

令和6年度

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	株式会社やよいぐらねっと		
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6年6月20日	評価結果市町村受理日	令和6年10月31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)】

ご本人の自主性を尊重する為、タイムスケジュールを策定せずご利用者様の望まれるライフスタイルを支援する様に努めている。又特別な理由がない限り、終の棲家となる様な介護サービスを目指している。

【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)】

昔ながらの商店街が残る住宅地にある1ユニットのアットホームなグループホームです。すぐ近くに法人のケアプランセンターがあります。社会福祉士と介護福祉士資格を有する管理者も地域で生まれ育ち、住民の様々な相談に応じています。勤務年数の長い職員が多く、利用者に寄り添う介護を心掛けています。大型テレビを囲んでコの字型に長椅子やラグマットを配置したりリビングでは、食後、わが家さながらに長椅子やマットに横たわってくつろぐ利用者の姿も見られます。平日の昼食と夕食は業者から運ばれる調理済み総菜を温めて提供していますが、野菜を追加したり、利用者の好みや嚥下状態に合わせて丼物にしたりするなど工夫しています。また、事業所では中期ビジョンとして、隣接する敷地に家庭菜園と最新の入浴機器等を備えたグループホームを新築移転し、現在の建物を障害者のグループホームにする計画を打ち出しており、新たな地域の福祉拠点に期待がかかります。

【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.kajigokensaku.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	大阪府大阪市北区天神橋3丁目9-27 (PLP会館3階)
訪問調査日	令和6年10月10日

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)	<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)	<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	パンフレットにある理念を目指し、管理者とスタッフが双方向で業務中に確認したりする。玄関に理念を掲示し日常的に再確認をする様に努めている。	「その人らしい暮らしの実現」や「利用者本位・尊厳の確保の寄り添う介護をめざす」等を謳った理念を玄関ホールに掲げ、パンフレットにも明記しています。理念の唱和や研修は行っていませんが、勤続年数の長い職員が多く、現場では理念に沿ったケアが行われています。	職員の新たな採用が予定される中、今一度、会議や研修で理念をテーマに掘り下げてみてはいかかでしょうか。理念は日々話し合い意識付けることが大切です。
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	管理者が自治会の役員を務めている為、地域との繋がりは出来ている。運営委員会にも自治会長や女性部長が参加していただいている。	住み慣れた地域での生活も理念の一つです。自治会に加入し、会長や婦人部長(民生委員)が運営推進会議に参加して意見交換しています。管理者自身も自治会の役員を努めています。	高齢化で地域の行事やイベントが減る中、近隣の小中学校、幼稚園等との交流が期待されます。災害避難場所になっている最寄の小学校と連携して子どもの見守り活動等に協力する等から始めてみてはいかかでしょうか。
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	ADLの低下やコロナ禍もあり、あまり実施されていない。	/	
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	2ヶ月ごとに開催され、GHの取り組みの報告や地域からの提案や報告を受け、交流しサービス向上に努めている。	隔月に実施する運営推進会議には、管理者と計画作成担当者のほか、家族、地域包括の職員、自治会会長、民生委員が参加して意見交換を行っています。利用者の日常の様子をタブレット端末を使って動画で紹介しています。	家族の参加が減っています。参加されない家族等には議事録を送付し、成年後見人にも参加案内をしてはいかかでしょうか。運営の透明性を高めるため、会議で事故やヒヤリハット報告をすることをおすすめします。
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	メールや電話により連絡を取り合い協力関係は維持されている。	市の高齢福祉課の各担当窓口とは適宜連絡を取っています。今年度は法改正に伴う内容や諸手続き等で頻回に問合せや相談行いました。窓口を通じて研修の情報もキャッチしています。	

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
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	身体拘束廃止のマニュアルに基づき、検討委員会やスタッフの研修会を行っている。玄関の施錠は行っていない。	「身体拘束適正化のための対策を検討する委員会」を設置して、3カ月に1度会議を開催し、職員研修を行っています。センサーマットの利用はありません。玄関は日中開錠し、2階の居室に通じるエレベーターや階段も利用者が自由に使えるようにしています。	身体拘束防止に関する研修は年2回の開催が義務付けられています。虐待防止や接遇などと合わせて計画してはいかかでしょうか。また、研修の際は職員のレポート提出を実施すると理解度が深まります。
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	身体拘束と同じように研修を行っている。		
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	過去に市長申し立ての申請を行い、成年後見制度を学ぶ機会があり、又現在2名のご利用者様が制度を利用されている。		
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	重要事項説明書や契約書についてはご家族様にご理解いただける様にご説明し、退去時も書面にて行っている。		
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	軽度の方のご要望等は直接お聞きする様にしているが重度の方は難しい。ご家族様からは利用料持参時にお聞きする機会を設けている。	利用者の意見や要望は日々のケアを通じて聞いています。家族等の意見や要望を聞く仕組みとして運営推進会議や意見箱を設けています。また、事業所では利用料金を事業所での直接支払いにしているため、この機会を利用して管理者が家族から直接意見を聞いて対応しています。	
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	毎月のフロア一会議に意見交換を行っている。	職員の意見や提案をする機会として毎月のフロア会議がありますが、1ユニットで1日の大半を同じフロアで過ごし顔を合わすことが多い現場環境の中で、職員は管理者に直接自分の考えを伝えています。また、待遇や就労面での要望等は計画作成担当者が間に入って聞いています。	

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
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	計画作成担当者がスタッフの意見を聞き、管理者に報告・提案を行っている。管理者と代表者とは日常的に連絡を密にし、スタッフの処遇改善等の検討を行っている。		
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	外部研修や集団指導や報酬改定時にスタッフのミーティングや資料配布などでスキルアップに努めている。		
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	グループホーム間の交流はありません。		
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入所時にご要望をお聞きし、介護計画に生かしている。又、日頃の状況を把握しケアに反映させている。		
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	契約時にご本人やご家族から相談ごとをお聞きし、サービスに生かせる事がないかどうかを伺う様にしている。		
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	計画作成担当者がご本人やご家族様のご要望に添った計画を立てる為、主治医意見書や紹介された事業所の意見を参考にご要望に応える様にしている。		
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	ご利用者様本位で自立支援を促しながら、共に支え合っていける様に双方の関係性を築いて行く様に努めている。		

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
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	ご家族様とは双方向の関係ができるように耳を傾ける様にしている。		
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	友人やご家族等からのご要望があれば外食などの機会を受ける様にしている。	家族や友人と外食や旅行ができるように支援しています。理美容はホームで職員が行っていますが、家族の協力を得て馴染みの理美容室に出かける利用者が複数名います。ホームの看板犬にもなっている職員の愛犬を連れて、散歩に出かける利用者もいます。	
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	非常に困難ですが、スタッフが付き添い複数で公園への散歩に出かける事がある。		
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	退去された後も、他事業所や医療機関との連携をはかっています。		
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	言動に注意を払いながら、ご本人の意向を把握する様に努めている。ADLの低下によって会話が出来ない方に対しても最大限寄り添った介護に努めている。	職員は利用者や家族から収集した利用者の思いや希望などの情報をフロア会議等で情報共有し、計画作成担当者がフェイスシートに追加や、支援経過に記録しています。	
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	可能な限りご本人から若しくはご家族様からこれまでの生活歴等をお聞きする様にしている。		
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	スタッフと計画作成担当者が連携をはかりながらアセスメントを実施し、申し送り事項は主に口頭で共通認識出来る様にしている。		

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
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	介護計画はご本人やご家族様の意向やご意見も取り入れながらカンファレンスを開き、ご利用者本位の計画に近づける様に心がけている。	介護計画書は原則半年に1度、作成担当者がモニタリングして見直し、家族に説明しています。見直す際のカンファレンスは管理者、職員、計画作成担当者が医療関係者、家族の声を持ち寄ってフロア会議で行っています。	カンファレンスで話し合った内容を記録することが求められます。また、モニタリングの際は、介護計画書に上げた利用者個々の目標やサービス項目に即して評価することが望まれます。
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すると共に、介護計画を作成し、随時見直しを出来る様にしている。		
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	通院介助や美容室に行くこと等、既存のサービスにない支援をご本人やご家族様の要望に添って行っている。		
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、季節の貼り紙をしたり社会資源の協力を求め、ご利用者様への支援に繋げている。		
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	過去の経緯やご本人、ご家族様の意向を大切に、医科や歯科の機関と連携し月2回の往診と歯科は適宜受診している。	月2回、協力医療機関より内科医の訪問診療と看護師の訪問看護にて健康管理を行っています。入居前からのかかりつけ医や他科受診の希望があれば可能で、職員と一緒に通院したり、往診にて対応しています。訪問歯科も希望があれば利用できます。また、訪問介護事業所と24時間オンコール体制を整え急変時や緊急時に備えており、利用者、家族、職員の安心に繋がっています。	
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	病院の地域医療連携室やかかりつけ医の看護師等や訪問看護ステーションとの連携をはかりながら受診や看護を受けられる様にしている。		

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
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連携をとり、SW等との情報交換及びご本人との面会を行い、早期に退院が出来る様にしている。		
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	主治医の指示やご家族様の意向に沿った介護に努めている。終末期には看取り介護についての同意書を交わしている。	重度化や終末期については指針に沿って説明を行い、家族等の同意を得ています。実際に重度化や終末期の状態と医師が判断した場合は、再度指針に沿いホームでできる最大限の支援について説明、意向を確認しながら介護を行っていきます。ほとんどの利用者・家族等がホームでの看取りを希望し、今年度は2名を看取りました。年に1回看取り介護の研修を行っています。また看取りの際、家族の宿泊できる部屋を居室とは別に準備する計画があります。	
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	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をしている。		
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	BCP計画を作成し研修などで認識を醸成している。運営委員会での協力体制を確認し、スプリンクラーや火災報知器の設置とエレベータの月1回の点検や修理を行っている。	消防避難訓練は利用者も参加し年2回行っています。消防署の立ち合いはコロナ禍以降できていませんでしたが、10月の訓練時には消防署の立ち合いで行う予定です。業務継続計画(BCP)も策定され、5月には「BCPと実践・自然災害と感染症」の研修を行いました。災害時の備蓄品は主に1階の倉庫に食料品、飲料水、衛生用品等3日分以上保管、施設長が管理しています。消費期限が近いものは地域の集まりなど参加時に持参し試食しています。また、地域住民とは運営推進会議を通じ防災対策について報告を行い、協力の声掛けをしています。	

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
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	ご利用者様の尊厳を大切に、プライバシー保護と言葉かけも丁寧に行う様にスタッフに周知している。スタッフ採用時には個人情報保護の誓約書を交わしている。	利用者一人ひとりを尊重した対応を心がけ、職員に対してプライバシー保護の研修を行ったり、入職時には個人情報保護の誓約書を交わしています。	
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、ご本人の目線に合わせた介護を心がけ、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	入居時にご希望をお聞きし、これまでの生活からご本人の希望をくみ取っていただける様に心がけ、ご本人のご希望に合わせてケアを進める様にしている。		
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	以前からご利用されている衣類等をそのままご利用頂ける様にしている。		
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	湯煎をする料理を提供し、定期的カレーライスやうどんを食して頂ける様にしている。ご利用者様全員がリビングルームで食事が出来る様に配膳している。	朝食はホームで準備し、昼夕食を業者に委託、クックチルの状態のものをキッチンで温めて盛り付け、個々の嚥下状態に合わせて刻んだり、とろみを付けたりして提供しています。ホームで調理した小鉢や野菜など付け足したり、利用者の嗜好に合わせて代替えのものを準備するなどもしています。また、週2回はホームのキッチンで利用者の好む麺類やカレーライスを手作りしています。食事前には食堂に野菜を切る音や香りが漂ってきます。利用者はテーブルの準備をしたり、盛り付けをしたり、食後の下膳など、できることを職員と一緒に手伝っています。家族の協力で夕食する利用者もいます。	

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
		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	栄養バランスは事業者に依拠している。水分補給は適宜行っている。		
		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			
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、洗面所にてそれぞれの口腔状態に応じた支援をしている。		
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いる。	居室に2カ所、共有スペースに2カ所のトイレがあります。職員は排泄チェック表を付け利用者個々の排泄パターンを把握しています。日中はトイレでの排泄を基本とし、利用者の状況を見てトイレ誘導を行っています。リハビリパンツとオムツの利用者半々位ですが排泄の自立は現状維持にとどまっています。夜間は睡眠を第一に考え、排泄の定時誘導は控えています。尿漏れなどないようにパッドの使用に配慮しています。	
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	排泄チェック表を確認し予防に努めている。食事や水分補給に気を付ける様に支援している。		

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
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。ご自身のペースでゆっくりと入浴が出来る様に心がけている。	入浴は週2回を基本とし、火、木、金の午前に行っています。家庭用浴槽で毎回湯を交換し入浴しています。入浴日はほぼ固定していますが、3日間の内、体調に合わせて柔軟に対応しています。浴槽に浸かるのが困難な場合は3人介助で対応することもあります。利用者や職員の介助の負担の軽減も含め、ホームは機械浴の導入を考えています。自分専用のシャンプーや石鹸を使用している利用者もいます。	
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	全室個室で自室でいつでも過ごせる様にしている。		
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	カルテに処方箋を保管し、服薬管理を行っている。薬剤師との連携も日常的にはかっている。		
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	軽度のご利用者様には公園への散歩や野菜の調理などの手伝いをして頂いている。		
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	重度の方は外出は難しい為、ジェイコム等により春には花見、夏には花火大会、秋にはお祭りなどのビデオをみて雰囲気を感じ取っていただいている。	利用者は天気の良い日には日常的に犬を連れて散歩に出かけたり、職員と一緒に緑地公園まで散歩に出たりしています。家族の協力で美容院に行く利用者もいます。全員での外出は難しくなっていますが、職員からは皆でピクニックに行けたらとの声がありました。	
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	金銭管理は成年後見人がいる方以外は管理者が行っている。		

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
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	現在では皆無です。		
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	リビングルームはゆったりと出来る空間があり、お風呂、トイレ入り口には表示がある。ソファからは外が見える様にしてある。スタッフの制服は無く家庭的な雰囲気を大切にしている。	利用者のほとんどが日中を過ごすリビング兼食堂は広々として明るく、大きな窓から商店街に行く人の様子も見られ室内にいても開放感があります。窓をあけると風が通り抜け、自然の換気も感じられます。食後には利用者はそれぞれ大きなソファでゆったりと寛いだり、テレビを見たり、ラグマットに横になったりと思いいの居場所で心地よく過ごしています。	
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	リビングのソファは自由に座れ、お一人になりたい方の為に少し離れた玄関前にソファもおいている。		
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	ご本人やご家族様の意向も踏まえ写真や好みの物や家具等の持ち込みもオッケーです。可能な限り以前の住居に近い環境に配慮している。	居室にはベッドとタンス、エアコンが備え付けてあります。利用者は家族と相談し、仏壇やテレビ、カセットデッキなどを持ち込み、自分らしく心地よく暮らせる部屋になっています。どの部屋も整理整頓され、掃除も行き届いており、快適な環境になっています。日付けの大きいカレンダーが掛かっている居室もありました。	
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	施設内はバリアフリーになっており、安心して生活が送れる様になっており、それぞれの能力を活かした生活が送れる様にしている。		