

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	2791900042		
法人名	医療法人 仁泉会		
事業所名	グループホーム 花水木		
所在地	大阪府大東市寺川5丁目19-18		
自己評価作成日	平成29年11月21日	評価結果市町村受理日	平成30年2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	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1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)】

法人内に2つの病院を所有する。医療連携体制が確立されており往診、緊急入院時の救急搬送対応も容易である。非常勤専属看護師と施設長(准看護師)が協働で職員の日々の健康管理や看取りケアに於けるアドバイスを伝授している。介護職16名中90%が常勤・80%が介護福祉士である。ゆとりのあるケアの向上とモチベーションを高め利用者及び家族に安心と安全を提供している。毎日、手作りの脳トレ(計算問題・絵や数合わせ等)を奨励し習慣づける事で脳の活性に努める。隔月にはアレンジフラワー教室を開催し花での癒しをしてもらう。美容セラピーでは生涯女性らしさを失わない様に配慮する。介護福祉士の実習生を受け入れ指導にあたる事で職員のスキルアップを図る。

【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)】

事業所母体は大東市内に2つの一般病院、13介護施設を持っている医療法人・仁泉会で、地域医療と介護の充実を目指したサービス提供に取り組んでいる。開設12年の当ホームの特徴は高齢利用者を支える基盤として、元看護師を管理者に配置し、職員の人材育成に力を入れて、内部研修を充実していることである。職員は常勤者が多く介護福祉士などの資格取得率も高く、その環境も整えられている。看護職員による一般職員への健康管理や看取りケアに対する医療アドバイスの指導も行われて看取りにも力を入れている。また利用者には日常的に手作り脳トレの練習を習慣づけ、趣味のアレンジフラワー、美容セラピーに接する機会もあり、認知症の進行を遅らせる環境を作ることに努力をしている。緊急時にも24時間医療連携体制が出来ており、本人、家族の心強い安心感となっている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	「笑顔あふれる楽しい我が家」を理念と4つのスローガンを掲示。朝礼で唱和する職員のモチベーションを高め理解を深め共有共感し「もう一つの我が家もう一つの家族」を意識づけをし実践する。	理念の「笑顔あふれる 楽しい我が家」と他4つのスローガンを掲げて玄関、リビング、キッチンに利用者、職員の目線に合わせて掲示している。朝礼、申し送りの後にみんなで唱和して、理念を共有しケアの実践に努めている。	
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員として日常的に交流している	寺川自治会に入会する。回覧版をまわしてもらい地区の行事に参加できる物を選択し参加する。保育園児や他施設の利用者を招いて苑内で交流会を催す。	自治会に入会し、地区の「ゆったりサロン」、お祭り、運動会などに参加している。ホームの花水木祭りには家族会、近隣の住民、近くの保育園児などを招きボランティアによるミニコンサートを開いたりして地域との触れ合い、交流に努めている。	
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	寺川地区の「高齢者の集い」に出席し地域の方々と交流をもちながら苑での生活状況を話したり地域の方の質疑に答えながら苑の生活を理解してもらう様にする。		
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	隔月に実施する。行事報告及び利用者及び職員の現状報告をする。随時、認知症等の症例報告し家族の意見交換をする。家族の質疑や困っている事を皆で前向きに検討し今後のケアに活かす。	会議は地域包括支援センター、地区婦人部長、自治会会計、利用者、家族、職員の参加で行事報告、施設の現状報告等、各種課題が報告され、参加者からは意見、要望などあり、双方向的な会議が行われている。今後は地域住民の参加増員が課題となっている。	地域の認知症ケア事業所としての理解と力を発揮するためにも、多様な意見や深い議論が望まれる。民生員や地域自治会長、地域消防団、地域有識者など構成員の拡充に努めることが望まれる。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	地域包括センター・社会福祉協議会・市職員等が集まるケアマネ研究会に出席し情報交換及び連携を図る。運営面では疑問点があれば直接、行政の窓口に出向き理解し解決に繋げる。	管理者は開設当初からケアマネージャーをしており市主催の研究会、会議には必ず出席し、市職員とは日頃から連絡を取り合って書類変更届、困難問題についてなど介護保険課、障害福祉課等に気軽に相談が出来る関係を築いている。	
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	基本身体拘束は禁止する。身体拘束委員を発足し職員全員に理解してもらう。玄関の施錠については家族の意見&要望にて施行。(苑前は交通量が多く利用者のリスクを伴う)	身体拘束委員会を設置して職員は研修を通して身体拘束の弊害は理解している。やむを得ない場合はその理由を説明し同意を得ている。玄関の施錠はホーム前の交通量が多く家族からの要望もあり施錠しているが、本人の要望には即対応し外出、散歩などしている。	
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	高齢者虐待防止委員会を発足。職員同士で情報収集&意見交換する。どんな些細な事にも見過ごすことなく報告を怠らず職員同士で注意しあう事を奨励する。		

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
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	研修等で学んだ事を職員の会議やミーティング時に話し理解をしてもらう。家族の要望に応じて医師の診断書が必要な場合は紹介したり相談に応じる。今迄に3名受けている。		
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	十分な説明を行い理解・納得を得ている。疑問点の対応・料金変更等は都度家族に説明し同意を得る。解約時はできる限り誠意を持って相談に応じアフターケアに努める。		
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	重要事項説明書の明記及び苦情相談箱を受付に設ける。利用者及び家族の意見や苦情を積極的に傾聴し話しやすい場面作りを提供する。信頼関係を築ける様に職員に意識付ける。	家族の訪問は多い。何時、訪問されても気持ちよく対応し良い信頼関係を作っている。運営推進会議への出席者も多く、意見、要望を表せる機会がある。会議後には茶話会を開き、家族の悩み、困ったことなど気軽に話し合える機会を設けて、「会話帳」に記録し運営に反映している。	
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	各ユニット毎にリーダーを中心に会議をする。スタッフ会議にて職員の意見&要望は前向きに取り入れる姿勢を保ち実践に繋げる。常時、職員のモチベーションを高める様に努める。	職員間で自由に書き込まれている「提案ノート」を活用し、利用者のケアの仕方、身体状況変化、食事形態、業務内容等、自由に意見交換が行われている。管理者は職員の提案があれば、それを否定するのではなく、取り敢えずやってみよう職員提案を尊重し、運営に反映させている。	
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	施設長から代表者に日々の業務量及び毎月の職員の動向、入居状況の報告をする。職員個々の仕事内容や実績等の現状報告をする。職員同士が円満に働ける環境・条件の整備に努める。		
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	外部研修等は職位&能力に応じ段階的に参加を促している。研修時は勤務扱いとし交通費全額支給と手厚い支援をする研修内容は職員に伝授し職員の向上に役立てる。		
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	研修会やケアマネ研究会等に参加し同業者との連携とネットワーク作りをし情報交換をする事でサービスの質の向上&スキルアップを目指せる様に支援する。		

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
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	日々、傾聴し個々に対話に時間を設け寄り添う事で思いを受け止め安心を提供する。職員同士で知りえた情報を共有し本人との信頼関係を構築する。		
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	家族との信頼関係を構築する為日頃から声をかけて頂けるような場面作りをする。家族の面会時は日々の生活の様子やエピソードを話してあげる事を職員に伝授し家族の要望や困り事を聞くようにする。		
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	初期段階ではケアマネ(施設長)が利用者・家族の要望をしっかり傾聴しニーズを引き出し、即応する体制を作る。最大限ニーズに応じたサービスを提供する。		
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	職員と利用者が共に支えあい寄り添いながら暮らせる人間関係を構築出来る様に努める。玄関の出入りは「ただいま」「行ってきます」と苑の理念に則った「もう一つの家族」を実践している。		
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	職員皆が家族の気持ちになって利用者と家族の時間を大切に充実した場面作りを提供する。共に支えあい利用者のケアの向上に繋げ信頼関係を築いている。		
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	近隣へ買い物に出かけたり、地区の行事野崎参り・だんじりの見学や身障者運動会のパン食い競争に参加する。知人に出会う事もありお互い懐かしがって話し込む場面も見られる。重度化したため小人数制の参加が多くなってきている。	車いす対応の利用者が多くなりつつある中、体調を見ながら、車に乗ってドライブや馴染みのスーパーへの買い物、地域主催の野崎まいり、だんじり見学、身障者運動会(パン食い競争)に参加し、そこで馴染みの知人と出会うこともあり楽しい交流の場となっている。家族の協力で外出、外泊する人もおられる。	
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	生活リハビリ&レクには必ず声かけをし体調に応じて無理強いせず利用者同士が共有共感できる場を構築し職員は温かく見守りしながら関わって行く様にする。		

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
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	家族のニーズに見合う関係維持に努める様に考慮している。家族からの相談や支援等があれば心良く応じる様に努める。		
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	日々、利用者&家族の思いや意向を傾聴し利用者本位である様に努める。重度化している為本人の意向等が解からない事が多々ある。家族や職員間で意見交換し検討する。	職員は家族の訪問や電話連絡時の会話記録の「会話帳」、日常の関わりの中での気づきや発見、職員間の提案記録の「提案ノート」等を共有し、重度化しつつある利用者の心の声をくみ取るように心がけている。本人の視点に立って寄り添い、声かけて表情や仕草のサインに注意し、利用者の自己決定を促す会話により支援をしている	
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	入居時に利用者&家族&ケアマネより本人の生活歴・好み・趣味・家族構成・サービス内容等を傾聴しアセスメントに反映する。職員間で共有し把握する。		
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	日々の生活状況(バイタルチェック・排泄・食事量)を把握し介護記録に記載する。状況変化を見逃さず都度職員間で意見交換する・必要時に応じて主治医の指示を仰ぐ。残存機能の維持を図る。		
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	常時、現状把握し家族&職員間での意見・意向を傾聴する。利用者個々に対してのアイデア等を前向きに取り入れケアプランに反映し作成。職員間で実践する。	アセスメントを基に、生活環境、生活レベル、周りとの関係性を把握し、本人、家族の希望や意向も聞いたうえで職員からの情報もユニットリーダーがまとめてモニタリングをしながら、介護計画作成者が本人の現状に即した介護計画を作成している。	
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	日々の生活状況を個別に把握し介護記録に記載(本人の言葉も含め)する。各階で提案ノートを考案し提案や工夫を書き込み職員間で意見交換し実践・ケアプランに反映させる。		
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	訪問診療の主治医は法人内で実施。主治医に上申し適切なアドバイスを受けながら処置等を行う。大東市内の受診が必要な利用者は職員が同行。特殊浴槽要の利用者には法人内の老健施設を利用		

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	地域のイベント等には積極的に参加。年2回の消防訓練は半数の利用者(車椅子含め)が参加する。近隣の保育園児と交流を実施。又法人内の老人ホームとカラオケやお茶会を催す。		
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	法人内の主治医による定期往診を月2回実施。緊急時は法人内の病院に救急搬送し適切な医療をうける。従来の主治医の継続は家族の希望で継続できる。	本人、家族の同意を得て、殆どどの利用者は協力医療機関をかかりつけ医としているが、従来のかかりつけ医の継続受診も支援している。母体が医療機関であり、月2回の往診や緊急時の医療連携体制も充実していて、本人、家族の安心感に繋がっている。	
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	非常勤看護師と施設長(准看護師)と協働し日々の健康管理や介護士からの報告、気づき等を重視し些細な事柄も見逃す事なく、適切な処置が受けられる様に配慮する。		
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	家族及び本人の意向を考慮する。施設長は入院先の主治医及び看護師・相談員との連携を図り身体状況の把握と情報交換に努める。ADL低下・認知症状を遅延も考慮し早期退院できる様に話し合う。		
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	重度化の指針を作成し早い段階で家族及び利用者に説明する様にする。日々の健康管理及び急変時等の対応を把握し家族との話し合いを再三持つ様にする。職員への研修を含め本人が最期迄快適に過ごせる様に配慮する。	重度化した場合の看取りの指針を作り、入所契約時に事業所としての対応可能な範囲を家族に説明し、可能な限り対応していく方針を伝えている。職員には日頃から看取りについて会議、勉強会を通じて学ぶ機会を作り、早い段階から本人、家族の意向を確認のうえ、必要な医療連携体制をとっている。看取り経験は過去に10数例の経験がある。	
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	苑内にアンビュバック及びAEDを設置し使用法を職員全員が実施できる様にする。地域の消防署で主催する心肺蘇生の研修会には職員全員が参加できる様に2人体制で受講する。		
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	警報及び注意報等のメールが届く体制。家族会でも話し合いの場をもつ。災害対策委員会を設け職員に周知し年1~2回訓練実施する。職員連絡網を作成し行政には電話等で指示を仰ぐ	年2回、消防署指導の下での訓練と自主訓練で、避難・搬送・通報・消化器、AEDの扱い等の訓練を実施している。防災関係の必要設備の整備や水、かんぱん、防災グッズなど、備蓄品の用意はある。今後地域消防団や近隣住民との協力体制の確立が課題としている。	夜間の職員体制が手薄となる時間帯に、何かあった時、初期活動や利用者の避難誘導は非常な困難が予想される。有効な対応動作をとれるように、日頃から夜間勤務職員の災害訓練の頻度の増加や地域消防団への協力関係及び近隣住民との協力体制の確立に取り組むことが望まれる。

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	全職員は日常的に利用者の尊厳を認識する。職員間で言葉遣いや行動面で対応に気になる事がある時は職員同士で注意しあったり話し合いの場を設ける様に心がける。	職員は研修会や勉強会を通じて人生の先輩に対しての尊厳、思いやりの意識の向上に努めている。ときに慣れや親しさから不快感を与えたりする場合は、お互いに注意し合っている。特にトイレ誘導時の声掛けや入浴時の対応には利用者の誇り、プライバシーを損ねないように心がけている。	
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	利用者が自身の意向が言える様な場面作りを心がける。解かりやすい言葉でゆっくり視線を合わせて傾聴する事を職員皆が認識する。		
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	利用者個人の生活リズムを尊重した支援を心がける。日々、ゆったりした空間の中で自分らしく暮らせる様に支援する。決して職員側の都合を優先する事のない様にする。		
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	毎朝の整容は見守りと声かけで行う。季節に応じた衣類を利用者と共に選択したり自身の希望を優先する。隔月には訪問美容を実施。美容セラピーを導入し化粧やマッサージを実施する。		
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	利用者の重度化で出来る事も減少している中で1つでも出来る事を見出す様に心がける。職員と一緒に声かけしながら行う。	毎日の食事は、法人内の施設から栄養管理士による献立表と食材が届けられ、専門のスタッフが調理をしている。毎日手作りの食事でキザミ、トロミ、ミキサー、普通食等、利用者に応じた食事を提供している。利用者も個々の能力に応じて、台拭きやおしぼりたみ、野菜の皮むき等手伝っている。職員も一緒に食事をしている。	
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	栄養士のレシピで1日1600Calをキープ。食事摂取及び水分量を毎日記録し健康管理を維持する。嚥下能力に合わせて刻み・トロミ・ミキサー食と食事形態を替え体重や体調に応じて食事内容を工夫。		
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、歯磨き及び口腔ケアを実施する。週2回の義歯消毒。週1回の訪問歯科が診療し歯磨き方法等の指導をして貰う。歯がない利用者も同様である。		

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
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	おむつ&パットを使用する利用者は個々に排泄パターンを認識し随時声かけ及び誘導する。失敗時にも羞恥心を感じさせない様に十分考慮し対応する。排泄動作は自身で出来る所は自身で行って貰う。	現在、おむつ、パットの使用者が多いが、職員は時系列に記録された個々の排泄チェック表を共有して、少し早めの声掛け、誘導に努め、気持ち良い排泄が出来るようトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	体操は毎日の日課としている。気候の良い時は庭園や駐車場を散策する。排泄のチェックをして必要に応じて主治医の指示を仰ぎ対応する。職員間で便秘解消等の意見交換をして対応に備える。		
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	基本は入浴日は4日間。一人週2回となっているが本人の要望を優先し入浴する。入浴の順番や性別は本人の希望に沿う。失便の汚染時は時間、曜日に関係なくシャワー浴等で対応する。	入浴は週2回を基本としているが、入浴日は週4日間あり、利用者の要望には柔軟に対応をしている。重度者への2人介助の対応工夫や入浴順番に拘る人、入浴拒否する人には順番や時間変更、介助職員を替えるなど、利用者の要望に添うよう努めている。冬場は肌の乾燥もあるので体に保湿剤を使用している。	
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	日中に散歩や外気浴、生活レク等の活動をして生活リズムを整え夜間の安眠に繋げる様にする。冬場はユタポンで暖め睡眠誘導し安眠とリラックス出来る様に配慮する。個々の習慣を知る		
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	薬の副作用及び服薬内容及び効果等を職員間でファイルで開示出来る様にする。服薬確認チェック表の押印し誤薬の無い様にする。症状変化の把握及び早期発見に必要時は主治医に上申し対応する。		
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	利用者の生活歴や家族関係・趣味等を聞きとり会話の中に活用しながら集団生活を円滑にする。不穏に陥る事がない様に見守りながら生活レクやリハに参加し気分転換を図る様に支援する。		
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	気候の良い日は戸外に出る機会を持つ。重度化した為、外出する事が減ってきているが極力実施できる様に配慮する。だんじり見学や地域の祭り・身障者フェスティバルのパン食い競争に参加する。	利用者の平均年齢は89歳で近年、車いす対応が殆んどで、出来るだけ天気の良い日には外気に触れる機会を持つよう支援している。施設での茶話会、だんじり見学、車を使って近くのスーパーへの買い物、地域主催の「ゆったりサロン」への参加など、利用者の身心状況を見ながら外出支援をしている。	

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
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	事務所にて利用者のお金(お小遣い)を管理。利用者及び家族の意向があれば小金は所持して貰う。職員同行にておやつ購入にレジで一連に支払いを自身で行う		
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	施設内の電話を使う。自身で管理できる利用者は携帯電話を所持し使用して貰う。手紙を書ける利用者には家族にて必要な用具を持参してもらい投函時は職員同行する。		
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	常時、共用場での不快及び混乱を招くことが無い様に十分配慮する。不穏を生じること無く居心地良く暮らせる様に大きな音を立てたりせず、日差しにはカーテンで遮り考慮する。	ホームの玄関、廊下、リビング、対面式キッチンなどの共用空間はゆったりと広々して明るい。トイレ、浴室も清掃スタッフにより清潔が保たれている。壁には利用者、職員による共同作品や書道が貼られ、家族提供の千羽織鶴、手造りリースが飾られている。窓際に団らんの長椅子やテレビが設置されて心地よく過ごせるように工夫をしている。	
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	食堂とリビング兼用としている。決して強制する事無く個々が思い思いに好きな事を好きな時間に好きな人と過ごせる様に配慮する。利用者同士でお互いの居室を行き来したり中庭でお茶会や昼食をする		
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	自宅で愛用していた家具や品物を居室に持ち込み住み慣れた雰囲気作りをする。家族の面会時は写真を取らせてもらい居室の壁に貼り、寝たきりの利用者には目線がいく所に貼り絵を設ける等の工夫をする。	各居室には洗面台、広いクローゼット、ベッド、防災カーテンが設置されている。室内は家族の協力も得ながら、家族写真、小タンス、椅子、テレビ、ぬいぐるみ、仏壇など持ち込まれて、それぞれ自分の居室として寛げるように整えられている。	
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	トイレや浴室等の共同場には大きくわかりやすく表示。不安や混乱・不穏を最小限に止める。職員間で個々に利用者の残存機能を把握しながら出来る事を探しながら安心して暮らせる様に工夫する		