

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	2671200463		
法人名	医療法人 栄仁会		
事業所名	栄仁会 グループホーム おおわだの郷 (Aユニット)		
所在地	宇治市五ヶ庄折坂55		
自己評価作成日	平成26年6月6日	評価結果市町村受理日	2014年9月5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	一般社団法人 京都ボランティア協会		
所在地	〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上ル梅染町83-1 「ひと・まち交流館 京都」1F		
訪問調査日	2014年6月24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)】

おおわだの郷の開設目的は、丁寧で良質な介護を行うことであり、地域で根強く残る精神科医療や認知症に対する偏見を少しずつでもなくしていく事が目的のひとつである。利用者を第一に考え、厳しい財政状況の中、手厚く職員を配置し、利用者の満足を得る為、利用者の生活の充実をはかる為、日々努めている。ホームに入所しているから…と出来ない事とあきらめるのではなく、利用者・ご家族と共に、実現に向けて、取り組んでいる。また認知症を得意とする医療法人を母体を持つ強みを最大に活かし、利用者が最後まで安心して生活をおおわだの郷で続けられるように日々努めている。「認知症であっても安心して暮らせる。」「おおわだの郷で最期を迎えたい。」と全ての利用者、家族に言ってもらえるような施設でありたいと考え。

【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)】

「地域の中に根付き 地域の中で愛され 地域の人とともに歩む」を理念に、開設から10年を迎えようとしている。この間地域に向け啓発活動や実践の積み重ねが成果を上げ、地域の会合に施設が利用されるまでになっている。今年度の事業目標の1つに「利用者の満足度を向上させる」がある。取り組みとして「利用者が居室・施設に閉じこもらず、地域の中で生き生きと活動出来るように援助」を基に、日々の散歩やドライブ、季節の行事外出・地域のイベントへの参加等が積極的に行われている。特に誕生日には利用者の希望に合わせ日帰り旅行や観劇等、利用者個々の望みを叶える日になっており、目標実現への職員の姿勢が窺える。利用者・家族の希望により「看取り介護」の実績も積まれている。最後までその人らしく暮らすための支援を家族と共に慣れ親しんだ職員により見守り支援している。利用者・職員の退職・異動の少なさも当事業所の特徴といえる。人員配置面の強化、母体の医療機関との連携は、ケアの質・満足度に繋がっていると見える。

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

自 己	外 部	項 目	外部評価		
			自己評価 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	地域との関係性は、理念の中核であり、職員自身も利用者や地域との繋がりを考えて、利用者や地域へ(散歩や買い物を通して)出ている。	散歩中に地域の人から「元気になられたな」等と声がかかる。利用者は日々の散歩や買い物・地域の防災訓練・イベントに参加し地域の一人として過ごしている。地域の会合に当事業所が会場に使われ、小学生・ボランティアの来訪もある。開設に当たっては地域において認知症者への強い抵抗があり、今の理念が職員により設けられた。開設から10年、この間の実践により、「地域に根付いた」事業所運営が定着化している。	
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	日常生活の中で、ボランティアとの交流をもち、地藏盆やお祭り(神輿の担ぎ手として)に参加。子供110番の施設として、地域と協力。	町内会に入会し情報を得ると共に、運営推進会議のメンバーからも地域情報が提供されている。地域の祭りに神輿の担ぎ手として職員が参加し、地区運動会・地藏盆などの地域行事に参加している。ボランティア(音楽・傾聴・計算・ゲーム・園芸)の来訪、地元の小学校の人形劇による訪問とホームでは世代を超えた交流が行われている	
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	近隣の高齢者の方の突然の訪問や相談事にも対応している。		
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	日常生活の様子をお伝えしているだけでなく、地域における高齢者についての相談も受けている。また、ホームでの悩み等についても、地域に聞いてもらう場として活かしている。	会議メンバーは利用者・家族・大和田地区長・地域包括支援センター職員・介護保険課職員である。入居者の日常生活・行事・事故(ヒヤリハット)報告に、意見交換・助言・提案がされている。区長から地域の会合で当事業所の紹介をしてはとの提案、災害時に活かせるよう消防訓練時に車いす操作の方法を公開指導してほしいとの提案があり対応を計画している。	当会議はホームの運営に地域で関係深いメンバーにより構成され開催されている。家族の協力や理解を深めるため、議事内容を家族に伝えられることをお勧めしたい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	毎月、宇治市から介護相談員が来所し、利用者の生の声を聞いてもらい、サービス向上の機会としている。また、管理者が認定審査会を勤めており、介護保険や運営上の課題について意見交換している。	昨年より運営推進会議に介護保険課職員が参加されている。地域の相談会で認知症のこと等喋ってほしいといった提案もあり、情報交換も密に協力関係は出来ている。運営推進会議の議事録も届けている。	

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
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	新任者には、必ず身体拘束についてオリエンテーションを行っている。身体拘束についても、ミーティング等で話し合い、解決している。	新人研修時や内・外研修に参加し伝達研修を行い、日々のニュース等を利用し話し合い拘束に関する意識づけを行っている。点滴中は手を握って付き添い、車いす乗車中は身体のずれに注意を払い、止むを得ないセンサー利用は考え方をきちんと説明する等、注意を払っている。出入り口の施錠はされていない。	
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	新任者には、必ず虐待についてのオリエンテーションを行っている。また、誰もが虐待を行ってしまうという可能性・間違いを話し合い・伝え防止に努めている。		
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	成年後見人制度を利用されている方あり。必要であれば、家族からの相談があれば活用できるように研鑽に努めている。		
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	契約時には、契約書と重要事項説明書を十分に説明し、質問やご不明な点については、納得されるまで説明し、理解を得るように努めている。		
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	利用者からの苦情や、介護相談員からの報告は、私たちの介護の質を向上させるものであり、家族に対しても、苦情は私たちが成長させるために必要だと、面会時等でお伝えしている。	「利用者と職員のコミュニケーションはよく取れている」と職員が述べているように、日々の生活の中で希望や意見を聞く機会を心がけ、外出やレクリエーションに反映している。家族へは「おおわだ通信」を月1回、個別には写真やコメントを送付している。面会時や電話・メールにより意見・要望収集に努めている。	当ホームは家族との関係や、家族の意見・苦情を大切に受け止める姿勢で臨まれている。より多くの家族からの意見や要望を得るためにはアンケート調査実施の検討を期待したい。
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	管理者等は、ミーティングや契約更新等の面談を利用し、意見や提案で直接聞くように努め、メール(社内・携帯)で意見提案を求めるなど努めている。	職員面談年2回(正職者)・契約更新時(パート者)・ミーティング時に職員全員から意見・提案を聞き、年1回アンケート調査を行い次年度年間目標を決める指標にしている。職員アンケートには意見・提案が多く書かれ職員の思いが溢れている。これら提案の実行がサービスの質を高めると確信し実現を期待する。	
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	管理者は、個々の職員の状況・立場に目を向け、把握し、人事考課や契約更新時に面接を通して、働きやすい職場づくりに努めている。		

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
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	個人にとって必要だと思う研修や、個人の希望する研修にはできる限り参加できるように努めている。		
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	GH協議会や外部研修などを多く参加できるように配慮することで、同業者との交流によって、情報を得られるように機会を設けている。		
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	入居前には、アセスメントやグループホームでの暮らしについて本人の要望・想い・不安等を本人だけでなく家族からも聞き、安心してホームで生活を送ってもらえるよう配慮している。		
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	サービス導入前に、家族の要望等を聞く機会を作っており、ケアプランにも反映させている。		
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	基本は、本人と家族からの意見を聞き、本人の状態・状況からケアプランを作成。ホーム以外にも、他事業所と連携を図る。		
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	利用者と職員は、暮らしを共にするという事から、利用者を“ファミリー”と呼んでいる。家族の一員として、お互いがなくてはならない存在として、関係を築いていけるよう努めている。		
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	日常では、面会頻度や時間は決して多いとは言えない。しかし、利用者の状態の変化や悪化時には、家族とともに介護について話し合い、本人を支えていけるよう関係づくりに努めている。		
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	一部の方ではあるが、毎週家の近くの教会に出かけている。散歩や買い物に行くことで、近隣の方と出会いや声をかけられるなど、これまでの生活習慣を大切に考えている。	「利用者の願いをかなえる」取り組みは事業所の継続課題である。散歩や買い物・寺参り・南座や菊人形見学・旅行等多岐にわたる個別支援が行われている。特に誕生日には、思い出の場所への個人旅行も支援されている。毎週通っていた教会に入居後も電車で通い、コーヒーを煎れる係を継続されている利用者もある。	

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
21		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	利用者同士の関係性については、リビングでの座席や外出時の車の乗車振り分けに注意している。家事等の役割についても、本人の状態によって、取り合いにならないように分担するなど考慮している。		
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	サービス終了後も、本人や家族への相談や支援に応じている。		
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	本人の言葉希望・意向の把握に努めている。本人からの情報を得るのが困難な場合は、家族からの情報に基づき、本人の想いに一歩でも近づけるように努めている。	利用開始前に計画作成者2名で訪問しセンター方式(暮らしの情報シート)を使用し、利用者・家族より詳細に聞き取りを行っている。入所前介護計画を立案し家族を交えた初回サービス担当者会議に臨んでいる。入所後は担当介護士を中心に生活の中で希望・意向の把握に努めている。	
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	本人の生活歴や生活リズム、得手不得手等から把握に努めている。		
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	日常生活での様子観察、受診・往診、ケースカンファレンスによって、情報の共有が出来ている。		
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	サービス担当者会議によって、本人・家族の希望等を聞き、それに対して具体的な支援方法を提案し、介護計画を作成している。	モニタリング(3ヶ月毎)、ケースカンファレンス(必要時及び6ヶ月毎に実施)にて計画見直しが行われている。利用者の今出来ることの継続、意向や思いをくみ取り利用者の気持ちに応える努力をしている。サービス担当者会議には利用者・家族の参加を得ている。	介護計画は職員協働で実践していくものなので具体的な援助内容と共に、誰が行うかの明記をお勧めする。モニタリング前に収集した利用者・家族の計画への意見も記載されることを期待する。
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	個人の記録には、日々の様子で変わったことなどが記録され、職員間での情報共有に役立っている。介護計画の見直しとして、さらに活用していく必要あり。		
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	新たな希望・要望等の相談があれば、出来る限り応えられる様、柔軟に対応できている。		

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	
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	定期的な傾聴ボランティア、地域からボランティアを受け入れ、利用者の活動性を高め、充実した生活を送れるように努めている。			
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	サービス開始前と同様に医療が受けられるように協力医療機関についても説明。その中で、本人・家族に選択をしてもらっている。	利用開始時に協力医療機関の説明を行い、利用者・家族の選択で決められている。職員同行で受診されている利用者もおられる。内科往診は2週間に1回あり、歯科往診は毎週(対象希望者)と隔月に口腔清掃チェックを全員受けている。協力医とは24時間連絡の取れる体制が出来ている。		
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	各ユニットに常勤看護師1名を配置。介護職では、解決出来ない事・対応できない事を夜間や休日でも連絡をとれる体制にある。			
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。	入院した際には、面会を頻回に行い、利用者安心してもらえるように支援。入院先の医師・看護師・その他関係者と積極的に情報交換し、早期に退院できるよう努めている。			
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、事業所ですることが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	入所時に看取りや重度化について説明を行い、また希望・要望についても意見を聞いている。本人・家族の希望に応えられるように、サービス担当者会議を開催。事業所で出来る事について説明を行う。	入所時に「看取り介護に関する指針」に沿って説明し利用者・家族の意向を聞いている。昨年も看取り介護が行われている。看護師を中心に医師と連絡・指示を受け、経口摂取援助に悩みながら他職種協働で介護にあたっている。サービス担当者会議やカンファレンスは家族・医師を交え適宜行い、家族の面会は毎日行われていた。		
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の為にマニュアルを作成し、勉強会を通じて、訓練も行っている。			
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	火災や水害などあらゆる災害に対応できるように定期的に訓練を行っている。地域の災害訓練にも参加している。	年2回火災・水害を想定した訓練を実施している。昨年は夜間通報の実際を徹底させている。昨年9月宇治川の特別避難警報を受け基本的な対応(案)が出され、それに沿った訓練をしホーム1階の利用者をジョルダール担架で2階に避難させた。利用者・民生委員他近隣の参加・協力も得られた。備蓄として水・食糧3日分相当が準備されている。		

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	自尊心を傷つけないような対応を心掛けている。一人一人状態に合わせて対応している。	第2回京都市認知症ケア宣言「かなえられた私の思い五年後の十二の成果指標」の1～4を年間目標に置き、日々の実践の指標にしている。排泄時の声掛け・悩みや内緒話は居室で聞く等配慮しているが、普通の生活を送ってもらうことに重点を置いている。往診は居室で受けている。	
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	その人に合わせた質問方法を用いて、希望などを言葉に出して言える状況を作っている。普段、自分の思いがなかなか言えない利用者も、誕生日等を理由に聞き出している。		
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し、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	利用者にとっての、グループホームでの生活について希望を聞き、その人のペースに添ってのケアを大切にしている。		
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	衣服の買い物に同行したり、着替えの服選びも一緒に行っている。		
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	食べたいものを利用者に尋ねたり、食事作りにおいても、一人一人の力を把握して、分担しながら職員と一緒にしている。お好み焼きなど、鉄板料理も人気がある。	利用者の希望を聞き献立を検討し、一緒に買物(配送もあり)も行き、調理・後片付けは出来ることを職員と共に行っている。厨房に入っの食器洗いや椅子に座っての食器拭き等笑顔で行われている姿が見られた。行事食や外食も取り入れられており、ユニット全員で行くバーベキューは好評である。食事は職員も共に摂っている。	
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	一人一人、食事量を考え、摂取量の少ない方には、声掛けをし嗜好品を提供していることもある。特に介助を要する方には、量をチェックしている。		
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	声掛けや介助にて口腔ケアを行っている。歯科往診も利用し、定期的なチェックと口腔清掃をしてもらっている方もいる。		

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
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	終日、紙パンツ等を利用されている方であっても、尿意・便意のない方であっても、排泄パターンを考え支援している。	利用者の約半数が自立している。支援の必要な利用者には睡眠・水分・排泄の24時間パターンシートに状態を記録している。把握した排泄パターンにより援助を継続した結果、パット使用が不要になった利用者もある。	
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	緩下剤をすぐに使うのではなく、食物繊維を豊富に含んだ食材やヨーグルトやオリゴ糖を使用し、体操や散歩を行い、自然排便を心掛けている。		
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	基本、曜日と時間帯で入浴日を決めているが、本人の希望によっては毎日声をかけ、入ってもらっている。	入浴回数は週3回を基本としているが、希望により多く入浴される場合もある。お湯は利用者毎に交換し1対1の原則同性介助である。1日3~4人の入浴なのでゆっくり時間がとれ、特に入浴拒否はみられない。ゆず湯・しょうぶ湯・冬場は入浴剤を使用し、話題作りなどにも配慮し入浴を楽しむ工夫をしている。	
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	起床・就寝時間は特になく、入所前からの生活パターンに配慮し、安眠できるように支援している。		
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	職員全員が薬の目的など、情報を共有している。定期薬の変更時には申し送りとノートを用いて、周知できるように努めている。		
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	家事の中でも、本人の得手不得手、好みなどを把握して役割をもって行ってもらっている。家事以外にも、自発性を尊重した取り組みについても、スタッフとともに行えるように支援。		
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	今までの生活習慣を大切に、外出できるように支援。季節に合わせた外出レクリエーションや誕生日に本人希望の外出を企画している。	「外に出ましよう」の取り組みが行われている。希望により、散歩や車いすでの外気浴、買い物やドライブ・旅行・地域のイベントへの参加等、利用者個々の希望に沿って行われている。当事業所は基準よりスタッフを1名多く配置し、遠出の際はボランティアの援助も得て、利用者の希望に極力沿えるよう努力している。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	お小遣いを自身で管理されている方もいる。利用者の自己管理能力や家族の希望もある。一番重要なのは、本人の意思は可能な限り尊重されることである。		

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	本人希望によって、支援している。スタッフが頼まれた内容を全て伝えるのではなく、本人から話してもらえるようにし、伝えきれなかった部分をスタッフから家族に話す。		
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	玄関には、季節感ある花を飾っていたり、一日の大半を過ごされるリビングは、光がたくさんそそいでいる。新聞や雑誌、テレビやDVDをいつでも見る事が出来る。	リビングは窓が大きく明るい。外気の影響で室温が上がる場所は3重カーテンが設置され調整している。湿度は40%以上に保つように調整している。対面式の厨房では、料理中の利用者・職員の姿を見ることが出来、料理の香りも漂っている。隣接する畳の部屋へは段差があり人によっては介助を要するが、掘りごたつで座ったり、寝転んだりの場になっている。昼間Bユニットではボランティアにより、唱歌や懐メロがキーボードで演奏され楽しまれている。Aユニットでは利用者は椅子やソファで談笑し思い思いに寛がれている。トイレ・浴室・廊下等は清潔感がある。	
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、長椅子やソファを置くことで、利用者同士で過ごせるように配慮している。		
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	利用者の馴染みの物(タンスや仏壇、椅子など)を持ち込んでいただき、居心地良く過ごせるように配慮している。	ベッド・筆筒・エアコン・加湿器・カーテンはホーム側で準備されているが、他は自由に持ち込み利用者の好みでレイアウトされていて、個性や生活感のある居心地の良さが感じられた。	
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	ホーム内はバリアフリーになっており、ホーム内の移動は利用者自らの足で歩行が可能になっている。居室の入り口にも目印になる飾りやトイレの場所などわかるように工夫している。		