

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	2792000149		
法人名	みとうメディカル株式会社		
事業所名	みとうグループホームおりおの (1F)		
所在地	大阪府大阪市住吉区遠里小野 6丁目1番10号		
自己評価作成日	平成24年5月7日	評価結果市町村受理日	平成24年8月1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 親和ビル4階
訪問調査日	H24年5月23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)】

運営者の思いとして、「利用者の希望を明日に先送りせず、その日その日を大切に。全ての物事に対して柔軟な対応を心がける。」と言う事を現場で実際に形として利用者様に表せる事が出来るように管理者を始め、スタッフ一同日々努力している。

【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)】

大阪市住吉区を中心に薬局、鍼灸接骨院および介護事業を広く運営している「みとうメディカル株式会社」が23年1月に設立した2番目のグループホームである。設計段階から現職員が参画し住みやすく使いやすいホームとなっている。医療連携は緊密であり利用者に満足と安心感をあたえている。食事はグループ内の配食センターから届く食材を、利用者も職員と一緒に準備、片づけ等を行っている。掃除、洗濯や屋上菜園の手入れなどもできる限り利用者の能力を活かして作業をし、元気な生活の継続を支援している。開設当初から地域との連携を密にし、相互補完の関係ができています。代表者の「すぐに今日やりなさい」の信念を職員一団体得して充実した介護に励んでいる。

大阪市住吉区を中心に薬局、鍼灸接骨院およびデイサービス、グループホーム、小規模多機能

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、安心して暮らせている (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	「地域に愛され信頼されるホームを目指し、家庭的な環境と地域住民との交流の下で尊厳あるその人らしい生活を目指す。」グループホームの理念を管理者・職員は共有し、同じ目標を持ってサービスの提供に努めています。	事業所独自の理念を創り廊下や玄関に掲示して、またみとうメディカル株式会社20訓を朝、夕の申し送り時に唱和している。代表者、管理者、職員は一体となって、理念の実現に向けて取り組んでいる。	
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	定期的に利用者様と地域ネットワーク食事会等に参加し交流を図っている。また、地域の行事や催し等に積極的に参加し、近隣住民の方々からも好意的に接して下さっている。	事業所は開設当初から自治会に加入し、毎月老人会の食事会への参加もしている。地域の行事(小学校で開催される敬老会、地域の運動会、盆踊りなど)積極的に参加し交流を深めている。婦人会のコーラスのボランティアも受けている。	
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	地域貢献出来る事を話し合いしているが、現状は取り組めていない。		
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	ホームたよりを使用して普段の様子を見て頂き、また、二か月に一回毎の運営推進会議にて運営状況の報告を行い、ホームの雰囲気や、皆様よりアドバイスを頂いている。	2ヶ月に1回開催、包括支援センター、地域ネットワーク委員、連合町会長、女性部長、遠里小野町会長、女性部長、家族会代表、管理者、職員が参加して事業所の現状を報告し要望、助言を受け、運営に生かしている。	
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	大阪市に運営推進会議議事録を提出したり研修等の参加や利用者様の支援として安心サポートと連絡を取り対応している。	市担当職員とは介護保険制度の勉強会や書類等提出時に情報交換しながら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	代表者及び全ての職員が、身体拘束の内容を理解・認識している。マニュアルも作成しており、職員に回覧周知徹底をはかっている。	玄関の施錠は家族の同意を得ている。利用者はフロア階を自由に行き来でき、外出希望時は職員同行にて対応している。職員は身体拘束の弊害について理解し、勉強会や研修会を開催し、意識向上に努めている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止関連法について研修等の参加や学ぶ機会を持ち、社内で資料の回覧や、定期的且つ、随時話し合いの場を設けている。		

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	地域福祉権利擁護事業や成年後見人制度について研修に参加しており、必要な人には活用して頂く支援をしている。		
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	契約に至る前の段階から施設内の施設内の見学やその際のホームの理念・方針を説明し、重要事項説明書・運営規定等を等を利用してご理解頂ける迄説明する。また、個々の家族様に合わせた柔軟な対応をしている。		
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	家族様面会毎に職員よりサービスに関する聞き取りを行うよう努め、本人様や家族様の希望や不満を表せる様に対応し玄関にも苦情相談の連絡先、意見箱を設置、申し入れがあればすぐに対応できる体制をとっている。	運営推進会議、家族訪問時に利用者の近況を報告して、意見や不満苦情等を聴く機会を設けている。面会に来れない方には、電話やホームだよりにお手紙を添えて送付している。家族の意見や苦情があれば日々の申し送りで全職員が把握し、共有するように周知を図り迅速に対応している。	
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	管理者、各フロアリーダーだけでなく、職員全員で一緒に運営に関しての取り組みを話し合い、取り組んでいる。	管理者は定期的に職員と個人面談を持ち、職員の意見や提案、悩み等聴く機会を設け、業務の改善に反映させている。ケアの統一に向けた取り組み等職員が自由に発言出来る雰囲気、働きやすい環境造りに努めている。	
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	代表者自ら職員と個別面談の場を持ち、職員の意見にも耳を傾け、能力や長所を生かした役割分担を行っている。また、資格試験に向けての勉強会や専門書を休憩室にて読めるような環境作りも行っている。		
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	新任職員OJT(社内研修)を時間をかけ取り組んでいる。現任職員の社内外研修においても計画を立てて研修に参加し、参加後は研修報告として全体ミーティングで報告、研修ファイルを作成し常時閲覧出来る様にしている。		
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	代表者は、この地域の認定審査会の委員であり、事業所も社会福祉協議会の老人施設部会・グループホーム協議会・グループホームネットワークにも参加しており、サービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。		

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
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	初期に築く信頼関係として、利用者様の現在の状況を把握して、しっかりと話し合いの場を持つ事を心掛けており、不安な事、求めていること等をよく聴き、受け止める努力をしている。		
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	家族様と相談の段階より話し合いの場を持つ事を心掛け、自宅へ訪問したり、ホームを実際に見て頂き、言葉だけでは表せない部分についても把握出来る様に、時間をかけ一人一人に合わせて柔軟に向き合っている。		
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	相談を受けた際には、安易にグループホームへの入居を勧める事はせず、まず、本人様と家族様が置かれている状況を傾聴し、介護保険全体の話をする事から始めている。		
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	利用者様は人生の先輩であるという考えを職員が共有しており、利用者様から教えて頂く事も多い。また、利用者様が活躍出来る場面をより多くお持ち頂ける様に、一緒に物事に取り組めるような環境を整えている。		
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	当事業所は職員だけで物事を考える姿勢では取り組んでおらず、家族様とも一緒になって本人様の支援に取り組んでいる。		
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	家族様だけでなく、馴染のあった方にも気軽にホームに遊びに来て頂ける様に取り組んでいる。また、馴染のあった場所に出掛ける支援にも取り組んでいる。	地域の馴染みのある方々が訪れ、エッグポプリの手芸を利用者に教えたり、歌手のファンクラブの方が色紙や講演会のチラシを持ってこられたり、食事のお誘い等、地域との関係が途切れないように支援している。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様同士で楽しめる事を日々の生活の中で自然に見つけ、お互いにコミュニケーションが取れる様に支援している。さらに、利用者様同士が好きな人間関係を保てる様に支援している。		

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	サービスが終了しても利用者様、家族様との関係を断ち切らない付き合いを心掛けている。行事イベントには一筆添えての招待状を郵送している。		
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	計画作成担当者ファイルを基に定期的にケアカンファレンスを開き情報の共有を行う。また、コミュニケーションには常に努め、日常的に利用者様本位で接している。言葉だけでなく仕草や表情からも意向を把握出来る様取り組んでいる。	生活歴や日々のかかわりの中から、また家族の情報を元にして、暮らし方の希望や意向を把握している。入所してからは職員と家族の意見、要望を取り入れセンター方式を活用し実践に繋げて、利用者本位のサービスとなるよう努めている。	
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	家族様からの情報、または本人様からの聞き取りなどセンター方式のシートに記入している。また、日々の様子で変化があれば、すぐに記録、申し送り(情報共有)し、支援経過表に記載し、把握している。		
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	一人一人の日課表を作成し、過ごされ方を観察している。また、日課表だけにとらわれるのではなく、その日の状態や表情、仕草からも本位を汲み取り、本人様の意向に沿う日々が過ごせる様支援している。		
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	ケアカンファレンスを定期的に行い、利用者様の意向に沿える様、家族様も交えた話し合いを継続している。また、状況の変化があった時には、本人様、家族様、主治医を交えて話し合い、介護計画の見直しを行っている。	日々の生活状況の気づきからモニタリングを行い、3ヶ月に1回カンファレンスを開催し計画書を作成して、モニタリングチャートに纏め、評価を行う。支援計画(支援内容、経過状況)医師、看護師、家族意見、要望を総合的に参考にして計画が作成される。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々様子やケアの実践・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	介護計画に沿ったケアが統一して行える様ケアの実行表、モニタリングを行い、評価・改善点を把握し介護計画の見直しを図る。また、毎日の気づき等を本人様の言葉をそのまま個人記録に記載し、職員が情報を共有している。		
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	24時間業務の特性を生かし、家族様の面会時間の融通性や、希望があれば、食事や宿泊も提供できる。		

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	希望時には公共機関を利用して外出援助を行い、外出先には、地域が催している行事やイベントにも参加している。		
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	本人様が以前より掛りつけていた医師に往診に来て頂いており、主治医と相談しながら職員付添いの下その他の外部通院介助も行い、適切な医療を受けられる様に支援している。	利用者各自かかりつけ医が違うので、多い日には週8名の医師の往診がある。担当医がいない利用者は家族からの要望があれば代表者に相談して主治医を決めるように努めている。	
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	他事業所の医療連携体制・訪問看護師と提携しており、週一回の訪問や気軽に相談・定期的なカンファレンスを行っている。グループホームに併設しているじぎょうしょの看護師にも相談している。		
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。	利用者様が入院された際には、お見舞いに行き、一日でも早い退院が出来るように、家族様や病院関係者と連携し、都度カンファレンスを行っている。		
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	重度化・終末期に入る前に主治医、家族様、本人様と話し合いの場を持ち、全員で方針を共有。本人様の意向を最大限考慮した対応をし書面に纏めている。また、状況が変わる度、話し合いの場を設け、今後の支援について検討・準備を行えるようにしている。	入居時の契約時に「体調が重度化した場合の対応に係る指針」を家族に説明し、早い段階から話し合い、方針の共有を図っている。状態が重度化すると再度具体的な内容「ターミナルケアについての同意書」を家族に説明し同意を得ている。話し合いの内容を支援経過表に記録され職員は共有している。	
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	緊急対応マニュアルを作成し周知徹底を図っている。社内研修として消防署よりAEDの講習等も実施し、実施報告書を回覧している。		
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	年に二回、昼夜を想定して消防署の指導の下、消防訓練を実施している。その際には、地域の方々にも参加を呼びかけ、ご協力頂いている。	年2回消防署の指導で防火避難訓練を実施している。自治会の協力もあり、運営推進会議でも検討している。訓練時は地域住民も参加し、協力的である。事業所内はスプリンクラー、報知器の設置、非常用備蓄もある。	地震、火災等の災害対策については自治会の方々との約束を書面を持って構築することが望まれる。その為のマニュアルの作成も望まれる。

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	プライバシー保護と共に秘密保持の徹底を職員の意識向上の下図っている。また、利用者様の誇りやプライバシーを損ねる事のない様に言葉かけや対応に注意を払っている。	スタッフミーティングを3ヶ月に1回代表者を交えて開催、その時に研修会(接遇、高齢者虐待等)を持ち職員に周知徹底を図っている。新人は入職時OJTチェック表で自己評価、他者評価でチェックを行い意識向上に努めている。	
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	職員は常に利用者様が希望を表せる様な言葉かけ、雰囲気作りを行う様に心掛けており、また、利用者様の表情や仕草を観察しながら、本人様の納得出来る生活が保たれる様に支援している。		
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	一日一日を大切に考えて欲しいという代表者の思いの下、利用者様の生活リズム・ペースを大切に考え、一日の流れの中で利用者様の体調に合わせて気持ちを何よりも尊重し、個別性のある支援を行っている。		
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	本人様の希望に応じる身嗜みを取り入れ、理美容は希望時に行きつけの理美容室に行ける様、職員の付添い支援をしている。また、利用者様の状態に応じて訪問美容も利用している。		
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	献立表は季節の旬の物を取り入れ作成している。また、日々利用者様の体調変化、好みに合わせ調整している。食事は調理盛付後片付け等も職員とともに行き、同じテーブルを囲い食事をしている。	配食センターから食材を配送している。専任調理師が調理を行い、利用者は下ごしらえや、台拭きや配膳、下膳等のお手伝いをしている。職員は利用者を見守りながら家庭的な雰囲気の中で食事を楽しんでいる。	
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	生活記録に食事量・水分量を記入し、献立表に個別対応項目を入れ、全体が把握出来る様にし、栄養バランスを考えた献立作成。水分量は主治医に報告し、利用者様毎に応じた量を摂取出来る様に努めている。		
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	毎食後の口腔ケアに取り組んでおり、一人一人の状況に応じて声掛けや環境設定、支援を行っている。また、定期的な訪問歯科にて、専門的口腔ケアや必要な治療をして頂き、定期的にかンファレンスを行っている。		

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	生活記録(排泄チェック表)を活用し、一人一人の排泄パターンを把握している。また、必要な利用者様には定期的に、自尊心を傷つけない様な声掛けを行い、排泄の失敗やおむつの使用を減らす様に支援している。	利用者の排泄の状況を生活記録表に記載し、個々の習慣やパターンを把握して、トイレ誘導を促し、自立を目指した支援を行っている。夜間は転倒予防の為、ポータブルトイレの利用者の対応もしている。	
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	主治医との連携を通じて、個別に便秘の原因の対策に取り組んでおり、外出やレクリエーションを通じて自然に体を動かして頂く様に取り組んでいる。また、食事についても繊維質や牛乳等を用いて対策している。		
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	個々の生活習慣や希望に合わせて入りたいときに入浴して頂く様、支援している。また、季節に応じ柚子湯や菖蒲湯等を提供。入浴を好まれない利用者様は声掛けや手順の統一をし、入浴して頂ける様に支援している。	お風呂は毎日(月～土)沸かしている。入りたい時間、曜日は利用者の希望に合わせて支援している。入浴拒否の利用者に対しては時間を変更したり、曜日を変えたり、清拭、足浴に変更したりして対応している。	
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	個々の生活習慣に合わせて、居室での安眠やフロアでの休息等、穏やかな環境を作るように配慮している。また、利用者様の状態に合わせて、側に付添い背中をさする等し、気持ち良く休息したり眠れる様に支援している。		
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	薬の説明書きを職員が閲覧出来る所へファイルに収め、必要な時に回覧している。薬の変更があった時は、業務日誌を用い、全職員に周知を図り、様子観察している。また、薬剤師とも連携し、薬の知識も深めている。		
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	一人一人の生活歴に合わせて、外出や楽しみ事が継続して行える様に支援している。ボランティアの方のコーラス披露やスーパー等への買い物、園芸活動等を支援している。		
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	希望があれば、いつでも戸外に出掛けられる様に支援している。外出が困難な利用者様でも屋上庭園での外気浴を楽しんで頂ける様支援している。	利用者の体調に合わせて、おりおの公園、浅香山公園、に出掛けしている。家族からの要望で個別に旅行への付き添いや日帰り旅行の個別対応にも対応している。	

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
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	金銭の遣り取りの大切さを大事に考えており、家族様とも相談し買い物時に使える様に支援しています。また、さりげなく管理の支援を行いながらトラブルを未然に防ぐ様に配慮し、家族様に報告しています。		
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	電話や手紙は、家族様や大切な方々と繋がる大事な手段として考えており、希望者には携帯電話を所持して頂いている。また、事業所の電話も希望時にはいつでも使用して頂いている。		
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	事業所内で季節を感じて生活して頂ける様に屋上庭園で草花を利用者様と一緒に育て、また、目につき易い所や居室内には、利用者様と一緒に作成した飾りつけを展示している。また、生活上の音や匂いも大切に考え、五感で感じる生活を大切にしている。	共用空間は清潔で明るく、玄関には訪問者を迎える木製のベンチが設置されている。各フロアの出入り口には利用者やボランティアの作品が飾られて、季節感が感じられる。リビングはゆったりとした広さでテレビやソファで寛げるよう設けている。	
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	フロアにはソファを置き、くつろげる様に配慮している。また、利用者様同士が自由にフロアを行き来し、仲の良い方々との交流を心掛けている。屋上へも自由に向かえ、気分転換を本人様のしたい時に行える様にしている。		
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	本人様が自宅で使われていた家具や電化製品等を持ち込んで頂き、出来る限り家にいらした時と同じように過ごして頂ける様に、本人様・家族様と相談を行い支援している。	居室にはそれぞれ使い慣れた調度品が持ち込まれ従来の生活継続感がある。家族の写真、仏壇、思い出の品々が飾られて、利用者が居心地良く過ごせる配慮がされている。	
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	必要な所に手摺を設置。建物はバリアフリー設計で車椅子でも安心して生活出来る様に配慮している。利用者様には残存能力を発揮し自然な生活を送って頂く事を大事に考え、安易な支援を行わない様にしている。		