

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	大阪府枚方市長尾元町1丁目33-12		
自己評価作成日	平成28年8月1日	評価結果市町村受理日	平成29年1月13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	平成28年9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)】

平成 13年 7月「グループホーム長尾」として指定を受け、続いて、平成 18年 7月には「グループホーム長尾デイサービス(通所介護サービス)の指定を受ける。同時に空き部屋を利用した、短期利用(ショートステイ)共同生活介護を申請、地域密着型サービスの理想とする「通えて、泊まれて、住める」介護サービスを実施しています。家庭的な雰囲気の中、より良い介護サービスの提供に、職員全員で力を合わせています。のんびり～・楽しく～をモットーに、日々の生活を送って頂けるよう努力しています。利用者の高齢化に伴い、医療連携や、主治医の指導のもと、毎日の健康面にも重点をおき、定期的な訪問診療を受けています。又、終末迄の対応にも相談に応じています。

【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)】

開設して15年の実績があり、狭いことを有効に活かして暖かで家庭的な雰囲気をつくりだしている。認知症ケアとは、その人との関りだけでなく、その家族や周囲の人々、その人たちを支援する各専門職など、多くの人との関りで成り立つことを理解し、理念に掲げ実践に励んでいる。日常では、「どうしてそのような言葉かけをしたのか」「なぜ、そのように関ったのか」など言動の根拠を考え、「このように関れば利用者が安心するだろう」との対応が可能になるよう、代表者も含め全職員がケアの専門性を高め、深めるよう努力している。本年度に、訪問介護事業所との交流をもち、訪問介護員とケアの本質について学び合う機会を得たいと計画するなど、介護の専門職としての自覚を高めようとしている。

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	理念を職員全員で共有し、日常生活の支援に役立てる為に、研修や職員会議等で取り上げるように努めている。	地域の人々・医療機関・公共機関・介護保険関係各地域資源等との連携で、「明るく、穏やかな生活を共に送る」を理念とし、日々の実践につなげるよう努力している。	
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員として日常的に交流している	地区行事(運動会・納涼大会等)への参加のご案内、地域ボランティア等の受け入れ、利用者のご友人・教え子さんの来訪するなど、又買い物時のお店や、近隣の方など、地域の方々と交流を大切にしている。	地域行事への参加、近隣との日常のお付き合いなど、15年の存在と実績が地域との良好な関係を築いている。	
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	運営推進会議で独居老人を含む高齢者の方々の情報交換を行ったり、近隣の高齢者の方々を行事等にご案内をしている。		
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	会議の年間開催日を公表し、地域包括、他の方々の参加を頂き、利用者の皆様の生活状況の報告やサービスの実態等をお知らせする事で、その意見交換や評価・助言を頂いて、より良いサービス向上に努めている。	開催期、会議内容については妥当であるが、地域からの参加者が区長とボランティアの各1人に止まり、欠席がちなことを課題とする。	地域参加者については、地域性の関係もあろうが、地域密着の意義を深めるために、開設して15年の存在を活かしての参加者拡充への努力に期待する。
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	市のHPを閲覧したり、最新情報や必要な事があれば、市役所に出向き、担当者に直接質問したり、説明を受けたりしている。又、業務上判断が難しい事項なども、市からのアドバイスを受けるなど、市との連携に努めている。	日常業務での相談、連絡、指導など担当部署との連携・協力関係は良好である。介護相談員の月1回の訪問を受け入れている。	
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	管理者以下、全職員が、いかなる行為が身体拘束になるのかを考えるようにしている。スタッフ会議においても、研修議題に上げたり、マニュアルに沿っても拘束しないケアに取り組んでいる。	研修の実施、ミーティング等での話し合いで、拘束への理解を深め、日常的な行為が些かでも拘束に値しないか、関心と注意をもって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過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	虐待に対する、内部研修などの機会を持ち、介護の専門職としての基本的な知識を持ち、防止に努めている。又、報道などで公開になった事例などでテーブルミーティングなども随時行っている。		

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
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	年間研修計画にも取り上げており、基本的な制度の理解を学ぶ機会を持っている。又管理者はご家族の面談時や来訪者のご相談で、必要な場合は、関連機関への橋渡しも出来る体制は整えている。		
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	契約時や解約時には十分な時間を掛け、質問・疑問などに分かりやすく、ご理解、納得して頂けるよう、誠意を持って説明をしている。		
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	意見箱を設置したり、ご家族や来訪者の方々に苦情提案などを聞き取り、その内容によって社長・ケアマネジャー・介護職への検討会を行い、運営に活かせるようにしている。又介護相談員からの意見も反映できるように、情報を集めている。	家族訪問時を大事にして、些細な言葉・意見を疎かにせず、介護に関する件は全職員が共有し、対応の結果を速やかに家族に伝え、運営にも活かしている。	
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	責任者会議、スタッフ会議・テーブルミーティング等の諸会議により職員の疑問・意見・提案等を聞く機会を設けている。運営に関する事があれば管理者は役員と相談し前向きに検討している。	定期的な諸会議の機会を活かして、意見・提案等を聴取し、運営に反映している。月1回の職員会議は全員参加を促し、報酬の対象としている。	
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	代表者はホーム長と連携を図り、職員個々の努力・研修評価・改善意欲など総合的な評価を行っている。又、休憩時間・勤務終了時間等も徹底し、少しでもやりがいのある職場として改善の努力に努めている。		
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、必要とおもわれる外部研修の参加、研修後にはスタッフ会議での報告も行っている。職員が働きながら、技術や知識を少しでも身につけていけるよう支援している。		
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	枚方市東部GH連絡会から枚方市グループホーム連絡協議会が発足されたが、引き続き管理者・ケアマネジャー・一般職員それぞれ集まる機械や必要に応じ情報公開・資質向上の為研修・意見交換の場・ホーム見学などの取り組みがある。		

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
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	入所面談時、ご本人の聞き取りを行い現在困っている事、不安に思っている事を受け止め、分かりやすく説明する事で安心して入所に繋げていく努力をしている。		
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	初期入所は家族様にとって不安の要素が多いと思われます。来訪時はご本人の様子を見ていただき生活ぶり・他の方との関係など、ご様子を出来るだけ詳細にお伝えし、安心感を持って頂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	入所面談の情報を元に、ケアプランを作成している。そのサービス内容に沿って対応しているが、他のサービスが必要あれば、プランの見直しも行う等、随時対応している。		
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	「介護する⇔介護される」の関係ではなく、お互いに一人の人間として、又、人生の先輩としてたとえ認知症になっても、残された人生を共に笑い、共に悩み、共に支えあいながら生活をしております。		
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	『入所したから』とホームにまかせるのではなく、ご本人のご希望に出来るだけ添うよう、ご家族にもご理解・ご協力を頂く事で、ホーム側だけの支援ではなく、ご家族とともに支援しています。構築の助けとなっているのではと思います。		
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	ご家族や近親者又、ご友人・教子様・近隣の方等、自由な時間で且つ、訪問しやすい環境に努めている。キーパーソン様以外は守秘義務の点にも気をつけながらホームでの生活ぶりやご本人と一緒にのんびり過ごして頂けるための配慮を工夫している。	家族面会の頻度も比較的高く、友人・知人の訪問もあるが、長期の入居や重度化するにつれて外部との馴染み関係は薄れている。ホームと地域との馴染みが利用者へのよい影響に繋がるよう、支援を心掛けている。	
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	共同生活の中で、個々の「出来る事・できない事」を支援者が把握する事で、“してあげた喜び・してもらった感謝の気持ち”等、利用者様同士が孤立しないよう又、利用者様同士の会話が出来るよう雰囲気作りに努めている。		

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
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	在宅復帰されたご本人やご家族に、平穏な生活が出来ているかを尋ねたり、新たな悩みが起きれば、相談に乗ったり、契約が終了しても関係は大切にしている。		
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	入所時やその後のフリートークでそれぞれの思いや暮らし方・希望など、又、ご家族の面談時にも聞き取りを行っている。意思を伝えられない方には安定してる状態をキャッチする事で思いや意向の判断している。利用者の動きに不安やストレスを解決して行く方向にも配慮している。	平均年齢が90歳後半、入居歴の長短があるなかで、個々人の生活歴からその人の生きる思いを察し、日々の寄り添いから様々なシグナル・サインを捉え、暮らし=生きることへの思いを把握したいと努めている。	
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	ご本人・家族様に入所時の聞き取り調査を行い、自宅での生活が困難になってきた原因や、担当ケアマネジャーとの情報交換を行なう事等で、経過の把握に努めている。		
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	昨日出来た事が今日は出来ない事が認知症の方には多く見られる為、その時その場面で有する力を発揮できるように支援している。		
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	職員会議(月1回)でケアカンファレンスを行ない、プランの見直しが必要かを検討している。身体的、精神的状況の場合は家族様、医師にも現状を説明し、意見を頂く等、介護計画に反映させている。	介護日誌等個人記録を基に月1回のカンファレンス、6ヶ月毎のモニタリングとサービス担当者会議等定期的に、又は必要に応じて介護計画の作成と見直しを行っている。家族訪問時に意見聴取と説明を行い計画に反映している。	
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	日々の様子は個別記録に、気づきや工夫は介護日誌に記載し、職員は毎日目を通して。介護計画が実践出来たかを、職員会議でも話し合い、見直しの必要性を検討している		
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	本人や家族の状況は様々であり、介護保険サービスに捉われず、ニーズに合った(ショートステイ・通所介護・介護予防・医療連携)等サービス支援については柔軟な体制を取っている。		

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	個々の心身の状況に合わせ、地域のイベントに参加したり、買い物・外食・子供連れの訪問者との関わり等の中で、刺激を受けながら自身の持っている能力が充分発揮できるように支援している。		
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	入所時の説明で、ご本人、家族様に主治医継続の意向確認を行っている。ご本人の希望を大切に、かかりつけ医の受診ができるよう支援をしている。	家族、本人の希望により現在は全員が協力医の月2回往診を受けている。毎週の医師の来訪で、気がかりなことの相談に応じてもらえるのが心強い。希望者には心療内科、歯科も往診があり、その他は家族対応となるが、希望または必要があれば、同行して情報の共有に努めている。	
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	毎日の健康管理で変化が見られた場合は、管理者やホーム長と相談の意上、必要であれば医療の連携を取り、指示を仰いでいる。訪問時利用者の変化も報告し適切な受診が出来るように支援している		
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	利用者の入院時は情報を送り、病室を訪問するときは看護師との連携をとり、情報交換を行っている。認知のある事を伝え、早期の退院を伝え病院関係者との関係作りは構築されている		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所時、家族、本人に終末期の意向を聞き、その状況が近づけば、家族、主治医、医療連携を交えて方向性を決定する。文書管理ファイルGHN-30-006「終末ケア対応マニュアル」に沿って支援を行っている	入所者が高齢なので、終末期の方針についての話し合いは全員と2回目を済ませており、今後状態の変化により、回数を重ねていく。主治医との強い連携のもとで、看取り経験を積んできている。	
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	急変時や事故発生時は医療連携に連絡し指示の中で対応している。「緊急対応マニュアルGHN-30-003」準じて行っている		
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	火災訓練は利用者の状態も把握し、避難誘導がスムーズに出来るよう年2回実施している。又、利用者にも参加して貰い、災害の意識を高めるように心掛けている。近隣の協力も確保したり、非常食等の準備も少しずつ行っている。	規定の避難訓練はされており、近隣住民との関係も良好なので有事の際には協力が期待でき、1階で避難しやすいという利点はあるが100歳に近い利用者が多い環境では困難が多出すると思われる。	日常の中でミニ訓練を重ねたり、地域防災会議に参加するなど、様々な機会をとらえて職員の減災への意識を高め、火災だけでなく他の災害の対応にも備えることを期待する。

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
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	認知症があっても1人の人間として生きていく権利があります。可能な限りご自分で生活をして頂く為にも、人としての誇りやプライバシーを損ねない言葉かけを大切に職員全体で支援している。	言葉かけや処遇について「これでよかったかな？」と疑問に感じた時には、その事例をオープンにして職員皆で考えることにしている。一人一人の尊厳とプライバシーに配慮した対応が実践されている。	
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	日常の関わりの中で、利用者それぞれの生活リズムに合わせた支援に心がけている。自己決定が出来るように二者択一の質問をすることもある。		
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	利用者様は「これからの行動は？」と介護職員に聞かれる場面があります。各自の思っている予定を伺い日中の生活に組み込ませて頂き、ご本人の思いに少しでも近づく事が出来るよう、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	服は利用者様と相談したり、意志決定が出来ない方は職員が季節にあった服装を用意する。1回/1～2ヶ月に散髪。男性は毎日髭剃りを行い身だしなみを整えている。		
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	今日の献立をボードに記載し、食事が楽しみに待てるよう、毎回伝えている。テーブル拭き、食器集め、食材の皮むき等スタッフと一緒に、衛生面や安全面に注意し、支援を行っている	基本的に給食会社の栄養士の立てた献立と配送の食材で専任の職員が調理しているが、利用者の好みを聞いて変更することも多い。年2回は外食も楽しんでいる。台所が狭いので職員は持参した弁当を食べているが、管理者が検食もかねて同じ献立の食事をとっている。	
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	カロリー計算は栄養士が行い、バランスや個々の調理方法も変えて、美味しく食事をして頂ける様に工夫をしている。水分に関しては毎食時、ティタイム等、毎回記録の管理を行っている。		
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	希望者は、定期的に歯科医の訪問診療を受けている。職員も、1人1人に合ったケアの指導を受け、食後の口腔ケアに生かしている。又、昼・夕食前の口腔体操も行っている。		

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	個々の排泄パターンを把握しながら、定期的に排泄の声掛けを行なっている。自身で出来る方はズボンの上げ下ろしや排泄後の水を流し等、ご本人ので出来る事は行って頂ける様支援している。	利用者全員、体調悪化時を除いて歩いてトイレに行っている。重度者には二人介助でトイレでの排泄を支援している。交換拒否の方に苦勞しつつ、色々な工夫で対応している。	
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	排便チェックの記録を行っている。定期的に体操をしたり、お茶を多く飲んで頂けるよう支援している。、排便がない時は、浣腸や便薬を使用することもある。		
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	なるべくご本人の希望に添っての入浴支援に心掛ける。希望されない場合は、清拭を行っている。拒否された場合、時には順番や日にちを変更する事もある。ご本人の気持ちに出来るだけ添えるよう最善の支援を行っている。	浴槽は一般的な家庭用で補助具を使って週2回入浴しているが、跨ぐことが困難になった人にはシャワーやミスト浴で対応している。毎年5月の節句には菖蒲湯を、11月にはゆず湯も楽しんでもらっている。	
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	就寝時間や睡眠のリズムを把握することで、個々に合った就寝リズムを支援している。利用者様は睡眠に至るまでにそれぞれ違いがあり、“新聞を読む・読書をする・テレビを観賞する”等の時間も大切にしている。		
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	誤薬、飲み残しが無い様、又、服用の仕方を把握したうえで個々に合わせて飲んで頂いている。投薬の説明ファイルはいつでも見れるようにし、症状の変化があれば、オンコールで看護師に連絡が出来る体制である。		
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	集団の中で生活する事は、長年培ってきた力を発揮したり、役割を持つ事が出来る。“ズボンの裾上げ・雑巾縫い・テーブル拭き・食器集め・新聞取り等”又、利用者様の声を優先し、おやつ作り・リクリエーション等多く取組む事で気分転換を図っている。		
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	利用者様の希望があればいつでも外出の支援が行えるようにしたい。外出時はご本人の意向や希望も確認しスタッフが同行することで、外出の機会を設け、気分転換を図っていきたい。	月1回くらいの割合で花見や紅葉狩りなどに全員で出かけている。高齢化によるものか、以前に比べて外出の希望が少なくなっているが、庭先まで出て花の水やりをするなど、少しでも外気に触れるよう努めている。	

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
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	希望した利用者様にはお金所持の支援をしています。現金の管理やお金の計算が出来ない利用者様でもスタッフが付き添い、初詣や買い物等、お金を使う機会を作っている。		
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	“家族様の声が聞きたい・心配事を伝えたい・頂いたお花の礼状を送りたい”等のご要望が多々あります。介護職員は利用者様のご要望にお答えできるよう丁寧な対応に心掛けている。		
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	玄関先には季節の花壇を設置したり、廊下、リビング、浴室、トイレなどはバリアフリーとなっている。生活空間はカレンダーや掲示物で季節感を採り入れた工夫も行っている。音・彩光・色・温度・湿度等にも最新の注意を払っている。	一般住宅の転用なので広さに制約があるが、その狭さをプラスにする視点で運営されている。実際に狭い廊下を伝い歩きすることで転倒の危険が少ない。居住区の奥にあるスペースは不穏時の気分転換や家族来訪時など有意義に使われている。広さや設備ではなくみんなの温かさとぬくもりで心地よい空間になるように工夫されている。	
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	リビングや居室 又、静かな空間にご本人の希望で自由に移動の支援を行っている。利用者同士の交流や居室内での交流等も、個々にあった対応に心掛けて支援している。		
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	今まで使い慣れた家具や大切にしている置物又、家族の写真など、少しでも住み慣れた環境を変えない様に工夫をしている。	個室はリビングを挟んで3室と6室に分かれている。どの部屋も明るく清潔に保たれ、家族の写真や作品が飾られて、その人らしく居心地よく配慮されている。	
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	過剰なサービスにならぬよう自分で出来る事は自分で…。出来ない事は手伝ってもらいながら…を合言葉に支援している。バリアフリーで廊下には手すりを付けたり、名前入りのお花の写真を個々の表札にしたり、少しでも自立した生活が送れるように支援している。		