

### 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	1290100211		
法人名	延寿グループ株式会社		
事業所名	アットホームケア仁戸名		
所在地	千葉市中央区仁戸名町507-4		
自己評価作成日	平成29年2月26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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a>
----------	---

【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ACOPA
所在地	我孫子市本町3-7-10
訪問調査日	平成29年3月16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)】

利用者様一人一人が自分らしく、より豊かに生活できるよう、その能力に応じた個別対応を心掛けています。家族や利用者様とのコミュニケーションを多くとり、より良い支援につながるよう職員間での情報の共有・統一したケアをしています。散歩や買い物・家事等に参加することで、「役割」や「できる事」の楽しみを見つけれられるよう支援しています。行事では、ボランティアの訪問を取り入れたり、運営推進会議等で、情報交換の場を設け閉鎖的な施設にならないように心掛けています。月に一回、ホーム内会議・内部研修を行い職員同士の意見交換・再確認できるようにしています。

【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)】

当ホームは延寿グループ(株)が運営する4カ所のグループホームの一つである。周辺にがんセンターなどの高度医療や、福祉関係機関が集積する千葉市中央区の大網街道バス停近くに平成24年に開設された清潔で明るいホームである。延寿グループの代表取締役が医師であり、入居者全員の主治医として月2回の訪問診療があり、また随時相談できる体制で医療面でも安心できる。ホームの基本理念は「利用者の自立した生活の手助け」「一人ひとりに合った介護」「家庭的な雰囲気」であり、「いつも笑顔を」モットーにして、利用者に寄り添い個別対応の柔軟なケアサービスを実践している。新任ホーム長のもと職員は心を新たに、アットホームなケアに取り組んでいる。

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	G 3 2 :	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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	事業所理念を事務所、台所に掲示し、職員にはその理念の意味を共有、理解を指導して実践につなげている。	基本理念は事務所の各フロアと台所に掲示されている。理念に基づき当ホーム独自の運営ルールを設けている。ホーム内の会議において日々の業務への対応を話し合い、情報共有と実践に活かしている。	
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	地域の自治会に入会しているが活動がないため、松ヶ丘中学校地区コミュニティ作りに参加し、月1回の円卓会議を通して地域の情報や意見交換を行い、日常的に地域の一員として交流している。	地域の松ヶ丘中学校地区コミュニティ作りのための円卓会議が月1回開催され、当ホームは時折参加し情報交換を行っている。この地域交流を通じて当ホームが地域で認知され、地域における協力関係づくりに役立っている。	
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	2)の円卓会議の情報交換を通して認知症高齢者の生活の広報活動を行い、地域の方に理解してもらおうと共に支援してもらおう方向に向けて活かしている。		
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	運営推進会議を年6回開催し、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の報告や、日常活動の報告、また発表会などを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	前年同様に運営推進会議を年6回開催した。会議には毎回、職員と多くの利用者が出席する他、時折、家族、安心ケアセンター、薬剤師や民生委員が参加している。利用者サービスや日常活動の他、ヒヤリハット事例などを報告している。	
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	事業者向けの集団指導の参加や社会援護課、福祉サービス課など、その都度必要に応じて相談や連絡をとっている。	月に1回、ホームの職員が市の社会援護課を訪問し、個別の相談をしている。事業者向けの指導・研修会に参加し、市の関係者との協力関係に取組んでいる。	
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	身体拘束に関する研修を行い、各職員が理解を深めることができるよう取り組んでいる。玄関の施錠に関しては、大綱街道沿いで交通量が多いため利用者の安全を考え、電気錠での施錠を行っている。	身体拘束の防止に関する内部ルールが整備されているが、家族の要請に基づく身体拘束に該当する特殊事例があった。その時の教訓から対応方法を学び、改めて職員全員がルールに基づくケアに取り組んでいる。	
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	高齢者虐待を含めて、コンプライアンスとはどういうことかホームのルールやマニュアル作りを行い、職員全員で共通意識を持ち、防止に努めている。		

自己 2 :	G 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
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に支援している	現在は、成年後見制度を利用している利用者はいないが理解を深めて活用できるように研修している。		
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	契約の際には契約書や重要事項説明をよく理解できるように十分に時間をとって説明を行い、理解、納得を図っている。		
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	利用者とは日頃のコミュニケーションの中で把握できるように努めている。家族からは面会時に相談や要望を受けたり、ケアプラン作成時には要望書を添付し、それらを運営に反映させている。	利用者の状況について毎月、家族に報告書を提出している。日常、職員は利用者の意見や表情などから利用者の思いの理解に努めている。運営推進会議には毎回、多くの利用者が出席し、利用者や家族が意見や要望を表す機会がある。	
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	ホーム会議は月に1回行っており、職員の提案や意見を聞く機会を設けている。毎日の業務の中でも意見を聞ける姿勢を持ち、それらを運営に反映させている。	全職員(日中勤務)参加のホーム会議を月1回開催し、運営に関する職員の意見・提案を聞き、運営に活かしている。会議の内容を議事録に記載し保管している。	
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	定期的に人事考課表を提出し、勤務実績を評価している。それをもとに個々に面接を行い各時のやりがいやスキルアップでき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	ホーム会議時には必ず内部研修を行い、また外部研修も受けられるように支援している。また一人一人が資格が取得できるように進めている。		
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	運営推進会議ではあんしんケアセンターや近隣の福祉サービス事業者ケアマネさん等に参加して頂いている。また、近隣の居宅介護からの認定調査を受けいれして相互間の交流を図り、サービスを向上させる取り組みをしている。		

自己	G 3 2 :	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
<b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前からアセスメントや身体状況の情報の聞き取りを行い、本人の困っていることや要望に耳を傾けながら本人が安心して入所できるよう努めている。		
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	入居相談の時点でどんなことに困っているか、要望や希望を聞き取り、関係作りに努めている。		
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	入所相談時に本人と家族の状況を把握し、必要なサービスを踏まえた相談にのっている。また他のサービス利用も含めた対応に努めている。		
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	職員と一緒に昼食を食べたり、日常生活の中で利用者とともに洗濯や掃除などを行い、関係作りを築いている。		
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	家族が利用者の面会時には面会しやすい環境作りを行い、月に1度は本人の様子を報告し、ケアプラン作成時には意見や要望を聞き、共に本人を支えていく関係を築いている。		
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	利用者本人や家族から希望があれば、近隣の馴染みの歯科医院や美容室への予約、送迎などの支援を行っている。	毎月家族の来訪が有る方や、一緒にお墓参りに出かける方等、それぞれの関係が続くよう支援している。送迎で対応していた行き付けの美容院からの来訪や、歯科医の訪問診療が得られるようになり、馴染みの関係が続いている。	面会が途絶えがちな家族に、毎月の生活の様子を写真やたよりで知らせ、家族の理解度を高め、来訪に繋がることを期待したい。
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	利用者同士の関係を把握し、情報を共有した職員が間に入ることで、利用者同士が関わりあい、支えあえるような支援に努めている。		

自己	G 3 2 :	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	他施設に移られた方にも面会に行き、相談員とも交流を持ち、必要に応じて相談や支援に努めている。		
<b>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</b>					
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	アセスメントやケアプラン、モニタリングや日々の業務の中で一人ひとりの希望や意向の把握を行い、本人本位なケアプランになるよう努めている	日々の関わりの中で、一人ひとりの思いや意向を把握し、本人の希望が叶えられるよう支援している。発語が難しい方が言葉を出せるまで、ゆっくりと見守る配慮をしている。	
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	アセスメントを通してご家族や本人から生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境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	利用者一人一人の一日の過ごし方、心身状態、有する力を、日々の関わりの中で把握するとともに、カンファレンスや必要時に情報の収集を行い、現状把握に努めている。		
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	ホーム会議を月に1回開催し、カンファレンスを行って職員からの情報や意見を収集している。またケアプラン作成時には本人・家族にも意見や要望を聞き、現状に即した介護計画作成をしている。	ホーム会議で、日々の記録を基にカンファレンスが行われる。ケアマネジャーが中心となり、本人・家族の意向や要望を聞き、介護計画が作成される。モニタリングは6ヶ月毎行われ、状態の変化による、計画の見直しはその都度行われる。	
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	日誌や個別記録、毎日の申し送りや月一度のホームカンファレンスを行い、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。		
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	お誕生日を迎える人には、当日の過ごし方の希望などをよく聞いて本人が望む形で過ごせるように柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。		

自己	G 3 2 :	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を把握し、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。(あんしんケアセンターとの交流、地域サークルとの交流、公共図書館の利用等)		
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	本人・家族の希望をもとに月2回の往診を受けている利用者や、往診以外の病院へ受診している利用者、通院支援している利用者など、適切な医療を受けられるよう支援している	法人代表が医師であり、全員が主治医としている。月2回の訪問診療が有り、看護師による相談やアドバイスも受けられる。専門医への受診は家族に替わって支援することも有る。訪問歯科医の診察や口腔ケア指導、マッサージ師の施術等医療体制は充実している。	
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	利用者が受診する際には直接立ち合い、普段の状態や様子などを往診医に伝えている。また、月に4回の訪問看護があり利用者の情報を共有している。他の病院へ受診する際には連絡ノートや情報を提供して適切な受診ができるよう支援している。		
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、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。	利用者が入院した際には、安心して治療できるよう面会や電話などで病院関係者との情報交換・相談を行っている。また退院時は、病院へ看護サマリーや日常生活の中で留意点など情報収集し、利用者が安心して退院できるよう関係作りを行っている。	入所時に重度化や終末期のあり方について説明し同意を得ている。利用者の身体状況により その都度、主治医と家族が相談できる機会を提供している。職員は立ち合い、方針・意志の共有を図り、利用者にとって最善の支援となるよう取り組んでいる。	
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	入所前に事業所からの「運営方針及び取り決め」の説明の中で、重度化した場合などの項目があり、時間をかけて十分に説明し同意を得ているが、そういう場面になった時には家族からの相談にのっている。		
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	利用者の急変や事故発生時に備え、応急手当や初期対応の実践力を身に付けられるように、消防局で行われる「救命講習」を職員が交代で受けている。		
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	実施届出をして、消防・防災訓練を行い、緊急連絡、誘導、避難訓練などを通して、避難できる方法を職員が身につけるように努めるとともに、地域の民政委員と話し合いをもち、協力体制を築いている。	消防署指導のもと年2回火災避難訓練を実施し、緊急時咄嗟の行動が出来るよう訓練を行っている。又電話連絡網を作成し緊急時の連絡方法の徹底を図っている。民生委員と連携し地域の協力体制を築いている。	

自己	G 3 2 :	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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者の人格や誇りやプライバシーを損なわないよう言葉かけを行っている。また介護提供時や日常生活の場面場面でも、プライバシーを損なわないよう対応している。	言葉かけは利用者の誇りを損ねないように、否定的な言葉にならないよう配慮している。排泄支援について指導がされている。本人が思いや希望を表わすことができ、自己決定出来るよう働きかけている。	
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	日常生活の中で職員が押し付けることがないように留意しながら、本人の思いや希望を表せることができ、自己決定できるように働きかけている。		
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	職員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把握し、その人らしい生活が送れるよう希望にそって支援している。		
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	理・美容は本人の希望に応じて行っている。衣類や化粧品の購入なども本人の希望に応じて行い、その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している。		
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	利用者の好みを普段の生活の中で聴き取り、それらを活かせるように献立作りをしている。また、テーブル拭きや食後の食器拭きは利用者をお願いしている。	利用者の好物を献立に取り入れ、職員が交代で調理している。食材の買い出しには利用者もスーパーや業販店と一緒に出かけ楽しみにしている。食事の前には、元気に歌を歌い、嚥下体操で、誤嚥性肺炎の予防に努め、口腔ケアは自分の口で食べられる喜びに繋げている。	
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	水分量、食事量のチェック、定期的な体重測定をしながら、一人一人の状態や力、習慣に応じた支援をしている。また、病気や低栄養の利用者に対しては管理栄養士による栄養指導を受けている。		
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	毎食後、洗面所に誘導し口腔ケアを行っているが、本人の状態によっては磨き残しがないかを確認し、職員による再度の口腔ケアを行っている		

自己	G 3 2 :	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	排泄記録をつけ、排泄パターンを把握し、一人ひとりにあった排泄支援をおこなっている。	排泄記録を参考に支援しているが、自立度が高まり自力でトイレに行ける方が増えている。毎日の体操、広い廊下や階段を使ったウォーキングで、下肢筋力の維持を図っている。夜間はポータブルを使う方、コールを押して職員を呼ぶ方、それぞれの支援に努めている。	
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	乳製品や野菜を多く献立に取り入れており、体操や歩行などで適度な運動を促し、個々の便秘予防に取り組んでいる。		
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	1階は火曜日と金曜日、2階は月曜日と木曜日の入浴日を決めているが、本人の希望でどちらでも入浴できるように支援している。	入浴は基本的に週2回、1階・2階共に曜日を決めているが、利用者の希望や習慣に合わせて心地よく入浴してもらえるよう考慮している。シャワー浴は毎日何時でも利用でき、入浴の出来ない方には清拭や足浴の支援を行っている。	
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	利用者の生活習慣やその時々状況をよく理解し、休息したり安心して眠れるような環境づくりをしている。		
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	個人の薬情報を日誌と一緒にファイルし、すぐに確認したり記録できるようにしている。また、主治医や薬剤師と連携を図り、適切な服薬ができるよう支援している。		
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	利用者の生活歴や、できる能力を活かした役割、楽しみごとなどを見出し、ホーム内での役割や楽しみがもて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。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	一人一人の希望を聞いて、散歩や買い物などに出かけられるように支援している。また普段の会話のなかから希望を把握し、家族に連絡したり、協力して出かけられるように支援している。	何をしたいかを聞き一人ひとりの外出の楽しみを支援している。ショッピングセンターでの買い物で、おしゃれを楽しみ、レストランでの食事など、少人数で出かけ生活に期待が持てるよう支援している。家族へ利用者の気持ちを伝え、面会や家族との外出の機会が持てるよう支援している。	

自己	G 3 2 :	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	利用者の希望や力に応じて本人が管理し、買い物や外食時などでお金を使う時は本人が所持、支払ができ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	利用者の希望に応じて電話したり、手紙のやり取りができるよう支援している。		
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	暑さや寒さ、光の加減などを調節し、希望や要望があるときには利用者と職員で話し合っ、居心地良く過ごせるような工夫をしている。	広い廊下やトイレ、共有空間は十分なスペースが確保されて動きやすい。床暖房されたりリビングは温度・湿度が快適に設定されている。利用者の描いた素敵な墨絵が壁に掛けられている。皆でリクリエーションを楽しみ、ソファで寛いだりいつも楽しく安心して過ごせるよう工夫している。	
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	リビングのテーブルの配置や、ソファの配置を利用しやすいように移動したり、利用者の状態を見て、安心して過ごせるように考えて環境づくりをしている。		
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	居室には利用者が使っていた馴染みの家具などを使ってもら、また希望によりベッドから布団に変えるなどして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	入所時に使い慣れた家具や思い出の品が持ち込まれている。墨絵をライフワークとしていたり編み物をする方、体を休めている方等、自由に自分の過ごし易いように工夫している。毎朝担当職員と一緒に掃除をし清潔維持に努めている。	
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	利用者がわかりやすいようにドアに表示をしたり、玄関には安全に靴がはけるよう椅子を設置、廊下やトイレ、お風呂場、洗面所などに手すりを設置して、安全で自立した生活が送れるように工夫している。		