

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	2772001604		
法人名	株式会社 住装		
事業所名	グループホーム あびこやすらぎの里		
所在地	大阪市住吉区我孫子2丁目1番18号		
自己評価作成日	平成30年10月2日	評価結果市町村受理日	平成31年2月1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11月19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)】

低所得者の方が、より良い生活が出来る様に、粹にとらわれることなく、多方面の方と連携して居られるように支援しています。食事手作り提供して、入居様もほぼ完食されています。自主的に行動できるような雰囲気作りに取り組んでいます。

【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)】

事業所は、従来の2ユニットに、昨年10月に1ユニットを新設して3ユニットで運営しております。用してショートステイも受け入れている。利用者の介護度にバラツキはあるが、食事関連、調理、洗濯、掃除、花・野菜の栽培など、できるだけ日常活動に参加してもらうよう働きかけている。要員の中でも、調理に工夫を凝らした日々の食事や手づくりおやつ・行事食・外食を楽しむ。歩や四季を感じられるような外出などで閉塞感をなくすなど、充実した生活が送れるよう努めている。新設して14年を経過するが、昨年多数の離職者が出て職員が入れ替わり、現在の管理者も半年で、介護ケアや職員の質・コミュニケーションなどに課題もあるが、管理者は問題意識を持っており、毎月の職員会議後の研修などでスキルアップし、職員一体となって、より良い施設を目指している。

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

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	理念の「安心」「安全」「満足」を職員一同に周知してもらい、自尊心欲求・自己実現の欲求へと繋げて行きたい。	基本理念「当グループホームは、認知症により家庭生活が困難になった高齢者が家庭的な環境の中でケアを受け、出来るだけ自立した生活を過ごせるよう手助けを行います。家庭的な雰囲気の中で、皆様の人格を尊重しその尊厳を守り、「安心」「安全」「満足」をモットーに、地域、ご家族の皆様方の協力を得ながら、質の高いサービスを目指します。」をパンフレットに掲載し、玄関や各ユニットに掲示して職員・家族に周知し、職員は毎日唱和して実践につなげている。	
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	地域との付き合いは幼稚園児の七夕祭り・敬老の日の慰問が恒例となっていますが、地域一員としては日常的な交流には至っていません。	町会に加入し、地域の盆踊りの手伝いや運動会に参加している。ホームの七夕祭りや敬老の日には近隣の保育園児が訪れ、手づくりプレゼントをもらうなどの交流をしている。歌・手品・マジックショーなどのボランティアを受け入れている。ホームの見学者にはパンフレットで認知症ケアについて説明し、施設見学してもらっている。	
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	事業所の力を活かした地域貢献はこれからです。運営推進会議で構築し実践へと繋げて行きたいと思えます。	/	/
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	運営推進会議の開催を年6回行えるように、日程を決め進めていきたいと思えます。会議後の意見やサービス向上に活かすまで至っていない。	会議は、地域包括センター職員・町会副会長・利用者の参加を得て開催しているが、管理者交代後の半年は、地域包括との日程調整ができず、2回の開催に止まっている。会議は、現況報告・活動報告・事故ヒヤリハット報告書を中心に短時間でやっている。議事録は簡潔で、意見交換も記載されていない。	知見者・家族の参加も要請し、より詳しい事業報告と意見交換を行って改善に活かすこと、また、できるだけ詳細でわかりやすい議事録を作成して家族に配付し、事業運営への理解促進と会議への参加促進を図ることが望まれる。
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	地域包括支援センターやボランティアセンターをフォーマルに利用し入居者の社会活動参加に努めている。	利用者の約半数が生活保護受給者で、区の保健福祉センター・生活支援課とは常に連携しており、保健福祉課とも報告や相談で連携している。管理者は就任間もないこともあり、不明なことについて相談し、助言・指導を受けることが多い。	

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
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「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	年2回これについての研修を実施しており十分に身体拘束をしないケアに努めている。	身体拘束に関するマニュアルを整備し、年2回の研修で職員に周知している。ユニット間は行き来自由で、1階玄関も日中は施錠せず、気配り・目配りして見守っており、出たがる人にはその都度職員が同行している。	現在、身体拘束は一切行っていないが、今年度の法改正で求められている身体拘束廃止に関する指針を作成し、また、3か月に1回、身体拘束適正委員会を開催するか、運営推進委員会で検討することを望む。
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開催し、施設内での虐待が起こらない様にコミュニケーションを密にし、言語による虐待が起こらない様に注意を払っています。又研修を通じて普段からゼロに努めています。		
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	成年後見人制度について学ぶ機会を持ち活用できるように支援しています。後見人制度を利用している入居者様も数人いますが、これから必要と思われる入居者さまがおられるので活用できるように支援していきたいと思っています。		
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	入居後のトラブル等が発生しない様に、不安な事や疑問に思っている事など尋ね、理解・納得頂けるように努めています。		
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	面会時時間をいただき、利用者様や家族様の意見やアドバイスをいただける様になっています。	2日に1回家族が訪問するやほとんどない人、後見人が週2回程訪れる人など様々で、訪問時には意見・要望を聞くよう心がけている。ケアに関する意見・要望はあるが、運営に関することはほとんどない。意見・要望はスタッフノートや個人記録に記載し、職員間で共有して対応している。毎月の請求書とともに送付する便りで、利用者一人ひとりの状況を報告し、家族との会話につなげている。	

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	月に一度の全体会議(第4月曜日)に行い。意見や提案を聞けるように努めている。	法人の代表者は事業所の計画作成担当者でもあり、入居者や職員と話す機会が多い。毎月の全体会議は休みの職員も参加し、時間外手当を支給しており、不参加の人には議事録で周知している。ケアに関する意見はあるが、運営に関することは余りない。必要に応じて随時職員面談しているが、定期的に全職員の面談を行って、意見・要望の把握に努めることが望まれる。	
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	入職時期や就業期間、個々の能力を分析し必要であれば面談を行い適切なケアへの取り組みを行っていきける環境づくりに努めています。		
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	認知症初任者研修・ヘルパーの資格が無い職員の方はヘルパーの初任者研修に通い、資格取得できるように取り組んでいます。		
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	阿倍野区や住吉区の同業者の研修会や懇親会に月に1回参加しており地域性を留意した相互間のサービスの向上を図り、お互いに自施設でどのような事に取り組んでどんな結果が表れたかなどを情報交換しています。		
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	面談の際不安な事、要望等些細な事でも相談していただけるよう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	内覧時に家族様が困っている事。不安な事要望を傾聴し、信頼関係が築けるように努めています。又施設では出来ることと、出来ない事も理解して頂いています。		
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	状況に応じ対応していますが、今何が必要としているか家族・本人と相談し他のサービスへと結びつけています。		
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	暮らしの中で、できる事とできない事を見極め、残存能力を活かし出来る役割を担って行く事で、共同生活を共にするもの同士の助け合い等で、信頼関係を築けるようにしています。		
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	暮らしの中で、入居者様と家族の絆を大切に共に支えていく関係が築けるように努めています月に一度行事参加などの写真を送付しています。		
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	行きつけの美容室・病院受診・墓参りなど職員又は家族様が同行し馴染みの場所に行かれています。	利用者の基本情報や、入居時の面談記録などで馴染みの関係を把握し、職員間で共有している。かつての友人や近所の人が訪れる人もおり、馴染みの洋服店や公園などに出かける人もいる。他のフロアの利用者と仲良しになったり、一緒にカラオケやレクレーションを楽しんだりする人もおり、関係が継続するよう支援している。	

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	入居様同士が関わりを持ち関係性を築き、孤立せず生活が豊かになるように、職員共に支え合う関係作りに取り組んでいます。		
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関係を断ち切らず、気軽に相談や支援が出来る様に努めています。		
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	一人ひとりの(思い・暮らし方・希望)など把握しケアの向上に努める。困難と思われる場合でも本人と相談・検討し可能な限り意向に沿えるように支援していきたいと思えます。	自分の希望・意向を表出できる人は約半数おり、ケアで寄り添った時などに把握するよう努めている。表出しにくい人には、具体的にやりたいことを提案して、その反応などで把握している。阪神タイガースファンの利用者の希望で、百貨店のタイガースグッズ売り出しへ出かけたことがある。	
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	これまで大切にして来た馴染みの暮らし方を変えることなく、通院・墓参り・家族様との関わりが途切れ無いように関係作りを努めています。		
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	日々の暮らし方について、一人ひとりの記録に留めることにより、その人の現状変化がわかるように努め、申し送り時に情報の共有に努め現状の把握に努めています。		

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
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	家族様の意見や利用者の思いも取り入れ、毎月モニタリングを行う事により、現状に即したケアが反映し思いが叶う様に計画作成に活かしています。	利用者基本情報・フェイスシート・診療情報提供書・介護経過記録・業務日誌などを基に、本人・家族・職員・主治医・訪問看護師の意見や情報を加味して介護計画を作成している。計画は長期目標6か月、短期目標3か月で作成し、毎月モニタリングして6か月ごとにサービス担当者会議を開いて見直しており、変化があれば随時見直している。	
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	日々の様子や変化など気づきを見逃すことなく記録に留めていくことにより、職員間で情報共有して、介護計画の見直しに活かしています。		
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	本人の希望に応じ、眼科・歯科・鍼灸接骨院・神経内科等に柔軟な支援が出来るように取り組んでいます。		
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	救命蘇生法(AED)の講習など地域資源を活用したいと思っています。		
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	施設の提携医以外に入居様が今までのかかりつけ医を希望される方は希望に添えるように柔軟に対応しています。	かかりつけ医については、本人や家族の意向を優先しているが、現在はほとんどの利用者がホームの協力医療機関の訪問診療(月2回内科、週1回歯科＝希望者)を受診している。その他専門医(整形外科・心療内科他)の受診については、原則家族が同行し、主治医の紹介状や家族の口頭で情報を提供し、結果をフィードバックしてもらっている。	

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	1人ひとりの変化を訪問看護師に伝え記録に落とし込んでいます。訪問看護師⇄職員へと共有できるようにファイルを作成しています。		
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	入退院については入居者、家族さま主治医と連携を図り方針を共有しつつ入退院に向けての支援を行っています。		
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	重度化し医療的処置が必要になった時、家族・医療機関・地域医療連携との連携を図り、方針を共有しつつ退院に向けチームでケアが出来る様に取り組んでいます。また主治医が「終末期」と診断された時は入院継続となる。	「重度化した場合の対応に関する指針」は作成されておらず、契約時に重要事項説明書の中で、重篤な急変時は医療機関に送ることを説明し、本人・家族の同意を得ている。老衰など看取り可能なケースでも医療連携などの体制をとっておらず、ホームとしては、看取りはしない方針である。	
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	訪問看護師・訪問往診・主治医と連絡を取り、指示を仰ぎ急変時や事故に備え対応しています。		
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	年2回消防訓練を行っています。地域との連携と協力はこれからです。	昨年は、多数の離職者を出したので避難訓練は実施できていなかったが、今年度からは実施している。しかし、夜間想定はまだ未実施である。「防災・災害時対応マニュアル」は、内容が簡潔すぎて理解し難い。近隣住民の避難訓練への参加が得られておらず、備蓄品リストもなく、内容・量とも不十分である。	近隣住民の避難訓練への参加については、運営推進会議で強く要請したり日頃のお付き合いを深める工夫が望まれる。備蓄品については、リストを作成し最低でも3日間分を備蓄しておく必要がある。(水分・食料・おむつ・リハパ・パット類など)

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	個人情報法に基づいたプライバシーの保護に取り組んでいます。不適切な対応があった時は管理者に報告するようにしている。	入職時に接遇の研修を行っているが、定期的な研修も必要である。尊厳の念を持ち、利用者全員プライドやプライバシーがあるので、丁寧なケアを心がけている。職員も多忙でついスピーチロク的な声掛けをしがちであるが、近くの職員のアドバイスや職員会議で取り上げたりするチームワークも育ちつつある。	
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	入居様様が日常の暮らしの中で、相談したり、希望や助言が出来あう、関係作りに努めています。		
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	一日の生活の流れはありますが、個々に合わせ散歩、お喋り等で過ごされています。		
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	日々の身だしなみやお化粧をしたり喜びを感じていただけるように入居様に声掛けを行い楽しんでいただいています。3ヶ月に1回の訪問理美容で好みのカットをしていただく。		
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	業者からのメニューですが、カレーが嫌いだったりすると肉じゃが等に変更したり別メニューにて提供しています。季節の行事の時は、季節に合わせた食事を提供していません。	業者の献立と食材を基に、調理管理の職員を配置して、調理はホームの厨房で行っている。利用者好みの味付けをしたり、野菜をミキサーにかけたり、各利用者に合った食事形態を工夫している。職員も誤嚥に注意しつつ同じ屋食を取り場を和ませている。その他外食や行事食・手づくりおやつも利用者の楽しみとなっている。	

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
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	栄養士によるメニューで、栄養のバランスは確保できていると思われる。(咀嚼の悪い方・飲み込みの悪い方)など個人に合わせて食事提供をしています。水分摂取量は1日1500mLを目標としています。		
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に、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徹底により、誤嚥性予防に繋げて行ける様に職員に周知している。週に一度の訪問歯科を利用する事より、(口腔ケア・観察)清潔保持が出来る様に努める。		
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	排泄の失敗が続くことがあっても、排泄のパターンや習慣を把握し又自尊心が傷つけない様に一時的に使用しても、医師や本人とも良く話し合いパンツに変更できるように支援しています。	利用者の約半数は自立排泄が可能であり、終日オムツ使用は3人、他はリハビリパンツとパッド併用である。個人別排泄チェック表や利用者固有のサインも見逃さず、排泄パターンを把握し、羞恥心も考慮に入れてそっと声掛けて早めにトイレ誘導している。	
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	飲水量や食事量を常にチェック表に記載し、都度飲み物えを替え、脱水や便秘にならない様に工夫しています。頑固な便秘の方は医師との連携を図り便秘薬の調整をしています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週2回の入浴ですが、体調不良の時は清拭や足浴・手浴を行ったり、入浴拒否傾向の強い方は、疾病も視野に入れ入浴拒否の根底に、何かあるか分析し気分よく入浴していただく。	入浴は週2回とし、3ユニットごとに曜日を決め、朝から夕方近くまでユニット全員の入浴を支援している。拒否の人には、曜日や職員を代えて入浴を促している。同性介助に徹し、職員と楽しい会話を交わして意向を聞き出したり、昔話に花が咲く時もある。	

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	個々の生活習慣や、体調に応じた安眠や休息がとれるように支援しています。手足が冷えて眠りに付けない方などは、レンジで温める湯たんぽ使用し、気持ち良く眠りに付ける様に支援しています。		
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	薬の説明書ファイルにまとめ、何時でも閲覧できるようにしています。定期薬・体調不良時は主治医に報告・相談のもと薬処方されています。		
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	1人ひとり活気はあり、笑顔が見られるが、職員が常にキャッチし、その人に応じた声掛けをしています。毎食後の食器洗い等、お手伝いして頂き満足感を感じていただけるように支援しています。		
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	毎日の様に外出の機会を得ることが出来ていましたが、7月・8月・9月と猛暑・台風・秋雨で外に出かけることが少なくなり、希望に添うことが出来なかった。季節が良くなり再度取り組んでいきます。	ホームに閉じこもりがちな利用者もあり、外気を吸ったり季節感を感じてもらったりする散歩は重要な支援と位置付け、各人週3～4回散歩するよう努めている。近くのコンビニまで買い物に行くのも楽しみの一つとなっている。四季を感じる初詣・花見・夏祭り見物・紅葉狩りに出かけ、近くの協カクリニックの餅つき大会の見物にも行っている。	
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	家族様・本人からの預り金があり、散歩を兼ね職員と共に外出し、好みの物を購入されています。		

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	フロアに電話があり希望時、電話を掛けることができる様に支援しています。携帯電話を持っている方は、自ら電話を使用しています。		
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	共有空間の清潔保持を心がけています。窓から外の景色を眺めた時、季節感を感じられるように工夫をしています。	リビング兼食堂はやや狭いが、テーブルをうまく置くことによって全ての利用者が見渡せる。壁面には利用者の種々の作品が飾っており賑やかである。ソファを置いてコミュニケーションスペースを作り、食後に気の合う利用者同士が気楽に話し合っている。玄関と各ユニットの水槽で金魚が元気に泳いでおり、利用者も餌やりして楽しんでいる。	
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	狭いスペースですが、気の合った入居者様同士、思い思いに過ごせるように、居場所の工夫をしています。		
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	使い慣れた物や、部屋に似合った好みの物を活かし、心地よく過ごせるように工夫し、仏壇等も持って来られ、安心して生活が送れるように努めています。	各ユニットごとに洋室6・和室3があり、部屋間違いを防ぐための表札も分かり易い。居室には、エアコン・ベッド・押入れ(和室)・洗面台を設置し、家族によって今までの生活の延長感を出す工夫も見られる。例えば、冷蔵庫やご先祖の仏壇、使い慣れた家具や日用品まで置いてあり、落ち着いて暮らせるよう配慮している。	
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	危険物は廃除しつつも必要以上に取り除かず、出来るだけ自立した生活が送れるように空間を工夫しています。		