

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／花見小路ユニット)

事業所番号	2770902282		
法人名	社会福祉法人 博乃会		
事業所名	エイベ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	令和5年10月1日	評価結果市町村受理日	令和5年12月27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5年11月14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)】

入居者自身の望む生活の実現のために、認知症ケアの専門職として入居者の辛さや苦しみを共感的に理解し、専門的知識及び技能を活かし日々業務に取り組んでいる。入居者の残存機能、ストレングスを生かせる支援を基本とし、不便なことや出来ないことを入居者の自尊心を尊重しながら支援を行えるよう意識しています。未曾有の感染症である新型コロナウイルスの感染拡大の事態禍においても、的確な対応を実施している。総合福祉施設であり併設のクリニックとの連携により、異常の早期発見、早期対応に繋がっています。認知症ケアの研修を行い、適宜カンファレンスを行い、個別課題に対して検討を行うことを継続して行っている。

【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)】

平成17年5月に開設された当事業所は、社会福祉法人博乃会を事業母体とし、7種の福祉施設と長年地域医療に携わってきた“ひろのクリニック”と同敷地内に位置している。事業所周辺は田・畑・民家が点在し、四季を感じ取れる自然豊かな環境下にある。利用者の有する能力を最大限に引き出し、身体能力の維持と低下防止に体操や生活リハビリを取り入れ、健康運動指導士の資格保有のケアマネージャーによる機能訓練を行っている。管理栄養士のバラエティー豊かで旬の素材を活かした献立と個々の身体症状に特化した物(療養食等)を、隣接の特別養護老人ホームの厨房で調理して提供している。多種の福祉施設や医療機関との連携で、身体状態変化時の適切な対応に利用者・家族は安心と信頼を寄せている。

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【2ユニット総合外部評価結果】

[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馴染んだ地域で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。以上を掲げ理念に沿って取り組んでいる。	事業所理念と施設目標の“親切・丁寧・迅速・協調”をリビングとスタッフコーナーに掲げ、意識の徹底を図っている。日々のケアで理念内容に伴わない場合は、周囲に配慮して本人にケアマネージャー・リーダーが指摘し、注意を促している。職員全体での共有と確認については課題となっている。	サービスの根幹を明記した事業所理念を家族・第三者に周知すると共に、職員で話し合いや意識の確認する機会(毎月の職員会議等)を設けて、ケアサービスの実践状況を職員が全体で検討することに期待する。
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が新型コロナ感染予防により交流の機会は自粛している状況です。	自治会・老人会に加入し、回覧板で地域の情報を得ている。事業所開設18年余を経て地域の中の一員としての生活が定着し、散歩時には地域の人と挨拶を交わしている。5類変更後はボランティア(フラダンスショー)の受け入れを再開し、市民マラソンの給水ポイントの場の提供は恒例となっていて、玄関先でランナーの応援に参加している。	
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	コロナ禍の中、運営推進会議は対面での開催は自粛し、文書により認知症を患った方々の日常生活などを発信し、病気について情報発信に努めてきましたが、令和5年度より会議室での対面開催を再開しています。		
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	コロナ禍の中、運営推進会議は対面での開催は自粛し、文書により認知症を患った方々の日常生活などを発信し、病気について情報発信に努めてきましたが、令和5年度より会議室での対面開催を再開しています。	奇数月の第三水曜日を運営推進会議の開催日とし、地域包括支援センター・市職員・利用者・家族・事業所関係者の参加の下で開催している。今年度3回までは地域代表者の参加は自粛していたが、次回からは参加が予定されている。行事・活動・研修・現状報告を行い参加メンバーから意見や要望を得てケアサービスに活かしている。	
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	運営に関して分からないことがあれば市の長寿介護課や福祉指導課に確認をしている。第三者委員会の訪問はコロナの影響により中止されている。	市の長寿介護課・福祉指導課に窓口訪問や電話で、事業所の取り組み内容・事故報告を行い、情報や研修の案内・アドバイス・指導を受け協力体制を築いている。運営推進会議では市職員・地域包括支援センターの参加があり、密な連携体制が構築されている。	

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
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	出入口は電子錠で管理されているが、ご利用者が出たい様子であれば職員が同行し自由に入出入りしている。そして身体拘束について定期的に研修を行い、身体拘束しないケアを実践している。	身体拘束適正化の研修・委員会を通して、身体拘束の内容や弊害について理解を深めている。研修後は職員全員がレポートを提出し、習熟度の検討を図っている。玄関は施錠しているが、毎日の散歩や敷地内の菜園と花壇の水やりを行い、閉塞感を解消している。	虐待防止と身体拘束についての委員会記録の混在を改善し、構成メンバーの記入や委員会での内容・事例検討した項目や今後の対応等を記した記録の明確化と、身体拘束指針文書・研修記録等のファイリングの整備に期待する。
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	高齢者虐待防止関連法について勉強会を行い、施設内で虐待が存在しないように周知徹底している。		
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	ご利用者に成年後見制度を利用している方がいらっしゃいましたが退所されました。制度は理解しています。		
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	契約時、退所時には十分な説明を行う。改定時には十分な説明を行い、同意書を作成し、署名、捺印頂いている。		
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	利用者様、ご家族の要望ご意見は毎月の管理職会議やグループホーム会議の際に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。	利用者の17人中11～12人が意見・要望の表出が出来て、外出したい・買い物に行きたい等の要望に応えている。家族には訪問時や電話で聴き取りを行い、コロナ禍で自粛していた外食や外泊を再開している。法人全体のお便りと利用者夫々の生活ぶりを記したコメントは好評を得ている。	

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。	職員は感染対策・レクリエーション、環境、美化、接遇ケア向上委員会に、関わり、運営に携わっている。職員会議での意見やケアでの気づき・提案は、取りれ可能な事は即改善し、検討課題は全体で話し合っている。歩行困難になった人の車椅子使用の案やリハビリパンツとパット使用導入等を申し送りノートに記入して全体で検討している。	
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	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	代表者は勉強会研修会に参加することにより管理職や職員が同業者と交流、意見交換する機会を設けている。		
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	入所直ぐは環境の変化により不安も大きいときなので最も関係構築が重要と考え対応している。		

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
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構築していく。		
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	利用者、ご家族との相談、要望を聞き取り、専門職として必要としている支援を見極める。		
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	グループホームを生活の場ととらえ生活を支える共同生活者であることを実感していただく。		
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	ご入所相談の時からご家族様には利用者の生活をご家族様とグループホーム職員と利用者様自身の3身一体となって支えていくとお話しさせていただいています。		
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	利用者様のこれまで大切にされてきた馴染みのお付き合いはご家族様に許可を得たうえで継続していただくように支援している。	友人・知人の訪問は家族に確認と了解を貰ったの面会としている。これまでは面会に制限を設けていたが、5類変更後は居室での面会を再開している。家族同行での外食や買い物、外泊は可能となり、これまでの生活習慣や馴染みの場所への外出の継続を推し進めている。	

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	共同生活者として入居者同士が支えあっていけるように入居者間の関係の理解に努める。また、入居者間が支えあいの関係であるように職員が図っていく。		
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	ご利用者一人一人の思いや希望を聞きとったり、今までの生活の背景から希望や意向の把握に努める。	入居時のアセスメントシートを基に声掛け・傾聴(理念にある)を積極的に行い、利用者の今の思いや暮らし方の希望の把握に努めている。意向を表しにくい人には、表情・動作・問い掛けと家族からの意見を参考に、本人の視点を大切にして、計画作成に活かしている。	
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	本人、家族、入居前のケアマネージャーなどから生活歴、生活環境、馴染みにしていることなどを聞き取りケアの参考にする。		
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内変動がある。一人暮らしの流れにそ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	担当者会議という形でカンファレンスを行っている。計画書に基づいて本人、家族、ケアスタッフで話し合い計画書の見直しを行う。	毎月のカンファレンスと3ヶ月毎のモニタリングで課題分析し、ケース記録・介護日誌・申し送りノートで看護師による身体状態及び介護アドバイスを参考に、短期6ヶ月長期1年の計画作成を行っている。心身状態変化時には随時見直し、関係者全体で検討して現状に即した計画作成を行っている。	
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	個人ファイルにケアの実践、結果、気づき等を記録し職員間の情報共有しながら計画書の見直しに活かしている。		
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	複合施設メリットを活かしその時々ニーズに柔軟に対応して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、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支援している	併設のひろのクリニックがあり、定期的に受診している。医師は月に2回往診し利用者の健康管理をしている。その他、ももとのかかりつけ医に通院されるケースもある。	併設のクリニックがあり、全員が協力医院の訪問診療を受けている。内科が月2回(全員)、歯科月3回、衛生士同行のもとに訪問診療を受けている。1名が外部の医療機関(歯科)に受診しており、その際には家族と共に事業所の車で送迎している。看護師が常駐しており採血、点滴、皮膚疾患等健康管理を行なっている。	

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	併設クリニックの看護師と情報共有し健康管理や相談を行い異常の早期発見に繋がっている。		
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	利用者が入院した場合、病院関係者との情報交換や相談をこまめに行っていく。特に認知症ケアの観点から早期退院できるようにソーシャルワーカーと相談、調整を行っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時より重度化、終末期に向けた方針について説明し、本人、家族の意向を事前アンケート式で聞き取っている。また、定期的にアンケートを行うようにして、気持ちの変化に対応している。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を作成している。	「重度化した場合における対応に係る指針」のもとに説明を行い同意を得ている。終末期には医師から身体状態の説明とともに、複合型サービスが受けられることの説明をし、同意のもとに併設の特別養護老人ホームや医療機関に移行している。職員は法人の年間研修計画の基に看取りの研修を受けている。	
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	緊急マニュアルを作成し設置している。緊急時慌てず対応ができるように訓練を行っている。		
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	火災、水害、地震等の災害時の避難訓練を月に1回、隔月に夜間想定。初期対応、避難誘導、経路の確保全職員が対応できるように訓練を行っている。	法定の年に2回の消防訓練は日中想定の下に合同訓練(消防署立ち合いはない)を行っている。夜間想定は(R6年1月)に予定している。地震や風水害時の対応は動画研修にて知識を習得し、自主訓練を行なっている。備蓄は水・食糧が3日分・自家発電装置を備えて停電時の対応に備えている。	事業所の建物は淀川水系のそばにあり台風時の水害や地震時を想定した訓練を合同訓練だけでなく、事業所が利用者の身体能力や行動パターンを考慮したうえで、課題を個別に把握した訓練の実施と地域住民の協力の呼びかけに期待する。

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
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・協調をもって利用者様と接する。	職員は年間研修計画の基に動画研修、接遇、尊厳、プライバシー保護の研修を受けレポートを提出している。言葉かけは”です・ます”口調で、呼びかけ方は”さん”呼びに統一している。入浴や排泄時には希望があれば同性介助を行い羞恥心への配慮がされている。重要書類は各ユニット毎の鍵付き書庫に保管されている。	
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	日常のケアの中で利用者様の言葉や表情から希望や意思をくみ取る、そして、希望に沿うケアを行う。		
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原則に利用者様のペース、意向に合わせて支援している。		
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	衣類は利用者様の私物です。好みのおしゃれを楽しまれています。原則ご自身の選択を基本に着用していただき、必要に応じて助言、お手伝いを行います。		
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	毎日、片づけを行ってもらっています。利用者のADLに合わせることをやっています。	管理栄養士のバランスの取れた献立で、特養ホームで一括し調理している。ご飯のみ各ユニットで炊いて提供している。誕生日にはイベント食・おやつレクレーションでは最近菜園で収穫したさつま芋がスイートポテトにて提供されている。利用者は盛り付け、洗い物等を共に行っている。5月から家族との外出が再開されお好み焼き・天ぷら等の外出に出かけている。	

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
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	管理栄養士の管理のもとで栄養バランス、カロリーを考慮したメニューにより個別管理し、提供している。水分摂取は記録管理を行い水分摂取確保している。		
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	毎食後の口腔ケアの実施。月に2～3回の訪問歯科往診を受けている。		
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	排泄チェック表を作成し排泄の管理を行っている。排尿リズムを把握しタイミングを計ってトイレ誘導を行う。	利用者の排泄は自立度は高く、車椅子の利用者もなく、布パンにパット、リハビリパンツ等使用しながら約半数が職員の声掛けにより自力でトイレでの排泄を行っている。夜間は3時間ごとの見廻りが行われているが、職員は居室に備えられたトイレの音に注意を払ってタイミングを見計らって排泄状況を点検しさりげない誘導支援がなされている。	
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	便秘症の利用者様には水分を積極的に摂取していただく。体操、歩行訓練など運動量の確保。なるべく薬に頼らない飲食物の工夫。排便が3日ない時には看護師に連絡し、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	季節に合わせて入浴回数を調整している。ゆったり入浴を楽しんでいただきながら、体調に合わせて対応している。	入浴は家庭用浴槽で、基本週2回の午後(3名づつ)行われ、一人ひとり湯の交換をし、浴槽を跨げなくなったら2人介助や特別養護老人ホームの機械浴で対応している。嫌がる利用者には無理強いすることなく、シャワー浴や足浴に切り替え、BGMや好みの音楽を掛けて楽しむ工夫をしている。	

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	個別に対応している。		
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	服薬管理は看護師を行っている。ケアスタッフと医務が連携を取り服薬支援と病状、体調の変化の確認ができるようにしている。		
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	生活の中で「約に立っている」「仕事をしている」と役割を自覚に達成感、充実感を実感できる。趣味、嗜好をレクリエーションに取り込み楽しみ事を持つなど生活に張り合いが持てるように支援していく。		
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	散歩に出かける。家庭菜園の水やりなど戸外での活動。現在は自肅をお願いしているが、ご家族との外出は楽しみにされている。	自肅していた外出は徐々に再開され近隣散歩はお天気により1日3回時間を決めて行い、利用者全員が1回は外出しましょうと推奨している。事業所の敷地は広く、職員のアイデアで中庭の池では金魚が飼育されているのを愛で、春に向けチューリップの球根の植え付け予定がある。菜園では野菜や季節のお花の水やりを行い外気に触れる機会をつくっている。	
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	ご自身でお金を素地されることで安心される方はご家族と相談の上、手元に所持されている。		

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
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	各居室の外線電話はなくなったが、ご家族との電話はいつでも取り次ぎお話を楽しんで頂いています。また施設の取り組みとしてご家族様との文通に取り組んでいます。		
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	施設の雰囲気は木造を意識した暖かい作りになっている。一階のダイルームからは中庭を見ることができ、季節感が感じていただける。2階は天窓から暖かい日差しが差し込む。空調に加え各階ダイルームには床暖房が設置されている。	共用空間のリビングに畳2枚分のベンチがあり、洗濯物たたみの作業、仲良しの人がおしゃべりを楽しみ交流している。加湿器、空気清浄器が備え付けられ、換気は時間を(1時間毎)決めて行なっている。手作りカレンダー、貼り絵、折り紙等で季節感を表し、風船バレー、ボランティアのフラダンスショーが行われ楽しんでいる。	
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	共有スペースが十分に広く保たれている。状況によって使い分けることができる広さが確保できている。		
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	各居室はご自身の馴染みのものを持ち込み居心地の良い空間を作り上げています。	居室にはトイレ、洗面台、クローゼット(1間巾と半間巾)が2箇所備え付けられ利用者は室内用移動手すり、テレビ、ソファ、仏壇等思いのあるものを持ち込み居心地よく過ごせる工夫をしている。ウレタンマットレスを敷き詰めて身体能力にあった仕様で、転倒防止に配慮した安全対策が行なわれている。	
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	生活の中で自身でできることはご自身でやって頂くことを基本に、見守り等により安全を覚悟しながら、過ごしていただく。		