

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	2772200503		
法人名	社会福祉法人 弘仁会		
事業所名	グループホームやすらぎ苑		
所在地	大阪市生野区田島3丁目6番13号		
自己評価作成日	平成24年3月20日	評価結果市町村受理日	平成24年7月2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 親和ビル4階		
訪問調査日	平成24年4月25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)】

・母体法人の勝山北クリニックの医師と訪問看護ステーションとの連携により、利用者の健康管理面では本人、家族の方が安心できる医療体制である。また同グループの交流も深い。
 ・地域の憩いの家での定期的な食事会や喫茶の参加により、地域の人たちと交流が深まり、他の行事の参加が増えている。今後も地域の人たちの協力を得ながら、行事参加を増やしていく。又参加するばかりでなく、地域に貢献できる活動ができないかと、ホームの前にある公園の掃除を検討中である。
 ・併設のデイサービスとの合同行事が多様である。
 ・各利用者の要望や気持ちを理解し、人間関係を築き安心して生活して頂けるよう、各利用者とは過ごす時間をできるだけたくさんつくり、個別ケアに努めている。

【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)】

法人の代表は、長年地域に根ざした診療活動をされてきた。高齢者が住み慣れた地域で心豊かに暮らせ、生きがいを見つけ出せるような施設を目指して、平成11年12月1日に、老人福祉複合施設やすらぎ苑を開設した。1階は居宅(在宅)介護支援センター、2階はデイサービスセンター、3階がグループホームで、屋上には四季折々の野菜や花を栽培し、収穫を楽しめる場がある。ホーム前は公園と小学校、近くに神社やスーパー、商店街があり恵まれた静かな環境の中にある。地域交流も盛んで、近くの「老人いこいの家」で食事会や喫茶、季節の行事の参加を楽しんでいる。併設のデイサービスの多彩なレクリエーションや行事にも参加出来るので、地域の人との交流の機会も多くある。法人の医療機関による24時間医療体制もしっかり構築されているので、本人、家族の安心に繋がっている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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
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	定例の施設会議やグループホームミーティング、毎日の業務を通じて理念を共有し理念に沿った介護サービスの実践に取り組んでいる。入居時、オリエンテーションの際説明。事務所・休憩室・3Fフロアへの張り出し。	法人の理念を ホーム内の目につく事務所、休憩室、3階フロアに掲示している。理念は施設会議や職員ミーティング、日々の業務の中で話し合い、利用者が安心して、その人らしく暮らしているように支援している。事業所独自の理念が出来ていない。	地域密着型サービスの意義を管理者と職員は共に話し合い、事業所の状況、現状に合った内容の事業所独自の理念を、作りあげる事が望まれる。
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	在宅介護支援センターを通じて、相談対応し、介護教室、いきいき教室を開催又地域の憩いに家での喫茶・食事会・避難訓練など参加している。地元小学校の運動会・餅つき大会の参加。地域の老人会の旅行参加。カットボランティア。	町会に入会して避難訓練や夏祭り、花見に参加している。天気の良い日には、前の公園や神社、スーパーなどに出掛けて顔なじみの人と挨拶を交わしている。介護教室の実施や地元小学生の体験学習の受け入れなど地域交流の取り組みもしている。	
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	併設の在宅介護支援センターを通じて、認知症の理解や関わり方について相談対応、介護教室、いきいき教室、夏祭りの開催。施設の見学、研修の受け入れ。		
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	地域包括職員、地域女性部長、利用者、家族参加の元、2ヶ月毎に開催。会議では活動方針や運営状況、行事、入居者の生活状況について説明している。家族の意見や要望、地域との交流について、相互の理解を深めるよう勤めている。	会議は地域包括センター、地域女性部長、利用者、家族、職員で2ヶ月に1回開催している。会議では運営状況、行事報告、利用者の近況報告などを報告して、出席者からは家族の悩みや日中の過ごし方など意見、要望が出され、双方向的な会議となっている。	
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に取り組んでいる	併設の在宅介護支援センターを通じて、地域包括支援センターの困難事例について相談したり、情報交換を行っている。	困難事例や事業運営に関する相談などは、併設の在宅介護支援センターを通して、行政とのきめ細かい情報交換を行なっている。	
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	身体拘束を行わない事をすべての職員が理解し、身体拘束のないケアを実践している。	職員は身体拘束による弊害はよく理解している。3階のエレベーターの位置は居間から死角になるので、自由な使用は止めているが、利用者の外出志向を察知して対応している。	
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	認知症を理解するよう、常に入居者の言動について話し合い、ストレスをためる事がないように、又一人でかかえこまないように、職員の精神的ケア、家族のケアに努めている。認知症を理解する為、研修参加を増やしている。		

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
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	それぞれの段階に応じた外部研修を受講できる体制が用意されている。		
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、生活や対人関係、利用者、家族の希望、利用料金、その他の実費など十分に説明を行っている。改定の際は説明し、同意書のサインを行っている。解約時は、十分に説明を行い、納得のいく転居先に移れるよう支援している。		
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	運営推進会議への積極的な参加を呼びかけ、利用者や家族の意見、要望、不満、苦情を地域女性部長、地域包括の方と一緒に考え運営に反映している。	年2回の家族会と年6回の運営推進会議への参加を呼びかけて、率直な意見や要望を表せるように努めている。個々の介護面、生活面、医療面を記録している「介護サマリー」を毎月送り、情報提供に取り組んでいる。	
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	定例の施設会議、グループホームミーティング、食事ミーティング、毎日の申し送りの際、業務改善にかんする意見や新しい行事等の試みや提案を把握し、話し合いを持ち、その意見を反映している。	毎月の施設会議や職員ミーティング、毎日の申し送り等の際は、自由に発言しやすい雰囲気があり、利用者へのケアの対応や食事内容、業務改善などについて出された意見をみんなで話し合い、その後の運営に反映させている。	
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	個々の職員を理解する為、日頃からどんな内容でも会話をすることを心掛けている。公休に関してはできるだけ希望休を聞き、調整している。各自スキルアップの為に、研修参加や仕事の分担・役割を明確にし責任感をもってもらおう。		
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	外部研修を受ける機会を設けている。法人内の研修に参加している。毎月1回講師を招いて技術チェックを行っている。		
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	大阪認知症高齢者グループ協議会の会員で情報交換や勉強会に参加している。認知症介護実践者研修の研修生の受け入れ、情報交換。		

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
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	顔の表情、行動、しぐさを見逃さず、言葉を聞き逃さないよう心掛けている。その時、本人がどのような状況にいてるのか？理解しようと努めている。		
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	面会時、運営推進会議、家族会等に家族の希望や気持ちを聞ける機会を作っている。又利用者の状態を電話報告し、その都度意見交換している。話しやすい人間関係作りに取り組んでいる。		
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	利用者の主体性を重視し、アセスメントを行い、個別の状況や特徴をふまえ、目標達成に近づける介護計画を作成し、支援していく。		
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	職員は共に生活をしているという意識を持つよう努めている。その人の役割を見つけ、お互い出来る事出来ない事を補い合い、日々の生活を不安なく送れるよう努めている。		
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	本人の生活状況、健康状態等、もっと密に報告を行い、家族と一緒に支援できるようとりくんでいく。月に1回介護サマリーを配布し、利用者の状況を理解していただく。		
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	買い物、散歩、近隣訪問、外食にでかけている。又趣味活動をおこなっている。昔の知人との関係作りをおこない、面会に来やすい環境創りに取り組んでいる。	日常的に近隣のスーパーや外食、散歩にでかけている。昔住んでいた場所への訪問や趣味活動の支援をしたり、知人の訪問や電話連絡では両者のつなぎ役を務め、継続的な交流ができる様に支援している。	
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	気のあう利用者同士、過ごせる場所、席の確保。職員は利用者との仲介役で良い関係を保てるよう努めている。居室で過ごしがちな利用者には時間を見計らい、声かけを行い孤立防止に努めている。		

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
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	本人に関わる保険医療、福祉関係者と情報交換と相談を行っている。引き続き、家族の悩み相談やストレス解消に努めている。		
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	利用者の意思表示や行動を見逃さないよう努めている。又その気持ちを理解しようと努めている。	本人の希望や意向、願望に対して否定しないように心がけ、その人の世界に入って、その気持ちを理解してあげようと努めている。今後の課題として認知症への理解を深め、ケアの充実を図りたいと考えている。	職員のレベルに合わせた研修参加はしているが、研修回数が少なく、年間スケジュールを作成するまでには至っていないので、更に充実した研修を期待したい。
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	本人と個別に関わっていく中で、生活歴からの行動や気持ちを分析している。		
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	毎日の朝・夕の申し送りや服薬の把握、申し送りノート、職員同士の会話の中で、日々の変化の把握に努めている。		
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	各利用者の状態、また有する力等を把握し、具体的に数字をいれた介護計画書を作成し、モニタリングを行っている。	日頃から本人、家族から意向や希望を傾聴し、職員間で気づきや意見を出し合い、原則として、毎月のモニタリングと6ヶ月ごとに計画の見直しを行い、状況変化があった場合にはその都度見直しをしている。	
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	利用者一人ひとりの発した言葉や、行動を具体的に記入。又状態の変化など具体的に記入している。		
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	関連法人との医療連携により必要な医療と看護を提供している。又併設のデイサービスとの交流や地域の支援を受けている。		

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
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	地域包括支援センターや地域との交流は密になっている。老人福祉センターの利用など地域資源の活用をし、豊かな生活ができるよう支援していく。		
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	関連法人の医師による往診医療や訪問看護、訪問歯科を受けている。協力医療機関と連携し、夜間や急変時の対応についての体制(24時間訪問ナース)が整っている。	これまでのかかりつけ医の継続診療を希望する利用者には、継続診療を支援している。協力医療機関(内科、歯科)による往診も希望があれば支援している。また、夜間、急変時の対応も応急医療体制は整っている。	
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	同関連法人は訪問看護事業を運営しており、24時間対応している。心身の変化や異常発生時には即対応でき、相談も密に行い、利用者一人ひとりの情報交換を行い、共有している。		
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、早期退院の為に話し合いや現状、今後の方向性などについて協力を行っている。		
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	看取り実績あり。入居時に看取りの実施の方針を伝え、家族に説明し同意を得ている。状況の変化と共に、家族、医師、看護師、ホームとの話し合いを行いながら、安心して終末期を迎えられるよう支援していく。今後に備え準備をしていきたい。	看取りの実績はある。新規入居時に重度化や終末ケアを迎えた場合の看取り方針を文書で明確に説明して、家族と同意書を取り交わしている。終末期を迎えた場合、医師の指示に従い、利用者、家族、医師、看護師、ホーム関係者で十分協議し、支援に取り組めるよう準備している。	
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	マニュアルは文章としてあるが、事例検討を行い実際の対応の仕方や連絡先の確認等定期的に行う必要がある。(特に、夜勤帯、職員一人体制)		
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1回の消防署立ち会いの消防訓練実施。事業所内で年1回の訓練を実施。又地域の避難所開設訓練に参加し、煙中体験する。災害・非常時の食料・水・防寒用の物品の準備をしている。	防災対策マニュアルを作成し、年2回、消火・待避訓練を実施している。ホームの場合、最も配慮が必要な、夜間、職員1人勤務の中で地震対応について、具体的な避難手順を作成し、そのための訓練をしていない。	夜間、職員が1人勤務の場合、災害が発生した時どう対応すべきかを、災害の種類ごとに、職員全員でよく検討して、詳細なマニュアルを作成し、それを日常的な重要課題として認識し、繰り返し訓練の実施が望まれる。

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	一人ひとり人生の先輩として尊重している。言葉かけには、かたぐるしくならないように、明るく、楽しく、優しく、丁寧に意識しながら、接している。又入浴・排泄の際プライバシーを損ねない声かけをするよう意識して対応している。	利用者に対し、「慈しみと敬いの気持ちを大切にする」ことを、社是として心がけている。特に言葉かけ、態度に配慮している。また、入浴やトイレでの排泄において、羞恥心を起こさせないような対応に努めている。	
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	利用者の意思表示や反応、行動、表情を見逃さない。安心して話しができる声かけや傾聴する態度で接している。又自己決定できるような、問いかけを心懸けている。意思疎通が困難な方に対しても問いかけを行っている。		
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	利用者の生活リズムに配慮し、利用者のペースで日常生活を行えるよう努力している。起床時間・就寝時間、朝食時間、入浴時間は柔軟に対応している。		
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	服装に関しては本人の好みの色やスタイルに配慮している。髪型に関しては、美容ボランティアの利用や移動美容室の利用、又きつめの美容室の利用など各利用者に合わせ対応している。		
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	配膳、下膳、盛りつけは職員と一緒にやっている。屋上の菜園に食材を摂りにいく。おやつについても一緒に買い物に行く。利用者の誕生日には、好みのメニューで食事作りや出前を撮っている。	朝食はすべて手作り、昼食は業者の配食、夕食は日により手作りや業者の配食とがほぼ半々である。誕生日には、好みの料理を作ったり、出前を取ったりしている。毎食ごとの盛り付け、配膳、下膳は、能力に応じて利用者も行なっている。	
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	個々の食べるペースに合わせ十分な時間を取り、摂取量が少ない方や栄養に偏りがある方は医師との相談のもと、栄養補助食品で補給している。水分補給は定期的な提供と、自由にお茶を飲める環境を作っている。水分チェックを行っている		
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	毎食後、声かけ、誘導にて口腔ケアの実施。義歯の洗浄。週1回訪問歯科による、口腔衛生指導や清掃、口腔内のチェックを行っている。		

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
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	トイレでの排泄に向けた支援を行っている。その為に個々の排泄パターンを把握し、又ポータブルトイレの設置をしている。失禁・失便の不快感を和らげる為、表情や行動を見逃さず、又誘導や介助も個々に合わせて行っている。	排泄の自立は、利用者の自信の回復につながる大切な支援である。各利用者の排泄パターンや、もよおした時のサインを把握し、職員が共有して、自立に向けた支援に努めている。夜間のトイレ利用が便利のように、ポータブルトイレを使用する利用者もいる。	
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	排便管理を行い、個々に合わせて、飲み物の種類を検討している。繊維類の摂取の工夫や水分量は1.5～2リットルを目標にしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本週3回以上入浴予定を立てているが、希望に応じて毎日でも入浴可能な状態である。時間も利用者の気分で入れるよう、柔軟な対応をしている。	基本として週3回、午後を予定しているが、毎日でも、また、時間帯も希望に沿って、柔軟に対応をしている。季節に合わせて菖蒲湯やゆず湯などを用意し、また、入浴剤を入れるなどして、楽しんでもらっている。	
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	できるだけ日中は離床していただけるよう、レクやゲーム、体操等促すが、居室での臥床やソファでの傾眠、窓際の温かい場所で過ごす等、自由に休息して頂いている。		
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	定期薬の把握、又臨時薬の確認は、全員が理解出来るような方法をとっている。又誤薬や飲み忘れがないよう、2重チェック、飲み込み確認を行っている。体調変化に応じて、即看護師、医師への相談を行っている。		
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	各利用者、出来ることを一つでも多く見つけ、日常生活が充実するよう努めている。囲碁、カラオケ、音楽鑑賞、手作業、裁縫、併設のデイでのゲームや歌体操、紙芝居など。又職員と一緒に出来れば出来ることを見つけ、個別に対応していきたい。		
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	定期的な地域の食事会、喫茶への参加、おやつなど買い物に出かけている。又地域の老人会の旅行に参加している。地域との交流が深まり、行事参加は増えている。今後、利用者の故郷の祭に行くなど懐かしの場所を訪問する計画を立てている。	天気の良い日は、近くの公園、スーパー、神社などへ散歩している。地域の「憩いの家」での喫茶や食事会へ参加したり、特定の希望者のために、故郷を訪ね、懐かしい神社へのお参り、プロ野球見物などに遠出をしたり、バスで揃って観光に出かけるなど、引きこもりをなくするよう努めている。	

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
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	全利用者、金銭管理は事業所で、必要に応じて職員立ち会いのもとお金の支払いを行っている。預かり金については、家族に内容確認をしてもらい、確認サインをしている。		
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	自由に電話ができる支援は行っている。手紙についてはほとんど希望はないが、希望のある方に関しては、便せんや封筒を用意し、支援はしている。		
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	玄関、ローカ、フロアに季節感を漂わせる装飾をしている。居間からはベランダの花壇が見え季節の花が鑑賞できる空間になっている。又ベランダごしに公園に緑が望まれ明るく、開放感がある。壁には利用者の書道作品や俳画が掛けられ落ち着きある、ゆったりとした雰囲気がある。	建物の3階にあるホームの玄関は、エレベーターホールであり、居間は広く明るく清潔で、ベランダ越しに前面に見える公園の木々の緑が鮮やかである。壁には季節感のある手作りの作品を飾り、利用者の書道の作品や絵を掲出して、穏やかな居心地のよい空間となっている。	
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	食堂の椅子では自分の席が決まっており、自分の場所を確保している。自分のお気に入りの椅子やソファ等その時々思い思い好きな場所に座る事ができる空間になっている。		
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	居室には表札やのれんをかけている。各居室には、整理ダンス、鏡台、椅子、仏壇、人形、自作の俳画、手芸作品、写真など馴染みある物を持ち込み、個性的な空間になっている。	居間の戸口には、木製手作りの表札とその部屋固有の花の絵を飾り、好みの暖簾を掛けている。部屋には、使い慣れた家具や仏壇、人形、写真、賞状、手芸品など好みの品を置き、心休まる場所となっている。	
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	全室バリアフリーで、フロアや廊下には手すりがついているが、移動する空間の途中、支えや休憩場所になるように椅子やソファの配置に工夫がある。トイレの場所が分かるように、目印になる絵を貼っている。		