

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 平成 23 年度

事業所番号	2793300084		
法人名	株式会社 小池介護サービス		
事業所名	グループホーム花園南		
所在地	大阪市西成区花園南1-13-24		
自己評価作成日	平成 23年 11月 28日	評価結果市町村受理日	平成 24年 2月 29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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2793300084&SCD=320&PCD=27
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人大阪府社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価センター
所在地	大阪市中央区中寺1丁目1-54 大阪社会福祉指導センター内
訪問調査日	平成 24年 1月 18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)】

職員の介護に対する専門性を教育しています。内外の研修に参加し、勉強会を開き“プロ意識”を持って仕事ができるよう心がけています。次に入居者様の体調管理を徹底しています。“水分・栄養・排泄・運動”今は体を動かす“ハードレグ”に力を入れ毎日立位練習・歩行練習・発声練習と時間を決め行っています。外出支援ではショッピングケア・散歩・喫茶店等を中心に行っています。1つの課題についてフロア全体で考え実践しています。イベントの時は地域のボランティアの方々と交流し、ご家族様と共に過ごせる時間を持てるように心がけています。

【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)】

母体である医療法人と連携、協働による医療体制の充実と、同一法人内のグループホーム間との交流を通して地域の情報を共有し、地域密着型サービスであることを理念に掲げたホームです。運営理念は明文化し、ホーム内とタイムカードの横に掲げ職員間で理念の共有を実践しています。ホーム独自で「笑顔がいつぱいのホーム」を職員の共通認識と掲げ、管理者は職員研修や運営推進会議、イベント行事等では家族にもホームの理念を伝えるように心掛けています。職員は利用者一人ひとりのペースに寄り添いながら、共同生活が楽しめるような支援の工夫をしています。職員が明るく、自宅にいるときより笑顔が増えたと家族に喜ばれています。

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 3. 利用者の1/3くらい 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、安心して暮らせている (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

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	理念を明文化し掲示しています。月例の合同ミーティングや毎日の業務を通して方針を共有し、介護サービスに繋ぎ合わせるよう話し合っています。	地域密着型サービスの意義をふまえ、地域とのつながりを大切にし、同法人内のグループホームとも意見交換を行いながら運営理念を作り、明文化しています。ホーム独自でも、「笑顔がいっぱいのホーム」を職員間の共通認識とし、各フロアやタイムカードの横に掲げて職員間で共有しています。管理者は新人研修、職員ミーティング、運営推進会議などで理念の確認を行い、職員と共有して実践につなげるようにしています。	
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	運営推進会議を通して地域との交流に努めています。自治会に加入しホーム周辺の清掃を行っています。ホームでの行事に地域のボランティアが歌やダンスを披露する等、利用者との交流を図っています。	職員は、利用者が地域とつながり暮らすことの重要性を認識しており、敬老の日やクリスマス、ホームのイベントには地域ボランティアの訪問があります。また、歌やダンスを披露する等、地域との交流の機会を作っています。近所の喫茶店に出かけ、地域の人と交流を図る利用者もいます。今後は近隣の幼稚園や小学校、地域に住む職員の子ども等、利用者が子どもに触れ合う機会を増やす方向を検討しています。	

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
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	地域のボランティアを通じ、ホームに来て頂いた際、理解支援の方法を提案しています。		
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	運営推進会議は地域包括センターの職員、町会長、民生委員、利用者、家族の参加のもとで2ヶ月毎に実施しています。会議ではホームの運営状況や行事、職員の研修内容や避難訓練の予定等を説明しています。	運営推進会議は地域包括支援センター職員、町会長、家族、ホーム職員の参加により2ヶ月に1回開催しています。会議では利用者の状況、ホームの行事・研修会の報告、今後の予定等の報告を行っています。会議では地域密着型サービスであることを説明し、地域からの情報も得ています。会議の中で話し合った意見や地域包括支援センター職員からの助言は職員へ伝達し、サービスの向上につなげています。参加できなかった家族にも会議録を送付しています。	
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	区の担当職員とは相談や情報交換を実施してサービス向上に取り組んでいます。	区の地域担当職員とは連絡や情報交換をしています。外部評価結果についても1ヶ月以内に報告する体制があります。主治医から専門医の受診を勧められた利用者で、家族に受診の必要性が伝わらず、地域包括支援センターに相談したケースがあります。	

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
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「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	1年に2回の身体拘束廃止委員会を開催し、その際に玄関の施錠を含め身体拘束をしないケアとは何かを正しく理解するように努めています。	マニュアルを作成し、研修等で職員に周知、身体拘束廃止委員会を年2回開催しています。職員は認知症の症状の特性を理解し、言葉のブロックも含めて利用者の行動を抑制しないケアに取り組んでいます。玄関は1階で居室が3階以上にあるホームの構造上、玄関は安全のため施錠していますが、内側からは開けるようにしています。ホーム内の他のフロアには自由に行き来ができるようにしています。	各フロアの扉は重く、利用者が自由に開閉できない状況です。今後は更に「拘束」について職員間で共通認識を図ることが望まれます。また職員や家族とも検討を行い、日中の数時間、各フロアの金属扉を開放するよう試みてはいかがでしょうか。
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	職員のストレスにも配慮し、心に余裕を持ち利用者と接することができるよう配慮し防止に努めています。		
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	利用者の中に成年後見制度やあんしんサポートを活用している方がいるので機会があるごとに話し合っています。		

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
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	契約時に入居に際しての説明は充分行っている。利用者や家族の疑問点は契約前、契約時に話し合い理解、納得を図っている。		
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	家族とは面会だけでなく介護計画作成時にも話し合い、家族の思いや希望、不満を表せるように対応しています。又、意見箱も設置しています。	運営推進会議に参加する家族も多く、毎回、要望も聞いています。面会簿に要望の記入欄も設け、入口には意見箱も設置しています。利用者の希望を取り入れ、喫茶店へ月2回行く支援を行っています。	会議に参加できない家族の要望を引き出す方法として、定期的に家族へアンケート調査を実施されてはいかがでしょうか。
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回ミーティングを行った際に職員の意見を聞き、又、提案はその都度聴いてサービスに反映させています。	管理者は職員の声にも積極的に耳を傾け、意見を表出しやすい関係を築いています。フロア会議や主任会議等で提案された、死角を無くすための鏡の設置や、クリスマスプレゼントに手作り品を渡す等、現場の職員のアイデアを取り入れています。	
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	向上心を持って働けるよう研修等に参加できるような体制作りをしています。スキルアップの為に長期休暇届けにも対応し、向上心を持って働けるよう配慮しています。		

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
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	職員研修の機会を多く【緊急時対応】 【認知症】【感染症】のテーマについても研修を受講しています。採用時研修も実施しています。		
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	同一法人内にあるグループホームの交流だけでなく、同区内のグループホーム同士の自主的な連絡会に参加し、情報交換や交流を行っています。		
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	利用者の言動・行動をよく把握する事に重点をおきながら、不安な事、要望等を聞き安心感をもって頂けるよう声かけ、サービスを行い関係作りに努めています。		
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	家族には利用者の趣味、嗜好を聞いたり、困っていること、不安なことを相談できる関係作りを築いています。		

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
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	本人の行動、言動をよく観察し家族に話を聞き、優先すべきサービスを見極め対応しています。		
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	笑ったり、怒ったりする感情面を大切にし、関係作りをしています。今までの暮らしの中で培ってきた特技をホームでも活かして頂けるよう支援しています。		
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	家族と職員間で利用者の情報交換を常に行い、又、双方でアドバイスをしあい利用者をどのように支えていくか意見交換をしています。		
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	利用者の要望を聞き、利用者がするホームからの電話連絡や、来訪をすすめ関係が継続するよう努めています。	日常ケアの中で本人の思いを聴き取り、嗜好品のコーヒーを毎朝喫茶店で飲んでいた利用者には、近所の喫茶店へ出かけている事例もあります。近所に住む友人が尋ねてくる利用者もいます。	
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	レクリエーションや散歩、ショッピングケア外食、外出等、出来る限り同じ時間を共有できるよう今後も支援していきます。		

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
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	退所されても近くに來られた際はぜひお寄り下さい等の言葉を必ず伝え訪問しやすいよう配慮しています。又、相談があった時には協力し必要であれば他施設の紹介もしています。		
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	毎日の生活を通じて得られる利用者の生活歴や暮らし方の意向の把握に努めている。困難な場合は言動、行動を観察し把握に努め必要に応じ検討している。	「私の気持ちシート」を使用し、利用者の生活歴や意向を利用者毎につかんでいます。職員は、希望や意向を表出しづらい利用者に対しても、日々傾聴する中で少しずつ把握し、可能な限り取り入れています。利用者と家族の意向にも沿えるよう、家族の生活状況の変化による退居、その後の生活に向けてできる事を増やし、自宅での生活への準備に取り組んでいる利用者もいます。	これまでの生活歴や意向は「私の気持ちシート」を活用していますが、日常ケアの傾聴の中で新たに把握した事を追加記録し、日付等も入れるなど工夫されてはいかがでしょうか。
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	ホームに入所するまでの生活歴は家族・支援者に聞き、利用者の趣味・趣向を尊重できるよう努力しています。		
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	利用者の 1 日のリズムの把握に努めレクリエーション等を通じ、現状の把握に努めています。		

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
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	利用者の現在の暮らしや、心身の状況を把握し、意志や看護師の意見、家族、利用者の思いや要望を反映させた介護計画を作成し家族に説明・同意を得ています。モニタリングに関しては、新たな要望等を踏まえながら実施しています。	利用者のこれまでの生き方を尊重し、ホームでよりよく暮らせるために家族や職員のアイデアを反映した介護計画を作成しています。モニタリングは3ヵ月に1回行い、「私の気持ちシート」に利用者の望んでいる事や気付いた事を記載し、フロア会議等で話し合いモニタリングに生かしています。介護計画の変更は来訪された家族に随時伝え、訪問の少ない家族には計画書を送付しています。	今後は、モニタリングの結果を更新時のアセスメントに活用し、記録を充実させ、介護計画に反映されてははいかがでしょうか。
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	利用者別の生活記録、排泄・水分・入浴・バイタル等体調記録を充実させています。又、申し送りノートを利用し、申し送り時に情報を共有しています。月 1 回ミーティングを行い実践や介護計画の見直しに活かしています。		
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	母体病院の医師と職員として配置されている看護師から医療と看護を受けています。地域のボランティアによりレクレーションの支援を受けています。又、家族が宿泊できる部屋も確保されています。		

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
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、本人は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	利用者と一緒に買物に外出等しています。スーパーに職員と行った際には利用者が金銭のやりとりをできるよう支援しています。		
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	月 2 回、母体病院の医師による往診を受けています。診療科目によっては入居前よりかかりつけの医療機関から、引き続き医療を受けている利用者がいます。	母体病院の医師・看護師と連携し、24 時間対応の体制ができています。医師の往診は月 2 回、看護師の訪問は週 2 回あり、利用者の状態を把握し、情報を共有しています。これまでかかりつけの医療機関での受診やセカンドオピニオンを希望される利用者、家族には他の医療機関を引き続き受診できるような支援をしています。外部受診をされる利用者には職員が同行するケースもあります。	
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	母体病院の職員として配置されている看護師を通じ医療連携をとっています。月 2 回の小池外科往診時の際に個々の利用者の体調や様子を伝え、適切な受診を受けられるように支援しています。		

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
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	母体病院からの情報提供以外に日々の生活暦等を外来受診の際に出来るだけ伝えていきます。又、入院した際は既往歴や現在治療中の病気、生活暦を詳しく伝え早期に退院できるように努めています。		
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	利用者や家族には看取り実践の方針を説明し、同意書をとっています。重度化した場合や終末期のあり方については、早い段階から利用者や家族の意向を聞き、状況の変化と共に利用者と家族、医師、ホームとの話し合いを行い意向の確認をし、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいく予定です。	ホームでの重度化や終末期の看取りのケアは行っていません。利用者、家族には終末期のあり方については早い段階から話し合いを行っています。身寄りのない利用者には地域の医療関係者、区のケースワーカー、民生委員児童委員がチームとなり、支援する体制づくりを検討しています。	
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	施設内研修で緊急時の対応、応急手当、初期対応の研修、訓練をしています。又、消防士による心肺蘇生法やAEDの訓練を受けています。		

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
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	災害時マニュアルを作成し、年 2 回消防職員指導のもと災害費年訓練を実施しています。非常・災害時の食料と水の備蓄をしています。	災害時マニュアルを作成し、研修等で職員への周知を図っています。避難訓練は年2回実施し、1回は消防署の協力を得て実施しています。災害時の備え、カップ麺、お米、水を備蓄しています。	ホームは民家が密集した住宅街の中にあるため、住宅環境や昼夜の災害を想定した訓練が望まれます。避難訓練は、地域住民の方にも協力を得て実施されてはいかがでしょうか。また、備蓄は一箇所にまとめ、災害時に持ち出しができるよう工夫されてはいかがでしょうか。
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	利用者一人ひとりを人生の先輩として尊重し、職員の言葉かけや態度は明るく親しみやすい雰囲気です。	利用者毎にリズムやタイミングを見計らって声かけを行い、利用者の個性や人格に合わせて親しみやすく、その人らしさを重視した対応をしています。利用者のプライバシーの確保、一人ひとりのペースを尊重しながら、利用者が笑顔で快適に暮らせるような支援を行っています。	
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している	利用者とのコミュニケーションを十分にとり、希望者を聞き、どのようにしたいか、どうするかを相談しながら支援しています。		
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	利用者の生活リズムに配慮し、利用者のペースでゆったりと暮らせるように支えています。利用者の体調やペースにあわせて、朝食時間や入浴時間等、柔軟な対応をしています。		

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
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	利用者の趣味・趣向を理解し、清潔に配慮しながら支援しています。クリスマス会には、資生堂のボランティアの方に来ていただき化粧をして嬉しいとの声が多く聞けました。		
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	食事は利用者の希望を取り入れ、ホームで調理しています。利用者は野菜の下ごしらえや食事の準備、後片付け等の得意な分野で分担しながら参加しています。職員と一緒に食事をし会話を楽しんでいます。月 1 回は寿司の日を作っています。	職員は利用者と同じ場所で食事を摂り、利用者一人ひとりのペースで食事を楽しめるように支援をしています。調理はホームで行い、視覚障がいの利用者にはメニューや食材を説明し、食事のイメージができるような支援をしています。メニューは利用者の好みを取り入れながら作成しています。食事の準備、後片付けは利用者の思いを尊重しながら、その人の能力に合った役割がもてるような支援をしています。在宅復帰を望まれる利用者にはその人と残存能力を生かし、自分のペースで自宅での家事がスムーズに行えるように想定した支援を行っています。利用者の要望を取り入れ、月 1 回「寿司の日」を設けています。	

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
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	個々の利用者に対し、食事量、水分量 を確認し記録しています。又、食事以 外の時間に水分がとれるよう工夫して います。栄養バランスに関しては野菜 の品目も多くとれるよう工夫し、調理し ています。		
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	毎週金曜日の歯科往診を参考に個々 の状態に応じ、毎食後の口腔ケア、夕 食後の薬剤による義歯洗浄を徹底して います。		
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	排泄チェック表を活用し、個々の排泄 パターンを把握しています。又、習慣 はトイレ介助時に観察し、能力に応じ て排泄の自立に向けた支援をしていま す。	排泄チェック表を作成し、一人ひとりの パターンを把握しています。入院時は おむつ使用になった利用者が、退院後 は排泄パターンを把握し、職員の声か けによる支援で自立になったケースも あります。排泄の失敗が見られた利用 者には、職員が利用者にさりげなく声 をかけて居室に誘導し、本人の不安や 羞恥心を軽減するような支援を行って います。	
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	母体病院と連携し、毎日の排泄の記録 をし、排泄の把握に努め、便秘の予防 をしています。食事野菜を多く取り入 れる等バランスの良い食事作りをして います。		

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
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	希望を聞き、入浴時間をずらす等配慮しています。一人ひとりゆったりと入浴できるよう配慮し、職員が介助に入ることにより会話を楽しみ、入浴時間が楽しみになるような支援をしています。入浴剤を利用しています。	利用者の希望を聞き、入浴は自由に行えるようにしています。週3回は入浴ができるように体制を整え、夜間の入浴や足浴は希望があれば対応しています。感染予防のため毎日足浴をする利用者もいます。入浴チェック表に担当した職員名を記入し、入浴時の状況確認ができる体制にして、一人ひとりの身体状況や、体調の変化を職員間で共有できるようにしています。入居時に入浴拒否をされていた利用者が、職員の声かけの工夫により信頼関係を築き、週1回の入浴ができるようになり、日常の会話が増えたケースがあります。	
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	入居する以前の生活習慣を参考にし、一人ひとりの生活パターンを観察しています。体調の事も考慮し、自由に休息でき、安心して眠れるように支援しています。		
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	母体である小池外科と医療連携をとっており、薬の目的や副作用、用法や用量について指導を受けています。服薬時担当スタッフを決めて、確認に努めています。		

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
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	レクレーションで楽しみを見出したり、家族に好きな食べ物を聞いたり、散歩を取り入れたりし、一人ひとりに応じた支援をしています。		
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	利用者や家族の希望を聞き、毎日の業務に散歩を取り入れています。行事では利用者や家族の意見を出来るだけ優先し、外出するようにしています。	ホームの近くにスーパーがあり、利用者と買い物に出かけています。利用者からの聞き取りにより、定期的に購読していた本があることがわかり、家族の了承を得て、職員と共に本を定期的に買いに行く事例もあります。利用者の希望で外出した時には、個人ノートに記録しています。天候が悪くて外出ができない時も、できるだけ五感を刺激するように心がけ、花壇の水遣りなどで外の空気に触れるような機会を作っています。	
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	買い物に行く際は利用者と同行し利用者が清算するように支援しています。利用者の希望を聞き、お金を所持し買い物に行けるように支援しています。		

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
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本院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している	家族と話したい希望があれば、いつでも電話できるようにしています。書く事の得意な利用者には便箋とペンを貸し出し、いつでも書くことができるようにし家族とやりとりができるように支援しています。		
52	19	○居心地のよい共有空間づくり 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	共有の空間には利用者が作成した作品を飾ったり、ホーム内にいても季節がわかるように桜等を利用者と作成し貼っています。植木や花も利用者と一緒に植えたり、水やりをしたりし楽しんでいます。ホーム内はピンクを基調とし落ち着いた雰囲気になっています。	共有のスペースの居間は明るく、利用者にとって居心地のいい雰囲気になっています。隣家の屋根の反射が強い時は、カーテンで採光を調整しています。室内には季節感を取り入れた植木を置き、壁に手作りのタペストリーカレンダーや写真を飾っています。雑誌や新聞を置いて利用者が自由に閲覧できるようにしています。建物の構造上玄関や一部の居室が、職員から死角になることもあり、角度をつけた鏡を設置し、常時職員の視覚に入ること、利用者が不安にならない工夫をしています。家族の面会や宿泊に使用できる部屋もあります。	喫煙スペースが、居間の一角の空気清浄機の前になっています。要望ができない嫌煙な利用者にも配慮し、今後は更に分煙の場所や方法を工夫されてはいいでしょうか。
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	利用者が思い思いの場所に座りくつろげるようにしています。ソファを設置しゆっくり談話できるスペースを設けています。		

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
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	居室にはホームが提供しているベッド等以外に利用者が持ち込んだ整理ダンス、鏡台、仏壇、家族の写真等あり利用者が安心して過ごせる落ち着いた個性的な部屋となっています。	居室には家具等の持ち込みは自由で、仏壇や整理ダンス、昔使っていたミシン等を持ち込んでいる利用者もいます。家族の写真や自作の作品である習字や絵画を貼る等、一人ひとりが居心地のよい空間を作っています。家族が作った折鶴の飾りを居室の扉に飾りつけ、目印となって居室を分かりやすいように工夫をしています。	
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	トイレ前には【便所】と張り紙をし、利用者にわかるように表示し使用できるようにしています。キッチン是对面式なので利用者と話ながら調理することもでき、配膳や下膳、食器洗浄を利用者と一緒にし支援しています。		