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	2773302159		
法人名	(株) 小池介護サービス		
事業所名	グループホーム天下茶屋		
所在地	大阪市西成区天下茶屋 2-18-32		
自己評価作成日	令和2年2月14日	評価結果市町村受理日	令和2年7月10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	Eメール koikekaigo@bird.ocn.ne.jp
----------	---

【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2年6月17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)】

利用者様の個性を尊重し、安心して生活していただき、その人らしく暮らしていただけるよう支援しています。家族様とも日々の状況がわかるよう定期的に報告しています。研修等も行いケアの質の向上に努め、常に気づきを持ち介護にあたるよう全職員が心がけ、体調の変化を早期に発見し医療と連携し適切に対応できる体制を作っています。地域の方と交流を深めホームの行事には参加していただき認知症の方への理解を得ています。特別に構えずその人らしく普通に暮らしてもらっているのが自慢です。

【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)】

当事業所は、開設後15年となる2ユニットのグループホームだが、施設内外は驚くほどきれいな状態で、この清潔保持の姿勢が、新型コロナウイルスはもちろんインフルエンザやノロウイルスなどの感染症の発生が、開設以来ゼロであることに寄与していると思われる。管理者ほか多くの職員の異動が少ないことは、利用者との馴染みの関係を作りやすく、利用者、家族との信頼関係も強い。「観察と気づき」をモットーに安全対策をしたうえで、規制の少ない自由な生活を目指している。地域の人からの要請と敷地の提供があつて開設されたグループホームで、18名の利用者が一人ずつ町会に加入(町会費は会社負担)して1つの班をつくり、管理者が班長として町会の会議や活動に参加しているというのも特徴的である。

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、その時々々の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	理念を明示し、管理者・職員は共有し意識づけていくため会議等で話し合い実践につなげている。	理念は「笑顔がいっぱいのホーム」「自主性を尊重し、その人らしい生活を送れるホーム」「地域の方とともに家庭的な安らぎのあるホーム」で、玄関に掲げている。法人全体の理念であるが、実践に即したよい理念なので、事業所独自の理念を作る必要は感じていない。	
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として日常的に交流している	運営推進会議を通じ、地域との交流を深め自治会に加入し、自治会の会合・行事・地域の防災訓練にも参加しています。またホームの行事にも参加していただきつながりを大切にしています。	事業所全体が町会の1つの班になっていて、管理者は班長として会議や年末夜警、防災訓練、清掃などに協力している。事業所の夏祭りは町会の回覧板で案内して、大正琴や三線(さんしん)演奏を楽しみに地域の人も参加している。地域行事に利用者の参加を増やすことが課題だと管理者は捉えている。	
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	運営推進会議等で、認知症の研修や身体拘束ゼロの研修を行い地域の方へ理解を深めていただけるよう努めています。	/	/
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	運営推進会議は、地域包括支援センター職員・自治会長・家族様・利用者様の参加のもとおおむね2か月に1回開催しています。	会議は、書面開催を含めて年6回行い、大阪市の様式に従って行事、研修などの報告と予定、助言、意見などが報告書にまとめられている。議事録は玄関に置いて公開しているが、欠席の家族には送付していない。利用者、家族には開催前に案内し、毎回1~2名の参加がある。	
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	区の担当職員とは、相談や情報の提供等を行い協力関係が築けるよう取り組んでいます。	ケースワーカーの訪問時は利用者の実態について説明したり、書類を提出したりと、よく連携をとっている。市からの情報はファックスや電子メールなどで来ることが多く、分からないことは電話で聞くなど、その都度対応している。	

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	身体拘束ゼロへ取り組むための外部研修・内部研修を行い、管理者および全職員が身体拘束となる行為を理解し身体拘束廃止に取り組んでいます。	身体拘束適正化の指針と適正化委員会を作り、研修を行うなど正しく運営されている。大阪市の指示に従って玄関、フロア出入り口などの外への開口部は閉めている。ヒヤリハットや事故事例を収集し、その都度検討会を開いて事故防止に努めている。身体拘束に当たる事例はなく、転倒リスクの高いケースには、低床ベットの利用と見守り重視で対応している。	
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	管理者・全職員は高齢者虐待防止について学び、日々の支援のなか虐待行為がないようお互いがチェックしあえるような関係を築いています。職員のストレスケアのため年2回の親睦会や悩みや困りごとが言い合えるような職場環境づくりに努めています。		
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	成年後見制度の活用や安心サポートなどの利用の必要性を話し合い活用できるよう支援しています。		
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	契約時は契約書・重要事項説明書で利用者様・家族様に説明し、十分納得して入居していただけるよう努めています。解約・改定時も説明し理解していただいています。		
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	意見箱の設置・運営推進会議で家族様からの意見・要望を聞く機会を設け、会議に参加できない家族様には利用者様の情報提供書で意見・要望を提出していただけるようにしています。	独居の利用者が多く、家族の来訪はあまり多くはない。家族への連絡は携帯電話のショートメールを利用して密に行っている。生活情報、ADL(身体の様子)、薬の変更、受診の様子を情報提供書として、3か月に1回家族に知らせ、下欄に意見、要望を書く欄を設けて返信してもらっている。事業所への満足度が高いようで、要望、意見はあまりない。	

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	施設改善会議・職員会議で職員からの意見・要望を聞き、議題に上がった意見・要望を運営に反映させています。	職員会議は月1回その日の勤務者で行い、参加できなかった職員は書面で確認してもらっている。重要な事柄は一人ずつに書面を渡して確実に伝わるようにしている。パート職員でも勤続年数の長い人が多いので、意見が言いやすい環境である。	
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	管理者・職員が就業時間内でスキルアップできる職場環境をつくり、向上心を持って働けるよう努めています。		
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	管理者・職員がスキルアップできるよう外部研修の参加をすすめ、勤務時間内で研修が受けられるよう環境を作っています。		
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	西成区グループホーム連絡会に参加し、職員が他のグループホームの活動を学び自己のサービスの質の向上の取り組みに努めています。		
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	入居前に訪問に伺い、ご本人や支援担当者からご本人が困っていること、不安なことを聞き、安心して入居していただけるよう支援しています。		

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
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	入居前にご本人・家族様・支援担当者が見学に来ていただき、ホームの雰囲気を見ていただき不安や要望を聞き安心して入居していただけるよう関係づくりに努めています。		
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	サービス導入段階で、ご本人・家族様の意向を聞き、必要とされているサービスを見極め、自己の施設の入居だけでなく、他の施設への橋渡しができるよう努めています。		
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	共に暮らすという意識を常に持ち、ご本人の経験から学び、ご本人が一方的に介護されているという立場におかず、お互いが支え合っている関係が築けるよう努めています。		
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・家族様の想いを受け止め、共にご本人を支え合える関係づくりに努めています。		
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	知人や友人の面会もあり、気軽に訪問していただけるよう環境を整え、なじみの関係が途切れないよう支援しています。	入居前の利用者の様子は、家族やケアマネジャーなどの以前関わっていた関係者から情報を得るが、独居のケースでは分からないことも多い。自宅に帰っても落ち着かないで、グループホームへの帰宅を望む人がいるなど、入居が長くなると「ここが家」と思う人が多い。	

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
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	ご利用者同士がお互い支え合い、共に助け合える関係が築けるよう職員が関わり、共同生活の中でお互いを尊重し楽しく暮らせるよう支援しています。		
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	退所後、必要に応じた相談援助や契約終了した家族様からの紹介や、ご兄弟の入居相談、地域の方からの入居相談にも繋がっています。		
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	ご本人の普段の会話から暮らしの希望・意向を聞きケアに反映し、思いの伝える事のできない方には、ご本人の様子を観察し、ご本人の視点に立ったケアができるようカンファレンスを通話し合っています。	センター方式のアセスメントにより、利用者の思いや意向の把握に努めている。日々の関わりの中で、どこに行きたいか、何をしたいか、誰に会いたいかを理解しようとしているが、会話できる人でも自分の思いを表す人は少なく、3割の人は全くできない現状で、家族を交えて職員間で最良になるように検討している。	
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	一人ひとりの生活歴や暮らしの把握し、その人らしい暮らしの尊重に努めています。		
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	毎日のバイタル測定でその日の体調の把握、変化に気づき、一人ひとりの状態に合ったペースで生活できるよう努めています。		

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	ご本人との日々の関わりの中で、よりよく生活できるためのケアのあり方を家族様や医師・看護師・職員が情報を共有し、現状に即した介護計画づくりに反映させています。	日々の記録、毎月のカンファレンスをもとに、長期目標2年、短期目標1年の介護計画書を作成し、3か月ごとにモニタリング、1年ごとにサービス担当者会議を実施し、計画が現状に即しているかどうかを検討している。その人の状態によって目標達成期間を短く設定することもあり、期間中でも状態の変化があれば計画を見直すこともある。	
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	日々の様子は個別に記録し、排泄・水分・バイタルチェック表を作成、記録し職員間で共有しています。フロア会議・職員会議・カンファレンスで話し合い個々のケア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	ご本人や家族様の状況に柔軟に対応し、状況や意向が変化したときもサービスの多機能化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	運営推進会議を通し、地域の情報の交換をし、地域防災訓練・地域行事の参加、自治会の加入、近隣スーパーへの買い物の同行で交流を図っています。		
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し、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	母体病院の月2回の往診、週1回の看護師の訪問、週1回の歯科往診で医療との連携を図っています。専門外医療は通院同行し適切な医療を受けられるよう支援しています。	利用者、家族の同意を得て、入居以前のかかりつけ医から母体である医療機関(協力医療機関)への紹介状を受け、月2回の訪問診療と週1回の看護師による健康管理を行っている。歯科医は週1回往診に来ている。通院には、事業所が付き添い支援を行い、適切な医療を受けられる体制を整えている。	

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	母体病院の看護師を通し、日常の体調の変化や状態を伝え、異常の早期発見と緊急時の対応、緊急時は常に連絡が取れる体制ができています。		
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	入院先の病院へは医療面の情報だけでなく、日常生活状況を伝え、安心して治療が受けられるよう支援し、入院中も面会に行き担当医・看護師から状況を聞き、早期退院に向けた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	ご本人や家族様から看取りに対する指針書に基づき、家族様に説明し同意を得ています。終末期の在り方については、ご本人・家族様の意向を尊重し医療と連携し共に支えていく体制を整えています。	入居時に、利用者、家族へ看取り指針を説明し、同意書を交わしているが、事業所開設以来看取り実績はない。利用者が重度化した場合は、協力医療機関と連携をとり、利用者、家族と今後の方針について話し合うとともに、医療機関への救急搬送などの適切な支援を行っている。	
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	急変時や事故発生時に備え、社内研修で適切な初期対応ができるよう周知しています。		
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回の防災訓練・水害訓練を実施し迅速に避難誘導できるよう心がけています。地域の防災訓練にも参加し防災の意識を高め協力体制を築いています。	消防計画に基づき、年2回消防署が立ち合っ消防避難訓練を実施している。地域の防災訓練にも参加し、防災意識向上に努めている。緊急連絡網を整備しているが、グループラインを活用して全職員へ緊急連絡できる体制を整えている。災害備蓄品は、米、水、カップラーメン、カセットコンロ、缶詰などを保管している。	

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
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	利用者様の気持ちを尊重し、プライバシーを損なわないようさりげない声かけを心がけるよう対応しています。	年に1回接遇研修を実施し、日常の実践に活かしている。利用者への対応が適切でない言葉遣いなどに気づいた時には、職員間で注意し合って共有化するようにしている。利用者と話しやすい関係づくりに努めながら、同性介助や担当職員に配慮している。	
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	一人ひとりのペースを大切に、ご本人の意思を尊重し自分で決定できるよう支援しています。		
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	個々の生活リズムに合わせ、その日どのように過ごしたいか希望に添えるよう支援しています。		
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支援している	ご本人の趣味・趣向を理解し、清潔に配慮しおしゃれができるよう支援しています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	3食ホーム内で手作りし、音やにおいを感じていただき、出来立ての料理の提供に努めています。	栄養士が作成した献立表と配達される食材で、職員が3食全てを調理している。旬の食材や菜園で育てた野菜を添えるなど工夫を凝らしており、職員も同じ食事を摂っている。毎年、母の日と父の日には、近くの回転寿司屋で外食を楽しむ支援をしている。	

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
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	普通食・軟食・ペースト食と個々の咀嚼状態に合わせた食事を提供し、楽しみながら食べていただけるよう工夫しています。むせ込まれる方へはトロミ水やお茶ゼリーを提供し、水分が確保できるよう支援しています		
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、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	毎食後口腔ケアを行い、週1回の訪問歯科診療の指導により口腔ケアマネジメント計画書に基づき適切な口腔ケアを行っています。		
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	排泄チェック表を活用し、1人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけ・誘導を行い失敗しないようトイレでの排泄を目指しています。	排泄チェック表を活用し、日中は個人の排泄パターンや習慣を把握し、さりげない誘導に心がけて、トイレでの自立排泄の支援をしている。夜間は3時間ごとに巡回し、睡眠の妨げにならないよう配慮しつつ排泄誘導を行っている。	
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	毎日のテレビ体操を日課とし、食材の工夫や水分摂取で便秘の解消に取り組んでいます。		
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3回、一人ひとりのタイミングや希望に沿い入浴を楽しんでいただいています。季節風呂や入浴剤で楽しく入浴できるよう工夫しています。	利用者の意向を都度確認し、週3回程度の午前10時半からと午後14時からの時間帯で入浴している。入浴を嫌がる利用者には体調面と衛生面を考慮し、シャワー浴にしたり日時を替えて柔軟に対応している。季節を感じるゆず湯やしょうぶ湯や入浴剤などで、入浴を楽しむ工夫をしている。	

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
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	個々の状態・体調に合わせ、適度な休息と安眠できるよう支援しています。		
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	服薬の目的・副作用など医療連携医師・看護師・薬剤師から指導を受け、服薬チェック表で誤薬・飲み忘れがないよう確認し服用していただいています。		
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	一人ひとりの生活歴・趣味・得意とすることを活かし、役割を持つことで張り合いや楽しみのある生活ができるよう支援しています。		
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	一人ひとりの希望を聞き、散歩や買い物同行支援をしています。希望者には初詣にも行きました。	日常は、事業所前の広い駐車場を利用して、外気浴したりやおやつを食べて楽しんでいる。好天時には事業所周辺を散歩し、初詣や近くに咲くつつじの花見などで外出する支援をしている。利用者個人の要望により、近くの商店街での買い物や馴染みのお寺へのお参りなどを支援している。	日常的に町会活動に参加して連携をとっているが、更に区民祭りやふれあい喫茶などの地域行事に参加し、利用者の楽しみづくりと地域との連携を強化することを期待する。
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	希望の店へ買い物に行き清算ができるよう支援しています。		

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	家族様の電話の取次ぎや友人との交流が途切れないよう支援しています。アメリカ在住の家族様からは毎日国際電話がかかり関係を築かれています。		
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	ホーム駐車場内は安全な広いスペースがあり、パーベキューをしたり弁当やおやつを外で食べ楽しんでいただけるよう工夫しています。共有スペースは明るいピンク色で解放感と家庭的な雰囲気を出し居心地のよい場所になるよう保たれています。	食堂兼居間には、ゆったりと広くソファが設置されている。内装はピンクが基調で明るい空間となっている。壁には、利用者が作成した作品や手作りカレンダーが掲示されている。職員の清掃が隅々まで行き届いており、空気清浄機をユニットごとに設置して換気対策を施している。	
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	リビングにはソファを置き、誰でもくつろげる空間を作り、仲の良い利用者様がくつろげて話せるよう工夫しています。		
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	居室には利用者様が使い慣れた家具や小物・写真が置かれ、ご本人が安心して過ごせるようにしています。	居室にはベット、カーテン、エアコン、昇降台、クローゼットが設置されている。利用者や家族の希望により、テレビ、馴染みのダンス、思い出の写真、仏壇、プロ野球の応援グッズなどを置いて、個人ごとの居室づくりがされている。室内から施錠できるが、緊急時には外から開錠でき、安全面に配慮している。	
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	安全に移動できる手すりの設置、トイレ、居室がわかりやすい工夫をしています。		