

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(2ユニット共通)

事業所番号	2770902282		
法人名	社会福祉法人 博乃会		
事業所名	エイパックスひろのグループホーム		
所在地	大阪府高槻市前島1丁目36番1号		
自己評価作成日	平成31年11月15日	評価結果市町村受理日	平成32年3月16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)】

認知症ケア専門職として認知症高齢者の辛さや苦しみの共感的理解、専門的知識、技能を活かし認知症を患って方々の生活の場として、自身の望む生活の実現の為に認知症の専門職として取り組んでいます。認知症による不便には支援を行います。また、残存機能を活かし、出来る事は積極的にやって頂きます。また生活の中に「役割」を担っていただくことによりアイデンティティの得とくに繋げる支援を行っています。また、医療連携により、身体・精神の状況の把握・管理を行い、異常の早期発見に繋がっています。この連携により家族からも身近に相談が出来る環境が整っている。認知症ケア専門職として、職員研修を行い、ケアの質の向上に努めている。毎月の会議では利用者の個別課題に対し援助方法などの検討を行う。

※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.kaisokansaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_022_kanji=true&lievovocd=2770902282-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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31年12月11日		

【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)】

事業主体の社会福祉法人博乃会は、グループホーム以外に特別養護老人ホーム、ケアハウス、通所介護等、複数の介護事業を展開している。事業所は、JR、阪急高槻市駅からバスで15分、徒歩10分弱の場所に位置し、周囲には田や畑が一面に広がるのどかな環境の中にある。フロアは広くて日当たりが良く、とても開放感がある。開設して14年経過して、利用者の入れ替わりや重度化があり、職員はいろいろ試行錯誤をしながら、利用者一人ひとりが穏やかに生活できるよう支援している。事業所のかかりつけ病院が法人内に併設されており、医療連携が十分に取られて、利用者の体調の変化に迅速な対応ができ、重篤で入院する利用者はいない。介護施設では職員の離職率が高いと言われているが、法人では資格取得に関する支援があり、定期的に研修を行い、職員の関係性が良く、働きやすい環境が整っている。

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	項目
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

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	①馴染んだ地域へ安心できるケアを提供します。②敬意をもって接します。③声かけ、傾聴します。を掲げ理念に沿って取り組んでいる。	「馴染んだ地域で安心できるケアを提供します。敬意をもって接します。声かけ、傾聴します」を事業所の理念として、玄関に掲示している。常にケアマネジャーから職員皆に理念を伝え、啓発して共有を図っている。	事業所は開設以来年数が経ち、利用者の日常生活自立度の状態が変化してきている。理念は、利用者の生活を支えるための基本的な考えとなるもので、今まで一度も見直しが行われていない。原点に戻って職員皆で話し合い、新しい独自の理念を創ることを期待する。
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・老人会に法人として加入して、地域とのつながりを大切にしています。散歩などでご挨拶などにより交流を持っています。地域ボランティア主催のお茶会などにグループホーム利用者も参加しています。	事業所は、自治会、老人会に加入している。外に出る機会が多く、地域の人と会えば挨拶をして、地域の一員として日常的に交流している。マラソンの給水ポイントとして場所を提供し、利用者が沿道で旗を振って応援している。地域のボランティアの人が来てくれたり、桜見物や、地域の人が作った農作物を見に行くこともある。	
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	認知症高齢者のご理解を頂けるように運営推進会議などの場において認知症の人の具体的な接し方や病状などについて発信している。	/	/
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	会議にはご利用者様及びその家族、民生委員、市職員(指導課)などにご参加いただきご意見をいただいたりグループでの様子、取り組みなどを報告しサービスの向上につなげている。	偶数月の第3木曜日に、民生委員、利用者、家族が参加して運営推進会議を開催しているが、地域包括支援センターと市の職員は交代で参加している。運営推進会議では、事業所の運営について話し合い、新しい取り組みを始める時には会議で意見を求め、サービスの向上に努めている。	
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	市から委託を受けた第3者委員会の訪問を受け相談窓口になってもらっている。市とは常に連絡を取り、ご利用者様の状況報告を行っている。	2ヶ月に1回、市から委託を受けた介護相談員の受け入れを行っている。運営に関して分からないことがある場合には、市の長寿介護課や福祉指導課に確認している。市の担当者や地域包括支援センターとは連絡を密に取り、協力関係が築けるよう取り組んでいる。	

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
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	出入口は電子錠で管理されているがご利用者様が出たいの様子があれば職員が同行し自由に出入りできるようにしている。	定期的に身体拘束の研修を行い、拘束することの弊害について理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。身体拘束適正委員会を毎月開催し、検証している。玄関は安全のため施錠しているが、1階と2階のフロア内は自由に行き来できるようになっている。利用者が出たいという時には、職員と一緒に散歩をしたり、玄関から外に出ることで気分転換を図っている。	
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	施設内研修で高齢者虐待防止関連法について勉強会を行っており虐待防止を周知徹底している。		
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	御利用者様の中には実際に成年後見制度を利用している人もおり理解している。		
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	契約時や退所時に十分な説明を行う。改定時は同意書を作成し署名捺印いただいている。		
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	毎月のケアマネ会議や管理職会議の際に各部署からご利用者様やご家族の意見要望を報告し管理者や職員が情報共有し運営に反映させている。	家族からの意見は主に、家族が面会に来た時の会話や、運営推進会議の中で聞き取っている。運営推進会議では、議事録を作成して閲覧できるようにしてほしい、もっと運動をさせてほしい、等の意見があり、直ぐに対応できることは対応し、家族の意見を運営に反映させている。	

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	上記と同じ機会を設け反映している。	職員会議を毎月開催し、職員が運営に関する意見や要望を出しやすいような職場環境を整えている。人員の充足度に関して職員から意見が出ているが、直ぐには対応できない状況である。毎月テーマを決めて内部研修を行い、法人による資格取得の支援制度がある。離職率は低く、職員の関係性は良い。	
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	代表者は職員の勤務状況を把握し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		
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	職員研修を実践し代表者は法人内外の研修を受ける機会を確保している。		
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	運営推進会議を開催し、会議の中で市役所、地域の民生委員等と関わる機会を持ち、意見交換などサービスを向上する場を設けている。		
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	相談から利用に至るまでのサービス導入時期については本人の気持ちを受け止め本人と施設の関係構築を築いていく		

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	相談する家族の立場に立って家族の体験や思いを理解しながら信頼関係を築いていく。		
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	相談時の本人、家族がその時点で何が必要かを見極め、より良いタイミングでご入所いただけるように必要に応じて他のサービスの利用の調整を行う		
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	入居者がそれぞれ、ストレングスを活かしグループホームの生活の中で職員と共に作業等を行う場面を作るなど、共同生活者であることを実感して頂く。		
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	御利用者様の安定した生活のためにご家族様の協力が不可欠であることをご理解いただき、施設と家族で共にご本人を支えている。		
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	利用者がこれまで大切にしてきた馴染みの関係をご家族の許可を得たうえで継続的利用支援している	特別養護老人ホームやケアハウス、事業所の利用者が一緒に集まり、毎月地域のボランティアの人がお点前をしてお茶を出してくれている。顔馴染みの利用者と久しぶりに顔を合わせたり、言葉を交わしたりして喜んでいる。利用者が絵手紙を書いて家族に送ったり、家族から手紙をもらったりと、今までの関係性が途切れないような支援に努めている。	

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
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	共同生活者としてご利用者様同士が支えあっていけるように利用者間の関係の理解に努め暮らしを楽しめるように支援している。		
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	他の施設や法人内の施設に移られた後もその後の相談や支援に応じている		
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	利用者一人一人の思いや希望を聞き取り、本人の視点に立って意見を出し合い実現できるよう話し合う。	利用者の思いや希望を聞き取るため、利用者の担当職員を決めている。自分の希望や意見の言えない利用者は、入浴時のリラックスした時、居室訪問時、おやつを食べている時や、何気ない会話の中から把握するようにしている。	
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	入所時に本人や家族から生活歴生活環境、馴染みにしている事など出来るだけ聞き取り記録しケアの参考にしている。		
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	心境や身体状況の変化により日動変化がある。一人一人の暮らしの流れに沿って本人の状況を総合的に把握している。		

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	月一回ケアカンファレンス会議を行い課題を抽出する。本人や家族の意向を踏まえ介護計画を作成します。又、モニタリング評価を行い、介護計画の見直しを行っている。	モニタリングは3ヶ月ごとに行っているが、毎月ケアカンファレンスを行い、利用者の状況の把握を行っている。介護計画は6ヶ月に1回見直しを行い、本人の意向を確認して必要があれば計画の変更を行っている。入退院による利用者の状況に変化があった場合には、その都度計画の見直しを行っている。	
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	個人ファイルにその日の変化、あった事や気づきを記録し職員が情報を共有しながら介護計画の見直しに生かしている。		
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	複合施設のメリットを生かし併設の事業所の行事やイベントに参加し柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。		
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	地域資源を把握しインフォーマルな資源も活用できるように取り組んでいきたい。		
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し、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	併設のひろのクリニックがあり、定期的受診している。医師は月2回往診し利用者の健康管理をしている、その他、以前からのかかりつけ医に通院されるケースもあります。	事業所に併設されたクリニックがあり、利用者は月2回往診を受けて健康管理を行っている。クリニックは24時間対応可能で、体調の変化に気づいた時には早期に診察し、入院に至ることはない。かかりつけ医以外の専門医の受診が必要な場合には家族が同行するが、対応が困難な場合には職員が同行し、適切な医療が受けられるよう支援している。	

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	医療連携しており、医師看護師が配置されているので健康管理や相談をおこない異常の早期発見につながっている。		
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	入院中は病院に面会に行き身体状況の確認及び家族と連絡し情報共有を行っている。病院のソーシャルワーカーとも相談に努め早期治癒・退院できるように努めている。		
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	終末期の看取り等について事前確認書を作成しアンケート式にてご意見ご要望をうかがっている。ターミナルケアについては施設内研修を行いマニュアルも作成している。	入居契約時に、看取りについての利用者、家族の同意書を取っている。利用者が重度化した場合には、事業所のかかりつけ医から、事業所でできること、できないことについて説明し、家族の意向を確認している。開設以来看取りの事例は少ないが、ターミナルケアについての研修を実施し、マニュアルを作成して体制を整えている。	
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	マニュアルはあるが事故が起きてもあわてず優先順位を常に頭に置き、応急手当や対応が出来るように取り組んでいる。		
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	月に1回非難訓練を行い、隔月には夜間想定し職員が避難誘導、経路の確保、消火器の使用法についてなどの訓練を行っている。	災害に関するマニュアルを作成し、研修も定期的実施している。毎月消防計画を作成し、法人全体の避難訓練も行っている。特別養護老人ホームとケアハウスが併設されており、災害時には法人全体で対応できる体制になっている。非常食は3日分備蓄されており、協力医療機関との災害時の連携方法や支援体制について、定期的確認している。	

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
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	理念である「敬意をもって接します」を守り、言葉遣いや対応も親切・丁寧・迅速・協調をもって行うように努めている。	利用者の尊厳を守るため、定期的に接遇に関する研修を行っている。利用者に敬意をもって接するということを理念に掲げており、常時啓発するようにしている。日々の記録は利用者の目に触れない場所で記入し、記録物は鍵のかかる書棚で厳重に保管している。	
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	日頃の何気ない発言や表情にも気配りし毎月のカンファレンスで担当職員中心に情報の収集および把握に努めている。		
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、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	パーソンセンタードケアを職員は意識しご利用者様の意向に合わせ見守りを中心に援助しています。		
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	衣類は全部個人の私物であり、好みのおしゃれを楽しまれています。また、体温調整できない利用者様については一緒に選び身だしなみを整えています。		
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	配膳盛り付けなど出来ることは利用者様と一緒にやっている。誕生日会食など日頃と違った楽しみを持てるように工夫しています。	特別養護老人ホームが併設されており、食事はその厨房で調理されている。利用者は職員と一緒に盛り付けをしたり、後片付けを行っている。職員と利用者は同じメニューの食事を食べながら会話を楽しんでいる。今までできていなかったおやつ作りやお好み焼き、たこ焼き作りができるよう、事業所で準備中である。	

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	管理栄養士が栄養バランス、カロリーを考慮したメニューにより1人1人の摂取状況に合わせて提供している。食事水分摂取量は記録管理している。		
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2回～3回、歯科衛生士による口腔ケアやブラッシング訪問を受けている。毎食後は歯磨き用具の介助などそれぞれに合わせた口腔ケアを実施している。		
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	日中はトイレ誘導にて排泄介助を行っている。排泄チェック表で排尿サイクルを把握しそれに沿って誘導している。	排泄チェック表を作成して、利用者の排泄パターンを把握している。自分自身でトイレに行く利用者もいるが、利用者の状況に応じてトイレ誘導を行っている。夜間は3時間毎にオムツ内を確認し、必要な時には交換している。	
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	便秘症の利用者には日頃より水分を多めに摂取して頂いたり、フロアの歩行、腹部マッサージなどを行いなるべく薬に頼らず自然排便を促している。排便が3日ない時には看護師へ連絡し、指示を仰いでいる。		
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	週3日以上の入浴を実施している。入浴拒否があった際には時間を置いて対応したり声掛けなど工夫している。体調が悪い時には清拭にて対応している。	月曜日から土曜日の午後に入浴を行い、利用者は週3回の入浴を楽しんでいる。現在入浴を嫌がる利用者はおらず、見守りして一人で入浴する利用者がある。自分の意向や思いを伝えられない利用者も、入浴時には体の緊張がほぐれてリラックスしているため、職員は上手に聞くことができている。冬至にはゆず湯をしている。	

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	昼寝の希望がある利用者や長時間座っていると負担になる利用者については臥床時間を設け休息できるようにしている。昼夜逆転予防に日中は出来るだけ離床し活動的に過ごして頂くことで夜間安眠できるようにしている。		
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	服薬管理は看護師にて対応している。職員と医務が連携をとり服薬支援と病状の変化の確認に努めている。		
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			
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	天気の良い日には散歩に出かけ気分転換に努めている。	気候の良い春や秋には、毎日散歩に出かけて気分転換を図っている。地域の人々が作った農作物を見に行ったり、事業所の庭で作っている家庭菜園の水やりをしたり、できるだけ外気に触れるよう支援している。家族が面会に来て、利用者と一緒に出かけることもある。	
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	お金を持つことで安心される利用者様については家族と相談の上所持して頂いている。基本的には毎月必要な分のおこづかいを家族から預かり美容室や個別で買い物に行かれた際に利用している。		

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
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	各部屋に外線対応の電話が設置されておりいつでも家族と連絡が取れるようになっている。郵便ポストも中央玄関前にあり、手紙を出せるようになっている。		
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	ホーム内は落ち着く木のつくりになっている。時には少人数で話せる空間が作れる可動式の畳コーナーがあり心地よく過ごせるようになっている。一回のガラス戸からは日本庭園のような中庭を見ることが出来る。冬には床暖房で足元を暖かくしている。フロアは空気清浄器・加湿器を置き温度や湿度の工夫をしている。	事業所の建物は和風の造りになっており、木の温かみを感じられる。玄関前にはベンチが設置され、利用者と一緒に座って外気浴が楽しめる。フロアは広くゆったりした空間で、窓から中庭を眺めることもできる。可動式の畳コーナーがあり、利用者が寛げるようになっている。	
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	談話スペースでは皆で話すこともできるが離して個別に過ごすスペースにもなっている。本人の気分によって居室で一人で過ごされることも有る。		
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	入居の際には今まで使っていた馴染みのある寝具や家具を持参されたり家族の写真を飾ったりすることで居心地の良い空間を作り上げている。	居室にはエアコン、ベッド、カーテン、クローゼット、トイレ、洗面所が設置されている。クローゼットが2か所あるので収納スペースが十分に取れ、居室が広く使えるようになっている。利用者は思い思いの使い慣れた家具や写真を持ち込み、居心地よく過ごせるようになっている。	
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	1人1人の残存機能を活かして安全かつ自律した生活が出来るようにサポートしている。		