

### 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 1階2階)

事業所番号	2770109094		
法人名	オムニクス株式会社		
事業所名	いやしのグループホーム ええじゃないか		
所在地	大阪府堺市北区長曾根町1949番地1		
自己評価作成日	令和2年2月3日	評価結果市町村受理日	令和2年6月29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2年5月26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)】

「家」であることや「暮らし」を大切にしております。外観は和風の建物にしており、内装も木のぬくもりを感じられる造りにしております。また、周囲は地域の方の行き交う歩道に面した側に四季を感じていただけるよう木々を植えております。職員は利用者様と共に地域で暮らす意識を常に持ち、外出・買い物・自治会行事への参加などを積極的にを行うように努めております。そして、地域の皆様、ご家族様が気軽にお越しいただける雰囲気作りを心がけております。また、毎月イベントを開催し、利用者様に季節感を味わっていただいたり、時には地域の方との交流の機会として有効なものとしています。

【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)】

1993年設立の長寿社会文化協会堺支部に端を発した事業主体は、堺市を中心に各種の高齢者福祉事業などを展開している。当事業所は、2006年に2ユニットで開設されて14年経ち、認知症対応型ホームとして地域に根差している。利用者が今までと同じ環境の中で、積極的に外出して地域の人たちと触れ合うことを大切に、買い物や散歩に出かけ、ふれあい喫茶・いきいきサロン・「ここから体操」に参加し、ボランティアの案内を受けて緑地公園・大仙古墳を散策している。利用者のADLが低下しないよう、できることには参加してもらい、3食とも自前の食事でも、盛り付け・配膳・下膳・洗い物などをしてもらっている。家族との関係は良好で、今回の家族アンケートの回収率も高く、毎月家族に送付される利用者個々の「生活状況報告書」などに、感謝の声が多く寄せられている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、安心して暮らさせている (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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	運営理念を玄関に掲げています。また職員で一年の行動目標を実践につなげています。	事業所の運営理念「地元地域の中で、ほほえみのくらし、いやしのくらし、あんどのくらし」を、玄関と2階スタッフルーム・事務所に掲示して、来訪者や職員に周知している。年頭に、事業所の1年の行動目標を設定し、職員会議で周知・共有して実践につなげている。	
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人として日常的に交流している	外食や買い物、美容室やかかりつけ医も近隣を利用しています。また自治会に加入し、行事への参加や地域ボランティアも利用しています。	自治会に加入し、地域のふれあい喫茶(月2回)やいきいきサロン(月1回)、公民館での「コッカラ体操」(月2回)に参加したり、自治会の廃品回収に協力している。緑地公園・大仙古墳で、ボランティアの案内を受けて散策し、事業所でも、マジックショーや事業所周辺の花植えのボランティアを受け入れている。	
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	地域住民として共に生活し貢献している事を知っていただくために自治会の行っている廃品回収などの活動に協力しています。行事のお知らせなど地域の方に向けての発信活動は多くは出来ていない現状です。	/	/
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	2ヶ月に一度、施設の現状報告や課題について参加された方に意見を求めている。しかし、ご家族様の健康面や仕事などの事情により参加が少なくなっている。参加者には負担にならないよう考慮している。	会議は偶数月の第3金曜日に定例化し、地域包括支援センター職員・民生委員(2名)・他グループホーム管理者(知見者)・利用者・家族(交代)の参加を得て開催している。会議では、事業所の状況・活動報告を行い、意見交換して運営に活かしている。今回の外部評価結果も、会議で開示するとしている。	家族は、欠席などで参加が少ない現状である。会議での意見交換の内容なども含めて、できるだけ詳しくわかりやすい議事録を作成して全家族に配布し、事業所運営への理解と、会議への参加の促進を図ることを期待する。
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に取り組んでいる	市町村担当者へ空室・待機状況を定期的に報告しています。また地域包括センターと連携し、入居相談や見学を随時受け付けています。	区の生活援護課や地域福祉課とは、空室・待機状況の報告、生活保護受給者の申請代行などで、常に連携している。最近では、新型コロナウイルス禍のため、介護認定を6か月自動延長してもらった。行政も関わる地区グループホーム連絡会(月1回)や堺市全区のグループホーム全体会(年2回)に参加し、情報交換や交流を行っている。	

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	「行動制限は行わない」事を意識したケアに努めています。しかし、交通量の多い立地の為、施錠している場所もあります。	身体拘束のマニュアルと指針を作成し、年2回研修を行って、身体拘束のないケアに努めている。各フロアの出入り口は、危険防止のためにナンバーロックしているが、利用者の様子を見て一緒に外を散策し、閉塞感をなくしている。家族の了解を得て、利用者の転倒防止に素早く対応するために、陰影式のモニターを設置している居室もある。	
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	マニュアル・事例による勉強会を行い、そこの学びやケースを通して振り返りや気付きをもとに不適切ケアの防止に努めている。		
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	利用されているご利用者様もあり、関係機関と相談しやすい状況。今後、対象となる入居者様に対しても関係者との連携で支援します。		
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	契約書・重要事項説明書は丁寧に説明するように心がけています。		
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	運営推進会議を通じ意見を伺ったり、面会時や、行事等の交流の場でお話できる機会を持つよう心がけています。	2～3日毎に訪問する家族もあり、利用者の様子を伝えて意見・要望を聞いている。訪問が少ない家族には、預かり金が少なくなってしまう時に聞いている。把握した内容は連絡ノートに記録して、職員間で共有している。事業所での生活状況の写真と、利用者個々の「生活状況報告書」(生活状況・受診状況)を毎月家族に送付し、感謝されている。	

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	月1回の職員会議を開催し、運営・業務に関する意見を出してもらえるよう心がけています。	法人の副社長が時々訪問して、職員と話す機会がある。月1回の職員会議や日常のコミュニケーションの中で、職員の意見・提案を聞くように努め、アンケートボックスも設置して書面でも把握している。職員は、行事・食事・買い物・備品発注などの担当を持って運営に関わり、利用者の居室も担当して整理整頓や備品購入などを支援している。	
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	職員の健康状態等を相談・聴取によって把握し、長く勤められる環境整備に努めています。		
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	研修の情報を提示し、積極的に参加できるように勤務の調整等を行っています。		
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	月1回、地区グループホーム連絡会で意見交換や主催する勉強会・交流会に参加し、また年2回の堺市全区全体会に参加し、情報共有などをし参考になっている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	利用者様ひとりひとりとのかかわりを多く持つように努めています。ご自身のペースに合わせあせらずに距離を縮めるようにしています。		

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
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	話しやすい雰囲気作りを心がけ、面談や時には電話での会話により意見を伺い希望に添えるよう努めています。		
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	アセスメントなどをもとに優先順位を見極め、ケア方法などの提案をするようにしています。		
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	本人の出来る事(ストレングス)に着目して、協力していただける事はすすんでしていただけるような機会を提供しています。		
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	ご家族様の健康・生活状況の変化に留意し、ご家族様の担われる役割について負担のない程度に継続して係わっていただけるよう後方支援に努めています。		
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	ご家族様などとの外出・会食などを大切に考えています。また友人・知人様の訪問も随時受け入れ関係が薄れないように努めています。	入居時に、利用者・家族から馴染みの関係を聞いてフェイスシートに記録し、職員間で共有している。かつての友人・知人や、努めていた学校での教え子が訪れる利用者や家族と一緒に、馴染みのお寺の桜見や店・墓参り・自宅に出かける人もいる。入居後に、ふれあい喫茶で馴染みの人ができたり、気の合う人と一緒に居たりする支援をしている。	

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
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	利用者同士の会話や関係性を注視し、トラブルや問題にならないように職員が介入することもあります。		
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	サービス利用終了以降も、入院の様子やお見舞い、ご家族様からの相談などいつでも応じるよう心がけています。		
<b>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</b>					
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	ご本人との会話や日頃の様子から意向を探り、受け止め、気持ちに添えるように努めています。しかしながら掴み切れずに意向に添えない事も時にはあります。	入居時や、入居後の暮らしの中で把握した利用者の意向は、フェイスブック・アセスメントシートに記録して職員間で共有している。意向を把握しにくい人は、意思を示しやすいような問いかけや選択肢を用意したり、家族の意見をもとに決定している。希望に沿って、塗り絵をしたり、月2回ペン習字教室に通ったり、うなぎを提供したりしている。	
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	ご本人との会話や日頃の様子から意向を探り、受け止め、気持ちに添えるように努めています。しかしながら掴み切れない事も時にはあります。		
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	ご本人やご家族様から話を伺い、これまでの生活状況などについて把握するように努めています。		

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
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	職員会議でのケース検討やユニットにおける随時のカンファレンスで検討を行い変更・調整を行っています。	介護記録・業務日誌・モニタリング・連絡ノート・職員意見を基に、往診時や看護訪問時の医師・看護師の意見も取り入れて、介護計画を作成している。計画は、長期目標半年・短期目標3か月とし、3か月毎にモニタリングとサービス担当者会議(管理者・ケアマネジャー・利用者・家族・職員が参加)を行って見直している。	
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	利用者様個々の介護記録での情報共有や、毎日2回の申し送り状況で状況を把握し、対応・見直しにつなげています。		
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	提携医療機関以外への受診支援や、希望する時には個別の買い物・外出支援も行っています。		
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	外食や買い物、美容室やかかりつけ医も近隣を利用しています。また自治会に加入し、行事への参加や地域ボランティアも利用しています。		
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	ご本人の状況やご家族様の意向を確認し、月1・2回程度往診や提携医療機関への受診をしています。また、医師との連携をとり、相談・助言を受けています。	利用者や家族の意向を確認し、協力医療機関をかかりつけ医とし、内科は2週間に1~2回、歯科はほとんどの利用者が2週間に1回の往診を受けている。また眼科・精神科などの専門医へは家族に同行してもらっている。家族への生活状況報告書に受診状況を記載し、毎月送付している	

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	週2回、同法人の看護師に訪問してもらい、必要時には電話等で相談することなどによって連携体制をとっています。		
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	主治医の紹介で医療機関に入院したり、地域医療連携室を通じ情報を提供し、入院中から医療機関と連携を取れるように心がけています。		
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	契約時に看取りの指針を説明、同意を受けています。また見込まれる状況により主治医を交え重度化した場合の対応について方針を共有し理解をいただくようにしています。	契約時に、看取りの指針を利用者・家族に説明し、同意を受けている。マニュアル・手順を作成し、利用者が重度化した場合は、延命措置を含めて再度同意書をもって準備しているが、ほとんどの人は入院してもらっていて、今までに看取りの事例はない。	
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	研修や熟練の介護職員などによる指導で手順を学習しています。更に、医療関係者など専門職の方の指導を受けられるよう計画をしていきたいと思っています。		
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2回の消防訓練の実施と運営推進会議を通しての地域協力を発信しているが、地域住民との協力体制はなお課題が残っています。	災害対策に関するマニュアル作成をし、昼間を想定して、消防・避難の自主訓練を年2回実施している。事業所が高台にあるため水害の心配はない。近在の職員が4名おり、災害時にはすぐに駆け付けることができる。備蓄は、2階に2日分の水・食料(レトルトご飯・カップ麺など)とコンロ・懐中電灯・ランタン・ティッシュペーパーなどを用意している	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者様は目上の方であり、尊厳を持って言葉がけをしたり、接遇にも十分に気を付けるようにしています。	個人情報保護マニュアル・倫理規定を作成し、接遇研修を年1回行っている。利用者一人ひとりの尊厳を守るために、入浴時は同姓介護の要望に応じ、入室時は声かけとノックを行い、トイレのドアは閉めて無理に開けないように心がけている。対応が不適切な場合は、その都度管理者が個別面談をして注意している。個人情報の書類は、鍵付きの書庫に保管している。	
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	ご本人が意思を示しやすいような問いかけや選択肢を用意し自己決定ができるだけ可能になるよう心がけています。意思決定が困難な方についてはご家族様の意見をもとに決定する事が多いです。		
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し、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	レクリエーションへの参加は強要しないようにする、起床・就寝時間もできる限り自主性に任せるなど個々のペースで過ごしていただけるよう心がけています。		
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	洋服など選べる方は自分でご用意いただいています。難しい方については好みを把握して支援しています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者様の希望や季節感を取り入れた献立作りに努めています。また、時折好みによって少人数での外食やおやつレクリエーションを行うことで満足度を高めるよう努めています。	3食とも献立・買い物・調理を事業所で行って提供している。できる利用者は、配膳・洗い物・盛り付け・下膳などに参加している。季節食としてちらし寿司・おせち料理・鰻などのメニューがあり、ホットケーキやフレンチトーストなどの手作りおやつも楽しんでいる。職員は介助に専念する中で、調理した職員が利用者と一緒に食事をしている。	

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
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	機能に合わせた食事形態の変更を行っています。また、食事・水分摂取に管理の必要な場合も医師の指示・助言を受けて提供しています。食事量・水分量は介護記録に記入しています。		
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	毎食後の口腔ケアを実施しています。ご本人様の状態にあわせて出来る事はご自身でしていただくなど、支援方法は個々の状態に合わせて変えています。		
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	個々の排泄パターンを把握し、声かけ・誘導しています。パットを使用されている方は、出来るだけ使用枚数を減らす為日中と夜間で種類を変える等の工夫をしています。	現在オムツの人が1名、布パンツの人が3名おり、他の人はリハビリパンツでトイレを使用している。利用者の排泄パターンを把握し、見計らって声かけをしてトイレに誘導している。夜間は、2時間おきにトイレ誘導・パッド交換をしている。トイレ誘導を重ねることで失禁が減ったケースがある。	
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	排便記録の確認等で排便パターンの把握を行い、食事量・水分量・便の性状などについて留意しています。必要時は医師と相談し内服薬でのコントロールなどで観察をしています。		
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	一定の回数(週2回)や時間帯はおおむね決めて入浴していただいています。ご本人の意欲や意思等に配慮して柔軟に対応しています。	週2回午前入浴があり、利用者の希望に沿って、午後からや回数増にも対応している。入浴拒否の人には、介助の人や時間を替えたり、声かけを工夫しながら支援をしている。重度の人は、2人介助したり、シャワー浴や清拭で対応することもある。時々入浴剤を使用している	

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
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	日中でも個人のペースや習慣に合わせて、閉じこもりの時間が長くない程度に居室でゆっくり休んでいただくことが多々あります。		
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	個人の服薬ファイルで薬情報がわかるようにしています。また変更時や連絡事項などは連絡ノートで周知するように努めています。		
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	洗濯物たたみや台拭きなど、身の回りの出来る事は見守りの上していただくようにしています。嗜好品などについては、一緒に買い物に出かけるなど購入の支援をしています。		
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	ご家族様との外出・外食は積極的に対応しています。また地域ボランティアの開くふれあい喫茶への外出や、時には少人数での近隣の飲食店においての外食も行っています。	利用者が週1回は外出できるように支援し、近くの公園や買い物などに出かけ、お寺の桜見物や車で夏祭りに遠出している。外出が困難な人は、1階のウッドデッキを利用して外気に触れる機会を作っている。また家族の支援で、ペン習字教室に通ったり、外食や通院などで外出している。	
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	大半はご家族様からお預かりしたお金を施設で管理していますが、小額ながらご自身で持たれている方もおり、嗜好品の購入などに使用・所持することで安心感をもたれているようです。		

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
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	本人の希望や、淋しく恋しい時などにご家族様に電話をする事はありますが、ご家族様より、度々の電話や時間帯によって連絡を断られている方もいらっしゃいます。		
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	共用の空間は常に清潔・安全な環境を整えています。1Fテラスは植物を育てたり外気浴も楽しめ、交流の場としても活用しています。食事中は耳障りのよい音楽を流し心地よい空間作りに努めています。	利用者が一日中快適に過ごせるように、換気扇は24時間運転し、利用者が居ないときはリビングの窓を開けて換気している。壁には、誕生日会や手作りおやつの写真を掲示し、雛祭り・鯉のぼり(兜作り)・七夕祭り(短冊)などの作品を飾って季節感を出して、居心地の良く過ごせる工夫をしている。食事中は耳障りの良い昔の曲をかけている。	
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	大きさの違うテーブルや2人がけのソファを設置し、おもいおmoiの過ごし方ができるよう配慮しています。		
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	タンスやTV・仏壇など使い慣れたものを持ち込んでいただき、慣れた環境に近い環境で過ごしていただけるようにしています。	居室には、クローゼット・エアコン・ナースコール・照明が設置され、ベッドとカーテンは利用者が使い慣れたものを用意している。タイガースの法被やレコードプレイヤー・縫いぐるみなどの好みのものを置いている人もいる。清掃は早出職員が行い、居室担当職員と家族が整理整頓や備品購入を支援して、居心地良い環境作りをしている。	
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	居室入り口に表札を掛け、自分の部屋であることが確認できるような工夫をしています。また、車椅子や歩行器でも安全に出入ができるように引き戸でバリアフリーの設えにしてあります。		