

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2772700767		
法人名	医療法人港南会		
事業所名	グループホーム南風		
所在地	大阪府大阪市大正区鶴町1丁目4番6号		
自己評価作成日	平成29年4月30日	評価結果市町村受理日	平成29年7月11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29年5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)】

グループホーム横の医院が母体の法人経営なので、利用者様の健康状態には最新の注意を図っています。 医院との24時間オンコール体制、看護師の訪問看護等、緊急の場合でもスタッフが安心できる体制ができていますので、スタッフは介護に専念できます。 リハビリも医院で専門的に受けるので身体機能の向上には役だっていると思います。 また、医院で出会う人たちとの交流も良い刺激を受けている感じです。

【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)】

事業母体の医療法人港南会の代表者は、長年の地域医療に携わり、認知症患者の重度化対応施設が不可欠の思いと地域からの要望で、平成17年6月に当事業所を設立した。母体の医院と毎日の訪問看護師による身体・健康チェックを受け、医療・健康管理は万全で本人・家族は安心と信頼を寄せている。法人理念の柱となっている「地域福祉の拠点を目指し、地域の方との交流を大切に・・・」を管理者・職員は常に意識しケアに取り組んでいる。緊急事や身元未確認者の受け入れ可能施設として、他地域からも信頼を得て、福祉施設の拠点となっている。当事業所は1ユニット9名全員が男性で、身寄りのない方も半数を占めている。入居時の情報収集が困難な状況下で、日々の生活を通して利用者へ寄り添い、会話や表情・動作でその人らしい暮らし方を模索しながら取り組んでいる。

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	運営方針に「地域福祉の拠点を目指し、地域の方々との交流を大切に、誠実に職務に勤める」と掲げている。それらを踏まえて職員は「地域に溶け込んだ暮らしづくり」を目標として職務に努めている。	法人理念とホームの理念「地域にとけこんだ暮らしづくり」をリビングに掲示して、確認しながら日々のサービスに活かせるよう取り組んでいる。職員間で考えた新たな理念を検討中である。	
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	法人として診療所やデイサービスがあることで、地域の方々との日常的な交流を取りやすい環境にあり、また交流できるよう努めている。	日常の周辺散歩時に地域の方と挨拶や会話を交わしている。又隣接の病院外来の方や併設のデイサービス利用者との交流もある。デイサービス合同のイベントに地域ボランティアによるハーブ演奏・民謡・大正琴や化粧(ネイル)講習会を受けている。	
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	法人病院への通院患者様や、デイサービスの利用者様、そのご家族、近隣の方々を中心に認知症への理解をしてもらえよう努めている。		
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	地域包括センター、民生委員、職員、利用者様、家族様で、概ね2か月に1回の開催をしており、会議でいただいた意見を検討し、実践していけるように努力している。	地域包括支援センター・自治会長・民生委員・家族・管理者の参加で、年6回開催し、内3回は大阪市特例の書面での活動状況報告をしている。自治会長・民生委員・家族の不参加が多くメンバー確保が困難時に、家族に電話で意見聞き取りをしたケースもある。	運営推進会議は外部の人の目を通して、取り組み内容や改善課題を話し合う、重要な会議で公正中立な認知症知見者や、地域代表・家族の参加を得て充実した会議となるよう期待する。
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取り組んでいる	民生委員と連絡を取り、助言をいただいている。また、区役所職員と話す機会を設け、助言をいただいている。	生活保護受給者が大半で、区的生活保護高齢者担当職員と頻りに電話や面談で連携を取っている。情報収集や運営の指導を仰ぎ、区からは入居者の要請を受けるなど、協働関係が構築されている。	
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	身体拘束は原則的に禁止とし、マニュアルやミーティング等の機会ですべての職員に周知徹底している。玄関の施錠に関してはご家族からの要望もあり開錠に至っていないが、利用者様によって解錠方法を説明している	職員研修を通して身体拘束の弊害を理解している。安全確保の為玄関の施錠と、エレベーター前の階段部に柵を設置して施錠している。建物内部のエレベーターは自由に利用して2・3階は往復可能となっている。要望や気配で外気に触れる機会をとっている。	
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逃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	マニュアルやミーティング等により、学ぶ機会を持てるようにしている。また定期的な通院による利用者の全身状態のチェックを行ってもらっており、職員間でも相互に見逃ごしがらないよう注意を払っている。		

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	当ホームでも成年後見制度を活用している。また管理者、職員ともども更なる制度の理解を深められるよう努めている。		
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	契約に関する時間は充分に取っており、疑問点等はその都度説明し、納得してもらっている。		
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	入居者様の家族が気軽に要望できるような意見箱を設置している。施設外への申し立ても出来るよう、相談窓口の案内も行っている。	身寄りのない人や家族訪問頻度が少なく、本人に意見・要望を聞く場合が多い。伝える事が困難な人は、問いかけや表情で汲み取っている。出された意見は朝・夕の申し送り時に職員間で共有し、ケアに活かすよう取り組んでいる。	
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	日常的に職員への聞き取りを行っている。ミーティングによりそれらの意見をまとめ、反映できるように努めている。	朝・夕の申し送り時に意見を聞いている。管理者・職員間のコミュニケーションはよく取れていて、話しやすい環境となっている。職員の意見で、経栄養補給者が通常食事への改善や、オムツ使用からリハパンに変更するなどADL向上に反映している。	
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	定期的なミーティングにより、検討する機会を設けている。また、職員と話し合える機会を設け、環境整備等行えるよう努めている。		
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	入職後、研修等を設け段階的にトレーニングを行っている。法人内研修は随時行っており、法人外研修は参加者以外も情報共有できるよう、報告の機会を設け、報告後も研修ファイルとして保管している。		
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	外部での研修やグループホームネットワークでの勉強会を通じ、他の同業者との交流を図っており、以後情報交換などを行うことでサービスの質向上を目指している。		

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
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	入居前相談の段階で、本人から十分な聞き取りを行える場を設け、相談環境への配慮・十分な時間の確保をすることで、安心してもらえるよう努めている。		
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	家族の要望などに関しては入居前の段階から十分に聞き取りを行えるよう、場所・時間の確保をすることで、納得して利用していただけるよう努めている。		
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	本人様や家族様から十分な聞き取りを行った上で、本人様や家族様と検討する場を設けている。		
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	利用者の機能維持のため、できることは自身、または職員と共同で行ってもらっている。身体不自由等により介助が必要であっても、利用者は職員より多くの経験をされており、職員側が学ばされる場面は多々ある。		
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	利用者様の支援を行う上で、本人の在宅時の状態や生活歴を家族に聞き取りする機会が多い。家族様と協力して、支援に取り組んでいる。		
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	知人などの訪問に関して、積極的に行ってもらえるよう努めている。散歩の機会など利用して、なじみの場所に定期的に訪れられるよう、また遠距離の場合は家族に依頼するなど、機会を設けられるよう努めている	以前の住居の友人・知人の訪問があるが最近頻度が少ない。併設のデイサービス利用者となつた馴染み関係が築かれている。以前の住居周辺や馴染みの花見場所へ、車で出かけて馴染みの持続の支援をしている。	
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	利用者様が孤立することがないよう、職員が橋渡しとなるなどして、気持ちよく共同生が営めるよう努めている。		

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
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	利用者様や家族様が希望されれば、利用終了後も相談を受けるなど、関係性が継続するように図っている。		
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	利用者様個々の意向を踏まえた介護計画書を作成し、その実現に向けて模索している。聞き取り困難な利用者様に関しては、家族または関係者への聞き取りを行った上で検討している。	日々の暮らしで声かけを行い、コミュニケーションを図り、意向の把握に努めている。意思表示が困難な人は家族の情報と、真意を推し測って、皆で話し合いながら夫々の暮らし方を検討している。	
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	介護計画作成時に本人及び家族から十分な聞き取りを行った上で、フェースシート作成を行っている。それをもとに、利用者様の意向を把握でき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	日々の介護日誌ににより、各人の1日の過ごし方や心身の状態を把握できるようにしている。本人の有する力に関しては、日常の中で職員が気付いたことを検討議題として挙げるなど、正確に把握できるように努めている。		
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	本人様及び家族様から要望など聞き取りを行った上で、職員間のミーティングにて意見交換している。その後、モニタリング、ケース会議を経て、介護計画を作成している。	本人・家族の思いを第一に考え、業務日誌・日々のチェックシート記録・毎月のミーティングの職員の意見及び医師・看護師の所見を踏まえて、短期(3ヶ月)長期(6ヶ月)の現状に即した計画作成を行なっている。改善内容・重要ポイントをケアシートに特記している。	
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	毎日介護日誌等をつけており、引継ぎ時にはそちらをもとに行うことで、情報の共有及び実践を図っている。		
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	リハビリ通院の移送支援など、その時々々の要望に応じて柔軟な対応が取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
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	地域包括職員、民生委員への相談、助言や地域の方に訪問してもらい利用者様の話し相手になっていただいたりしている。また、定期的なボランティアの方に演奏など行ってもらえるよう依頼している。		
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	基本的には家族様や本人様の同意のもと、連携医療機関をかかりつけ医としているが、希望があればなじみのかかりつけ医による継続的な医療が受けられるよう支援している。	利用者全員が協力医院の受診・往診(内科月1回・歯科月1回)を受けている。かかりつけ医変更の際、納得と了解を得ている。専門医受診者は職員が同行支援をして、受診内容を電話で連絡している。	
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	毎日の通院等により利用者様、職員、看護職員がなじみの関係にあるため、利用者様の健康状態などに疑問があるときは即時連絡し、指示・助言をいただいている。また、異常の有無にかかわらず、利用者様の状態報告を行っている。		
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	基本的に入院先が日常的に通院している連携病院のため、入院時も利用者様には安心して入院してもらっている。早期退院に向けての情報交換や相談も密に行っている。		
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	契約時に「重度化した場合における対応に係る指針」として説明している。事業所でできないことに関しても、連携病院より毎日訪問看護してもらうことで対応している。また24時間病院とオンコール体制にあるため、迅速な対応が可能である。	重度化対応、看取り介護に係る指針を文書で説明し、同意書を交わしている。重度化・看取り介護の理念・環境整備・経過ごとの対応等を記した指針を基に医院・訪問看護師と連携を取りながら「住み慣れた街でその人らしく最期まで」の理念の実践に取り組んでいる。	
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	緊急時対応マニュアルを用意しており、定期的なミーティングなどの機会を利用し、職員へ緊急時の対応を認知してもらえるようにしている。		
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	地域や近隣スタッフへの協力を依頼している。緊急時に対応できるよう定期的に昼夜を想定した避難訓練を行っており、またスムーズに動けるように緊急時対応マニュアルも用意している。	消防署指導の下の訓練と、併設の事業所合同の訓練を年2回実施している。緊急時連絡網・マニュアル・自動火災通報装置を整備し、備蓄品は隣接の病院で保管している。近隣住居のスタッフや地域住民の協力を呼びかけている。	居住空間が2・3階と車椅子使用者が3人の現状で、あらゆる災害を想定しての避難誘導は、事業所だけでは限界がある。併設の関連事業所と綿密な経過作成を行い、それを基にした訓練実施の繰り返しを期待する。

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	利用者様に対する言葉かけや対応に関しては、ミーティングなどを通して徹底して配慮するように話し合っている。	一人ひとりの気持ちを大切に考え、言葉掛けや対応に配慮している。入浴時や排泄時はプライバシー確保に努め、日々のケアでぞんざいな対応やないがしろな態度になっていないか互いに注意し合っている。	
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	利用者様によっては自己による意思決定が難しい場面が多々ある。そのため、日々の生活や活動の中での本人の表情や行動に注意し、要望や思考を把握できるよう模索し、支援している。		
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	グループホーム全体の大まかな流れはあるが、個人個人の生活リズムを崩すことのないよう留意している。特に体調にあった支援に努めている。		
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	基本的に家族様へ理美容は依頼している。家族同伴にて行きつけの理美容室へ行ってもらっているが、家族同伴でも外出が難しい利用者などに関しては、訪問理美容を利用し、本人の希望に沿った髪型にしてもらえるよう図っている。		
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、利用者職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者様の状態の重度化の為、食事準備等は難しくなっている。味付けや好き嫌いなどはできるだけ好みに添えるよう努めている。	献立と食材は配食業者が行い、調理は職員が交代で行っている。職員が毎日一人交代で検食をしている。食事は自身で摂れるよう食器の高さが浅く取り易い物を用いたり、きざみ食・おかゆを取り入れて個々の食事形態に配慮している。	
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	利用者様チェックシートにより食事量、水分摂取量を毎日確認しており、福祉食材を利用する事で栄養バランスに配慮している。また、体重の増減を記録しており、カロリーコントロールも行えるようにしている。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。また、定期的に歯科受診もっており、利用者の口腔状態を確認してもらっている。歯科医師からスタッフへのブラッシング指導なども行ってもらっている。		

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	日中は排泄リズムを把握し、定期的にトイレ誘導を行うことで、気持ち良く排泄できるよう支援している。夜間は十分な睡眠時間の確保を考慮し個々の尿量に応じてトイレ誘導とオムツ着用に支援を分けて行っている。	オムツ(2名)リハパンのみ及びパット併用(7名)で日中はトイレでの排泄を支援している。すり足状態の人が自身でのトイレ排泄を希望し、便器周囲に影響があり、匂いや清潔保持の対応を模索している。夜間は定時の見守りや習慣を見極め支援している。	
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	水分をしっかり摂って貰い、利用者個々に応じた調理を心掛けている。リハビリ通院やレクリエーションなどによる適度な運動を行えるよう図り、また、規則正しい生活を送ってもらう等の支援に努めている。		
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	介助浴の基本的な時間帯は設けてはいるが、希望者への対応は臨機応変に行えるようにしている。また単身浴の方に関しては、就寝時間帯を除いた時間で希望時間に入浴して頂けるようにしている。	週2回の午前中となっているが、各々の習慣や身体状況・季節に応じて、柔軟に対応している。家庭用の浴槽で一人でゆっくり入りたい人・二人介助の必要な人・拒否の人の対応など夫々に合わせた入浴支援を行なっている。	
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	個々の生活習慣や現在の状態を把握し、安心して休めるよう配慮している。		
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	職員一人一人が利用者様の病状を理解し、内服薬を把握するようにしている。誤薬防止の為に、投薬ボックスへ準備し、分かりやすい状態にする事、投薬時2名以上で確認し、本人の前でも名前を読み上げるよう努めている。		
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	以前の生活歴を考慮し、可能な利用者には掃除や食事準備等の手伝いを行ってもらっている。それ以外の利用者にもタオルを畳んでいただくなど、本人が役割として認識できるものは無いが模索している。		
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	散歩等により、できるだけ個々の希望に沿った外出機会を設ける様にしている。遠方への外出も家族などに相談して、実現できるよう支援に努めている。	日常の外出はホーム周辺散歩と隣接の病院のリハビリに出かけている。近く併設のデイサービスのイベント行事の外出や、車で公園の花見に出かけて、戸外での気分転換に努めている。	

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
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	金銭管理は個々にて行ってもらっており、必要に応じて夜間のみ預かるなどの対応を行っている。現在は利用されていないが、ホーム側での金銭管理も可能である。		
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	手紙を書かれる方は定期的に手紙を送ってもらっていたが、現在は書かれる方はいない。電話に関しては希望者には施設内電話を使用し、連絡を行っている。		
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	共用空間は窓が大きい為、光を取り入れやすくなっている。季節ごとの創作物を掲示するなど、季節感を損なわないように心がけている。	2階は食堂兼リビング・浴室・トイレ(2ヶ所)居室(3室)で、3階は居室(6室)トイレ(1ヶ所)となっている。居住空間が2・3階の構造で、安全確保の為廊下・エレベーター前に監視カメラを設置している。リビングのテレビ横にソファを設けて、小人数で語れる場を創っている。	
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	リビングのテーブルやいすの位置を用途により変える事で、利用者様が思い思いに過ごせるよう努めている。		
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	危険を伴う物以外は自由に持ち込みしてもらっている。特に以前から本人に馴染みの深い物品をお持ちいただけるよう推奨している。	ベッド・防災カーテン・洗面台・クローゼットが設置されている。全員が男性で、身寄りのない人が多く室内の持ち込みは少ないが、入り口に表札を飾り、手作りの折り紙・小物作品を部屋に飾って、個々の趣きとなっている。	
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	見守りや、介助のいる利用者様でも希望があれば、手すりなどを活かして、安全に歩行して頂けるよう努めている。		