

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)

事業所番号	2790800136		
法人名	社会福祉法人 浪速松楓会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 サボテンの花		
所在地	大阪市東住吉区西今川4-22-11		
自己評価作成日	令和3年1月13日	評価結果市町村受理日	令和3年3月9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	http://www.jukouen.com/jukoen.html
----------	---

【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3年2月8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)】

大阪市の感染状況に応じて気候の良い日は近隣のスーパーや商店街等に外出し、おやつや買い出しをしたり、誕生日の当日食べたいものを職員と共に外食する機会を設けている。季節に応じて必ず最低月1回何かしらの行事を行い、四季を感じて頂く様に対応している。利用者の想いを聞く機会を設け、最低月2回は実現できる様努めている。食事、おやつレクリエーションでは利用者から要望を聞き実施している。利用者様の異常の早期発見に努めており、些細な状態変化があれば、直ぐに看護師やかかりつけ医に報告している。

【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)】

社会福祉法人浪速松楓会が運営している福祉施設の中で、9年目を迎える「サボテンの花」グループホームである。コロナ禍であるが感染予防対策をしっかりと行い、季節感を大切に利用者が楽しみ笑顔が観られるように様々な支援を行っている。クリスマス会・おせち料理・節分行事・おやつ作り・レクリエーション・絵馬作り等々、地域に外出が出来ないが要望を聞きながら実践している。職員間のコミュニケーションは良好で利用者・家族に信頼が厚く、医療・介護の連携や地域的にも信頼関係が構築されている。有資格者の在職率も良く研修制度が充実、内部外部研修は常にサボテンの花言葉「温かい心」を基本にして認知症介護のチームケアを研鑽している。

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	職員は、地域密着型サービスの意義を踏まえて理念を掲示しているのを理解している。	玄関とフロアに事業所理念「利用者がその人らしい「生き方」「暮らし方」ができて利用者の心に花が咲くよう温かい心を持ち続けて利用者を支援します」を掲示している。職員は日々の支援を振り返りケアの基本に立ち返れるよう心がけている。理念の実践と共有が出来ているかを日頃の対応・介護記録・リーダー会議・フロア会議で確認している。	
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	町会に加入しており、地域行事の把握に努めている。感染症対策の為、地域への外出は出来ていない。	地域行事の参加で地域住民と交流したりボランティアを招いたりしていたが、コロナ禍であり中止している。法人内では認知症サポーターの研修は実施しているが、地域向けの研修は自粛している。福祉専門学校・福祉大学生の実習生受け入れは毎年行われ、訪問調査日も専門学生が実習していた。	
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	運営推進会議の際、出席者を通じ認知症ケアについて話し合う機会を設け、ケアの方法を理解できる様努めている。	/	/
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	偶数月の第4土曜日に定期開催(今年度は感染症対策の為、事業所内での開催は1階のみ)しており、参加者は、利用者、家族、町会長、民生委員協議会委員長、地域包括支援センター職員を選定している。	会議を定例化し参加メンバーも充実しているが、コロナ感染予防のため書面郵送での会議になっている。事業所の活動報告等記載した議事録は利用者家族に全員郵送している。	
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に取り組んでいる	諸問題があれば地域包括支援センターの担当者に、相談に乗ってもらう事もある。大阪市福祉局高齢者施策部高齢施設課には、施設運営上の疑問点等があると問い合わせにてご指導頂いている。	日頃は地域包括支援センターに相談や情報交換を行い、区役所には介護保険関連の書類提出や保護課の職員に情報提供等行っている。大阪市福祉局高齢者施策部高齢施設課に問合せで指導を受ける事もある。市からコロナ感染予防の資料提供があった。グループホーム連絡会が2ヶ月毎、また定期的に勉強会・介護保険関連の総会もあったが現在はメールで行っている。	

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	3か月に1回身体拘束等の適正化対策委員会を実施している。安全確保の為にエレベーターは施錠している現状であり、開錠するかどうか都度フロアで検討しているが、リスクを考慮し開錠には至っていない。	安全性を考慮して各フロアのエレベーターは施錠している。利用者の要望や状況で職員と一緒に行動し閉塞感を感じない配慮をしている。身体拘束等の適正化指針を作成し3ヶ月毎に適正化委員会を開いている。内容はフロア会議で伝達し、議事録を職員全員が確認している。指針と議事録は玄関・各フロアのスタッツ室に設置しチームケアに活かしている。	
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逃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	年間の研修計画に盛り込んでおり、動画研修により実施している。		
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	法人内外の研修に参加を促し、大阪市高齢者相談支援サポート事業について都度説明をしている。		
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	契約の締結については、重要事項説明書を読み、説明を行い、その内容を十分理解して同意頂いた上で契約の締結をしている。なお、契約に関する疑問点等があれば、都度説明させて頂き、メール等でも返答させて頂く旨説明している。		
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	毎月1回担当職員が日々の様子を写真付きの書面に記入し、家族に送付している。管理者や職員は、面会を制限している為、利用者の近況を電話でも報告している。家族からの対応可能な要望があれば聞く様にしてはいる。	コロナ禍で面会が出来なくなっており、様子が心配の意見があり、利用者の様子を毎月写真を付けて郵送し電話でも報告している。ライン動画や、家族の要望でズームで利用者与会話されている方もいる。事業所内での面会は制限しているが、窓ガラス越しの面会は希望で行い、電話でその時話せるように配慮している。家族の信頼度は高く要望はあまり出ない。	

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	管理者は出勤時は必ずフロアーに行き、現場の状況や意見を聞く様心掛けている。	毎月のフロア会議は日頃からケアに関する内容が多い。行事内容や個別ケアではトイレ誘導の回数・食前に変更し混雑を避ける、時間を分散して転倒予防するなどの意見が出ている。空気清浄機も感染症予防のため設置や居室の置物やリビングルームなど利用者本位に配置を変更するなど、職員の意見を取り入れている。	
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、リーダーや管理者から提出された人事考課を公平に分析し、経験、実績を加味して給与、賞与に反映している。職員の労働意欲を削ぐ事が無い様、向上心をもって働ける環境づくりに心掛けている。		
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	法人内研修は年間計画表に基づいて動画にて行われ、当日の資料及び研修報告書を回覧し、感想文の提出を指示している。		
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	東住吉区のグループホーム連絡会、関係者連絡会に積極的に参加し、学んだ事を共有する事でサービスの質の向上に努めている。		
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	サービス利用前には本人のアセスメントを行い、本人、家族の困っている事、不安要望を聞きとり、本人、家族が何でも話せる様な関係作りに努めている。		

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	本人、家族の訴えを十分聞く機会を設け、必要な情報を提供している。		
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	事前に本人の意向、家族の要望等を勘案して、基本的には在宅生活の継続を勧めている。しかし在宅生活の継続が困難であれば入所するべきかどうか十分に検討し、家族、利用者に判断して頂いている。		
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	本人の生活習慣や価値観を尊重し、認知症ケアを重視している。		
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	利用者が望む生活を送る事が出来る様、家族の協力も得て関係を築く様にしている。		
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	本人が住み慣れた地域との繋がりを大切にする為、近隣住民と顔見知りになる様努めている。	住み慣れた地域で外泊したり馴染みの店でお好み焼きなど外食・買い物や喫茶店など出かけていたが、現在はコロナ禍で全面的に中止している。電話は希望には応じている。絵馬を書いて知人に渡す方もいる。	

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	職員と一緒に会話に加わり、人間関係が円滑になる様、レクリエーション等を通して利用者同士が必然的に会話をする様な機会を設けている		
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	サービス利用契約が終了しても、ご相談等の連絡があれば対応しており、転居先を面会に伺う事もある。		
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	ケアプラン作成前には必ず本人、家族の意向を聞いており、日常生活の中で本人とのコミュニケーションを密に行う事で意向を把握する様にしている。	利用者と日常生活の中で気持ちや要望を常に受けとめるよう心がけている。コミュニケーションが多く取れるような機会を意図して作っている。自分で表出困難な方はしぐさや行動などよく観察し表情の変化などで推察したり、家族の意向も聴いている。	
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、家族からの情報提供を基に、本人とのコミュニケーションを通してより詳しい生活歴、趣味、嗜好等の把握に努めている。		
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	入所後1か月は本人の状態を把握するためにも記録をより密に収集している。そうする事で、本人のADLや様子を把握し、個別援助が出来る様に努めている。		

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
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	24時間シートを作成し、ケアの統一を図っている。	長期ケアプランを1年間・短期を6ヶ月間として月1回モニタリングを行っている。包括的支援プログラムの書式を使用しモニタリングを6ヶ月毎に実施してケアプラン作成に反映されている。ケアの統一化に24時間シートを独自に考案した書式は現状把握が容易である。状況状態変化時は都度担当者会議でケアプランを変更し利用者・家族に了承を得ている。	
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	気づきがあれば計画作成担当者、管理者に報告している。些細な状態変化であっても詳細を記録する様徹底している。毎月記録を基にモニタリングを実施しており、状態の変化を観察している。		
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	利用を希望された家族にも法人内での対応出来るサービス及び在宅生活での継続についての他の介護保険上のサービス利用も説明している。		
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	近隣区の地域包括支援センターを把握しており、本人にとって必要な地域資源を提示している。		
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	利用時には本人、家族の要望を確認し、希望される医療機関で医療を受けられる様支援している。利用者、家族の希望があれば、提携医療機関の訪問診療を受ける事が出来る旨説明している。	入所時の説明をきいて、ほとんどの人が協力往診医に変更し月2回の訪問診療を受けているが、従来からの医師の継続を希望している利用者には、その医師が訪問してくれている。歯科、精神科も定期訪問があり、希望する人、必要な人は受診している。通院は原則として家族同行だが、都合がつかない場合は事業所が行うこともある。	

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
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	提携医療機関の看護師が1週間に1度定期訪問し、24時間、看護師と連絡が取れるオンコール体制をとっている。小規模多機能型居宅介護配属の看護師も同等の対応を実施している。		
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	入院した場合は定期的に計画作成担当者、管理者が病院に連絡し、本人の状態を把握する様努め、早期退院に向けた情報交換を関係者で行っている。		
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	要望を家族から聞いているが、実際に重度化した場合及び重度化する可能性がある場合は、必ず家族とまず事業所として対応が出来る事を説明し、方向性を話し合う事としている。	入所時に医療を持たないグループホームとして、終末期にできること、できないことを十説明し納得の上の入所となっている。実際には系列法人内に特養や看護師が常駐しているサービス付き高齢者住宅があり、または、医療機関に移る例が多い。協力医院は24時間対応で看取り介護は可能だが、まだ実例はない。	
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	応急手当や初期対応については外部研修にて教育を受けている。		
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	火災避難訓練は年2回夜間、昼間想定として各1回ずつ5月、11月に定期的実施をしている。防災訓練は1年に1回6月に実施している	法定通りの年2回の訓練は実施している。利用者は不穏になる等理由で参加していない。火を出さないことを第一に考え全館禁煙にしている。消防用設備の自主点検を毎月行っている。大和川からの浸水想定訓練をした。備蓄管理も十分である。	地域との連携に弱点がある。地域防災訓練に参加することを手掛かりに地域連携を図ることを期待する。

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	職員には利用者に対する接遇に注意を払う様指導している。管理者は出来るだけフロアで仕事をし、気にかかる職員がいれば都度注意する様努めている。	職員は接遇、人権啓発等の研修をうけて、受講後レポート提出し意識を高めて、言葉かけ、トイレや入浴のケア現場で注意しあっている。家族アンケートでも職員は親切でやさしいとの結果が多かった。重要書類の管理も適切に行われている。	
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	利用者の自己決定が出来る様な声掛けや対応を心掛けており、うまく自己表出が困難な利用者には選択肢を提示して対応している。		
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	職員は、利用者一人一人の生活リズムを大切に、日常生活の継続を支援している。レクリエーションや行事は、利用者自身が参加するかどうかを確認している。		
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	身だしなみやお洒落を継続出来る様に、化粧の持ち込み等を容認し、本人、家族の思いを尊重している。		
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	食べたい物の訴えがあると、訴えを実現できる様自身のお小遣いを使用し、スーパー等で購入する事もある。	毎日の食事は朝食は手作りで昼と夜はクックチル方式である。外出ができないので、その代わりに食事がより楽しみなものになるように、デリバリー、テイクアウト、カップ麺や冷凍めん、お好み焼きを焼くなどいろいろな工夫を凝らしている。	

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	最低1日1000cc以上は水分を摂って頂ける様に努めている。本人の禁止食や嗜好に対応し、嚥下、咀嚼状態を把握した上でミキサー食も提供している。ソフト食も提供できる体制となっている。		
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	毎食後は必ず口腔ケアを実施しており、口腔内の清潔保持に努めている。必要に応じて歯科往診を依頼する事もある。		
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	利用者が自分で出来る事については極力見守りながら、状況に合わせて支援している。一人一人の排泄時間に合わせ、出来る限りトイレ誘導を実施している	24時間シートに基づき適切な時間にトイレ誘導し失敗が少なくなるように支援している。オムツ使用の人もできるだけ二人介助で便座に座って排便できるように努めている。夜間は睡眠を重視しトイレを利用したり吸収容量の大きいパットを使ったり、ひとり一人に合わせたケアをしている。	
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	利用者が自分で出来る事については極力見守りながら、状況に合わせて支援している。一人一人の排泄時間に合わせ、出来る限りトイレ誘導を実施している。		
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	毎回入浴時は一人一人お湯を交換洗浄し、好みの湯加減で入浴して頂いている。入浴拒否される場合には対応する職員を変更するといった対応をし、本人の気分を損なわない様対応し、清潔が保てる様支援している。	入浴は週2回を基本にしているが、希望によりもっと回数を増やすことも可能である。拒否の強い人も何とか工夫して週2回は入れるように頑張っている。過去に20年間家で入浴していなかった人が入所したことがあったが、心理的背景やキーワードをみんなで探り入浴が実施できるようになった例もある。	

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
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	一人一人の生活リズムや生活習慣を大切に、その人らしい生活を送れる様支援している。入床時間、起床時間については本人に合わせており、職員から臥床、離床の強要はしていない。		
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	職員は、本人の使用している薬や内服薬の用法や用量を理解して服薬して頂いている。また、一人一人の最新の薬情を保管しており、何か異常などがあれば直ぐに確認出来る状態にしている。		
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	一人一人の得意分野や好み等を把握し、楽しみや役割を持って生活して頂ける様対応している。また、毎月最低1回は季節に応じた行事を行い、利用者からの要望の実現を図る様努力している。		
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	毎日のおやつは基本的に決めておらず、食べたい物を確認し、その日のおやつを提供させて頂いている。おやつを買いに行くことを外出に結び付けている。	現在、緊急事態発出時につき一切の外出は差し控えているが、それ以外の時は感染に注意して、近所周辺の散歩は行っている。屋上に広い空間があり、一部は花壇になっているので、外気浴、気分転換、時にティータイムにと有効活用されている。	
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	お小遣いは事務所内の金庫で預かっており、本人が希望すれば使用できる。必要な物品があれば、職員が代わりに買い物へ出かける事もある。		

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	常に電話で連絡をとれる環境にある。		
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	2、3階部分が居住空間となっている。食堂兼居間には畳スペースがある。ソファやテレビを置き、ゆっくりくつろぐスペースも用意している。天井には脱臭装置、フローには空気清浄機を置き、清浄に保つ工夫をしている。	玄関から、片側に9戸の個室が並び、片側にトイレや浴室、洗面スペース、事務室が並び、一番奥がリビングキッチンになっている。リビングは清潔・換気に留意。奥には畳コーナー・ソファ・小さいテーブルがあり、好みに利用できる。廊下の壁には利用者の参加した行事の写真、リビングには絵馬、節分、ひな祭りの掲示物が貼られ、外出制限下で季節感を表したいと職員は頑張っている。	
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	共有空間には畳を敷いたスペースにて、テレビを見たりされている。フローのテーブルには利用者分の椅子を用意している。		
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	居室には電動ベッドとクローゼットを備え付けており、ベッドの位置は状態に合わせて変更できる造りとなっている。	個室は自分の作品や、家族の写真を貼ったり、使い慣れた家具などを持ち込んだり、逆に何も無いシンプルな部屋など様々で、個人の好みが見れたものとなっている。	
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	フローの廊下、トイレ、浴室には適切な手すりを設置して安全を図っている。苑内では車椅子を極力使用せず、職員が手引きでの歩行介助実施し、歩行生活の継続を図っている。		