

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	2770700876		
法人名	有限会社 老蘇さん		
事業所名	グループホーム老蘇さん		
所在地	大阪府河内長野市木戸西町2丁目8番20号		
自己評価作成日	令和元年8月15日	評価結果市町村受理日	平成32年1月15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	令和元年10月21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)】

家庭的な雰囲気を大切にし、それぞれの利用者の方が自分らしい生き方を継続していけるように支援しています。またそのための環境や体制作りができるように努めています。また、入所される以前に関わりのあった社会や人との繋がりが入所したことで途絶えることがないように継続していけるよう支援をしています。

【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)】

事業所は、駅から近くの住宅街に位置し、設立後15年の歴史があり、地域の人々に認知されている。年齢を重ねても「自分らしく生きていきたい」ということに焦点を当て、「もう一つの我が家」としての創設者の思いがあふれている。事業所の名称は「老いても蘇る(よみがえる)」という地域の老人の呼び方から引用して親しまれている。家庭的な交わりの中で、一緒に共生する環境作りに取り組み、認知症カフェやキャラバンメイトで地域交流して、認知症に対する理解を深め、相談も受けている。職員間のコミュニケーションは良好で離職率が少なく、また内部研修などで介護の質の向上を図り、利用者や家族との信頼関係を構築している。

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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 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、その時々々の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	家庭的な雰囲気大切に、利用者の方それぞれにとって居心地の良い場所になるように努めている。理念と介護の心構えを掲示し、職員が共有して質の高いケアを実践していけるように取り組んでいる。	玄関前の目に触れる場所に、「のんびりとした温もりのある、誰にとっても居心地の良い場所を目指していきます。」など3項目の事業所理念と、運営方針、「おいそさんの介護の心得」を掲示している。毎月のカンファレンス時に、職員全員で利用者に対する考え方を確認して実践している。	
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人として日常的に交流している	地域での認知症カフェの運営に関わっており、施設を利用されている方、地域の方が交流できる場を作り、周知活動を行っている。また、日常的に買い物や散歩にも出たり、自治会の行事にも参加させていただいている。	市内の3グループホーム交代で、街のドラッグストアの一角で「認知症カフェ」を月1回行っている。地域に向けて認知症についての周知活動を行い、地域の人の介護相談も受けている。自治会行事や秋祭りに参加している。月1回市の傾聴ボランティアの協力で、利用者の思いを把握している。ボランティアが月3回訪問し、フラワーアレンジメントや認知症パートナーによるカラオケ・紙芝居を楽しんでいる。	
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	認知症コーディネーターとして市に登録し、地域での認知症に関する啓発活動や認知症キャラバンメイトとして認知症サポーター養成講座のお手伝いをさせて頂いている。		
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	運営推進会議の意見交換の中で地域の特性を理解し、地域の中で地域密着サービスとして貢献していけるように努めている。	地域には高齢世帯が多く、運営推進会議をキャラバンメイト活動や介護相談の場としている。市の許可を得て、近隣3つのグループホーム合同で開催し、会議場所は輪番で設定している。市介護保険課・社会福祉協議会・地域包括支援センター職員・民生委員・管理者3人・家族(順番)が参加している。議事録は参加者に送るが、家族全員には開示しておらず、今後は議事録を玄関前に置く予定である。	
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	運営推進会議での意見交換や市役所で行われている定例会議に参加し、協力関係を築いている。	市役所の会議室でグループホーム部会を2ヶ月毎に行い、情報交換を行っている。市からの情報はメールで受け、地域の連携や勉強会への参加を行っている。ブルーカード(病状急変時対応システム)についての説明を受けて、職員に周知している。	

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
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「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	身体拘束を行わないケアの実践に取り組んでいる。安全のために玄関の内扉を設置しているが、利用者の方が外に出たいときに出てもらえるように対応している。	職員は、身体拘束を行うことの弊害を十分に理解してケアを行い、言葉かけも優しく穏やかである。玄関は段差があり、危険防止のために格子戸風内扉を設置している。外出希望者は、毎日玄関先での外気浴で気分転換し、閉塞感を感じさせないよう対応をしている。	
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	身体的な暴力はもろろん、精神的虐待が起きないように職員のストレスケアやヒアリングを行っている。		
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	入所されている方で制度利用されている方がおり、制度を学ぶ機会がある。また、必要な方が支援を受けることができるように関係機関と連携を取り支援をしている。		
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	契約書、重要事項説明書に基づき説明を行い、質問、疑問に対して随時対応し、理解してもらえるように努めている。		
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	家族さんの訪問時やケアプランの説明の時に家族さんの意見・希望を伺い、出来る限り意見を反映していけるよう努力している。また、介護相談員制度を活用し、月に一度相談員の方に利用者さんからの直接の意見を聞いてもらい、それをケアに活かせるようにしている。	家族の意見や要望は、面会時やケアプランの説明時に個々に把握している。家族にメールを発信し、返信や直接電話を受けて意見を聞いている。家族の要望を取り入れて「足浴」を取り入れ、今では利用者全員の足浴を行っている。便秘がちな人には、オリゴ糖をヨーグルトに混ぜて提供して改善している。	

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
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	定例会議、カンファレンス会議、個別の面談で職員の意見を聴く機会を設けている。	毎月末の木・金曜日の2日間で、職員全員が会議に参加できる機会を設けている。カンファレンス会議と勉強会で、今必要とするケアなどテーマを決めて話し合っており、職員が製薬会社から「認知症に関するパンフレット」を取り寄せるなどして、意欲的に勉強するのを応援している。	
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	勤務時間、仕事の効率化について見直し、働きやすい環境作りができるように努めている。また就業規則の見直しを行い、やりがいのある職場環境の整備を進めている。		
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	外部への研修の参加も声掛けを行い、参加してもらっている。施設内でも定例会議の時に勉強会を行い、質の高いケアの実践に繋げていけるように努めている。		
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	ケアネットワーク会議、認知症コーディネーター会議に参加しており、地域での研修や勉強会があれば積極的に参加している。		
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	サービスの導入時に家族さんはもちろん、関わっている他事業所の方と連携を取り、できるだけ細やかにアセスメントを行い、本人の要望・課題に対して支援していけるように努めている。		

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
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	初期に話し合いをする時間を持ち、お互いが理解し、信頼して頂けるように努めており、必要に応じて、通所サービス、ショートステイサービスの利用も活用して頂いている。		
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	本人又は家族の方への肉体的・精神的負荷が大きくなるように配慮をしながらサービスの導入を進めるように努めている。		
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	家庭的な環境の中で、利用者の方が担ってもらえる役割を担当してもらい、お互いに支え合った生活ができるように支援をしている。		
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	サービスの導入にあたり、生活の場が移っただけで、家族としての支援は継続して行ってもらえるようお願いしている。また、家族さんとの外出の企画をしたり、訪問時に無理のない形でケアに関わってもらえるように支援をしている。		
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	馴染みの方との関わりを大切にし、出来る限り関係を継続できるように、時には訪問することもある。	利用者の高齢化に伴って地域の知人は減少しているが、利用者の兄弟姉妹、孫などの訪問者はある。利用者が行きつけの店の人が面会したり、外出して訪問したりしている。職員が付き添って、喫茶店や美容室に個別に出かける支援を行っている。	

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
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	利用者の方同士の会話や関わりを大切に、状況を見ながら、大きなトラブルや混乱が起きないように支援をしている。		
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	サービスの終了後も家族や本人と関わりがもてるよう支援をしている。		
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	本人を中心にどのようなケアがQOLの向上につながるのかを検討し、細やかにアセスメントをとっている。	利用者の望む生活が送れるように、日常的に対話しながら想いを把握している。居室も本人の家であると言うことを念頭に対応している。気持ちの表現が困難な人は、家族の意見を聞いたり、表情を観て職員が推察して対応している。	
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	本人から直接ヒアリングすることはもちろんのこと、家族の方やこれまで関わりのあった方からも情報収集に努め蓄積している。		
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	定期的に生活全般に関わるアセスメントをとり、本人の生活に焦点を当てた支援ができるように努めている。		

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
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	介護職員、家族さんと話し合いの中で介護計画書を作成し、本人にも希望や要望を聞き、それを反映できるように努力している。	介護計画書は、3ヶ月毎にモニタリングを行って6ヶ月毎に見直し、利用者の状態変化時はその都度見直している。担当者会議に代わる毎月のケア会議で、カンファレンスノートや担当職員の意見を参考に、計画を作成している。家族には、電話や面会時に利用者の日頃の様子を伝えて、希望・要望を把握し、計画に反映するよう努めている。	
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	日々のサービスの内容を個別に記録し、定期的に評価を行い、介護計画の見直しを行うことで利用者のQOLを高めることに繋げることができるよう努めている。		
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	1人1人の個別のQOLを高めるために、出来る限りニーズに合わせた対応ができるよう取り組んでいる。		
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	地域のボランティアの方が開催して下さる催しに参加したり、馴染みの方がおられる場所への訪問を馴染みの職員が同行することで安全を確保しながら楽しみのある暮らしを送ってもらえるよう支援している。		
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	信頼できるかかりつけ医と連携を取りながら、適切な医療を受けることができるように支援している。通院に関しても本人及び家族の方の希望に沿って同行支援を行っている。	かかりつけ医は、契約時に利用者や家族の希望を聞いて決めている。協力内科医の往診は2週間に1回、歯科は月に2回往診がある。その他の医療機関には家族が付き添っているが、行けない時は職員が同行している。診療結果に変化がある時は家族に伝え、適切な医療を受ける支援に努めている。	

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
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	介護と看護が連携し、必要に応じて医療へと繋げる体制が取れている。		
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	利用者の方が適切な医療を受け、早期に退院ができるように、家族さんへの支援や医師からの病状の説明がある時は同席し、必要に応じてサポートを行っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族と話し合いをする機会に終末期のあり方について話し合い、定期的に確認を行っている。また、ターミナルケアに関する研修にも参加し、施設での看取りの指針と看取りをするにあたっての書類の整備を行っている。	入所契約時に、重度化や看取りについて利用者・家族に説明し、医療が必要になった場合も説明しているが、同意書などは交わしていない。基本的に看取りを行っていないが、看取りの経験はある。利用者の重度化に伴って、家族の要望を聴きながら、現在看取りについての外部研修への参加や内部研修を行い、書類作成と看取りが可能な体制を整えている。	利用者や家族のニーズを十分に把握し、事業所で出来ること・出来ないことを明確にすること、緊急時・重度化・終末期について、事業所の体制を整備して医療連携体制を構築すること、看取り指針・看取り対応マニュアル・手順書などを作成してチーム支援を行うこと、を期待する。
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	定期的に状況の確認や応急対応の訓練を行い、実践力のある対応ができるように心がけている。		
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	年に2回の避難訓練を行い、昼と夜を想定した対応も訓練時確認を行っている。地域と協力しての訓練は行えていないが、自治体規模での災害訓練の案が運営推進会議で話題に上がっていたので、行われる時は共同で支援できるように協力体制を築いていきたい。	災害対応マニュアルや緊急連絡網を整備し、年2回避難訓練を実施している。自動通報装置のシステムを取り入れている。非常物品として米・水・カセットコンロなどを用意している。近隣住民に訓練参加を呼びかけており、今後は地域の防災訓練にも参加することになっている。	

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
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	利用者の思いに寄り添いながら、言葉の使い方や関わり方への配慮を行うように気をつけている。また、個々にこれまで生活してこられた生き方を尊重したケアの実践に努めている。	利用者の誇りや人格を損なわないよう、言葉遣いに気を付けている。利用者の生活に共感していることを常に伝え、寄り添って支援している。利用者のプライバシーに配慮したケアに努め、個人ファイルは事務室のロッカーに保管している。	
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	本人の自己決定を尊重し、相手の方の能力に合わせてできる限り希望に合わせた選択が出来るように支援をしている。		
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	相手の方に合わせた生活のペースで過ごしてもらえるように支援をしている。		
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	衣類を選ぶときは、出来るだけご自分で選択してもらえるように相手の方に合わせて声掛けを工夫している。また、訪問美容を活用し好みの髪形にしてもらえるように支援を行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	旬の野菜を美味しく食べてもらえるように会話しながら、出来ることはお手伝いをしてもらっている。また、献立に拘らず嗜好に合わせて食事の提供を行っている。	食材は生協の配送を利用したり、スーパーで買ったりして地場の旬の野菜を使い、台所で調理して提供している。利用者は下ごしらえや後片付けをしている。利用者の好みを聞きながらメニューを作成している。クリスマス会など行事食を取り入れたり、ベビーカステラ・ホットケーキのおやつレクレーションや、焼きそば・たこ焼きの食事レクレーションの機会もある。	

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
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	元気に過ごしてもらえるように水分・食事を摂ってもらえるように支援をしている。また、食事の動作や嚥下能力に合わせて楽しく食事が摂れるように形態を工夫している。		
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	本人の習慣に合わせた口腔ケアをしてもらえるよう支援を行っている。また歯科往診により定期的な口腔内の状況観察とケアを受けるとともに、毎日のケアで口腔機能が低下しないように支援している。		
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	排泄の状況をアセスメントし、気持ちよくトイレで排泄ができるように支援を行っている。夜間においても2時間ごとに見回りをを行い、トイレに起きて来られない方は尿取りパットを交換をすることで対応している。	布パンツ・リハビリパンツの利用者それぞれの排泄パターンを把握して声かけし、誘導してトイレでの排泄の支援をしている。夜間は、オムツ利用者には定時交換をしたり、随時声かけしてトイレ誘導したりして支援している。ポータブルを利用している利用者もいる。	
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	水分の摂取量やバランスの良い食事、運動量の確保ができるように利用者さんに合わせた便秘解消支援を行っている。		
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	入浴の時間や間隔をなるべく本人のペースに合わせて行い、入浴の準備からじこにてできることは自分でしてもらうように支援し、お手伝いの必要なところは介助を行っている。	週に2回～3回を基本に、利用者が希望する時間に入浴している。拒否する人には、職員やタイミングを替えたり、清拭に変更したりして、清潔保持に努めている。入浴剤や季節の柚子湯・しょうぶ湯などで楽しんでいる。自分好みのシャンプーを使っている人もいる。出来る人は毎日足浴をしている。	

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
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	相手の生活リズムに合わせて、就寝時間や居室の温度、部屋の明るさなどを調整している。		
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	服薬の内容と効果、副作用を頭に入れながら、注意して観察と記録を行い、症状に変化があった時は速やかに主治医に報告を行い指示を仰いでいる。		
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	役割や楽しみを持つことで、生活の充実につながることを理解し、利用者の方が張りのある生活を送ることができるように支援をしている。		
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	閉鎖的な環境にならないように、いつでも外に出ることができるような体勢を取っている。また、本人の希望に沿った外出も支援できるよう取り組んでいる。	近くを散歩したり、喫茶店にお茶を飲みに行ったり、スーパーへ食品や衣類の買い物に出かけている。遠くに行けない時は、庭に出て外気に触れる機会を設けている。公園の桜を見に行ったり、担当者と一緒に車で寺の紅葉見物に出かけている。家族と一緒に外食や買い物に出かける人もいる。	
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	本人の能力に応じて支援を行っている。		

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
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	手紙や電話を利用して、家族さんや関わりのあった方との連絡が取れるように支援を行っている。		
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	利用者の方が安心して落ち着ける空間作りができるように努めています。また仕切られた空間を利用し、相性の良い利用者さん同士や、合わない性格の利用者さんがストレスなく過ごすことができるように配慮している。	庭に柿の木が植えられ、玄関は格子戸で我が家の趣がある。リビングが3ヶ所あり、利用者はそれぞれに好きな場所で寛いでいる。書家の作品を飾った応接間にはソファが置いてあり、長い廊下の壁には、利用者の切り絵や貼り絵で作家のイラストを制作して掲示している。利用者の若かった頃の写真も貼り、懐かしく工夫した空間作りをしている。	
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	カーテンの仕切りや席の配置に配慮して、落ちつける空間づくりができるよう工夫している。		
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	使い慣れ、見慣れたものを利用してお部屋作りができるように支援している。	居室にはベッド・エアコン・カーテン・クローゼットが用意されている。利用者は、テレビや筆筒など使い慣れた家具を持ち込み、お茶の道具やラジカセなど趣味の道具も置かれ、その人らしい部屋作りをしている。フローリングにカーペットを敷いて、自分好みにして居心地良くしている人もいる。	
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	分かりやすいような張り紙や安全に過ごすことができるように手すり、内扉の設置があり、出来る限り自立した生活が送れるように支援している。		