

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	2790700203		
法人名	株式会社 長崎		
事業所名	グループホーム はくじゆ		
所在地	大阪府河内長野市南花台1-20-13		
自己評価作成日	令和元年8月6日	評価結果市町村受理日	令和元年10月10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8月30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)】

施設の基本理念を熟知し、認知症ケアの方向性と位置づけの理解、個人の尊厳を重視し努力を続けている。健康状態、生活全般を知り介護環境を整え、入所者の自立、自己実現に向けて希望や意思の尊重を行う事でスタッフとの距離も縮まった。安心して生活できる場所としての繋がりが出来ているのではないかと認識している。地域への活動参加も積極的に取り入れることで利用者の身体的、心理的要因の負担の軽減や意識の拡大もみられ楽しみの1つになっている。ご家族のご意見ご要望は尊重しながら日常生活のケアの中に取り組んでいる。

【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)】

法人の代表者が内科医で、利用者全員のかかりつけ医となっている。殆どの職員が介護福祉士の資格を持ち、専門的な知識を持って介助している。中には学習療法士の資格を持っている職員がいて、認知症予防に役立っている。漢字や算数の計算、鶴亀算等をティータイムに行い、殆どの利用者が解いている。利用者からは日常の会話の中で、家族からは、来訪時や運営推進会議、家族会の中等多様な機会を通して、意見、要望を聞き出すようにしている。外出に関する事、便りの発行に関する事等、出された意見、要望は、可能な限り迅速に対応し、ケアプランに組み入れるようにしている。

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)	<input type="radio"/>	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ます (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	事業所の理念は、介護の基本とし新採用研修の第一に学び「安心」と「安全」「やさしさ」「思いやり」「笑顔」で支援している、又地域の中でお役に立てる様に目を外に向け受け入れる姿勢を大切にしている	安心・安全・やさしさ・思いやり・笑顔、を介護の基本として、想いを文章にして事業所の理念として謳いあげている。その理念を事業所の出入口に掲げて、職員間で共有して実践につなげている。文章が長すぎるため、職員全員で理念を再考中である。	
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	自治会の準会員となり一斉清掃、夏祭り、防火訓練に参加している又回覧板などで地域の情報を頂いている。散歩に出かけ、地域の方々との交流に努めている	買い物や散歩時に、近隣の人々と挨拶を交わしている。自治会に加入し、地域の行事に参加するだけでなく、春夏秋冬に、地域の清掃活動や地域住民の高齢者介護の相談に乗るなど、双方向で日常的に交流している。自治会館で行われる防火訓練では、事業所の様子も説明し、理解を得よう努めている。	
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	近隣の方々が遊びに来られる事がある。又自治会の福祉委員の方が見学に来られる事もある。又市の認知症サポート研修生の実習場所として受け入れは積極的に行っている。	/	/
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	3ヶ月に一度開いて、サービスの実態を報告し評価を頂き、申し送りや勉強会を通じてサービスの向上につなげている	会議メンバーは、利用者および家族、自治会役員、市介護保険課担当職員、知見者、事業所職員等で構成され、3ヶ月に1度(行政承認)開催している。会議では、事業所からの報告だけでなく、たよりの発行希望等の話し合いを行い、サービスの向上に活かしている。無人バスの運行予定等、市の情報も得ている。	
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	空床報告、グループホーム部会など市担当者とは会う機会がある。又事業所の実情やケアサービスについて伝え協力関係は築いている	市介護保険課の担当窓口とは、運営推進会議や書類提出時等に、事業所の実情やサービスの取り組みについて相談したり伝えたりしながら、協力関係を築いている。	

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	身体拘束禁止について採用時に徹底指導している、勉強会でも学習し認識している。入居者の行動が一層把握出来る様になったので昼間は、玄関の鍵を1ヶ所のみにした。	身体拘束適正化対策委員会を月々実施している。基本的な考え方は、厚生労働省の「身体拘束ゼロへの手引き」により、身体拘束のないケアを実施している。研修会も年に2回計画し、安全を確保しながら自由な暮らしを支える工夫について学習している。	
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	管理者や職員は、利用者の尊厳に反する虐待について、勉強会で学びどんな小さな事でも、スタッフ同士が気付き、言葉による虐待も注意して見過さないようにして防止している		
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	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勉強会で学んでいる。生活の場である施設内では、要介護認定申請手続き要介護認定調査での立合い、主治医意見書作成に関する援助を行っている		
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	入所前の段階から、施設の目的や理念を説明し不安や疑問を尋ね 本人、家族共に無理なく理解された上で契約をして頂いている		
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	年一回家族会議を開いている、運営推進会議でのご家族の発言、面会時には近況をお知らせしながら、要望や意見を聞き運営に反映させている	利用者からは日常の会話の中で、家族からは、来訪時や運営推進会議、家族会の中等多様な機会を通して、意見、要望を聞き出すようにしている。外出に関する事、便りの発行に関する事等、出された意見、要望は、可能な限り迅速に対応し、ケアプランに組み入れるようにしている。	

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	職員の個人面談を行っている。月1回全体会議を開き、日々の申し送り時間を利用して意見提案を出し合い検討し運営に活かしている。ヒヤリハット報告、再発防止対策など職員の意見を取り入れている	勉強会を兼ねて、職員会議を月に1度行っている。勤務シフト、行事の内容や職員同士の人間関係、業務中のケアの問題等、職員の意見を良く聞き、運営に反映させている。管理者、主任、担当職員の連携が非常に良くとれている。	
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	職員の日々の勤務状況を把握し個々が持っている知識技術 心がけ、家の事情を考慮して継続して勤められる職場づくりに努めている		
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	新採用職員の研修に力をいれている。市が実施する講演会やセミナーへの参加を勧め 施設内勉強会で学んで来た内容を発表する様にしている		
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	ケアネットワーク会議グループホーム部会に出席し又の介護フェスタに参加し同業者との交流を図りサービスの向上に取り組んでいる		
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	入所される迄に、時間をかけ本人の気持ちを知り、本人が納得される迄待つという姿勢で安心して頂いている		

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	入所される迄に、時間をかけ家族の気持ちを知り、不安の軽減に努め信頼して頂ける様にしている		
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	これが非常に重要だと考えています。グループホームを尋ねる迄に迷いや不安が大きい事が想像できます、必要としている支援を見きわめて支援します		
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	利用者同士、利用者と職員がお互いに支え合う良い関係が出来ている		
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	面会に来所される家族を、入所者全員の家族と思い、全員が笑顔で歓迎している。職員は夜間の出来事や最近の出来事を話し、本人と家族が絆を感じられる様に努めている		
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	面会や外出等を通じ、今迄関わって来た親戚や友人の仲が継続できる様に努めている	利用者が今まで関わってきた地域社会との関係を継続して行くために、馴染みの店へ買い物に出掛けたり、友人、知人の所へ出掛けるなど、家族や友人の協力を得ながら支援している。利用者には、かつて書道教室の指導者がおり、その経験を活かして、他利用者の指導を行っている。	

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	レクリエーションや手作業、散歩など利用者が支え合い協力できる様な内容を工夫している		
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	H30年4月1名退所された。医療的な対応が必要となった。入院中御家族の相談を受けたり連絡が取れるように行った。		
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	一人ひとりの思いを知る努力をしている。困難な場合は、家族に相談した上で本人本位に努めている	普段利用者と生活していく中で、利用者の思いを出せるだけ聞き出すようにしている。「自由に歩けるようになりたい」と強い思いを持っている利用者には、生活リハビリテーションの一環として、外出を中心とした歩行訓練を多く取り入れ、書道教員の経験者には、利用者には指導をしてもらっている。	
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	今迄の生活習慣や趣味、家族の考えを把握し、その人らしい生活ができるように努めている		
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	日々の介護の中で、知り得た個々の状況を、全職員が申し送りや記録から共有し、チームとして、又短期的長期的に、どの様に関わって行くか検討した上で支援している		

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
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	モニタリングを行い課題を解決するため本人、家族、CMと話し合いをして介護計画に反映させている。個々に課題が出てきた時は職員で共有し解決策を話し合い現状に沿った介護を行っている。	介護計画は長期計画を12ヶ月、短期計画を3ヶ月としている。介護担当者による日々の支援経過記録や、3ヶ月ごとのモニタリングにより、実施状況をチェックしている。利用者に変化が起きた時には、その都度計画を見直し、帰宅願望の強い利用者には外出を増やし軽減を図るなど、臨機応変に見直している。	
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	体調面や精神面の変化や実践結果を記録し、情報を共有してケアを見直し、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	本人や家族の状況 ニーズに対応したケアを行っている。例えば家族の都合で、突然昼食外出し夕食後の受診など、柔軟なサービスを目指しているが 多機能化は出来ていない		
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	地区の夏祭り参加や車窓からであるが花見を行った、ボランティアによるウクレレ演奏、ハンドマッサージ、理美容などお願いしている		
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	毎週主治医の診察があるので、安心して過ごしている。又発熱や異常時も指示や往診に来てもらっているため、利用者や家族からは、安心の声があり、信頼を得ている	法人の代表者が河内長野市内で開業医をしていて、利用者、家族の了解のもと、利用者全員のかかりつけ医となっている。24時間オンコール体制をとっていて、安心が担保されている。内科以外の受診については、家族あるいは事業所職員が同行して支援している。	

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
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	介護職員は、とらえた情報や気づきを即看護師に報告相談し個々の利用者に必要な対応を指示し早期発見、早期対応につなげている		
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	肺炎の重症化による入院、頭部切傷、骨折疑いにより3名の入院があつた。病院関係者へ情報提供を行い面会相談を適切に行つた。2名の方は短期間で退院することが出来退後も順調に経過した		
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	重度化終末期については、入居時に実施する事を説明している、その時期が近づいたら早い段階から医師、本人、家族、看護、介護を交えた話し合いを行い意思疎通を図りながら支援する計画である	重度化した場合の対応のあり方について事業所の指針を作成し、対応し得る最善のケアについて利用者、家族に説明している。その方針を共有し、利用者が重度化した場合は、その都度同意書を交わしながら、家族が納得出来る支援をしている。過去に看取り経験は2例ある。	
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	緊急時の対応について勉強会を開いている。申し送り時も看護師が急変時の対応について説明や指示を行っている、連絡体制も出来ている		
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	勉強会や会議で対応を周知している。地域が開く防災訓練に参加し、施設を理解して頂いている	災害時における避難訓練や消火訓練を、利用者と共に年2回行っている。公民館で行っている地域の防災訓練時に、事業所の実情を説明して、地域の人々に、ある程度の理解は得ている。災害に備えた備蓄、備品が整えられている。しかし、夜間を想定した地域の人々との避難協力体制に少し不安がある。	職員が利用者を安全な所まで誘導した後の見守りを、近隣の人をお願いして、いざという時に混乱しないよう役割分担し、避難訓練を折に触れて行うことが望まれる。

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
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	一人ひとりの特性や個性を知り、家族からの情報を得て、何より、人格を尊重し、誇りやプライバシーを大切に言葉かけや対応している	利用者一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねることのないよう、目立たずさりげない言葉掛けや介助が見られる。個人ファイルは事務所の書棚に厳重に施錠して保管されている。プライバシーの保護、接遇についての研修会を、年2回実施している。	
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	本人の思いや希望が表わせる様話を聞き、介護者主導ではない、本人が決定できるように、働きかけをしている		
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	施設の日課はあるが、それよりも一人ひとりのペースに合わせて、どこで何を過ごしたいかを自由に選んでもらっている		
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	整容、髭剃りなどお手伝いをしている。洋服は本人の気に入った、季節に合ったものを職員と一緒に選んでいる、2ヶ月毎に美容師さん来てカットして前髪や長さなど本人が望まれる様にカットされている		
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	食事は旬のものを取り入れている。野菜を切る、もやしのヒゲを取る、味見をする等一緒に食事の準備片付けをしている、メニュー作成は、入居者の意見を取り入れ職員が交代で作成し個性を出して変化を持たしている	食事の献立は、利用者の意見を聞きながら、1週間ごとに作成している。利用者は、食材の調達から調理、盛り付け、後片付け全てに関わり、食事を楽しみなものにしている。利用者は盛んに「おいしいやろ！おいしいやろ！」と話しかけて来た。	

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
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	一日の水分摂取量が一目で分かる表にしているので過不足に早く対応している。栄養面では月1回体重測定して一人ひとりの体重の変化から、主食や副食の量や野菜、魚、肉などバランスが良いメニューを考えて調理をしている		
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	週一回歯科医と歯科衛生士による口腔ケアを行っている。毎食後は自立度に応じた介助を行って口腔の清潔に努めている		
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	排泄のパターンや習慣を知り、又夜間は排泄の量や間隔を知り 使用するパット等が無駄にならない様になっている、トイレを忘れていたり、使用法を忘れてしまってもプライドが傷つかぬ様声掛けや誘導に工夫している	利用者個人の排泄チェック表で排泄パターンを把握して、残存能力に合った声かけや介助を行っている。夜間は1時間毎に見回りして、3時間毎にトイレ誘導やポータブルトイレ介助を行い、安眠を重視した利用者個々に沿った支援をしている。	
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	排便の有無を毎日確認している。便秘の方には冷たい牛乳を勧めたり水分を多く摂取ができる様に声掛けし、散歩や室内で出来る体操をしている。食事メニューも気配りしている。		
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	入浴日は、曜日を決めているが、希望があればいつでも対応している、体調の訴えにより足浴シャワー浴に切り替えて勧め下痢や汚染があった時は、シャワー浴に誘い個々にそった支援をしている	基本的には週に2回の午前中の中の入浴だが、日曜日を除いて毎日風呂を沸かしているため、利用者の希望に合わせて、何時でも入浴が可能である。時には、ゆず湯やしょうぶ湯等、季節を味わえて入浴が楽しみになる工夫もしている。	

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	就眠時間は各自の習慣に添った支援を行っている。午睡や居室での休息も自由にして頂いている。年齢や体調に考慮し状況に応じた支援をしている		
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	処方箋に目を通し、薬の目的や用法を理解し、誤薬しない服薬支援をしている。薬の追加や変更があった場合も同様に、目的用法を理解し、服薬支援をしている		
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	各自の生活歴や力を知り、調理準備、食器拭き、洗濯干し、たたみ、生け花、日めくりカレンダー等、役割を持つて楽しく、生々と過ごせる様になっている		
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	定期の通院、お誕生日祝い屋外食や、散歩等、家族と一緒に出かけられている。日々の散歩、は季節に応じ時間、長さを考えている	利用者一人ひとりのその日の希望に沿って、思い思いの所へ出掛けている。近くのスーパーへ買い物に出掛けたり「いきいきサロン」へ行って近隣の高齢者と話し合ったり、時には介護タクシーを使って花の文化園へ花見に出掛けたりもしている。秋には市内の紅葉が有名な寺へ行く計画をしている。	
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	新しく入所された方がお金が無いと淋しいから現金を持っていたが、スタッフにお金(1万円)を渡す行為があり、断ると怒り他の入居者に迷惑がかかった、家族と協力して徐々に少額にして問題がなくなった、お金の所持に関しては、難しい面が多いと感じている		

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	携帯電話の使用は自由にしている。希望された方は、施設の電話を使って連絡が出来る支援をしている。手紙のやり取りをされる方には、投函を支援している		
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	どの部屋も風通し、採光が取り入れられる配置である。利用者と共同で作成した、壁画や折り紙を飾り、季節感を味わってもらったり、花を飾ったり、園芸など自然を楽しみ居心地良く過ごせる工夫をしている	明るい台所とつながったりリビングルーム兼ダイニングルームでは、利用者同士がにこやかに談笑している。また、食事作りの音や匂いに満ち、生活感が漂っている。壁には花火や朝顔等、利用者と職員で作った季節の飾り付けが施され、居心地良く過ごせる工夫が見られる。	
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	共用空間にあつても、隣に座りたい人が居る様に、工夫したり、皆さんの中にあつても、独りで新聞を読みたい等の事情を考えながら、居場所の工夫をしている。共同空間で過ごす時間を楽しめる様に工夫している		
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	今迄使用されていた、家具やカーテン、テレビを持ち込んで、見慣れた環境に整えている。タンスの上には、写真を飾り、花を生けるなど、居心地に配慮している、地震に備え家具の固定も行った	それぞれの居室には、利用者の使い慣れた家具や家族の写真等が持ち込まれ、利用者本人と家族とで自由に配置している。クッションタイルによる飾り付けをするなど、その人らしく居心地良く過ごせるための工夫が見られる。	
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	廊下には、手すりが設置されている。トイレは廊下の左右にありどちらへ向っても、トイレに行けるようになってきている。利用者が集まり過ごす時間が長いリビングは、お互いが一目でわかるので、行動を制限せず、安全で自立した生活が出来ている		