

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	3190200430		
法人名	医療法人社団AST		
事業所名	グループホームすずかぜ<葵ユニット>		
所在地	米子市二本木1125番2		
自己評価作成日	平成31年2月13日	評価結果市町村受理日	

※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.kai.gokensaku.nhlw.go.jp/31/index.php?act=onkouhyou_detai_1_2018_022_kani=true&Ji_gvosvoCd=3190200430-00&PrefCd=31&Ver_si_onCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	米子市米原2丁目7番7号		
訪問調査日	平成31年2月22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、ご家族様を巻き込んだ自立支援に取り組んでおり、各イベントや、行事、レクリエーションなどを都度ご案内し、積極的に参加していただいております。また、医療連携を密に図ることで、緊急時などにも速やかに対応でき、安心していただけることはもとより、日々生活の中での健康の維持・管理にも努めております。温かく、明るく家庭的な雰囲気の中で安心して過ごしていただけるよう職員一同が、元氣と笑顔で日々接するよう心掛けており、利用者様や、ご家族様に、意見や要望、ご意向など、言っていただきやすい雰囲気づくりにも努めています。

【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)】

グループホームすずかぜは国道沿いの会社などに囲まれた商業地域にあります。医療法人が経営されているため、医療連携を密に取られます。終末期の対応も家族の希望に添えるよう体制があります。看取り研修は大阪まで行かれ職員は理解され看取りの対応に努められます。
職員は認知症を理解され、利用者の様子や生活の中から役割を持ってもらい利用者本位の支援が行われています。利用者は表情が豊かで、健康で安定された生活を送られています。

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

[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	地域住民・ご家族と蜜に関わり、個人の尊厳を守りながら、温かい雰囲気の中で、その人らしい生活が送れるよう個々に応じた自立支援に努めている。	グループホーム理念は管理者の指導とユニット会議等で周知され職員は共有されています。利用者の個々の状態を理解され理念に沿った支援が行なわれています。	
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	自治会への加入は、地域の事情によりできていないが、自施設の催しや祭り・イベントの案内を行い、参加を促している。また、地域の運動会や祭りに参加させてもらい、交流を図っている。	ホーム近隣は商業地域であり地域の公民館や地域の住宅と距離があり交流ができていない環境ではありますが、ホームより公民館等に催しや祭り、イベントの案内を置かせてもらい交流につなげておられます。ホームの秋祭りでは炊き出しを行い、地域の方に多く参加頂き交流が図られました。地域の運動会や祭りに参加させてもらい交流が図られています。	
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	地域へ向けての勉強会を行う、までに至ってはないが、自治会の連絡協議会へ参加し、各自治会長、民生委員へ、自施設で認知症ケアの取り組みを行い、また、認知症に関わる相談窓口を設けていることを発信している。		
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践、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	運営状況、ケアの具体的な取り組み、イベントや催しの計画、ヒヤリハット・自己報告書について話し合い、意見交換から次回の推進会議までの改善報告を行い、サービス向上に繋げている。欠席者には、会議議事録を郵送し、理解を得ている。	2ヶ月に1回開催されています。入居者、家族、地域包括支援センター、医療、福祉コンサルタントに出席頂かれています。運営状況、研修会の参加状況や食事、口腔、排泄、認知症ケア対応等の取り組み、ヒヤリハット、事故報告、虐待防止について等意見交換を行われています。意見交換後次回の運営推進会議までに改善報告を行われサービス向上に繋がります。欠席者には会議議事録を郵送され理解を得ておられます。	
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	運営推進会議へ参加をしてもらい、現状報告して周知してもらう。また、事故案件など重要事項については、都度相談し報告をおこなっている。また、利用状況について、包括支援センターと連携を取り合っている。	運営推進会議に参加頂かれ。現状報告の周知。事故案件など都度相談、報告を行われています。利用状況については、地域包括支援センターと連携が取られています。	

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
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	運営規定の項目に【身体拘束について】の項目を掲げ、職員、利用者、家族がいつでも閲覧できるようにし、意識づけをする。また、3か月に一度身体拘束委員会を開催し、身体拘束についての意識を高めている。	身体拘束について職員、利用者、家族がいつでも閲覧できるようポスター等事業所内に設置され意識付け、理解に取り組まれています。3ヶ月に1回身体拘束委員会を開催され身体拘束についての意識を高めておられます。「スピーチロック」は管理者が都度指導されています。	
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	管理者、職員は高齢者虐待の防止、対応事例等の資料回覧、配布により、その必要性と重要性について意識づけを行い、また、研修機関で実施される虐待防止研修に可能な限り参加している。		
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	現在、制度を必要としている入居者がおられないため確立していないが、今後研修会などに参加することで学ぶ機会をつくる。		
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	契約時には、その内容と事項を説明し、必ず理解を得てから署名・捺印をいただいている。以降に発生した疑問や不安に関しては、運営推進会議を活用し、その解消に努めている。		
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	定期的に行われている運営推進会議や、カンファレンスで、家族の意見・意向を聞き、対応手段を検討、実践、報告を行う。また、各フロアにご意見箱を設け、活用している。	運営推進会議やカンファレンスで家族の意見、要望を伺われ対応されています。フロアの意見箱には投函はされず、管理者、職員に直接意見・要望等話される家族もあります。頂いた意見・要望は介護計画に繋がります。	
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	毎月のユニット会議への参加で職員との意見交換を行い、また、相談しやすい雰囲気作りを心掛けている。また、外部への研修参加を促したり、共同の閲覧書庫をすることで、仕事への意欲向上、質の向上に努めている。	管理者と職員は、毎月のユニット会議で意見交換が行なわれています。個人面談も行われ相談等できます。職員から出た意見等は管理者から代表者に伝えられます。事務所内でアセスメント等記録の共有ができケアの充実につながっています。	
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	法人での就業規定をいつでも閲覧できるようにし、諸手当や昇給などの報酬制度をわかりやすくすることで、働く意欲に繋げているよう心掛けている。また、有給休暇の活用と、リフレッシュ休暇を取り入れている。		

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
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	職員の勤務状況、能力を踏まえ、法人内研修を受ける機会を設けている。現場指導員を介入することで、ケアに対する不安を疑問を解消できるよう取り組んでいる。		
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	地域ケア会議や、地区介護事業所連絡会へ参加することで同業者と交流を図り、サービス向上を図っている。		
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	入居前に、本人と話しをするほか、関係先事業所や、家族から情報をとり、生活歴を把握する。その上で新たにアセスメントシートを作成し、本人と関わることで、なじみの関係、信頼関係が早期に作れるよう努めている。		
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	施設内を見学してもらい、方針や取り組みを理解していただいた上で入居していただき、入居後は面会時や電話などで連絡を取り合い、意向を伺うように努めている。		
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	各担当者、計画作成担当者は、本人・家族の意向を伺いケアプランを作成し、支援するよう努めている。		
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	一日の生活の中で、食事・掃除・洗濯などを職員と一緒にやり、また、利用者の力量に応じて、作品づくりやちぎり絵、編み物などを行い、達成や完成の喜びを共に分かち合っている。		
19		○本人と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	いつでも面会に来ていただけるような温かい雰囲気作りに努め、行事への案内、毎月、写真付きのお手紙を送ったり、いつでもご家族と外出ができるよう調整なども行っている。		
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	本人の意向や生活歴の中から、馴染みの場所に外出できる機会を設けたり、友人、知人、親戚などの面会もしてもらえるよう努めている。	職員はお茶の時間の時に一緒に座り行きたい場所や要望等を伺い馴染みの人や場所等把握され馴染みの場所等へ出かけられています。家族や知人との面会の折には、自室や地域交流室、ホールなど話しやすい場所で行なわれています。	馴染みの場所や人との関係から回想法に繋げて行かれると良いと思います。

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
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	毎日のレクリエーションや、行事へ参加していただくよう声掛けをし、一緒に楽しめるよう働きかけ、職員が間に入り、入居者同士が良好なコミュニケーションが図れるよう努めている。		
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	退居後も、一定の期間でお手紙を送り、電話などで近況を伺ったりしている。		
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	ケアプランを作成する前に、本人、家族からの意向を伺い、また、日常の関わりの中で、本人の望まれることや思いをさりげなく会話の中から把握できるよう心掛けている。	本人、家族から意向を伺われたり、日常の言葉の中や様子等から希望、意向を把握されています。困難な方は家族から生活暦等伺われ意向、希望に繋がられます。	
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	入居前までの生活歴や、その背景を、家族や事業所から情報収集し、把握するよう努めている。		
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	関わりの中から、その方の生活や行動のパターンを把握し、できること、を活かした関わりをするよう努めている。		
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	本人にとってのなじみの物や、楽しみにされること、などを本人、家族より聞き出し、生活に取り入れることができるよう支援計画に取り入れている。	管理者と担当は本人、家族から楽しみや希望、日頃の生活の様子など利用者に合わせて内容を話し合わせ介護計画に取り入れられています。モニタリングは毎月行われ、評価・見直しは6ヶ月に1回実施されています。状況に変化があった時は随時介護計画を変更されます。	
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	タブレットや介護日誌、連絡ノートを活用し、気づいたことや、成果のあったことなどをチームで共有し、今後のケアに繋げていけるよう努めている。		
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	症状の変化や、新たなニーズがみられたときなど、都度家族に連絡、相談し、一緒に解決策を見出していけるよう取り組んでいる。		

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	近所に一緒に買い物に出かけたり、外出での楽しみを感じてもらうことで、地域との交流を図り、良好な関係が築いていけるよう心掛けている。		
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	事前に受診予定日をお知らせし、診察にいつでも同席していただけるよう配慮している。また、いつでも相談できることで安心してもらえる環境作りにも努めている。	利用者、家族が同意された上で、協力医をかかりつけ医とされています。請求書と共に往診日をお知らせをお送りし、往診日には家族にも同席をお願いされます。整形外科、眼科等の受診は家族が行われます。受診の際には情報提供が行われています。	
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	毎日のバイタルチェックで状態を把握し、少しでも変わったことや状態の変化が見られた時には速やかに相談し、指示を受けて支援している。また、週に一度、看護指導記録を作成し、職員が周知できるよう努めている。		
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。	医療連携室、相談員と密に連絡を取り合い、情報共有を行い、適切な支援が受けられるよう努めている。また、入院された際は、定期的な訪問と、退院に向けての評価を行っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合、終末期ケアについての指針を掲げており、入居前に本人、家族の意向を伺ったうえで、説明し、了承を得ている。	重度化、終末期ケアの指針が作成されており、入居時に本人、家族に意向を伺いながら、丁寧な説明を行い同意を頂かれています。看取り研修は大阪まで行かれ、職員は3回に分けて全員参加されています。	
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	急変時や自己発生自について、医師・看護師・薬剤師より指導を受けており、必要に応じてその状況に対応できるよう常に心掛けている。		
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	定期的な職員と入居者合同の避難訓練の実施、及び洪水時避難計画を作成し、一時避難場所となる地域商業施設とも連携がとれている。	年2回避難訓練が実施されます。避難訓練については地域ケア会議の資料を活かされています。運営推進会議で取り組みを報告されています。洪水時避難計画も作成され一時避難場所の地域商業施設と協定書を交わしておられます。	

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
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	声掛けの仕方、表情を常に意識し、傾聴、共感の姿勢で接するよう努めている。	声掛けの仕方や敬語を使う、利用者の表情を意識する等、傾聴、共感の姿勢で対応されています。特に入浴、排泄の場面において誇りやプライバシーを損ねない言葉掛けや対応で支援が行なわれています。希望があれば同性介助も対応されます。	
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	日常生活動作においては、問いかけ、質問形式で本人の思いを表出しやすいように声掛けし、更衣や食事、買い物などの場において、選択をしてもらう機会をつくるように心掛けている。		
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	食事や入浴のタイミングは本人に伺い、可能な限り希望に添えるよう支援している。余暇については気分や状態に合わせて提供している。		
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	本人の好みや、習慣を把握し、お化粧品や、帽子、好きな衣類や小物を着用してもらえるよう努めている。		
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	盛り付けや、簡単な調理を一緒に行い、食につながる楽しみを感じていただけるよう努めている。食事は個々でトレーにのせて提供し、可能な方は配膳、下膳をしていただいている。	盛り付けを職員と一緒にされたい、配膳、下膳は可能な方にお手伝い頂かれています。ホームでは炊飯と味噌汁が手作りされています。主菜、副菜は業者を利用し栄養バランスの取れた内容となっています。カレー、鍋料理の時は業者発注を止めホームで利用者、職員で楽しみながら作られています。誕生会はケーキを作りお祝いされます。外食は班に分けて出掛け楽しまれています。朝食はパン食の日もあります。	
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	塩分・カロリー計算をされ、柔らかく安全な介護食を提供している。摂取制限のある入居者に対して、医師・看護師の指示を仰いで提供している。		
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、全入居者の口腔ケアを実施し、また、義歯などは毎夜、消毒を行っている。		

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	排泄のアセスメントを実施し、排泄パターンを確立することで、オシメ→リハビリパンツ→布パンツへ移行できるよう支援している。	排泄のアセスメントより排泄パターンを把握され、リハビリパンツから布パンツへと移行できるよう支援が行われています。病院退院後はオムツ使用の方がおられるが、トイレで排泄の支援を行い、リハビリパンツから布パンツへと移行できるよう支援されています。	
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	毎日の朝食に、ヨーグルト、または牛乳を、本人の好み、排便状況に合わせて提供している。また、排泄チェック表を記入して、便秘には早期対応ができるよう努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	午前・午後の時間帯で、本人の望まれる時間帯や、回数に合わせて調整を行っている。	1日2～3人入浴頂かれます。本人希望の時間帯や回数に合わせて入浴支援が行われています。体調に合わせた清拭も行われます。拒否の方は時間をずらしたり、職員を変えての声掛けで入浴板だkれています。時期によってはゆず湯などの入浴をされます。入浴後はスポーツ飲料等で水分補給をされます。重度化した場合の対応として機械浴対応も行われます。	
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	落ち着いて入眠できるよう、安心できる環境づくりに努めている。		
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	個人ファイルに、服薬における効果、副作用などがすぐに確認できるよう綴じてあり、また誤薬や服薬ミスが起きないように、服薬手順書、チェック表を作成し活用している。		
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	本人が得意とすることや、これまで趣味としてされていたことなどを、レクリエーションに取り入れ、掃除や洗濯などの役割分担をし、声掛け見守りをして、行っている。		
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	職員同行で、買い物に出かけたり、家族を含めたレクリエーションの計画や、気分転換の散歩などで外出する機会を設けている。	職員同行で買い物に出かけられたり、天気の良い日などは気分転換を兼ねてホーム周りを散歩されています。家族参加の行事計画も立てられており、花回廊には家族も参加され楽しめました。。	

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	目的のものがあれば、買い物と一緒に出かけ、一緒に購入する、までを行う。財布が手元になく不安を感じられた時には、きちんと管理されていることを伝え、実際に見ていただき安心していただいている。		
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	年賀状を出したり、毎月のお手紙で本人の様子を知っていただき、気軽に連絡していただくようお願いし、電話などの取次ぎもやっている。		
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	季節を感じられる装飾品や、落ち着きを感じられるよう植物や花を飾って、視覚からの楽しみも感じてもらえるよう工夫をしている。	各ユニットホールの一角には在宅時の生活に近い雰囲気を味わって頂けるよう、畳を敷き冬場にはこたつを設置し、くつろいで頂けるよう工夫されています。季節の花を飾り季節感も感じて頂けるようにされています。ホールには加湿器を設置され風邪等の感染症を防いでいます。ホール、居室はエアコンの温度を調整され過ごしやすい温度となっています。	
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	廊下にソファを設置し、いつでもくつろいでいただけるようにし、共有スペースにはコタツをおいて、どちらでも入居者同士が談話できるような空間を置いている。		
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	使い慣れた、馴染みのある家具や、置物、絵画などを持ち込んでいただき、本人が好まれる空間を作れるよう支援している。	馴染みの家具や使い慣れた物や置物、絵画等それぞれ持ち込んで頂き、居心地良く過ごして頂けるようにされています。在宅時はベッド使用では無い方には、今までの生活や転倒防止を考慮し、畳を敷き布団使用にも対応されています。	
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	日々の生活の中から、その方のできることを見出し、危険がないことを確認しながら、できることはしていただくよう支援している。		