

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	2373200472		
法人名	社会福祉法人 せんねん村		
事業所名	せんねん村 グループホーム矢曾根 せんりょう・まんりょう (せんりょう)		
所在地	愛知県西尾市矢曾根町蓮雲寺74番地		
自己評価作成日	平成23年2月14日	評価結果市町村受理日	平成23年3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)】

○建物には木材をふんだんに使用し、昔ながらの長屋を感じさせられる面影があります。周辺には田畑や、商店があり、地域の方と触れ合いながら、地域の中での暮らしを続けられる環境です。○法人の理念『こころのびのびからだいきいきいのちきらきら』をもとに一人一人の個性を尊重しながら『今日も一日良い日でした』と言っていたようなサービスを目指しています。○認知症ケアマッピングの手法を取り入れ、認知症を持つ人の心に寄り添えるケア、できることを伸ばすケアを目指しています。○スタッフに対しても各種研修、メンタルケア、目標制度などを取り入れ、やりがいを持って働ける環境作りを目指しています。

※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-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2373200472&SCD=320
----------	---

【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	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 COMBi本陣S101号室
訪問調査日	平成23年2月28日

ホームでは、居室や居間にも和紙の障子、木造の建具等を使用することで、木が持っているぬくもりを活かしている。さらに、9人の居室を、3人のグループ毎に分ける配置することで、一人ひとりのプライバシーに配慮しながらも、ホームが共同生活の場であるということも意識してもらうよう、工夫を行っている。さらに、利用者に対する職員の支援体制も、職員が利用者一人ひとりの状況を把握し、状態に合わせた支援を提案して具体化し、職員間で情報を共有できるように、運営法人全体で、パソコンも利用しながらシステム化と共有化を図っている。また、外に向けても積極的であり、地域、行政機関との信頼関係の構築に前向きで、「一緒に高齢者の生活を支える」という姿勢が伺える。このような取り組みを通じ、利用者は、ホームで普通の生活を、当たり前で過ごすことが出来ている。

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		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向け取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	13	災害はいつ起こるか分からないため、いざという時に備えて定期的に訓練を行ない、実践力を身に付けていることが必要です。	万が一の災害に備え、昼夜を問わず利用者が安全に避難できる方法や体制を整えます	①火災だけでなく地震や風水害を想定した実践的な訓練、備品の準備・点検を定期的に行います ②地域や消防に働きかけ、地域との協力体制を築きます ③応急手当や連絡等の訓練を定期的に行います ④併設事業所と合同の防災委員会の開催を毎月実施し、定期的な合同災害訓練を行います	12ヶ月
2	9 10 18	利用者本人がよりよく暮らすための課題やケアのあり方について、本人・家族、スタッフが意見を出し合い作成していますが、現状に即した介護計画作成がやや不十分です。	その人らしい暮らしを続けることができるようにします	①アセスメントとモニタリングを繰り返しながら、本人の思いや意向、現状の暮らしの把握をケアプランに反映していきます。 ②職員都合のペースにならないように、日々の暮らしの要望にそえるよう、チームで連携していきます。 ③認知症ケアマッピングの手法を取り入れ、パーソンセンタードケアを実践していきます ④家族や地域の人々と協力しながら出かけられるようにします	12ヶ月
3	11	普段の健康管理の中で、ひとり一人の持病や薬の内容・効果からの状態の変化や経過などを見ていく視点がまだまだ充分ではありません。	認知症の状態変化、体調変化、特変への迅速な対応ができるようになります	①病歴と服薬から、普段の健康管理や観察ポイントの理解につとめます ②家族、医療関係者に状態や経過が的確に情報提供できるよう、伝達方法を改善します ③認知症やその他高齢者が罹患しやすい病気について学びます ④特変、急変を想定した事例検討を行います	12ヶ月
4	14 19	なじみの関係から馴れ合いの中で、利用者、家族、職員等に向けて発している言葉や態度が相手を傷つけたり、プライバシーを損ねるものになっていないか、日常的な確認が必要です。	関わり方のまなざしや態度のスキルを向上します	①対人援助に携わる仕事に必要な知識や技術、メンタルヘルス、社会人としての教養について学び、実践していきます ②身体拘束をしないケア・高齢者虐待防止関連法を学び、不適切なケアを排除します ③人的・物的環境の点検をし、環境の気配りを行います	12ヶ月

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『こころのびのび、からだいきいき、いのちきらきら』を掲示、名札裏に表示し職員全員で周知している。『今日も一日良い日でしたと言っていただけのように』個性を大切にしています	職員の名札の裏側に、ホーム理念を印刷し、職員への周知を図っている。職員は、理念を振り返りながら、「今日も一日良い日だった」と言ってもらえるように、その瞬間を大切に支援に努めている。	
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	地域のお祭りや交流の場に積極的に参加している。回覧板は利用者さんと一緒に近所に手渡しで届けている。近所の方から野菜など頂き交流をしている	地域の保育園や幼稚園と交流し、地域の祭事への参加や、クリーンセンター(一般廃棄物中間処理施設)主催のリサイクル作品講習会へも参加している。また、地域の金融機関が開催した認知症講座の講師としても参加している。	
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	管理者が地域へ出向き認知症養成講座を開催している。職員もサポーター養成講座を受講し、認知症の勉強を常に行って力量アップに努めている		
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	会議の意見・要望は施設の取り組みとして行いその結果、経過について次回の運営推進会議で話し合いを行なっている	会議では、スライドを利用しながら、ホームでの生活や行事を紹介しながら、率直な意見等が出るように取り組んでいる。会議を通じて、防災対策の話し合いや地域支援体制づくり等も提言され、町づくりにも貢献している。	
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	介護相談員が毎月来所し利用者の相談、話を聞いている、市職員とは運営推進会議、その他必要時に情報共有を行ない協力を得ている	市の担当者とは、日常的に交流の機会を持つようにしている。市や、地域包括支援センターとも連携しながら、認知症サポーター講座や介護者教室の協力を行っている。	
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	法人内で研修会を開催しており、拘束しないケアについて職員が学び実践している。玄関は夜間以外施錠しておらず、いつでも自由に出入りできる。	入職時にオリエンテーションで話し合うほか、年4回の研修が法人で開催されており、欠席者にも伝達している。また、毎月の意識・無意識等のセルフチェック表を使用し、拘束の芽を摘むように活用している。なお、玄関の施錠もなく、出入りは自由である。	
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	法人内で勉強会を開催し虐待について理解を深めて防止に努めている。出来るだけ利用者さんの言葉に耳を傾け話を聞く、無視しないように意識できるよう、毎月のスタッフ会議で確認している。		

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
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	管理者、一部の職員が学んでおり支援できる体制が取れているが、成年後見制度が必要な場合に備えて勉強会などで学び活用できるようにしておく。		
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	入所前には事前説明に時間をかけて丁寧に説明し、入所後は面会時、3ヶ月に一度開催されるサービス担当者会議にて本人、家族の不安、疑問、意見を聞いている。		
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	ご家族へは毎月便りをだし施設の様子を伝え、来所時は日頃の様子を伝えたり、サービス担当者会議への参加時に意見を伺う場を設けている。直接意見が言える関係ができています。	独自のアンケート調査やサービス担当者会議への出席等で、意見等を確認し、運営への反映につなげている。また、毎月ホーム便りを発行し、日々の活動報告や御指摘コーナーを設け、意見も求めている。	
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	職員も参加して意見を述べたり、毎月のミーティングの場で職員の意見を出し合い向上できるように話あっている。	各ユニットの会議及びリーダー会議を毎月1回開催し、その他必要性がある毎に、ユニット内で会議を開き、意見の吸収に努めている。職員一人ひとりが目標を立て、モニタリングを行い、結果を出すことで、運営への反映を確認している。	
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	職員一人一人の体調の変化に職員同士留意し、法人でメンタルヘルス面もサポートし易いように管理者、リーダー等情報共有を行なっている。年に2回の人事考課を行ない、管理者と職員で話し合い向上できるようにしている。		
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	法人全体が職員育成には力を入れており、法人内外の勉強会を随時行ない職員の希望に添いながら、参加し職員の力量アップに努めている		
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	グループホーム事業者団体に加盟しており、他の事業所との横のつながりがある。定期的に意見交換や交流実習など行ない情報共有に努めて、職員間のケアの向上に努めている。		

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	家族との協力を密に取り合い利用者が初めての場所で不安にならないように職員も情報を共有し不安を受け止めて安心して生活していただける様に努めている。		
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	グループホームへ申し込みの時点から相談を聞き困っていることを把握して、ご家族の思いを理解し対応できるように訪問時を含め常に話し合いの場を持ち対応している。		
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	相談があった時点より本人、家族の必要としているニーズを把握し必要に応じ対応出来るように努めている。本人やご家族の思いを確認し信頼関係を築くように努めている。		
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	年長者である利用者から生活の技、知恵、文化の大切さを教えて頂く場面がある。一人一人の出来ることを見極めながら毎日の生活を楽しんでいただけるように何がしたいか話し合い一緒に行なえる事を探して行なえるようにしている。		
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	家族との情報交換を密に行なうことや、支援を求めている家族にはいつも耳を傾けている。面会が多い家族へは支え合う関係が出来ているが、面会が少ない家族にはこれからもっと支え合う関係作りを行ないたい		
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	馴染みの場所へ行ったり昔の友達に年賀状を出したりして関係を継続している。本人、家族から馴染みの場所を聞き取り継続出来るように支援している	以前からの友人、知人の訪問があり、家族と一緒に自宅に帰ったり、理美容等に出掛ける機会もある。職員も利用者として以前馴染みのあった場所へ行く取り組みを行っている。また、家族には担当者会議に出席してもらい、関係が途切れないように努めている。	
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に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	共に生活をしている仲間として助け合い生活できるように、職員が仲を取りもったり、利用者同士お互いで助けあったりと関係作りを行なっている		

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
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	やむなく契約が終了することになっても利用者、家族が困らないように相談、次への紹介などの対応をしている。退所され別の施設へ移られた方に対しても経過を聞き支援できるように努めている。		
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	法人全体で24時間の支援表を活用している。意向・思考を取り入れ本人、家族の希望をサービス担当者会議などで伺い、常に把握し支援できるように努め実行している。	独自様式にアレンジしたアセスメントシートをもとに、24時間シートを作成し、一人ひとりの生活の重点的な内容や支援目標を立てている。なお、シートの中の重点部分には色分けし、職員間の情報の共有を図っている。	
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	本人、家族から話を聞きライフレビューを作成し昔の暮らしに近づけるようにしている。馴染みの生活を絶ち切らないように家族の協力を頂きながら支援している		
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	出来ること、出来ないことを生活の中で見つけ出来る事は伸ばして行ける様に職員全員で周知し、出来ない所は手助けし出来る様に支援しその人全体の把握に努めている。		
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	本人と家族を含めて意見を反映させた介護計画をサービス担当者会議にて話し合っている。話し合った事は重点ケアとして実施している。利用者の言動や行動からモニタリングして、23時間シートを作成し統一したケアを目指している。	24時間シートを利用しながら、担当職員が日々確認、変化があれば会議を行い、計画作成担当者とも話し合い、計画の見直しに活かしている。計画は3か月で変更している。また、担当者会議に家族にも来て頂き、意見や要望を取り込んでいる。	
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	介護記録や健康管理表など個別に情報を記入し、様々なツールで申し送りを行いスタッフ間の情報共有をはかっている。		
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	サービスの必要に応じて家族のニーズ、利用者のニーズを伺い、把握しながら対応している 家族の面会や緊急の宿泊など臨機応変に対応が出来るようにしている。		

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
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	地域マップ等作成し情報を職員で共有し合い利用者が地域での外出を支援している。図書館、町内会の行事、スーパーなど利用者が楽しんでいただけるように活用している。		
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	家族と共に受診され医師との連携を整えている。協力医との連携もあり必要に応じて往診などの対応もできる。	利用者毎に継続するかかりつけ医があり、診察には家族が同行し、これまでの関係を継続できるように心掛けている。なお、緊急時には、ホーム協力医療機関に搬送することの了承を得ている。往診は月2回あり、歯科については、随時の対応である。	
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	看護師がいる時は相談、報告している。不在時は法人の待機看護師と随時連携を取っており、対応指示、が出来るようになっている。		
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。	病院の関係機関へ情報を提供し利用者が安心して治療出来るように病院機関と連携をとり情報交換、相談を行なっている。		
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	事前指定書の再確認をし、本人や家族の思いを大事にして医師や看護師等の様々な職種とも連携しながら支援に努めている。状況の変化があればその度に家族に密に連絡をとっている。	家族とは、事前指定書を交わし、方針を共有している。本人、家族が希望すれば、ホームとしても対応を目指し、過去に看取りの実績もある。重度化した場合には、協力医とも連携し、家族とも話し合いを重ね、変更はいつでも可能としている。	
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	毎月の課題を決めて緊急時等対応できるようにロールプレイを行ない実践に備えている。事故対応時には職員皆で周知して対応できるようにしている		
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	防災訓練、自主訓練を年2回実施、消防点検は毎月実施。近隣3施設(小規模多機能・ショートステイ)合同の防災委員会も毎月開催し災害時の対策、勉強会、など年間計画を立て実行している。	避難訓練は年2回、同一敷地内の併設事業所とも連携しながら訓練を実施し、緊急時に連携して対応できるように確認している。さらに、地域の防災訓練に参加したり、回覧板でも協力をお願いを行っている。また、ホーム内の備蓄も確保されている。	併設事業所であり、夜間に複数の職員がいることは、緊急時には心強い存在であるが、事業所の構造上、内部でつながっていない。複数体制を活かす為にも、今後も連携した合同訓練の実施を望みたい。

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	接遇の勉強会など行ない、丁寧な言葉使いは丁寧なケアにつながる他職員一人一人心がけて言葉掛けを行なっている。年長者として敬意を払いながらさりげない言葉掛けをする様に配慮している	職員は、不適切なケアを行っていないか、毎月セルフチェックを行い、確認に努めている。職員間でも、無意識のうちに利用者の人格、尊厳を傷つけていないかなどについて、会議でも話し合い、検討を重ねている。	
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	ティータイムや献立決め、着替え用の服の選択肢等、本人に自己決定して頂けるように個々に働きかけている。利用者のふと発した言葉に耳を傾け実現出来るように努めている。		
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	一人一人のペースを大切にし利用者にあわせた支援を行なうよう努めている。利用者中心に考え、今日も一日良い日でしたと言っていただけるようにコミュニケーションなど支援している。		
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	本人のこだわるスタイルを把握しその人らしさを保てるように支援している 外出時は化粧される方も見え髪の毛が伸びると床屋に行きたいと希望される方もおられる		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	献立は毎日利用者の方が決めて、買物へ行き調理も皆さんでできるように支援している。ホットプレートなど使用して目の前で匂い、出来上がりを楽しんでいただける工夫もしている。	毎朝、利用者とメニューを考え、一緒に買い物に出掛けている。調理も利用者と職員が一緒に行い、ホットプレートも利用し、配膳、片付け等にも、一人ひとりができることを行っている。なお、メニューは定期的に管理栄養士が確認し、栄養面をチェックしている。	
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	毎食時の汁物、10時15時のお茶、入浴後の水分摂取など確保に努め 水分摂取が取れない方へはゼリー等の提供も行なっている。季節の食べ物旬の物を提供できるように心がけている		
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	口腔ケアの勉強会など参加し学んだことを実践している。毎食後の口腔ケアの声掛け見守りを行なっている。		

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
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	必要に応じて個別でアセスメントを実施、排泄リズムを把握し排泄リズムから何時間後に声掛けをおこないその方に合ったトイレ誘導ができるように努めている。	個別アセスメントを行い、その方に合った排泄方法を考えている。排泄チェックを行い、必要に応じて誘導し、自分で排泄できる方には、排泄方法を絵で示して、理解を促す工夫も行っている。また、夜間、ポータブルトイレを利用している方もいる。	
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	朝食には玄米、ヤクルト、野菜、食物繊維を取るよう献立の中に入れて工夫している。便秘の訴えのある方には冷たい牛乳の提供、散歩、腹部マッサージなど行ない改善に努めている		
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	本人の希望に添うようにお誘いし入浴され、好みの入浴剤など使用され楽しまれている。利用者同士で順番を決めて入浴しており、希望者には午前や夜間入浴も提供している。	湯は毎回取り替え、一人ひとりの好みに合わせて入浴剤や、ゆず湯や菖蒲湯等の変化もつけている。入浴時間の希望や嫌がる方にも対応し、一人ひとりの入浴方法をマニュアル化することで、手順を確認し、職員間でケアの統一を図っている。	
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	体調や状況に関係なく、眠い時、休みたい時は、いつでもその人のペースに合わせて、休憩したり休んで頂くように支援している。また電気の調整、居室温度、湿度の調整等行なっている。		
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	服薬の手順書に沿って服薬して頂き、誤薬のないように努めている。薬の一覧表がありどなたが何を飲まれているか直ぐに確認出来るようになっている		
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	午後のゆったりとした時間に本人の得意とするものや楽しんで過ごせるようなカラオケ、描画、計算、買い物等の働きかけ支援をしている。力を活かした役割をそれぞれにもっとつくっていきけるといい。馴染みの場所へも外出したい。		
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	本人さんの希望を出来るだけ添えるように家族とも協力をへて支援している。歩行が困難な方でも車椅子など利用して郊外へ出る事を積極的に支援している	朝と夕の散歩や買い物の日常的な外出を行い、個別外出表や地域資源マップを作成し、会議で検討を重ねながら、外出の機会を増やせるように取り組んでいる。また、花見や敬老会等、ホームから外出する機会もある。	ホームでは、外出する機会を多くつくっており、利用者の楽しみにもなっている。今後に向けて、時には家族にも協力してもらおう外出の機会が増えたと、より関係が近くなるのではないかとと思われる。

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
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	買物時の支払い、ヤクルト、米屋などの支払いなど場面に応じて支払いをお願いしている。自分で財布を管理されている方も見え買物時に好きな物を購入されている		
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	本人の希望があれば家族へ電話を掛けたり取り次いだり行っている。年賀状を毎年作成し交流を図っている。		
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	季節を取り入れた飾りや花を生けて居心地よい空間の提供に努めている。本人の落ち着く場所を把握しご案内している。温度や音、光等の配慮をしている。家族にアンケート等をとり日々改善に努めている。	ホームは、窓が広く自然の光が入り、四季折々の花を飾ることで、季節を感じてもらおうようにしている。さらに、リビングの天井が高いことで開放感があり、2階の事務所から様子を確認することも出来る。また、利用者の好むBGMが流され、口ずさむ様子も見られる。	
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	居室、居間、食堂、は利用者さんのペースで利用されている。カラオケ、金魚の餌やり日光浴など思い思いに過ごされたり、気の合う利用者同士で過ごせる場の提供を工夫している		
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	昔から使用している家具や衣類等を家族に協力依頼し、本人の必要な欲しいものを居室に置いて本人が使い慣れた家具や趣味で描かれた絵画や書道等を飾ったり、仏壇を持ち込まれたり、家に近い空間にしている。	居室のベッドや家具は、個人の使い慣れた物を使用し、ポスターや写真等の居室内の装飾は個人の好みで行っている。廊下側のある書院窓は、さりげない声かけ等が可能である。また、入口の表札は本人の筆によるものである。	
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	分かりやすく場所の表示、掲示をしている 利用者が混乱されない様に使用される物は同じ場所に片付ける 整理・整頓を心掛け安全な環境作りをしている。		