

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	0272701228		
法人名	社会福祉法人吉幸会		
事業所名	グループホームみろくの郷けんど		
所在地	〒039-0313 青森県三戸郡田子町茂市字仲田2-2		
自己評価作成日	平成24年9月20日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成24年10月12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)】

<p>毎日、ゆっくりゆったりとした時間と空間を提供し、家に居るような感覚で自分のやりたい事をして過ごしてもらっている。また此処が家となるよう自治会に入り、一地域の住民として地域の行事や清掃作業等にも参加している。</p> <p>～基本理念～</p> <p>①同じ家に住む仲間っこになるうよ。</p> <p>②自分の人生を最後まで満喫しようよ。</p> <p>それを念頭に置き、日々のケアに努めている。</p>
--

【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)】

<p>田園に囲まれた自然豊かな環境に立地し、リビングの大きな窓からは田畑の景色を眺めることができる。事業所内は内履きなどの使用はなく、利用者が床に座り足を伸ばして休息が出来るよう工夫されている。開設当初より自治会に加入し、早朝の美化活動や豊作祈願行事などにほぼ毎回職員が参加するなど、その一員としての地位が確立できている。事業所の夏祭りが地域の祭りとして位置づけられており、運営に地域住民も積極的に参加している。法人内の各セクションごとに「チャレンジ」という月間強化事項を設定し、セクションを挙げて取り組んでいる。また、利用者ごとにサービスについての「満足度」をカンファレンスで検討し、個々人の楽しみ、生きがいといったことを把握し、利用者本位の支援が出来るよう取り組んでいる。今年度より訪問看護ステーションと契約しており、週1回訪問時の全利用者の健康チェックや緊急時の対応等の協力を得ている。</p>
--

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りや深まりがあり、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	地域密着サービスを理解し「同じ家に住む仲間つこになろうよ」「自分の人生を最後まで満喫しようよ」という理念を掲げている。会議などで確認する他、ホーム内に掲示し全職員に周知している。理念の意味を意識しながら日々のサービス提供に努めている。	ホール内の目に付きやすい場所に事業所独自の理念を掲示している。事業所内の会議でも話し合いがもたれている。	
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	自治会に加入し地域の行事に参加したり、保育園などからの慰問もあり積極的な交流が図られている。また、当事業所の祭りの際には、地域の方の協力があり準備から参加してもらっている。	自治会総会、早朝の町内美化活動、豊作祈願行事などに参加している。事業所の夏祭りは地域の行事として位置づけられ、住民の協力で運営される。保育園の運動会や小学校の入学式にも招待され、出席している。	
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	実習生の受け入れやボランティアを受け入れている。当地での祭りは、地域の方々や高校生のボランティアに協力して貰い、ふれあいの機会をもうけ交流の中からグループホームや認知症への理解が深まるように取り組んでいる。		
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	地域密着サービスの役割と会議の意義について説明を行い、ホームの事業や外部評価結果等も報告している。グループホームからの議題ばかりではなく出席者からも提案を頂き、出された意見は法人や事業所の会議で話し合いサービスの向上につなげている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催している。事業所からの報告はもちろん、自治会長より夏祭りについて議題提起を受けたり、畑作りに農家の視点からアドバイスをもらったりするなど、意見交換が一方向的にせず活発に行われている。	
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取り組んでいる	外部評価の結果を報告し、ホームの実態を理解してもらうよう努めている。運営推進委員以外にも必要に応じて会議に参加してもらい、指導や助言を受けるなど意見交換を行っている。	書類提出等で役場に出向いた際に、運営に関することや加算算定や各種届出などについて気軽に相談できる関係が築けている。空床についても随時報告し、ショートステイ受け入れや認知症の方の相談を受けることもある。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	日中は玄関に鍵を掛けず、自由に出入り出来るようにしている。外出傾向が察知できるように見守りを行い、察知した場合には付き添うなどの支援を行っている。代表者及び全職員は外部・内部研修で身体拘束の内容や弊害について理解し、日々、身体拘束をしない姿勢で支援をしている。やむを得ず拘束を行わなければならない場合に備えてマニュアルがあり、家族にも説明し同意を得る体制を整えている。	内・外部の研修に随時参加して、すべての職員が理解するよう努めている。利用者が外出したい時には無理に止めることなどはせず、本人の気持ちに寄り添って付き添い、場合をみて他の職員がさりげなく法人車で迎えに来るなどしている。不審者対策として警備会社と契約している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	外部研修や内部研修に参加し、高齢者虐待防止法について理解し、職員同士お互いに日々のケアを観察し気になるところは注意し未然に防ぐように努め、虐待を発見した場合の対応についてマニュアルを整備し、報告の流れ、対応方法についても全職員が理できるようにしている。		

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
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	全職員が外部・内部研修に参加し勉強をしている。詳しい内容は誰でも見れるように掲示し利用者や家族に情報提供を出来るようにしている。		
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	契約時に重要事項説明書を基に、ホームの理念や運営方針等を十分説明し、利用者や家族の意向を傾聴するよう心がけ、疑問や意見も引き出せるよう働きかけている。契約改訂時は十分説明を行い、退居の際には不安を生じさせないよう居宅支援センター等を紹介したり、入院などの個々に合わせた支援をおこなっている。		
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並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	意見箱を設置するなどし、利用者や家族からの意見や要望を出しやすいよう働きかけている。面会時には家族へ声掛けを行い、家族や家族を通しての利用者からの不満や要望等がないか確認している。出された意見については全職員で周知し話し合っている。	意見箱は設置しているが投書はなく、家族面会時に要望等を聞き取りしている。利用者の「言葉」を拾い上げたり、表情や行動の観察をもとに、毎月のケース会議で個々の利用者の「満足度」について検討し、ケアの振り返りを行っている。	
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	運営方法や利用者の受け入れ等の決定事項については、会議を経て主任から周知している。職員の意見はその都度、話すようにしている。ユニット会議、リーダー会議、全棟会議、主任会議、法人全体会議を行っており、意見や提案を出し合い反映している。	ユニット会議で出された意見は、各セクションの主任が集まり、月2回開催される主任会議で法人幹部に伝えられる。町職員や法人幹部も出席する入居判定会議がひらかれる際には、事前に職員から意見聴取し望んでいる。	
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	代表者は現場の状況や職員の日々の努力や勤務状況を把握し、保有資格者をいかした職員の配置や年2回、人事考課を運営者や主任などと話をし一人一人が課題を持って働けるようにしている。資格取得についてもアドバイスや法人内の研修委員会による勉強会を行い向上心を持って働けるように努めている。		
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	代表者は職員の質の向上に努め、法人内の研修委員会とともに年間研修計画を立て、職員それぞれの経験や力量、希望等に応じた内部・外部研修を受ける機会を全職員へ平均的に確保している。研修で学んだことは会議等で伝達研修し日々のケアに活かせるよう周知している。		
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	代表者は、同業者との交流や連携の必要性を認識し、八戸地区グループホーム協会に加入しネットワーク作りや研修会、懇親会で意見交換を行ったり、法人内外のグループホームと連携をとり、日々のサービスの向上や職員の育成に取り組んでいる。		

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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に利用者、家族、担当ケアマネ等から直接話を聞き、できるだけ本人の希望や思いに沿うよう努力をし信頼関係を築けるように意識しながら対応している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入所前に家族より困っている事、サービスに対する要望等を細かく聞き、希望や思いに沿うよう努力をし信頼関係を築けるように意識しながら対応している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	利用者や家族のニーズに対して、その時点で何が必要かを見極め、必要に応じ地域包括センター等の関係機関と連携を図り、他のサービス機関に移行する支援を行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は理念を意識しながら一人ひとりの出来ること、出来ないことを理解し、利用者から暮らしの中での知恵や技術を学び、利用者はグループホームで自分が必要な存在であることを認識しながら役割を持って生活している。		
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置かず、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	利用者と家族の関係や双方の思いを把握し、日々の様子を毎月の個人通信やホーム便りで伝え、面会時にはコミュニケーションを図りながら、心身の状態を伝え情報の共有に努めている。面会に来られない家族とも電話連絡し、祭り等、外で会う機会をつくるなどしている。		
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	家族の協力を得て馴染みの人が面会にきてくれたり、職員はコミュニケーションを図っていくなかで関わってきた人や馴染みの場所を把握し、利用者の生活歴と合わせながら、希望に応じて出掛けられるような支援を行い関係が途切れないようにしている。	知人である近隣住民の立ち寄りが多く、一緒に写真に納まっている。馴染みの理髪店で散髪したり、生家の裏山での山菜取り、神社の参拝などに事前の計画等がなくても希望があった際には対応している。職員もその重要性を理解し、臨機応変に対応している。	
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	職員が「同じ家に住む仲間っこになろうよ」という理念を意識し、利用者同士がお互いのことをよりわかり合えるよう職員も間に入りながらコミュニケーションを図ったり、利用者同士が出来ること出来ないことをお互いに助け合い職員は見守りし、利用者同士が関わりあえる支援をしている。		

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
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	家族へ電話したり家族から電話がくる等、利用者や家族が不安にならないように相談や支援を行っている。グループホーム外でも家族に会うことも多いので声掛けをしている。		
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	日常の会話や表情から、利用者の思いや希望を把握するように努め、アセスメントシートや家族等からも情報収集を行う等し職員間での情報の共有を図り、ユニット会議や必要に応じて話し合いを持つなど、全職員が利用者の視点に立って意向を把握するよう努めている。	各利用者の担当職員が中心となって言動の観察、把握を通して情報収集し、独自のアセスメントシートを作成している。日々利用者についての情報交換を密に行ない、情報の共有に努めている。	
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	利用者や家族、担当ケアマネージャー等から情報収集を行い把握するよう努めている。		
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	申し送り、会議等で利用者の現状を把握している。一日の暮らし方、生活のリズム、分かる力などこまめに情報交換し話し合いを行っている。		
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	利用者や家族等の意向を聞き、利用者がその人らしく暮らし続ける事が出来るように、担当者を中心に全職員で話し合いをし介護計画書を作成している。	家族の意見は面会時等に対応した職員が聞き取りし、担当職員に伝え、カンファレンスで情報を共有している。プランは6ヶ月に一度見直しを行なうが、状態変化等があった場合には医療面や訪問看護の関わりを盛り込むなどして随時見直しをしている。	
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	一人ひとりについて、日々の暮らしの様子や身体状況について具体的に記録に残し、記録の内容を全職員が共有できる仕組みを整え、毎月評価をし利用者の身体状況や希望等の変化があった場合には、随時見直しを行っている。		
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	法人の車両を使用し、利用者や家族の希望を聞き、受診時の送迎や外出支援を日常的に支援している。ひ孫の運動会や自宅や自宅周辺の様子を見に行ったり、家族の承諾の元、自宅以外への外泊を支援するなど柔軟な支援を行っている。		

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	利用者が安心して暮らせる為に、本人の意向や必要性に応じて、地域の自治会、小学校、保育園、警察、消防、医療など協力してもらい支援している。		
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、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	これまでの受診状況を把握し、利用者や家族が希望する医療機関の受診や、協力医療機関の往診があり、定期的な受診・往診のほか体調の変化や心配ごと等がある時はいつでも医療機関に相談したり受診している。通院方法や受診、往診結果についても報告し、必要時には話し合いを行う等納得が得られている。	協力病院からの往診はインフルエンザワクチン接種などで協力を得ている。協力医療機関以外の受診は家族と一緒に職員も同行し、状態の把握に努めている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	看護職員は配置していないが、今年度より医療連携体制として訪問看護師が週一回訪問し、利用者の日常的な健康管理や体調の変化、心配ごと等について相談し、指示や助言をもらっている。		
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、また、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。	入院時には、定期的に病院に行き治療内容・経過など把握するよう努めている。また、家族と一緒にカンファレンスを受け、退院等の調整を行っている。		
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	体調に変化あるときは家族と相談の上、かかりつけ医や訪問看護師との連携を図り、早めの受診や必要に応じて入院・治療を行い重症化しないような対応に取り組んでいる。今まで終末期を迎えた利用者はいないが、法人として看取りに関する指針を定め、医療機関とのより密接な連携を図る為、今年度より町内の訪問看護ステーションとの医療連携を開始している。	家族へは事前に書面で終末期の説明と意向の確認を行っている。経管栄養や痰吸引の対応は出来ないが、今年度からの訪問看護ステーションと医療連携されている。入院等を機会に家族へ対応できる部分を説明している。同法人の特別養護老人ホームへの入所を希望される場合もあり、情報提供をしている。	
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	応急手当や救命救急等の内部・外部研修を受け全職員に周知し事故発生時や緊急時に備えている。夜間対応も含め緊急時対応マニュアルを掲示し全職員に配布している。		
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	いつでも適切な対応が出来る様、毎月避難訓練を行っている。年2回消防署へ依頼し消防訓練を行い総評してもらい今後に役立っている。地域の方からも協力を得られるようお願いしている。また災害時に備えた備品や非常食を準備している。	地震や火災、昼夜それぞれの想定で、隣接するグループホームと合同で避難訓練を行ない、協力体制を確認している。震災経験後はマニュアルの見直しを行った。3日分の非常食を備蓄している。地域住民には日頃から緊急時対応を依頼している。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	一人ひとりの個性を尊重し常識かつ適切な声掛けをしながら寄り添い、同調姿勢で接している。会議等でも利用者の接し方について話し合いを行っている。個人情報とは適切な場所に保管している。	不適切な声掛けに繋がりそうな時は、声を掛けあうことが出来ている。方言を交えているが、近くなりすぎないよう、丁寧な声掛けに心がけている。利用者ごとの「満足度」の振り返りで、対応について振り返る機会を設けている。居室入り口には表札は掲示せず、個人情報のファイルは鍵付きキャビネットにて保管している。	
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	利用者との日々の関わりや家族等からの情報により、本人の思いや希望を把握しながら自己決定できるような対応や話やすい雰囲気づくりを心がけ、意思表示が困難な場合でも、表情や態度から把握するよう努めている。		
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	利用者の気分や体調に配慮し、一人ひとりのペースや要望に沿った支援ができるよう、生活していくなかで決められた時間や場所、順番等にとらわれないように心がけ、利用者に合わせて支援を行っている。		
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	利用者の個性や希望等を尊重し、季節の衣類の入れ替えは家族にも協力してもらいおしゃれも出来るように支援し、衣類や整容の乱れにはさりげなくサポートしている。理美容はなじみの店に行ったり、ホーム内に来てもらうなどの体制を整え支援している。		
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	利用者の希望、好み、苦手なものに配慮し、状況、意思、力量に応じて調理の準備や後片付け等を職員と一緒にしている。職員も同じテーブルで食事をとり会話を楽しみながら食事時間を過ごしている。また、月2回は利用者の希望に沿った自由献立の日があり、食事の楽しみを持ってもらう機会を設けている。	普段は食材は栄養士が一括注文し配達されるが、自由献立の日には買い物から自分たちで行なう。誕生会として行なうこともあり、利用者の要望でメニューを決めている。住民からの頂き物の野菜で一品増やしたり、山菜の下ごしらえや米研ぎなどを利用者と一緒にしている。	
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	外部の栄養士に栄養等のバランス・旬の食材を使った季節メニュー・好物を取り入れた献立を立ててもらっている。月1回の給食会議では栄養士と意見交換を行ったり、毎月体重の報告や利用者の状態の変化を伝え指示や助言をもらうなど、栄養士との連携を図りながら支援している。		
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	一人ひとりの習慣や意向を踏まえ、声掛けや一緒に行う等、能力に応じた支援を行っている。		

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向けた支援を行っている	一人ひとりの排泄パターンやサイン、習慣を把握した上で事前誘導や、便意や尿意があるがトイレがわからなくなるといった利用者には、目印を付けるなどスムーズにトイレに行ける工夫を行い自立に向けた支援を行っている。	排泄の前兆のサインや間隔を把握することで、個々にあった排泄のケアを提供している。自分でトイレに行く方の目印となるように、居室からトイレまで床に誘導のテープを張り目印としている。	
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	職員は便秘の原因や及ぼす影響を理解し、食事や水分量、排泄チェックを行い、水分摂取しやすい工夫をしたり運動を働きかけている。便秘傾向にある方や下剤服用者には医療機関へ相談・指示受けし下剤使用量や頻度を調整している。		
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、個々に応じた支援をしている	利用者のその日の体調や気分を考慮し、入浴習慣を把握した上でその人の希望やタイミングに合わせて入浴できるようにしている。利用者の羞恥心や負担感、安全面に配慮し、入浴拒否する利用者へは声掛けのタイミングを考えるなど対応の工夫をしながら行っている。	浴槽はヒノキ製である。週に2～3回は入浴できるよう調整している。拒否のある方には、午睡の時間を避けるなど生活パターンを踏まえて声掛けを工夫している。足浴は毎日行っている。全介助の方には2人で対応している。	
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	利用者一人ひとりの生活習慣を理解し、作業を行ったりコミュニケーションを図るなど昼夜逆転とならないよう取り組み、その時の心身の状態により柔軟に休息を入れている。以前から眠剤を服用されている方もおり、睡眠状態等の観察をし家族や医療機関と相談しながら、服用等についての調整を行い、生活リズムを整えるよう支援している。		
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	職員は一人ひとりの薬の内容を把握できるように取り組み、薬の変更時には家族に報告の上、状態を観察し症状の変化を記録に残し、医療機関や家族に報告・相談している。また、誤薬や飲み忘れ防止への取り組みも行っており体制が整っている。		
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	利用者の生活歴・力量・希望等を把握し、体調や気分、季節なども考慮しながら、一人ひとり家事や畑仕事など得意なことや出来ることで役割を持って生活している。季節ごとの行事への参加や本人の楽しみごとなどで気分転換を図れるよう支援している。		
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。また、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	利用者のその日の心身の状態を把握し、本人の希望や生活歴などからの習慣を取り入れながら、買い物や山菜を取りに行くなどの日常的な外出の機会をつくるように努めている。また、地域行事への参加など地域の方の協力や、家族にも付き添いや小遣いなどの協力も得て出掛けられるよう支援を行っている。	受診の帰りに個人の必要なものを買ったり、利用者の要望に応じて山菜取りに行くなど、臨機応変に対応している。正月や盆には毎回外泊、外出の希望を家族へ確認し、半分以上の利用者が実施している。	

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
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	利用者一人ひとりの力量や希望、家族の希望等に配慮しながら、本人が所持していたり紛失やトラブルを考慮し全額預かっている方もいる。外出の機会等がある場合には、買い物などでお金を使えるように支援している。		
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	電話は掛けやす場所に設置し、自ら電話出来る方には掛けてもらい、出来ない方には希望に応じて職員が掛け、話して貰っている。また、家族以外に連絡を取りたいと希望がある場合でも、家族に相談の上、電話出来るようにしている。		
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	夏にはすだれを使うなど季節感を取り入れながら、空間内の日差しや温度調整を行ったり屋外に緑のカーテンで野菜を植える等工夫している。車椅子使用の方やそうでない方がそれぞれ動きやすいよう考えながら家具を配置するなど、居心地良く過ごせるよう心掛けている。	リビングからは季節の野菜が植えられている菜園が間近に見える。居室にはカーテンの代わりに風呂敷を吊って日差しをさえぎるなど工夫がされている。道路沿いではあるが騒音はほとんど気にならない。	フロア全体は内履き等を使用せず、床にじかに腰を下ろせるよう工夫されているが、トイレ等にはスリッパを置くなど、衛生面に配慮した対応を期待したい。
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	それぞれの過ごし方や過ごす場所を把握し、いつでも思い思いに過ごせるよう、座布団や枕、趣味の道具等を置いておくなど一人ひとりの居場所が確保され、和やかに過ごせるよう心掛けている。		
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	入居時等には新しくそろえた物ではなく、自宅で使い慣れた馴染みのものを持ってきてもらうよう家族には働きかけている。本人から希望があった場合など家族に相談の上、職員も一緒に自宅に行き利用者と共に馴染みのものを選び持ってきたり、希望があれば買いに行くなど居心地よく過ごせる居室づくりを行っている。	布団やベッド、リネンなどは私物を持ち込みしてもらっている。家族には趣旨をよく説明し、協力が得られている。場合によっては利用者と一緒に自宅に私物をとりに行くこともある。	利用者の居室には和室もあるが、畳のほころびのガムテープでの修繕が見直されていないとのことであり、見た目にも配慮した修繕方法や破損防止の工夫に期待したい。
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」や「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	利用者の安全や使いやすさを考慮し、全域に手すりや車椅子対応の洗面所を設置するなどし、車椅子で自走できる方や自分で歩ける方の動線も考えながら家具を配置するなど、暮らしやすい為の工夫をしている。		