

### 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	2772401325		
法人名	有限会社 藤サービス		
事業所名	グループホーム長尾		
所在地	枚方市長尾元町1丁目33-12		
自己評価作成日	平成26年8月4日	評価結果市町村受理日	平成26年10月22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	
----------	--

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 MIRO谷町 4階		
訪問調査日	平成26年8月27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>自宅で生活しているような環境となるよう努力している。 また、職員は利用者とのコミュニケーションも積極的に図るようしており、職員全体で信頼関係を構築している。 終末期のケアは本人の人生観や家族の希望に添って、医療と職員が協働し限りある時を支えていくようにしている。</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>ホームは、平成13年7月に、2階建ての1階部分に1ユニットで開設された。ホーム周辺は、自然豊かな丘陵の緑や田園風景が在り、住宅、商業施設、学校、お寺、神社等の便利で、閑静な環境が在る。理念を「明るく穏やかな生活を共に送りたい」とし、理念の「共に」は、「地域交流・家族・医療・地域社会資源・公共機関・職員等々の連携と協力関係を重視している。ホームは、利用者の気持ちを常に尊重し、受容した対応を心がけ、家庭的介護を目指し、「語らいの場」「趣味を生かせる場」として、「晩年を心豊かに楽しく過ごせてよかった」と思えるサービスと終末ケアに取り組み、理想の地域密着型ホームとして「通えて・泊まれて・住めるんです」の場を目指している。ISO9001品質管理システム(「顧客満足向上と品質マネジメントシステム」)を導入して、理念・契約・生活援助・急変事故・終末期等への有効活用もしている。</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 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広がり深まり、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	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
<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	理念は文書管理ファイルGHN-10-001に記載している。また、リビングの目に見えるところに掲示し、共有と実践を行っている。	理念を「明るく穏やかな生活を共に送りたい」とし、理念の「共に」は、地域・家族・医療・公共機関・社会資源、介護職等の連携を大切にし、地域の人々が気楽に立ち寄れるホームを目指した、全職員の真摯な実践がある。	
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	地区の防災訓練に参加し、昨今重大化されている自然災害等に対する意識の共有を感じてもらっている。包括主催の健康祭りでは、利用者の作品(箸置きや書道)を展示し、地域とGH長尾のコミュニケーションを図っている。	自治会に加入して、地域で開催される各種の催事(夏祭り、お花見等)に積極的に参加している。ボランティアとの交流での、健康体操、大正琴、書道等や専門学校実習生受け入れ、運営者が講師を勤める認知症キャラバンメイト講習会等での密なる交流がある。	
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	運営推進会議に包括、区長、家族様に参加していただき、利用者や認知症の方を理解していただく活動を行っている。		
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	年6回運営推進会議を開催し、GH長尾の運営状況やサービスの評価、提案を話し合い、利用者に対してより良いサービスが行えるよう活動している。	平成25年度は、年6回開催して、延べ38名の参加があった。参加者は、利用者、家族、区長、包括支援センター職員、ボランティア代表、地域住民、管理者、顧問、ケアマネ、職員等の参加で、双方向的な会議を実施した。	
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	市から送られてくる情報や案内、集団指導にて運営を適正化している。業務上判断が難しい事例には市の担当者からアドバイスを得て、連携に努めている。	日常的に、市の福祉指導課の担当者との各種サービスに関する相談・情報交換・指導等を受けて、協力関係を築いている。毎月1回、介護相談員1名を受け入れ、利用者の各種の相談やレクリエーション参加もしている。	
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	日中は建物のドアを常に開錠しており、利用者が自由に入出入りできるようにしている。身体拘束についてはマニュアルに添って実践を行うとともに、内部研修で職員への勉強会を行い拘束のないケアに取り組んでいる。	管理者及び職員は、身体拘束をすることの弊害は良く理解している。身体拘束に関するマニュアルを作り、定期的に研修も実施している。利用者の行動に心配りしながら、玄関を開放し、見守りを重視して、開放感が得られる様に取り組んでいる。	
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	マニュアルに添って虐待防止に取り組んでいる。平成25年5月に「虐待」をテーマとした内部研修を実施した。		

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	内部研修を実施し(H25年7月実施)、文書管理ファイルに権利擁護に関するマニュアルを設けている。家族、来訪者から相談があれば関連機関への橋渡しができる体制も出来ている。		
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	文書管理ファイルGHN(B)-20-002、GHN(C)-20-002に添って利用者及び家族に重要事項説明等を行っている。		
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	リビングに意見箱を設置し、利用者及び家族様が自由に意見や要望を言えるようにしている。また、家族様来訪時にも意見や苦情、要望等を聞く機会を設け、運営に反映させるようにしている。	苦情相談窓口を設置して意見・苦情・不安への対応をしている。毎月「事業所たより」を発行して、行事予定やお願い、お知らせ等を報告して意思疎通を図っている。家族の訪問時にも意見・苦情・提案を傾聴している。	
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	管理者を中心に、速やかに解決できるよう工夫している。	毎月定期的に職員会議を実施して、職員の様々な意見・提案等を聞く機会を設けている。各職員が目標設定した実践計画への自己評価票が在り、年1回、管理者と話し合う場を設けて、職員の勤労意欲を高めている。	今後は、さらに、利用者のADLの重度化が進み症状が多発することが予想されるので、職員の認知症ケアに対する知識や技術の質を高める教育の取り組みが期待される。
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	代表者は現場の責任者と連携を図り、各職員の就業状況を把握している。職員の仕事への資質の向上ややりがいを持たせ、常に前向きな姿勢で仕事ができるよう職場環境や条件の整備に努めている。		
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	内部研修の実施、必要と認められる外部研修には積極的に機会を作り参加。研修後には、職員会議で報告し、職員が働きながら、技術や知識を身につけていくことを支援している。		
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	代表者は、管理者や職員間の研修で、意見交換等定期的に行っている。東部GH連絡会や地域交流会では、必要な情報を公開することで、資質向上に努めている。		

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
<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	入所時の面談中、アセスメントだけでなく本人と向き合う中での状態や様子、要望を出来るだけ聞き取るようにしている。		
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	家族来訪時には、出来る限り面談の場を設けてサービスについての不安や要望等を伺い、納得されるまで説明を行っている。		
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	本人、家族との面会で得た情報と介護計画に添ってサービスを実践している。		
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	すべてを支援する一方的な介護ではなく、出来ることはしていただき、ADLの低下を予防に注意している。また、利用者は人生の先輩として常に敬意を持って接するようにしている。		
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	家族来訪時は利用者の生活ぶり等を伝えるとともに、気がかりな点などがあれば、職員間だけでなく家族にも相談し、共に利用者を支えていくようにしている。		
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	家族、近親者、友人等、時間を問わず来訪してもらえるようにしている。外出の希望は積極的に取り入れるようにしている。	利用者の生活歴や家族からの情報を収集して、利用者の従来からの生活の継続性を確保した取り組みがある。親しい友人、家族、教え子や馴染みの近隣の散歩、買い物、喫茶店、お墓参り、初詣等の支援がある。	
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	生活されている中で、利用者が孤立しないように、また、利用者間のコミュニケーションが円滑に行えるよう、スタッフは声かけや見守りを行うようにしている		

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
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	利用者の心身状態や個別の事情等でサービスが終了した後も、これまでの関係を大切にしている。また、ホームの近況などを定期的に伝え、関係を断ち切らないよう心がけている。		
<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	思いや意向を聞くことの出来ない方には、家族様からお元気な時の様子や日頃の会話のやり取り、背景を感じ取って、「ご本人の代弁者となれば」の思いでご支援させて頂いている。	アセスメント・フェイスシート、日々の関わり、家族からの情報等から、利用者の生活歴や暮らし方の希望・意向を把握している。各利用者の自分史を作り、利用者が生きてきた時代背景を取り込んだユニークな支援がある。	
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	入所面接時は、家族様から生活歴や趣味、大切にされていた事をお聞きして、どのような事が難しくなってきたが理解できるよう努めている。		
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	認知症ケアでの大切な事は「コミュニケーション力」ではないかと思う(特に最初の段階)職員がその分野で充実できれば、その方の持っている有する能力を維持出来、その想いに寄り添う事が出来るよう努めている。		
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	職員会議(月1回)にて、利用者個々の状態確認を行っている(必要時はこの限りではない)。プランの見直しの必要時は家族様、医療関係、又、責任者会議で話し合い、原案を職員会議で発表し、了承を得ている。	アセスメント・フェイスシート、診断書、介護日誌、各種ケアチェック表、本人、家族、職員等から、各種個人ケア情報を収集して、介護計画書が作成される。見直しは、随時又は定期的に、サービス担当者会議を行い、モニタリングチャートを活用して実施している。	
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	日常生活は個人別に記録、医療関係は専用ファイルにて記録している。各記録類は業務の申し送りや職員会議で情報を共有するために利用している。		
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	利用者や家族の状況、ニーズの変化でショートステイ、通所介護、介護予防、医療連携等、必要となるサービス支援は柔軟に対応できる体制をとっている。		

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
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	外出時は本人の能力に合わせて支援を行っている。年間行事にお花見、買い物、外食等を取り入れ、社会とのつながりを保つようしている。		
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し、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	入所時に本人、家族から意向を確認し、希望のかかりつけ医や医療を受けられるようにしている。	本人及び家族の希望を尊重して、これまでのかかりつけ医を継続している。事業所の協力医療機関での受診を希望する場合には、本人及び家族の納得と同意を得て、受診の対応をしている。	
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	利用者の心身状態に対する変化や気づきに関して、常に医療と連携している。また、毎月定期的に往診、訪問看護が受けられるようにしている。		
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	利用者が入院に至るまで、かかりつけ医との連携は密に行っている。入院～退院におけるまでは、協力病院との情報交換を随時行い、早期退院できることを目指している。		
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	重度化した場合や終末期のありかたについては、入所時あるいは早い段階で本人や家族、医療を交えて話し合いを行い、方針を決定している。終末時には文書管理ファイルGHN-30-006「終末ケア対応マニュアル」に添って支援を行っている。	終末ケア対応マニュアルと同意書が在り、入居時の早い段階から重度化や終末期のあり方について、本人、家族、医師、関係者と話し合いを行い、必要に応じて関係者の連携・協力体制を取っている。医療法人との医療連携体制を築き、既に、看取りの経験も豊富である。	
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	急変や事故発生時は緊急対応マニュアルGHN-30-003に準じて対応している。また、医療とすぐに連携できる関係が構築できている。		
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	防災訓練及び避難訓練は年2回実施している。利用者や地域の防災訓練にも参加し、災害に対する意識を高めるようにしている。万の際には地域や近隣にも協力を得られるようにし、非常食も備蓄している。	年2回の避難・救出訓練を実施している。非常災害時対応マニュアルを作成して、関係機関への通報及び連携体制の整備等の対策もしている。緊急災害時の近隣住民の協力体制も築き、備蓄も準備している。	

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
<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	職員は利用者の認知症について理解し、尊敬を持って接し、誇りやプライドを損なわないよう注意している。生活援助に関しては、文書管理ファイルGHN-30-001に添ってプライバシーの保護に努めている。	新人研修や随時の職員研修を実施し、職員全員が対人援助サービスの知識や技術を身につけるように取り組んでいる。人生の先輩に対して、尊厳やプライドを損ねない対応の徹底を図っている。	
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	自分の望む生活が出来るだけ送れるよう配慮している。利用者の思いや願いを聞き取れるよう、日常の関わりの中で変化等に注意している。		
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、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	GH長尾の理念を基本とし、利用者ひとりひとりが自分のペースで生活していただけるよう支援している。		
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	身だしなみやお洒落は個人の好みを尊重している。訪問利美容の際等個人の好む髪型になるよう対応している。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理、準備、片付け等できることはしていただき、職員とコミュニケーションも図りながら達成感を得てもらえるよう支援している。	献立は、業者の管理栄養士により作成し、食材は、旬の新鮮で安全な食材の提供を重視している。利用者の嗜好は職員の随時の聞き取りで行い、検食で、味・量・色彩・盛付け等を行い、楽しい家庭的な食事の提供がある。	
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	栄養士と共に、季節に応じた食材を取り入れメニューを作成している。利用者のADLの変化や体調に配慮しながら、出来ないところだけ支援し、出来るだけ自分で食べられるよう支援している。		
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	毎食後に口腔ケアを実施している。ADLの状態によって支援の方法は異なるが、出来るだけ自分で歯磨きをしていただくよう心掛けている。磨き残し部の有無と支援は職員が行うようにしている。		

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	できるかぎり紙パンツ等の使用を避け自分で排泄していただけるように支援している。排泄のあった時間と種類、量、状態を記録し、排泄状況とパターンを把握することで、声かけにより失敗や失禁の予防にも努めている。	排泄チェック表に時系列に記録された排泄記録を基に、排泄パターンを把握して、トイレ誘導を促がしている。排泄パターンや習慣を活かした、自立を目指した排泄の支援をしている。	
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	排泄記録を付け排便の有無、間隔等管理している。献立には食物繊維の多いものを取り入れ、歯が悪かったり嚥下の低下した利用者は刻み食等の加工にて食べていただくようにしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の希望により入浴回数、時間帯、曜日、体調等に考慮し、支援を行っている。	入浴は利用者の体調や希望を尊重して柔軟に対応している。入浴拒否の場合には、日時を変更したり、足浴、清拭、シャワー浴等に対応している。菖蒲湯、柚子湯等の季節を楽しみながらの入浴の工夫もしている。	
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	個人記録表に記録した日々の生活状況を参考とし、日中の生活支援の工夫により安定した生活が送れるよう支援している。		
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	薬情に記載の効能、副作用を確認するようにしている。状態に変化が見られた場合は医療連携と相談し対応している。誤薬防止として服薬時は利用者と一緒に確認し、飲み終わるまで職員が見るようにしている。		
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	利用者の生活歴やホームで出来ることを参考に、社会に必要とされている意識と生きがいをもっていただけるように支援している。		
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	外出の際は本人の意向や希望に添って職員が同行する支援を行っている。また、地域ボランティアの協力も得て、買い物ツアー、蛍狩りや花見、紅葉散策等の行事を実施し、季節の雰囲気を楽しんでもらっている。	利用者の体調や心身状態を考慮して、近隣の散歩、お祭り、お花見、買い物、蛍狩り、公園等の外出支援で、利用者が季節を感じながらの、楽しい外出支援の工夫をしている。利用者の外出の動機づけの工夫、家族やボランティアの協力体制が進められている。	



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	初詣などのお賽銭やおみくじ購入など利用者に直接支払っていただき、お金を通じて社会とのつながりを持ってもらうように心がけている。外出の際に希望があれば買い物も楽しんで頂いている。		
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	家族や友人知人の皆様と自由にやり取りができるように支援している。		
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	職員の声のトーンや口調に注意しながら利用者と関わるように意識している。居室、リビングに差し込む日差しはカーテンで調節を行い、温湿度計と体感により窓の開閉、エアコン等で居心地の良い空間となるよう配慮している。	共用空間は、明るく、清潔で、木目調の飾り棚に陶器の茶器や茶釜、テレビ、ソファ、季節感のある活け花、額絵、利用者の写真や大きく揮毛した書等は心を和ませる。真に、共用空間は「狭いながらも 楽しい我が家」の雰囲気がある。玄関の入り口には、日除け用のすだれに鉢植えの花々が迎えてくれる。	
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	ホーム内は自分の思う通り、自由に生活できるようにしている。また、利用者間の交流として居室への訪問も自由に行き来できるよう配慮している。		
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	長年使用されてきた家具や日用品、写真等、本人の望むとおりに配置し、居心地よく暮らしていただけるよう配慮している。	居室は、清潔で、明るく、利用者の馴染みの物が持ち込まれている。そこには、従来の日常生活の継続性を確保した環境がある。クローゼット、ナースコール、火災報知器等も設置し、安心・安全な環境を整えている。	
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	利用者のできることはやっていただき、できない部分のみを支援するよう心がけている。転倒や怪我のないよう見守りを行い、毎月の職員会議にてヒヤリハットの発表と検討を行い、安全を心がけている。		