

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	2390500185		
法人名	株式会社ハルス		
事業所名	グループホームはるすのお家太閤		
所在地	〒453-0808 名古屋市中村区郷前町1丁目20番地		
自己評価作成日	令和4年6月10日	評価結果市町村受理日	令和4年9月16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	https://www.kaijokensaku.nhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhoku_detail_022_kihonme&keyno=Cd=2390500185-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユニバーサルリンク		
所在地	〒463-0035 愛知県名古屋守山区森孝3-1010		
訪問調査日	令和4年6月17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)】

認知症の方や認知症を支える家族という視点ではなく、“その人”や“その人を愛する家族”という「個の視点」を大切にしています。それは、グループホームはるすのお家の介護理念でもある(その人がその人として その人らしく生きるために 支え続けることを使命とします)の考えに基づきます。喜怒哀楽、ひとり一人、そのときその時で異なる個性に寄り添わせていただくことで、各入居者様、各御家族に安らぎやくつろぎを感じていただけたらと考える次第です。

【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)】

名古屋駅からほど近い、閑静な住宅街にあるグループホーム。「施設のように施設でない。お家のようにお家でない」をコンセプトとするアットホームな施設で、入居者ひとりひとりに職員が寄り添っている。ホーム長は9年目となり、職員から慕われ、家族からの信頼も厚い。経験豊富な職員も多く、ホーム長は職員の自主性を尊重し、信頼して仕事を任せることで職員個々の意識レベルを向上させることに成功している。「そのひとらしく」入居者ひとり一人の想いをくみとり、プランに反映して、職員はしっかりと寄り添い、毎日のケアを実践している。

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ます (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、活き活きと働いている (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。]

己 自 部 外	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、法人の介護理念、※明るい職場を作る6つのルールを朝礼時にスタッフ個々に意識づけている。※①報告・連絡・相談はしっかりと！②明るく、笑顔で大きな声で挨拶を！③良い情報をたくさん共有しよう！④自分や自部門を見直そう！⑤人の成功を素直に喜ぼう！⑥助け合い、感謝、励ましの言葉をまずは自分から表現しよう！	職員全体で理念を共有し、入居者、家族、関わる職員、それぞれの自主性を尊重したケアの実践に努めている。ホーム長はじめ職員それぞれが自ら考え行動できるようになってきている。	
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	運営推進会議録やコロナ関連アンケートetcを同区内で管理者をしている名古屋市認知症介護指導者やいきいき支援センター所長に送付し、意見を仰いでいる。	コロナ禍において地域交流が困難になってしまったが、認知症介護指導者などから助言をもらい運営に活かしている。以前は地域行事への参加など交流があった。	
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	運営推進会議録やコロナ関連アンケートを通し、コロナ禍で変わった看取りの意向や緊急時対応の御家族の見解を、上記2の指導者やいきいき所長に伝えている。		
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	ここ2年開催分は、新型コロナウイルスの影響もあり、書面にて行う。コロナ禍対策(2でも触れたコロナ禍で変わった看取りの意向や緊急時対応の集計結果)を相互に確認してもらっている。	以前は運営推進会議には、終末期に関することなどの勉強会を毎回組み込み、参加者から好評を博していたが、コロナ禍においては書面開催とし、委員から助言をもらっている。	
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	運営推進会議等で同区内で管理者をしている名古屋市認知症介護指導者やいきいき支援センター所長に意見を仰いでいる。特に指導者とはケアや入居相談について日頃から相談している。	いきいき支援センターや区役所の保護係などと日常的にやりとりしている。いきいき支援センターの前所長とは引き続き繋がりがりがあり、情報交換や相談などに応じてもらえる。	
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	H30年4月～身体拘束廃止委員会を設け、各月の全体ミーティングとは別に1回／3か月身体拘束をテーマにミーティングを行い、フロア長・ホーム長を中心に職員に周知徹底を図っている。	ホーム長は「何をもって拘束となるのか」と職員に常に問いかけ、考えて行動できるように努めている。勉強会やレポート等で知識をアップデートし、身体拘束のないケアの実践に努めている。	
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	1回／月の勉強会や日頃の申し送りを通して学び、自施設で周知徹底している(レポート提出)。自施設では具体事例として、最近のニュースを都度、申送りでとり挙げ、理解と防止に努めている。		

己 自 部 外	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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	入居者様が権利擁護を実際、利用しているので、具体的な自施設の利用者様の事例に基づき、管理者から職員へ大まかな権利擁護の役割と理解がされるよう教育している。	
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	入居契約時において、解約または、改定等についての説明を行っているが、その後、実際、改定等があった場合には、御理解・納得していただけるように、その都度再度、説明を行っている。	
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	運営推進会議録では勿論、ガラス戸面会時やメール連絡で御意見を頂戴し、その御意見に応えられるように努めている。玄関には御意見箱を設け、御意見を頂きやすい環境作りに努めている。	「はるす通信」やブログなどを通じ、家族に対する情報発信に力を入れている。個別にメールでやり取りすることもあり、情熱のある家族から積極的にサポートをもらっている。
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	1回／月ミーティング時には勿論、日々の申し送りでも管理者とスタッフが意見交換し合う場があり、その実践とふりかえりを行い、現状把握・課題解決に取り組んでいる。	月例ミーティングや毎日の申し送りミーティングにはホーム長も参加し情報交換しているが、職員の自主性が育ってきていることもあり必要以上に口出しする必要はなくなっている。
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	認知症ケアでの課題は、その成果が感じ辛い点にある。やりがいは給与や労働時間であり、定期で職員査定を行っている。キャリアパス導入に因り、各自目標設定がされ易いよう工夫している。	
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	取り組みは年間計画に基づき1回／月(各1テーマ:なるべく旬の内容で)周知徹底している(レポート提出)。法人外での勉強会に関しては、参加は管理者やフロア長の参加が主となっている。	
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	管理者は他GHの管理者は勿論、近隣居宅ケアマネ・MSWとの交流に努めている。またそのルートを軸に地域の困難事例の受け皿となれるよう、努めている。	

己 自部 外	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	サービス導入前に得るアセスメントで傾聴し、個々のスタッフに把握を図ることは勿論、何故本人がそのように感じるのか？に留意し、個別性の探求から、柔軟に対応できるように努めている。	
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	初期段階でアセスメントを入念に行い、柔軟に対応している。そのなかで、何故、御利用者様がそのように感じるのか？の把握を行い、その個別性から心の通った絆づくりに配慮している。	
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	初期段階で、アセスメントを入念に行い、柔軟に対応している。日頃から繋がりある他GH管理者や居宅ケアマネ・MSWを通じて他事業所の紹介を行う等、その後の継続した絆づくりに努めている。	
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	“その人”や“その人を愛する家族”という「個の視点」のもと、個々の職員に自分の家族のような関わりをする教育に努め、絆づくりの構築を図っている。	
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	御家族が側にいない生活でも、御家族を側に感じられるケアに努めている(月1回の手紙や写真で状況報告を行う、電話で実際話して頂く等)。日々来訪しやすい環境作りに努めている。	
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	“その人”や“その人を愛する家族”という「個の視点」のもと、認知症やコロナ禍でなかったら、叶えられたであろう“本来の暮らし”が継続され、近づけるよう、努めている。	コロナ禍において以前のように馴染みの場所へ気軽に出かけたり友人の訪問などは難しくなってしまったが、家族を含めた個々の暮らしを大切にしたい関係継続の支援を続けていきたいとホーム長は語る。
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	同じ自宅で暮らす家族であり、共同生活をしている仲間であるという感覚を持っていただけるよう、入居者様や家族は勿論、スタッフ個々の支援にも努めている。	

己 自 部 外	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	仮に亡くなられた場合でも、その御家族との関係は終らないため、グリーフケアに努めたり、他施設に移動された場合も支援が滞ることないよう、他施設の職員や相談員に情報提供している。	
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	1回／3ヶ月更新するケアプランとは別に1回／月ふりかえりを行っているケアプランチェックで、今の個別のニーズや心象に近いケア内容になるよう、本人本位のケア探求に努めている。	日々の入居者のつぶやきや表情を含め、したいこと、できること、をできる限り拾い集め、毎日の申し送りで職員間で共有し、プランに反映できるよう努めている。
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	入居時には勿論、御家族や以前のケアマネ・MSW・近隣の人等御本人をとりまく社会資源から情報収集を行い、入居後のケアの参考とな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	1回／3ヶ月で更新するケアプランとは別にプランチェック表の更新を1回／月で行っている。修正は1回／月のミーティングのモニタリングで行い現状把握から日々のケアに生かしている。	
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	1回／3ヶ月で更新するケアプランとは別にプランチェック表を1回／月で更新している。プラン更新は主治医や御家族・薬局(薬剤師)にも書面参加頂き担当者会議録として作成している。	毎日のミーティングで話し合われる入居者のさまざまな情報のなかからエッセンスをプランに落とし込み、お一人おひとりのできることやりたいことを大切にケア実践に努めている。
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	1回／3ヶ月で更新するケアプランとは別にプランチェック表の更新を1回／月で行う。日々のケース記録にはプラン内容が盛込まれており、個別性に留意したケアに努め、振り返りをしている。	
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	“その人”や“その人を愛する家族”という「個の視点」で、自宅同様の暮らしを提供している。個別性を追求し、御家族や身元保証人のニーズや相談に応じている。	

己 自 部 外	項 目	自己評価 実践状況	外部評価	
			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	“その人”や“その人を愛する家族”という「個の視点」から、本人の意向が吐露されるよう促し、その意向を軸にコロナ禍で施設内にいても、施設外の様子を楽しめるサポートに務めている。	
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	入居時に提携先の往診専門の医師の紹介をさせて頂くが、これまでの主治医を希望された場合、御家族の付き添いのもと、これまで通りの通院が継続できることをお伝えし、その支援を行う。	24時間対応の在宅医療クリニックと歯科医院と提携し往診のほか緊急時の対応もしてもらっているが、家族の協力によりこれまでのかかりつけ医で継続して受診される方もいる。
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	2回／月の往診で、その前日までのバイタルと、体調の変化等の報告を行う。プラン更新も医療面からの協力を頂くべく、書面参加して頂いている。往診以外でも臨機応変に電話相談している。	
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	支援に滞りが生まれないように、日常生活面と医療面のサマリーを管理者と主治医の双方から医療機関に対して提供している。この情報提供で足りない面は電話連絡等で情報を補足している。	
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	2回／年看取りの意向書(コロナ禍で内容改訂済)を発送し保証人に意見を頂戴している。都度、主治医に同文書を渡している。緊急時や入院時も他機関とこの情報共有に努めている。	年に2回、家族に看取に関する意向書に記入していただき、終末期に関して考え、話しあう機会にしている。意向書は主治医にも情報共有し、いざという時に意向に沿った対応ができるようにしている。
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	1回/3か月程度、急変や事故発生時のマニュアルに従い、全スタッフに浸透するまで、実践を繰返し行っている(初期対応から電話連絡、記録や準備すべき物に関する事まで)。	
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	1回/3か月夜勤者中心に災害時における初期対応の基本訓練を行っている。その際、設備会社や地域の消防署担当職員・近隣住民協力のもと実践に即した訓練を行っている。	昼間・夜間想定で年2回火災や地震に対応した避難訓練を実施している。地域の方にも協力をいただき有事の際には適切な避難ができるよう今後も関係を深めていく努力をしている。

己 自部 外	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	個別ケアの留意点が簡潔に把握できるように、プランチェックシートやケース記録にプラン内容を盛り込み活用している。そこから人生の先輩として敬うための個性の把握に努めている。	声のかけ方や言葉選びなど、お一人おひとりの想いを重視し、職員で話し合い適切な方法がとれるよう意識を高めている。個性を重視し、入居者の想いを反映した毎日の生活が送れるように努めている。	
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	自宅で健康な生活をしていれば、自然と叶えられるであろうひとつ一つの要望にできる限り、応えることが自施設が大切にしている視点であり、そのために要望を実践できるよう努めている。		
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か、希望にそって支援している	年齢もこれまでの生活背景も御入居に至った暮らしぶりもそれぞれ異なる、その個性を注目及び把握することから、個々の日々の要望の傾聴に努めている。		
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	女性入居者の場合は浴後に乳液や化粧水の塗布、必要に応じ、これまで利用していた美容院への外出支援、男性入居者の場合も希望のカットや嗜好の買物をスタッフが支援している。		
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	食材の買出しから献立の検討、後片付けに至るまで、個々人ができる範囲内でお手伝いいただくように努めている。この個別ケアから共に暮らしを楽しむ意識が感じられるよう、努めている。	入居者意見を伺いながら一緒に献立を考え、支度や後片付けもできる範囲内で関わっていただけるよう努めている。庭で栽培した野菜を献立に取り入れるなど季節感を重視し楽しい食事できるように考えている。	
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	まとまった摂取量が確保されない場合でも、主治医・薬局との連携やスタッフ個々・御家族との意見交換を行う。ゼリーや栄養補助食品、菓子等により、様々な栄養摂取の検討に努めている。		
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	個人レベルだと毎食後の徹底は行えていない。但し夕食後から眠前の口腔ケアは徹底している。自力での歯磨きが難しい人はうがいや介助で、身体・認知レベルに応じたケアで支援している。		

己 自部 外	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	トイレでの排泄や排泄の自立・自然排便を促すうえで、特に羞恥心に配慮したケアを心がけるように努めている(排泄パターンや排泄コントロールの把握はケア記録上でやっている)。	入居者それぞれ排泄のパターン、夜間のトイレ覚醒頻度などを記録に残し、個別に最適な排泄支援ができるよう努めている。呼びかけなど羞恥心に配慮した方法がとれるよう、職員間で話し合いをしながらケアを実践している。	
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	適度な運動を日常生活を通して取り入れている(洗濯物干しや廊下歩行等)他、薩摩芋やゴボウを使ったおやつを召し上がって頂いたり、腹圧・ホットパックを施行したりして自然排便に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日も時間も特に決めていないが、13時～17時頃、入浴の声かけをしている。季節によってはゆず湯や菖蒲湯等、保清目的だけでなく、旬の楽しみを提供することに努めている。	時間や曜日を決めていないが、週に3回は入浴していただけるように計画している。入浴拒否がある方など、声かけを工夫するなどして誘導し、清潔で気持ちの良い日常生活を送っていただけるよう努めている。	
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	心象や体調で、睡眠の質に差異がある。昼夜逆転する場合でも、本人様が健康を維持する上で、内服コントロールをしたり、眠前に足湯する等して不安な状態が長続きしないように努めている。		
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	2回／月の往診で内服薬に変更があった場合、起こりうる副作用とその留意点について、スタッフ全てに周知徹底を図る(連絡ファイルを通じて、往診日当日中に)。日々の申し送りでも確認している。		
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	“その人”や“その人を愛する家族”という「個の視点」から、自宅で生活されていた頃と同様の趣味趣向を楽しんで頂けるよう(～したい)という要望をできる限り、実行できるように努めている。		
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	東海ウォーカーやテレビ、新聞広告で得た情報から個々人の(～行きたい・～見たい・～食べたい)要望を把握し、コロナ禍でもできる限り、施設内で同様の模擬体験ができるよう工夫している。	現在、コロナ対応で現在は外出等を自粛しているため少しでも季節を感じることができる工夫を実践している。以前は初詣、花見等、季節に応じた外出、日常的な食料や生活用品の買い物もできていた。	

己 自 部 外	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	自宅生活していた頃とできるだけ同様な生活をして頂けるように努めている。金銭管理に関しても同じで御家族の確認のもと、日常の金銭管理の支援に努めている。本人所持の場合もある。	
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	一緒に暮らしていなくても、御家族や大切な人の存在を感じながら暮らし続けていただけるよう、電話は勿論、手紙、外出・外泊・宿泊等入居前同様の生活が途切れない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	季節に応じた花や緑を飾り、その雰囲気を楽しむと共に、水やり等の世話も促している。1階和室にはひな壇や五月人形を飾るetc入居者様が自然と四季の移ろいが感じられる工夫をしている。	原則玄関は開放的しており、フロア間も自由に行き来でき閉鎖的にならないよう工夫している。入居者と職員と一緒に清掃に取り組み、清潔で明るい共同空間が保てている。
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	各居室で、馴染みの他入居者様と語らいの場を設けたり、リビングからは和えて、死角になっている個々人の居室内でプライベートな時間が確保されるように心がけている。	
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	基本的には各居室はその方のお家である。これまで同様の暮らしができるように、馴染みの物(畳・仏壇・冷蔵庫等)を持ち込んで頂き、和みとくつろぎの空間づくりができるように努めている。	照明、エアコン、カーテン、ベッドが備え付けで準備されているが、使い慣れたテレビ、仏壇、鏡台等を家族の協力のもと持ち込んでいただき、入居者が安心して居室での生活を過ごしていただけるようにしている。
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	「できること」「わかること」を活かした暮らしに努めている。プランチェック表から個々人の留意点を簡潔に把握し、それをケアに生かせるよう、日々の申し送りや振返り、ケアに生かしている。	