

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	4270500996		
法人名	有限会社 あんのん		
事業所名	グループホームあんのん(あんあん通り)		
所在地	長崎県大村市協和町710-1		
自己評価作成日	令和元年10月8日	評価結果市町村受理日	令和2年2月19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	令和元年11月12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)】

認知症になっても住み慣れた街で生活できる、この理念を基に職員で話し合い、「笑顔」につながる支援をフロアの目標にし、「元気な挨拶」「楽しい会話」「美味しい食卓」をスローガンにしている。毎日午前中は、体操やレクリエーションで活動的に過ごし、午後からも音楽を楽しんだり、最近ではアロマオイルを用いたマッサージを取り入れ、心身共にリラックスできる支援を行い、入居者、職員共に楽しく心地よく過ごせる環境作りに力を入れている。

【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)】

事業所は住宅街の中にあり、日当たりが良く住環境に恵まれている。運営推進会議には、地域知見者が多く出席しており、活発な意見交換は反映に繋がっている。地域連携の大切さを理解し取り組んでいることが議事録から確認できる。家族会では、家族の関心ごとをテーマに勉強会を行っており、出席率の高さから事業所への信頼度が、また万全な医療体制により安心と満足度が窺える。介護計画は、家族の意見をこまめに聞き取り、家族との関りを反映した目標設定である。各ユニットから段階的な会議を経て、職員の意見は代表に届き、同時に代表のアイデアも届く仕組みがある。職員は、権利擁護チェックシートで、日々のケアを振り返り統一ケアに努めている。休憩時間のリフレッシュ、資格取得の助成は万全である。職員のマンパワーを持ち、理念の実現に努めている事業所である。

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)	○	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	
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	認知症になっても、住み慣れた地域で暮らして欲しい、という理念について会議で話し合い、具体的な目標を作り、毎日の支援に取り組んでいる。また、2カ月に1回の事業所合同勉強会において、理念唱和を行い共有している。	理念の中の「住み慣れた街で普通の暮らし」実現のため、ユニットごとに毎年振り返りを行い、新たな目標を掲げている。新人職員には説明すると共にケアの中でも意識付けを行っている。定期会議や2ヶ月ごとの勉強会など、理念浸透の機会を多く持ち、職員は統一ケアの実践に努めている。		
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	可能な限り、近所の店や美容室を利用している。町内の夏祭りに参加したり、もちつき、敬老会では町内の方に参加して頂き、交流を深めている。	町内会に加入しており、回覧板にて情報交換がある。職員は、町内清掃や地域祭りに準備段階から協力する等、深く関わっている。保育園児と交流、実習生の福祉体験、傾聴やアロママッサージボランティアの定期訪問がある。民生委員から地域高齢者の情報があるなど双方の密着度が窺える。		
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	代表者や職員は、実践以外でも認知症支援リーダーの研修等に参加し、地域の方の相談窓口になっている。			
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、事業所の行っているサービスについて毎回報告し、利用者家族、民生委員、行政等と、活発な意見交換が行われている。管理者やリーダー以外の職員も参加できるように努め、率直な意見を聞く場となっている。	会議には、家族や多数の地域知見者、行政からは輪番で参加があり2ヶ月ごとに開催している。利用者情報や活動報告を行い、身近な問題を議題に上げ、活発な意見交換がある。議事録から透明性と参加者の会議への関心度が窺える。意見をサービス向上に繋げた事例が多々ある。		
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	市町村担当者とは日頃から良好な関係を築いており、話す機会が多くある。運営推進会議においても必ず参加して頂き、事業所の話だけでなく、市の現状についても話しをして頂く機会がある。	市町村とは、運営関係は代表が窓口となり、種々の手続きは、定期的に管理者が窓口訪問している。市担当職員の定期訪問がある。職員はケアセミナーにて、認知症に関しての劇を披露している。行政案内の研修受講や介護相談員を年2回受け入れるなど、協力関係を築くよう努めている。		
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	代表者を中心に権利擁護委員会があり、身体拘束について学ぶ機会を多く作っており、支援をする中で身体拘束になっていないか、話し合い実践している。家族にも入居時や家族会で説明や報告をし納得して頂けるよう努めている。	身体拘束適正化指針がある。法人の委員会を3ヶ月に1回以上開催し、各部署の事例検討している。外部研修受講の職員は、年2回の勉強会にて報告している。業務会議では“チェックシート”を用い、振り返る仕組みがある。玄関施錠はなく、家族協力のもと拘束のない支援に取り組んでいる。		
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	事業所全体の合同勉強会において、年2回は権利擁護、身体拘束、虐待防止について学ぶ機会があり、それ以外でも会議や日々のミーティングにおいて、身体拘束になっていないか振り返って話し合う機会がある。			

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
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	現在、入居されている方で、成年後見制度を利用している方はいない為、今、携わることは無いが、今後そのような方へスムーズな支援ができるよう研修等があれば学ぶ機会を作りたい。		
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	入居契約時には、代表者や管理者が分かりやすい説明をするよう努めている。また、改定時にも書面を渡し同意を頂いている。		
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	家族から意見、要望があった場合は、代表者へ相談し、組織全体で運営に反映させている。	契約時に、苦情処理体制を説明している。家族が関心あるテーマを題材に、年1回家族会を開催している。多くの参加があり、意見交換の場となっている。欠席した家族に議事録を送っている他、普段から家族の面会が多く、職員は相談しやすい雰囲気づくりに努めている。電話での報告内容を統一するなど、要望は運営に反映している。	
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	職員の意見を業務会議で話し、その後リーダー会議でフロアの意見として出し話し合い、運営会議にて報告し、反映できるよう取り組んでいる。	職員は、業務会議で意見や提案している。また、普段の会話から出た提案は、リーダー会議で共有している。必要に応じ、代表の個別面談がある他、資格取得に向け、シフトなどの補助がある。職員の意見をもとに、会議時間、休暇、勤務体制の見直しを行い、働きやすい環境づくりに努めている。	
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	代表者は常に職場環境をより良いものにしようと考えており、職員個々の勤務状況を理解し、働きやすい環境になるよう具体的な取り組みをしている。		
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	代表者は、研修への参加を積極的にすすめており、一人一人職員に合った研修に参加できるように人選を行い、学ぶ機会があり、2ヵ月に1回行う事業所勉強会において、研修報告の場がある。		
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	GH連絡協議会やGH研修会(各駅停車)、在宅ケアセミナー等に参加し、交流する機会があり、連携に努めている。		

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	
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	入居1ヵ月目の介護計画を作成し、本人の思いに添い、環境の変化によるストレスを小さいものにし、安心に繋がるような支援に努めている。		
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	入居前の見学時や契約時に、家族と話す時間を作り、本人や家族が困っていること不安な事が、解決、改善するような支援になるよう努めている。		
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	入居時に家族や医療、他事業所等からの情報により、その時点での課題を見極め、内容によって様々な関係機関と連携し支援を行っている。		
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	本人の性格・個性・身体能力等を職員は把握し、助け合い、支えあえる様な取り組みを行っている。		
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	家族とより良い関係が築けるよう、コミュニケーションを積極的に取り、家族だからこそできる支援が負担なくできるよう取り組んでいる。また、職員が受診対応できない場合は、家族へ協力して頂いている。		
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	家族だけでなくその方の友人についても、来て頂けるような環境を作ったり、行きつけの美容室等に行って頂く等、支援に努めている。	本人・家族の協力を得て、生活歴を作成する他、日常得た情報は個別記録に記載し、職員は連絡帳で情報共有している。家族や知人の訪問や外出は自由である。家族の協力で慶事法事に出掛けている。携帯電話の所有制限ない。家族には利用者への訪問者を伝え信頼関係を築くと共に、家族ぐるみの馴染み関係継続を支援している。	
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	利用者同士が楽しんで参加できるような、レクリエーションを行ったり、利用者同士の関係性、相性を把握し、仲の良い方と楽しく食事が取れるように座席の配慮をしている。		

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	代表者を中心に、その後のフォローや相談支援を行っている。その方が入院した場合お見舞いに行ったりしている。		
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	認知症が進行し、本人の言葉や想いを聞く事が困難な場合でも、それまでの関わりの中で本人らしい生活を職員間で検討したり、家族の意見も取り入れながら意向の把握に努めている。	職員は、利用者一人ひとりとの会話をしっかり受け止め、ふいに発した言葉を漏らさないよう、個別に記録している。仏様の花替えや服装など身だしなみ、一日の過ごし方など、利用者の希望やその日の気分にも合わせている。介護度の高い利用者には、体の負担にならないよう、本人本位に検討している。	
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	入居当初からそれまでの生活歴を聞き取ったり、本人の言葉の中からその方が大切にしていること事を尊重しながら支援できるように努めている。		
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	日々の状況を職員が情報共有できるよう、ミーティングを行い、月に1回の業務会議では、1人1人について話し合う時間がある。		
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	支援していく中で、発見したことやアイデアを、ミーティングや業務会議で取り上げ、意見を聞き介護計画を作成している。	契約時、前情報を引継ぎ、新しい環境に慣れて貰うことを主に暫定プランを作成し、1ヶ月を目途に介護計画を作成している。家族の意見は事前にこまめに聞くことで、家族との関りを反映した計画書となっている。色を分け、記録した日常生活記録をもとに業務会議にて振り返り、見直しに活かしている。本人、家族了承のもと実践している。	
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	個別の日常記録には生活の様子が客観的に記録され、本人の言葉、家族の言葉についても記載され、見直しに活かされ、次の介護計画に反映されたりしている。		
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、その時々にも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	本人や家族の思いやニーズに対して、事業所として何ができどこまでが対応可能か代表者を含め検討し、柔軟な対応を行うよう努めている。		

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
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	事業所近隣にどのような社会資源があるか把握に努め、地域のボランティアの方も定期的に來られたり、近隣のお店では配慮した対応をして下さったりする。		
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	入居前からのかかりつけ医を主治医とし、受診対応をしている。往診のない病院で、本人が受診することが困難になった場合は、家族に相談、検討し、往診してもらえる病院に変更し、適切な医療を受けられるようにしている。	内科をはじめ、他科の往診が定期的にある。かかりつけ医支援は、基本的に職員であるが、検査時は家族も同行している。利用者状況により、往診医師への変更がある。受診記録にて職員共有し、家族へは電話や面会時に伝えている。週2回、訪問看護を受けている。職員は、救命講習会に参加しており、夜間緊急時の対応を理解している。	
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	介護職がとらえた情報や気づきを、看護職へ報告、相談し、必要に応じて医療に繋げている。また、訪問看護師とも情報共有に努め、月2回の訪問時の他に週に1回、情報を提供している。		
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。	入院時には情報提供書を作成し、速やかに提出している。入院中は面会し、状況を確認したり家族や病院を早期に退院できるよう連絡を取り合っている。		
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	入居契約時に看取りの指針について説明し、同意をもらっている。状態の変化時には家族と話し合い、家族の想いを尊重したターミナルケアを全ての職員や医療関係者と協力し実践している。	契約時「重度化した場合の対応に関する指針」を家族に説明し、同意を得ている。利用者の状態変化時に主治医の助言と家族の意思確認を行い、「ターミナルケアについての同意書」に署名を貰っている。看取りは、医療連携、職員体制、家族の協力を得て実際に事例がある。勉強会で振り返り、家族の意向に沿えるよう取り組んでいる。	
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	定期的に救命講習会に参加する機会があり、応急手当、AEDの使用方法について学んでいる。		
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。	避難訓練を年2回行い、利用者の方にも参加して頂いている。地域の方にも案内をし、参加して頂くこともある。	年2回、併設施設と合同による夜間想定火災訓練を実施している。内1回は消防署立会いによる訓練を行い、消防より総評を得ている。消防分団長、設備会社の参加がある。備蓄品、非常持出品を完備し、毎月自主訓練を行い、テスト形式で防災への知識を高めている。ただし、自然災害の計画書はあるが、訓練までには至っていない。	事業所は、地域の福祉避難所として指定されているため、近年の自然災害の多発を踏まえ、事業所の現状に照し合わせた訓練実施に期待したい。

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	人生の先輩であるということを念頭に置きながら、支援に努め、プライバシーや羞恥心に配慮した身体介護を行っている。	職員は、利用者の自尊心を大切に、介助されることの羞恥心に配慮し、小声でさりげなく支援している。また、慣れ合いにならないよう、言葉遣いを振り返っている。更に、プライバシーに配慮し、職員間の申し送りは、利用者の前では行わず、個人情報事務所で管理している。家族に写真使用の同意書を得ていることが確認できる。	
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	1人1人の性格や好みを日々の支援の中で知ると共に、思いがけない反応や言葉を大切にしよう努めている。		
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	身体機能や性格、その場の状況からできる限り本人の望むペースで1日が過ごせるよう支援に努めている。		
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	家族へ本人好みの衣類を持ってきて頂くよう依頼している。毎日の中では、髪を整えたり、顔が汚れないようにしている。行事ではお化粧をして頂いたり、普段着とは違う衣類を着て頂くようにしている。		
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	事業所配食部へアレルギーや好みについて伝え、柔軟な対応をとっている。食器拭き等して頂いたり、日曜日は野菜の皮むき等の調理にも参加して頂いている。	配膳部が食事準備した料理を各ユニットで盛り付けている。配膳部と管理者は、リーダー会議で利用者の嗜好や食事状況の情報を共有している。嗜好に合わない場合、代替え食を提供している。おせちにソフト食を取り入れたり、季節行事に合わせた献立など、見た目も楽しく食が進むような取組みがある。	
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	1人1人の栄養スクリーニングを行い、日常的にどれくらいの食事、水分、摂取量になっているか把握している。また、嚥下困難な方に対し、状態に応じてトロミの付け方を変えている。		
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	協力歯科医と連携し、効果的な歯ブラシ等の使用やブラッシングを学んでおり、毎食後必ず口腔洗浄を行っている。		

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
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	排泄チェック表をもとに、利用者の排泄パターンを把握しトイレ誘導を行っている。車いすの利用者もできる限りトイレで排泄できるよう支援している。	日中は、トイレで座位による排泄を支援している。夜間のみポータブルトイレを使用することもある。排泄チェック表を作成し、介助内容を検討しており、時間や仕草からトイレへ誘導している。職員は利用者の行動を見守り、できない部分を介助している。利用者の安心する声掛けを行うことで、失敗なく快適に日常を過ごせるよう支援している。	
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	日頃の水分補給に努め、体調に合わせ下剤の調整について主治医と相談し、便秘予防に努めている。		
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	入浴介助は毎日午前と午後に行っており、気力や体調に合わせ、どの利用者も週に3回程度入浴できている。	日曜以外は、入浴を準備しており、週3回を目安に声を掛け入浴を支援している。体調に合わせ、シャワー浴や清拭で、清潔を保持している。拒否時は強制しない他、同性介助にも取り組んでいる。車椅子利用者も、浴槽に入れるよう補助具を活用しながら介助している。入浴剤を利用したり、お茶風呂など入浴を楽しむ工夫がある。	
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	1人1人の体調や希望に合わせ、日中の休息を支援し、安眠については室温や寝具、光の調整を行い、必要に応じ主治医に相談している。		
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	1人1人の服薬内容を把握しており、体調の変化に応じて主治医に相談し、服薬の調整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	個々の力に合わせて、家事等の手伝いを依頼したり、レクリエーションの参加、外出等で役割作り、楽しみ、気分転換の支援を行っている。		
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	気候の良い時期は、日常的に散歩に出掛けている。季節ごとの花見や地域の祭りへの参加、買い物等で外出を支援している。	季節の花や風景を見に出掛けたり、ドライブなど企画し、大勢での外出を楽しんでいる。自宅や墓参りは、家族の協力を得ている。家族訪問時に、一緒に周辺を散歩している。個別の買い物は、人員を検討し実現している。日常的には、敷地内の散歩や外気浴を行っている。	

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
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	レジで支払いができる方は、買い物の際自身で支払って頂いている。家族からお金を預かった時は、出納帳へ記入したり、残高の確認、使った内容について説明している。		
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	家族と電話で話す機会が持てるよう、職員が家族と電話で話す際は、できるだけ本人と会話して頂いている。手紙は本人に直接手渡している。		
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	利用者が不快にならないよう、環境整備に努めている。エアコンの温度調整を行い、過ごしやすい空間になるようにしている。	玄関を入ると両ユニットに分れる構造で、どちらも開放的で明るい空間である。職員による毎朝の清掃臭気もなく、清潔を保持している。利用者は午前中体操など活動的に過ごし、午後はおやつづくりや音楽鑑賞など自由に過ごしている。行事には、季節の飾付けを行い、皆で楽しみ、利用者の笑顔が溢れる共有空間となっている。	
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、気の合った利用者と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	フロア内において、ソファの位置を工夫したり、希望される方はサロンを利用している。		
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	家族に本人の使い慣れたものを持ってきて頂いたり、必要な方にはTVを置いて頂いている。家族の写真や本人の昔の写真を置いている。	持込みは自由で、筆筒やベッド、寝具以外は、本人の馴染みの物の配置を家族にお願いしている。使い慣れた毛布やテレビ、位牌、供花、収納ケース、写真等、自宅に居るような雰囲気づくりに努めている。衛生用品は見えないようカーテンを施している。シーツ交換は週1回、清掃と空調管理で清潔に安心して過ごせる居室となっている。	
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	浴室・トイレ・居室には分かりやすく表示してある。1人1人歩行レベルに応じて、履物を変えたり、杖を使用して頂いている。		

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	4270500996		
法人名	有限会社 あんのん		
事業所名	グループホームあんのん(のんのん通り)		
所在地	長崎県大村市協和町710-1		
自己評価作成日	令和元年10月8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	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	令和元年11月12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)】

事業所内に、権利擁護・感染・褥瘡・防災委員があり、それぞれが2ヵ月に1回持ち回りで全職員対象に勉強会の場を設け、知識・技術を深めている。
GH内に看護職の配置と大村医師会訪問看護ステーションとの医療連携により、利用者の日常の健康管理に安心感がある。

【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)】

--

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	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	住み慣れた町で普通に暮らして欲しいと理念を掲げ、玄関に掲示したり勉強会で理念の唱和を行い、全職員の理解がある。		
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	保育園から園児たちの訪問を受けたり、老人会の方々による敬老会の参加、町内会の夏祭りへの参加など地域との交流を図っている。		
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	福祉・看護学校の学生の研修受け入れ、大村市の認知症リーダー養成に参加し、大村市の実情を知り相談にのる窓口となっている。		
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	会議では、ホームの活動・利用者の報告を行い、各方面の参加者より大村市の取組み、町内の取組みを知り、ホームのサービスに活かしている。		
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	運営推進会議で、ホームの実情を伝えた上で、アドバイス等をもらっている。		
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	ホームとして身体拘束は行わないケアに取り組んでいる。研修・勉強会を通して全職員が理解を深めている。		
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	権利擁護委員会を中心に、全職員が虐待について学ぶ機会を持ち、不適切ケアがないか注意を払っている。		

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
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	権利擁護に関する制度を学ぶ機会を設けたり、必要に応じ関係機関と連携をとる知識を学ぶ必要がある。		
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	ホーム長・管理者が、入居時に書面に沿い説明を行い、その都度疑問点がないかの確認をしている。		
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か月に1回の運営推進会議や年1回の家族会で、家族の思いを聞き取ったり、面会の都度要望等を聞き取るようにしている。		
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	運営会議・業務会議で意見を出し合い、協議できる環境がある。		
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	運営会議・業務会議で、職員の現状を知り、働きやすい職場作りの意識が高い。		
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	外部研修の参加、事業所内の委員会での企画勉強会で学ぶ機会がある。		
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	2か月に1回の市内の認知症GH連絡協議会への参加、各駅停車に参加し、情報交換を行っている。		

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	以前利用のサービス機関からの情報をもとに、利用者との日常会話の中で、思いを引き出し信頼関係作りに努めている。		
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	以前利用のサービス機関からの情報をもとに、入居の契約時に家族の要望を聞き取り、ホームとしてできることできないことを伝えている。		
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	入居時は、本人も家族も不安・心配が多いので、面会時には努めて話を聞き取り、必要な支援の経過を伝えている。		
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	日常の家事活動を通し、できることは力を発揮し、互いに協力作業をすすめ、感謝の気持ちを伝えている。		
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	ホームでの生活の様子を伝え、そのことに対しての家族の思いを把握した上で、共に支えていく必要性を理解して頂いている。		
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	馴染みのある面会者と利用者が、くつろいで過ごせるような環境作りに留意している。		
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	テーブル席での会話内容、レクや家事活動時の様子・言葉から、関係性を把握しトラブルになりそうな時は介入している。		

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	入院等で退去の場合でも、症状安定によりホームに再入居も考えられるので、病院のSWとのやり取りが出てくることもある。		
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	日常の会話の言葉の端々、利用者の表情から意向を組みとっている。表出が困難な時は、家族にも協力を仰いでいる。		
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	以前利用のサービス機関や家族からの情報をもとに、これまでの生活習慣がなるべく途切れることがないよう支援している。		
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	ADL、活動の様子、生活リズムを日常的に観察し、職員間で情報交換を行い、現状を把握している。		
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	利用者の観察、家族の要望を踏まえ、課題解決の為、介護・看護・主治医からの指導に即した計画を作成している。		
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	生活記録・連絡ノートを全職員が目を通すことで情報を共有し、気づいたときはその都度職員間で話し合っている。		
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	美容室に出掛けることが困難な場合の訪問美容の活用、リラクゼーションを目的としたアロママッサージボランティアの活用。		

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	地域の町内会との交流、火災訓練時の消防署・消防団の立ち合いで安全対策のアドバイスをもらい、安心した生活が送れている。		
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	入居時には、それまでの主治医の継続か、ホームの協力医に変更か決定し、入居後、利用者の状況に応じ、受診か往診の支援を行っている。		
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	利用者の体調の変化については、ホーム内看護師・訪問看護師に相談できる環境があり、適切なアドバイスがある。		
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。	入院後は、ホーム内でケアの状況を病院に伝え、定期的に面会し情報交換に努め、スムーズな退院に繋げている。		
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	入居時には指針を伝え、ターミナルの段階に入った時は、主治医の説明を受け、家族・本人の意向に沿った支援を行う。		
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	緊急時用のファイルを作成、消防署で心肺蘇生の講習を受けている。		
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。	防災委員会を中心に、年2回火災訓練を行っている。地域の消防団にも協力してもらっている。毎月、チェックリストの点検を実施。		

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	利用者がこれまで生きてきた人生を理解し、人生の先輩としての利用者の言動の意図することを尊重し接している。		
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	利用者に日々寄り添い、会話の中にある思いや希望をくみ取り、それに添ってどうしたいか尋ねるようにしている。		
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	ホームでの生活リズムを知り、利用者のペースに合わせ、無理のない働きかけに留意している。		
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	利用者の能力により、その人らしく装って頂くよう支援している。行動のときには、化粧やおしゃれを楽しんで頂いている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	料理の盛り付け、量、提供時、温かいものは温かく出すよう心掛けている。また、職員が全て家事をするのではなく、できる家事はお願いしている。		
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	食事量は、毎食記録に残し、月1回体重測定を実施している。水分補給はお茶だけではなく、コーヒーやジュースなど変化をつけている。		
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、口腔洗浄を実施し、定期的な歯科往診で口腔内の清潔を保っている。		

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	利用者の日中、夜間の排泄リズムを把握し、声掛け誘導をしている。トイレに座ることで気持ちよく排泄できるよう支援している。		
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	日々の献立で野菜繊維が多く取れるよう工夫されており、水分補給にヨーグルト、冷たい牛乳を出したりしている。		
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	無理強いすることなく声掛けを行い、午前がダメなら午後から実施し、本人が入りたいタイミングで実施している。		
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	なるべく午後からは横になってもらい、下肢の浮腫軽減を図っている。疲労感・眠気の強さにより休息をとってもらっている。		
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	個人ファイルに薬情をはさみ、個人個人飲んでる薬の把握を行っている。内服内容に変更があった時には、引き継ぎで確認している。		
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	家事活動に参加し、力を発揮して頂き、利用者同士協力しあい、楽しく作業できる環境作りを心掛けている。		
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	季節の花見、ドライブ等、室内の生活が多い中、気分転換に戸外に出れるようにしている。天気の良い日は、ホームまわりの散歩をしている。		

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	家族からのお金を預かり、ホームで管理している。必要に応じ、個人の物を購入するが、現在お金の所持の希望はない。		
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	手紙のやりとり・電話の取次ぎは自由にできている。		
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	共同の場では、移動の安全を確保し、共同生活が居心地よく過ごせるよう配慮している。季節感のある飾りつけ、身近な写真を飾っている。		
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	フロアや廊下にソファを設置し、独りくつろぐことができる。フロアでは自由にTVを見たり、利用者同士で話ができるようになっている。		
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	入居の持ち込みには、危険物以外の制限がないので、自宅にあった写真・時計など、馴染みがあるものを置き安心して過ごせる工夫がある。		
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」「浴室」等、場所の明示をしている。トイレ・浴室には手摺りを設置し、安全に動き能力が維持できる。		