

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(A・Bユニット共通)

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31年4月5日	評価結果市町村受理日	令和元年6月17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)】

事業所名と同じようにおだやかで家庭的な雰囲気の中、馴染の職員や入居者の方が一緒に暮らせるホームです。職員は入居者お一人おひとりの思いを尊重し自立支援をケアの中心に考え、安全、安心な生活が送れるよう支援しています。開設13年を経て地域の関係も深まり、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、協力も得ています。運営推進会議では民生委員や自治会、地域包括から地域高齢者の状況やそれぞれの活動等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くとともに認知症高齢者への理解を広めていきたいと思っています。

【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)】

グループホームおだよかの理念を「利用者一人ひとりの意思と人権を尊重します。その人らしい生活を尊重し暮らしていただきます。地域や家族の方と共存していくグループホームを目指します。」としており、利用者一人ひとりのできること、得意なこと、やりたいことを把握し、毎日の生活の中で役割を担うことにより「生きがい」や「やりがい」「楽しみ」が感じられるよう取り組んでいる。管理者は昨年交代して日が浅いが、勤続年数の長い職員らが若い管理者を助けて、継続性ある運営がされている。防災対策では、地域との連携が重要視されているが、現実にはなかなか困難が多い中、この事業所の避難訓練には、近所の住民が見守りに参加してくれていることは評価できる点である。

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)	○	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している (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	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。	理念は個人の尊厳と地域密着を内容とする3項目で、事業所内各所に貼ってあるほか、パンフレットに記載して外部にも発信している。個人の思いを大切に、今できること、生活の中で役割を持つことをケアの基本に置いて、理念の実践に努めている。	
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	自治会に加入し草刈りや年末の夜回りに参加。月1回の溝掃除にも参加し、近隣の方々と交流している。毎朝の散歩では、挨拶や立ち話も出来ている。年2回の避難訓練には近隣住民の方々にも参加して頂いている。	事業所は住宅や店舗が密集した地域の中にあり、毎日の散歩で周辺を回るので、顔なじみの関係ができています。回覧板を回したり、自治会の集まりに出席したりして、地域の一員としての存在感がある。事業所のガレージセールは利用者、家族の楽しみだが、近所の人の参加も多い。定期的なボランティアの訪問もある。	
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	自治会の集まりや行事を開放。地域運営推進会議等を通して、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	運営推進会議では入居者の状況やサービスの実績を報告。その際に出た提案や事故報告へのアドバイスをサービス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たり、年1回避難訓練にも参加してもらっている。	会議参加者は地域包括支援センター職員、自治会役員(2人)、民生委員、家族と事業所で、規定回数開催され、各種報告、意見、要望、感想が会議内容となっている。家族の参加がやや固定気味であり、他の家族への案内や報告に工夫が望まれる。	
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	不明点等あれば市役所や保健所の担当者に相談し、助言を頂いている。	昨年度は、管理者の交代やインフルエンザの関係で、役所と連携を取る機会が多くあり、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だと思っている。	身体拘束適正化委員会は運営推進会議の際に開催している。転倒防止のため4点柵の使用例があったが、毎月会議を開いて、事例検討、学習、家族への説明などを繰り返して廃止に至った。	
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にしている。職員のストレス軽減にも気を付けている。		
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	研修等があれば参加出来るよう努めている。現在は、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、家族の疑問点をお聞きし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	運営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。また、日常的に気軽に意見や要望を言ってもらえる雰囲気作りを行っている。相談員さんには入居者の方の声を聴いて頂いている。	毎月の家族への通信は本社が作成しているが、事業所は独自で個人別にその月の様子を知らせる手紙を送付している。家族からは意見、要望というよりも相談があることが多く、個々に対応している。	管理者が交代してから日が浅く、現在家族と信頼関係の構築に励んでいるところであり、さらに努力してほしい。

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	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。また、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。	職員会議は各フロアごとに月1回あり、ケアカンファレンスや学習会も行っている。運営に関しては、勤続年数の長い職員の意見を聞いて、運営の継続や改善に活かしている。	
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職員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、資格の取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	地位包括ケア会議や地域の研修会等に参加し意見交換や相談等を行っている。		
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	入居時、ご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落ちの汲み取りに努め、安心できる関係づくりに努めている。		

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	ご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、申し込み、面談時にご本人やご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ときもある。特に入居初期段階ではご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、ご本人の得意なことや好きなこと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、ご家族との連携に努めている。職員が対応困難な事はご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、外泊でご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	ご家族、ご友人がいつでも気軽に面会に来て頂きやすい雰囲気を作り職員も一緒に歓迎している。また、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頂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。	馴染みの人や場所は、入所前の自宅訪問や関係者からの情報で把握し、入所後は本人からの聞き取りでさらに把握して支援に努めている。近所や職場の知人、友人の訪問もあり歓迎している。一時帰宅や墓参などは家族に同伴をお願いしている。	

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
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、入居者同士の良好な関係作りに配慮している。		
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	入院先の病院や転居先の施設を訪ねたり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もご家族の相談にも応えている。		
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	ご本人の思いや意向を日々の暮らしの中で感じ取り、本人の好きなことや得意なことをしてもらい、出来る限りその人の望まれる生活を支援している。	コミュニケーション可能な利用者が多いので、日々の会話の中で、行きたいところ、会いたい人、食べたいものなどの思いや意向を知ろう努めている。病状や個々の状況から希望をかなえられないことも多々あるが、できること、得意なことを提案し、満足度を高めていく努力をしている。	
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、ケアに役立てている。生活歴を知り日常の関わりの中から意向をくみ取っている。		
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	毎月のケア会議で職員の意見を集め、個別ケアに役立てている。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を作成している。	ケアプランは人により期間が違うが、毎月計画作成者が日々の記録やカンファレンスを基にモニタリングを行っている。プラン更新前にはサービス担当者会議を開いて、問題点や変更点を検討している。家族にはできれば参加してもらおうが、できないときは電話で意向を確認している。	
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	入居者の日々の行動や言葉を記録している。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	ご本人や家族の状況、ニーズに合わせ、その都度、関係者の意見を確認している。その時、何が1番必要なかを把握し臨機応変に対応している。		
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	地域行事に参加したり、包括ケア会議に参加して地域事業者から情報を収集しながら参加できるよう努めている。		
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、医療に対する希望や急変時の対応をお聞きし、納得できる適切な医療を途切れることなく受けることができるようにしている。	入所時に説明して希望を聞いたうえで、現在は全員が内科の協力医の往診を受けている。必要なケースでは精神科の往診も受けている。他科は協力医の紹介を得て通院するが、家族に連絡のうえ職員同伴が多い。希望者には歯科往診もある。同系列の訪問看護ステーションから定期訪問もあり、医師と連携をとっている。	

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
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を行っている。また、介護職では出来ない医療行為を行っている。		
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、ご家族が対応できないとき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、終末期に向けた医療の確認書を説明し定期的にご家族の意向を確認している。また、グループホームの設備面で介助が困難になる事例なども伝え、ご本人、ご家族の意向を確認している。	入所時に重度化した場合の方針を説明し、実際に重度化した場合は医師、家族、事業所で話し合いをして意向を確認している。過去に看取り例はあるが、最近では入院を希望する利用者が多い。	
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。	規定の訓練は、夜間対応も含めて定期的を実施している。近所の人に前もって協力をお願いしているので敷地内駐車場に集まってくれ、避難した入居者の見守りをしてもらっている。昨年の地震、台風を経験し、具体的な対応を考える機会となった。	

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
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	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がけている。特に排泄ケアの場面での配慮に気を付けている。	利用者一人ひとりの尊重は理念の核になっており、その人にとって何が最善かをいつも皆で考えて実践している。ふさわしくない行動や言葉遣いが見られた時には会議の場で取り上げ、全体の問題として共有している。書類管理は適切にされている。	
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様記録し、自己決定できる環境作りに努め、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	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一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行っているが出来るだけご自分の好みで服装を選んで頂いている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日の食事の準備(野菜を切ったり、盛りつけ等)を出来ること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前に伝えるようにしている。	食事は、献立と食材が業者から届き、職員が交代で調理している。入居者もできること、得意なことなどで参加している。年に何回かは給食を止めて、独自のメニューで鍋料理や鉄板焼きなどを楽しむこともある。職員は仕事と休憩を分けて考え、一緒に食べることはない。	食事は入所者の大きな楽しみであり、どんな食事を提供しているかは重要なことである。味見程度ではなく、トータルで同じものを一人は職員が食べてみること(検食)は必要ではないかと思われ、実施に向けて検討を希望する。

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	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1回の訪問歯科による口腔ケア指導を受けている。毎食後の口腔ケアに見守り声かけを行っているが、長年の習慣で難しい面もある。		
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	日中は排泄リズムをつかみトイレ誘導を行いトイレで排泄できるよう支援している。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、誘導を行うよう心がけている。	自立に近い人もいるが、ほとんどが見守り以上の介助が必要であり、トイレでの排泄と、自分でできるが増えるように支援することを基本としている。リハビリパンから布パンツとパッドに変更した例もある。	
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ている。毎朝、ヨーグルトを提供、毎朝の散歩、常時便秘薬を使用しない等の工夫を行っている。個別の対応を検討している。		
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	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そえるよう努めている。	浴室、脱衣場は普通の家庭用だが、浴槽は変形で少し使いにくそうであり、跨ぎにくい人はシャワー浴で対応している。職員・利用者とは1:1で話をしたり歌を歌ったり、楽しい入浴を心掛けている。	

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
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。昼食後は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ときには特に様子観察に気をつ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、得意なことを活かせるよう日々の生活の場で役割を作っている。季節折々の行事や外出も入居者の楽しみとなっている。		
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	毎朝散歩には出ているが買い物や希望に沿った外出にはその日の職員の状態で難しいことも多い。外食や地域行事参加など外出の機会を作るようにしている。ご家族との外出に向けても支援している。	できるだけ毎日外に出て近所を散歩している。時にはその日の希望を聞いてスーパーやコンビニへ買い物に出掛けたり、花見や初詣などで少し遠出することもある。家族とドライブを兼ねた外食や墓参りなどで外出する人もいる。	
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	職員と一緒に買い物に出かけたときは、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。バザーの日に決まったお金をもって好きなものを買う機会もある。		

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
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	共用空間は安全と清潔を心がけみんなで集える雰囲気を作っている。職員、入居者が協力して季節の壁画作りを行っている。	共用のリビングは両サイドに分かれ、居室の中央にキッチンが配置されている。本日の献立は、書の得意な利用者が毎日筆ペンで書いている。季節の壁飾りとして色紙で作った貼り絵の大作(鯉のぼり)が泳いでいた。庭には桜やあじさいが植えられて季節感が感じられ、利用者が集い易く居心地良く過ごせる配慮がみられた。	
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が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	個別に使いなれた家具等を持ってこられテレビも希望される方は持参し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。	居室の表には利用者と職員の手作りの折り紙の表札が掛けられている。ベッド、防災カーテン、照明などを備え付け、寝具は季節によりレンタルされており、利用者はタンスや家族の写真など思い思いに持ち込んで、居心地の良い部屋となっている。	
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。車椅子が自走できるよう空間作り足元の安全に気をつけている。		