

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	4270135132		
法人名	社会福祉法人 いわこ会		
事業所名	グループホーム さくらの里		
所在地	長崎県長崎市三京町1531番地1		
自己評価作成日	平成29年1月3日	評価結果市町村受理日	平成29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.kaigokensaku.jp/42/
----------	---

【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 福祉総合評価機構
所在地	長崎県長崎市宝町5番5号HACビル内
訪問調査日	平成29年2月14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)】

春には周囲一面が桜に囲まれ、とても環境が良い施設です。毎月行事を行っています。月に1回と特変時にはかかりつけ医に往診に来ていただいています。週に1回訪問看護に健康チェックに来ていただいています。週に1回訪問歯科に来ていただいています。週に1回PTに来ていただいています。

【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)】

ホームは「さくらの里」の名前のおり、桜並木と緑に囲まれた静かな自然環境の中にある。理念である「強い絆で結ばれた、笑顔の絶えない、安らぎの生活環境」に沿って、利用者と職員が、一つ屋根の下に集う家族のように、笑顔で仲良く心の通う和やかな共同生活を営んでいる。利用者は、初詣、鬼火焚き、精霊流し等の季節に応じた行事を行い、ホーム菜園での野菜作りと収穫、外食、ドライブ等々、季節感を大切にしながら豊かな暮らしを送っており、事業所の努力が窺える。職員は自己研鑽に努め、介護福祉士資格者が多く在籍している。会議では、キャリアにかかわらず、広く意見を吸い上げる仕組みがあり、良好なチームワークで利用者に寄り添うケアを実践している。医療面においては、協力医の毎月の往診や訪問看護師の毎週の訪問と24時間の医療連携体制を整備しており、本人・家族にとって安心に繋がるホームである。

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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) ○
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) ○	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 ○
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) ○	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 ○
62	利用者は、その時々々の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) ○		

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	グループホームに関わる法令の意義を正しく理解し、ユニット会議、外部研修の中で話し合いながら、職員間で共有して、実践につなげている	理念にある「強い絆」とは、利用者と職員、また利用者同士、職員同士の結びつきを表している。職員の入社時に理念の説明を行い、事務所とリビングに掲示し、職員間で共有している。毎日、利用者や職員が家族のように笑顔で過ごすことができるよう支援している。	
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	施設の行事に民生委員の方をお招きしたりして、ご家族や地域の方との交流をもっている。買い物や通院に近隣の施設を利用している。	日頃から、運営推進会議メンバーでもある2人の民生委員から地域の行事の情報を得ている。ホームの立地場所から、併設福祉施設との交流が主となっている。夏祭りやボランティアの訪問時には一緒に交流し、楽しい時を過ごしている。また、介護実習生も例年受入れている。	
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	利用者のプライバシーに配慮しながら、ホーム見学やボランティアの受け入れを行ったり、認知症高齢者についての理解を得られるように、グループホーム協議会研修を一般の方向けに行っており、包括との合同研修も行っている。		
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	運営推進会議では、第三者の方々からご意見を頂き、ホームで検討会議を開いてからケアプランに入れ、実現できるように取り組んでいる。最低年6回開催している。	2ヶ月毎に市職員や包括センター、民生委員、利用者家族等、規程のメンバーで開催している。利用者の支援状況や行事についての報告の他、行政からの情報提供や家族からは支援への感謝の声が寄せられている。会議録は欠席の市職員には郵送しているが、家族へは送付していない。	運営推進会議には、複数の家族が交互に参加しているが、不参加の家族へは、議事録を送付していない。ホームの活動状況を多くの家族へ周知するため、欠席した家族への議事録の送付に期待したい。
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に取り組んでいる	市町村とは連携を密にとり、情報収集に努めている。又、介護相談員の受け入れを行い、利用者や接する機会を設けている。	日頃から、市役所に推進会議の案内や事故報告書等を持参したり、相談ごとにも気軽に出来ている。また、運営推進会議以外でも担当課職員の定期訪問や市からの依頼で介護相談員の年2回の訪問があり、協力関係を構築している。	
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	当ホームでは原則として、身体拘束をしないという事で取り組んでいる。ユニット会議や研修会にて、身体拘束への正しい理解を持ち、ケアに取り組んでいる。同時に身体拘束を行わないリスクについても、ご家族へ説明している。	身体拘束防止のため、独自のマニュアルを基に、施設長による2ヶ月毎の研修会を実施している。身体拘束の弊害を説明し、周知徹底を図っている。言葉の拘束についても具体例を示して、勉強会を行っている。昼間、玄関は開錠しており、外出する利用者は職員が見守り、付き添っている。	
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	研修会や事例報告などに参加し、事業所内でも虐待防止に努めている。職員の介護方法、言葉遣いなど、ミーティングを利用し、再確認する機会をつくっている。職員同士で注意し合える雰囲気作りに努めている。		

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	県、市、グループホームの集まりによる研修会で情報収集し、以前は権利擁護事業にお世話になっている利用者もおられた。		
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	契約の際は、必ず重要事項、契約の説明を行い、疑問点やご家族の要望を出来るだけ受け入れるようにしている。（喫煙等）		
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	苦情や相談窓口を設け相談にのっている。公共の相談窓口を紹介し、問題に対応している。カンファレンスや運営推進会議での要望を検討し、反映させている。	毎月、ホーム便りを送る際、担当者が個別に利用者の様子を書き添え、家族へ送付している。事故の報告は、必ず家族へ行っている。家族の訪問は、月に1、2回の頻度であり、職員は、家族が相談しやすいよう、家族的な雰囲気を大切にしている。来訪の都度、相談ごとや要望を聞き取っている。	
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	ミーティングを行い問題提起し、様々な意見を全職員で話し合い、反映させている。連絡ノートなども活用している。一緒に食事をしコミュニケーションを図っている。	2ヶ月に1度開催するユニット会議の前には、事前に質問表を配布し、キャリアによって発言する者が限られないよう配慮されている。職員の有給休暇の取得を勧めており、労働環境の整備に努めている。職員による「事故防止対策委員会」が組織され、ヒヤリハット報告の収集と分析を行い、転倒を防止する対策を検討している。	
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	就労しやすい環境づくりを目指し、各職員同士交流を持ち、助け合いながら業務に努めている。頑張っている職員は本部へ推薦し、人事異動を行っている。		
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	事業所内研修、指導はもちろんの事、他施設との共同研修や公共の研修で、介護の質の向上や精神面の強化を図っている。		
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	グループホーム連絡協議会での交流・研修会に参加し、意見交換を行っている。		

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
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	何度でも、安心するまで、利用者の話を傾聴し、解決できる問題については早急に対応している。また、カルテや連絡帳を利用し情報を共有している。		
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	疑問点など曖昧にせず、問題点・対応方法・要望などを話す機会を設け、状況・体調の変化など、まめに報告・相談をしている。		
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	アセスメントを取り、個々のニーズをしっかりと受け止め、出来る事や出来ない事をお話している。同時に他のサービス情報提供を行い、利用者・ご家族のニーズを明確化している。		
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	利用者とのふれあいを通して、信頼関係を築き、一方的な介護ではなく、共同生活の中で、共に支えあっている。外出や行事には極力、全入居者様に参加していただくようにしている。		
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	利用者様のために職員間で検討した内容を先ずご家族へ相談し、ニーズの違いが生じる場合、話し合う機会をつくり、安らぎのある環境づくりを心掛けている。		
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	馴染みの方との関係を崩さぬようお知り合いの方の面会は、承諾している。馴染みの場所への外出をしている。テレビ、新聞などで、話題がある場合は、積極的に会話している。	利用者の生活歴を把握することが重要と考え、フェイスシートは、職員により3年毎に更新している。敷地内の他施設から友人の訪問があったり、遠方の家族がホームに宿泊するケースもある。初詣や鬼火焚き、精霊流し等の伝統的な行事を大切にしている。正月に外泊する利用者もあり、馴染みの関係継続の支援を行っている。	
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	利用者の性格や生活歴を把握し、利用者同士の関係悪化を防止する為、職員が潤滑油となり、関係調整に努めている。リビングでの席替えも本人様の状態を考え行っている。		

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
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	利用者が長期入院などして、退所に至っても、病状回復時、又は転院などの際は、ご相談を受け、次の受け入れ先の紹介をしている。		
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	入所時より、利用者本位の個別サービスの検討をし、出来る限り希望に応えている。	一日の過ごし方は、リハビリやレクリエーション以外は自由である。朝遅めに起きる利用者や朝食にパン食を希望する利用者にも個別に対応している。職員は、その日に着る服は、まず本人に選んでもらうことや強制するような言葉遣いをしないことを心掛け、利用者本位の生活となるよう支援している。	
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	入所前の利用者情報を入手し、またご家族の方の話を伺いながら、サービス計画を作成し、実行している。		
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	毎日バイタルチェックを行い、心身の状況把握に努め、週に1回PTにきていただき必要な方のみリハビリを行い、健康に暮らして頂けるように努力している。		
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	各担当者が作成したモニタリングシート、実践評価をもとにミーティングやカンファレンスによりご本人、ご家族の意見を取り入れ介護計画を作成している。	計画作成とモニタリングについては、利用者毎に担当を決めている。モニタリングは「サービス内容実施記録表」を活用し、毎月実施している。計画の更新時は、本人や家族の意見を取り入れ、担当者が作成した原案をユニット会議で承認している。サービス提供開始前には、家族の同意及び署名を得ている。	
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	利用者個人毎のケース記録や排泄表や健康管理表を作成し、連絡帳や毎日の記録を通して、状況の変化に対応している。		
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	事業所、ユニット内で協力出来る事は、要望に応じて可能な限り対応している。		

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
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	守秘義務など了解を得ながら、民生委員・ボランティア・警察・消防などにご協力を頂き支援している。		
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	本人様・ご家族と相談しながら、主治医の選択をし、ホームのかかりつけ医による月1回の往診と状態の悪い場合などは往診も来て頂いている。訪問歯科の往診も行っている。	本人・家族の希望に沿った医療機関を受診している。受診の際は職員が付き添い、診察結果や服薬変更などを家族へ報告し、職員は連絡ノートで共有している。また、協力医の毎月1回の往診と訪問看護師の毎週火曜日の定期巡回があり、協力医と24時間の連携体制を整えている。	
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	平成27年8月から訪問看護ステーションと契約し毎週火曜日にホームへ来て頂き、健康管理や医療相談をしている。また24時間体制で特変時の相談をしている。		
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。	かかりつけ医や入院協力病院のソーシャルワーカーと情報交換を行い、緊急事態に備えている。又、当施設へのご紹介も受けている。		
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	重度化や終末期のあり方について、医療機関との連携強化、ご家族・スタッフと情報を共有し、今後の方針を決定し対応している。又、終末期医療について文書化し、見学者・利用者・ご家族にも同意を得ている。	利用開始時に「重度化に対応する指針」で、現時点の事業所の体制では看取りは行えない旨を説明し、同意を得ている。ただし、過去には身寄りのない利用者を看取り、葬儀まで行った事例がある。退所となった場合でも、次の施設の選定には、出来る限り協力する方針である。緊急時対応マニュアルを作成し、職員間で共有している。	
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	事故発生時のマニュアル、夜間帯特変時マニュアルを作成し、事故対応に備えている。又、応急手当の研修や勉強会に参加している。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。また、火災等を未然に防ぐための対策をしている。	毎月消防訓練を実施し、その内年2回は併設のケアハウスと共同訓練を行っている。専門業者にも委託し、消防設備の点検を行い、年1回は消防署員の方に出席して頂き消防訓練の総評を受けている。喫煙される入居者様は屋外でお願いし、ライターの管理も職員で行っている。	毎月、自主消防避難訓練を実施しており、年2回は消防署立会いのもと、訓練を実施している。自家発電装置があり、非常時の飲料水・食料品も備蓄管理している。ただし、自然災害時の対応は消防署の指導を受けているものの、マニュアルがない。また、毎月の自主消防訓練に地域住民の参加がない。	毎月実施している自主消防避難訓練に地域住民の参加がないため、敷地内の他施設の職員や運営推進会議出席者への呼び掛けなど取組みに期待したい。また、自然災害に備えたマニュアルの整備が望まれる。

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	利用者の人格を尊重し、人生の先輩として尊敬する気持ちを持ちながら対応している。話を傾聴することを心がけ個人記録の設置場所をカーテンで見えないようにするなど配慮している。	職員は、利用者には苗字に「さん」付けて呼び、人生の先輩として敬う気持ちを大切にしている。トイレ誘導の際は「部屋に行きましょう」と呼び掛け、羞恥心にも配慮している。職員は入社時に、個人情報について誓約書の提出しており、ホーム便りの写真については、家族に同意を得ている。	
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	買い物、美容室、レクリエーション、外食など入居者様の希望に合わせて支援し、本人様の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	利用者の生活リズムを尊重し、個人に合わせた支援を行い、調理や掃除など楽しみながらゆっくりと出来るように、見守りや介助を行っている。		
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	利用者の希望に合わせて理美容院に送迎したり、訪問カットを利用し、ホーム内で行っている。整髪や整容などはプライドに配慮しながら、さりげない支援を行っている。		
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	旬の食材やグループホームの畑と一緒に収穫した物などを使用し、利用者の状態に合わせ、一緒に調理や後片付けを行っている。食器も個人で使い慣れた物を使用してもらい、利用者のペースで食事をして頂いている。	入居時に、利用者の嗜好調査を行い、アレルギーのある利用者に対しては、代替食で対応している。刻み食やミキサー食にも対応している。もやしの根切り等食事の下ごしらえをする利用者もいる。外食に行ったり、菜園で収穫された野菜を味わったり、おせちや花見のお弁当など季節毎の食事を楽しめるよう支援している。	
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	栄養士に献立表を作成してもらい、食事量の記録はもちろん、体調不良時にはこまめに水分補給を行い、観察と記録をしている。食事以外に午前中とおやつ時、寝る前にも水分補給を行っている。		
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、就寝前にスタッフが声かけや口腔ケアの支援・介助を訪問歯科の指導の下で行っている。また、異常がある場合は訪問歯科を受診している。		

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
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	排泄状況をチェックし出来るだけトイレでも排泄出来るように時間毎に誘導している。誘導や介助中も不安や羞恥心に配慮しながら行っている。	日中は、トイレでの排泄を基本としており、夜のみポータブルトイレを使用している利用者もいる。職員は、排泄チェック表のデータを基に、利用者毎のパターンを把握している。早めの誘導を行い、パッドの枚数を減らす取組みを行っており、現在の状態を維持できるよう支援を行っている。	
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	利用者にあった形態で提供し、こまめな水分補給や体操、散歩、リハビリにて適度な運動を行い、それでも困難な場合は主治医に相談し、緩下剤を処方して頂いている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴については、ゆったりと入って頂いているが、事故防止の為、時間帯を施設で調整している。又、入浴介助が異性の場合は、本人から了解を得るか、難しい場合はスタッフを交代し、プライバシーに配慮している。入浴回数を週2回以上にしている。	入浴は、週3、4回の間隔となっている。車椅子の利用者も、浴槽に浸かるよう支援している。体調の悪い利用者には、清拭で対応している。入浴拒否の場合には、無理強いせず、翌日に声掛けをしている。季節により、菖蒲湯等で楽しむ他、足浴も取り入れ、気持ちの良い入浴となるよう支援している。	
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	安眠の為に日中活動を積極的に行ったり、生活リズム作りに努めている。夜間眠れない場合は、職員が話し相手となり傾聴したり、飲み物を提供して安眠できるように支援している。		
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	利用者の処方箋はファイルで管理し、服薬内容を把握している。薬変更時は連絡帳で情報を共有している。H28.10から薬局と提携し居宅療養管理を行っている。薬セットは前日にリーダーと夜勤者がチェックし、服薬前に再度確認を行い、飲みきるまで見とどけている。		
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	利用者の生活歴の中から、特技・趣味などを活かし、食事準備・洗濯・レクリエーション・行事を通して、役割や存在感が出てくるように支援を行い、自信や楽しみを持って頂けるよう努めている。		
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	その日の状況で、ドライブに行ったり、おやつをファミレスや公園で食べたり、買い物に出掛けたりと利用者の要望に応じている。	職員は、日常的に買い物へ行く利用者につき添ったり、菜園での収穫等外気に触れる機会を作っている。季節毎に、梅や桜等の花や景色を楽しむための外出の機会が多い。ホテルへ外食に出掛けることもある。敬老会は、近隣の施設を貸し切って全員で出掛け、楽しいひと時を過ごしている。	

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	可能な方は、所持金をご自分で管理して頂き、買い物で欲しい物を選び、支払いまでして頂く。それ以外の方はホーム金庫にて管理し、ご家族の承諾を得て必要な物を購入している。利用料請求時に領収書を添付している。		
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	ホーム内での通信は自由にしており、電話（8時30～20時30分）や手紙の際は職員がお手伝いしている。又、ご自分で携帯電話を持っている方もおられる。		
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	廊下に利用者が活けた花を飾ったり、リビングの壁紙を月によって貼り替えたりと季節を感じてもらっている。参加された行事の写真も廊下に貼っている。表札は遠くからでも見えるように工夫している。バリアフリーで廊下・トイレは自動点滅にしている。	リビングは広い窓からの採光で明るく、畳コーナーもある。職員手作りの雛祭りの貼り絵が季節感を醸し出している。室内は、室温・湿度・照明、TVの音量も適切に管理されている。毎日の清掃で清潔感があり、トイレの汚物はその都度専用格納室に収納し、臭気もなく快適な共用空間である。	
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	リビングには椅子以外にソファを、ホーム周辺にはベンチを設置し、共有空間の中に自由に過ごせる場所を多く確保している。		
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	居室には自宅で使用されていたタンス・椅子・ベッド・ソファ・仏壇など持ち込み可能となっており、身体機能や生活習慣に合わせて配置し、安心して過ごせるように努めている。ご家族面会の際は写真を一緒に撮り、居室に飾っている方もおられる。	居室は洋室と和室があり、持ち込みの制限はなく、思い出の筆筒や仏壇、テーブル等を持ち込んでいる。居室で手芸を楽しむ利用者やキーボードを持参している利用者など、思い思いに寛げる環境であることが窺える。また、家族面会時の写真を職員が拡大して掲示するなど、心温まる居室となるよう工夫している。	
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	利用者の潜在能力・残存機能を活かすために、アセスメントを取り、ADLが低下しないように、ホーム内でのリハビリや他ユニットへの散歩を行っている。		