

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	1290100179		
法人名	株式会社ニチイ学館		
事業所名	ニチイのほほえみ本千葉		
所在地	千葉県千葉市中央区長洲2-25-17		
自己評価作成日	平成22年4月5日	評価結果市町村受理日	平成22年6月17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://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 ACOBA
所在地	我孫子市本町3-7-10
訪問調査日	平成22年4月26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)】

私たちのグループホームは、JR本千葉駅から徒歩5分という交通の便の良い所にあり、玄関周りの花壇にはご入居者と手入れしている季節の花が溢れ、道行く人にも楽しんでいただいています。リビングはオープンキッチンで明るく広々としており、毎日のアクティビティにも有効利用しています。地域住民や老人会の方も認知症の方を理解していただき、活発に交流し、地域の皆さんと支え合う関係を築いています。利用者はオープン以来の方もいっしょって、スタッフの定着率も高く、ご入居者は安心して毎日生活していっしょいます。買い物は毎日近くのスーパーまでご入居者とスタッフが一緒に行って新鮮な食材を選び、調理も一緒にお手伝いしていただいています。その他洗濯物干しや洗濯物量み、お掃除なども一緒に行うことで、生活の中での機能訓練を行い、毎日いきいきと暮らしていただけるよう、普通の家庭の暮らしに近づけて支援しています。

【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)】

当ホームは管理者が考え抜いて作り上げた「認知症の人のいつ、どこに、どんな支援が必要か、見極める力を持って、地域で生きる姿を支えていく」という理念の下で、それぞれの利用者が役割を持って明るく過ごしている。ホームは千葉市の中心部に位置し、高齢社会に理解の深い町内会、保育所、医療や行政機関等、恵まれた地域資源との相互理解による連携の仕組みを作り上げています。利用者は老人会にも加入し、近くの喫茶店を借りてコミュニティカフェを共同で開催する等、地域に溶け込んで生活を楽しんでいる。また職員は利用者の外出支援を重視し、日常的な外出をはじめ、県外への日帰り旅行や一泊旅行を実現している。業界大手のニチイ学館が運営するグループホームであり、職員は研修の機会にも恵まれ、管理者とともにモチベーション高く理想の介護に励んでいる。

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 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、活き活きと働いている (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

[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	「認知症の人のいつ、どこに、どんな支援が必要か、見極める力を持って、地域で生きる姿を支えていく」を認知症ケアのホーム理念として、毎朝朝礼時に唱和をし、理念の実践に向けている。	理念は2年前にホーム開設以来の経験をもとに、管理者が考えぬいて作り上げたものである。管理者が認知症の方を介護する上で最も大切なことと考えていることを簡潔に表現したものであり、職員に深く根付いている。		
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	利用者は町内会や老人会に加入し、唱歌の会やコミュニティカフェへの参加、町内会の催し物に毎回参加して、すっかり地域の方とも馴染みの関係を作っている。また近隣の寒川保育所の園児達が定期的にやってきて交流を重ねている。	理念に「地域で生きる姿を支えていく」大切さを謳い、町内会や老人会、保育所等と相互に理解し合う関係作りに積極的に取り組んでいる。利用者自身も老人会の会員であり、地域の方と馴染みとなって各種の交流を楽しみにしている。		
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	老人会にて「認知症ケアいきいき実践講座」を開催したり、月1回地域の喫茶店を借りて、地域とホーム利用者でコミュニティカフェを開催し、認知症の方が普通に暮らせる支援のあり方を身近に知っていただいている。			
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	偶数月の第3木曜日に運営推進会議を開催している。メンバーは町内会長、老人会長、民生委員、福祉推進員、病院のソーシャルワーカー、地域包括支援センター、家族会会長等で構成され、毎回サービス提供状況を報告し、意見交換をし、地域ぐるみ認知症高齢者の問題を話し合い、生活の質の向上を目指している。	運営推進会議は2ヶ月に1度、地域ぐるみの固定メンバー約10名で定期的実施している。毎回テーマを持って運営しており、認知症の高齢者について話し合い、時にはDVDを教材として利用する等により相互理解を深めている。		
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	苦情や事故があると、市の高齢施設課担当者に報告し、意見をいただき改善に努めている。また介護保険法上の改正等自治体からの召集には必ず出席している。	市主催の会議や研修会には積極的に参加するとともに、ホーム運営上の問題など都度、担当課に報告や相談を持ちかけている。また、管理者は千葉市グループホーム連絡会の世話人として、連絡会行事を通じての行政との交流も多い。		
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	ホーム会議で度々身体拘束廃止の研修を行っている。千葉県身体拘束廃止研修を管理者、職員とも受講し、身体拘束にあたる行為が何であるかを職員全員が周知しているため、一切行っていない。	千葉県の身体拘束廃止研修は職員が毎年順番に受講するとともに、ホーム内でも事例研修を行うなど身体拘束廃止について取り組みを徹底している。身体拘束は一切行っていない。		
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	職員は高齢者虐待法に関する研修を受けており、虐待の種類や内容を理解している。また入浴時に身体の痣や傷に注意を払い、虐待を見過ごさない環境作りをし、声掛けやトーンにも十分な配慮をしている。			

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
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	利用者の経済を含む環境を守るために、ご家族に成年後見人制度があることをお話し、必要な方への情報提供や、書類等の準備を支援している。今年度は2名の方が活用される。		
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	新規契約時には契約書内容の読み合わせを行い、疑問点や質問を十分に時間をかけて説明し、署名捺印をいただいている。また契約内容改定時には事前に家族会を開催したり、文書によって全身元引受人に説明をし、重要事項説明書の再取り交しを行っている。		
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	年2回の家族会や、運営推進会議で意見をいただく機会を設けている他、個別に面談したり、お電話で相談を受け、ケアカンファレンス時にスタッフ達と話し合い、意見や要望を反映させている。	家族代表の参加する運営推進会議を2ヶ月に1度実施し、年2回家族会を開催する等家族との連携には特に力を注いでいる。また利用者ごとに家族と連絡を取り合い、色々な機会を通じて話し合える関係を作っている。	
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	毎月のホーム会議やユニットリーダー会議で意見交換を行い、スタッフからの意見や要望を聞き取っている。	毎月の全職員によるホーム会議と各ユニットのリーダー会議でホーム運営について話合っているが、毎回参加者全員から意見を引き出すように努めている。また労働組合を通じてのアンケートやヒアリング等職員の意見表出の機会も多い。	
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	会社の事業所管理システムが構築され、労働基準法に添ったシフト表を毎月報告しているほか、昇給や昇進の機会、職員への手当、休暇制度が用意されている。		
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	内部外部の研修参加が充実しており、新人職員も不安なく業務に入れるよう教育指導している。ベテラン職員はフォローアップやスキルアップのための研修がある。		
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	千葉県認知症高齢者グループホーム連絡会に属し、相互交流を兼ねた研修や、講演等に出席できる機会を設けて、互いに情報交換している。		

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
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	本人や家族からセンター方式でアセスメントを実施し、今までの生活歴や望んでいることを知り、本人の立場になって私は・・・したいという希望を知ること、安心できる関係作りから始めている。		
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	相談を受けた段階からサービス提供を始め、自宅やホームでアセスメントを行い、本人だけでなく家族の問題も親身になって受け入れる体制をとっている。		
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	アセスメントから本人家族の必要としていることを導き、それに対する支援に、必要なら自治体サービスや地域とのつながりも利用して、対応をしている。		
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	日常生活を職員の一方的な指示で送ることはせず、本人の意思を尊重した上で、買い物、料理、掃除等一緒に行い、毎日一緒に暮らす感覚で支え合う関係を作っている。		
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	ケアプランで家族のできる範囲での協力を位置づけており、他の社会資源と同様に家族もまた利用者にとって必要な存在として家族と一緒に本人を支え合うホームであることを理解していただいている。		
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	利用者は近隣の方が多く、今まで馴染んだ暮らしを継続するために、行きつけの美容院や歯科医院、地域の老人会等の参加を積極的に支援している。	利用者は近隣の方が多く、中には毎週自宅に帰る方もいる。月2回、老人会の長洲カフェには会員として毎回参加し、和やかに地域住民との交流を行なっている。また買い物、行きつけの美容院、病院等今までのなじみの生活を継続している。	
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	ホームでの暮らしの中で、洗濯物や調理など利用者同士が主体となれるよう職員が関係調整を行い、利用者がお互いを支え合う暮らしにつながるよう支援している。		

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	退去された後も継続的に年賀状などで交流があり、在宅でのサービスが必要な方には、サービス提供事業者の紹介を頼まれ、経過を把握している。		
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	主体は利用者本人であるセンター方式によるアセスメントを継続し、ご自分の思いが伝えられない方には、24時間シートから導いた動作や言動などから、本人の意向を察し、思いに叶う支援をしている。	アセスメントはセンター方式を使用し、計画作成担当を中心に利用者や家族から意向や希望を聞き取っている。また利用者の課題については24時間シートを使用し利用者毎の状況を記録し、分析している。	
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	センター方式によるアセスメントで本人、家族から生活歴や馴染みの暮らしを聞き取りしている。今までのサービス利用のある方には、ケアマネからサマリーやフェイスシートをもらって、生活歴の把握に努めている。		
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	毎日の介護記録の中で利用者の心身の状態や、一日の行動、エピソードを把握し、朝の申し送りで心身の状態を職員から職員へ伝えている。		
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、必要の関係者と話し合い、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	介護計画には本人、家族、主治医、薬剤師、職員達の意見を取り入れてケアカンファレンスを開催し、そこから現状に見合った介護計画書を作成している。	職員は月2回ケアカンファレンスを行い利用者全員のモニタリングを毎月実施している。その結果利用者、家族の意向をもとに定期的には3ヶ月に一度、変化のあった時には随時の計画の見直しをしている。	
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	介護計画は毎月モニタリングを行っていて、結果を踏まえてケアカンファレンスを開催し、改善の必要があれば介護計画の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	本人の思いや心身の状態を把握し、忙しい家族に代わって通院介助を行ったり、地域の集まりへの出席、日帰り旅行の支援等。ほとんど何でも実施出来る人員体制を作っている。		

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	利用できる地域資源はとことん利用し、利用者がそこへ外出したり、参加して楽しめるように、毎月市の広報などからも情報を仕入れて実施している。		
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	提携医療機関は24時間連絡が出来る体制になっていて、毎月2回の訪問診療で利用者の心身の状態を把握してもらい、必要があれば紹介状をもらって他科へ受診が行えるようにしている。	計画作成担当者は利用者のかかりつけ医の受診時には心身状況をサマリとして報告しており、受診に家族が同行できない時には職員が行っている。協力医の訪問診療は月2回あり、その他訪問歯科診療も随時実施している。	
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	提携医療機関の看護師から、看護に関する適切な指導と助言をもらったり、利用者の状態の連絡体制が24時間整っているので、必要な時には契約日以外にも相談や処置を行ってもらうことが出来る。		
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。	入院の際にはケアマネが介護サマリーを提供し、利用者が不安にならないよう、日常についての注意点を申し送っている。また病院と早期治療、早期退院を目指す方向で、経過をみながら関係者、家族との話し合いをしている。		
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	これから増えてくる看取り介護に備えて、会社が訪問看護ステーションとの契約を促進し、近々看取りの指針も出す予定がある。入居時契約の際にホームで出来ること、出来ないことを本人家族に説明し、家族からはもし終末期となった際にはどう希望されるかあらかじめ伺っている。	ホームでは入居契約時、重度化について説明し利用者、家族の希望を伺っている。看取りについては今後指針を作成し、訪問看護ステーションとの契約を予定している。利用者の急変時、緊急時の対応についてはマニュアルに基づき行動することを確認し、実行している。	会社の方針として看取り指針の作成や訪問看護ステーションとの契約を予定されている。今後さらに利用者、家族が安心して生活できるよう看取り体制の構築に期待したい。
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	緊急時や急変時の会社のマニュアルが整備されており、職員はそれを周知している。また、職員全員が救急救命講習を受けており、応急手当の方法を知っている。		
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	年2回消防署立会いのもと、避難訓練を実施している。地域の協力は今後運営推進会議で話し合い、体制作りを推進することが課題であるが、町内会も高齢化しており、お互いに助け合うことが必要である。	ホームは総務省の災害対策マニュアル作りに協力したモデル施設である。年2回の消防署指導の下での訓練をはじめ、昼間・夜間想定で訓練を行なっている。町内会の防災組織作りのメンバーでもあり、地域との相互の協力体制を検討している。	

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	会社の運営方針に従い、尊厳やプライバシーを大切にしている。職員も接遇マナーの研修を受け、利用者の居室に立ち入る時はノックして声掛けをし、勝手に入っていない。	個人情報保護は徹底されており、職員は利用者の疾患や個人に関することを大声で話さないよう心がけ、職務中の私語をできるだけ慎むようにしている。また利用者が好みのお茶や洋服を選べるよう努めている。	
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	職員は利用者に対して選択肢を用意した声掛けをし、本人の意思や自己決定を尊重している。		
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し、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	一日のスケジュールは新人職員向けの大きなもので、主体はあくまで利用者であることから、日々の暮らしは利用者のペースで行われている。		
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	利用者は職員と洋服を選び、ヘアスタイルは訪問理美容だけでなく近所の美容院へ行っている人もいる。また季節の変わり目には洋服や下着を買いに、大型店まで外出している。		
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	手打ちうどんや餃子、おはぎ等利用者と一緒に調理するメニューが多い。また食器洗いや食器拭き、収納まで利用者同士で分担して行われている。	ホームの食事は買い物から調理まですべて利用者と職員で行われている。利用者はできる役割を分担し、食器の片付けまで行なっている。献立はユニット毎に立てられいるが、利用者の好みにあわせて臨機応変に変更され、利用者本意となっている。	ホームの食事は利用者ができることに参加し家庭的である。職員は利用者と共に食事を摂るなどでさらに楽しい雰囲気づくりの工夫を検討いただきたい。
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	食事量や水分のチェック表があり、それで一日ごとに摂取量をチェックしている。献立は会社の管理栄養士がたてた献立を採用し、疾患のある方には医師の指示通りに個別に対応している。		
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	訪問歯科のほか、いきつけの歯科医院があり、歯科衛生士の指導を受け、利用者全員が毎食後、口腔ケアを行っている。個別に歯間ブラシなどもつかって口腔内の清潔を整えたり、毎回食事の前には口腔体操を行っている。		

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むけた支援を行っている	排泄は極力普通のトイレを使っただき、状態に応じて紙パンツなどを使用されているが、職員は毎日排泄チェック表で利用者の排泄パターンを掴み、トイレ誘導の時間を推し量っている。	職員は利用者毎の排泄チェック表により排泄リズムを把握し、時間でトイレへ誘導しているため、日中ほとんどパット程度である。また便秘の予防として十分な水分摂取や食事の工夫をしている。	
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	普段から便秘予防に食物繊維を含む献立を取り入れたり、水分量も十分摂取している。		
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、個々にそった支援をしている	入浴日は決めずに毎日お風呂を沸かし、利用者が入りたい時に入れるようになっている。	利用者の入浴は平均的には週3回程度であるが、希望により毎日入浴する方もおり、入居前の生活習慣に合わせ就寝前の入浴も可能である。入浴したがない利用者には声のかけ方を工夫している。	
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	リビングはいつも利用者のために明るく開放的な空間になっており、一人一人が自由に過ごされている。夜間は利用者が安心して眠れるように、夜勤者が時間ごとに巡回して安眠を確認し、換気空調の調整を行っている。		
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	薬剤師が医師の処方での利用者の薬の管理を行い、内服される時は本人と職員が一緒に確認している。また薬剤師が居宅療養管理指導を行い、服薬の変化や症状の変化についても申し送っている。服薬管理マニュアルも整備されている。		
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	職員は利用者の好みや気に入った生活スタイルをセンター方式アセスメントで知っており、一人一人に合った役割楽しみを提供している。		
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。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	天気が良ければ散歩は毎日行って、季節感を感じていただいている。また外出頻度の高いホームで、日帰り旅行や1泊旅行もしている。	職員は外出支援を重視しており、日常的な散歩や買い物の他、地域の社会資源を活用し遠出の外出も盛んに行なわれている。特に県外への日帰り旅行や一泊旅行は利用者の楽しみとなっている。利用者毎には家族が外出や自宅に連れて行くなどしている。	

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	会社の規定により、ご本人にお金を管理していただくことは出来ないが、利用者が不安にならないように買い物際にはお財布を渡して、自分で払っていただき、職員はそれをサポートしている。		
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	通信は利用者の自由であり、携帯電話を持参されている方への支援や、手紙はがきのやりとりの支援をしている。		
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	共用空間はゆったりとした幅があり、明るく開放的な広さがある。ウッドデッキからは庭の季節ごとの植物が見られる。浴室にはのれん、トイレは目印がついていて、利用者に分かりやすくなっている。	玄関や庭には季節の花が美しく手入れされている。リビングは明るく、利用者がゆったりできるスペースがあり、畳のコーナーの使い慣れた家具は家庭的な雰囲気である。リビングの中心に位置する開放型キッチンには利用者が調理やかたづけで自由に出入りしていて「楽しい我が家」となっている。	
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	広いリビングには食事用テーブル、応接セット、和室があり、思い思いの場所でくつろいでいただけるようになっている。また利用者同士の相性を考え、席の配置も工夫している。		
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	安全を配慮した上で、居室に使い慣れた家具や仏壇などを持ち込んでいただき、家庭の延長上にあるような居心地のいい空間を作っている。	利用者毎にそれぞれ今までの生活を継続するような居室であり仏壇を持ち込まれている方もある。天気の良い日には各部屋ごとに布団を干し、いつも陽の暖かさを感じることができる居心地のよさがある。	
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	職員は利用者一人一人の出来ること、出来ないことを理解しており、階段の昇降や入浴介助、布団干し、ゴミ捨て、買い物等、自立した生活を支援している。		