

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	0390100063		
法人名	有限会社メルシー		
事業所名	グループホームメルシー長橋(いわてさん)		
所在地	盛岡市長橋町5-15		
自己評価作成日	平成26年1月	評価結果市町村受理日	平成26年4月11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.kai.gokensaku.jp/03/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_ki_hon=true&Ji_gvosyoCd=0390100063-00&Pr_ofCd=03&Versi_onCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益財団法人いきいき岩手支援財団
所在地	盛岡市本町通3丁目19-1 岩手県福祉総合相談センター内
訪問調査日	平成26年2月10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>ゆっくり、一緒に楽しみながら、その人らしい生活ができるよう、支援しています。</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>閑静な新興住宅街に立地し、住宅街の発展と共に歩んで来たメルシー長橋であると推察される。そのことは、事業所と地域の付き合いにも顕著に現れている。長橋町自治会には、一般家庭と同じ位置付けで加入しており、地域防災体制にも位置づけられており、あくまでも双方向で作用し合っており、非常に自然な関係にあることが特徴的で、運営推進会議の様子からも見てとれる。「メルシー長橋」の広報も、全戸配布している。また、かかりつけ医受診時の「受診ノート」は、一方的な情報提供のみならず、医師・家族・ホームからのコメント記入を求めた、内容の濃いノートでよく工夫されており、活用されている。</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、生き生きと働いている (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票

[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	「ゆっくり、一緒に、楽しみながら、一人一人のその人らしさを大切に」を理念に掲げ、毎朝申し送り時に唱和、個人を思いやる心で取り組んでいます。	毎朝、申し送り時の唱和と職員会議で理念の意味を学習しながら共有を図っている。利用者との関わりの中で、理念を理解し、利用者の支援に努めていることを知ることが出来、共有されていることが垣間見れた。	
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	地域の行事、研修、交流会に利用者と参加。ボランティアの受け入れ、ホームの行事への参加等、積極的に交流しています。	一般世帯と同様の立場で、長橋町自治会に加入し、様々な行事にも参加している。特に、町内会の防災体制に組み入れて頂き、互いの防災訓練に参加し、その他双方向の関係にある。メルシー長橋の「メルちゃんだより」も、全戸に配布してもらい、ホームへの理解をいただいている。	
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	地域の保育園行事にホールを提供し一緒に楽しむ。行事や避難訓練等に参加して頂き、お手伝いや、利用者と触れ合う事で、認知症の理解が得られるようにしています。		
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	ホームの報告と共に、参加メンバーから質疑応答、要望を受け情報交換を行い、地域交流やホームのサービスにつなげています。	運営推進会議委員に、自治会長・民生委員など地域を代表する方々はもちろん、特徴的なのは、ご近所住民として隣家の方を委員に委嘱し、建設的な意見を述べていることである。会議は、年6回開催し、ホームからの状況報告、地域からの情報交換、質疑など、内容は充実しており、推進会議はとりわけ、地域連携のあり方に活かされている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市町村福祉課の方に医療券発行の依頼や受診の相談をするなどの関係を持ち、運営推進会議の会議録を毎回、市町村へ提出しています。	市の福祉関係担当とは常に連携を取っている。ホームの運営、利用者支援にあたっての疑問点は、全て市の担当者に確認している。時には、担当職員がホームを訪れることもある。	
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	施設内外の研修や職員会議、新人研修の一環として勉強会を継続的に行い、全職員で廃止に取り組んでいます。	月1回の研修を実施しており、研修後、各人が感じたことを提出し、職員各自が絶対身体拘束をしないことを認識し合っている。そのことが、メルシー長橋の理念にも通じるケアであることを共有しながら取り組んでいる。	
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	施設外研修に参加、所感提出で理解を深め、ホーム内でも勉強会を開催、資料を配布して、日々の暮らしの中で暴力、言葉、薬、プライバシーでの虐待とならないよう注意、防止に努めています。		

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
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	研修の参加、資料の配布や閲覧、掲示。会議などで報告、話し合い、利用者の人権を脅かさないように日々の介護に活かし、支援しています。		
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	重要事項説明書を活用、読み上げと十分な説明を行い、質問を受けながら理解して頂いています。		
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	アンケートを実施して、意見、要望を収集し、職員会議などで改善に向けての取り組み、話し合いの結果報告を玄関に貼り出し、お便りで報告、運営に反映させています。	毎年アンケートによって、家族等の意見を求めており、大半の家族から回答を得ている。回答に対する対応は、家族にお知らせすると共に、ホーム内に掲示している。運営に関わる内容のものについては、要望を反映している。今年はホールが乾燥しているとの意見を受け、加湿器を設置した。	
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	個人面談、職員会議、ユニット会議などで意見を聞き運営に反映させています。	年2回の個人面談と、会議・申し送り記録などの機会に意見を出せるようにしている。今年は、勤務時間の割り振りで休憩時間が確保できるようにと、意見が出され、実現しており、可能な限り職員の意見は反映させている。	業務経験年数の浅い職員の方が多いので、意見を良く聞くようにすると共に、実務とか研修を通して、ケアのあり方や課題の共有をはかり、一方、働きに喜びを持てるホーム作りを期待したい。
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	自己評価の提出を元に、面談を行い、職員の考えや意見を聞き、職場環境の整備に努めています。		
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	研修の参加、勉強会の参加の機会を与え、働きながら養成校への通学をさせる等、スキルアップにつなげています。		
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	交換研修の実習受け入れ等で、自己の気づき、振り返り、相互施設の意見交換の場として交流の機会を確保しています。		

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
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	見学、申し込みの段階で本人の状態、家族意向をお聞きして入所前に訪問、環境、状態を把握、意向の再確認を行い、安心確保に向けた関係づくりを行っています。		
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	入所の前に、本人、家族の意向、要望が反映されるようチームで、情報を共有し不安感の軽減を図りスムーズな入居となるよう関係づくりに努めています。		
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	本人の状態像、相談の内容から必要としている支援を見極め、他のサービス利用を含め検討、対応をしています。		
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	本人の持っている能力を大切に、あきらめ、失われがちな意欲を少しでも引きだすよう努め、人生の先輩として、アドバイスを受けるなど、共に支えあう関係づくりに努めています。		
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	利用者の暮らしの様子を様々な場面で伝え、家族の理解、協力を頂きながら、日頃の支援に活かしています。利用者を家族と共に支えていく関係が築かれています。		
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	暮らしの予定、行事を、お便りなどで知らせ、家族や友人が気軽に立ち寄れるよう働きかけています。急激な環境の変化を避け、環境に馴染める為の努力をしています。	面会は自由に行えるようにしている。前に住んでいたの町内会の方、友人等が訪ねてくる。また、家族から利用者の知り合いを聞いたり、今までの馴染みの状況を把握し、それに対応するように配慮している。年末には、知人に年賀状を出すための芋版づくりや、1ヶ月に1回、理髪店の出張散髪もある。	
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	日頃の利用者同士の関係性に留意、職員間で情報の共有を図り、座席の工夫、会話や役割を通して孤立を防ぎ、寄り添う支援を行っています。		

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
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	家族からの電話での相談や、何気ない世間話や、思い出話に応じ耳を傾けることもあります。又、施設、病院に関わらず、本人の様子を伺い訪ねることもあります。		
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	日々、生活している状態や、会話の中から見え隠れする訴えなどに耳を傾け、意向確認が困難な方には、生活のパターンを探りながら対応するようにしています。	利用者の直接の言動を職員は、注意深く見て取ること、利用者の生活パターンから感じ取ること、家族に委ね、そこから把握すること等々、色々な角度から把握することに努めている。	
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	本人との会話、家族、なじみの方から知り得た情報をもとに、背景を探り馴染みの暮らしや、生活歴を知る事で支援が円滑に行われるよう努めています。		
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	スタッフ間で情報交換を密に行い、プライバシーに配慮しながらコミュニケーションに努め、その方の有する能力や楽しみが増えていくよう支援しています。		
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	個別性を重視した取り組みを行い、家族さんからも意向を聞き又、日頃の暮らしの中からの気づきを全職員が共有、カンファレンスで見直し、検討を行い、より良い暮らしとなるようプランを作成しています。	新しい利用者には、1ヶ月に渡り、アセスメントし、具体的な計画作成を行っている。通常の計画作りは、カンファレンスで職員の意見を集約し、検討しながら、作成する。実践に移す前には、家族等の意見を求め、必要なものは取り入れて成案とし、利用者一人ひとりの計画を職員共有のものとし、ケアに取り組み、3ヶ月毎に見直しを行なっている。	
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	ケアプランと照らし合わせて、現時点での利用者や家族の状況、ニーズ、サービス提供がズレていないか申し送り、生活記録を元にユニット会議で見直しを行っています。		
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	訪問看護との医療連携、主治医、専門医の受診、受診への同行、リハビリレク、美容師やボランティアの受け入れ等、看取りも含め柔軟に対応しています。		

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
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	SOSの情報を作成、万が一の為に警察署に情報を提供、依頼しています。ホームでの避難訓練や、地域の防災訓練などにも積極的に参加して、地域の協力を得ています。		
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、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	日頃から主治医との情報提供は密に行い、日常のアドバイスも頂いています又、専門医に往診を依頼、処置の指導を受ける事で状態の悪化を防ぎ、早めの対応をしています。	各利用者とも、それぞれのかかりつけ医を持ち、受診にあたっては家族が同伴している。その折には、情報交換用に利用者ごとに受診ノートを用い、ホーム・医師・家族がコメントする様式となっており、非常に役立っている。また、月1回は、協力医による往診と、不定期ではあるが、歯科医も往診、週1回は、訪問看護も受けている。	
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	週1回訪問看護を依頼、情報を伝え、体調管理、適宜処置や医師との相談も行って頂き、24時間体制で対応しています。		
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。	利用者が環境の変化による不安や混乱が生じないように、ホームの職員ができるだけ面会を続けなじみの関係を継続し、病院関係者との情報交換を行い早期退院に繋げています。		
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	入居時に医療連携、終末期の対応について説明を行い、状態変化が見られたら、その都度早めに家族との話し合いを行い、意向確認、医師からの状態説明で連携した支援を行っています。	重度化や終末期に向けた指針があり、入居時に利用者・家族に説明している。その意向も確認した上で、取り組んでいる。利用者が重度化し、対応を要する状況になった場合、医療機関と24時間の連絡体制を確保し、重度化・看取りの介護計画を作成し、支援に当たることを共有している。過去の看取りの経験も参考にしている。	
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	施設内研修や、勉強会でマニュアルを参考に全職員が対応できるよう取り組みを行い、救命蘇生講習も受講しています。		
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	消防署と連携、年2回夜間想定で利用者、職員、地域役員の方にも参加して頂き、避難訓練を行っています。連絡網に地域の方への要請を取り組んでいます。	年2回の避難訓練は、消防署の指導を受けながら、夜間想定で実施し、地域からの協力も得ている。地域自治会にも防災組織があり、当ホームも一般家庭と同じ立場で地域防災組織に、組み込まれており、双方向で訓練等には参加している。備蓄もしている。	

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	日頃の業務の中で指示、命令口調にならない声かけ、言葉づかいを心がけ、人生の先輩として、人として人生の最期まで尊敬の念を持って支援しています。	利用者一人ひとりに丁寧な言葉遣いをすることをモットーとしている。親しみは大切なことであるが、それは“ぞんざい”とは異なることを職員は銘記し、利用者を先輩として尊敬しつつ、支援することに努めている。	
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	できる限り本人の生活に合わせるような支援を心がけています。その人が感じている、不自由さを察し、減らしていく支援、利用者の意向を聞き、決定できる支援になるよう配慮しています。		
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	利用者の個性を大事にして、意向に沿った支援が優先となるよう、一人一人の体調やペースに合わせた柔軟な支援を心がけています。		
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	自分で服を選ぶ。定期的に毛染めを行う。居室に鏡台を持ち込み化粧する等、自分らしい、おしゃれができる環境を整えています。		
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	食事やおやつ作りを一緒に行い、それぞれの役割も利用者間で分担されており、得意な事に参加して頂いています。個別の嗜好にも配慮したメニューを取り入れています。	食事前に、口腔体操を行っている。食事の献立は、利用者が好むものを出来るだけ取り入れるため、個別の嗜好を本人や家族から聞きながら配慮し作成している。また、本人の状況に合わせ、その日の食事内容を変えたりもする。食前・食後の手伝いも、可能な範囲で行っている。	
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	月2回の体重測定を行い、健康状態の目安にしています。水分、食事量を記載、食べやすさ、飲みやすさを工夫、脱水、誤嚥に注意しバランス良い食事に配慮しています。		
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	食前に口腔体操を行う。口腔ケアは自立を促し、その人に応じた仕上げ磨きを介助しています。体調に合わせてベッド上での口腔ケアも行っています。		

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
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	オムツを減らす取り組みを行っています。勉強会で学んだ当て方、使い分け等を参考に失敗や皮膚のトラブルを防ぐよう努めています。布パンツに変わった方もいます。	利用者が、排泄の失敗によって羞恥心や不快感を持たないよう、(排泄に)成功することで利用者の満足度を高め、自立支援を行っていくことに努める。そのため、排泄チェックをし時間を見計らい、それぞれの利用者に応じ、さりげない誘導をくりかえし支援をしている。	
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	食後に排便のリズムづけを行い、朝食にカスピ海ヨーグルトを取り入れたり、軽体操、腹部マッサージの支援など、できるだけ薬に頼らない努力をしています。		
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ず、個々にそった支援をしている	外出の前日に入浴、散髪前後の入浴等、その人に合わせた入浴の支援、自分のペースで入浴できるよう工夫等、できるところを行っています。	毎日午後の時間帯に14時から16時に入浴できるようにしており、割当表はあるが、利用者の意向を大事にしている。入浴は週に1人2回以上で考えている。現在、入浴を拒否する利用者が1名いるが、家族の声がけや気の合う人とは入ることから、工夫して支援している。	
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	体調に配慮した休息を設け、その方が居心地の良いお気に入りのソファが夜間の寝床になる事もあります。		
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	薬はホームで管理を行い、確実に服薬したことを確認する。薬の変更時は、申し送りノートに薬情を添付し、全職員が作用の把握に努め体調観察しています。		
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	自分より高齢、認知症の進んだ方を、お世話したい気持ちがあり、張り合いになっている方もいますが、裏目に出てトラブルに発展することもあります。大声で自分の意見を言い合うことで、ストレス解消になっている事もあります。気分転換に職員と散歩を行う等、個人個人に目を向けるよう支援しています。		
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	地域の季節行事、毎日の買い物、散歩、イベント見学、ドライブ、外食等個別、集団での外出支援を行っています。	ドライブ・外食・買い物・玄関掃除・雪かき、そして散歩など、利用者の可能な限り、個別、あるいは、集団での外出の機会は意識的に取り入れる支援をしている。	

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
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	基本的にお金は所持しないが、持っていないと不安な方で、ご家族さんの了解を得て財布に数千円程度持っている方もいます。外出時の食事などで、使用できるよう支援しています。		
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	電話してほしいとの要望には電話で話して頂く。家族さんからの手紙を読む。無理強いせず、はがきの宛名、名前、挨拶等その方のできる部分を一字でも書いて送れるよう支援しています。		
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	季節に合わせた飾りつけをテーブルや壁に行い、季節感を感じて頂ける工夫をしています又、不快な刺激には、柔らかい色合いのカーテン、のれん、エアコン等に対応しています。	建物内が乾燥ぎみなので加湿器を設置した。行事や季節に合わせた掲示板は、子供染みたものにならないよう工夫したり、夏場には、プライバシーへの配慮のため居室等に暖簾を用いて開放しつつ、通気を行っている。	
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	その人の好きな場所で過ごして頂けるよう、テーブル、椅子を数箇所に設置している。気の合った方とは、隣同士で座りお茶やお話を楽しむ。ソファで寝転がる等、同じ空間にいながらも、その人にあつた場所でくつろいでいられるように工夫しています。		
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	馴染みの家具、食器等の日用品、使い慣れた布団、生活歴が垣間見れる居室で、ご自身の写真、ペットの写真等に囲まれ生活しています。	ホームとして個室に準備してあるものは、収納棚のみでベッドをはじめ畳等々は、各自の持ち込みとなっている。馴染みのものを用い、それぞれの生活に合わせた居室づくりをしている。	
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	車椅子が使用できる洗面所、左、右麻痺に応じたトイレ、手すり、エレベーター、スロープを設置、スムーズな立ち上がりができるような椅子、トイレ、居室がわかるように張り紙を行う等、安全や自立に配慮しています。		