

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	2372202065		
法人名	真株式会社		
事業所名	グループホームまこと 2		
所在地	愛知県一宮市佐千原郷前21番地		
自己評価作成日	平成28年10月24日	評価結果市町村受理日	平成29年1月12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/23/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigvosyoCd=2372202065-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成28年11月10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)】

地域密着型認知症共同施設として、地域との繋がりを大切に諸行事には利用者と一緒積極的に参加している。ホーム主催の納涼会には地域・交流保育園・子供会に参加を呼びかけ楽しめる。毎月のケア会議では利用者の個別ケアを話し合い情報の共有を図る。社内研修の年間計画を作成し、外部主催の研修・講演会に交替で参加、全スタッフに報告、スキルアップを図り、資格習得も奨励し、毎年介護福祉士試験を受けている。利用者それぞれに担当スタッフが付き、日常生活全般のお手伝いをする。家族との繋がりを大切に、入居時に面会・協力をお願いし、家族会を兼ねた行事に参加して頂いている。推進会議にも交替で参加して頂き、議事録・資料は全家族に配布する。面会時間は自由、居室・リビングで共有時間を楽しめる様に配慮し、居合わせたスタッフが日頃の様子を伝える。一緒に外出・外泊される事もある。今後も理念・利用者本位を基盤に利用者が楽しく安心して暮らしていけるホーム運営が継続できる様に努力していく。

【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)】

--

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。	理念は玄関・事務所に掲示、新任スタッフの研修課題、ケア会議でも「接遇」の時に取り上げている。家庭的な環境下で楽しく、安心と尊厳のある日常生活を支援するという理念の実践を、スタッフ全員で再認識する。		
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。	町内会に加入、地域の行事には積極的に参加(左義長・敬老会・連区運動会・天王祭り等)。子供110番の家にもなっている。ホーム主催の納涼祭には、地域・子供会・保育園・近隣施設に呼びかけ、参加して頂いている。中学生の職場体験も受け入れ、地元知人の面会もある。ご近所からは野菜も持ってきて下さる。		
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。	地域行事には利用者と一緒に参加、町内の人達との交流を大切にしている。近くの喫茶店にも度々出向き、馴染みの店になっている地区包括支援センターで地区の民生委員さんとの交流・研修がある。推進会議では町内民生委員さんに参加して貰い、ホームの状況を理解して頂く。		
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。	年6回開催、地区住民・市職員・地区包括・評価機関・ご家族・ホームオーナー・職員で構成。レジメを作成、ホームの現状・事故報告・行事予定等報告、それぞれの立場から意見・情報を頂き、支援の向上、運営に役立てている。議事録は資料を添えて家族に配布、ホームの現状を理解して頂く。家族は交替で出席される。		
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。	推進会議には毎回出席、意見を頂いている。ホームの現状を理解、より良いケア・運営が出来る様に助言を受ける。介護保険に関する相談、情報を頂く。市主催の研修・講演会にスタッフが交替で参加、他スタッフに報告し周知する。更新手続きに市役所に出向く時、生活福祉課に連絡事項があれば伝える。		
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。	新任スタッフの研修課題、社内研修でも毎年課題に入れる。スタッフ全員が共有認識を持ち、利用者が安全に自由な暮らしが出来るケアに取り組む。身体拘束の具体的な内容を認識して、利用者の行動を抑制しない。		
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。	毎年市主催の「高齢者虐待防止講演会」にスタッフが交替で参加、研修報告(H28年8月実施)で他スタッフに周知、情報の共有化を図る。10月は社内研修で行う。「高齢者虐待防止関連法」を理解、虐待の具体的な内容、不適切なケアに気付き、適切な対応をする。スタッフの疲労や心的ストレスにも気を配り、余裕のあるケアに取り組める様に職員の環境整備をする。		

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。	NPO法人が後見人の利用者も居り、パンフレットも置いている。兄弟・姉妹が利用者代理人・身元引受人になっている利用者もあり、高齢の為、後見人制度も必要になると思う。実践者研修でも「成年後見人制度」について学び、必要書類・大まかな費用・連絡先等が分かり、今後適切な対応が取れると思う。		
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・相談に来られた時点から本入居が決まるまでにお試し入居期間を作り、利用者・家族の不安・疑問に応える様にしている。契約書・重要事項の説明・各同意書・ホームの理念・流れ等を管理者（フロア一長・総務）が説明、疑問に応える。苦情窓口・解約の説明も行う。		
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。	日常のお話・表情等で利用者の要望・不満を汲み取り、個別ケアに反映する。面会・支払いに来られた時に利用者の現状・要望を家族に伝え、出来るだけ希望に添える様に話し合い、スタッフ全員に申し送る。推進会議に家族交替で参加、意見を出して頂く。外部評価機関が家族アンケート調査を行い、問題があれば良策を考える。		
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。	毎日の申し送り・月1回のケア会議で出された運営に関する要望・提案はフロア一長がまとめ、役員・スタッフ会議（月1回）に提出、協議を行う。決定事項は速やかにスタッフに周知する。代表者（オーナー）も時々ホームに来て、利用者・スタッフと話し合っている。		
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。	就業規則は事務室に掲示、（新任研修で説明）代表者はスタッフが意欲をもって仕事に取り組める様に給与・福利厚生の充実に取り組んでいる。シフト作成時、希望勤務・休みを考慮している。健康診断は年1回実施、予防接種も行う。有給もシフトを工夫して取れる。資格習得にはシフトを考慮して支援、資格手当もある。		
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。	外部研修は積極的に参加、事業所が認めた研修・講演会は勤務扱いとする。研修で得た知識は社内研修時に報告、全体のレベルアップを図る。資格習得を奨励、便宜を図る。介護福祉士合格者は資格手当を得る。		
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。	地区の包括支援センターのケアマネ会議・市の施設部会の研修にスタッフ交替で参加、他施設職員との交流も図り、ケアの向上と社会資源活用の情報を得ている。近隣福祉施設とバザーや夏祭り、催し事の相互訪問もある。		

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
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。	入居希望者の照会があれば、管理者・フロア長と面接に出向き、直接本人の要望を伺う。家族(本人)に見学に来て頂き入居案内・ホームの雰囲気を説明する。より良い支援内容を一緒に考え、入居時のケアプランに反映する。入居後もゆっくりとしたペースでホームに馴染まれる様に配慮、安心感を持ってもらい、信頼関係を築く様に努める。		
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。	最初に見学に来られた時に、現況の問題点をお聞きして対応を一緒に考える。入居前に話し合いの機会を作り、情報を得る。家族(本人)が納得された後に、お試し入居、本入居となる。話し合った事はケアプランに反映される。		
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。	家族(本人)が見学に来られた時にホームで出来るサービス内容を説明、お試し入居で入居可能か、支援内容の確認を行う。受け入れが難しい場合は他施設の案内も行う。地域包括支援センター・介護保険課・生活福祉課とも連携・相談・助言を得る。		
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。	運営理念に掲げてある様に、家庭的な雰囲気の下で日常生活を送って頂ける様に環境整備している。利用者にも無理強いする事無く出来る事は積極的にして頂く。レク準備・家事補助等を他利用者・スタッフと共同でしながら、楽しい交流を図る。スタッフと一緒に買い物に出かける事もある。		
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。	入居説明時から出来るだけ面会に来て頂き、リビング・居室でひと時を過ごして頂く様にお願いしている。居合わせたスタッフが日頃の生活状況を伝える。可能なら外出(お墓参り・買い物等)・外泊もお願いしている。夏祭り・クリスマス会は家族に来て頂き、楽しい時間を共有してもらう。		
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。	入居後も以前の仕事仲間、友人の面会がある。家族の了解があれば一緒に外出される。電話の取次ぎ、手紙の投函も行う。地域の行事に参加、顔なじみになってもらう。希望があれば以前住んでいた地域にも出かける。家族にも協力をお願いする。		
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が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	日常はリビングで過ごされる利用者が多い、一緒にレクをしたり、昔の話・テレビの話題等おしゃべりに発展していけるように配慮、スタッフも仲間として加わる。食事準備・片付けも協力して行い、仲間意識が持てる様に支援する。利用者同士なじみの関係を持ったり、助け合ったり、立ち上がり時、気を付けあう様子も見受けられる。		

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。	退居後も訪問や相談に応じる。転居されたり他施設に移られた後も連絡・相談を受ける事もある。スタッフも面会に行き、話し相手になったり家族のフォローに努めている。今までの信頼関係を大切にしていきたい。		
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。	毎月のケア会議で担当スタッフを中心に個別ケアで検討、情報を共有する。日常の声掛け、お話・表情から利用者の気持ちを汲み取り、モニタリング・担当者会議をしてケアプランを作成、ケアに取り入れる。家族とも相談しながらより快適に過ごせる環境整備、支援内容を考える。アセスメントシートは特変が無ければ年1回の見直しをする。		
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。	入居申し込み時に、本人・家族の了解を得て、現在の生活状況、生活歴の情報を本人・家族・担当ケアマネから頂く。お試し入居時に利用者のフェイスシートを作成、担当スタッフに提供、参考にしてもらう。入居後ケアプランを作成、本人・家族・スタッフの希望、意見を取り入れ、アセスメントを作成する。		
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。	入居後は介護記録・バイタル・排泄・食事(水分)摂取量・体重の増減を記録、協力医師の助言を得ながら健康維持に努める。日常の会話の中から希望を傾聴、出来る事を広げ楽しい日常を過ごして頂く。一人一人に合わせた個別ケアを大切にスタッフ間で申し送り情報を共有する。		
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。	介護計画は入居時作成、1か月後に見直し、その後は原則年3回の見直しを行う。担当スタッフとモニタリングを行い、担当者会議(スタッフ全員のケア会議)本人・家族の意向も含めて作成、家族に説明後、署名を頂く。状態に変化があった場合(入院等)その都度作成する。本人・家族の希望を聞いてアセスメントを作成、更新時に見直しをする。		
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。	業務日誌・個別介護日誌・職員申し送りノートに記載、スタッフ交替時には口頭申し送りを行う。ヒヤリハット、日常での気づき、対応等の情報の共有化、介護計画作成に役立っている。スタッフからの発案で「毎日の処置チェックシート」(人体図入り)を作成、実施漏れを防ぐ。記録の重要性・書き方は毎年研修している。		
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。	支援内容は入居時に説明、本人・家族の希望を聞いてケアプランを作成する。ニーズの変化には出来るだけ対応、個別ケアを大切にする。(病院付き添い・個別の外出(買い物)・趣味の補助・食事、入浴、静養時間の変更等)地域の行事には積極的に参加、夏祭り・防火訓練の呼びかけも行き、参加して貰っている。		

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。	町内会に加入、地域の行事には積極的に参加(左義長・敬老会・連区運動会・天王祭り等)。子供110番の家にもなっている。ホーム主催の納涼祭には、地域・子供会・保育園・近隣施設に呼びかけ、参加して頂いている。ボランティアの訪問・中学生の職場体験・保育園交流等地域との繋がりを大切にしている。		
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し、納得が得られたか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。	協力医院主治医が月1回往診、利用者全員の健康・服薬指導を受ける。必要な時は専門病院への紹介状もお願いする。家族・本人の希望で以前のかかりつけ医院を受診されるのも可。歯科も協力契約を行い、義歯の保持、治療を行う。通院は家族付き添いが原則だが、緊急時、必要に応じてスタッフが付き添う。		
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。	H27年5月21日より管理者として勤務(看護師)。常に健康観察を行い、毎日の申し送り時に利用者全員の状態を聞き、体調変化があれば、家族に連絡・受診依頼が必要あれば付き添う。健康管理・服薬管理も協力医師・薬剤師から助言を受けながら行う。保健所の講習には積極的に参加、スタッフの知識向上を図る。		
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。	利用者が入院された時に情報提供(事前に家族の同意書あり)入院中の見舞いや入院先の相談員との連絡を取る。退院時には担当者会議に参加、退院後の注意事項の申し送りを受け、ケアプランに反映する。退院後の通院に付き添い、医師からの情報を得る。協力医院には入院担当医からの情報提供書を届ける。入院先は本人・家族の希望があれば優先する。		
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。	入居時にホームの支援内容を説明する。医療行為が必要になった場合の介護・看取りは行えないが段階的に心身機能が低下する場合は出来るだけ対応すると説明、2人対応で介護している利用者も居る。急変時・延命治療については事前にアンケートを取り、同意書を作成、家族の希望に添って対応する。協力医院との連絡も密にしている。		
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。	急変時の対応は社内研修で行う。今年度は8月に「事故発生予防・再発防止」を行った。「AED」の取り扱い、人工呼吸の方法は防災訓練が消防署指導でなかった為、出来なかったが、応急手当は申し送り時・ケア会議時等で口頭説明をしている。		
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。	社内研修で7月に「非常災害時の対応」、9月には防火管理者が「防火対策・避難訓練」をシュミレーションで行い、10月に、地域住民の協力を得て避難訓練を行う。防災備品の点検、処方薬の取り換え(3日分)、保険証のコピー・非常食・飲料も点検し、追加購入および新品交換を行った。		

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。	接遇については毎月のケア会議で話し合っている。社内研修でも毎年「利用者のプライバシー 倫理規定」を12月に行う。利用者に気持ちよく過ごしてもらう環境、雰囲気作り・言葉かけを常に考えながら支援をしたいと思う。		
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。	日頃のお話の中から利用者の希望や訴えを聞き取り、実現できる方法を一緒に考える。特に入浴中はリラックスして本音話せる。週末のメニュー・レクの内容・外出先等希望が出せる雰囲気を作る。個別の希望を実現するためにはスタッフの気持ちの余裕が必要と思う。意思表示の難しい利用者にも満足な表情になる対応を考える。		
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。	入居前のアセスメントを把握して、各利用者の生活習慣を尊重しながら一日を過ごして頂く。利用者のその日の体調・様子・スケジュールに合わせるが、共同生活のルールもあり、利用者同士不愉快にならない様に調整する事もある。起床・就寝時間はそれぞれのペースに合わせており、食事時間も異なる時もある。		
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。	利用者それぞれの好みに合わせておしゃれを楽しんで頂く。お化粧・マネキュアをされる利用者もいる。季節に合った衣類、イベント・外出時に着る服を選ばれる。理美容資格者がボランティアでホームに訪問カット・整髪をしてくれる。髪染めを希望される利用者もいる。		
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。	平日は宅配食材を利用、リビングに繋がる台所でユニット毎スタッフが作る。メニューもあるが、差し入れの野菜も多く、高齢者の食べやすい献立・味付けに変更する事も多い。日曜のメニューは一緒に考える。調理補助・盛り付け・食器洗は利用者も一緒に行う。食事は見守り、介助、楽しい話題を提供しながらスタッフも一緒に食べる。		
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。	食事メニューは業務日誌に記入、毎月の献立実績を作成、内容を検討する資料にしている。個人の食事・水分摂取量は生活記録に月別一覧として記入(毎日の水分摂取一覧もある) 季節や利用者それぞれの状態(発熱・下痢・心臓病等)に合わせて適量摂取を心がける。毎月体重を測り、増減にも注意する。		
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。	毎食前、手洗い時に清潔になる様、嗽をして頂き、毎食後にスタッフ付き添いで一人一人口腔ケアを行う。歯磨き・義歯洗浄は出来る所はしてもらうが、出来ない部分仕上げはスタッフが行う。義歯の洗浄はスタッフ管理でほぼ毎日行う。歯科協力医院へ、毎月口腔ケアに通院している利用者もいる。		

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。	毎日の排泄チェック一覧表を作成、排尿・排便・尿パット交換等を記入、それぞれの排泄リズムを把握する。排泄自覚のない利用者には個別に間隔を考えて声掛け、介助をする。日中・夜間・下剤服用時と状況に合わせて布パンツ・リハパンツ・尿とりパットを使用する。日中は出来るだけトイレで排泄して貰う様に支援している。		
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。	水分補給・起床時に牛乳飲用・軽い運動(体操・歩行)・食事(バナナ・牛蒡・芋等)で対応、常時、便秘になる利用者には、協力医院Dr.処方の下剤を服用、排便状況を申し送る。排便状況に応じて下剤の増減があり、下痢が続かない様に服薬後の状態に気をつける。		
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。	入浴日は月～土、原則 週3回、行事等で変更もある。汚染時はその時に応じシャワー・入浴で清潔保持。入浴順はその日の予定、体調に合わせ、拒否の強い利用者には声掛けを工夫、曜日・時間に関わらず入って頂く。入浴のお誘いから仕上げ迄一人のスタッフ(移乗が難しい利用者は2人対応)が行い、安全に気を付け、リラックス気分になって頂く。体調・皮膚観察も行う。		
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。	出来るだけ利用者の意向に合わせて生活して頂く。静養は好きな時に取って頂く。ホームの一日の流れはあるが、家族との面会・外出は自由。帰居後、疲れがあれば静養して頂く。夜の入床は各自の希望に合わせる。昼夜逆転ある場合は日中の過ごし方を工夫し生活リズムの変更を図るが、安易に入眠剤は使用しない。		
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。	毎日の分薬は管理者(看護師)が行う。服薬はその都度の担当者が行き、顔を見て声に出し、日時・名前・薬内容を確認し、飲み込み迄見守る。服薬内容の変更・短期間の服薬は申し送り、記録(経過観察)を残す。家族にも連絡する。服薬内容はスタッフの誰が見ても解る様に一覧表を作成し確認している。また、1回分の配薬トレイと服薬確認票を作成し、誤薬や飲み忘れがない様に注意している。		
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。	入居前に家族・CMより情報提供を受け、入居後も本人・家族と話し合いの時間を作り、アセスメントを作成、ホームでの楽しみ方を考える。個別に嗜好品を購入される利用者もいる。共同レクもあるが、それぞれの興味や得意な事をする時間もある。家事補助も好きな事をして頂くが無理強いはいしない。存在意義を感じて頂ける様に工夫する。		
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。	気候・天候・体調を考え、利用者の希望に沿う様な外出を行う。ユニット毎の外出が多いが、スタッフと一緒に買い物や交替で地域の行事に参加する事もある。家族との外出・外泊は自由、入居前の友人と外出される事もある。福祉車両もあり、車椅子から移乗の難しい利用者も手軽に乗る事が出来、外出し易い。年1回は1階2階合同のバス旅行もある。		

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。	個別のお小遣いを家族から預かり、日用品の購入・おむつ代・外食・定期往診・服薬代等に使用、レシートは家族に渡す。面会時に収支の確認をもらう。小遣い帳はコピーして渡す。少額のお小遣いを所持している利用者もいる。外出時に買い物希望される利用者には、個別にお財布を渡して自分で買って頂く。		
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。	ご家族・友人から届く手紙・絵手紙は本人に渡し、思いつき等伺う。居室に飾っている利用者もいる。家族・友人からの電話の取次ぎ、希望があれば家族・友人に電話をしてお話をしてもらう。年賀状は毎年、利用者を書いてもらい、家族に送っている。		
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。	玄関・リビング・廊下には利用者・スタッフと一緒に作った季節の作品や行事・日常生活の写真を掲示して話題提供している。居室もそれぞれ、工夫された飾りつけや家族の写真を置いている利用者が多い。スタッフがホーム全体の掃除を行い、清潔で過ごしやすい環境を整えている。エアコンは細目に調整、通路に余分な物を置かず、バリアフリーに整備、安全管理の確認をしている。		
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。	リビングが主な共有空間になる。ソファや食卓の座る場所もほぼ決まっているが、スタッフも一緒に座ったり、場所を換えてお話ししている事もある。玄関横と駐車場にベンチが置いてあり、外を眺めたり、スタッフと一緒に畑に出て一休み、外気浴・お茶のみの場所となっている。		
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。	ベッドと洋服タンスはホームで用意、持ち込みは自由なのでファンシーケース・三段棚・椅子等持ち込まれている。テレビの持ち込み(有料)も可。家族の写真を飾っている利用者は多い。担当スタッフが了解を得て、衣類の整頓・入れ替えを行うが、家族も面会時に整理され、入れ替え・追加される。		
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。	建物はバリアフリー仕様、スプリンクラー・火災通報装置等の緊急時の安全対策をしている。トイレ・玄関の出入り口はセンサーで感知、スタッフが確認する。フロア内や廊下は手すりを設置し、出来るだけ歩行移動(手引き・シルバーカー使用)をして頂く。歩行不安定な利用者の居室ベッド床には家族の了解を得てセンサーマットを設置、立ち上がりの転倒防止をしている。		