

### 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	2391200264		
法人名	南医療生活協同組合		
事業所名	グループホーム みんなのざいしょ		
所在地	愛知県名古屋市南区鳴浜町5丁目10番		
自己評価作成日	令和元年11月13日	評価結果市町村受理日	令和 2年 7月 7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://www.kaizokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2391200264-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaizokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2391200264-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	令和元年11月29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)】

法人内にある3つの病院と連携をとることで、医療面で不安な入居者様(ご家族)も安心して生活されています。毎日笑顔で過ごすことを、大切にしながら支援しています。また、食べることが大好きな入居者様と一緒に、毎日食事作りを行っています。毎月の外食、外出(全員・個別)、地域住民(組合員)との交流も入居者様の楽しみの一つになっています。  
生活機能向上連携加算(リハビリとの連携)・口腔衛生管理体制加算(歯科との連携)・栄養スクリーニング加算(栄養士との連携)を取得しており、他職種との連携もとれています。連携を強化することで、生活の質を向上し、入院することなく、最期まで元気に過ごすことができるグループホームづくりを目指しています。看取りも複数、実施してきました。職員一同、利用者様の「その人らしさ」を大切に支援を心掛けています。

【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)】

この1年で4名の利用者の入れ替わりがあり、別れの寂しさと新しい出会いの楽しみの中、ホームとしては落ち着いた状態を維持している。管理者も着任2年目を迎え、地域との関りも深まり、医療生協組合員との関わりや交流も進んでいる。組合員の会議(班会)やサロンへの参加等、利用者も積極的に一組合員として関わり、地域組合員の一人として活動できるまでになっている。  
ホームの支援としては、毎月の外出レクリエーションの継続、誕生日の個別外出等に力を入れ、利用者の楽しみに応え、利用者満足度も上々の感がある。ホームの名前の通り、その人にとっての「ざいしょ」になるように、利用者同士が協力し、助け合える第二の我が家を目指し、ホームの暮らしが「まんざらでもない」と思える、その人らしい生活の継続の手助けを目指すホームである。

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、生き生きと働けている (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
<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	人権尊重、自己決定を基本に役割を実感してもらっている。 健康で安全に暮らし、地域との関わりや繋がりを大事にしていくことを意識して実践している。	利用者の自己決定を日常支援の基本とし、役割を持った日常生活の実現を目指している。職員もこれをよく理解し、利用者の普通の生活支援に邁進している。	
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	地域のスーパーや喫茶店などを利用し、顔なじみの関係ができています。2名の入居者様は、地域の美容院を利用し、繋がりを持つように支援している。おたがいさまの家や、地域との会議に利用者様と参加できています。	地域組合員さんとの関係作りに励み、サロンや班会等、何かと声をかけてもらえる関係性が構築できています。その他、地域資源の活用で、喫茶店や美容院利用、スーパー利用等を継続し、日常的に交流している。	
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	班会を事業所で開催し、地域との交流を持つことができています。運営推進会議に利用者様と職員が参加。近隣の店舗に、パンフレットを貼っていただきました。		
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ヶ月に一度のペースで開催できています。事業所状況の報告や、満足度アンケート、外部評価の結果を報告し、改善に向けての話し合いができています。	年6回の会議を開催している。年3回は地域の同法人グループホームと合同で開催し、多方面からの意見聴取と意見交換を実現し、視野が広がった感がある。聞き取った意見や提案はホーム運営に反映させている。	
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	市との連携もとれている。運営推進会議の報告は必ず実施している。南区認知症地域資源マップにも登録し、お問い合わせにも応じている。法令遵守に関わる相談も積極的に行っている。	市の担当部署とは適切に連携を図り、運営に関する相談や報告を通じて、助言や指導を仰いでいる。地域包括支援センターが運営推進会議に出席し、ホームの実情理解を進めるとともに、協働できる事項を模索している。	
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	身体拘束適正化委員会を3ヶ月に一度、実施。学習会は、年2回、職員会議で実施している。各居室には鍵がついているが職員が鍵をかけることはない。	ホーム内に委員会を設置し、3か月毎の委員会開催で、事例検討を行っている。内容は毎月の職員会議で周知を図り、職員間でも話し合いを行っている。また、年2回の学習会では、身体拘束廃止に向けての正しい知識と理解を推進し、意識共有を図っている。	
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	虐待の事実はない。学習会は、身体拘束と同様に年2回実施。スピーチロックについて職員会議で検討している。		

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
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	学習会は、できていない。 学習の機会を設けていく。		
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、解約時は必ず話し合いの場を持ち、理解いただいた上で、締結している。 改定時は、全家族に同意書を貰っている。		
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	面会時などに意見など聞くようにしている。 また、アンケートも実施し、検討することがあれば職員会議等を利用し運営に反映させている。	家族の来訪は多く、意見や提案の直接の聞き取りが容易な環境がある。また、毎年度の法人アンケートで家族の満足度調査を実施し、結果を参考に改善点を検討している。意見や提案には迅速に対応し、適切に運営に反映させている。	
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	毎月の職員会議、ミニカンファレンス、申し送りなど意見交換の場を設けている。 初期、中間、期末と個々に面談を実施している。	毎月の職員会議と勉強会、毎週火曜のミニカンファレンス、毎日の申し送り等々、職員意見の表出の機会を確保している。年3回の定期面談では、個人目標の達成度の検証を行うほか、不定期でも個人面談を実施し、意見や提案を聴取している。	
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	毎月の指導部会議や、年2回の面談を行い、目標・実績の確認をしあっている。		
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	法人内の教育制度を利用している。 また、個々に研修等を案内し参加できている。 毎月の職員会議にて学習会を実施している。		
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	法人内外での学習会や研修に参加し、交流を図っている。 GH連絡会にも参加。タイミングが合えば、職員も参加している。		

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
<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	可能な方は、見学に家族だけでなくご本人にも参加してもらっている。家族からの聞き取りも実施している。入居後、不安のある方に対しては、家族と連携をとり、無理のない範囲で面会を促している。		
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	意見や要望を聞くようにしている。 入居初期は、電話での様子報告や面会時に口頭で伝え安心してもらっている。		
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	しっかりと意見や要望を聞いている。また、ニーズに対して、連携機関と協力し、求めている事が叶うよう対応している。		
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	一緒に生活することで利用者様から学ぶことが多い。食事や洋裁など教えて下さる。なんでも利用者様と相談、協力して日常生活を送ることができている。		
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	普段の様子は、面会時、お便り、モニタリングで伝えている。 クリスマスや誕生日など、ご家族様の出番も提供している。		
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	個々の馴染みの場所へ外出できるよう支援している。また、地域と馴染みの関係になれるように外出なども実施している。手紙や電話の制限がなく、関係が継続できるように支援している。	「利用者のなじみの場所への外出」を目標に、本人の希望に沿って、以前から通っていた美容院、馴染みの飲食店、デパートでの買い物等へ個別支援で外出している。また、家族の来訪支援とともに、家族外出を推奨し、法事等への親戚付き合いの継続、自宅帰り等の事例がある。	
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	利用者様の関係を把握するように努めている。座席などの配慮もできている。 けんかもあるが、関係が崩れないように職員が介入し支援できている。		

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	通夜に参加。後日、お線香をあげに出かけた。退去後も、いつでも連絡できることを伝えている。家族がボランティアに来て下さっている。		
<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	職員の担当制を導入。担当を中心に情報収集に努めている。本人の希望を大切に支援している。	利用者担当制で責任の所在を明らかにし、担当からの情報発信を重視している。毎週のミニカンファで実施するケアカンファレンスで情報を共有し、個別支援を軸に支援内容を検討している。	
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	ご本人との会話や、ご家族様との会話から把握に努めている。 アセスメントシートを活用し、職員で共有できる仕組みがある。		
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	日誌、経過記録、申し送りノートを活用し、職員全員が把握できるようになっている。		
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	3ヶ月に一回、家族も含め担当者会議を実施できている。リハビリ職員との連携もとれている。リハ、家族、本人、担当職員の意見を反映できている。	モニタリングとサービス担当者会議を3ヶ月毎に実施し、支援内容を検証している。基本的には6ヶ月毎に介護計画見直しを実施し、状態と状況に合った目標設定を検討している。本人と家族参加のサービス担当者会議開催で、本人意向重視の介護計画立案を実現している。	
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	特記事項の記録は、赤字で入力し共有できるようになっている。 職員会議やカンファレンスにて職員間で検討、共有し介護計画に活かしている。		
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	利用者様やご家族様のニーズに、できるだけタイムリーに応えるようにしている。その時々思いに柔軟に対応する力をつけている。お墓参りなど、個々に合わせている。		

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	近隣のスーパーや喫茶店など、馴染みの関係が築けている。 地域住民、友人などの来訪も制限なく、気軽に来て頂いている。		
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	星崎診療所の定期往診あり。また、随時の往診も可能。24時間対応の仕組みがあることや、母体が医療法人ということもあり、利用者様だけでなく、ご家族様も安心されている。	法人内診療所をホーム協力医とし、月1回の往診と熱発等の随時往診を支援している。医療連携の訪問看護師の週1回の訪問で、利用者の健康管理を行い、協力医と連携して、早期に適切な受診が受けられるようにしている。母体が医療法人ならではの強みが、本人と家族の安心になっている。	
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	訪問看護と連携がとれている。 週1回の訪問だけでなく、利用者様の変化時など、24時間連絡がとれる仕組みになっている。 看護師に繋ぐマニュアルもある。		
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。	協力医療機関との連携がとれている。相談連携室の職員や、病棟看護師と密に連絡をとり、入退院がスムーズにできるようになっている。 GHで対応できる範囲なども共有している。		
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	契約時に、本人と家族の意向を聞きとり、ホームの方針を伝えている。状態変化時は、医師や家族とカンファレンスを実施している。本人やご家族様の想いに応えられる終末期支援をチームで実施している。	本人と家族の意向を重視し、医師と看護師の協力を得ながら、ホームのできる限りの終末期支援を行っている。ホームでの看取りについては、最終的には医師の判断となり、ホームでの対応可能となれば、家族と協力して看取り支援を行っている。最期までホームで…の希望は多い。	
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、事故発生時マニュアルを使用することを徹底している。学習会も実施している。訪問看護との連携も取れている。		
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	年2回、建物内の事業所合同で、避難訓練を実施している。夜間想定も実施。非常食も確保している。運営推進会議で地域の方への協力要請も依頼している。	年2回、5月と11月に避難訓練を実施している。消防署は5月に立ち合いがあり、避難方法と避難経路の指導を受けている。飲食料の備蓄も進み、各居室に飲料水を蓄える、保存場所の工夫もある。地域組合員との連携も万全で、想定できる限りの有事に備えている。	地域連携を考え、地域防災訓練に利用者も参加する等、視点を変えた取り組みが期待される。また、立地を考え、風水害避難訓練の検討が望まれる。

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
<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	ユマニチュードを取り入れ、接遇や声掛けの改善に努めている。学習会も定期的を実施している。一つ一つの支援に同意を得るようにしている。	接遇やプライバシーに関する学習会のほか、法人の推進するユマニチュードの発表会で、利用者に対する対応方法や事例検討を行い、成果の検証を行っている。一人の利用者対象に接遇の対応改善を図り、利用者の変化を記録し、事例発表会に向けて、具体的に取り組んでいる。	
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	利用者様の食べたいものを食事のメニューに入れている。外食も利用者様と話し合い、決めている。利用者様の生活なので職員が強制するようなことはない。自己決定が難しい方には、選択肢を与える支援を心掛けている。		
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	日々の入浴、買い物、散歩、喫茶店など利用者様の希望に添うように支援している。時間の制限もなく、好きな時間に好きなことができるように支援している。		
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	化粧品や、洋服などご家族様や職員が同行し、購入している。希望者には、化粧の支援もしている。毎日の洋服は、利用者様が選んでいる。		
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	調理から片づけまで利用者様が主体で行っている。個々の得意分野を活かした支援を心掛けている。行事食や外食も楽しみの一つとなっている。配食材を使用しているが、利用者様からの訴え時は、食べたいものを作っている。	スーパーの配達サービス、業者の配食材を活用し、細々したものを利用者や買い物に出かける事で効率化を図っている。食事の準備は利用者とともに、ほぼすべての工程を役割分担して取り組んでいる。行事食も利用者や話し合い、手作りを楽しんでいる。	
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	食事量、水分量を記録に残している。水分量は夕方時点で遅番に申し送り、少ない利用者様には摂取してもらうよう促している。トロミや食事形態など個々に応じた対応ができています。栄養士とも連携がとれている。		
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	歯科と連携がとれている。ブラッシングの方法や受診など、歯科からの指示を個々に合った形で支援している。全員、毎食後の口腔ケアができています。		

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
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	必要な利用者様は、パターンをつかむようにしている。基本的には、布パンツを着用しトイレでの排泄を支援している。パットが自己にて当てられるよう、貼り紙などをし自立支援に取り組んでいる。	トイレ排泄を基本に支援している。利用者一人ひとりの状態と状況に合わせた介助方法を検討し、利用者が戸惑わないように、職員同対応の介助を実践している。布パンツ利用の利用者もおられ、状態の維持向上支援を継続している。	
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	排便確認が必要な利用者様は、把握し共有する仕組みがある。 水分、食事、運動にも配慮し、医師や看護師と連携をとりパターンをつかむようにしている。		
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	毎日、入浴が可能な体制をとっている。 自己にて1日おきに入浴したいという利用者様も希望通り入浴できている。 他利用者様との兼ね合いもあるが、基本的には制限していない。	毎日の入浴を提供し、希望に沿って入浴を支援している。隔日や毎日入浴希望、2日置き希望等、様々に対応している。意思尊重を図ることにより、入浴拒否はほぼ見受けられない。自立で入浴する利用者もおられることから、状態の維持にも力を入れている。	
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	照明は自己にて調整できるようになっている。 巡視も安眠を妨げることがないように配慮している。 日中でも利用者様の体調に合わせて、休んでもらっている。		
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	薬剤師との連携がとれている。 薬剤情報は個人のファイルに綴じており、いつでも確認できるようになっている。 また、新しい薬など薬剤師から得た情報を共有できている。		
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	洋裁、茶道、生け花など、利用者様個々に合った支援ができている。コーヒー好きな利用者様が多い為、モーニングに行くこともある。		
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	基本的に、毎日外出できる仕組みがある。利用者様が順番に外出できるよう、チェック表を活用している。地域への外出も増えてきた。 誕生日には、利用者様の思い入れのある場所などの外出を担当職員が企画している。	日課の散歩や食材の買い物や、郵便局へ行ったり、回覧板を回したりと、日常の外出機会を意識的に作っている。地域サロンの「おたがいさまの家」参加、地域組合員の班会参加等、組合員活動での外出もある。月1回の外出企画、誕生日外出など、行事外出の機会も多い。家族外出を楽しむ利用者もおられる。	



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	基本的には、ホームにて管理している。自己管理を希望されている利用者様は、トラブルにならない範囲で自己管できている。いつでも使えるように、支援している。		
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	電話や手紙に制限はない。現在の手紙がくる利用者様がみえる。家族への電話の訴えがあった際は、かけるようにしている。年賀状も毎年、実施できている。		
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	清潔に配慮している。レクにて季節に合った作品を作り、掲示している。また、ソファでゆっくりテレビを観るなど普通の生活が送れるように配慮している。	共有空間のリビングダイニングは、まさに共同生活の場の中心であり、それぞれの持つ役割発揮の場である。利用者同士が支えあう心が形になり、ホーム独特の雰囲気を醸し出している。笑いあり涙あり、叱ったり叱られたりなどの日常の舞台は、利用者が主役となり、職員が黒子のように立ち働く環境がある。	
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	独りになれる空間は、居室以外にないのが現状。ソファに座り、テレビを観たり、新聞を読んだりできるスペースはある。また、交流の場になっている。		
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	入居時に、本人様を使い慣れたものを持ち込んでもらうようにしている。転倒予防にて動線確保も実施している。居室掃除やシーツ交換など、利用者様と行っている。	どの居室も、入居前もこうして暮らしておられたのだろうと想像ができる環境がある。使い慣れた家具や家電、家族の写真等を思い思いに配置し、本人が居心地よく安らげる居室づくりへの配慮がうかがえる。	
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	居室前には、表札を出している。貼り紙にトイレの場所を案内している。トイレ内にも自己にてパット交換できる貼り紙をしている。		