

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	2775900604		
法人名	社会福祉法人 健成会		
事業所名	高齢者グループホームしらなみ		
所在地	大阪府大阪市住之江区南港中3-3-43		
自己評価作成日	令和6年1月30日	評価結果市町村受理日	令和6年4月22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6年3月28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)】

法人の理念でもある優しい介護をユマニチュードの技術と共に全職員が行っています。認知症があるというだけで自立している入居者様がやりたい事、行きたい場所に行けるよう職員が企画を立て、皆様に喜んでもらえるように日々考えて行っています。感染症も緩和になり面会は各個室で行っています。安心で安全な外出支援、またアロママッサージ、ドックセラピーも引き続き行い、フリースペースでの催し物(カフェ、出張売店)にも参加してもらいスーパーでの買い物支援にも入居者様の笑顔が見られています。

【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)】

平成14年4月に開設された当事業所は「人間らしさとやさしさに基づいた認知症ケア」を基本とするユマニチュードケアの技法を取り入れ、経験豊かな長年勤続の職員を中心に管理者・職員間のコミュニケーション力を活かしてケアの充実に取り組んでいる。利用者がこれまでの生活の中で得意とする事や趣味(編み物・裁縫・生け花・計算“元会計士”)や今ある能力(食器洗い・掃除など)に利用者は関わると共に、ゴミ出ししながらの散歩や駅前の商店への買い物・車で住之江公園のワンニャンフェスタへの外出・造幣局の通り抜けの桜見物に出かける予定等、日々の生活を豊かに楽しく過ごせるよう支援している。事業所建物内のフリースペースでカフェ・ラジオ体操の催しや、地域住民対象の認知症勉強会・講習会を開き、地域の中の福祉施設の役割を担っている。

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		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、生き活きと働いている (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	地域密着型サービスの意義をスタッフと共に共有し、事業所の理念と共にユマニチュードの認証の実践に向けて取り組んでいる。	法人理念と事業所理念「笑顔で地域で生き生きと暮らす」を玄関ホールと事業所リビングに掲げ、家族・第三者への周知と職員の意識徹底を図っている。日常生活のケアの具体的な取り組みを職員間で評価し、フロア会議では笑顔で優しさに基づいたケアについて話し合っている。	
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	施設の共有スペースを地域に開放し、ボランティアさんによるラジオ体操やカフェを開きまた、町会主催の「海の町掃除」などにも参加し交流を図っている。	事業所建物内のフリースペースでのカフェ（ボランティアも参加）やラジオ体操で、地域の人達と触れ合う機会がある。ボランティアによる踊りや大正琴の楽しみ事や、中学・高校生の職場体験を受け入れている。中学校の文化祭の見学、保育園の七夕まつりへの参加や、地域の遊歩道の清掃に参加するなど、幅広い地域との交流が根付いている。	
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	地域住民に向けての認知症勉強会、講習会を行いパンフレットなども施設の入口に置いている。		
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	定期的に参加型の会議や文書会議を行っており、行事やケアの取組の報告、また地域、施設の防災対策（BCP）事故報告を話し合い、意見を求めサービス向上に活かしている。	運営推進会議構成メンバー参加の下の対面開催は1回で、書面報告を5回実施している。テーマは職員の研修・事故・行事報告や事業所の課題・改善点を列挙している。今後会議構成メンバー参加の対面会議を推し進めたいとし、平日の会議開催において家族の参加が難しく、意見収集のあり方を模索している。議事録は関係者全員に送付している。	地域の人達からの助言や協力を得るための重要な運営推進会議の充実に向けて、これまで培ってきた地域との連携を活かし、多様なメンバー参加の運営推進会議開催実施と家族の参加の促しや、意見収集のあり方を検討することに期待する。
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	大阪市グループホームネットワークに所属し、事業所間の情報を集めるよう努めている。	区の生活支援課に公的扶助受給者の諸手続き及びケースワーカーの訪問を受け、保健福祉課には事業所の現状の説明を行い、情報や指導を得ている。グループホームネットワーク（月1回）、大阪市老人施設連盟（小規模多機能ホーム・特別養護老人施設・グループホーム等）に参加し、法改正に伴う疑問点の検討や情報交換を行っている。	

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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	フロア会議、各部署会議において身体拘束についての勉強会、話し合いを行いその内容の共有に取り組んでいる。また施設内全体研修を行っている。	身体拘束適正化委員会や研修を通して、利用者の人権を守り安全を確保して抑圧感のない暮らしの大切さを認識している。スピーチロックの内容や言葉の遮り、行動を制限していないかを職員間でチェックしている。出入り口は施錠しているが、外に出たい要望があれば職員同行で周辺散歩に出かけ、閉塞感解消に努めている。	
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	外部での人権研修を内部研修で伝達し、職員全員が共通認識を持つように取り組んでいる。		
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に支援している	外部研修に参加し、内部研修を行い伝達し定期的に話し合う機会を持つようにしている。		
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	契約時は管理者だけではなく、ケアマネジャー、スタッフが同席しご家族に十分な説明をし納得と理解を得るようにしている。また後の疑問にも素早い対応を行っている。		
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	面会時、ご家族様の話を傾聴し疑問や意見などを運営推進会議などで話し合っている。	利用者には日頃のケアでの会話で意見を聞き、家族には訪問時や連絡時の電話で意見を傾聴している。運営に関する意見・要望はほとんど無く、利用者の要望で献立にないインスタントラーメンを食べたい事や、家族から温泉旅行に連れて行きたいとの要望に応えている。	

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	職員の普段からの意見や提案を部署長の定例会などで反映している。	居室担当者が居室の整理整頓や備品・衣替えの管理に携わり、毎月のイベントや行事は全体で企画立案している。日頃の気づき・提案は直接管理者に伝えて、直近では水分摂取量が少ない人にスポーツドリンクの提供や、嚥下低下の人にゼリー・エンシュア(経腸栄養剤)を使用している。テレビ台の備品購入案については検討中である。	
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	職員と定期的に面談を行い、アンケートなども取りステップアップに向けての研修の相談にも応じ、職場環境や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	個々の目標や定在適所に応じての研修内容や行事の内容などを精査し次世代に向けての取り組みを行っている。		
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	大阪市老人施設連盟でのグループホーム管理者の集まりなどに参加し情報を交換したり、共有などを行っている。		
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	相談や申し込みがあった時点で本人、家族の困りごとなどをお伺いし、フェイスシートや生活行為シートなどを活用しご本人様の希望や不安を聞き取り安心の確保に努めている。		

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
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	相談時などにご家族様の不安や要望などを傾聴するよう関係作りに努めている。		
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	ケアマネージャーだけでなく多職種とも連携し「今何が必要なのか、どのような支援が必要なのか」を見極めるように努めている。		
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	ユマニチュードの生活労働憲章にも記載されている3者(入居者様、職員、経営者)平等の考え方をもとに関係を築いていくよう努めている。		
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	3者平等にご家族様を加えて本人様の個人史を知ることにより、ご家族様ともに支えていける関係作りを行っている。		
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	携帯電話をはじめとして手紙やはがきなどで以前より繋がりのある方にはかける範囲で書いてもらい、またカフェなどで顔見知りの人に会った場合は仲を繋げるよう支援を行っている。	友人・知人の訪問は家族の了解を得て許可し、家族の面会は居室で行っている。事業所建物内のフリースペースでのカフェ・ラジオ体操に地域の人達が参加し、馴染みの人との出会いがある。家族同行で買い物や墓参り・外泊に出かける人もいる。手紙のやり取り、電話の取次ぎは随時応えている。	

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	昔のご近所さんの関係のような暮らしができるよう支援を行っている。		
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	グリーフケアをはじめとし、ご家族様が相談に来られた際には必要に応じた支援ができるように努めている。		
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	直接本人からお話を聞かせて頂き、暮らし方の希望や思いについて把握するよう努めている。ご本人の意思確認が困難な場合はご家族や支援者からお聞きしている。その情報をスタッフで共有し、本人の思いや希望に沿った生活ができるよう検討しケアプラン作成につなげている。	これまでの暮らし方や個性・趣味などを記したフェイスシートを基に、テレビを見ている時、レクリエーション時、お茶の時間・散歩・入浴時等生活の中での会話や表情で察知して、個々の希望・意向の把握に努めている。把握した情報は生活行為記録の記入や職員間のグループラインで共有して、どのような暮らし方が最良かを全体で検討している。	
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	入居時に本人あるいはご家族にこれまでの生活について出身地や生活歴や職歴、生活環境についてのお話を聞き、できる限り入居前の暮らしの継続ができるよう努めている。		
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	個人ケア記録、あるいはスタッフから情報を得て、現状の暮らしを把握している。		

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	毎月行う会議と介護計画に対するモニタリングを定期的に行い、入居者個々の課題について話し合い、介護計画を作成している。担当者会議にはできる限りご家族の参加を依頼し、日ごろの報告をするとともに家族様の暮らしに対する希望を確認している。	毎月のカンファレンスと3ヶ月に1度のモニタリングを行い、生活行為ノート・申し送りノート・往診記録・訪問看護記録を参考に計画を作成している。担当者会議は管理者・ケアマネージャー・職員が出席し、家族が参加する時もある。関係者全体の意見・要望が反映された計画作成で、心身状態変化時は適時見直している。	
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	個人ケア記録に日々の健康状態やご様子を記入し職員間で情報を共有している。夜勤者の申し送りはグループlineを活用し多職種で共有できるようにしており、介護計画の見直し、ケアの実践に活用している。		
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	併設のデイサービスでのイベントやレクリエーションへの参加、施設で開催されるユマニテカフェなどにも参加し活動し地域住民の方々との交流をいただいている。お菓子の出張販売では自らお財布を持って買い物していただいている。		
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	地域のネットワーク員と連携し情報共有を行っている。また近隣の保育園、幼稚園、小中学校とも交流を行っている。包括支援センター主催のラジオ体操にも参加している。		
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	協力医療機関にかかりつけ医を希望された方は、定期的に医療を受け、緊急時にも事業所との連携がとれるよう体制を整えている。往診は2週間に1回来設。診察、服薬調整、相談指導など行って頂いている。	全員が協力医療機関の医師の、希望・必要に応じて歯科医の訪問診療を受けており、薬剤師を含め夫々からの居宅療養管理指導がある。他の専科は主治医の指示の下、家族対応が難しい現況では、事業所対応としている。拘縮予防や嚥下障害予防に係る対応を行い、生きていくことの支援に努めている。	

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
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	グループ法人の訪問看護ステーションとの連携及び、併設のデイサービス看護師に日常の体調の変化や気づきがあれば相談できる体制を整えている。		
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	入居者が入院された時は入院した医療機関に直前の状況と既往歴、これまでのこれまでの生活歴、食事の好み、認知症の周辺症状などの情報を提供している。入院後は医療機関のMSWと連絡をとり、状況の確認を行っている。退院時期が近くなれば退院前カンファレンスに参加し情報共有を行っている。		
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、事業所です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	重度化した場合、及び看取りに関する指針について入所時に書面と口頭にてご家族に説明を行い本人やご家族のご意向を確認後、多職種で方針の共有を行っている。入所後は医療機関と連携し支援を継続しながら、重度化になった場合や看取り期になってからも継続して支援ができるよう体制を整えている。	各指針での説明と同意確認の後、状態変化に応じて医師・看護師・栄養士・家族との話し合いを重ね、本人・家族が望む生活をこれまで通りに支え、不安な思いや孤独にさせない看取りケアを実践している。職員の研修、メンタルケアに注力している。	
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	事故発生時対応マニュアル及び緊急連絡網を作成し、急変や事故発生時に備えている。定期的なAEDの使用法の訓練も行っている。事故及びヒヤリハットについても記録と振り返りを行い、今後の対策について検討を行う事で事故の予防、発生時の対応力が身に付くよう研鑽を行っている。		
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	避難訓練を定期的に行い避難経路、避難方法の確認をしている。緊急連絡網の作成及び災害時の緊急時の物資を備蓄している。併設のデイサービスとグループホームは地域の福祉避難所に指定されている。	館内併設のデイサービス(3階)と生活支援ハウス(2階)と合同で、6月に火災・地震対応の訓練、12月に夜間想定訓練を行っている。全館対応の給水塔と発電機を有し、備蓄に関しては全館での担当者で管理している。近在の非常勤職員以外に非常時の人材確保に難ありとし対策を進め、BCP(業務継続計画)策定を急いでいる。	

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
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	方室の際は必ずノックを行い、入居者様を一人の人として尊重した対応を行っている。	ユマニチュードの基本、眼差し(見る)、言葉(話す)、手(触る)によって、ケアの中で利用者を人としての存在を認め続けることから生じるお互いの優しさが、尊重につながるとして実践に励んでいる。	
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	入居者様の本当の思いに気づき自己決定ができるように働きかける支援を行っている。		
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	起床や食事、入浴、排せつなど生活全般全ての事に置いて希望に沿って暮らしてもらえ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	在宅でくらしおられた時と同じ物品、希望の物を揃える支援を行っている。		
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	アレルギーはもちろんのこと食べ物の好き嫌いを把握し、提供にも心配りを行い準備や後片付けなどを職員と一緒にやっている。	昼・夕食は3階の厨房で調理したものを盛り付けて配膳している。朝食はパン・ごはんに冷凍で届く副菜で賄い、3食何れもミキサー刻みと対応している。口腔衛生管理体制と栄養管理体制の加算により、手作りおやつや季節の行事食も夫々の状態に合わせて美味しく楽しく食べて、笑顔で生き生きと暮らすことを支援するとしている。	

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
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	栄養指導管理のもと、栄養補助食品の提供、毎日の水分補給の状態を記録し把握し支援を行っている。		
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	週一回の訪問歯科の助言のもと個々に応じたケア方法で支援を行っている。		
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	記録にて排泄パターンを把握、共有し声掛けや訴え時介助を行っている。飲水量も考慮に入れた支援を行っている。	ユマニチュードの、見る・話す・手で触る・立つの基本を基に、利用者夫々の状況と状態に則した介助を行い、排泄に関する機能維持と低下防止が自立支援に繋がるとして努力している。観察での頻尿を医師に相談し対応の工夫で改善した事例があり、経験を活かしたいとしている。	
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	記録にて排泄パターンを把握、共有し水分の勧めや体操なども取り入れ、また主治医にも相談し個々に応じた便秘対策を行っている。		
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	希望に合わせて3階と1階の浴室どちらでも入ってもらえる支援を行っている。	週2回を基本とし、3階の大浴場で13時～14時半を入浴タイムとしている。状態・希望でフロアの個浴使用もある。大浴場ではキャリー浴やストレッチャーでの入浴も可能で、シャワー浴のみや風呂嫌いの人は見かけない。1ユニットだから出来る楽しい入浴風景である。	

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
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	個々に応じて疲れていそうなときは午睡を提案し、生活習慣に応じて気持ちよく眠れる支援を行っている。		
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	薬剤師とも情報共有し薬のことについてはどんなことも相談、確認できる関係性を築き主治医とも相談できている。		
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	解る限りの生活歴(個人史)を共有し個々に合わせた嗜好品、楽しみごとの支援を行っている。		
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	近所でのイベントや季節ごとのイベントの他家族様との外出もスムーズにできる支援を行っている。	近隣散歩や外気浴の他、地域での行事、中学校の文化祭や保育園の七夕祭りに出かける、初詣や買い物とデイサービスの車両利用で外出の機会は増えている。盆・正月に帰宅や家族との温泉旅行もあり、4月には造幣局の花見(高齢者招待)を予定している。	
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	スーパーや移動販売の際には個人の財布を持ってもらい買い物できる支援を行っている。		

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
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	家族様からの電話には希望に沿って話してもらい手紙が書けない方には職員が代筆し署名はしてもらうように支援している。		
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	共有空間は優しい色合いのロールカーテンで時間に合わせて光や温度調整などをおこなっている。居心地の良い空間を作っている。	十分に広いとは言えないが、真ん中に9人が囲む形でのテーブル配置、場所を工夫したソファの位置、手の届く範囲での物品整理など、走り回る小型犬も共にどの家庭にも見かける居心地の良い風景となっている。	
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	席決まっていないが、フロア内のソファなどで思い思いに過ごせる空間作りをしている。		
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	壁紙の色は優しい色合いにし、入居時には本人の使っておられた家具や小物を持ってきてもらい居心地よく過ごしてもらえる居室の工夫を行っている。	ベッド・収納ヶ所・洗面台が既設され、使い慣れた小家具、収納ケース、好きな小物に縫いぐるみ、仏壇に家族写真など思い思いに持ち込んだ品々で、その人らしい暮らしを窺わせる居室となっている。	
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を送れるように工夫している	「できる事」「わかること」を職員が常に共有し安心、安全に自立した生活を送れるように支援を行っている。		