

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット1階)

事業所番号	2792000149		
法人名	みとうメディカル株式会社		
事業所名	みとうグループホームおりおの		
所在地	大阪市住吉区遠里小野6丁目1番10号		
自己評価作成日	平成30年5月7日	評価結果市町村受理日	平成30年9月21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	平成30年6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)】

運営者の思いとして、「利用者様の希望を明日に先送りせず、その日その日を大切に。すべての物事に対して柔軟な対応を心掛ける」という事を実際に形として利用者様へあわす事が出来る様に、管理者をはじめ、職員一同、日々努力している。また、同一建物内には、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護が併設されており行事や、レクに参加して頂ける。入居希望の方にも多機能や認知症デイのご紹介もさせて頂き、入居待ちをして頂く事も可能である。又福利厚生、社内研修の取り組みに力を入れている。又、働きながら次へのステップアップを考え実務者研修スクールにも通える様に開校している。今年から1年ごとのホームのキャッチコピーをかかげ、目標にしている。

【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)】

事業母体の“みとうメディカル㈱”の代表者は地域の調剤薬局の係わりで、住吉区周辺の独居高齢者が多く健康・介護の問題点を鑑み、福祉施設の重要性を強く認識した。老人ホーム・多様な介護施設を立ち上げ、当事業所“みとうグループホームおりおの”を平成23年1月に設立した。地域の中で暮らし、地域住民との交流でその人らしい生活が過ごせる支援を法人全体で取り組む姿勢を明確化している。利用者夫々の尊厳ある最良の生活支援を具現化する為、管理者・職員は日々の話し合いやコミュニケーションを、蜜に取り合いながら連携を図ると共に、介護職の資質向上に内外研修やOJT(働きながら学ぶ)を導入して、スキルアップに努めている。併設のデイサービス・小規模多機能施設の利用者の方達とレクリエーション・イベントを合同で行い、地域行事・地域防災訓練に参加し、ホーム主催の映画鑑賞・ふれあい喫茶に地域住民がホームに訪れ、地域の中での生活が根付いている。

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させている (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	「地域に愛され信頼されるホームを目指し家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、尊厳あるその人らしい生活をめざします。」 管理者と職員は毎朝朝礼時に理念の唱和を行い理念の共有し、実践につなげている	“地域の中で生活し、交流を保ちながら尊厳を大切に個々にあった生活支援の提供“の趣旨の理念を玄関・各フロアの目につく所に掲示し、毎朝礼時に唱和し共有している。内容把握とチーム連携を大事に実践に努めている。	
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人員として日常的に交流している	地域の行事には、お声掛け頂き出来るだけ参加させて頂いている。また、月に1回のおりおのシアターにも来て頂いており地域で行われる敬老会や盆踊り大会等にも参加している。	地域行事(夏まつり・敬老会・運動会)の参加や、ボランティア(アロマセラピー・三味線。指編み)を受け入れ、施設主催の映画鑑賞・ふれあい喫茶を回覧や玄関前に掲示して、地域の方に呼びかけて、一緒に楽しんだり、散歩・買い物時に挨拶を交わし、地域に溶け込んでいる。	
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	2ヶ月に1度行われる運営推進会議や、催事の際等、地域住民の方をお招きし参加して頂き、利用者様へのご支援、ご理解に努めている。	/	/
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	2か月に1度の運営推進会議で、取り組んでいる内容や事故・ヒヤリハット等の報告をして、助言や意見等を頂いてサービス向上に活かしています。	自治会代表・民生委員。地域包括支援センター・家族・利用者の参加の下、隔月に開催している。行事・現状・事故・運営状況を報告し、参加者から情報・意見・アドバイスを貰い、サービス向上に繋げている。	
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	大阪市に運営推進会議記録を提出したり、研修への参加、オレンジリング、安心サポートと連絡を取り対応を行っている。	生活支援課の窓口に書類提出やホームの現状報告を行い、相談・情報を得て、連携体制を築いている。職員がキャラバンメイトとして活動し、又グループホーム連絡会の場や地域包括支援センターと連携を取り合い運営に活かしている。	

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
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	代表者及び全ての職員は、身体拘束の内容を理解・認識しマニュアルを作成しており、職員に回覧周知の徹底をはかっている。玄関の施錠については家族様の同意と昨今の事故の件もあり、ご理解いただいている。	研修・スタッフミーティングで身体拘束の内容と弊害を職員は理解している。日々のケアで言動の拘束があれば、その都度互いに注意し合って意識の徹底を図っている。外部からの進入の危険を回避する為、玄関は施錠しているが、各フロア間は自由に行き来できる。	
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の研修に参加して、また社内で勉強会や研修を行って話し合いの場を設けている。		
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	日常生活自立支援事業や成年後見人制度については、研修に参加し必要とされる方には活用して頂き、支援を行っている。		
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	契約に至るまでの段階で、施設見学に来て頂いた際にホームの理念や方針を説明し、不安の無いよう対応させて頂いている。ご本人様の意向や家族様の意向を伺い、個々に合わせた柔軟な対応をしている。		
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	家族様が来所された際、職員がサービスに関する聞き取りを行い、ご本人様や家族様の希望・不満を話したり表せる様、対応する。苦情相談や意見箱を設置し、すぐに対応出来る体制をとっている。	半数の利用者は意見や要望を表せ、日々の生活の中で聞いている。家族には訪問時・家族会・運営推進会議の機会や電話で聞き、要望や改善に対応している。要望があった買い物・外食は職員が同行して、意見の反映に努めている。	

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
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	管理者やリーダーだけでなく、職員全員と一緒に運営に関しての話し合いを行える様に取り組んでいる。	フロア会議・スタッフミーティング・個別面談(随時)の場や、日々のケアの中で意見や気づきを聞いている。弄便の人に対しての目配り・トイレへの誘導方法・時系列対応等全体で相談し、模索しながら状況改善に取り組んでいる。	
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	代表者が自ら職員と個別面談の場を持ち、職員の話に耳を傾け個々の能力・長所を生かし安心かつ学べる職場環境に努めている。		
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	新任OJT(社内研修)を理解し能力等を見ながら、個々に応じた育成に努めている。現任も同様で社内外研修に参加し、参加後は研修報告として全員に報告書の回覧やスタッフミーティングで申し送る。		
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、認定審査会の委員であり、事業所も社会福祉協議会の老人施設部会やグループホーム協議会やグループホームネットワークにも参加し、サービス向上に取り組む。		
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	初期段階に築いていく信頼関係を利用者様の現在の状況を把握し、しっかりと話し合いの場を持つ事を心掛けており、不安や求めている事を傾聴し受け止める努力をしている。		

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
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	家族様からの相談を段階より話し合いの場を持つ事を心掛けをして。自宅へ訪問したり。ホームを実際に見て頂き、言葉だけでは表せない部分についても把握して頂ける様に時間をかけ向き合っている。		
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	相談を受けた際には、安易な入居は勧めずに本人様や家族様の状況を傾聴して、介護保険全体の話をする事から始めている。		
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	利用者様は、人生の先輩であるという考えを職員全員が共有し、利用者様から教えて頂く事もあり、利用者様が活躍できる場面をより多く持つて頂けるような環境を整える。		
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	当事業所は、職員1人だけで考えるのではなく、家族様と話し合い、一緒になってご本人様のご支援に取り組んでいる。		
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	ご家族様だけでなく、馴染みのある知人様にもご気軽に、ホームに面会や遊びに来て頂ける様、取り組んでいる。また、馴染みのある場所に出かける支援にも取り組んでいる。	家族・親族・以前の住居の友人・知人の訪問がある。馴染みの美容院や買い物に出かけたり、墓参り・法事は家族で出かけ、困難時は職員が対応している。馴染み関係・馴染み場所を大事に今までの関係継続を支援している。	

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	利用者同士で楽しんで頂ける事を、日々の生活の中で自然にみつけて、お互いコミュニケーションが取れる様、ご支援する。また利用者様同士好きな人間関係を保てる様、ご支援する。		
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	サービスが終了しても利用者様や家族様との関係を断ち切らない様、お付き合いを心掛けている。行事やイベントには、一筆添えて招待状を郵送している。		
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	計画作成ファイルの元、定期的にケアカンファレンスを開き、情報の共有をする。また、コミュニケーションを常にして、日常的に利用者様本位で接する。言葉だけでなく普段からの仕草や表情から、ご本人様の思いや意向を把握できる様、取り組んでいる。	日々の暮らしの中でコミュニケーションを取りながら、声かけを行い言葉・表情で汲み取り、又家族の情報を参考に本人視点の意見の把握に努めている。適切な意見の把握収集は職員全体のスキルアップが不可欠と管理者は捉えている。	要望・意向の明確な把握は、計画作成やケアの方向性を掴む重要課題である。管理者・職員間との話し合いや研修を積み重ねて、ケアの資質向上を目指し、研鑽に励んで頂くことが望まれる。
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	家族様からの情報や本人様から聞き取り等、センター方式のシートに記入する。日々の様子で変化があればすぐに記録や申し送り等で情報の共有をして支援経過に記載し把握している。		
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	利用者様1人1人の日課表を作成し、普段の過ごし方を観察して。また、そのことにとらわれず体調や状況に考慮し意向に沿う日々が過ごせる様、ご支援する。		

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
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	ケアカンファレンスを定期的にして、体調等の変化の際、利用者の意向に沿える様、家族様も交えた話し合いを継続する。状況の変化があった時には、本人様や家族様、主治医を交え話し合い、介護計画の見直しを行っている。	モニタリング・カンファレンス(3ヶ月に1度)を行い訪問看護日誌・患者情報提供表の情報と事前の担当者会議に本人・家族が同席し、計画作成している。見直しは6ヶ月としているが、身体状況変化時には、訪問看護師・主治医の所見や家族の意向を聞き臨機応変に作成している。	
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	日々の些細な変化も記録し、職員間で申し送りを行う。情報の共有に努め、実践に反映する様に心掛けている。スタッフミーティングは、介護支援専門員にも出席して頂き、介護計画の見直しを取り組む様、努めている。		
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	24時間業務の特性を生かして、ご家族様の面会時間の融通や、希望があれば、食事や宿泊やレクリエーション等の参加も提供できる。		
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	希望時には、公共交通機関を利用して外出援助も行っており、また外出先には地域で催している行事やイベントにも参加する。		
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	本人様が以前から、掛りつけていた医師に往診に来て頂いており、主治医と相談しながら職員が付添いながら、その他の外部通院介助も行い、適切な医療を受けられる様に支援する。	本人・家族が希望するかかりつけ医になっている。半数の方が協力医院の内科(月2回) 歯科(週1回)の往診を受けている。眼科・皮膚科は家族が同行しているが、困難時は職員が同行している。訪問看護師による健康管理は全員が受けている。	

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
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	他事業所の医療連携体制・訪問看護師等と連携して、週一回の訪問や気軽に相談や定期的にカンファレンスを行っている。グループホームに併設している他事業所の看護師にも相談している。		
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	利用者様が入院された際、お見舞いに行き、1日でも早く退院が出来る様に、ご家族様や病院関係者等と連携し、都度カンファレンスを行っている。		
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	重度化や終末期に入る前に主治医と家族様と本人様とで話し合いの場を持ち、全員で方針を共有する。本人様の意向を最大限考慮した対応をする。文章化して確認する。状況が変わる度に話し合いの場を設けて、今後の支援について検討や準備を行える様にする。	重度化・終末期の対応指針文書で、入所時に説明しホームの力量を説明している。身体状況変化時に本人・家族とよく話し合うと共に主治医と連携をとり、段階的に確認しながら取り組んでいる。開設以来看取り経験はある。	
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	緊急対応マニュアルを作成し、周知徹底を図っている。社内研修として消防署よりAEDの講習や救急救命講習等も実施し、実施報告書を回覧する。		
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	1年に2回、昼夜を想定して消防署の指導の下、災害消防訓練を実施する。その際には、地域の方々にも参加を呼びかけ、ご協力頂いている。	マニュアル・連絡網・備蓄品(水・カンパン・防空頭巾・懐中電燈)を整備している。消防署指導の火災訓練を地域住民参加で、年2回実施と併設のデイサービス・小規模多機能施設合同で自主訓練(年2回)を実施している。地域から事業所が一時避難場所の受け入れ要請がある。	あらゆる災害を考慮した計画を基にした訓練の繰り返しが必要である。介護度が高い利用者や併設の小規模多機能施設宿泊者の現状を踏まえた、避難経路・誘導・方法を全体で熟知する事が望まれる。

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	プライバシー保護や秘密保持を徹底して、職員の意識向上を図っている。また、利用者様の誇りやプライバシーを損ねることのない様、言葉かけや対応に注意している。	日々のケアで本人本位の視点で取り組み、尊厳を損ねない声掛けや言葉遣いに配慮している。不適切な場合は管理者や職員間で指摘し合っている。利用者に対しての外部からの問い合わせは家族に了解を得て対応している。	
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	職員は常に利用者様が、希望や思いを表せる様な言葉かけ行い、雰囲気作りを行う様に心掛けする。また、利用者様の表情、仕草を観察しながら、本人様の納得できる日常生活が保たれる様に支援する。		
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	1日1日を大切に考えて欲しいという代表者の思い。利用者様の生活リズムを大切に考え、1日の流れで、利用者様の体調に合わせる気持ちを何よりも尊重し、個別性のある支援を行う。		
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	ご本人様の希望に応じる身嗜みを取り入れ、理美容は希望時に行きつけの理美容室に行ける様、職員が付き添いをしている。また、利用者様の状態に応じて訪問理容等も利用している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	献立表は季節の旬の物を取り入れながら作成している。日々利用者様の体調変化や好みに合わせ調整している。食事は調理盛り付けや後片付け等も職員と一緒にを行う。同じテーブルを囲い職員と一緒に食事をしている。	献立・食材は配食業者に依頼し、調理専門の職員が調理を行なっている。同じ物を同じテーブルで職員と一緒に食事をし、味かげん・メニューなど業者に伝え、食事が美味しく楽しくなるよう配慮している。屋上庭園の野菜が食卓に上がるときもある。	

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
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	ケア記録に食事量や水分量を記入し、献立表に個別対応項目を入れて、職員全員が把握する様にして、栄養バランスを考えた献立作成。水分量は主治医に報告し、利用者様ごとに応じた量を摂取出来る様、努めている。		
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	毎食後の口腔ケアに取り組んでおり、1人1人の状態や状況に応じて声掛けや環境設定等の支援を行っている。また、定期的な訪問歯科にて、専門的口腔ケアや必要な治療をして頂き、定期的にカンファレンスを行っている。		
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	ケア記録を活用し、1人1人の排泄パターンを把握する。また、必要な利用者様には定期的に、自尊心を傷つけない様な声掛けや支援を行い、排泄の失敗やオムツやリハビリパンツの使用を減らす様に支援している。	ほとんどの人がリハパン・パット併用使用で、日中はパターンの把握や事前の声掛けで、トイレでの排泄支援をしている。夜間はオムツ・ポータブルを使用する人もいるが、個々の身体状態・水分補給・睡眠状態をみながら排泄支援を行なっている。	
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	主治医と連携して、各利用者様の便秘の原因対策に取り組み、外出やレクリエーションを通じて自然に体を動かして頂く様、取り組む。また、食事に関しても繊維質や牛乳等を用いて対策する。		
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	各利用者様の生活習慣や希望に合わせて、入りたい時に入浴して頂く様、支援する。また、季節に応じてゆず湯、菖蒲湯等を提供する。入浴を好まれない利用者様には、声掛けや手順の統一をして、入浴して頂ける様に支援する。	週2~3回の入浴が基本となっている。時間帯は一人ひとりの好みに合わせて柔軟に対応している。入浴拒否の人には声掛けの工夫・日時変更・職員交代で対応し、菖蒲・ゆず湯や入浴剤で季節感や変化を楽しんでいる。	

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	各利用者様の生活習慣に合わせて、居室で安眠やフロアでの休息等、穏やかな環境を作る様に配慮する。また、利用者様の状態に合わせて傍らに付き添いし、気持ち良く休息等が取れる様に支援する。		
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	薬の説明書きを職員全員が閲覧出来る様にファイルに収めて、必要な時に閲覧している。薬の変更があった時は、業務日誌を用いて、職員全員に周知を図り、様子観察する。また、薬剤師と連携し薬の知識も得る。		
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	1人1人の生活歴に合わせて、外出や楽しみ事が継続して行える様、支援する。ボランティアの方のコーラス発表や、スーパー等への買い物、園芸活動等を支援する。		
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	希望があれば、いつでも戸外に出掛けられる様、支援する。外出が困難な利用者様でも屋上庭園での外気浴や日光浴等、季節を肌で感じて頂ける様に支援する。	ホーム周辺の閑静な住宅街・神社の散歩の外出や、ホーム建物屋上庭園で、外気浴や気分転換を図っている。車を利用して、長居公園の桜・蓮の花見に交代で出かけている。外食・外泊に家族と一緒に出かける利用者もいる。	
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	金銭の大切さを大事に考え、家族様とも相談して買い物等に使えるように支援する。また、さりげなく管理の支援を行いながらトラブルを未然に防ぐ様に家族様に報告しています。		

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
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	電話や手紙は、家族様や大切な方々とを繋げる大切な手段だと考え、希望者には携帯電話を所持して頂いている。また、事務所の電話も希望時にはいつでも使用して頂いている。		
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	事業所内で四季を感じて頂ける様、生活して。屋上菜園で作物等を利用者様と共に育み。また目につきやすい所や居室扉には利用者様と一緒に作成した四季の物を展示する。また、日常生活音も感じる生活を大切にしている。	リビング兼食堂は明るく広い、個別に語れるソファの設置やテーブルの配置を工夫している。施設全体の環境整備について匂いに対する配慮も大事と捉え、利用者の失禁時の清掃をこまめに行い清潔保持に努めている。屋上庭園は気分転換・外気浴の最適な場となっている。	
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	フロアにソファを置いて、くつろいで頂ける様、配慮している。また、利用者様同士が自由にフロアを歩き来して、仲の良い方々との交流をしている。屋上へも自由に向かえ、外気浴や日光浴を利用者様がしたい時に行える様、支援している。		
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	利用者様が自宅で実際に使用していた、思い入れのある家具や電化製品を持ち込んで、出来る限り自宅で過ごしていた状態に近づけて。利用者様や家族様と相談しながら支援する。	個々の居室ドアに表札を掲げ、クローゼット・洗面台・ベッド・カーテンが設置され、タンス・小物・写真など馴染みの物を持ち込み、今迄の生活の継続と居心地良い居室となるよう支援している。今回の地震に対しての固定器具の検討をしている。	
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	必要な場所に手すりを設置しており。建物はバリアフリー設計で車椅子を使用されている利用者様も安心した日常を送れる様、配慮する。利用者様には、自身の残存機能を発揮しながら自然な生活を送って頂ける様、安易な支援を行わないようにしている。		