

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	4590700011		
法人名	医療法人 秀英会		
事業所名	グループホーム長寿	ユニット名	Aユニット
所在地	宮崎県串間市大字奈留5333		
自己評価作成日	平成27年12月24日	評価結果市町村受理日	平成28年3月23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.kaisokansaku.jp/45/index.php?action_kouhou_detail_2014_022_kanistrue&amp;lijvsvocd=4590700011-00&amp;prefcd=45&amp;versioncd=022">http://www.kaisokansaku.jp/45/index.php?action_kouhou_detail_2014_022_kanistrue&amp;lijvsvocd=4590700011-00&amp;prefcd=45&amp;versioncd=022</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成28年1月20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)】

当ホームは、歩いて行ける距離に併設医院があり、常に連絡を取り、必要な時は迅速に対応し、利用者様も、御家族様も安心して利用できる体制を整備している。また、併設の介護老人保健施設が渡り廊下にて繋がっており、各種行事や慰問のお客様が来た時には合同で参加している。また、いつでも行き来でき、利用者様の交流の場も増えている。認知症介護の専門職として、ケアの質を高めるために、定期的な勉強会や、毎朝、ミーティング時に認知症に関する情報を1つ紹介するなど、常にスキルアップしていけるよう心がけている。

【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)】

地域に根差した医療法人がホームを運営しており、近隣には医療機関、敷地内には介護老人保健施設が併設されており、利用者の様々なケースに対応している。また、法人全体で地域や市役所などと連携を図り、法人主体で地域の人が参加できるような催し物の開催や災害時の受け入れなどを行っている。ホーム独自の利用者への支援体制を整えており、入居後の社会参加の支援や個別支援の充実を図っている。

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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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、安心して暮らしている (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

自己	外部	項目	自己評価	Aユニット	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	職員が話し合いで作った独自の理念がある。理念の内容を具体的に項目分けして、1日1つの目標を掲げ、業務に取り組んでいる。	法人の理念を主軸にホームの理念を作っている。その内容をさらに細かく掲げ、出勤している職員がその中から1日の目標を持ち、勤務終了後にその目標が実践できたかの振り返りを行っている。		
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	外出時、病院やスーパー等を利用して、地域の方々と交流している。避難訓練の際は、地域住民の協力を頂きながら行っている。毎月、併設の介護老人保健施設で行われる誕生会等の行事に参加している。施設を利用している方々や慰問に来られた方との交流をしている。学生の実習受け入れも行っている。	積極的に地域住民と連携を図ったり、地区での催し物に参加している。法人全体でグランドゴルフ大会などの行事を開催し、地域住民と利用者が一緒に行事に参加する機会を設けている。		
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	運営推進会議で、認知症への対応方法について質問があった場合に、受け答えを行っている。グループホーム新聞の中に、認知症の情報を記載している月もある。			
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	2カ月に1回開催している。会議では取組状況や事故報告、意見交換を行っている。会議の内容は、定例会や職員会議の時に報告している。	民生委員をはじめ、利用者、家族代表、市役所などの行政担当者が運営推進会議に参加し、開催ごとに活発な意見交換を行い、その内容を運営に反映している。		
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に取り組んでいる	管理者や計画作成者が月に1回、医療介護課及び地域包括支援センターに訪問し、利用者の動向の報告を行っている。また、運営推進会議に参加して頂き、情報交換を行っている。	市の担当者が運営推進会議に参加している。また、市役所などに出向き、ホームや地域の実情を把握してもらうなど、協力体制を図っている。		
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「介護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	利用者様が離脱した事があってから、日中も玄関の施錠を行っている。転倒防止等で、つい抑制の言葉が出てしまう場合がある。	法人全体で身体拘束の禁止に取り組んでいる。また、施設内・外において身体拘束の研修の実施や参加を行い、身体拘束を行わない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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待についての研修に参加した者が、定例会時に報告を行っている。言葉遣いには普段より気を付けており、虐待に繋がりそうな言葉かけをしていた場合は、それが常識かどうかを考えてもらっている。			

自己	外部	項目	自己評価	Aユニット	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	今年度は、これらについて学ぶ機会がなかった。			
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	各ユニットの計画作成者が行っている。御家族様が理解しやすいよう、分かりやすい言葉で説明し、納得したうえで契約を行っている。			
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	御家族様の面会時に要望を伺うようにしている。苦情があった場合は、苦情処理記録に残し、ミーティング時に報告し、すぐに改善が図れるようにしている。		家族の来訪時に、介護支援専門員を中心に積極的に家族とのコミュニケーションを図っている。また、意見の反映や苦情解決に向けてホーム全体で迅速に取り組み、対応策を家族へ報告している。	
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	定例会時に職員が意見をだしやすいように、管理者は参加せず、介護主任に進行を任せている。議事録で内容の確認を行っている。		毎月、職員定例会を開催し、介護主任が職員の意見を集約し、運営に反映するよう努めている。また、管理者は個別に職員と話す機会を設け、職員の意見を把握するようにしている。	
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	職員一人ひとりとのコミュニケーションを大切にされ、会った時には一言声かけをされている。職員の日々の努力等を把握し、ねぎらいの言葉を頂いている。			
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	積極的な研修参加を推奨されている。研修に参加した者は定例会等で研修報告を行っている。また、法人全体の職員会議では勉強会を行っている。発表する側は特に内容の把握や、発表のスキルアップにつながっている。			
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	年に2回以上ある事業所交流会に参加し、同業者との交流があり、情報交換を行っている。その他、勉強会等の取り組みを発表する場で、担当が同業者の場合、必ず足を運んでいる。			

自己	外部	項目	自己評価	Aユニット	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	本人様とのコミュニケーションを大切にし、安心の確保に繋げている。入居してからも、自ら要望を発して下さるよう、信頼関係づくりを大切にしている。			
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	ご家族様の要望、不安事に耳を傾け、サービス内容を決めている。入居後、慣れるまでは御家族様との連絡を密に行い、状況報告することで、御家族様に安心して頂くことや関係づくりに努めている。			
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	サービス利用を行う前に、本人様、御家族様が必要とする支援を見極めると共に、担当医師やケアマネの情報をもとに、面会等、ご家族様の協力を頂いている。			
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	利用者様との会話や関係づくりを大切にしている。家事の手伝いをして頂き、お互いが感謝の気持ちを伝え、共に生活する者同士の関係を築いている。			
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	面会時は本人様、ご家族様がゆっくりと気を使わずに過ごして頂けるよう、居室へ案内している。普段の様子を報告をしている。ご家族の協力により外出や外泊をした時、帰宅後に、みやげ話をしていた時の様子等をご家族様にも伝えたり、御家族様との会話も大切にしている。			
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	ふるさと訪問の行事を計画している。自宅、お墓参りをしたり、家族、近所の方々との関わりを大切にしている。	「ふるさと訪問」というホーム独自の取組しており、慣れ親しんだ地域への外出や墓参りなどを、家族の協力を得ながら、利用者の希望に合わせて行っている。		
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	利用者様同士の関係を把握し、食堂の席の配置を考えている。食事の盛り付けや片付けの場面で、気の合う利用者様同士で作業できるよう声掛けを行っている。			



自己	外部	項目	自己評価	Aユニット	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	住み替えになった時、移り住む先の関係者に対し、本人様の情報を詳しく伝えている。本人様や御家族様に会う機会があった際は、声をかけ、体調を伺っている。			
<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を作成する時点で本人様又は御家族様の意向を伺ってプランを作成し、スタッフ全員で共有し、サービス提供に繋げている。	日常の経過記録の充実を図り、ケアプランの作成や家族への現状報告に活用している。利用者や家族の意向を把握するよう取り組んでいる。		
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	入居者状況表、基本情報、アセスメント表で利用者様の今までの暮らしを把握して、その後のグループホームでの生活に活かしている。また、御家族様からの新しい情報にも耳を傾けるようにしている。			
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	1日のリズムをケース記録の24時間シートに記入している。心身の変化があった場合は、毎日の申し送りで情報を共有している。家事活動やレクリエーション等を通して御本人様の能力を掴んでいる。			
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	カンファレンス時に上がった意見、気づき、アイデアはカンファレンス記録とは別に、「何でもノート」に記入している。ケース記録の改善を行い、気づきやアイデアを記入していく記入方法(SOAP)を取り入れたが、まだ成果がでない。	担当職員と介護支援専門員でモニタリングを行い、その内容を基に職員全体で利用者の介護計画に対するカンファレンスを定期的に関催し、意見交換を行うなど、職員全体で介護計画作成やモニタリングに取り組んでいる。		
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	記録の記入方法の改善を行い、カルテを開けば1週間の情報が全て分かり、排泄パターンやバイタルの変動等、ひと目でわかるようにしている。日々の様子内容は、職員の個人差があり、漠然と書かれていることもある。何でもノートが別にある。			
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	ご家族様が遠方に住まれている方や御都合により面会が難しい方に関しては、衣類やオムツ等の必要物品の購入など、職員ができる限りの対応を行っている。利用者様のニーズに応じて支援を行っている。			

自己	外部	項目	自己評価	Aユニット	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	毎月、併設の介護老人保健施設で行われる合同誕生会で、施設職員や入居者、ボランティアに来て下さった方々と交流している。			
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	入居の際、かかりつけ医が併設医院になることを御本人様、御家族様に同意して頂いている。加えて認知症専門医を希望された御家族については、病院側と連絡を取って受診している。他科受診が必要な場合、御家族様が希望される医療機関を受診している。	主治医を併設の医療機関に変更する際の説明を十分に行い、同意を得ている。また、利用者や家族が希望する専門の医療機関への受診支援をホーム看護師を中心に行い、受診時の報告を家族に行っている。		
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	些細な変化でも、看護師に報告を行っている。看護師が病院へ連携をとり合って、状況にあった対応を行っている。			
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。	ご家族様の希望を優先して、入院先を決めている。病院関係者との情報交換を行い、本人様の状態や退院予定の把握を行っている。その際、担当ケアマネージャーが直接病院へ足を運ぶことも多い。			
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、事業所の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	入居の際、重度化した場合や終末期ケアについて、御家族様と話し合いを行っている。実際に病状が重度化した時、主治医やご家族様との話し合いを行い、病院と連絡を取り、痛み緩和目的で入院を決めたこともある。	入居前の契約時に、終末期の対応の説明を書面で行い、同意を得ている。また、必要時には主治医や家族との話し合いを行い、利用者や家族の希望に応じた終末期への支援に取り組んでいる。		
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	昼夜共に、連絡体制ができています。必要に応じて、併設医院や介護老人保健施設からの応援を要請することもある。応急手当の実践については未熟である。			
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	年に2回の避難訓練の実施を地域住民の方も交え、行っている。併設の介護老人保健施設では非常食の備蓄も行っており、協力体制が整っている。	地域住民なども参加し、年2回、日中・夜間の避難訓練を実施し、避難ルートの確認や搬送方法などを職員や地域住民共に習得できるよう取り組んでいる。		

自己	外部	項目	自己評価	Aユニット	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	ホームの理念を具体的に分け、その中から毎日1つを目標として上げ、利用者様と接する時に心がけている。排泄の失敗で自信を失いかねない為、早めのトイレ誘導を行っている。	排せつや入浴の場面で自尊心を尊重したケアに取り組んでいる。また、日常の声掛けにおいても、人格を尊重したかわり方を実践するよう取り組んでいる。		
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	職員は利用者様とのコミュニケーションを大切にし、何でも言いやすい関係作りを心がけている。物事を進める時、本人様に聞きながら行い、返事を頂けることで自己決定に繋がられていると考えている。			
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	出来る限り、利用者様のペースを大切に支援しているが、食事の時間、行事等は職員の都合になりがちである。			
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	身だしなみ、整容が自力で出来ない方については、毎朝、職員が一部介助で行っている。おしゃれについては、特に外出する時に職員も一緒になって考え、コーディネートしている。			
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	汁物を作る際の食材切込みや盛り付け、食器洗い、テーブル拭き、お膳拭き等、一人ひとりの能力に応じた家事手伝いをお願いしている。	炊飯・汁物の調理はホームで行い、副食は併設の介護老人保健施設で調理したものを搬入している。副食の盛り付けなどの作業を利用者の能力や希望に合わせて行っている。		
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	嗜好調査を行い、一人ひとりの苦手な食材、アレルギー食に対応している。食事や水分摂取量が少ない方へ一言声掛けをさせて頂いている。摂取量や体重の管理もカルテに記入しており、体重の増減が見られた場合は、カンファレンス時に職員間で解決策の話し合いを行っている。			
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	一人ひとりの力に応じて、声掛けや一部介助を行い、口腔ケアを行っている。夕食後の口腔ケアは徹底し、口腔内の確認、義歯はポリデント消毒も行っているが、朝、昼食後の口腔ケアは徹底してできていない。			

自己	外部	項目	自己評価	Aユニット	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	カルテを見て1週間の排泄パターンが一目でわかるようにしており、早めの声かけ、トイレ誘導で失敗防止に努めている。尿とりパットは一人ひとりに合った物を使用している。カンファレンス時に、おむつ外しの検討を話し合った事もあり、実際に取り組みを行った。	排泄つの問題について、介助方法や自尊心、経済的負担を考慮するなど、多角的にとらえている。排泄つパターンを把握することにより、オムツを外すことへの実践につなげている。		
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	下剤の使用も行っているが、自然排便を促すために屋外へ散歩に行ったり、歩行状態の不安定な方にも出来るだけホーム内の廊下手すりを使用し、歩行運動を行っている。水分摂取量の少ない利用者様に対しては、好みの飲用物を提供している。			
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	職員が声かけし、今日入浴するか、今入るか、後で入るかの希望をききながら、自己決定して頂いている。前日、入浴していない方を優先しているが、出来るだけ皆様に声掛けするようにしている。	入浴の曜日や時間を設けず、利用者に毎日声かけを行い、利用者の希望する回数や時間で入浴が実施できるように取り組んでいる。		
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	昼食の後はお昼寝をして頂いたり、マッサージチェアもあるので希望がある方が自由に使用できるようにしている。夜、居室へ戻られた時に、今日の家事活動の活躍ぶりに労いの気持ちを伝えている職員もいる。全体的に入眠時間が早くなっているため、夕食後の時間活用に工夫が不足している。			
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	薬の副作用、用法、用量は、全職員が理解するように努めている。薬の成分がわからない時には薬情を確認している。誤薬防止として、服薬前にチェック表に記入したり、名前を復読し確認している。			
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	一人ひとりの能力に合った家事活動を一部の利用者様が行っている。テレビやチラシ、外出時に欲しい物、食べたい物がある場合は、購入して他の方と一緒に頂くようにしているが、その方が病的(糖尿病等)に難しい場合は、応じる事ができない時もある。			



自己	外部	項目	自己評価	Aユニット	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	(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	天気の良い日は屋外散歩を個別で行っている。その他、ドライブや買い物等、希望がある方を中心に掛けられている。その他、ふるさと訪問を行っており、なじみの人々や身内の方と会って、精神安定に努めている。		地域住民や家族の協力の下、「ふるさと訪問」でのなじみの場所への外出や買い物、屋外散歩など、利用者の希望に合わせた個別性のある外出支援を行っている。	
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	お金の管理は基本的に事務所でっており、買い物に行った時に、自力で支払いができるようであれば、お金を手渡し、買い物を行って頂く。			
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	希望があれば、電話や手紙を出している。書いた手紙を職員と近隣のポストに投函している方もいらっしゃる。手紙が届いたら直接手渡ししている。			
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	ホーム内にトイレが2ヶ所あるが、込み合う事があり、トラブルへ発展する事もある。音や温度に気を付け、TVの音量は適切に調整し、温度も食堂、居室、浴室と温度差が無いように気を付けている。草花や買い物のお花を花瓶に入れ、食堂のテーブルに置き、皆様に季節感を感じて頂けるようにしている。		回廊式のつくりとなっており、廊下や共用空間には利用者の作成した手工芸品を展示している。敷地内に畑をつくり、利用者と職員と一緒に作業を行うなど、四季を感じる事ができるよう工夫している。併設の介護老人保健施設ともつながっており、自由に行き来ができる。	
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	居室で、一人でゆっくり過ごされる方や夫婦で仲睦ましく過ごされたり、気の合う方同士で玄関先で日光浴をしてくつろいでおられる。			
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	自宅からテレビや家具を持ってこられるが、家にある馴染みの物は、あまり持ち込まれない。自宅環境に近づけられている方と、そうでない方の差がある。毎日掃除や洗面台の掃除、週一回のシーツ交換を行い、清潔保持に努めている。		居室には大きなロッカー、洗面台、ベッドを備え、整理・整頓を心がけている。掃除も毎日行い、利用者が安心、安全に生活できるよう配慮している。居室のネームプレートも各利用者が作成することができるよう支援している。	
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	居室には表札。トイレや浴室には表示がしてある。その他ホーム内廊下には手すりがあり、できる限り、自力歩行で移動を行っている。			