

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	2775004399		
法人名	株式会社やよいづらねっと		
事業所名	グループホームやよい		
サービス種類	認知症対応型共同生活介護		
所在地	東大阪市大蓮北3-5-5		
自己評価作成日	令和2年10月15日	評価結果市町村受理日	令和2年12月17日

【事業所基本情報】(介護サービスの情報公表制度の基本情報リンク先URLを記入)

https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2775004399-00&ServiceCd=320&Type=search

【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 介護保険市民オンブズマン機構大阪		
所在地	大阪府大阪市東成区中道3-2-34(JAM森の宮事務所2F)		
訪問調査日	令和2年12月3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)】

商店街にほぼ隣接してグループホームやよいがあります。地域との馴染みの関係を大切にしています。ご利用者様に寄り添った介護に努めています。

【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)】

長年、自治会副会長として地元の地域社会に貢献してきた代表が開設したグループホームです。住宅街の中にあり、すぐ近くには昔ながらの商店街があります。「住みなれた地域での生活、通い慣れた商店街での買い物とその人らしい暮らしの実現をめざして『利用者本位』『尊厳の確保』の寄り添う介護をめざします」を理念に掲げ、利用者一人ひとりのその人らしい暮らしを支えています。代表の地元ということもあり、地域に根付いたホーム運営を行っています。3食ホームでの手作りの、優しい味の食事も自慢のひとつです。利用者に気持ちよく生活してもらうために、「清潔の保持」に努め、毎日居住空間の拭き掃除を行っています。築16年の建物ですが、ホーム内は清潔できれいな空気を感ずることが出来ます。また、開設以来インフルエンザの発症がありません。ホームでの看取りの実績も多く、職員は看取りの経験からの貴重な学びを日常のケアに活かしています。現場をよく知っている代表への職員の信頼と、職員間のチームワークのよさは、明るい温もりのある雰囲気を作っています。ホーム名「弥生(やよい)」に込められた、「地域『弥刀に生きる』」の思いのように、地域の中の事業所として、さらなる発展が期待されるグループホームです。

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ます (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、活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。]

己	自部外	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	パンフレットにある理念を目指してスタッフとの共有に努めているが、ミーティングが持てずサービス中にその確認を行ったりする。地域との交流はADLの低下に伴い皆無に近くなっている。	「住みなれた地域での生活、通いなれた商店街での買い物とその人らしい暮らしの実現をめざして『利用者本位』『尊厳の確保』の寄り添う介護をめざします」を理念に掲げ、その人らしく暮らせる生活を支援しています。代表(管理者)は思いを日頃から職員に語っています。理念は、パンフレットで紹介しています。	玄関等に、理念の掲示を検討されてはいかがでしょうか。職員が日常的に理念を確認したり、外部からの訪問者に理念を理解・支持してもらうことに繋がることを期待します。
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	管理者が地域自治会の役員を務め交流を深めてホーム運営にあたっています。利用者様が季節行事や商店街への散歩や買い物等できています。	管理者は長く地元自治会の役員として活動し、地域との信頼関係ができています。ホーム名の「弥生(やよい)」には、地名の「弥刀(みと)で生きる」という思いが込められています。職員は、利用者と一緒に地域の商店街に出かけ、地域とつながり暮らし続けられる支援を心がけています。地域の防災訓練に職員が参加し、地域との連携づくりに努めています。	長年積み重ねた認知症ケアの知識や技術を、地域の認知症に対する啓発に活かす活動が、今後一層広がることが期待されます。
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	職員の条件を加味して近隣の1人暮らしの高齢者訪問を行い安否確認等を実施している。	/	
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	ご家族にも参加して頂き、概ね2か月に一回の開催をしている。各種話し合いを行い運営に生かす努力を行っている。	自治会長・婦人部長・民生委員・地域包括支援センター職員・利用者の家族等の出席で2ヶ月に1回開催しています。会議では主に、ホームの状況・行事の内容・職員研修の内容等を報告、説明し、参加者から評価や助言を得て、ホームの運営に活かしています。会議は利用者の暮らしがわかるフロアで行っています。会議の出席者からの助言で、ハザードマップを参考に、独自の水害時避難確保計画を作ることができました。	

己 自部 外	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
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	当方からの相談や市から依頼される内容につ いても積極的に対応し、相互の協力関係は構 築されている。	市関係部署の担当者とは、いつでも相談できる 関係が築けています。外部評価の結果や事故報 告もできています。地域包括支援センターから入 居依頼のあった、自宅での生活が難しくなってき た方の受け入れに際して、市の担当者、地域包 括支援センター職員、ホーム職員と協議を重ね る機会があり、市との連携がより密になりまし た。	
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	身体拘束排除宣言を掲げ身体拘束ゼロを目指 している。玄関やエレベーターの施錠は行って いない。	身体拘束廃止の指針を作成し、高齢者虐待防 止の研修も行き、利用者の尊厳を守るケアの確 認を行っています。「身体拘束排除宣言」を掲 げ、玄関の見やすい場所に掲示しています。玄 関扉は内鍵式で、エレベーターも自由に乗り降り できます。	今後、身体拘束に関する研修も実施さ れることが望まれます。
7	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	研修を行いスタッフには徹底を図り、外泊など で帰って来られた場合は身体の異変に注意を 払う様に心掛けている。		
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、個々の必要性に関 係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	2名の方が成年後見制度を活用されており、実 践の中で学びの機会を持てる様にしている。		
9	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	重要事項説明書に基づき丁寧に説明し、契約 に際しても納得される様にしている。又、退去 時に於いても書面での締結を行っています。		
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	ご利用者様との会話の中で不満や苦情に耳を 傾け解決策を模索しています。ご家族様には利 用料を持参して頂き、その際に面談していま す。衣類等の買い物やご家族との外出 等個別に対応しています。	面会時を利用して普段の様子を伝える中で、家 族の想いを聞き取るように心掛けています。面会 に來られ難い家族には、電話で要望や意見を聞 いています。家族がボランティアで作ってくれた、 季節感のある作品が玄関やフロアに掲示され、 利用者に喜ばれています。	

己 自部 外	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回管理者や計画作成担当者が職員会議を開き意見交換を行っている。	日常的にも意見が言いやすい雰囲気づくりを大切にしています。現場をよく知っている管理者への職員の信頼は厚く、わからないことや迷った時には管理者が助言してくれると頼りにしています。	職員の意見や要望が言いやすい職場環境ですが、今後は職員全員で話し合える会議の開催が期待されます。
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	計画作成担当者は出勤時にスタッフの声に向き合い、指導を行うと共に管理者に報告や提案を実施している。代表と管理者が連携を密にしスタッフの給与水準や待遇等の検討を行っています。		
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	外部研修や講習会などの参加を促す様に努めています。又、スタッフがそれぞれ関心事や不安に感じる事等を聞き出し知識の習得が出来る資料作りや研修やそれぞれの役割を果たせる様に努めています。		
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	地域別会議や意見交換会に積極的に参加しサービスの向上に役立つ様に努力しています。		
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	管理者や計画作成担当者が初回面談の際ご本人やご家族様からお困りの事やご希望をお聞きし、フェイスシートや介護計画に反映すると共に日々の生活の中からご本人の態度や声から聞こえるものを把握する様に努めています。		
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	入居前からご家族様の悩みや抱えておられる問題点を極力お聞きし今後の介護サービスに生かせる視点でお話を伺う様にしています。		
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	計画作成担当者はご本人やご家族様のご希望に添った計画を立てる為主治医意見書や他事業所のアセスメントも参考にご希望に応える様にしています。		

己 自部 外	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
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	ご利用者様本位で生活出来る為にサービス提供し共に支え合っていく車の両輪の関係を築いていく努力をしています。		
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	ご本人やご家族様と私たちスタッフの何れも一方通行にならない様に日々努力を傾けています。		
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	初回面談や日常の会話の中で昔取った杵柄が発見出来る様にしています。そのことが自立支援に繋がりがご本人の生活意欲になると思っています。	利用者や職員と地域との関わりが深く、馴染みの人や関係継続の支援は自然にできています。ホーム近くにある古くからの商店街での買い物や馴染みの美容院に行ったりすることを日常的に支援しています。詩や絵等利用者の得意だったことも、職員間で共有しケアにあたっています。	
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	スタッフはご利用者様が気楽に関係性が築ける様にそのきっかけづくりを支援しています。		
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	契約解除後も安心して生活して頂ける様に適切に他事業所や医療機関と連携しています。		
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	ご本人がしたためた詩のノートを黙読されている方、スケッチブックに花や動物の絵描かれている方などをそっと側から支えていく。又、日常の中で聞かれる思いで等を傾聴する様に努めています。	利用者一人ひとりへの日常的な支援やコミュニケーションの中で、その人の気持ちを察してケアに活かしています。日々の暮らしの中での気づきや発見の情報は口頭で伝え職員間で共有しています。職員間のコミュニケーションや連携がとれており、情報の共有はスムーズに行われています。	日常の関わりの中での気づきや発見は、今後記録に残し、職員間で共有し、よりその人らしい暮らしの支援に活かしていけることが期待されます。

己 自部 外	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
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	フェイスシートやアセスメントからご本人のこれまでを把握し、これからの計画に反映できる様にしています。		
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	スタッフと計画作成担当者は連携を図りながらアセスメントを実施し、申し送り事項は書面にし全スタッフが認識を一致出来る様にしています。		
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	介護計画書はご本人、ご家族様のご意見も取り入れながらカンファレンスを開催しご利用者本位の計画に接近出来る様に心掛けています。	入居時、利用者や家族の意見・要望を基にカンファレンスを行い、介護計画を作成しています。モニタリングは2ヶ月毎に実施し、支援経過も丁寧に書いています。変更した介護計画は事務所で職員が確認できるようになっており、計画作成担当者が職員へ個別に口頭でも説明しています。	
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	個別のアセスメントシートを作成し管理者・計画作成担当者やスタッフが記録を確認し相談の介護計画を作成し、随時見直しを出来る様にしています。		
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	ご家族様が対応できない場合は通院介助や既存のサービスにない支援であってもご本人やご家族様のニーズに応じて支援しています。		
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	ボランティアの協力を得て正面玄関入り口に季節の張り紙(現在はお月見とキビ団子)を掲示したりその都度、社会資源の協力を求め利用者への支援に繋げています。		

己 自部 外	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	
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	これまでの経緯やご本人やご家族様の意向を大切に、3か所の医療機関と連携しほぼ月2回の往診を受けています。	入居後は協力医療機関より月2回の往診があり健康管理を行っています。希望があれば、入居前のかかりつけ医への受診も可能です。通院の際は職員が同行し支援しています。夜間の体調不良や緊急時には近隣に住む管理者を通して医療機関へ連絡、適切な対応が出来るよう体制が整っています。	
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	病院の医療連携室やクリニックの師長さん等との連携を図り適切な受診や看護を受けられる様に支援しています。		
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	入院された後も出来る限り病院関係者や相談員との情報収集及びご本人との面会を行い、早期に退院が出来る様に努めています。		
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、事業所です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	主治医、ご家族様とのカンファレンスや相談の上可能な限り意向に沿ったケアが出来る様に努めています。終末期には看取り介護についての同意書を交わしています。	重度化や終末期の状態になった場合は本人や家族の意向を聞き、主治医、看護師と検討し、方針を決めホームで出来る限りの支援を行っています。希望があれば看取りの介護も行っています。職員は、ホームを『終の棲家』とした意識をもち、これまで十数件の看取りを行っています。	今後看取りを希望される利用者が多くなることが予想されます。職員間で看取りについての勉強会や研修に参加され、看取りの実践に備えられてはいかでしょうか。
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	内部研修を定期的に行い急変時や事故発生に備えてマニュアル作成し整備しています。		
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	消防署の協力を得て避難訓練を実施。運営委員会でのハザードマップを参考にいざという時の協力体制を可能にする検討を行っています。スクリンプラーや火災報知器の設置と定期点検を実施しています。	消防署や地域の協力を得て年2回防災訓練を実施しています。災害時のマニュアルの他にグループホームやよい独自の災害計画書を作成し職員間で周知しています。1階の倉庫には飲料水や食料を3日以上備蓄し保管しています。	

己 自部 外	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	ご利用者様の尊厳保持を理念とし、プライバシーを損ねないケアや言葉かけも丁寧に行うようスタッフに周知しています。スタッフには採用時に個人情報保護の誓約をとりつけています。	職員は利用者一人ひとりのこれまでの生き方を尊重し、人格やプライバシーを大切に声掛けや対応を心がけ実践しています。人権についての研修も行っています。	
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	ご利用者様本位のケアを目指して、その人その人の目線に合わせた介護を心掛け、ご本人のペースで日常の暮らしが出来る様に支援しています。		
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、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	入居時にご希望をお聞きすると共に日頃の生活からご本人の希望を汲み取って頂ける様に心がけ一人一人のペースに合ったスタイルで過ごして頂ける様にしています。		
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	出来る限り以前からご利用されていた衣類等をそのままご利用頂ける様にする共に希望に応じた理美容院や商店等への買い物等を支援しています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理は全て手作りでホームにて行っています。可能であれば片付け等に参加して頂いています。リビングルームで全員で食事を楽しく取れる様にしています。	食事は調理専属の職員が献立の作成から食材の買い出しまで行っています。献立は利用者の嗜好や苦手なものを踏まえ、食事が楽しみになるように工夫しています。食事の準備が始まると食材を切る音や煮炊きする匂いが台所から漂い、温かな家庭を感じさせる光景があります。調理の手伝いは出来にくい状況にありますが下膳など出来ることを一緒に行っています。	
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	調理専属のスタッフを配置しバランスのとれた食事が提供出来る様に工夫し食後のチェックが出来る様に記録しています。		

己 自部 外	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
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、洗面所にて一人ひとりの口腔状態に応じた支援しています。		
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	排泄チェック表で個々人のパターンを把握し、トイレでの排泄を促している。トイレ誘導は食前等に細目に行っており全てのご利用者様がトイレでの排泄が継続出来る様に心掛けています。	トイレでの排泄を基本とし、職員は排泄チェック表を基に一人ひとりの排泄パターンを把握しています。日中は殆どの利用者がトイレを利用し快適な排泄の支援を心がけています。	
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	朝体操を行い、便秘予防を行なうと共に、排泄チェック表を確認し予防に取り組んでいる。又、食事や水分補給に気を付ける様に支援しています。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2回の入浴を実施しているが、希望があれば何時でも入浴可能です。ご自身のペースでゆっくりと入浴が出来る様にしています。	週2回火曜日と金曜日が入浴日になっています。利用者によっては3名の職員で介助することもあります。全員がゆっくりと湯船につかり、入浴を楽しんでいます。利用者の整容や身だしなみへのケアにも力を入れています。	
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	全室が個室になっており、自室で何時でも休息出来る様に心掛けています。		
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	カルテに処方箋を保管し、スタッフが服薬している処方箋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ます。又、薬剤師とも連携を密にしています。		
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	スタッフが日頃の会話から聞き取り、これまでの記憶をたどれる様な引き出し、例えば詩の朗読やスケッチなどに落ち着きや気分転換に心掛けています。		

己 自部 外	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
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	可能な限り公園への散歩や近隣の商店街に買い物等にスタッフが付き添い出かけています。	利用者の高齢化に伴い、日常的な散歩や外出は出来にくい状況ではありますが、近隣の商店街やスーパーへ食材の買い物と一緒にいたり、希望があれば、近くの公園へ散歩に行くなど可能な限り対応できるように努めています。又、家族の協力を得て馴染みの美容室へ出かける利用者もいます。	
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	金銭管理ほ成年後見制度利用者のご家族様及び事業所が行っています。個人の希望があれば所持出来る様にご家族様と相談の上実施しています。		
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	ご希望をお聞きし、スタッフが援助しながらお手紙お書きしご家族様やご友人とのやり取りが出来る様にしています。		
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	食堂と居間の共有スペースはゆっくりとくつろげる状態です。トイレお風呂には表示があり、居間には日めくりカレンダーがある。ソファから外の景色が見えるように配慮しています。スタッフは私服で施設的で無い雰囲気大切にしています。	玄関のドアを開けると広がる広々とした三和土には、靴の着脱が座って出来るよう長椅子が置いてあります。館内は白を基調とし、利用者が日中の殆どを過ごす食堂兼居間は窓が3か所設けられ、明るく清掃も行き届いています。食事が終わるとコの字型に並べられた大きなソファのコーナーでテレビを見たり横になったりと利用者はそれぞれゆったりと過ごしています。また、毎日の次亜塩素酸ナトリウムでの床の拭き掃除は感染症対策にも有効で、開設以来インフルエンザの発生はありません。	
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	共有スペースにあるソファやテーブルは席を決めておらず自由にしています。又、少し離れて過ごして頂ける様に玄関前にもソファを置いています。		

己	部	外	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
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	ご本人やご家族様とご相談の上、写真や好みの物や家具等思い出の品を持ち込んで頂き出来るだけご自宅に近い雰囲気づくりで居心地よく過ごせる様に支援しています。	居室には整理ダンスとベッドが備え付けてあります。シンプルな男性の居室も、自宅より写真やテレビ、ダンスなど使い慣れた物を持ち込み、その人らしい居心地の良い部屋になっています。	
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	建物内はバリアフリーとなっており、安心して日常生活が送れる様になっており、一人ひとりの能力を活かし自立した生活が送れる様にしています。		