

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	2390100093		
法人名	医療法人借行会		
事業所名	認知症高齢者グループホームちくさ 2階		
所在地	愛知県名古屋市中種区下方町7丁目29番地1		
自己評価作成日	令和元年10月1日	評価結果市町村受理日	令和2年1月10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.mhiw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&Jigyou_syoCd=2390100093-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	令和元年10月9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)】

利用者様の安心・安全には特に力を入れております。ハード面では、温度と湿度を同時にコントロールしてくれる「モイストプロセッサ」を導入し、空気の乾燥を防ぎ、インフルエンザ等の感染を出来る限り抑えています。又、睡眠リズムを把握する「眠りスキャン」を導入し夜間の転倒の危険性が高い時やトイレで起きようとした時、未然に情報が職員に伝わるように利用者様の睡眠状況をセンサーで常にキャッチしており、事故の軽減に努めています。ソフトの面では豊富な経験を持った職員が集まったことでより、より専門性の高い支援ができています。利用者様の笑顔がより多く見れるように様々な行事を企画したり、日ごろ利用者様と関わるの機会を多くしたりと常に利用者様の事を職員間で話し合いをし、より良いサービスが提供できるように努めています。

【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を併設して運営していることで、小規模多機能からグループホームに生活場所を移行された方もあり、利用者、家族の様々な状況に合わせた柔軟な支援が行われている。ホームには、常勤の看護職員が配置されていることで、医療的な支援が必要な方もホームでの生活を継続することが可能であり、利用者にとっては住み慣れた生活環境の中で過ごすことができる支援体制が整えられている。ホームでは、福祉用具の業者と連携しながら、専用のセンサーマット「眠りスキャン」を全利用者のベッドに設置していることで、夜間の利用者の睡眠状況や呼吸停止時等の急変時にも迅速に対応することができる支援体制がつけられている。利用者の中には、ホームで最期を迎えた方もあり、医療面での支援を受けながら利用者が最期まで過ごすことができる環境がつけられている。

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 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。	事業所内に法人理念と事業所理念を掲示しており、仕事において管理者と職員は意識して行っている。具体的には行事起案やカンファレンス等において日々理念を意識して行っている。また、朝礼にて唱和して共有しながら認識を深めている。	理念については、5項目の内容を支援の基本として掲げ、利用者が安心して過ごしてもらおうことを目指した内容となっている。理念をホーム内にも掲示する等、職員への理念の内容の周知を進めている段階である。	理念は職員による支援の基本であるため、今年度より改めて職員への周知を行っている。職員間で理念の内容を振り返り、日常の支援につながることを期待したい。
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。	地域での定期的な挨拶回りを行っており、散歩に出かけ地域の方に会った際はこちらから挨拶を行っている。施設周辺を通った際に不快な思いをさせないように、施設周辺掃除を行いきれいに行っている。管理者は地域の忘年会に参加し、顔の見える関係を図っている。	ホームは地域の自治会に入り、地域の方が行っている行事にホームからも参加する機会がつけられている。また、地域の方との交流は、併設事業所とも連携して行われており、ボランティアの方の訪問等、交流の機会がつけられている。	
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。	近隣の方の相談を受けたり、地域の勉強会にて認知症の人の理解や支援の方法を発信している。		
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。	運営推進会議で得た情報を議事録で職員は確認をして日々のケアにつなげている。	会議は併設事業所と開催時間を調整しながら開催しており、出席者にそれぞれの事業所の運営状況の報告が行われている。会議の際には、家族の参加が得られており、定期的な情報交換の機会にもつながっている。	会議に地域の方の参加が得られていない状況が続いていることもあるため、併設事業所とも連携しながら、地域の方への継続的な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。	介護保険の内容など不明なことをご指導いただいたりし、連携を取っている。日々の運営についての相談に応じていただいている。	管理者は、区内で行われている医療、福祉に関する事業に協力する機会をつくっており、関係部署との定期的及び随時の連携につなげている。また、地域包括支援センターが実施している認知症啓発セミナー等にホームからも協力する機会がつけられている。	
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。	現在身体拘束を行っていないが、今後も行わなくてよい介護を念頭に置き、身体拘束は精神的ダメージを大きくするということを理解したうえでケアを行っている。また、「身体拘束廃止及び適正化委員会」を発足し、毎月会議を行っている。職員会議で勉強会の開催も行っている。	医療面での支援を受けている方が生活しているが、身体拘束を行わない支援を基本に職員間で連携した支援が行われている。専門の委員会を通じた毎月の現状確認や定期的な職員研修の取り組みも行われている。	
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。	介護保険指定事業者講習会で発信されている虐待についての情報を職員と共有している。日々の介護では職員間で話し合える環境を整え、互いに注意を払い、防止に努められるようにしている。また、家族に対して定期的な面会が来れるように環境を整えている。		

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。	研修に参加し、学んでいる。しかし、全ての職員が把握出来ていないのは課題である。職員が成年後見制度について学ぶ機会を設定したいと考える。		
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。	十分な説明ができています。理解や納得も確認できています。施設で出来ること、努力できることをしっかり伝え、出来ないことも同時に説明できています。		
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。	利用者様やご家族様のご意見には早急に対応できるように意見、要望を受け止め、出た内容に対しては職員と話し合い、結果を必ずフィードバックしている。	ホームの行事の際には、家族にも案内を行い、交流の機会につなげている。運営法人で相談室が設置されており、家族からの要望等には柔軟に対応する体制がつけられている。また、毎月のホーム便りには看護職員による現状報告も行われている。	
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。	定期的に会議を設けたり、面談を設けたりと話を聞く機会を設けている。職員の意見は反映できるように努力をしている。また、職員からも取り入れてもらっているとの声が聞かれる。	職員間での会議の他にも、朝会として日常的に情報交換を行う時間を設けており、職員からの意見等をホームの運営に反映する取り組みが行われている。また、管理者による定期的な職員面談の機会がつけられており、職員一人ひとりの把握につなげている。	
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。	日々職員個々の状況は把握できるようにしており、やりがいや向上心を持って働けるようにしている。会社としては行動基準も定まり、就業規則の見直しも行われており職場環境・条件の整備に努められているように感じる。		
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。	定期的に法人内外研修を職員に参加してもらい、常にスキル向上に努めている。また職員が日々疑問に思っていることや、抱えている問題を一緒に考えトレーニングをしている。		
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。	他施設への見学や地域の連携の会への参加をしている。また他施設の管理者と定期的に交流会を行っている。		

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。	面談には時間をかけ、利用者様には安心してご利用していただく努力をしている。傾聴に心がけ、まずは信頼の獲得を重視し行っている。職員間でカンファレンスも行い安心していただけるように関係づくりに努めている。		
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。	面談には時間をかけ、ご家族様には抱えていた問題や不安を一緒に行うことでの安心を伝え、ご利用していただく前に不安を軽減できるように努力をしている。		
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。	面談の中で必要としている支援を見極め、利用者様が一番合ったサービスを考え、他事業所への働きかけを含め助言している。		
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。	利用者様の尊厳を大切にし、自分がされたくないことはしない。家族のように接し、何事も共有できる関係を築くようにしている。馴れ合いの関係ではなく人生の先輩であることを認識し行っている。		
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。	面会時に本人を交えて家での生活や様子など、話を聞くようにしている。また家族と関係を保てるように支援をしている。		
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。	本人や家族が同意されればいつでも面会や外出をしていただいている。定期的に自宅へ帰る支援をしたり、地域で参加していた交流会を継続して参加していただいている方もいる。	利用者の中には、身内の方が併設事業所を利用して日常的に交流の機会がつけられる等、馴染みの関係の継続につながる支援が行われている。入居前からの関係の方がホームに訪問して利用者と交流したり、家族との食事等を通じて外出している方もいる。	
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。	気の合う利用者同士の関係を維持できるように職員が間に入り環境を整え支援している。散歩や外出での気分転換に努めている。他ユニットへのお出掛けも行っている。		

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
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。	利用終了後も施設によって頂く声掛けや他施設利用後支援が必要な場合は相談に応じている。また、施設行事に声をかけ参加頂いている。		
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。	個別ケアを重視し、本人の意向を尊重している。(外出、起床や就寝時間等の生活リズム)	職員間で利用者を担当する取り組みも行いながら、利用者の意向等の把握が行われている。ホームでは、月3回のカンファレンスの機会がつけられており、職員間で利用者に関する状況の把握や意向等を日常の支援につなげる取り組みが行われている。	
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。	入所前の面談で情報収集を行っている。また面会時に情報収集をしたり、利用者様とのコミュニケーションにて把握を心掛けている。		
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。	施設の都合や職員の都合にあわせることなく、本人の状態や能力に応じて対応している。自立支援に心がけ、現存機能を最大限に引き出せるように努力している。		
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。	本人、家族と連携し今後の介護方針を決めている。定期的に会議を行いより良いケアができるようにしている。	介護計画は3か月毎に状態変化等に合わせた見直しが行われている。職員間で毎月複数回のカンファレンスを通じたモニタリングを実施しており、職員間で介護計画の内容に関する共有が行われている。また、日常的な介護計画に関するチェックが行われている。	
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。	気づきや工夫が記載できるように記録の用紙を職員間で話し合いをし効率の良い書式に変更し、行っている。ケアプランも書式の中に含め定期的に見直しを行っている。		
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。	定期的に自宅へ帰る支援をしたり、地域で参加していた交流会を継続して参加できるようにしたりと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。また、医療ニーズ(経管栄養やCVポート等)も行えるように取り組んでいる。		

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
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。	定期的に自宅へ帰る支援をしたり、地域で参加していた交流会を継続して参加できるようにしている。		
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。	本人、家族が希望するかかりつけ医を尊重している。2週間毎の往診がされている。早期発見・早期対応に心がけ、適切な医療を看護師中心に選択し支援している。	運営法人とは別の医療機関とも連携を深めており、利用者の健康状態に合わせた医療面での定期的及び随時の支援が行われている。また、ホームには常勤の看護職員の配置が行われており、日常的に医療面での支援が行われている体制がつけられている。	
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。	朝礼時のカンファレンスや随時情報交換を行っている。早期発見・早期対応に心がけ、適切な医療を看護師中心に選択し支援している。また勉強会を通じ知識の向上に努めている。		
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。	入院後はお見舞いに行き関係性も維持している。また病院先との連携を病院MSWと行い、情報交換を密に交換し早期退院や入院生活が少しでも不安が取り除けるように努力している。		
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。	当施設で定めた重度化対応指針に添って家族と事前に話をしている。また、利用者様に可能性が出てきた場合は事前に報告・相談をしている。	身体状態の重い方や医療的な支援が必要な方もホームでの生活を継続しており、利用者の中にはホームで最期を迎えた方もいる。利用者の段階に合わせた家族との話し合いや看護職員からの定期的及び随時の情提供も行いながら、意向に合わせた支援に取り組んでいる。	
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。	マニュアルを整えており、また救命講習を受けたり、AEDを購入し体制を整えている。		
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。	消防訓練を実施し、地域の消防署と密に連携を図っている。	年2回の避難訓練を併設事業所と合同で実施し、夜間を想定した訓練や通報装置の確認等、事業所間で連携した取り組みが行われている。また、事業所全体で地域の福祉避難所でもあるため、地域の方の受け入れを想定した備蓄品の確保も行われている。	ホームの構造上の制約や身体状態の重い利用者が生活している現状もあり、利用者の避難誘導に困難が予測される。併設事業所と連携しながら、ホームの継続した取り組みに期待したい。

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。	人生経験に応じて対応している。(会社役員や地域でのイントネーションなど)	行動基準をはじめ、基本理念にも利用者を尊重した対応を行うことを掲げてあり、利用者への言葉遣い等の意識や注意喚起につなげる取り組みが行われている。認知症の方への対応に関する研修等、職員の振り返りにつなげる取り組みも行われている。	
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。	本人の意向を聞きながら対応している。自己決定を重視し、認知症による自己決定が欠損している場合は、なるべく職員が誘導等を行い、欠損した部分の回復に努めている。		
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。	施設のタイムスケジュールにとらわれず、本人の希望に合わせて生活できるように対応している。		
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。	好みの服を選んでもらったり昼夜のめりはりがつくように衣類の交換を行っている。		
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。	なるべく自己摂取できるように工夫をしている。出来る事(役割)として片付けを行っている。できるだけ働きかけも行う。	食事については、おかず類を外部業者からの提供を受ける方式に変更しており、利用者の身体状態に合わせた食事形態の提供も行われている。食事作りからおやつ作りを増やす取り組みに移行しており、利用者の楽しみにつなげる機会がつけられている。	
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。	管理栄養士が考えた食事を提供し、食事摂取量、水分摂取量を毎食時や飲食時にチェックして確認している。		
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。	毎食後の口腔ケアを行っている。介助が必要な方はその都度対応している。月に一度往診にて口腔内のケアを行っている。		

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。	オムツやリハビリパンツは適材適所に対応しており、職員都合の介護でなく、利用者様視点でのケアに心がけている。排泄のリズムの把握を行い声掛けするなどしている。トイレで自立した排泄ができる様に支援している。	利用者全員の排泄記録を残し、日常的に職員間で情報を共有しながら、一人ひとりに合わせた排泄支援につなげている。また、医師、看護師とも連携しながら、排泄に関する医療面での連携を深め、排泄状態の維持、改善につなげる取り組みも行われている。	
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。	食物繊維が多いものを提供したり、牛乳、ヨーグルトの摂取をしている。排泄の頻度を把握し看護師と連携を図り、便秘を防いでいる。		
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。	曜日は固定となっているが、その日の状態に応じて入浴日を変更するなど柔軟には対応している。また気分よく入浴していただけるよう入浴剤を使用したりと支援している。	ユニット毎に利用者の状況にも合わせて実施しており、ユニットにより時間や回数が異なっている。身体状態に合わせた職員複数での介助が行われている。また、独自の取り組みとして炭酸泉を取り入れながら、入浴や足浴を実施する機会がつけられている。	
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。	その時の状態に応じて休む時間を作っている。また、入眠状況をセンサーにて把握している。		
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。	一人ひとりの薬を管理し、処方箋が見れるようにしてある。お薬手帳も活用し、更新を行っている。症状の変化は毎日の観察を記録している。		
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。	散歩に行くことや掃除機をかけてもらうこと、食事の片付け、入浴後の整髪などそれぞれの生活習慣に合わせて対応している。		
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。	天候に合わせて散歩、買い出しにでかけている。	季節や天候をはじめ、利用者の状況にも合わせて、日常的に外出する機会をつくり、周辺の散歩や買い物等を通じた外出が行われている。季節に合わせた花見や初詣等の外出行事が行われている。利用者の意向に合わせた個別の外出支援も行われている。	

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。	現在はお金の所持は行えていない。		
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。	携帯電話を持っている方や年賀状等のやり取りを支援している。		
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。	玄関には花を植えたり、共用部分には季節を感じられる作品や施設で作った新聞を掲示し振り返っていただける空間にしている。共用の空間のレイアウトを変更したりと試行錯誤している。	フロアーが建物の上階にあることで、採光に優れた生活環境となっている。限られたスペースの中で利用者が過ごしやすいように、テーブルやソファの配置が行われている。また、壁面には季節に合わせた飾り付けや利用者の作品の掲示が行われている。	
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。	独りになりたい際は居室にて対応し、気の合った利用者同士過ごせるような空間づくりは行っている。		
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。	家具や仏壇を持ち込んでできるだけ家での生活と同じような環境にしている。	居室には、利用者の入居前からの家具類の持ち込みが行われている方や冷蔵庫を設置している方もあり、利用者や家族の意向に合わせた居室づくりが行われている。また、医療的な支援を行うことができるように、専門の器具類を居室に設置している方もいる。	
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。	個々の能力に応じて安全でできることは促すようにしている。		