

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	2874200195		
法人名	社会福祉法人みどり福祉会		
事業所名	グループホームみどり		
所在地	兵庫県相生市若狹野町雨内800－146		
自己評価作成日	平成22年7月11日	評価結果市町村受理日	平成22年11月12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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション
所在地	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6－8－102
訪問調査日	平成22年8月11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)】

家庭的な環境の下、「利用者の人格を尊重し、可能な限り自立した生活が営めるよう且つ地域や家庭との絆を保てるよう援助する」ことを理念に利用者が一人ひとりがその人らしく生活が送れるように支援しています。日常の生活では今までしてきたことを活かせるように家事や余暇活動など得意とすることに参加してもらっています。地域との交流をしており地元の秋祭りやとんど祭などの行事に地域への参加も行っています。近隣に医療機関もあり相談連絡もしやすく連携が取れており迅速な対応が可能です。2週間に1度の往診や医療連携体制を活かした週に1度の訪問看護師の来所もあり健康管理に気をつけるようにしています。

【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)】

特別養護老人ホームに併設されたホームは緑豊で、リビングには自然光が差し緩やかな時間の流れが感じられるホームである。地域の民家と離れており日常的な交流は難しいが、自治会長を中心に地域の交流と理解を深めることができるように協力を得ている。地域のとんど焼きや秋祭りに参加し、地域の人との交流を継続している。管理者・職員は、利用者と日々関わる中での言葉や行動から要望を把握するようにし、意思表示が難しい方には、生活歴や好みを把握し利用者の視点に立つてできる限り本人の意向に沿えるように支援している。隔週で内科のかかりつけ医の往診の他、訪問看護体制も整っており、往診と合わせて健康管理が行われている。日々の変化での対応や判断を相談し助言がいつでももらえるようになっている。訪問看護は、24時間の連絡体制が整えられており、健康にホームでの生活が継続できるように支援している。

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				

自己評価および第三者評価結果

自己 評価	第三者 評価	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	ホーム開設時より独自の理念がある。	開設当初からの理念を職員の名札の裏に明示いつでも見ることができるようにしている。入職時に理念について説明し理念を実現できるように共有している。	会議などで理念の振り返りの機会を持ち理念を実現する取り組みが望ましい。
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	運営推進会議等を通じて家族や地域の人に理解と協力を求めている。	地域のとんと焼きや秋祭りに参加し地域の人との交流を継続している。地域の民家と離れており日常的な交流は難しいが、利用者の知人が来訪され交流の機会がある。隣接する病院や施設と一緒に行われるイベントに地域の人や家族を招き交流を持っている。自治会には加入していないが、自治会会長を中心に地域の交流と理解を深めることができるように協力を得ている。	
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	運営推進会議に地元の自治会長にも参加していただき理解してもらうようにしている。		
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	会議では行事など報告し意見をいただいたことをサービスに繋げている。	2ヶ月に1回会議を定期的開催している。地域包括支援センター職員・市の介護保険課職員・自治会会長・家族代表・利用者出席の下、職員研修参加の報告、入浴時の湯の温度設定や入浴順番・実習生受け入れに関して、グループホームの現状報告を行い、また、ケアプランに関しての意見や行事の情報提供など運営に反映していくような意見や情報提供を受けることができています。更に、蚩狩りなどの地域からの情報提供や要望・相談等、質疑応答で活発な意見交換が行われている。	

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
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	運営推進会議での報告を行い、必要に応じてその都度相談連絡を取っている。事故報告も行っている。	運営推進会議へ市の職員の参加があり、ホームの状況を把握してもらっている。普段は、事故報告やホームでの課題や問題・疑問があるときには、市に連絡をし助言や指導を受けて連携を密に取るようにしている。	
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	マニュアルを作成し身体拘束がないよう実践している。安全のため玄関を施錠にすることはある。	スピーチロックを含む身体拘束についてのマニュアルは作成している。昨年の公表の調査を活かして、今年度は西播磨ブロック福祉施設連盟の開催する身体拘束廃止についての研修へ参加し、理解を深める取り組みを行っている。事業所内研修計画を立て法人のアドバイザーが講師となりグループホームで身体拘束について必要な知識を深める取り組みを行っている。正面玄関は、車の通りに面しており事故予防のため必要に応じて施錠しているが、勝手口は開錠しており自由に外に出ることができるようにしている。	身体拘束は身体的拘束だけでなく、行動を抑制してしまうことも身体拘束に含まれることから、今後も研修を継続し職員全員で理解を深め、職員同士で日常的に注意を促し身体拘束をしないケアの実践が望ましい。
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	マニュアルを作成し、常に見守りを行い虐待がないよう実践している。	職員は虐待防止についての認識は十分あり、日々のケアの中でも見守りを行い確認合っている。	無視や言葉による暴力なども含めた虐待防止についても理解を深めるため、グループワークやケーススタディなどにより話し合いを持ちながら理解を深め再認識する取り組みが望まれる。日頃の職員の抱える問題にも目を向け未然に防ぐ取り組みが望まれる。
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	入居されている方にも利用されている方もおられる。他の方からの相談に応じて必要な方は紹介できるようにしている。	現在権利擁護を利用している利用者の方もあり、必要に応じて相談に応じ、適切に制度が活用できるように取り組んでいる。	
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	契約時に重要事項説明書に基づいて契約の内容、ホームでの生活について口頭で説明し、書面を確認していただき理解していただくようにしている。	契約時は、管理者より契約書・重要事項説明書の内容を分かり易い言葉で具体的に説明するようにしている。契約内容の変更時は、事前に家族に口頭で説明し、改めて変更部分のみを明文化し家族に説明を行い、納得を得るようにしている。	契約解除時のトラブルを防ぐ為に契約時より具体的な事例を踏まえて説明し理解と納得を得て利用開始に至るような取り組みが望ましい。

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
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	職員が直接聴く他、第三者機関を紹介している。運営推進会議で利用者会議の内容の報告も行っている。	家族交流会を年1回開催し意見を聞く機会を持っている。利用者家族に運営推進会議出席してもらい意見や要望を聞く機会を持っている。家族面会時には、職員より挨拶を行い意見や要望を聞く機会を持つようにしている。職員が聞き取れた意見や要望は、出された意見や要望は家族連絡ノートの記載し管理者へ報告され速やかに反映させるようにしている。	家族連絡に記載された意見や要望の内容を全職員で共有し運営に反映させる取り組みが望まれる。
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	職員会議を行い。それ以外にはその都度、管理者と話し合うようにしている。	毎月行われる職員会議の中で職員からの意見を聴取する機会とし、同時に利用者全員のモニタリングを兼ねたケース会議・行事反省と行事予定・勉強会を行なっている。職員から出された意見は、会議で話し合いを持ち反映させていくようにしている。職員の移動は、利用者との顔馴染みの関係に配慮し必要最低限になるように考えている。	
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	職員の意見が反映できるよう努力している。		
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	研修の機会は設けており、新人の方には新人研修への参加など職員に合った研修にできるだけ参加するようにしている。		
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	同市内の他のグループホームと連絡会を行い情報交換等を行っている。		

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	本人や訴えが難しい方は家族に何を望まれているのか要望などを確認し一緒に考え支援している。	
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	家族からの希望や意見を直接聴いたり、電話での相談も行い要望に応じた支援ができるようにしている。	
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	本人、家族の要望などから必要としている支援を行っている。隣接するデイサービスへの参加をすることもある。	
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	家事や園芸作業など職員と一緒にしてもらっている。	
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	年に1度家族交流会を実施したり、面会時には面会しやすいよう居室で過ごしてもらっている。	
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	近隣の友人が面会に来ていただいている。	利用者の知人の面会に来られたときには、ゆっくりと過ごしていただき、お付き合いが継続できるように支援している。
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	気の合う方と外出や家事を利用者同士で行うようにしている。	
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	他の施設に変わられても近隣であれば時々顔を見に行くこともある。家族に関しては又いつでも来所して欲しいことを伝えている。	

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
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	毎月利用者会議を開き一人ひとりに意見、要望を聞くことを行っている。困難な方は生活歴や好みを配慮し出来る限りその人に合った支援をするようにしている。	日々関わる中での言葉や行動から意見や要望を把握するようにしている。意思表示が難しい方には、生活歴や好みを把握し利用者の視点に立ってできる限り本人の意向に沿えるように支援している。また、利用者から意向や希望を出しやすい場面を設定し希望や意向の把握ができるように支援している。	
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	利用者の方から以前の様子を聞いたり、普段の会話の中から好まれることを聞き取りサービスに反映するようにしている。		
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	日々の過ごし方を利用者との関わりから観察するようにしている。出来ることを役割として行ってもらっている。		
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	利用者、家族との話の中から情報をもと作成。必要に応じて医療機関とも相談している。毎月のケース会議の中で職員の意見も取り入れている。	利用開始時にセンター方式を利用し家族から生活歴や希望・要望を聴取し、グループホーム独自のアセスメントシートでアセスメントを行い、初期計画を作成している。「施設サービス計画書」を作成し、担当者がモニタリングを行い毎月の職員会議で変化がないか話し合いを持ち、変更が必要な場合は見直しを行っている。ケース記録に日々のご利用者の様子が細かに記載されている。見直し時は、事前に家族に連絡をとり意見や要望を聴取し計画に反映させるようにしている。	
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	毎日の日誌、ケース記録。申し送りノートや医務記録を活用し情報を共有するようにしている。		

自己 第3	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
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	可能な範囲で利用者の方の個別の希望に応じ、近隣施設に入所している家族への面会など対応している。		
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	地域に住む友人と会うことや行事に参加することで地域との繋がりを持ち楽しめるようにしている。		
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	隔週で往診していただいているかかりつけ医と相談しながら健康管理の支援をしている。	隔週で内科のかかりつけ医の往診がある。それ以外の継続的な受診は、家族が同行しているが、緊急や突発的な場合は職員が同行し受診支援している。家族が受診同行する場合は、医療機関へ情報提供のための書面を作成し家族に渡している。更に週1回の訪問看護もあり往診と合わせて健康管理が行われている。訪問看護経過記録表で訪問看護を受けた時の状況が確認でき、日々の変化での対応や判断を相談し助言がいつでももらえるようになっている。訪問看護は、24時間の連絡体制が整えられており、健康にホームで生活が継続できるように支援している。	
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	訪問看護ステーションと医療連携体制をとっており、毎週訪問してもらっている。その際、相談や指示を受けるようにして個々の状態を把握し対応している。		

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
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。	入院時は職員が交代で見舞いに行くようにしている。その際、看護師等に状態確認を行うようにしている。	入院時は、利用者の状況・情報を提供表にて速やかに適切な医療・看護を受けることができるようにしている。入院中職員は交代で見舞いに行き馴染みの関係の継続を行っている。また、家族の状況に合わせて洗濯など入院中の支援も行っている。入院中も適宜病状や経過についての情報提供を受け、早期に退院ができるように支援している。退院時は、医療機関から情報提供表で情報を受けホームでの生活の継続がスムーズにできるようにしている。	
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、家族、主治医、看護師と話し合い出来る限り希望に応えられるようにしている。	家族・医師との話し合いで医療処置が必要なければ出来る限り希望に添えるように支援している。重度化・終末期ケア対応指針を作成し契約時より説明を行い同意を得て理解と協力が得られるようにしており、重度化・終末期には必要に応じて話し合いを家族・医師・職員と持ちできる限り希望に添ったケアで対応できるようにしている。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成。AEDの講習にも参加している。		
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	避難訓練を年間2回以上行い、夜間想定訓練も行っている。地域から少し離れているが隣接する法人内の施設があり連携を取れるようにしている。	昼夜想定避難誘導訓練を年2回以上実施している。近隣の民家からは少し離れているが、自治会との話し合いも持ち、地域の避難場所にもなっている。近隣の民家から離れている為、隣接する法人の施設と連携が図れるようになっている。食料と水の備蓄も行っている。	事業所内で災害時対策に関する話し合いや具体的な支援体制の整備に取り組むと同時に、事故予防再発防止マニュアルの作成が望ましい。

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
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	利用者一人ひとり生活歴に基づいた自尊心を損なわないよう接するようになっている。個人情報の同意書をとる等取り扱いに注意している。	利用者一人ひとりに合わせた人格の尊重、プライバシーの確保ができるようなケアを実践している。	個人情報保護やプライバシーの確保、高齢者の尊厳などの定期的な研修の実施を期待する。
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	食事に希望メニューを取り入れ、行事、余暇活動への参加有無を決めてもらう。外出も個人の希望で外出できるようにしている。		
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	個々の生活習慣に合わせるようにし、出来る限り本人のペースで過ごせるよう努力している。		
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	更衣時職員と一緒に服を選んだり、行事や外出時に化粧をするように促している。以前希望があれば利用していた美容室を利用することもある。年に1度メイククラブを隣接する特養で行っており参加している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎食時準備片付けに参加してもらい、下ごしらえ、洗い物など個々の好みに合わせて行ってもらっている。	利用者の希望や身体状況にあわせて準備や調理、後片付けなどに参加してもらっている。職員が利用者の希望や季節感を取り入れた献立を立て、利用者と共に調理を行っている。利用者の力量に合わせて得意メニューを調理してもらう機会も持っている。	
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	食事量、水分量を毎日チェックし記録している。		

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
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	口腔ケアは実施している。義歯の方は就寝時洗浄液につけている。自力で難しい方は介助している。必要に応じて歯科受診を行っている。	
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	出来る限りトイレでの排泄を促し、誘導している。排泄状況を把握するためチェックし記録している。	できる限り自立した排泄ができるよう利用者一人ひとりに合わせた排泄パターンを把握し誘導や声かけを行い羞恥心や不安を軽減できるような排泄支援を行っている。
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	医師や訪問看護から指示助言をもらいながら薬の調整、水分補給や乳製品の摂取を行っている。毎朝の散歩やラジオ体操を継続している。	
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	曜日時間帯は決めてはいるが希望があれば入浴してもらうようにしている。	最低、週2回は入浴ができるように支援している。希望によっては、身体状況に合わせ毎日入浴が出来る。ADLの低下によりホームでの入浴が困難な時は、安全性を考え隣接する施設の特殊浴槽を利用することもある。利用者一人ひとりに合わせた声かけや誘導、介助を行い羞恥心への配慮を行っている。
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	日中は本人の希望や体調に合わせて居室で休息してもらうようにしている。夜間、他者に迷惑にならない限り本人の希望に応じて就寝してもらうようにしている。	
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	各利用者のケースファイルに薬の情報を添付し、種類、効果、副作用を把握できるようにしている。	
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	各利用者に家事や調理、園芸、手工芸など得意とすることに参加してもらい、その人らしく楽しみを持つようにしている。	

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
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	外出が出来る限り一人ひとりの希望に沿うように努めている。すぐに難しい場合は後日、変更するなど対応するようにしている。	毎月外出予定を立て、可能な限り一人ひとりに合わせた外出が出来るように支援している。外出の希望がある場合や日常的な外出は、利用者の身体状況や安全性を考え、速やかに対応するようにしている。	
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	所持が可能な方は持っていて買い物の時に使用している。所持が難しいが支払いの出来る方は買い物の際支払いはお金を渡し、本人にして支払ってもらっている。		
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	公衆電話を設置しておりいつでも電話が出来るようにしている。希望があれば手紙の投函などもその都度行っている。		
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	季節の花や小物を飾ったりしている。掲示板には季節の貼り絵を利用者と作成し張り出している。冷暖房の調整も常時行い気をつけている。	ガラス張りの広い窓から差し込む日差しを遮光したつる野菜や、すだれが季節感を感じさせ、光や室温調整が出来ている。室内は、清潔感がありゆったりとしたスペースに置かれたテーブルが利用者が移動しやすく配置されている。廊下やフロアーの壁面に飾られた行事の写真が。壁面は入居者の作品・写真が飾られ周囲の雰囲気や溶け込み利用者が穏かに過ごせる環境作りが出来ている。	

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
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	玄関や居間にソファやベンチを設置している。食堂居間がワンフロアであるので見渡してしまうので工夫していきたい。		
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	入居時に使い慣れた家具、好みの物を取り入れてもらうよう家族に説明し、協力を求めるようにしている。	清掃が行き届いた、居室に利用者の馴染みの家具や小物・趣味の物を置き、居心地良く安心して過ごせるようになっている。部屋はベランダに自由に出入りできるようになっており、閉塞感を感じられない。	
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」「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	居室の場所やトイレ等分かりにくい方に対して張り紙をして混乱しないようにすることで自立につながるようにしている。		