

### 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	4270103411		
法人名	社会福祉法人 春秋会		
事業所名	リエゾン長崎 グループホームくぬぎ(椽)		
所在地	長崎県長崎市江川町92番		
自己評価作成日	平成 28 年 3 月 3 日	評価結果市町村受理日	平成 28 年 4 月 6 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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do">http://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do</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 ローカルネット日本評価支援機構
所在地	長崎県島原市南柏野町3118-1
訪問調査日	平成 28 年 3 月 19 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)】

高齢になっても介護が必要になってもその人らしく生活が出来るよう、母体事業所であるケアハウスに併設した施設として平成15年4月に開設しました。  
「ゆっくり、いっしょに、たのしく」を理念のもと一人ひとりのペースを大事にして、その日、その時の思いや訴えをしっかりと受け止め、その人の安心した生活を支援しています。

【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)】

長崎市江川町にある当ホームは、長崎市街から車で約15分で交通の便もよい好アクセスの場所にあり、周辺には中学校や運動公園、病院、診療所などの公共施設のほか美容院やレストラン、ホームセンターなどの社会資源が充実している好立地の中で、当該グループホーム事業のほか、ケアハウス、訪問介護、居宅介護事業を展開されている。ホームの介護理念を「ゆっくり、いっしょに、たのしく」と掲げ、共用空間では職員が入居者に寄り添いながらやさしく声をかけたり、入居者と一緒に食事の下ごしらえをしながらさりげないサポートをする姿が見受けられるなど、日々のケアで介護理念を常に意識しながら実践に努めている様子が窺える。外食は月に1回、2人ずつ行けるように支援するよう努められている。また、近所への散歩や園芸など短時間ながらも1日1回程度は外気に触れる機会を設け、介護度が高い方へも対応されるなど、本人の気分転換にもつながるよう努められている。嗜好調査も実施されており、イベント時等に本人の好きな食べ物を出す取り組みが窺える。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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

ユニット名

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	「ゆっくり、一緒に、楽しく」を常に頭に入れ、その理念に沿ったケアを提供するように心がけている	ホームの理念を「ゆっくり、一緒に、楽しく」と掲げ、管理者も職員と共に現場に立ち、入居者に寄り添う姿勢でケアを実践するよう努められている。	
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	近隣への買い物(利用者様&職員)食材も地域の店から購入、配達してもらっている。行事等に参加しています。ボランティア・民生委員来訪あり	系列のケアハウスへ演芸ボランティアの方が来訪した際には見に行くなどの取組が月に1回程度ある。地域の自治会に入会して施設長等が参加し、地域との協力関係を構築するよう努められている。近隣中学校の職場体験を受け入れている。法人の居宅のケアマネジャーが講習をすることもある。	
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	ご家族様等に認知症についてご理解をして頂けるように努めています。又法人で、遊び場フェスタを開催し情報を発信し、地域福祉活動等を行っています。		
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ヶ月に1回開催しご家族様や民生委員、地域包括センター等の意見交換、交流を図っています。参加できないご家族様には議事録を送付しています。	2か月に1回運営推進会議が開催されており、ホームからの報告のほか、家族等からの意見を聞き、ホームで訪問リハビリテーションの受け入れを検討された経緯が窺えた。会議の欠席者には議事録を送付されている。現在、消防訓練の日にあわせた運営推進会議の開催を検討されている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	相談員の受け入れ、地域包括、市町担当者への運営推進会議への参加協力をお願いしています。分からない事は市に問い合わせしています。	過去1年間に重大な事故は発生していない。市の担当者へは介護保険に関する相談をすることがある。生活保護の問い合わせがあることから、今後検討していく意向がある。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束はしないと言うのが原則。職員全員理解するよう話し合い、言葉かけや行動を制限する対応になっていないかなど常に取り組んでいます。	身体拘束をしないことを原則としている。また、これまでも身体拘束につながった事例もないとのことである。現在は、徘徊する方はいない。ふらつきのある方など2名の方がおり簡易的なセンサーについて説明し、家族からも了解を得ている。平成27年7月には主任が2日間の身体拘束に関する研修へ参加している。	
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	外部研修や施設内研修や新聞やニュース等で関するものがあれば随時話し合い、自覚のない虐待についても知識を深め、常に意識してケアを行うように努めています。		

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
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	学ぶ機会はまだまだ少ないが、職員全員相談に応じ支援できるように努め、必要な時には対応していきたいと思っております。現在、制度利用の方は居られない		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時にご本人様、ご家族様より希望を伺います。事業所として援助できる内容を十分に説明し、理解・納得していただいた上で契約を締結しています。		
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	ご本人様・ご家族様に面会時等に相談・意見・要望など伺い職員間で検討し、日々のケア向上に努めています。運営推進会議にてご家族様の意見をj知る事が出来る	家族の訪問時に入居者の近況や主治医からの指示などを知らせ、意見・要望を聞くよう努められている。家族や来訪者からの頂きものについての取り扱いについては、引き続き家族等へ本人の状況等を説明し、よくコミュニケーションとって対応することを期待したい。	
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	月1回のミーティングや全体会議にて意見や提案ができるようにしています。又全体会議での運営に関する方針をその都度説明し、情報の共有を図っています。	月1回のミーティングや全体会議にて意見や提案ができるよう努められている。日々の申し送りでの意見交換が行われている。主任が勤務体制を立案し、日程が決められており、職員が急な休みをとる場合でも配慮するよう努められている。	
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	勤務状況、労働時間は把握されている。先日アンケート実施したので、それを参考に今後どうするか、考えているのではないかとと思われる。		
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	外部・内部研修は職員に受講希望を募り、調整を行い協力しています。又他の職員へも報告しています。資格取得奨励もあり		
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	代表者声掛けにて合同勉強会開催など取り組んでいます。		

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>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	計画作成担当者は入居時には生活状況の把握に努め、出来る限りご本人様のお話を伺い、より多くの情報を把握理解しケアプランを立てます。		
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	ご本人様のいない所でお話を伺うようにし、ご家族様の不安・要望に沿えるように努力しています。		
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	ご本人様、ご家族様のお話を伺い、他のサービスも必要であれば、そのように対応できるように努めています。		
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	遠慮しないような関係作りに努め、利用者様と職員がお互いに協力し合いながら日常生活を送っています。		
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	ご家族様への毎月のおたよりにてご本人様の状況をお渡しています。又来訪時も状態を説明し体調が良い時は散歩や外出、外泊ができるように支援している		
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	面会や電話連絡を希望された時は、希望に沿うように支援しています。知人の方が気軽にきて頂けるように努めています。かかりつけもそのままの方有	友人や知人が訪問することがある。墓参りや自宅など、本人が行きたいと要望がある場所へ連れて行くこともある。言葉が出せないような方へも墓参りに行けるよう支援した経緯が窺えた。漢字ドリルや習字などをする方もいる。月1回程度の訪問美容がある。金銭管理は、法人事務局で管理している。	
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	お互いの個性を尊重しながら、座席の工夫を行っています。又、屋内外での行事を企画し、コミュニケーションが円滑に出来るようさりげないケアに努めています。		
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	退居後ご家族様からの相談があった時はその都度相談して頂けるように対応している事を話しているが、契約終了するとそれまでという人が多い		

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>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	ご本人様に伺っています。ご本人様が言葉で言えない時には仕草や日頃の会話の中からご本人様の思いを探り支援するよう努めています。	入居者台帳を整備し、生活歴については、担当者が記載し、入居者に変化がある場合はその都度記録を残されている。アセスメントの記録もあり、一覧で分かりやすい。日々の申し送りはカンファレンスノート及び日誌に記録し、閲覧者はサインを残している。入居者の個人情報保護に配慮して番号を付記して対応するよう努められている。否定する言葉は使用せず、本人のこと肯定した言葉づかいで対応するよう努められている。	
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	生活歴はご本人様に尋ねる事はもちろんの事、入居時にはご家族様にも情報を頂いております。情報は日々のケアに役立っています。		
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	現状を良く観察し、毎日の記録に残している。一人ひとりの暮らし方や生活リズムを理解すると共に、心理面やご本人様のできる力・分かる力の把握に努めています。		
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	ご本人様、ご家族様、職員で話し合う機会を持ち、課題やケアのあり方について検討し、結果を説明しています。現状に即した介護計画かどうか解らない	家族の意向を聞き、ADL、アセスメントをとり、担当者からの情報等を聞き本人の状況を見て、会議に諮り意見を聞いて介護計画を立案している。介護計画には具体的な目標が掲げられ、本人にできることは少しでもしてもらうよう設定されている。尚、現在はカンファレンス会議録を作成されておらず、管理者からは作成する意向が窺えたので、今後、会議録を残しておくことに期待したい。	
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	個別記録は細かく記載している。その時の状況で対応の仕方が異なるが、情報を共有し気づき・工夫を活かし日々のケアに役立っている。		
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	出来る範囲で本人様やご家族様の希望をかなえたいと取り組んでいます。リハビリ開始。自費ヘルパーにも対応している。		
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	地域資源(かかりつけHP、かかりつけ歯科、リハビリ、知人、自費ヘルパーなど)を利用し生活されている。		

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
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	ご本人様やご家族様の希望により、それぞれかかりつけ医が違います。主治医には日々の情報を提供し良い関係が保てるように努めています。又かかりつけの薬局とも情報共有に努めています。	定期的に内科・外科・歯科の往診がそれぞれある。受診の場合は、家族、または系列の訪問介護を契約利用した対応がなされている。受診時は本人の情報について提供している。	
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	かかりつけの看護師へ日常のささいな変化、気づきを気軽に相談する事ができます。アドバイスを頂いたりしています。		
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。	入院時には当施設での情報をお渡し、退院となればすぐに対応できるように病院関係者より情報を頂き、退院後必要なことは指導して頂いています。		
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、事業所の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	看取りは行っていませんので、医療行為が継続して必要になれば退居して頂く事になっています。入居時には十分に説明していますがその時になったら納得されないご家族様が多い。状況に応じ対応できるよう取り組んでいます。	看取りについては行っておらず、終末期になった場合は医療機関へ引き継ぐ対応を行っている。入居時にはその旨の説明を行っているとのことである。AEDが1階に備え付けてあり、3月には消防署が来訪して法人内部で救命救急講習を開催する予定である。緊急時対応マニュアルを整備しており、見直しも随時行われている。	
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	消防署の協力を得てAEDの使用や勉強会等にていろんな状態を想定し訓練しています。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている	毎月災害や火災通報・避難訓練を行っている。利用者様の身体状況、夜間等避難方法も異なるので、その都度色んな場合を設定している。地域との連携は築けていない	毎月避難訓練が実施されており、職員も初期消火ができるよう対応されていることが窺える。緊急時のマニュアルを整備し、避難時の対応については職員の役割分担が周知されている。	徘徊等による危険防止のため、避難経路である非常口の前に置き物がある。避難経路の動線であることを考慮し置き物を移動すると共に、危険防止についてはホーム内で検討し、工夫することが望まれる。また、地域のハザードマップを入手し、危険区域を把握しておくことに期待したい。また、地域の方と共に消防訓練をしていきたいとの意向があり、今後に期待したい。

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
<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	日頃より十分に各人を尊重し、個人に合った言葉かけや対応をしている。その時に応じた声掛けパターンもある。	赤ちゃん言葉や、ちゃんづけの言葉は使用せず、名字で呼ぶようにし、親しみを込めた言葉遣いになるよう努められている。入室時には声掛けて対応するよう努められている。入居者の中には独自のトイレのサインがあり、職員間で共有し、察知して対応するよう努められている。	
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	待つケア・さりげないケアを心がけご本人様が自己決定できるよう支援しています。		
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	1日の基本的な流れがあるが、ご本人様の状態、ペースを見ながら支援している。ケアプランを参考に無理のない生活を送ってもらっている		
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	月1回位は訪問理容を利用。外出する時は外出着に着かえる。化粧道具ある人は、イベント時化粧してもらっている。		
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	一緒にお手伝い出来る方には、下ごしらえなどをして頂いたり、下膳や茶碗拭きなどをして頂いています。嗜好調査をして献立を作る際の参考にしている。す。	外食は月に1回、2人ずつ行けるように支援するよう努められている。介護度が高い方へも対応されているとのことで、本人の気分転換にもつながるよう努められている。嗜好調査を実施されており、イベント時等に本人の好きな食べ物を出すといった取組が窺える。	
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	1人ひとりが食べ易い形態にて食事の提供。水分摂取を嫌う方にも必要量摂れる様に色々工夫、1日1L~1.5Lは摂取して貰っている。		
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	毎食後、歯科衛生士より指導を受け、自力で行う方にも声かけし口腔ケアが出来たか、不十分な所はないか、必要に応じ職員が仕上げ磨きをしています。定期的に歯科往診を受けている方もいます		

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
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	尿意・便意の意思表示が困難な方は排泄パターンや行動の変化の把握に努め、トイレでの排泄自立ができるように支援。オムツ→リハパン	排泄については、他の情報と一覧表にして記録を残しており、分かり易い。トイレ誘導を適宜行い、自立に向けて努められている。	
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	毎日排泄チェックを行っている。便秘の方、内服薬での調整、水分摂取、バランスのとれた食事の提供、無理のない程度の毎日の運動。		
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	基本隔日入浴。体調や希望に合わせて入浴出来るように支援している。毎日入浴希望の方は毎日入浴可。便失禁時、シャワー浴する時あり。	隔日の入浴を基本として、毎日湯を沸かし、本人の希望があれば毎日でも入浴可能である。外気と脱衣室の温度差についても配慮するよう努められている。重度化した方は安全面を考慮し、シャワー浴を使用することが多いようである。入浴時に皮膚疾患等の観察を行い、軟膏を塗るなどの支援をするよう努められている。	
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	安眠や休息を気持ちよく出来るように環境を整えている。睡眠パターンの把握。入居者様によってはなかなか寝付けない方が居られますが、その場合は日中の活動などを工夫したり、主治医に相談したりしています。		
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	薬については主治医や薬剤師からの説明があるので理解している。薬の効能・副作用など把握。状況に変化があれば記録に残し、主治医に報告、相談。薬が変わった時は申し送りで伝達し変化がないか観察に努めています。		
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	今できる事や好まれる事を把握し、自分の役割をもっといただいたり、生き生きとした生活が送れるよう、楽しみごと、気晴らしの支援を行っています。		
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	出来るだけ散歩や買い物等の外出できるよう支援しています。ご本人様のその日の精神面や身体面を考慮して出掛けるようになっています。又ご家族様との外出がスムーズに行えるように支援しています。	近所への散歩や園芸など短時間ながらも1日1回程度は外気に触れる機会を設けるよう努められている。職員2人に入居者2人で外出する機会を設け、支援が行われている。	



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	ご本人様がお金の所持を希望され、ご家族様の協力を得ている方、又管理できない方は事務所に預かっている。外出時に買い物ができるように支援している。全然お金が無いと不安になる方もおられ、ご家族様と相談し少額のお金を所持して貰うこともあるが、しまい忘れる事あり。		
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	ご本人様より連絡希望ある時は電話でお話ができるように支援している。手紙の送付や必要な時には代読して支援しています。ご本人様携帯のメールも代読している。		
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	共用の空間に毎月その月にちなんだカレンダーを利用者様と一緒に協力しながら作成している。天窗があり明るい空間になっている。ゆっくりとした時間が流れるように、心穏やかになる様なBGMを流しています。花はリビングに2カ所、階段、洗面所などに活かしている。	共用空間では、昔懐かしいBGMが流れ、ぬり絵やきり絵のほか、職員と一緒に食事の下ごしらえをする入居者の姿が窺え、思いおもい過ごされている。見当識での入室間違いやトイレの場所間違いなども職員が適宜誘導して、現在はないとのことである。	
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	ソファや椅子を配置し、好きな所に座り、気の合う方同士、個人でも過ごせるように工夫しています。		
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	今まで生活されていた使い慣れた馴染みの持ち物(家具や食器類など)を持参して頂いている。安心して過ごせるように、必要な物がある時はご家族様に協力して頂いています。	居室への持ち込みの制限はなく、使い慣れた本人の物が持ち込まれている。ベッドはレンタルを利用することも可能である。清掃は職員が行い、尿臭などの特に気になる臭いなどもない。カーテンは防炎性のものが全室で使用されている。	
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	車椅子から椅子ソファへ移って過ごしてもらう。「できる事」「解る事」その日によって違うので、それを見極めて支援する。		