

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】 ユニット1

事業所番号	2371301181		
法人名	株式会社 パートナーシップ		
事業所名	グループホーム優楽家		
所在地	名古屋市守山区百合が丘1812		
自己評価作成日	平成30年11月27日	評価結果市町村受理日	平成31年3月20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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&JigyosyoCd=2371301181-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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	愛知県名古屋市中区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成30年12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)】

医療連携体制も定着し、利用者の状態変化時は、本人、家族、医師、看護師、ホームと話し合いの場を持ち、方向性を決めている。医療職と共に重度化を予防する対応策、重度化した場合の方針を随時検討している。また、本年1月にホームで初めてもちつき大会を行い、家族の参加や、安全面で訪問看護師も立会い、近隣住民の方も興味を示され、今後の交流につながった。8月には、近所のリーススペースを借り、「コミュニティカフェ」を開催。利用者が接客し、認知症の方の個々の強みを最大限に活かし、また地域の方と気軽に交流できる機会となった。

【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)】

ホームでは、近隣のグループホームの方との連携した取り組みが行われており、事業所間で協力しながら、年1回の合同の運営推進会議を開催している。近隣のグループホームとは、地域交流をテーマに考えながら今年度から新たな取り組みが行われており、近隣のお店だったスペースを借りてカフェを開催する取り組みが実現しており、地域貢献につながる活動が行われている。日常生活についても、利用者一人ひとりがホームでの生活が前向きなものになるように、一人ひとりの意向等に合わせた介護計画が作成されている。介護計画の内容を職員間で共有しながら細かな記録を残し、日常の支援につなげている。また、ホームでは身体状態の重い方もホームでの生活を継続できるような支援が行われており、医療面での連携を深めながら、利用者の看取り支援を見据えた体制がとられている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価結果

ユニット1

〔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。	開設当時の理念を継続して掲げ、職員に理念の定着を図っている。また、時代と共に変化するグループホームの地域で果たす役割を意識し、その実践に努めている。	運営法人では、新たに基本理念をつくっており、理念を職員間で共有する取り組みを始めている。理念については、事務室やホーム内への掲示が行われており、職員の意識向上につなげる取り組みが行われている。	
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。	自治会主催の夏祭り、学区の民生委員主催の未就園児と高齢者の触れ合いサロンに参加している。また、自主活動として、近隣の公園の清掃活動を行っている。	ホームからの働きかけも行いながら、ホーム職員が自治会の役員を務める等、地域の方との交流の機会をつくっている。また、近隣のグループホームの方とも連携しながら、新たに近隣の場所を借りてカフェを行う取り組みを始めている。	近隣のグループホームの方と始めている新たな取り組みが、地域の方にも知ってもらい、利用相談につながる等の地域貢献にもつながることを期待したい。
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。	他のグループホームと合同でコミュニティカフェを開催し、認知症の方が接客し、地域の方と直接的に、また対等に関わることで、ありのままの認知症の方の理解を深めている。		
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。	他事業所との合同運営推進会議では、“認知症カフェ”について話し合い、その実践に向けて検討し、他事業所と協同で“コミュニティカフェ”という形で実践につなげている。会議のメンバーにも参加を呼びかけている。	会議については、年間を通じて様々なテーマを考えながら会議を行っており、出席者と意見交換を行う取り組みが行われている。また、年1回、近隣のグループホームとの合同の会議を開催しており、交流の機会にもつながっている。	
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取り組んでいる。	随時、区の生活保護の担当者、いきいき支援センター、認知症地域支援推進員と情報交換に努めている。	ホームには生活保護の方が生活していることもあり、市担当部署との情報交換等が行われている。地域包括支援センターとの情報交換の機会をつくったり、新たに開始することになった共用型デイサービスを通じた情報交換等が行われている。	
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。	身体拘束等の適正化のための指針を整備し、定期的な研修を実施している。また、身体拘束は虐待に当たるという認識を深め、安易な発想による類似行為も防ぐよう話し合っている。	身体拘束を行わない方針で支援が行われており、ホーム内には施錠を行わないように、職員間で連携した利用者の見守りが行われている。また、定期的な検討会議や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。	虐待に至る一歩手前の不適切対応について話し合い、常態化していないか確認している。また、専門職としての自覚、意識付けを促している。		

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。	成年後見制度、身元保証制度については、市の成年後見センターにや法律事務所に問い合わせたり、講習会に参加したり、常に情報収集している。家族からの相談にも、可能な限り応じることができるよう努めている。		
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。	契約に関しては、事前に重要事項説明書に沿って、利用者又は家族の方に施設利用する上での説明を行い、理解、納得の下、署名と捺印したものを双方一部ずつ保管し改定の際にはまず書面にて案内、提案し了解を得るようにしている。		
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。	家族には、家族会を開催しホームへの要望や提案、また家族間での相互の意見交換を行って頂き、利用者には普段から要望、不満等の意見を拝聴する機会を設け、その内容を会議等で報告し運営に反映している。	家族会の他にもホームの行事を通じた家族との交流が行われており、意見交換等につながっている。家族からの要望等については、内容にも合わせながら管理者や計画作成担当者が対応している。また、毎月のホーム便りの作成が行われている。	
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。	月1回の全体会議、各ユニットごとのカンファレンスで職員の意見を聞くと共に、必要に応じて時間外にも席を設け話し合いを行っている。職員の自己評価シートを基に面談も行っている。	毎月のユニット会議及びホーム全体の会議が行われており、職員からの意見等をホームの運営につなげる取り組みが行われている。ホームでは新たに管理者が交代しており、職員との面談等を進めている状況でもある。	
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。	現場管理者は直属の上司及び代表者に定例の会議で職員の勤務状況や要望を報告し、代表者はそれを受け処遇改善の為に設備投資や昇給、コミュニケーションのために慰労会、忘年会等を開催し福利厚生に努めている。		
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。	認知症に関する社内研修は年に2回程行い、外部より講師を依頼することもある。また、随時、高齢者介護に関するテーマを設け、勉強会を行っている。新人職員には、入社当初は新人研修を行い、内容に応じて社外の研修に参加を促している。		
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。	近隣グループホームと協同で区内の介護事業所に希望者を募り、介護と医療の連携を考える勉強会を行っている。また、区の地域包括ケア推進会議(認知症専門部会)が主催するセミナーや事業に参加している。		

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
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。	入居の相談の際は、訪問したり、来所して頂き、見学や面談を重ね、不安の解消や本人の要望を聞くようにしている。希望に応じて、1日体験利用も行っている。		
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。	入居相談の際は、訪問、来所を通して、家族の意見、疑問に耳を傾け、制度の問題やサービスの内容など、家族の視点に立ち、不安の解消に努めている。		
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。	入居の相談時には面談を重ね、現時点で本人と家族の望む必要なサービスは何か見極め、事業所のサービス内容を提示し、相互理解に努めている。利用していたサービス事業所からも情報を得て、継続的な支援ができるよう努めている。		
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。	職員も利用者と同じ時間、空間を共有する者として、利用者のその時々々の想いを共感し、共に考え、支え合い、信頼を得て頂けるよう関係作りに努めている。		
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。	随時、本人に対する家族の意向を伺い、それを踏まえた支援ができるよう努めている。家族が抱えている問題や背景等も配慮し、それぞれの家族関係の維持を支援している。		
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。	個々に今まで培った地域との関係や人間関係の把握に努め、入居後も関係を継続できるよう援助している。気軽に友人、知人が訪問できる環境作りに努めている。	入居前からの関係の方がホームに訪問したり、外出した際に友人、知人と会う等、利用者の入居前からの関係継続の取り組みも行われている。また、家族との外出もあり、喫茶や買い物に出かけたり、時には自宅に戻り家族と過ごしている方もいる。	
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。	職員は常に利用者の状況、人間関係を把握し、トラブルの際もさり気なく介入し、問題解決に努めている。利用者同士が快適に交流し良好な関係が維持できるよう支援している。		

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
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、相談窓口として気軽に相談して頂けるよう、呼びかけている。また、入居中に交流のあった方が、ボランティアとして訪問して下さることもある。		
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。	本人の意志を尊重した生活スタイルを維持できるように努めている。適切に言葉で表現できない方については、日常生活を通して、日々の言動から本人の望みを把握している。	職員間で日常的に利用者一人ひとりの申し送り記録を残しており、職員による利用者に関する意向や気づき等を日常の支援につなげる取り組みが行われている。また、毎月のカンファレンスを実施しており、利用者に関する意向等の検討が行われている。	
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。	入居時に今までの生活歴についてアセスメントし、職員間で情報を共有できるようにしている。また随時、家族や親戚、知人等から得た情報は記録に残し、カンファレンスで発表している。		
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。	今までの生活スタイル、生活習慣を重視し、本人の持っている能力や機能を充分生かして生活できるよう支援している。		
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。	本人の日頃の言動から、どんな生活を望んでいるか把握し、随時、本人や家族と話し合っている。状況によっては医療関係者の意見も伺い、総合的にカンファレンスで話し合いを重ね、介護計画を作成している。	介護計画は6か月での見直しが行われており、担当者による毎月のモニタリングを行いながら、利用者の変化等に合わせた見直しにつなげている。また、日常的にも介護計画の内容に合わせた記録を残す取り組みが行われている。	毎月のモニタリングを実施しているが、モニタリングの結果に合わせて行っている定期的な評価を充実する取り組みにも期待したい。
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。	日々のケアの実践は個人の介護計画に反映している。一日の全体の様子、特記事項、伝達事項は申し送りノートで情報が共有できるようにしている。		
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。	個々の求める要望や状況に応じて、介護保険外サービスの利用を検討したり、医療関係者と連携して、医療保険の訪問マッサージを取り入れたりしている。		

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
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。	地域の保育園との園児交流や近隣の量販店への買い物や喫茶店、美容院を利用し利用者の日々の暮らしを充実する為に地域にある資源を活用することで満足や豊かさを感じてもらっている。		
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。	日常の健康管理は、事業所と協定を結んだ協力医の訪問診療を月2回受け、全ての利用者の必要に応じて、指示、助言を頂いている。他の医療機関を希望する方は、並行して受診できるよう支援している。	ホーム協力医による定期的な訪問診療が行われているが、利用者の中には今までのかかりつけ医を継続している方もあり、家族の協力を得ながら受診が行われている。また、週1回の訪問看護が行われており、医療面での支援が行われている。	
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。	訪問看護事業者と契約し、看護師の週1回の定期的な訪問を受け、利用者個々の状態、状況を的確に伝え適切な助言、指導を受け、必要に応じて看護師を通して、協力医へ報告し指示を仰いでいる。		
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。	入院時は、家族と共に病状説明を受け、入院前の生活状況などを情報提供している。入院中は、極力病室へ出向き、医師、看護師などの関係者と情報交換している。退院前は、現状把握のため、担当看護師から、病状や注意点など情報収集している。		
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。	慢性疾患の悪化、心身状態の顕著な変化の際は、協力医より家族に説明して頂き、重度化、終末期も視野に含め、意向を確認し、医師、家族、ホームの三者で今後の方針を話し合っている。	ホームでは、身体状態が重い方もホームでの生活を継続しており、利用者の身体状態等に合わせた家族との話し合いが行われている。医療面での連携を深めながら看取り支援の経験もあり、利用者の中にはホームで最期を迎えた方もいる。	昨年度から協力医療機関が変更になっているが、看取り支援は以前の協力医のもとで行われている。新たな体制のもとでのホームの継続的な支援体制に期待したい。
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。	緊急時の対応について、対応マニュアル作成し、会議等で周知徹底している。事業所ではAEDを設置し消防署署員の指導も受け緊急時に対応できるよう準備し、玄関先にも案内板を掲示している。		
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。	年2回の防災訓練では、夜間時の火災発生を想定した避難訓練を実施。また、訓練時は利用者には事前に予告せずに行い実際の非常時の状況を想定し避難誘導を行っている。	年2回の避難訓練の際には、夜間を想定した訓練や通報装置の確認が行われている。地域の方との協力関係や近隣のグループホームとの情報交換等が行われている。また、水や食料等の備蓄品の確保が行われている。	ホームには身体状態が重い方が生活している方もあり、利用者の避難誘導には困難も考えられる。地域の方との協力関係等、ホームの継続的な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。	自尊心、羞恥心とは何か、職員自身に置き換えて考えてもらい、言葉や態度で表現できない方も一人の人として当然の権利が守られるよう配慮している。外泊中など、本人の希望に応じて、居室に鍵を使用する場合もある。	運営法人の基本理念には、利用者を尊重した対応についても記載されており、職員が日常的に意識するような働きかけにつなげている。また、個別ケアを重視しながら、職員への注意喚起の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。	職員の価値観や主観を提示するのではなく、個々の思いに即し、自ら自己決定できない場合は、選択肢を提示するなど、工夫しながら自己決定を促している。		
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、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。	一人一人の生活リズムや習慣、ペースがあることを把握し、できる限り個別性のある支援を行うと共に、日常的に決まりや都合を優先した支援にならないよう努めている。		
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。	洋服の買い物やお気に入りの美容院の付き添い支援をしている。日常の洋服もご本人が好きな服を選ぶことができるよう、声掛け支援している。		
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。	簡単な調理準備や盛り付け、配下膳、食器洗いなど、できる限り利用者と共に進めるようにしている。得意分野を活かし、利用者間トラブルにならないよう役割分担している。食事前に嚥下体操を行い、誤嚥予防に努めている。	メニューをその日に職員で考え、利用者の希望等の確認も行われている。利用者も調理や片付け等のできることに参加する取り組みが行われている。利用者の身体状態に合わせた食事形態の提供や職員も一緒に食事を行っている。	
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。	利用者共用のミニ冷蔵庫を設置し、個人の宅配飲料などを保管し、自由に使用して頂いている。毎日、水分、食事量は記録に残し、状態確認をしている。個々の嚥下状況に合わせ、ミキサー食、刻み食、トロみ付きの水分を提供し、誤嚥防止に努めている。		
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。	食後には必ず声掛けで口腔ケアを促し、介助が必要な方は職員で支援している。夜間は、極力義歯を外して頂き、就寝中に義歯洗浄を行っている。		

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。	オムツ類使用者も定期的に必ず便座に座って頂き、トイレでの排泄を促している。廊下にモニター設置し、自立している方の排泄パターンの確認に努めている。	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取り組んでいる。トイレでの排泄を基本に考えながら、排泄状態の維持、改善につなげている。また、排泄に関する医療面での支援も行われている。	
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。	排便に関しては、別紙の排便チェック表で個々の排便リズムを把握している。毎朝食にヨーグルトを提供し、便秘の方にはこまめに水分補給を促している。便意がない方も腹部マッサージを行ったり、しばらく便座に座って頂く事で排便を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている。	基本は隔日の入浴であるが、毎日の希望のある場合にも対応できるようにしている。拒否のある方は、直接的な声掛けでなく、世話をしながら気分を高めてもらったり、さり気なく浴室に案内している。	毎日の入浴の準備が行われており、利用者は1日おきに入浴している。時間も午前を基本にしながら午後にも対応している。また、身体状態に合わせた職員複数による入浴介助や季節に合わせた入浴等も行われている。	
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。	利用者個々の生活リズムに合わせ、好きな時間に休息して頂いたり、就寝時間もその人に合わせて対応している。夜間眠りの浅い方については、生活歴や昼間の活動を見直している。		
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。	薬の変更時は、常に申し送り、把握の統一に努めている。また、服薬マニュアルに基づき、服薬介助の方法を統一している。服薬のことで困った時は、自己判断せず、薬剤師に相談している。		
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、家族から得られた情報を下に、掃除、洗濯、炊事のそれぞれの場面で、個々の得意な事や好きな事に携わって頂いている。また、畑で野菜を栽培し、水やり、草取り、収穫も行っている。		
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支援している。	日々の中で、買い物、喫茶、ドライブ等、可能な限り希望に沿った外出支援をしている。毎月の行事では季節にちなんだ企画をし、遠出や外食を行っている。離れた親戚、知人に会いたい時は家族の協力をお願いしている。	利用者が日常的に外出することができるように、ホーム周辺を散歩したり、買い物等を通じた外出が行われている。季節等に合わせた外出行事として、花見や公園等への外出が行われている。また、利用者の希望に合わせた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。	利用者の個人の希望によっては、家族了承の下、小額の現金を所持してもらい、安心感を得てもらっている。また、買い物に出掛けた際にはできる方には、ご自分で支払いして頂くよう支援している。		
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。	家族、親戚、知人等に連絡を取りたいという希望に応じて、電話や手紙はいつでもできるよう支援している。また、携帯電話を持ってみえる方も電話をしたい時にかけている。年賀状も本人の手書きであいさつ文を書いて頂くよう支援している。		
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。	利用者が自分の家にいるような家庭的な雰囲気を出し、本人にとって馴染みの場所であると思ってもらえるような配慮をしている。また、季節の植物や飾り付けを利用者と共に行うことで季節感を感じて頂けるよう努めている。	ホームでは、広めに設計されているリビングで利用者がゆったりと過ごすことができるような配慮が行われている。また、季節等にも合わせながら花を飾ったり、利用者や職員の作品を掲示する等、アットホームな雰囲気づくりにも取り組んでいる。	
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。	共用空間の居心地の良さそうな所にソファや椅子を置き、一人でも数人でも気ままに自由に過ごせ、また家族、来客と談笑もできる場所として工夫している。		
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。	居室には家族と相談しながら、本人の愛用の家具、雑貨等、使い慣れた物や趣味の作品、思い出の物なども取り入れ、本人の居心地の良い空間作りに努めている。	居室には、利用者や家族の希望にも合わせた家具類や馴染みの品々の持ち込みが行われており、一人ひとりに対応している。また、利用者の中には神棚をつくる等、入居前からの生活習慣を継続している方もいる。	
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。	屋内ではできる限り自由に行動できる環境として、EVや階段も利用者本人が利用できるように開放しながら、常にモニターや目視で行動を見守り、目の届かない居室には人感センサーで行動を把握し安全を確保している。		