

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	2990500106		
法人名	社会福祉法人 協同福祉会		
事業所名	あすならホーム畷傍グループホーム		
所在地	奈良県橿原市大久保町287-1		
自己評価作成日	令和2年2月10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	/www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/29/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2990500106-00&ServiceCd=320&Type
----------	---

【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 Nネット
所在地	奈良県奈良市高天町48番地6 森田ビル5階
訪問調査日	令和2年2月24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)】

入居者のおでかけや地域交流、社会資源活用などを通して社会参加を積極的におこなっている。
 職員は業務中心にならない様に年間目標をたて、入居者と寄り添える時間を大切にしている。
 入居者のできることを続けてもらえる支援になるように心がけている。
 ご家族とは、日々の暮らしや体調面など密に共有する様に心掛けている。

【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)】

運営主体は奈良県北部から中和にわたり多数の福祉事業を展開する社会福祉法人で、事業所は近鉄畷傍御陵前駅から徒歩3分の住宅地にある。2階に2ユニットのグループホームがあり、1階に小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域交流スペースなどが併設されている。市から街の介護相談室を受託し活動するほか、地域の方々が主体で運営しているサロン活動が盛んで、ランチ会、リハビリ体操、オレンジカフェなど利用者との交流も大切にしている。法人理念を明文化した「10の基本ケア」を職員が共有し愚直に実践している。また、人材教育にも力を入れている事業所である。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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+)- + (Enter+)-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
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	年度の前期と後期で事業所目標を掲げ、その目標を基に部門目標を話し合い実践。またグループホーム合同研修に参加し、ケアの実践例を共有したり、取り組みに参加職員でミーティングして決定し、実践している。	法人理念『10の基本ケア』と事業所年度目標『入院急死を起こさない、落ち着いた生活』を基に、現場職員が共に考え学び成長していけるよう、毎日の朝礼後のミーティングや10時と15時の利用者とのティータイムにおいて、利用者の満足度向上と職員の能力向上につながる取り組みを話し合っている。	
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	毎朝10:30から入居者や、他の利用者、地域の方を交えて、一緒にリハビリ体操をおこなっている。体操に参加されない入居者は、地域に出て散歩をしている。また0と5の付く日は、ランチ企画を実施しており、地域の方やボランティア、入居者との交流をおこなっている。	自治会に加入し、回覧板で地域の情報が得られ、地域が主体となり毎朝の体操、ランチ会、オレンジカフェ、障がい者就労活動、地域への講座開設など交流は盛んである。利用者の中には、動的な交流よりも、静かで穏やかな交流を望む方もあり、新たな交流方法への取り組みがあればなお良いと思われる。	
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	年2回以上の地域に向けた学習会の開催や、体操、地域サロンでの認知症の方との交流から、地域の方々からも少しずつ理解を得ていると思われる。		
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	運営推進会議に現場の職員も参加してもらい、介護家族の悩みを聞いたり、行政の方や地域自治会や民生委員さんたちとの関わりをもてた。利用者本人の参加もしていただいている。	運営推進会議は、自治会、老人会、民生委員、地域ボランティア、地域包括支援センター職員、市介護相談員、介護相談室職員、理学療法士、看護師、利用者・家族代表、などの参加で、小規模多機能、定期巡回・随時対応訪問介護看護と合同で年6回開催している。会議では、活動報告や予定、意見交換を行い、在宅認知症高齢者、感染症、虐待、身体拘束などを取り上げた勉強会も組み込んでいる。	
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者や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	橿原市介護相談員が訪問され(月1回)、入居者の様子を伝えたり、事業所の取り組みなどを伝えている。包括支援センター主催のオレンジカフェや認知症家族のつどい(奈良県)への入居者との参加をおこなった。	市から「かしはら街の介護相談室」を受託し相談活動を行っている。事故報告や困難事例や生活保護の利用者についてなどを担当課と連絡を密にしている。地域包括のオレンジカフェに出掛けたり、「ランとも」では実行委員を務めている。	
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	法人主催の会議や学習会にて、職員全体が周知して取り組んでいる。運営推進会議での報告や医務会議、夜勤者会議の場でも学習会を実施している。	身体拘束について、法人主催の会議や学習会で職員は学習し共有し身体拘束をしないケアを実践している。コントロールが困難な方には、医師に関わり方や投薬の調整を相談し対応している。	
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	法人主催の会議や学習会にて、職員全体が周知して取り組んでいる。運営推進会議での報告や医務会議、夜勤者会議の場でも学習会を実施している。		

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	過去に後見人制度を活用した事例はあるが、現在は該当者なし。		
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	重要事項説明書に基づいた説明には時間をかけて理解してもらい、契約していただいている。		
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	2カ月に1度、運営推進会議への参加を集い、情報交換や意見交換の場になっている。月1回、檀原市相談員の訪問を受け、利用者への聞き取りをしてくださっている。	家族の訪問時、運営推進会議、市介護相談員など、意見や要望を聴く機会が多くあり、要望があれば検討し速やかに対応している。ある利用者の家族からオムツ着用の申し出を受けたが、理念にそぐわない事であり、排泄の能力向上を介護計画に組み込み支援することで、家族の理解を得ることができた事例がある。	
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	月に1回ヘルパー会議を開催し、主に定時職員に参加してもらい学習会、意見交換や提案の場になっている。年間2回以上管理者が個人面談をおこなっている。全体会議で自施設の状況をレポート提出し、個々の職員の意見の把握と改善に努めている。	管理者は、定例のヘルパー会議や全体会議で職員が意見や提案を出し話し合える環境を整えている。また管理者は年2回職員と個人面談を行い意見などを聴きとっている。日々の業務は原則職員に任せ、自律型人材の育成を目指している。	
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	月一回の安全衛生委員会で、職場環境の改善について話し合われている。法人全体で「職場改善アンケート」を配布し、意見を集約し、改善に努めている。労働組合のアンケート調査も実施されている。		
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	法人本部では新規採用者の研修、3年以上の職員のケア研修、全体会議での方針や理念の学習。各事業所では指導マニュアルに沿った指導や月1回のヘルパー会議で介護学習などを実施している。		
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	市の相談員と行政、事業所での三者間交流会(年1回)や病院または医師主催の勉強会を通じて同業者との交流をさせていただいている。		

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
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	新しい生活に慣れ、安心して暮らせるように入居前ケア会議を実施。モニタリングや支援経過を基に、入居3か月前後にご家族とケア会議を実施し、ケアの方向性を再確認。特に入居1か月は関係づくりを強化している。		
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	入居前、家族から困っている事や不安、要望を聞かせていただいている。契約の際も不安にならないよう、家族への気遣いも大切にしている。気兼ねなく相談いただき、入居後も協力関係を築けるように努めている。		
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	地域密着型サービスであっても、他の市町村在住の方からの相談でも、在住の市でのサービス事業者の紹介や、その他のサービスに繋がる様に相談させていただいている。		
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	食事の準備や片付け、洗濯物を一緒に畳むなど隣に座って一緒にできる様にお声かけさせていただき、役割づくりにつなげている。入居者同士で支え合う場面もあり。		
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	比較のご家族の面会が多く、来所の際は日常の様子を写真でお伝えしたり、良かった事などお話しさせていただいている。体調面なども都度ご報告させていただき、現在の状況を共有できるようにさせていただいている。		
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	自宅への一時帰宅の支援や、生まれ育った家へのおでかけ、ご家族と一緒に外食やおでかけに付添うなど、関係性を深めていただける様に支援している。	昔からの友人や自宅の近隣の方の訪問を受けたり、職員が付き添い馴染みの美容室へ行ったり、コンサート、美術館、外食等に出かける方など馴染みの関係の継続を支援している。また、自宅への外泊、手紙のやりとり、携帯電話の使用など馴染みの関係づくりを支援している。	
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	男性であれば将棋や囲碁、女性はカラオケなどでグループホーム以外のサービス利用の方とも交流している。漬け物を漬ける、料理をみんなで作るなど、その方がこれまでされてきた事が続けられる様に支援している。		
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	死亡により契約終了されたご家族へも、その後の様子を伺う連絡をさせていただいたり、退去された方のその後の様子をフォローさせていただいている。		

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
. 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	毎月入居者18名の方々のモニタリングをフロアスタッフ中心に行っており(ほぼ毎朝9:15~)、その方の暮らしにおける課題の検討や分析を行って情報共有に努めている。	毎日の朝礼後のケース検討や、月1回モニタリングを行うなかで、絶えず利用者の思いや意向の把握に努めている。	
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	入居前にご自宅にて本人、家族からアセスメントをとる。入居される前にフロア職員と入居前ケア会議として、生活歴や生活環境、必要と思われるケアについて情報共有に努めている。ケア会議の際も都度、関係ご家族から聞き取りを行っている。		
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	支援経過・介護記録、サービス記録などで、介護職員、看護職員ともに情報の共有をおこない、毎朝のモニタリングで再確認している。		
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	月に1回、ケアプランを元に現状のモニタリングをおこない、次月には振り返りをして、チームでケアの統一を行っている。状況、状態の変化や、プランの変更の際は、ご家族や専門職を交えてケア会議を開催している。	毎月介護計画のモニタリングを行い、介護計画の変更が生ずれば、本人と家族に参加してもらいケア会議を開催し、介護計画を変更している。	
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	日々の記録は支援経過に記載し、情報共有している。ケアプランを元に現状のモニタリングをおこない、次月には振り返りをして、チームでケアの統一を行っている。		
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	必要に応じて受診送迎だけでなく、家族と一緒に受診同行し、様子などを医師に直接お伝えしている。ストマや点滴など看護処置が必要な際は、訪問看護(特別訪看指示書)を利用し、入院せずと同じ場所で治療していただいている。		

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	コンサートへでかけたり、外食へでかけたり、行きつけの美容室へお連れする、カラオケへ行くなど。天気の良い朝は地域の散歩。認知症カフェやオレンジカフェへの参加。神宮参道が近いので、天皇陛下のパレードへの参加もされた。		
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	本人またはご家族の希望で、訪問診療医、訪問歯科医に診ていただいている。体調により適宜往診もおこなってくださっている。ご家族や担当医と連携し、看取りもホームで行っている。	事業所の協力医療機関の医師が月2回訪問診療を行っている。かかりつけ医は本人と家族が選ぶことができる。歯科医は不定期な往診と通院で対応している。精神科、泌尿器科は外来受診している。看護師職員が常勤し健康管理を行っている。	
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	毎朝の朝礼で介護職、看護職ともに情報の共有をおこなっている。状況に応じて受診同行も行い、医師との連携に努めている。		
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。	入院された際、隔日単位で全職員が面会へ行き、ご家族や病棟看護師、地域連携室と連携しながら急性期治療の終わった方は早期退院になるように話し合っている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	状態の変化は、主治医や家族に都度報告し、終末期に近い際は、看取りついて家族の想いを汲み取れる様、ターミナルケア会議を行っている。	利用開始時に、看取りの指針を本人と家族に説明し、意向を伺い同意を得ている。本人が重度化し医師が看取りの支援が必要と診断した時点で、医師と看護師、本人・家族を交えターミナルケア会議を行い、看取りケアの体制をとっている。今年度は2名の方の看取りを行った。	
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	入居者別に「夜間緊急時対応ファイル」を準備し、対応方法なども記載している。日中についても同様であるが、リーダー、看護師中心に対応。AEDの作動確認や吸引器の保管場所なども周知している。		
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	災害時マニュアル(携帯用)を全職員に配布。年2回の避難訓練を実施。非常時の飲料水と食料の備蓄。災害時の避難場所として地域の方へ発信している。夜間帯を想定した避難訓練も実施した。	避難訓練は、防災会社の立ち合いで5月と10月に行い、滑り台を使った避難訓練や、夜間想定での避難訓練も実施している。現在、総合的な防災計画を作成中である。備蓄として米飯、レトルトカレー、飲料水など3日分と、給食業者が納入する食事用のチルド食品2日分がある。	

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
. 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	丁寧な声の掛け方や、スピーチロックになっていないかを朝礼の場で再確認している。居室への入室時は本人に声掛けし、ノックして入室。トイレで用を足されている時は、扉の外で待機するようにしている。	人格の尊重やプライバシーについて、法人の研修会や全体会議でのテーマとして取り上げている。また、当り前のルールとして自主行動基準を作成している。居室に入る時には、必ず声かけし許可を得ている。トイレ誘導の声掛けにも工夫し、希望があれば同性介助をしている。呼びかけには原則苗字に「さん」付けとしているが、その人に合わせた呼び方を工夫している。	
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	入居者との会話の時間を大切にしている。入居者の横に座り会話を愉しんだり、個浴では1対1で対応し、希望や想いを話してもらえ環境づくり、職員とのコミュニケーションを図れる機会を作っている。		
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	職員主導にならない様に指導しています。その人、その人のペースや暮らし方を大事に支援しています。		
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	出来る事はご自身でしていただき、難しい方には、クローズドクエスチョンで衣類の選択をしていただき、好みの物を着ていただける様にしている。おでかけの際は、よそ行きの服、化粧品などおしゃれを愉しんでいただいている。		
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	茶碗、マグカップ、(お箸)は、自分専用の物(馴染みの物)を使用していただいている。食材の盛り付けや配膳、食器拭きなど入居者主体で職員と一緒にやっている。	食事は給食業者が納入する調理済みの主菜を美味しく再味付けし、職員が手作りする。地産米のご飯と「ならかつお」の味噌汁を提供している。月に6回地域の方が利用者の好みも取り入れ手作りのランチを楽しんでいる。家族や職員と一緒に外食を楽しむこともある。	
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	水分摂取量は都度記録し、1日の摂取量を記録、少ない方への水分補給に夏場ならかき氷やお茶ゼリーの提供、冬場なら水分量の多い鍋などの食事を摂っていただけるよう工夫している。		
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	口腔ケアは毎食後実施。自分でできる範囲で支援しながらおこなっている。歯科往診での口腔内の状態を往診医の協力のもと行っている。		

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	入居者の尊厳を護るため、おむつの使用はしていない。尿意のわからない方や夜間失禁の気にされる方へは布パンツに尿取りパットで対応。トイレ座って排泄される様に支援している。	人格の尊重の観点から、おむつ使用ゼロを当然とし、基本ケアの一つである「トイレに座る」を実践しており、排泄の自立度が上がることは当然の結果であると受けてとめている。	
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	できるだけ自然排便になる様に散歩や体操で身体を動かしていただく。酵素ジュースの提供や「腸活週間」として棒寒天を味噌汁に入れたり、水溶性食物繊維をとれる食材やビフィズス菌の摂取など、個性を検証するなど取り組んでいる。		
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	個浴で職員と1対1で入浴していただいている。午後から入浴で、できるだけ個々の思いに沿った時間で対応。ゆっくり入浴を愉しんでいただける様にしている。希望に応じて週3回以上の入浴も実施している。	入浴は一週2回以上、希望に応じて3回以上の方も日時を特定せず入浴できるようにしている。栓製の個浴槽で柚子湯や希望の入浴剤で入浴を楽しんでいる。	
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	朝は遅めの習慣の方には無理な声掛けはせず、その方のペースに合わせている。眠れない方へは、灯りを暗めにしたフロアでノンカフェインの温かい飲み物を提供し、お話しするなど安心して休んでいただける様にしている。		
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	往診の主治医、看護師、介護職と連携し、服薬の作用や経過を記録し、主治医へ報告している。外部受診の方にも同様に受診同行または看護記録の提出をし、主治医と連携をとっている。		
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	これまでしてきた事を続けていただける様に家族の協力のもと支援している。洗濯なども出来る方へは使い方や干す、畳むなどできる事はしてもらえる様に支援している。書道作品を応募される方、週1回は飲酒される方もおられる。		
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	家族の理解を得て散歩や買い物に好きな時に行かれる方もいる。週1回の移動販売車で買い物をしたり、選挙投票、お墓参り、里帰りなどのおでかけ、外食を愉しんだり、敬老会への参加などもおこなっている。	天気の良いは、近隣への散歩を利用者と職員が1対1で行っている。週1回来る移動店舗への買い物に家族や職員と一緒に出かけたり、電車で大和八木へ行ったり、男性だけのグループで大阪新世界まで行ったこともあり、利用者が楽しめることを企画し実行している。	

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	毎週火曜日に来る移動販売車にて買い物を愉しまれたりできる様に、ご家族の協力を得て支援している。ご自身でお金を所持されている方もおられる。		
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	携帯電話を所持されている方は家族や友人と連絡を取りあったりされている。また個人の携帯電話が無く、知人に電話をしたいという要望の方にはホームの電話を使用している。手紙を出される方は居られないが、届いた郵便物は本人にお渡ししている。		
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	和風の落ち着いた色合いで、廊下や柱には木、フロアの床は畳敷きで、掘りごたつでくつろいでいたり、家庭的な空間にしている。浴室も畳敷き(防水)と別注の檜風呂で、温泉に浸かっているような気分を感じていただいている。	1階玄関から上った廊下は畳敷きで、生け花やはめ込み人形が飾られ、純和風の落ち着いた雰囲気となっている。ホームは2階で窓から畝傍山と橿原神宮の森が望める。居間には六角テーブルと椅子、炬燵、ソファなどが配置され、利用者がくつろげる空間を作っている。	
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	ソファや掘りごたつ、六角形でみんなで囲めるテーブルを配置しており、思い思いの場所でくつろいでいただける様にしている。		
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	元々の自宅での生活空間に似せた家具配置と馴染みの家具を持ち込んでいただくなど、居心地よく過ごせるように本人やご家族と相談しておこなっている。	居室には備え付けのベッド、エアコン、洗面台、洋服ダンスがあり、障子窓がある。自宅での生活で使い慣れたテレビ、ホーム炬燵、整理ダンスなどを持ち込み、写真を飾り楽しんでいる方など、それぞれ自分のスタイルでの部屋作りとなっている。	
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	トイレの場所が毎回わからなくなる方のためには、トイレまでの矢印を視野に入る場所に貼り出したり、洗濯を好きな時にできる様に使用手順を洗濯機に貼ったりしている。		