

### 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	2390600126		
法人名	医療法人 生寿会		
事業所名	グループホーム新栄		
所在地	愛知県名古屋市中区新栄三丁目7番12号		
自己評価作成日	平成28年3月1日	評価結果市町村受理日	平成28年5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.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2390600126-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2390600126-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成28年3月23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)】

当事業所は法人理念である【みんなで創るやさしい介護ひとり一人を大切に】の考えのもと1ユニットのメリットを活かし、ご利用者ひとり一人にあったきめ細やかなサービスの提供を行うべく日々努力しています。開設初年度の今年はご利用者、ご家族との関係性を築くことに重点を置いています。地域とのつながりでは近隣に小学校があり学校行事への参加を積極的に行っています。

【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)】

ホームは、小規模多機能事業所と併設して開設されていることで、利用者の身体状態等に合わせた対応が可能な体制がつくられており、小規模多機能からグループホームへと、段階的に生活場所を移行させていくことが可能でもある。運営母体が医療機関であることで、ホームからの受診支援や急変時の柔軟な対応等、医療面での支援が充実していることもホームの特徴である。ホームは、重度の方の受け入れも想定した対応も行われており、職員が介助を行いやすい入浴設備を備えたり、食事に関しても厨房担当職員と連携しながら、一人ひとりの身体状態に配慮した食事の提供が行われている。利用者の日常的な支援については、職員がひとつのチームとして支援できるように取り組んでおり、日常の職員の気付き等については、随時、職員間で共有していく取り組みが行われている。

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
<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。	事業所理念をもとに、管理者を中心に職員と協力し入居者にとって安心できる生活の場になるよう実践している。半年に一度個人目標を立て、事業所理念に基づいた支援ができる仕組み作りをしている。	法人の基本理念である、「医療と介護の連携」に基づいた支援を行うことを目指し、ホームでも基本理念としている。職員は自己評価を行いながら個別の目標をつくる取り組みを行っており、理念の実践につなげている。	
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。	運営推進会議で事業所の活動報告やいきいき支援センター、町内会長から地域情報を得ている。地域行事に参加し地域住民との交流の機会を設けていく。具体的には地域の盆踊り、餅つき大会に参加し交流を持たた。	町内会への加入が実現しており、地域の行事の案内を頂く等、良好な関係を築いている。ホーム関連のデイケアとの合同の行事として、地域の中学生による合唱会の披露が行われており、交流につながっている。	立地している地域性もあり、近隣の地域は活動等が難しい課題を抱えている。法人の関連事業所とも連携しながら、地域のニーズの把握と高齢者の支援につながることを期待したい。
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。	運営推進会議において、認知症についての話に触れる機会がある。その際独居生活や認知症で困っている人がいないか情報収集している。ただ、地域住民に向けた認知症の理解について話し合う機会は持っていない。		
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。	運営推進会議において、施設内の活動報告や入居者状況を報告している。施設内での余暇活動の評価や外部との連携が図れるよう、地域行事や認知症カフェについての検討をしている。	会議は併設事業所と合同で開催され、地域の方の出席の協力が得られており、地域の行事等の情報を得る等の機会につながっている。また、会議には地域包括支援センター職員の出席も得られている。	会議に家族の出席が得られていない現状があるため、ホームからの継続的な出席への働きかけに期待したい。
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。	市町村担当者やいきいき支援センターと日頃から連絡を取り合い、サービスの運営に関することへの相談や開かれた施設の構築を目指して、情報を収集している。	行政機関とは、主に施設全体での情報交換等が行われているが、職員に指導者研修資格者がいることで、市の研修会の講師を務め、市の事業への協力も行われている。また、地域包括支援センターとの情報交換等も行われている。	
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。	安全を確保するため、玄関の施錠は行っている。ただ施錠により圧迫された空間での生活や精神的ストレスを含めた理解を職員に促している。身体拘束廃止委員を配置し勉強会の予定をしている。	身体拘束を行わない方針で支援が行われているが、リビングの入口は暗証番号で施錠が行われている。また、関連事業所との合同で研修会が行われており、職員の対応に関する意識向上にもつなげている。	
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注意を払い、防止に努めている。	身体拘束廃止委員を配置して、身体拘束に対する危険性等についての勉強会の開催を予定している。		

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
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や成年後見制度の利用している入居者は現在いない。しかし制度の理解の促しを行っている。また認知症の人の意思や権利を日頃から代弁する役割を職員が担っていることを伝えている。		
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。	契約や解約についての説明や料金等は、見学を交えて行っている。介護相談を受けながら、家族の不安や疑問点を把握し説明できるよう確認している。		
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。	苦情相談窓口は、管理者が行っている。入居者や入居者家族からの要望が改善できるようミーティング時に話し合っている。	家族とは、管理者や計画作成担当者との定期的な面談の機会をつくっている他、ホーム建物1階の玄関に意見箱が設置されており、意見等の把握につなげている。なお、ホーム便りについては昨年12月より、毎月の発行が行われている。	ホームの行事等にも合わせた、家族との交流会等の機会が行われていない現状がある。ホームの行事に家族に参加を呼びかけながら、家族にホームへの理解を深めてもらう取り組みに期待したい。
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。	運営に対すること等、管理者や代表者は面談を行い職員からの要望の聞き取りをしている。	1ユニットでもあるため、職員が日常的に情報交換の機会がつくられており、管理者が把握した意見等は、施設全体の責任者にも報告され、運営への反映につなげている。また、職員個別の面談の機会がつくられており、一人ひとりの把握に取り組んでいる。	
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。	毎月勤務管理、実績管理し勤務態度の把握をしている。また、職員から意見を聞きながら、柔軟に面談や話しやすい機会を作っている。研修や勉強会の開催をして、職員の知識向上ややりがい向上に向けた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。	法人内研修を実施している。ミーティング時においては認知症についての勉強会を行っている。職員レベルの把握と向上に向けたシートを使用している。		
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。	同区内のグループホーム代表との連携を図るため運営推進会議に参加して頂いている。その際に意見交換している。		

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>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。	サービス開始前に入居者本人と家族に面談して、意向の確認や要望、不安を確認している。そこから生活ニーズの把握をしてケア提供していけるよう援助している。		
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。	サービス開始前に家族面談をしている。意向の確認をしながら、要望や不安の把握を行っている。迅速に対応することや密に連絡、報告することで関係構築につなげている。		
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。	サービス導入前のアセスメントの段階で介護計画書を作成し、家族と意向の確認やサービスについての検討を行っている。		
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。	入居者本人の能力の見極めや今できることに着目し、入居者に教えてもらう関係を築いている。具体的には、編み物や裁縫を教わったり、昔の名古屋の歴史について教えて頂いている。		
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。	家族との関係を切らないよう繋ぐ支援をしている。週に1回の家族との外出や定期的な訪問で、触れ合える機会を設けている。		
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。	入居者一人ひとり大切にしてきた習慣を壊さない支援をしている。一人読書に集中する時間や書道の時間、その人の大切にしてきたことを継続できるよう取り組んでいる。	利用者により、馴染みの美容院を継続している方や親族の葬儀に参列している方もいる。また、年末年始を家族と過ごしている方や、ホーム職員とも連携しながら家族との外出後、深夜にホームに戻ることができるような支援も行われている。	
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。	入居者の役割があり、職員が活躍の場を奪わないように配慮している。入居者が他者の援助をする場面では、職員が見守りをして必要以上の援助をしないこともある。		

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
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。	現在退所者はいないが、必要に応じて相談が受けられる体制づくりに努めていく。		
<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。	認知症ケアにおける視点の勉強会を開催した。本人のしたいこと、望む生活に着目してアセスメントしていく大切さについて学んだ。	職員がチームとして利用者一人ひとりの把握が行われており、職員の気付き等は、随時、管理者や計画作成担当者に報告され、職員間の情報の共有につなげている。また、アセスメントにはセンター方式を活用した取り組みも行われている。	
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。	生活歴やなじみの暮らしについて、初回アセスメント時に行い把握に努めている。その後も随時、本人や家族からの情報把握に努めている。		
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。	ADL表をもとに本人のできること、できないことの把握をしている。身体状況を把握したうえで解題分析シートにて援助方法の検討に努めている。		
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。	ケアプラン作成時には家族の要望を確認しながら、援助内容の検討をしている。職員からは、日々のかかわりの中から本人がよりよく生活できるための意見を確認している。	介護計画は3か月毎に見直ししており、変化に合わせた見直しも行われている。モニタリングについては、日常的な職員間での情報交換等を通じて毎月実施している。また、家族とも見直しに合わせた面談を行っており、支援内容の確認等を行っている。	
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。	日々の記録は、電子カルテにて介護・医療との連携を図るため情報共有している。また支援経過記録にて時系列で本人の心身の状態把握に努め、ケアプランの見直しにも活かしている。		
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。	ニーズの変化に柔軟に対応できるよう介護と医療の連携を図っている。また生活支援において家族の協力を得ながら、チームケアに努めている。		

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
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。	運営推進会議において、地域行事の確認をしている。地域の盆踊り大会等に参加することで、入居者の暮らしの楽しみの提供につながった。また地域住民との交流や子供たちとふれあう機会となった。		
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。	自施設母体の病院があり、月2回の往診がある。家族の希望により、かかりつけ医の選択をしていただいている。	母体が医療機関であり、定期的な訪問診療の他、夜間の急変時の対応や職員による受診支援も行われている。また、関連事業所と連携しながら看護師の支援が受けられる体制であり、利用者の健康チェックや医療的な処置等が行われている。	
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。	入居者の日頃の身体観察を行い、特変や普段と様子が異なるときは、看護師との連携をしている。看護師に相談し適切な医療が受けられる支援を行っている。		
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。	自施設の母体病院とは、電子カルテにて入居者の状態や身体状況等の情報共有をしている。早期に退院できるよう日頃から情報把握をし、受け入れ体制の構築に努めている。		
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。	入居時において、重度化や延命に対する意向の確認を行っている。また状況により家族の気持ちにも配慮できるよう、その都度説明できる体制作りにも努めている。	ホームでは、医療面での連携を深めていることもあり、利用者の看取りを見据えた支援にも前向きな取り組みが行われている。現状、重度の方が生活していることもあるため、法人の看護師による勉強会等の開催や職員へのサポート等が行われている。	
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。	施設内研修を通して、緊急時や事故の対応の確認を行っている。事故に対しては、ヒヤリハットを通して再発防止に努めている。		
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。	年2回の消防、避難訓練を行っている。入居者の避難経路の確認をしていくことで、緊急の災害に対応できるよう備えている。	避難訓練の際には、利用者も参加した取り組みが行われており、関連事業所とも合同で開催し、実践的な訓練に取り組んでいる。また、関連事業所とも連携しながら備蓄品の確保が行われている。なお、地域の方との協力関係は、今後のテーマでもある。	利用者の避難経路が限られているホーム建物の構造を理解しながら、関連事業所とも連携した取り組みの継続に期待したい。また、可能な範囲でも地域の方との協力関係の構築にも期待したい。

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
<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。	一人ひとりの尊厳を大切にしている。言葉掛けや接し方に対する接遇研修を行い、認知症高齢者に対する倫理について考える機会となっている。	利用者の尊厳に配慮した支援を行うように、職員には日常的に意識するように伝えられており、気になった際には、さりげない注意喚起も行われている。また、接遇面に関して、外部講師を招いた研修会を関連事業所と合同で実施している。	
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。	施設内行事や地域での行事の参加や本人ができること、やってみたいことを確認しながら、自己選択、自己決定できる機会を設けている。		
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。	本人の体調に合わせて、自分のペースで生活できるよう支援している。静養の時間や本人、興味や嗜好にあわせ活動できるよう生活支援している。		
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。	洋服に興味がある人や化粧をする人、身だしなみやおしゃれがいつまでも楽しめるよう言葉掛けや見守りを支援している。月一回の訪問理美容を行っている。		
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。	隣接施設と協力のもと、日々の食事提供をしている。食事準備や片付けは、職員が行っているが、食事が楽しめるよう、利用者との献立の確認をして話題提供しながら雰囲気作りをしている。	食事に関しては、外部業者の厨房から提供を受けており、情報交換を行いながら利用者の身体状態に合わせたミキサー食等の提供も受けている。ホームでも電磁調理器を使用したおやつ作りの取り組みを行っており、利用者の楽しみもつくっている。	
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。	食事摂取量や水分摂取量を記録して、健康管理している。透析利用者や嚥下困難者に対しては、透析食や刻み、ミキサー食、とろみ等で提供している。		
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、一人ひとり個別にて、口腔ケアを実施している。		

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。	排泄記録をもとに、本人排泄間隔の把握に努めている。排泄パターンに応じて、トイレ誘導や排泄介助をしている。	利用者の排泄状態を記録に残しながら、職員間で情報を共有し、適切な排泄につながるような支援に取り組んでいる。看護師とも便の状態等の情報を提供し、医療面での支援にもつなげている。利用者の中には、排泄状態が改善した事例も得られている。	
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。	水分摂取量が少ない方に関しては、促しや言葉掛けを行っている。透析患者で水分制限ある方は、体操を行い自然排便できるよう支援している。		
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。	本人の体調に合わせてながら、入浴日の検討を行っている。体調により、翌日に入浴できるよう支援し柔軟に対応している。	ホームでは、基本1日おきの週3回の入浴支援が行われており、浴室が広くゆったりしていることで、職員が介助しやすい環境が整えられている。重度の方の支援を想定した、特殊浴槽の設置が行われている。また、季節に合わせた入浴も行われている。	
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。	食後の時間がゆったりとすごせるよう支援している。体調に応じて、いつでも休息できるよう支援している。就寝時間や個々の就寝習慣の把握をしている。		
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。	一人ひとりの薬について、処方箋や薬剤情報をもとに把握している。副作用については、十分伝達し症状の変化に早期対応できるよう努めている。		
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。	一人ひとりの嗜好や興味のある余興活動の時間提供をしている。本人のできることに着目し、生活のなかに役割が持てるよう支援している。		
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。	季節に応じて花見に出かけたり、散歩や地域行事の参加ができるよう支援している。家族との連携により、外出を楽しまれている。	日常的な外出の機会が限られていることもあるため、日曜日に外出できるような取り組みが行われている。また、限られた範囲にはなるが、公園等、季節等に合わせた外出支援も行われている。	全体的に利用者の外出の機会が少ない現状がある。日常的な職員体制を充実させることで、近くにあるお店等への外出を行う等、利用者の外出の機会が増えることを期待したい。

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
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。	自身で財布を持っている方もいる。現在は、買い物等の要望がないが、要望に応じて支援していく。		
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。	携帯電話を所持している方もいる。友人からの電話に出られるよう繋いだり、本人の要望に応えられ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。	利用者が混乱を招くような環境でないよう配慮している。錯視や、幻覚を誘発するような空間にはならないよう努めている。	リビングについては、利用者の居室との仕切り部分を半透明にすることで、採光を確保する工夫を行っている。また、リビングや通路の壁には、季節の飾り付けや利用者の作品の他、ホームでの様子を写真で掲示する取り組みも行われている。	
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。	共有空間において、気の合った利用者同士が話ができるよう席の配置に配慮している。またリビングには、ソファがあり、いつでも寛げる空間作りに努めている。		
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。	本人の使い慣れた物に囲まれて、安心して生活できるよう家族に説明や相談をしている。	居室はホーム建物の3階と4階に分かれており、フロアによって居室の雰囲気は異なっている。また、利用者により、好みの家具類や化粧品等の持ち込みが行われており、利用者の入居前からの生活スタイルにも合わせた支援も行われている。	
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。	本人の能力や望みをアセスメントし、安全かつできるだけ自立した生活ができるよう役割の提供(テーブル拭きや洗濯たたみ等)をしている。		