

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2872600404		
法人名	社会福祉法人 真秀会		
事業所名	グループホーム なごやか		
所在地	兵庫県加西市下宮木町576番		
自己評価作成日	2011/6/24	評価結果市町村受理日	2011年9月21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.hyogo-kai.go.com/
----------	---

【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 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	2011年7月6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)】

医療連携体制をとり、介護士、看護師、医師との連携のもと介護度の高度化・看取りへの対応までさせていただいている。
 家族の方にも介護チームのメンバーとなっただけのようにその都度、利用者様の状況、要望、看取りの場合の家族参加を依頼している。

【第三者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)】

事業所は開設8年目を迎え、利用者の状態、さらに取り巻く家族や地域の状況は変わりつつある。併せて認知症への理解の深まりから、グループホームの存在が周知され、地域に定着しつつある。事業所主催の行事も恒例となり、利用者や地域住民の交流が徐々に広がり、浸透してきたことは、職員のこれまでの成果といえる。最近では、利用者の心身の状態低下は避けられない状況になってきてはいるが、家族だけでなく地域の協力も仰ぎながら利用者の思いをくみ取り、最後までその人らしい生活の実現に向けて、さらに職員一丸となって目指してほしい。安心できるなごやかな我が家として、今後も地域に貢献されることを期待したい。

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広がったり深まり、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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	基本理念は各フロアー、玄関に提示している。申し送り時やカンファレンス時に再確認している。基本理念の中に『皆さんと住み慣れた地域で共に楽しく仲良くなごやかに生活できるように支援する』と掲げている。カンファレンスなど利用者のへのケアを考えるとまずは、上記の理念をふまえながらスタッフ間で話し合っってプランやレクリエーションを考えている	新人入職時のオリエンテーションで重点的に研修を行い、日々の業務についても、朝礼及び会議等で常に周知に努めている。さらに運営推進会議を通して地域にも浸透するよう投げかけている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の小学校ボランティアクラブとの交流も今年度は7/7に控えている。その他、地域のボランティアの方にも銭太鼓や踊りなどを披露して頂いている。運営推進会議の中でも地域の方に参加していただき、施設内行事などに参加していただいている。	地元小学校や地域ボランティアとの交流は恒例行事となり、利用者の楽しみの機会として定着しつつある。併設のデイサービス利用者との馴染みの交流も生まれ、ホーム主催の行事での参加交流も少しずつ広がっている。	
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	運営推進会議にて地域の方々へ「グループホームとはなにか」「グループホームの現状」「今後求められているもの」等を伝えている。		
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	利用者様に提供しているサービス内容、行事などの事例を紹介。実際に一緒に行事に参加していただいている。 第三者評価結果も報告、課題への取り組みも報告している。	2か月に1回定期開催されている。ホームからの現状報告は継続して行っており、会議出席者に主催行事に参加してもらうなど、実際の交流機会を持つことで、ホームへの理解及び協力を働きかけている。	
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	施設連絡会、グループホーム連絡会において意見交換をしている。運営推進会議の中で市より参加していただいている。施設の現状や問題点をふまえて話し合っている。	必要に応じて事務連絡、相談等をしている。ホームの現状を伝えながら、今後の方針についても積極的に相談、提案をしていく考えである。3か月毎に開催されるグループホーム連絡会では、情報提供、意見交換の場として活用している。	

自己	第三者	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「介指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	ケアカンファレンスを行い、転倒転落の安全に配慮しながら身体拘束を行うことのないように心がけている。身体拘束ゼロ委員会をより勉強会を行い、身体拘束についてスタッフと考える場を設けた。 フロアー入り口の施錠に関しては、前回の第三者評価の結果もふまえ家族会でも話しあった結果、家族様からは「安全面での安心」という点で施錠の賛成が多かった。 利用者様の立場になって考えた場合は「身体拘束」としては否めない。施設内介護度の重度化、マンパワーの問題と今後の課題であるとする。	委員会にて、重点的に拘束等について話し合い、勉強会を持っている。施錠については、本人本位の立場では問題視しており、課題としている。今後は職員体制を考慮しながら、まずは一日を通じて施錠しない時間帯の検討を考えている。	法人として、利用者の立場に立った方針の明確化とともに、リスク管理についての家族への理解、協力の働きかけも必要と思われる。
7	(6)	○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	虐待の報告は現在ではもちろんないが、利用者様への言葉づかいでスタッフに注意すべき点が見られた。そこで、「認知症とは」「認知症介護」と基本的な所を振り返るために勉強会やカンファレンスを行った。 虐待に関する委員会による勉強会も行って	委員会リーダーの企画、立案による認知症に関する勉強会を行った。全職員が、日常業務における声かけ等について再認識するとともに、基本内容を振り返る機会ともなった。	

自己	第三者	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	(7)	○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	権利擁護委員会による成年後見制度についての勉強会を行った。	委員会リーダーの外部研修受講による報告研修を行い、全職員への制度内容の周知を図った。現在該当者が1人おり、運営推進会議及び家族会においても報告、推進している。	
9	(8)	○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	契約時相互で読み合わせ確認しており、疑問点については詳しく説明し、了承を得て署名捺印を頂いている。契約内容の改定時は家族会を開き、説明・納得していただけるよう対処している。参加されてない方には説明を勧めている。	契約時は利用者の過ごし方も交えながら、具体的なわかりやすい説明を心がけている。特に重要な確認事項については、文書により了承、同意を得ている。	
10	(9)	○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	外部への機関は行政機関としており、その存在も重要事項に記載している。家族が要望などを表せる場としては家族会を開催している。施設内にもご意見カードを設けている。	来訪家族には、その都度時間を取って話しをしたり、必要に応じて後日連絡することもある。年2,3回開催される家族会では、質問や意見等出してもらおうよう働きかけ、コミュニケーションを重視するよう心がけている。	
11	(10)	○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	業務カンファレンスを月1回開いている必要に応じ随時カンファレンスを行っている。個人面談の場も開き、個々の意見も聞くようにしている。	各会議や日常業務の中で積極的に意見を出してもらおうよう勤めている。職員一人ひとりが目標を掲げ自らがそれに向けて努力することを、法人として支援している。事業所として個人面談も行い、個別の相談等も受けている。	
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	昨年度に続き、個人目標を設定し、介護技術査定表など個人能力の評価出来るような取り組みを開始し、努力しているスタッフを高評価出来るように評価基準を設けた。その評価を給与にも反映するように能力給として項目を設けている。		
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	個人目標を設定し、介護技術査定表など個人能力の評価出来るような取り組みを開始。年間の施設内研修の企画、他機関への研修の紹介も行っている。		
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	他病院・施設への利用者様の面談へ行くようにしている。他機関(キャラバンメイト)より講師を招き、勉強会も行っている。グループホーム連絡会などでネットワークを作っている。		

自己 者 第三	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	入所時はアセスメントシート(センター方式)を用いながら本人はもちろん、家族、入所前の施設スタッフ、病院スタッフと密に情報交換を行う。そして、その方の人間関係、性格、生活背景、病状、基本的なニーズなどの情報収集する。そしてカンファレンスを行い情報を整理する。		
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	入所の申し込み時の段階から家族・本人と面談し、家族の思い、困っていることなどをお聞きする。そして、入所時にも入居中にどのような生活を求められるかなど家族の希望を聞いている。その後も随時何か利用者様の变化がある際には連絡を取りながらケアに取り組んでいる。		
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	本人、家族のニーズ、現状を総合的に考えながらどのようなサービスが必要か、お互いの最善策を常にとるようにしている。 例)精神的に不安定な利用者様の場合、在宅では専門的な治療、診断をほとんど受けていなかったため、まずは精神科受診の必要性説明した。		
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	本人の希望を聞きながら本人が安全に戸惑うことなく行える事を(家事、花の水やり、畑仕事など)共に行いながら関係を築くようにしている。		
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	最低でも月1回家族様へ状態の報告を書面にて伝えている(介護計画県報告書)。その他も利用者様の变化時には電話にて伝え、相談しながら最善のケアを考えている。ケアの方針を決める場面でもケースによっては家族の方にも利用者様の現状を見ていただき、家族と一緒に話し合いの場を設け、方針を決めていく。		

自己	者 第三	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
20	(11)	○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	外出・外泊など家族様からの希望は利用者様の状態を見ながら積極的に出かけていく場面を作るようにしている。本人の心情的に『家族と会いたい』という気持ちを訴えられたり、察した場合などは施設側から家族様へ会えるようお願いする場合もある。介護計画兼報告書にても本人の思いを記載する事もある。	利用者自身から思いや要望が出されることは少ないが、家族の協力を仰ぎ、できる支援に努めている。これまでの生活の様子を推測しながら、話しを聞いて思いをくみ取るようにしている。	利用者自らが要望を表すことは少なく、難しいと思うが、個別に向き合う時間をできるだけ持ち、思いを引き出す声かけ等の工夫を、今後も期待したい。
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	認知度により利用者間でトラブルがないようにリビングでの席順や席替えを行っている。スタッフからも孤立しないように声かけを行っている。その他、男性が少ないため、他フロア間で男性同士で話ができるように他フロアに行き、話せるように利用者様に希望を聞いている。 毎月、第2、4土曜はデイサービスのフロアを利用し、喫茶を開き、フロア関係なく利用していただけるようにしている		
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	契約終了後であれば、問い合わせがあった場合に情報提供をしている。退去後も訪問し、状況を確認する。		
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	(12)	○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	入所時、ケアプラン作成・更新時やケアカンファレンス毎には本人の(センター方式を用いて)ニーズを確認や汲み取りながら把握・検討している。	利用者とのこれまでの関わりや話しの内容から、気づいたことを参考にし、思いをくみ取るようにしている。利用者が言いたいことを言えるよう、又言ってもらえるような声かけや雰囲気にも配慮している。	
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	入所時に家族様もしくは他のキーパーソンより生活歴などの確認をし、入居してからも可能な場合は本人より聞きながらカンファレンスを開き、把握に努めている。		

自己	者	第三	項目	自己評価		外部評価	
				実践状況	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
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	本人の精神的状態、ADLを日々観察し、朝の申し送り時や定期的なカンファレンスでスタッフ間の情報交換、問題提起をし、把握に努めている。ケース記録や介護日誌にも記録し個々の情報を把握する。			
26	(13)		○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	カンファレンスを月1回行い、ケアプランに対して見直しを行っている。利用者様に対しては普段の会話の中より聞き取りながら希望や不満などを確認する。家族には月1度経過状況を文章で伝えている。(介護計画兼報告書) 場合によっては、家族を交えた話し合いをし	利用者の好みや要望を中心に、食べることや歩くことなどの行為を重視した計画となるよう作成している。利用者個々の担当職員が、利用者の状態全般について十分把握し、本人の思いの実現のために家族の協力を仰ぐとともに、家族の要望も反映させている。		
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	日々の状況はケース記録に記録している。毎日の介護日誌にもその日の大きな変化・観察点を記録している。それらを用いスタッフ間で情報を共有している。			
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	利用者様の介護度が高度化し、状態の重度化、看取りの必要性が高くなっているのに対し、看護師(24時間対応)、医師(月2回の往診)と医療連携体制の体制を整え、看取りケアに対応出来るようにしている。			
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	地域の小学校の生徒とボランティアを通じて交流を深めたり、あったか相談員の方々、地域の演芸ボランティアなどの方ともふれあいの場を設けて交流をしている。			
30	(14)		○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	これまでのかかりつけ医を基本としながら入所時に当施設の協力医以外の希望がある場合は家族の希望通りの主治医の方で診察を続行していただき、希望がない場合は家族の了解を得た上で協力医を主治医とし月2回の往診を定期的に受けて頂いて	契約時にかかりつけ医の継続を確認している。月2回の往診、急変時24時間対応や入院の紹介もある協力医への変更の希望が多い。また、昔から協力医にかかっている利用者もあり、殆どの利用者の主治医が協力医となっている。他科受診は家族の協力を得ているが、都合がつかないときは職員が送迎し情報を共有している。		

自己	第三	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
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	随時施設内看護師とは情報交換を行い、連携を図っている。普段より気軽に看護職に相談できるような体制を取っている。		
32	(15)	○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。	入院になった場合など看護師もしくは管理者が同行の元、申し送りし、同時にサマリーを提出し医療機関との情報交換に努めている。 入院期間中も看護師が訪問し病院との情報交換を行い、退院に向けての準備を整え	入院時は事業所の看護師が付き添い、日常生活状況や診療情報を報告し、適切な治療となるよう連携に努めている。入院中は利用者の精神的安定のため見舞いをし、状態が安定した際は、早期退院に向け病院関係者と話し合っている。	
33	(16)	○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、事業所です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	協力医、施設側スタッフ、家族、本人とが終末期の方針などは4者が話し合いながら決めていっている。医師より家族へ終末期の話の後に家族には事前指定書を説明、書面上にても方針を明記するようにしている。今年度より看取りケア加算を追加。	看取り介護は8年間で7人である。利用者と家族の希望を尊重し、終末期の精神的負担と不安を和らげ、ゆっくり過ごせる環境に配慮している。医師の協力のもと事業所看護師と職員が介護方針を共有し、利用者との馴染みの関係を大切にしながら介護に努めている。	
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	施設内急変時は緊急連絡マニュアルに沿って連絡をとる。マニュアルの周知徹底を行っている。心肺蘇生法の講習は昨年にも行い、今年度も施設内研修計画に心肺蘇生法講習を予定している。		
35	(17)	○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	防火訓練(年2回)を行い、避難救助マニュアルも作成している。	昼間、夜間想定で年2回の消火・避難訓練を行っている。利用者役も職員が行い、役割分担や避難経路を確認した。	避難訓練に運営推進会議メンバーの参加を依頼し、近隣住民との協力体制づくりや災害時の避難場所としての施設利用なども話題とされてはいかがか。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(18)	○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	接遇マナー勉強会を行っている。もし不適切な対応があった場合などはカンファレンスを開きスタッフの言動を振り返るようにしている。トイレ誘導、入浴などプライバシーの配慮には特に気をつけている。	接遇マナーの勉強会を実施し、利用者の人権を尊重する介護に努めている。特に入浴時、排泄時の声かけや対応には注意し、利用者の誇りやプライバシーを損ねないよう職員同士で確認している。	
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	普段の日常会話の中から本人の思いや希望を見つけ出し、出来る事の範囲を考慮し自己決定しやすいように工夫している。今年度は外出支援として『行きたい所』を聞いたたりしている。		
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	スタッフの方から一方的にする事を決めるのではなく、何をしたいのかを確認しながら、出来る限り希望に添えるようにしている。 スタッフが本人の趣味、特技などを確認し、できる範囲のことを考える		

自己	者	第三	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	髪は月1回の訪問美容を利用している。本人の好みを第一に考え同じ衣類であっても組み合わせで気分が変わるようにアドバイスしたり、他の利用者様からもアドバイスいただくよう支援している。		
40	(19)		○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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食材の下ごしらえ、味付け、味見など利用者様の意見を聞きながら一緒に行っている。盛り付け、後片付けも一緒に行っている。	通所介護の栄養士が作成した献立の食材が一括配達される。しかし利用者と相談しながら、週2回は自由に献立を決める「まかないの日」とし、月のうち1週間は不足材料のみ購入する買物をしない週としている。月1回の外食の日はフロア間の利用者交流ともなっている。検査者は輪番制であるが、職員と一緒に食事をしていない。	検査担当者が利用者と一緒に食事することにより、会話も弾み、利用者にとっても楽しいひとときとなると思われる。
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	水分摂取量は日々摂取量を見ている。摂取量の少ない方場合は本人の嗜好に合わせて提供したりしている。体重コントロールがいる方には主食をお粥にしたりと工夫をしている。		
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	食後にはうがいをしている。自分でブラッシングできない方にはスタッフが口腔ケアを行っている。		
43	(20)		○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	個々の排尿パターン・間隔を把握し、なるべくトイレでの排泄が出来るように誘導している。排泄後は記録している。	トイレでの自力排泄を大切にするため、個別の排泄リズムを把握しさりげない誘導に努めている。個室にはトイレがあり、夜間頻尿の利用者も気兼ねなく自力で排尿している。安全確認のため利用時にはセンサーが反応する仕組みとなっている。	
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	食事量、水分摂取量を、運動量をチェックしており、水分摂取量の少ない方へは本人の好みに合わせて水分をすすめていく。その他本人の状況に応じて軽運動、歩行などを進める。もしくは、Drと相談し下剤や緩下剤を使用する		
45	(21)		○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	入浴日は設定しているが、希望に応じて入浴するよう対応することもある。入浴時間については利用者さんの希望により午前・午後での対応を行っている。	個浴でゆっくり入浴してもらっているが、安全のため2名で介助する利用者もいる。下肢筋力低下の利用者には通所介護の特別浴槽を使用している。基本的に週2回午前中の入浴であるが、状態に合わせてシャワー浴や足浴などで柔軟に対応している。	
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	体調にあわせ休息して頂く様に誘導している。昼夜逆転しないように日中は活動的にしていただくよう努める。		

自己	者 第三	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	
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	薬の説明書は個人記録に保管しており、スタッフは作用・副作用を把握するようにしている。投与時は誤薬防止のためにスタッフ同士が声だし確認しながら投与している。毎月薬剤師による説明を聞いている。			
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	家事やレクリエーションなどを利用者様に応じて役割分担し張り合いや喜びを見出すようにしている。 今年度より2Fベランダにて小さいながらもガーデニングをしており、利用者とともに水やりなどを行っている。			
49	(22)	○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	利用者様に『行きたい所』を聞いたり、もしくは少人数ずつではあるが、地域の喫茶店やドライブなど定期の行事以外での外出支援を心がけている。家族会でも家族の方への協力を呼びかけている。	必要な食材の買物に利用者とは出かけることはあるが、利用者の日常生活動作能力低下に伴い散歩は減少している。今年度は外出の機会を作ることを目標としている。年間行事として喫茶店、ドライブや遠足などを実施しているが、利用者の希望で、夫の葬儀参列に職員が同行したこともある。		
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	自己管理できる方は小額自己管理していたり、管理が難しい方は事務所管理している。買い物依頼時は一緒に行く。家族へは随時報告している。			
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	利用者様の希望により家族への電話は取り次いでいる。			
52	(23)	○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	空調による温度調節や冬場は加湿器などの室温湿度調整を行っている。和室やソファなどを状態により利用している。共用空間は季節感の出るような飾りをつくっている。	食堂とリビングの窓は広く、明るく、畳コーナーはくつろぎの空間となっている。ソファや椅子などが適宜置かれ、一人になれる工夫もなされている。季節感がある飾り付けや日本伝統の行事の供え物もし、利用者が居心地よく過ごせるよう配慮している。		
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	個人個人の性格をスタッフは把握している中で利用者様同士でトラブルが起きないように気持ちよく過ごせるような居場所の工夫をしている。（席替えなど） フロア一間の移動して気の合う方の部屋に出かけられるように支援している。			

自己	者 第 三	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	(24)	○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	居室内はタンス等の家具や装飾品、布団など使い慣れたものを持参し、本人が住みやすい環境を作って頂いている。ケース担当を決め衣類の交換など個々に関わっている。	ベッドは事業所で用意しているが、家具などは利用者と家族が相談して好みの物を持ち込み、気持ち安らぐ工夫がなされている。利用者それぞれの担当職員が相談に乗り、居室内の整理や衣替えなどを支援している。	
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	個々の出来る事についてはカンファレンスを行いスタッフ全員が周知するように努めている。排泄等のADLは安全に配慮しながら自己で出来る範囲で行ってもらっている。		