

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(Aユニット)

事業所番号	2770902555		
法人名	株式会社 おだやか		
事業所名	グループホームおだやか高槻松が丘		
所在地	大阪府高槻市松が丘1-9-3		
自己評価作成日	平成29年4月25日	評価結果市町村受理日	平成29年6月19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	平成29年5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)】

馴染みの職員や入居者と一緒に、個性豊かに暮らせる、家庭的な雰囲気のグループホームです。職員は自立支援をケアの中心に考え、各々の気づきを、ケア会議に持ち寄り入居者お一人お一人の希望や出来る力を尊重して発揮して頂けるよう努めています。開設11年を経て地域との関係も深まり、自治会活動や行事にも参加し、避難訓練には近隣住民の参加協力を得ています。運営推進会議や地域包括ケア会議では、地域高齢者の状況や活動について情報を得たり、当ホームへの意見や助言を頂いています。地域の一員としてのグループホーム運営を目指しています。

【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)】

「地域と共存し家庭的な環境の下、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう援助する」を運営方針として村野、星田の両グループホームに続いて11年前、株式会社おだやかが設立した3か所目のグループホームである。前管理者がとくに力を入れたことは「自立支援と地域の中で認められる存在でなくてはならない」である。現管理者はこの趣旨を忠実に守り、職員一同と共にその実現に励んでいる。職員は設立当時から異動が少なく、利用者、家族からの信頼が厚い。法人の方針に共感して、地域の信頼も高く、利用者は殆ど周辺地域の人達であり、地域の人たちも協力的である。ホームでは利用者の出来ることは積極的に生かし、食事作りは早い時間から楽しみながら職員と一緒にやっている。体操や、手芸、書道等楽しみながら健康維持に活かしている。

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 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
<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	日々の生活援助についての話し合いや、ケアカンファレンスの場などで、理念を踏まえて、その人の人格を尊重し、地域の一員としての暮らしを大切にしているかを話し合っている	「一人ひとりの意思と人権の尊重、その人らしい生活を尊重、地域や家族と共存していくホームを目指す」という法人理念に加えて、職員一同で今年は「入居者と自分の健康に目配り、気配りして入居者が笑顔で過ごせるようにする」を年度目標とし、玄関やリビングに掲示し実現に励んでいる。	
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	自治会に加入し草刈や、年末夜回りに職員が参加し、月1回の溝掃除にも参加して、近隣の方々と交流している。毎朝の散歩では、挨拶や立話しも出来ている。避難訓練には、近隣住民にも参加してもらっている	自治会に加入し、毎月の清掃活動や年末夜警に職員が参加、敬老会、花見会には招待を受け、ギター、三味線、フラダンスのボランティアが毎月慰問に来てくれる。散歩の際には近隣の人達と挨拶を交わし、親しい間柄になっている。	
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	行事を開放し、その中で日々の暮らしを紹介し、認知症の人への理解を広め、見学者の方には、出来るだけ丁寧に悩みを聴いたりアドバイスもしている		
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	地域推進会議では、利用者の状況やサービスの実際の報告し、その時に出た提案や事故報告への具体的なアドバイスをサービスの向上に活かしている。職員が学習したり、研修で得た内容を報告している	会議は地域包括支援センター職員、自治会役員、民生委員、家族の参加で2カ月毎に開催、事業所から管理者、計画作成担当2名が出席して、事業所の現状、活動状況、行事予定、などを説明し、参加者から要望や助言を受け運営に反映させている。	参加メンバーを更に地域の知見を有する人たちの参加を求め、広く意見提案を聴き、運営に反映させることは利用者にも、事業所にも意義があり、グループホームをより理解してもらおう機会でもある。
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に取り組んでいる	不明な事があれば、すぐ訊ねたり相談して事を進めている	市の介護保険課、生活福祉支援課へは折に触れ、訪問或は電話で現状報告や、また助言を貰っている。研修会や年4回のケア会議に出席し、他のグループホームとの交流や市との協力関係の構築に取り組んでいる。	
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	身体拘束について学び、日々の具体的な場面において、話し合い、拘束のないケアに取り組んでいる。 交通量の多い道路に面しているため、安全面での施錠は、やはり必要と思っている。	職員は研修で身体拘束の対象となる行為を正しく理解し、拘束しないケアに取り組んでいる。言葉による拘束に対しても毎年の研修で理解し、気をつけている。事業所前の通りが車の通行が激しく、家族と話し合い、安全のため施錠している。	
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	研修に参加し、ミーティングで伝達研修を行い、スタッフ全体で理解に努めている。複数職員がケアにあたり、虐待の危険性のないようしている。スタッフのストレス軽減にも気をつけている		

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	制度についての研修に参加している。 今は、制度を活用している入居者はいないが、必要な時は活用したい。		
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	説明し利用者・家族の疑問点を伺い理解と同意を得られるよう努めている 途中の加算変更などにも、その都度説明し、同意を得ている。		
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	地域推進会議の場で、ご家族の気持ちや意見を伝えてもらっている。又日常的に気軽に、意見要望を言ってもらえる雰囲気作りをしている。相談員さんには利用者の声を聞いてもらっている。	利用者には普段の生活の中で、家族の訪問時には、管理者や職員が意見希望を訊いている。家族は概ね頻繁に訪問される。管理者や職員とは話しやすく、事業所は訪問しやすい雰囲気がある。意向や希望には、その都度添うよう努めている。	
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	毎月のケアカンファレンスや、日々の連絡ノートに出された意見や提案を活かしてケアしている。又出された意見や提案は本部で開かれるホーム長会議に持っていき、運営に反映している。	職員は連絡ノート、申し送りノートに意見提案を含めて気づきを書き込み管理者以下全員が共有している。毎月のケアカンファレンスでは管理者と話し合い、意見提案は即刻取り入れたり、月一回のホーム長会議に提出し有効な意見は運営に反映させている。	
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	立場や働き方に関係なくスタッフの気づきや工夫を日々の介護の場に活かせる職場を作り、資格の習得が給与に反映できている。研修には参加費・交通費・時給も保障されている		
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	研修案内を提示、参加者には交通費や時給も保障し参加を薦め、参加者の職場内報告を行っている。 職場内研修会・認知症学習も定期的に開催している		
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	地域包括ケア会議・事業所連絡会に参加 地域ケアマネ学習会参加 近隣グループホームとの交流にも努めている		

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
<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	入居時、家族から情報提供を受け、本人の気持ちに耳を傾け、言葉で表現できない気持ちの汲み取りに努め、安心できる関係作りに努めている。		
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	家族が、困っていることや要望を、プライバシーの保護に気をつけながら、聞くことにより信頼関係を築けるようにしている。		
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	見学、申込み時にご本人や家族が必要とされているサービスを見極め、他のサービスや暮らし方をアドバイスする時もある。特に入居初期段階では家族との連携を密に取っている。		
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	職員は、家庭的な環境の中で、ご本人の得意な事や、好きな事を活かして暮らしていけるよう、寄り添う関係を築いている。		
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	個別の生活歴を知り、家族との連携に努めている。職員が対応困難な事は、家族に相談し協力をお願いすることもある。通院や買い物外出、外泊で家族との関係継続もある。		
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	家族・友人が、いつでも気軽に面会に来ていただき易い雰囲気を作り、職員も一緒に歓迎している。又、手紙・ファックス・電話のやり取りを積極的に支援し、関係を継続していただきたいと願っている。友人・家族・ボランティアの訪問は多い。	近くの人が、時々訪ねてくれる。散歩の途中で馴染みの店に買物に行ったり、男性は理髪店に行ったり。また家族の協力によりお墓参りに行っている。利用者の希望による手紙、電話、ファックスで馴染みの関係継続の支援もしている。	
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	気の合う利用者同士の存在が、安心となっている。また、職員が間に入ったり、座席を工夫して、利用者同士の安心な関係作りに配慮している。		

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	入院先の病院や転居先の施設を訪ねたり、又退院後の転居先を探す手伝いをしている。出来る範囲でサービス終了後の家族の相談にも応えている		
<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	本人の思いや意向を日々の暮らしの中で感じ取り、本人の好きな事や得意な事をしてもらって、その人の望まれる生活を支援している	利用者との日々の生活の中で、話し合い、意向を把握している。対話の困難な利用者には態度や仕草で把握し、意向に添うよう支援している。	
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	入居前の事業所などと連絡を取り、ケアに役立っている。生活歴を知り日常の関わりの中から意向を汲み取っている		
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	お一人お一人生活リズムが違うので体調を見ながら個別対応している。出来る力に目を向けて実践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	毎月のケア会議でスタッフの意見を集め、個別ケアに役立っている。毎月モニタリングを実施して身体状況の変化などに気づき介護計画作成している	6か月ごとに見直し、症状に変化がなければ継続し、変化があれば、日常の介護記録や職員の意見を基に管理者、計画作成担当者と看護師も交えて現状に即した新しい計画を作成する。家族が来られない時は、訪問された時、又は電話で説明し了解を得ている。	
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	入居者の日々の行動や言葉を記録し、気付きはカードに記入して集めている。毎月のケア会議でヒヤリハット報告をして皆で共有し、より良いケアにつなげている		
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	本人や家族の状況やニーズに合わせ、臨機応変に対応している。		

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	地域行事に参加したり、包括ケア会議に参加して、地域事業者の情報を収集して、参加できる事に参加している		
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	入居時に医療に対する希望や、急変時の対応をお聞きして、納得出来る適切な医療を途切れることなく受けることが出来るようしている	利用者の殆どは、24時間対応の協力医療機関をかかりつけ医とすることに同意し月2回の往診を受けている。従来からのかかりつけ医を受診することは自由であるが、家族に対応を依頼している。精神科、他科の受診は管理者またはケアマネージャーが同行し適切な受診を支援している。	
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	協力医療機関の訪問看護を月4回受け、健康状態を報告し、相談している。又、介護職では、出来ない医療行為をしてもらっている。		
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	入院中は、面会に行ったり、家族が対応出来ない時は、洗濯物を取りに行ったり、届けたりしている。早期退院に向け、病院関係者と連絡を取り、退院後の生活に、助言や指導を頂いている		
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	急変時や重度化や終末期に向けた、医療を確認書を説明し、定期的に家族の意向を確認している。	入居時に終末期について「重度化した場合の対応指針」を示し、事業所での可能な対応を説明し、合意書を交わす。その後介護計画を変更する度に再確認する。重度化したと判断した時医師が家族に説明し、合意の上、希望によっては事業所で看取り対応する。昨年にも看取りを行った。	
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	職員が応急手当普及員の資格を持ち、定期的に救命講習を実施している。ケア会議時に、各入居者の病歴を知り、緊急時の対応を検討している。		
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	定期的に各災害に対する避難訓練を行っている。防災会議を行い、災害対応や災害時の水や食料について話し合い、月1回、備蓄品のチェックを行っている。	年2回消防署立ち合いで消火、避難訓練を行っている。夜間職員の少ない時の応援に近隣住民も一緒に参加している。近くに居住する職員の緊急連絡網も整備されて、備蓄は2日分位あり、毎月チェックしている。水害には2階へ、地震にはリビングに集まる等、毎月イメージトレーニングを行っている。	いつ何が起こるか分からない災害に備えて、安全に避難できるよう、職員も、利用者もパニックにならない様普段から、訓練を重ねることが望まれる。イメージトレーニングもよいが、実際に行動することがより効果的と思われる

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	職員は、認知症について学び理解を深めるよう研修を受けたりして日々のケアの中で人格尊重・プライバシーの確保に心掛けている。特に排泄ケアの場面での配慮に気を付けている。	職員は利用者に対し人格を尊重した声掛けや態度で接している。トイレや入浴の場面には羞恥心にも配慮している。認知症に関する研修は毎月のように行われていて、それなりの配慮が感じられる。個人情報書類等は鍵付きのロッカーで適切に保管している。	
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	日々の生活の中で、表情や言葉を見逃さないよう記録し、自己決定出来る環境作りに努め、可能な範囲で、ご本人の意向に添えるようつとめている。		
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	その日の体調や気分等を尊重し、出来る限り楽しく無理のない1日を過ごして頂いている		
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	清潔面や季節に応じた服装への配慮は職員がしているが、出来るだけご自分の好みで服装を選んで、いただいている。		
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	毎日の食事の準備(野菜を切ったり、盛り付け、配膳等)を出来る事を見極め担当してもらっている。それがやりがいや楽しみになっている。その日のメニューを食事の前に伝えるようにしている。	食材業者からメニュー付きで納入されたものをフロアごとに職員が調理し3食提供されている。準備には利用者も一緒に参加している。職員が交代で一緒に食事をしている。年2~3回希望に添って食材購入から調理まで皆で作り、好みの食事を楽しむ。年1~2回は外食を楽しんでいる。	
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	一人ひとりの健康状態(特に糖尿病)や、嚥下状態に配慮して食事量・形態の工夫(刻み・とろみ・おかゆ等)をしている。水分も好きな味(水、お茶、コーヒー、紅茶、ココア等)を用意している		
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	月一回の訪問歯科による口腔ケア指導を受け、日々食後の口腔ケアに見守り声かけているが、長年の習慣で難しい面もある。		

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
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	昼間は、排泄のリズムをつかみ、トイレ誘導してトイレでの排泄に向け支援している。トイレの場所や便器にどう座るかが解らず困っている場面もあるが、丁寧な声かけ誘導に心がけている。	各人の排泄リズムを把握し早目にトイレに誘導し自立排泄を支援している。布パンツで過ごす利用者もいるが、失敗はない。夜間も同様であるが利用者によっては、部屋にポータブルトイレを置いている。声掛けには特に羞恥心に配慮した誘導をし、車いす利用者にも自立の見守りに徹している。	
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	水分摂取量に気をつける 毎朝ヨーグルトを食べる。毎朝散歩する。常時便秘薬を使用しない。個別対応をまめにする。		
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	基本的に入浴日や時間は決めている。入浴の介助量も増え、1日に入浴できる人数にも制限があるが、出来るだけ本人の意向に沿うようにしたいと思っている。	週3回を目標に入浴している。浴槽は少し広めの個浴槽で2人介助もする。拒否する利用者もあるが時間や日を変えて勤めている。入浴日や時間はほぼ決めているが、意向に添うよう柔軟に対応している。椅子に座ってシャワー浴もある。介助は同性を基本としている。	
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	一人ひとりのペースを大切にしている。 午後の1時間程度の昼寝を勧めている		
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	一人ひとりの薬について、調剤薬局から説明を受け、薬が変わった時には特に様子観察に気を付け、医師に報告している 誤薬、飲み忘れには複数の職員が確認するようにして注意している。		
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	一人ひとりが好きな事、得意な事を活かせるよう日々の生活の場で役割を作っている。		
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	毎朝、散歩しているが、買い物や希望に沿った外出にはその日のスタッフの状態が難しい時も多い。外食や地域の行事参加等外出の機会を作るようにしている。ご家族との外出の機会を作って頂けるようお願いもしている	毎朝周辺を散歩している。お花見、敬老運動会等地域行事に極力参加している。買い物、散髪なども兼ねた外出支援もある。事業所の車や、管理者の車も使った少し遠出の外出も季節のよい頃に行なった。体力の低下であまり外出しない利用者もあり、スタッフの都合で出にくい時もある。	



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
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	スタッフと一緒に買い物に出かけた時は、その方の力に応じて支払いもしてもらいたいと思っているが、困難になってきている。バザーの日には決まったお金を持って好きなものを買う機会もある		
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・ファックス・手紙のやり取りを手伝っている。 希望者には年賀状や暑中見舞いを出してもらってる。		
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	共用空間は、安全と清潔を心がけ、皆で集える雰囲気を作っている。 職員・入居者協力して季節の壁面づくりを行っている。	玄関は、大家族の家のような親しみのある感じ、誰でも入りやすい雰囲気である。リビング兼食堂は大きなソファを配し、ゆったり寛げている。壁に利用者の書道作品や季節感のある手芸品が大きく張られ生活感も感じられる。利用者は穏やかな表情で、話し合ったりテレビを見たり、落ち着いた雰囲気である。	
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	リビングのテーブルには食事の時以外は、どこにでも座れるようにし、一人で雑誌を読んだり、テレビを好きな人は一緒に見たりしている		
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	個別に使い慣れた家具等を持ってこられ、テレビも希望される方は、個人で持って来られ、自室で楽しまれている。衣替えの季節は、なるべくご家族にお願いしている	使い慣れた家具備品を持ち込み、壁に自作の手芸品や写真を飾り、居心地よく便利に設えられている。家族が訪問した時は自室と一緒に食事をしたり寛いだりしている。従来からの生活の継続性が感じられて落ち着いた雰囲気である。	
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	居室やトイレの場所が分かるよう目印をつけている。車いすが自走出来るよう、空間作り、足元の安全に気を付けている。		