

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	2770103428		
法人名	社会医療法人ペガサス		
事業所名	グループホーム ポニー		
所在地	大阪府堺市南区御池台2-7-3-301・302		
自己評価作成日	令和1年12月10日	評価結果市町村受理日	令和2年3月27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 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	令和2年2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)】

ポニーは定員5名の少人数のホームです。少人数だからこそできる、利用者個々の生活リズムに合う支援を行っています。府営団地住宅のなかにある、家庭的な環境です。運営推進会議に参加いただいている民生委員を通じて住民の方とも良い関係が築けています。利用者の方も施設に籠もる生活ではなく外部と関わる機会を多く設けており、施設で生活する上で少しでも楽しめる時間を感じていただいています。同区内のグループホーム連絡会が立ち上がって10年目になり、関係者との連携も継続しています。地域に向けての<認知症啓発活動>も、寸劇等通して行っています。また、ポニー主催の地域交流会も継続しており、地域の方も参加いただいています。

【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)】

当事業所は、マンションに隣り合った府営住宅2室を改造して連結した、定員5名のグループホームである。開設の動機は、事業主体の努力にもよるが、この泉北地区は元々大きな竹藪や畑であったのを開拓した人工の街であり、大きなマンション群が立ち並び、若い人を中心に人口が一挙に増加した歴史がある。その人々が高齢化し、福祉施設の必要性が言われて久しかったが、まだまだ不足していると言われていたからである。職員も近郷の住民が殆どで、利用者の気持ちもよく分かり、地域密着型施設そのものである。利用者の平均年齢が91歳で、堺市のグループホームでは最高齢と思える。開設して19年が経過し、職員の高齢化も進んでいるが、管理者の交代は全く無く、同じ団地の住民の訪問があり、互いに笑顔で接し、助け合って過ごすよう心がけている。

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、生き生きと働いている (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

[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	事業所理念は、<笑>。利用者の日々の暮らしの中に、笑いが絶えないようにスタッフは明るく接している。	利用者は、入居した初めは緊張気味であるが、この事業所(ホーム)で過ごしていくと、職員も親切であり、利用者中心の生活を尊重してくれて、利用者にも自然に微笑みが見られることがある。職員や利用者が常に微笑んでいることが重要であり、理念を「笑」1字に統一している。	
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人として日常的に交流している	地区の老人会に加入しており、老人会主催の行事にも参加、また校区の行事、防災訓練などにも参加し日常的に交流は行っている。	事業所自体は自治会に加入し、利用者は地区老人会(あすなろ会)に加入している。団地集会室で開かれる高齢者向け行事の折り紙教室、いきいきサロンや、近くの小学校の夏祭り等に参加し、又、ホームが主催する民踊の会に、地元の住民を招待して交流している。	
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	地域包括支援センターの認知症キャラバンでの認知症啓発活動・地域の老人会・自治会・小学校向けに、南区GHで連携し啓発活動を行っている。	/	/
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	2か月に1回定期開催し、意見や情報等を活かしサービス向上に努めている。	会議開催日を奇数月の第2木曜日と決め、行政から地域包括支援センター職員、地域から地区民生委員、知見者として近隣のグループホーム管理者、そして利用者家族も出席している。会議では、ホームから現在の状況(普段の利用者の生活状態、事故、ヒヤリハット等)を報告し、出席者から意見や提案を聞いている。議事録は家族に送っている。	
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	堺市全域のグループホーム会議、南区グループホーム連絡会では、地域包括支援センターも参加しており、情報・意見交換の場には出席している。	困難事例や加算の解釈等、分り難い事例も発生するので、市の介護事業者課や地域包括支援センターとはよく連携をとり、相談に乗って貰ったり、情報等を得ている。又、地域包括支援センターが行う研修会や認知症啓発活動に参加し、職員のレベルアップを図っている。	

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
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	グループホームで身体拘束しないことは周知しているが、集合住宅で変質者が出没していると報告もあり、民生委員や家族とも話し合いを持ち、結果玄関施錠している。	身体拘束の弊害について、職員は研修を度々受けて理解している。ホームでも「身体拘束適正化委員会」を発足させ、職員会議等で身体拘束の有無をチェックしている。ホーム周辺は団地が多く、安全上玄関は施錠しているが、外出したいなどの利用者の様子を見て、職員が同行して散歩等をしている。	
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	研修の機会はあるが、またスタッフ間でも虐待を見過ごさないように注意し合っている。		
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	日常生活自立支援事業については、職員レベルで理解を深める必要がある。包括支援センター・民生委員とも話し合いをもち、適切に活用していきたい。		
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	契約の際には、十分に時間をかけて説明を行い理解を得ている。また、GHで生活を送っていくにあたり、不安や疑問には対応している。		
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	ご意見、ご要望は、常時窺う体制はとっているつもりです。申し送りノート、支援経過記録、リクエストノート等でスタッフ間で伝達は行い出来る限り、ご要望にお応えする体制はとっています。	入居して長い利用者が多く、かつ5名だけなので、普段の会話や散歩時、入浴時等のリラックスしている時に、意見や要望等を聞き出している。しかし、現状では家族の来訪が少なく、意見や提案等を聞く機会も少なくなり、積極的に意見等を聞く方法を模索している。	何かテーマを考えて、年1～2回家族会を開いたり、ホームから毎月又は四季ごとに便りを送り、利用者の状態を報告しつつレクリエーションに参加して貰うなど工夫して、意見を聞く機会を設けることを期待する。

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
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	介護スタッフの意見をもとに、より良いサービスに繋がれるように、管理者、ケアマネ、介護スタッフが話し合う場を作っている。	管理者と職員の距離は近く、利用者の状態等に気が付いた時にはすぐ相談できる雰囲気がある。又、職員が提案や意見を記入する「はてなノート」を作っている。職員会議には管理者も出席し、利用者のケア報告等を聞きつつ改善点等を検討している。	
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	代表者と職員個々が面談する機会はないが、本部には職員サポートセンターがあり、勤務状況等についてはいつでも相談できる体制があります。		
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	各職員がスキルアップのため、研修を受ける機会があり。また、感染症・リスクマネジメント等に関する内容は、法人内にて必須研修になっています。		
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	同区内GH事業所にて、2か月に1回は連絡会、市全域のGH連絡会にて、ネットワーク作りをしている。ポニー主催の交流会に他GHにも参加いただき、情報交換の場にもなっている。		
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	面接を通じてお困りなこと、希望・要望をできるだけ把握し、信頼関係を築くようにしている。		

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
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	緊急性のある相談であれば、具体的に話しをきくように努めている。そうでない場合は無理強いせず、傾聴するようにしている。		
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	相談を受ける際には、入所を前提とした話が多く、ご家族やご本人の希望に添えるような助言を行っている。他サービス利用も含めた対応も視野に入れている。		
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	職員から一方的に提示するのではなく、一緒に考えるよう配慮している。		
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	本人宅に帰る機会、面会時など本人の状態を把握できるよう支援している。面会がないご家族にも利用者の気持ちを伝えて、面会に来ていただけるように働きかけている。		
20	(8)	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	日常会話の中で出来るだけ多く取り入れ、忘れてしまうことがないように努めている。手紙を書くよう支援したり、電話要望には応えている。	入居契約時に、利用者や家族から馴染みの人や場所を聞き出している。以前は馴染みの人がよく来訪してくれていたが、入居が長くなると、たまに来訪してくれる程度である。馴染みの場所として、墓参や理・美容院、スーパー等があり、家族が同行している。	

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
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	利用者同士気の合う仲間作りを普段の生活や外出等を通じて行っている。又、他GHとの交流を図り仲間作りを支援している。		
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	サービス終了に伴い関わりが無くなるのが殆どだが、近隣からの利用ケースでは、関わりを持つこともある。		
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)	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	本人からの意思伝達が困難でも、日頃の関りや家族からの情報で希望・意向を尊重できるよう努めている。	利用者本位のケアプランを立てるためには、本人の人生歴や生活環境および趣味や嗜好の把握は大切なことなので、本人や家族から聞き出し、職員間で共有している。日頃の会話からも聞き出す努力をしている。	
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	本人や家族から日頃の状況を伺い、居宅で利用したサービスがあれば事業所職員から情報提供を得ている。		
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	家事やレクリエーション等、本人の好み、得て不得手を考慮し支援している。毎日の申し送りや、ホーム会議で話し合い把握に努めている。		

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
26	(10)	○チームで作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	定期的にサービス担当者会議を開催しており、本人・家族の意見を検討しケアプランに活かしている。最低で3ヶ月に1回は見直しを実施している。	毎月1回はモニタリングを実施し、その結果を職員全員が共有している。短期(3ヶ月)、長期(6ヶ月)ごとに、ケアマネージャーを中心に職員全員が参加するサービス担当者会議を開き、利用者の変化や家族の要望等を検討して、ケアプランの変更や追加を行って、その結果について家族の了解を得ている。	
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	記録以外でも、申し送りノート・支援経過記録を準備しており、些細なことでも職員周知できるよう活用している。		
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	役所等、家族が出来ない書類申請等の代行や、急な受診付添等、可能な範囲での支援を行っている。		
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	日頃から地域とは良好な関係を保っており、催し会や、防災訓練などの誘いをうけている。地域の方も施設の現状を把握して協力してくれている。		
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、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	主治医、家族と協議し状態に応じた医療を受けていただいている。又、家族の希望があれば往診に同席いただき相互関係を築けるようにしている。歯科往診も行っている。	利用者全員が協力医療機関(24時間対応可)をかかりつけ医とし、月1回の訪問診療を受診している。歯科も、協力医療機関の週1回の訪問診療と口腔ケアを受けている。他科(眼科、皮膚科等)は、必要に応じて家族同行あるいは職員が付き添って受診している。	

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
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	訪問看護日以外でも、気になることや、主治医に連絡するまでもないことは、法人内の訪問看護師に連絡し指示を仰いでいる。		
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	運営法人にて急性期病院を運営しており、緊急時・急変時はいつでも受け入れる体制が整っている。法人内であるため、円滑に情報交換や入退院が行える。		
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	本人・家族とは状態変化についてはなしあっている。施設で出来る範囲を理解理解いただいた上で、出来る範囲の支援を行っている。	「認知症、身体状態が重度化した場合の対応にかかる指針」を作成し、利用者の状態が変化した場合は本人、家族と話し合い、施設でできる範囲を理解して貰った上で、できるだけの支援を行っている。	開設以来看取りの経験は無く、利用者が重度化した場合は、病院へ救急搬送している。今後は、まずかかりつけ医と連携し、重度化した場合には再度指針を示し、ホームでも看取りは可能である旨を家族に了解して貰うよう努力することを望む。
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	ホーム会議にて、緊急時の対応の勉強会を行っている。		
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	地域の避難訓練参加、施設での消防訓練では消防署の指導のもと行っている。自治会から、災害時要援護者リストへの登録を依頼されており、家族の了承のもと登録している。	地域の避難訓練に職員が参加している。当ホームでは年2回(夜間想定、消防署の立ち合い)避難訓練を行い、地域住民も参加してくれている。自治会の災害時要援護者リストに利用者全員を登録している。又、避難訓練数日前から、同じ建物に住んでいる人々によく分かるように各階に張り紙をして、参加を要請している。	

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
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1人ひとりの尊厳を大切に声掛けや、むやみな行動の制限をしないよう指導している。	職員より少し年上の利用者が多く、同じ地域に住んでいたため、つい馴れ馴れしい言葉遣いになりがちであるが、常に尊厳の心を持って接し、利用者の心を和ませる努力をしている。利用者5名の個々の生活のペースも尊重している。	
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	自己決定を支援し、上手く表現出来ない利用者からは、日頃からのコミュニケーションをとることで、希望や要望をくみとれるように心かけている。		
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	日頃からコミュニケーションを図り、利用者個々の生活リズム、ペースを把握し職員の都合ではなく利用者を尊重している。しかし、ケアが重なることで困難な場合がある。		
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	気分転換を兼ねて近所の美容室に出掛けて散髪し、利用者の好みに沿った身だしなみができるように支援している。		
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	それぞれの利用者が出来る範囲内で、無理強いせずに援助している。外食や毎日のメニューと一緒に考えてもらう機会も設けている。	食事は、利用者の最も楽しみの一つということを理解し、各利用者の好みに合うようメニューを考え、可能な限り利用者と一緒に食材の購入、下ごしらえ、調理、盛り付け、配・下膳を行っている。利用者の誕生日会や外食の機会もあり、寿司やお好み焼き等を楽しんでいる。	

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
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	利用者全員の1日の食事摂取量、水分摂取量を記録に記載し、職員も周知できるようにしている。		
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に、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、個別にて口腔ケアを行っている。できない方や、不十分な方には職員で介助を行っている。		
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	排泄チェック表に毎回記入し、それぞれの排泄パターンを把握して出来るだけオムツ等の使用は避けて、声掛けしトイレへ誘導支援を行っている。	排泄チェック表で利用者の排泄パターンを把握し、仕草(そわそわ、キョロキョロ等)を見逃さずに早めのトイレ誘導を心がけている。夜間も定期的に声かけしているが、嫌がる利用者に対しては睡眠を優先しており、おむつの使用は避け、リハビリパンツとパッドで対応している。	
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	便秘予防の為に水分摂取量の調整、食物繊維の多い食事など予防に取り組んでいる。運動不足にならないよう毎朝の体操も継続している。		
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	基本的に隔日に入浴を行っているが、個々の心身の状況に応じている。職員の配置上、希望に沿った時間帯での入浴は難しい。	少なくとも2日に1回の入浴を支援している。午前中に入浴が多いが、嫌がる利用者もあり、好む時間帯に対応している。利用者が最もリラックスする時間であり、楽しい会話をしたり、懐メロを口ずさむ利用者もあり、職員と合唱しているケースもある。	

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
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	疲れや倦怠感の訴え等、利用者の状態を把握し対応している。寝付きの悪いときなどは、ゆっくり話をきいたり、落ち着くまでできるだけ付きそようようにしている。		
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	服薬ミスがないようダブルチェック、配薬表を活用している。配薬変更あれば、薬剤師からも説明を受け記録に記載し、周知している。ホーム会議でも伝達している。		
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	生活歴に関しては、入所時に家族から情報を得て、活用している。個々の能力に応じて役割を持ってもらい、達成感や自信を持てるような支援をしている。		
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	外出の機会は設けており、地域行事参加の際は、民生委員をはじめ老人会の方も誘導等手伝ってくれている。しかし、個別対応は難しいため、家族に相談し協力を得ている。	ホーム内でテレビばかり見ている利用者や、居室に閉じこもりがちなのもおり、散歩を含めた外出の支援は大切にしている。老人会の応援を得て、利用者全員が地域行事の見学に行っている。外出して季節感を感じて貰ったり、歩行訓練したり、地域住民と挨拶するなどしている。外出に協力してくれる家族もいる。	
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	本人希望で金銭を所持している方もいるが、家族から紛失等の了解は得ている。また、買い物時には、自分で支払い行為ができる支援を行っている。		

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
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	本人や家族の希望があれば、いつでも電話や手紙のやりとりができるよう支援している。		
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	レクリエーションにて季節に合った制作物を製作、掲示している。リビングにはソファを設置し、ゆっくりと談話できるスペースがあり、居心地良く過ごせるよう支援している。	リビング兼食堂は広くて清潔感を感じる。壁面には、季節感を出す工夫として、ボランティアが指導して、季節ごとの制作物を作って飾っている。コミュニケーションスペースとしてソファもある。廊下の壁面にも、なるべく季節感を感じる創作物や絵等を貼っている。	
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	スペース上困難ではあるが、ベンチを設置し少しでも居心地が良くなるように工夫している。		
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	入所時にできるだけ自宅で使い慣れた物を持ち込んでもらえるようお願いしている。家族も承知しそのようにしてくれている。	自宅の延長感を出す工夫として、なるべく利用者が使い慣れた家具や日用品を持ち込んでいる。壁面には、大きなカレンダーや家族の写真、制作物等が飾られている。利用者が居室で落ち着けるように、家族や職員の努力を感じる。	
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	構造上死角が多く解消しきれない場所も多いが、生活上必要最低限の場所には手摺を設置している。また利用者にもその都度注意を促している。		