示の出来る状況であり、選択の幅を広げつつ取り組んでいる。また、利用者同士、利用者職員がお互いを思いやり、世話をやいたりやかれたりしながら日々の生活を送っている。自分の要望をはっきり言われる方が多いが、状況によっては居室、事務所等で静かに話を伺うこともある。家族からお聞きした過去の生活歴等も参考にしながら何か変わったことがあった時には申し送りで情報を共有し、意向に沿った支援をしている。		
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	入所前の生活を事前訪問により把握し、介護スタッフにわかるように情報を共有しなじみの暮らし、こだわりを大切にしながら、穏やかな時間が継続できるようにしている。			
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	朝夕のミーティング時間で、情報を共有。なじみの生活に近づけるような過ごし方をアセスメントしている。			
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	毎月、計画作成担当者が出力したモニタリング表を全スタッフに回覧、追記。棟会議、ケア会議、担当者会議を通じ計画作成に反映させている。定期的にケアプランを見直し、家族を招き担当者会議を開催している。	全職員で毎月モニタリングを行い、計画作成担当者が原案を作成しユニット会議で職員に提案し、話し合い、プラン作成時には家族にも来訪して頂き意向をお聞きし作成している。プラン見直しについては短期目標を3ヶ月～6ヶ月、長期目標を6ヶ月～1年の期間でそれぞれ行い、状況に変化が見られた場合には随時、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	日常生活支援シート 介護記録 モニタリングを個別に記録し、毎日の引継ぎや棟会議に活かし情報共有に努めている。			
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	検討を重ねながら、出来る体制の中でその日の状態や状況に応じた柔軟な支援をしている。			

八幡グループホームみのり

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
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	地域資源は回覧板等により、把握し、参加できる活動は柔軟に参加できるよう努めている。区長さんが地区の会報をこまめに届けてくれる。		
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	契約時、ご家族へ説明を行い、入所後のかかりつけ医、医療機関を選択していただけるよう配慮している。協力医による往診を月1回受け、適切な医療を受けられるよう支援している。関連施設から毎日看護師が来訪。訪問歯科も適宜調整。	入居前からのかかりつけ医利用の方が数名おられ、往診と原則的に家族が付き添う受診で対応している。その他の利用者はホーム協力医の月1回の往診対応となっている。併設施設の看護師と法人の関連施設の看護師が毎日交代で来訪し、健康管理とインスリン等の対応を行っている。緊急の際には情報を管理者に一本化し素早く対応出来るよう取り組んでいる。また、歯科については必要に応じ歯科医と歯科衛生士が来訪し治療と口腔ケアを行っている。	
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	看護師の常駐は現在はない。系列施設からの応援体制。介護記録の確認や、電話での連絡調整を行ない、連携を図っている。		
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	病院カンファレンスへの参加を行い、情報交換や関係作りを努めている。退院時はサマリーを各スタッフが確認する体制がある。		
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	関連施設からの看護師の応援体制があるが、24時間対応はしていない。そのため、現段階では看取り体制が整っていない。重度化した場合にも住み替えを検討するなどし、対応。予測不可能な事態が起きた場合には病院ケースワーカー、担当医、ケアマネ等を含め合同カンファレンスにて検討している。	重度化や終末期支援については契約時、家族の希望を伺い、ホームとして出来る支援に取り組んでいる。状態に変化が見られ、終末期に到った時には家族、医師、ホーム職員で話し合いを重ね、医療行為が必要となる直前まで支援を行い、希望に沿った施設への住み替えも含めて支援している。	
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	年1回応急処置や事故対応、感染症対策の研修を実施している。AEDを設置している。		
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	年2回防災訓練を地域住民も含め行っている。見守りを含めた協力、施設を避難所として開放する等現在も運営推進会議の場を通じ議論している。今年度は地震想定訓練も実施した。AED使用の協力要請があり、地域でも使えるようにしている。	年2回、4月と10月に区長、民生委員、介護相談員の参加も頂き防災訓練を実施している。また、そのうちの1回は消防署員の参加の下、夜間想定火災避難訓練や地震を想定した訓練を行っている。また、通報訓練、緊急連絡網の確認、10月には消火訓練も行っている。避難訓練では出火場所より離れた所へ移動し、更に、玄関とベランダより外へ避難している。また、AEDの使用と合わせ、区長の依頼により当ホームを避難場所としても利用できるようにしている。水、缶詰、非常食、米、介護用品等の備蓄が3日分準備されている。	

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	個人情報の覚書を交わしている。研修を年1回行っている。また、常に人生の先輩として意識し、自尊心を傷つけないような言葉を選んだり、本人の世界観を大切にケアの方法を考え実践している。	ミーティング、申し送り等、ホールで行う打ち合わせについて、利用者に気を使わせないよう配慮し実施している。排泄のやり取りには特に気を使い、人前では行わないよう心掛けている。呼び方は利用者の希望を聞き、場面によって変え、「さん」「ちゃん」「旧姓」でお呼びしている。ユニット会議の席上、「不適切ケア」について検証するの中で、利用者の尊厳についても確認し合い支援に取り組んでいる。	
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	活動の選択や出来る活動の参加など本人の意思を尊重した働きかけを行っている。		
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	今までの暮らしを大切に、起床時間、就寝時間、入浴時間、など本人の意思を尊重している。衣類の選択やする活動、したい活動など本人のペースに合わせて支援している。		
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	起床時出来る方は、ご自身で整容している。出来ない方は、備品等を手渡し実施。訪問美容ではパーマーやカラーを楽しんだり、化粧やおしゃれを通じ自分を表現していただけるように支援している。		
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	毎食一緒に食材を切ったり、準備したり、下膳、食器洗い等みんなで役割を分担し実施。行事食等も行い、飲食用の水は水素水を使用。粥、刻み、ミキサー食などまで対応している。誕生会にはご本人に主体的に献立作成にかかわって頂く。	食事のお手伝いも含め、日中は個々の持つ力量に合わせて体を動かし活動している。そのような中、食事の時間は職員ともども休息の時間とし、会話を楽しみながら食事を取っている。献立は食事・おやつ委員会中心にホームの畑で採れる「野菜」も考慮しながら1ヶ月分のメニューを作成し調理している。誕生日には希望のものでお祝いし、敬老会、お彼岸、ハロウィン、クリスマス、お正月等の行事には利用者の希望を聞き、季節の料理で食事を楽しんでいる。	
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	健康チェックを行いながら、薬に依存しない対策を検討し、トータル水分量を把握し、盛り付け量なども個別に定めている。状態に応じたロミ剤、ミキサー食等を提供。		
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	毎食後実施。口腔ケアグッズは毎日洗浄、消毒を行い清潔な物を使用。個別に仕上げ磨きを支援し、予防歯科にも力を入れている。また、訪問歯科検診なども実施し、助言を受けている。		

八幡グループホームみのり

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
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	支援シート、温度版を活用し、オムツの使用量、ご本人のサインをキャッチし、一人一人のパターンを把握。個別の排泄マニュアルを作成。これまでの習慣も含め、排泄の自立や使用枚数削減に努めている。	自立の方は若干名で、布パンツを使用し、他の方は一部介助で、夜間のみオムツ使用の方が数名おり、殆どの方がリハビリパンツとパット併用という状況である。間隔の長い方や短い方など、利用者毎にパターンが違うので日常支援シートを活用しパターンを掴み、トイレにお連れしている。活動と活動の間にトイレにお連れするように統一している。排便管理も細かく行い、オリゴ糖、牛乳等の摂取を行い、自然排便に繋げている。	
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	安易に下剤を使用せず、散歩、ストレッチ体操、豆乳、オリゴ糖、えのき水、麦等食物繊維の食品などを積極的に取り入れ、自然の力を活かした便秘予防に努めている。また、献立に多くの野菜を入れるよう工夫している。		
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	一人一人湯を入れ替え、温泉の入浴剤を選択、菖蒲湯など季節に合わせた湯を提供し、好評をいただいている。曜日や時間帯はケアプランにより、位置付けているが、気分や体調を把握し、柔軟に対応している。足湯など個別の対応も柔軟に行っている。	全利用者が介助を必要とする状況である。週2回以上の入浴を行っている。入浴拒否の方もなく、全員が入浴出来ている。季節により「菖蒲湯」や「ゆず湯」を楽しんだり、好きな温泉の入浴剤も使い楽しい入浴につなげている。	
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	音楽をかけたり、なじみのぬいぐるみを置いたり、寄り添ったり、好みの室温、照明に調整するなど支援している。必要に応じ眠りスキャンを導入による、睡眠アセスメントを実施。生活リズムの見直し、改善に活かしている。		
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	処方内容一覧を全職員が常時見れる場所に置き、変更時には情報を速やかに差し替える。また、利用者に応じた服薬方法を取り、変化を職員間で共有。服薬は2名セットでチェックを行い服薬ミスを防いでいる。		
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	一人一人役割が出来ている。好きな物を把握し、食事時間を活用し、話題にしている。センター方式シートを活用。また、なじみの道具の持参や趣味活動を行い支援している。なじみの味を食事に提供したり昔ながらのおやつ提供も意識している。		
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	買い物、草取り、散歩、図書館等日常的に外出がある。今年は、外出イベントもユニットごと企画。桜の花見、菊花展、バラ園、秋の遠足などの外出し、また、家族との外食なども取り入れ支援を行っている。	外出時、自力歩行の方と車イス使用の方がそれぞれほぼ半数ずつという状況である。日常的にはホームの周りを5分～10分ほど散歩している。また、ゴミ出しや畑の草取り等を日常の活動として行っている。地区にある八幡神社への初詣や菊花展の見学に40～50分掛け徒歩で出掛けている。更に、ドライブや1日遠足として、花見、バラ園の見学、紅葉狩り、動物園見学等にお弁当を持って出掛け、楽しい1日を過ごしている。	

八幡グループホームみのり

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
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	現状では金銭の預かりはしていないが、希望により、金銭預かりや買い物同行する仕組みがある。		
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	電話は、友人や家族への電話など希望時支援し、取次により、会話が出来るよう支援している。家族との文通、暑中見舞いや年賀状作成支援もやっている。		
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	自然の光や温かさ、風を感じて頂けるようにし、日中夜空調、湿度管理を行っている。台所なども十分なスペースを確保し、家具なども家庭的な雰囲気のものを用いている。花等を飾り季節感を取り入れている。作品等をホールや居室に展示し作る度に入れ替え、生活観季節感も大切にしている。	日中、居室に戻り休まれる方もなく、殆どの利用者はホールで1日を過ごしている。食事が済むとホールの掃除、後片付、チラシでのゴミ箱作り等、自分の役割を理解し、利用者同士、また、職員と会話を楽しみ、生活を共にしている。ホールの南側の大きな窓からは陽が注ぎ充分な明るさが確保されている。空調はエアコン、床暖房で快適な空間が作られている。壁には日頃の活動を紹介した写真や作品、地域の子供達から送られた似顔絵や手紙が飾られ、生活の様子を垣間見ることができる。	
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	ソファや食堂の席を配慮し、相性の良い仲間と交流できるようにしている。本人の意向を聞きながら希望を取り入れたり、個々の動線に応じ手すりを設置するなど住環境にも工夫を凝らし支援を行っている。		
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	使い慣れたなじみの家具や調度品、写真等思い思いに持ち込まれている。家具や布団はなじみの物を持参していただいている。動きやすい動線への配慮をしている。	各居室には大きなクローゼットが設置されており、十分な収納スペースが確保されスッキリとした中で生活をしている。使い慣れた家具や衣装ケース、手紙セット、お位牌等が置かれ、壁には家族や趣味の写真も飾られ思い思いの生活を送っている。	
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	センター方式を用い、出来る事、出来る可能性のある事を個別に把握し職員は出来る事までやりすぎないような環境を整えている。また、事業所全体として事故原因の考察、方針を決定し、考える過程を大切にしている。ヒヤリの時点で環境の改善に努め、安全に自立した生活が送れる様に配慮。		