

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	2771500705		
法人名	生活協同組合ヘルスコープおおさか		
事業所名	グループホームゆおびか		
所在地	大阪市東成区大今里1-23-12		
自己評価作成日	平成23年5月16日	評価結果市町村受理日	平成23年6月14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.osaka-fine-kohyo-
----------	---

【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 親和ビル4階		
訪問調査日	平成23年5月27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)】

<p>生活協同組合であり地域組合員の協力の中で診療所、通所介護、グループホーム、組合員センターの連携で一人の人が地域生活を継続できる見守りやサービスがある。またグループホームはパーソナル・センター・ケアの考え方に学び、事業所理念「心に寄り添い気付きのある介護を目指します」を実践する為、法人内外のつながりを築き研修会、学習会、交流会の積極的な参加を心がけ認知症ケアの力量を職員それぞれがつけていき、よりよいチームワークの実践に取り組んでいる。それと共に法人全体の取り組み「ISO9001」のマネジメントシステムを活用することで利用者満足追求に取り組んでいる。</p>

【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)】

<p>事業主体は、大阪市内に、訪問介護・入浴・看護・通所介護、診療所、居宅介護支援、グループホーム等々を運営する、生活協同組合ヘルスコープおおさかである。ホームは、平成15年12月に、併設型鉄骨造り、3階建ての、3階部分に、1ユニットで開設された。1～2階には、診療所とデイサービスが併設されている。ホームの名前の「ゆおびか」は、「落ち着いた、ゆつたりとしたさま」という意味から命名された。医療生協の理念は「地域まるごと健康づくり」と安心できる「保険・医療・福祉のネットワーク」づくりを基本とする、住民自主組織である。ホームの理念は「心に寄り添う気付きのある介護をめざす」として、利用者の「ゆおびか」な「その人らしく生きること」を目指し、安心出来る居場所作りに向けて、管理者、職員が一体となったの真摯な実践の取り組みの姿が見られる。</p>
--

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、一緒にゆつ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)	○ 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	理念に基づく職場目標を掲げ、各職員が何をすれば職場目標を達成できるのかを役割マトリックスで明確にし個人目標を作成し毎月進捗を管理して具体化する取り組みをしている	理念を「心に寄り添い気付きのある介護をめざします」とし、「その人らしく生きること」を目標に、利用者が安心できる居場所作りを支援している。職場目標・職場の使命を掲げ、常に目標の進捗状況の確認を実施している。	
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	町会に加入し地域行事、防災訓練、商店街サロン利用、日々の買い物地域商店街を利用する等で常日頃のお付き合いの継続がある	地域の商店街サロンの立ち上げに参加したり、地域の防災訓練への参加や郵便局・町会対象認知症サポーター養成講座開催等での地域との密なる交流を実施している。	
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	認知症サポーター養成講座、区内認知症介護実践報告の開催、地域ネットワーク委員の学習会の協力等の取り組みをしている		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し情報の共有が行われている。出された意見や要望を災害対策、地域との協働、同業者の交流会、具体的な活動へ繋げている。	平成22年度は、年6回開催して、29名の参加があった。参加者は、利用者家族、地域包括支援センター職員、地域住民の代表、管理者等の参加で、各種の報告事項を議題として、双方向的な会議を実施している。	
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	包括主催の認知症の学習会、認知症地域ケア多職種共同研修事業参加等で協力関係を築くよう取り組んでいる。	日常的に、東成区地域包括支援センターの担当者との各種サービスに関する相談・情報交換・指導等を受けて連携を図っている。東成区地域包括センターが主催する、認知症の学習会や研修事業等にも参加して協力関係を築いている。	
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	開設当初より施錠はしていないこと、職場会議等で身体拘束の内容を共有している。	管理者及び職員は、身体拘束をすることの弊害は良く理解している。認知症ケアの専門職として高齢者虐待の正しい理解が不可欠として、職員の集合教育を継続課題としている。	今後も、虐待の実態と理解が正しくでき、認知症の専門職として日々のケアに活かすための集合教育が期待される。
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	どのような行為が虐待にあたるのか日頃のケアの場面や職場会議で周知し4/17日に学習会を開催した。		

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
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	認知症介護実践者研修参加(6名)において権利擁護の学び、パンフレットの配布等で支援をしている。		
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	ISO9001のグループホーム入居受付契約手順書に則り説明と納得を得る取り組みをしている。		
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	ISO9001の介護事業所不適合管理手順書、グループホームサービス計画書、虹の箱等ご家族の思いを外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映する取り組みをしている。	苦情相談窓口を設置し、管理者による意見、苦情、不安への対応をしている。毎月定期的に「ひがしなり」を発行し、随時には、申し送り帳等での利用者・家族の意見・要望を把握して、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	職員の中には労働組合に加入し労働条件、労働環境の提案ができる、また職場会議でも意見、提案をし皆で話し合いながら改善するよう取り組んでいる。	毎月の職員会議で、職員の様々な意見・提案を聞く機会を設けている。日頃の業務においても、職員の意見やコミュニケーションを図っている。個人職場目標があり、年2回、管理者による個人面談を実施している。	
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	正社員の就業規則はあるが、パート職員の就業規則は作成途中にあり労働組合と法人の話し合いがなされている。		
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	法人の全事業所はISO9001を取得し、管理者は教育マネジメントに則り一人ひとりの力量の把握から法人内外の研修参加の機会を確保し、シフトに組み込み働きながら力量をつけていくシステム作りに取り組んでいる。		
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	法人は民医連等の交流や学習会参加の取り組み、事業所は大阪市グループホームネットワーク、東成区グループホーム現場交流会、ゆおびか実践報告会、法人格を超えた横のつながりの交流が盛んに行われている。		

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
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	ISO9001のグループホーム利用に関する要求事項明確化手順書に則り、センター方式シートや独自のツールを使いながらご本人の暮らし作りをご本人と一緒にする取り組みをしている。		
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	ISO9001のグループホーム利用に関する要求事項明確化手順書に則り、センター方式シートや独自のツールを使いながらご本人の暮らし作りをご本人と一緒にする取り組みをしている。		
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	ISO9001のグループホーム利用に関する要求事項明確化手順書に則り、要求事項にえられる能力を当グループホームが有しているのかの確認を行い、他グループホームや他サービスを含めて必要なところへ繋げるよう努めている。		
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	パーソン・センタード・ケアの理念を目指しそのケアの実践においてセンター方式シート、独自のツールを使い共に生活し、かかわりを高める取り組みをしている。		
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	1ヶ月に一度、手紙で様子を知らせる、センター方式シート、独自のツールの取り組みをお伝えする、認知症の理解を深める資料をお渡しする等と一緒にケアを考える取り組みをしている。		
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	一人ひとりの資源マップ、センター方式シートC-1-2を作成しこれまでの大切にしてきた馴染みの人や場所との関係を理解し日々のケアに活かす取り組みをしている。	アセスメントシート、センター方式の心身の情報シート等を活用し、利用者の生活歴や心情を把握して、馴染みの友人の訪問、神社、学校、温泉地等への訪問で、従来の生活の継続性の確保の支援がある。	
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	センター方式シートを利用した日々の記録から利用者同士の相性やかかわりの傾向を把握し、共に生活するもの同士支えあえ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
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	亡くなられた後の家族の訪問や研修の協力、新しい入居者の紹介をしてくださる等、自然なつながりがある。		
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	センター方式シートC-1-2、資源マップ、独自のツールを利用しご家族様からの情報提供も依頼しながらご本人の思いや暮らし方の希望、意向を把握する取り組みをしている。困難な場合も同じツールを利用し思いを把握するよう努めている。	個人記録の中に利用者の日々の言葉を記録し、気付きシート、申し送りノート、家族からの情報を収集して、利用者の暮らし方の希望・意向を把握している。把握しづらい面は、利用者の自己決定を促がす対応をしている。	
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	センター方式シートC-1-2、資源マップ、独自のツールを利用しご家族様からの情報提供も依頼しながらご本人の生活歴、馴染みの暮らし生活環境、これまでのサービス利用の経過等を把握する取り組みをしている。		
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	センター方式シートを利用した日々の記録用紙を利用し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。		
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	ひもときシートをアレンジした気付きシートを利用しニーズと課題とケアのあり方を家族、本人、関係者と情報共有をしながら各職員が全ての利用者の介護計画作成にかかわる努力をしている。	気付きシート、個人記録、診療情報提供書、業務日誌、本人、家族、職員等から各種の個人情報収集し介護計画書が作成される。見直しは介護計画書の評価欄で行う。認知症の行動・精神症状に対する思考が課題である。	職員は介護計画書作成に参加しているが、認知症のBPSD(行動・精神症状)に対する思考展開が不十分なので、センター方式シート、資源マップ等の活用での思考が期待される。
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	センター方式シートを利用した個人記録、月一度のグループワークで作成するC-1-2、資源マップを介護計画の見直しのインプット情報として活かしている。		
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	診療所、デイサービス、組合員センター、ボランティアと協力しその時々生まれるニーズに対応できるよう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。		

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	月一度のグループワークで資源マップを作成し、職員間で情報の共有をすることで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に支援している。		
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	ご本人、家族の希望、症状に適した医療機関を利用しご本人と家族が安心して暮らせるようかかりつけ医と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。	あくまでも、これまでのかかりつけ医を基本としつつ、事業所の協力医療機関等の医師をかかりつけ医とする場合には、本人と家族の納得と同意を得ている。	
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	職場内看護師は週3日の勤務時、いまざと診療所の看護師は都度、その他地域の医療へは往診時に普段の様子を伝え服薬の相談や体調の相談をし適切な受診や看護を受けられるよう支援している。		
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。	利用者が入院した際、定期的に病院へ訪問し本人とのかかわりを切らさないよう、また病院関係者と家族と情報の共有をすることで退院後の受入れがスムーズにいかに支援している。		
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・家族の思いを確認、その後もセンター方式シートC-1-2を使い、変化する気持ちを都度確認している。また終末期の方針を全職員でグループワークをしてまとめ、家族へも伝え、馴染みのかかわりのなかで最後まで生活できるように取り組んでいる。	「看取介護に関する意向確認書」があり、入所時の早い段階から、本人、家族、医師、関係職員等での方針の共有と支援が話し合われている。利用者の随時の経過記録は「終末期ケアマネジメントシート」で行っている。看取りの経験もある。	
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	職場会議等で一人ひとりに起こりうる急変や事故発生への対応を都度周知している。定期的な訓練は今後の検討課題である。		
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	災害時連絡網の作成、町会との防災訓練、診療所との防災訓練に取り組み日頃の意識を高める取り組みをしている。	避難訓練は、年2回定期的に実施している。1回は夜間避難訓練が行われている。近くの民生委員を中心にした、災害時の「担架」での救出訓練も実施している。夜間の災害時の地域住民との協力体制も築かれている。	

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
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	3ヶ月に一度「アルツハイマー病患者の権利」をもとに作ったチェックリストで各職員が自身の振り返りし、職員同士が意識をする努力をしている。	利用者のプライバシー保護の取り組みに関するマニュアルを作成し、職員の研修も実施している。入浴時、排泄時には、利用者の誇りやプライバシーを損ねないように、さりげない言葉かけをしている。	
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	センター方式シート、資源マップ作りから思いや希望を探り、自己決定できるように働きかける取り組みをしている。		
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、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	それまで暮らしてこられたリズム、ペース、日課などを家族、ケアマネージャー、ヘルパー、デイサービス等の関係者の情報を共有しグループホームに入居されても暮らしが継続され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	本人、家族、関係者から好みを聞くことや、暮らしから予想されることを日頃のケアに活かす支援をしている。		
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	本人視点、生活の一部として食事を捉えることで、食べたいものを考え、商店街へ行き、買い物し、食材を触り、料理をし、食し、片付けての一連の行為の中に好みや力が自然に発揮され生活をより豊かにするものがある取り組みをしている。	献立は栄養士により作成される。毎食時に職員が利用者の希望を聞き取り、記録化して、週に2日は、職員と利用者が市場に食材を買い出しに行き手作りされる。残飯のチェックも行い最適な食事を整えている。	
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	一人ひとりに合った食事量や栄養、水分量を日々記録し把握することで身体のよい状態を保ち、習慣を継続する支援をしている。		
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	2週間に一度、歯科による口腔ケアと歯科衛生士のアドバイスを日常のケアに活かす支援をしている。		

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
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	日中の声かけ、夜間時のみにポータブルトイレを使用する、起きた時にポータブルに座る等、一人ひとりのスタイルに合わせた排泄ができるように支援を行っている。	個人記録により、排泄パターンを把握して、トイレ誘導を促がしている。排泄パターンや習慣を生かした、自立を目指した支援をしている。	
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	玄米、芋、牛乳、ヨーグルト、オリゴ糖、オリーブオイル、水分、運動、服薬等で可能な限り生活することで支援する取り組みをしている。		
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	入浴剤を利用したり、時間やタイミング、声を掛ける職員を変える等入浴をしたい気持ちを引き出しながら気持ちがいいと感じられる入浴ができるように取り組んでいる。安心、安全を考え看護師の出勤日に入浴日を設定している。	基本的には、看護師が出勤する週3回を基本としているが、利用者の希望には柔軟に対応をしている。入浴拒否の場合は、日時や人を変えたり、足浴、清拭、シャワー浴等で対応をしている。	
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	一人ひとりの習慣や体調、年齢の状況に応じて休息をとったり夜間は室温、湿度、明るさ、音などの環境を整えることで安心して気持ちよく眠ることができるように支援している。		
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	一人ひとりが使用している薬の効能、副作用、用法、用量についてファイルしいつでも確認できるようにし、服用後もバイタルを確認することでなどで体調の変化に気がつけている。		
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	センター方式シートC-1-2、資源マップ、気付きシートの取り組みと家族、友人、関係者からの情報を共有しそれまでの生活歴から役割や楽しみごとを継続できるよう支援している。		
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	本人が発した言葉から一人ひとりの希望にそって日々の外出の支援をしている。また、普段出かけることが困難な場所は日曜日に車を利用して実現する支援をしている。	利用者の体調や心身状況と相談の上、天気が良ければ、近隣の公園、商店街、神社等への散歩の支援を週4～5回している。週1回は、職員の運転でドライブを楽しんでいる。	

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
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	9名中6名の方にはお金を所持していただき、計算ができるかできないかではなくお金を持っている安心感と使える満足感を支援している。		
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	家族へ年賀状を送る、いただいた手紙に返事する、電話をする等、かわわりを継続する支援をしている。		
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	共有の空間は適度な広さで人の気配をどこにいても感じる事ができ、音の所在がわかったり、電化製品や食材を見えるようにし生活を感じ、植物やめだか、鈴虫を育てることで季節を感じられる工夫をしている。	認知症の生活音と電子音に対する不安と混乱を避けるため食堂と居間を離れた場所に配置し、食堂にはテレビはない。居室の戸、側壁、廊下、食堂、居間の床は木製で心が和む。廊下にソファを置き準個室空間を作り、居室には表札があり「住まい」の感がある。	
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	共有空間にたまる場所を数箇所作ることによって一人ひとりが居心地のいい場所で過ごすように工夫している。		
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	入居時に自宅の家具を持ち込んでもらったり、それまでの住まいを訪問することで、より自宅に近い雰囲気作りを本人と一緒に作る工夫をしている。	居室は、畳敷きで、押入れがあり、天井は薄板張りで和風の家の雰囲気がある。馴染みの物が持ち込まれ、従来の生活の継続性が確保されている。ナースコールや感知器も設置されて、安心・安全な暮らしがある。	
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	わかる力、できる力を活かし家具、時計、写真、カレンダーを配置したり、色により注意を引いたりすることで、一人ひとりが自身で判断、決定しやすい生活が送れるように工夫している。		