

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(さくらユニット)

事業所番号	2795800404		
法人名	社会福祉法人大和福寿会		
事業所名	グループホームオアシス平野		
所在地	大阪市平野区背戸口3-7-18		
自己評価作成日	令和2年6月1日	評価結果市町村受理日	令和2年8月7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	令和2年7月13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)】

・「安心・健康を提供します」の理念の下、毎日の朝礼において職員全員で実践項目の共有を図っています。
・家庭的で温かい雰囲気の中、ご入居者中心のケアを心掛け、その人らしい生活が送れるよう支援しています。
・主治医と常に連携を密にし健康管理、急変に対しても即対応できる体制を整えております。ご本人、ご家族の希望により看取りケアも行っております。
・地域やご家族の皆様の協力により季節折々のイベントを開催。また職員との買い物や調理等日常生活を共同に行い充実した生活をお過ごしいただけるよう取り組んでおります。
・地域運営推進会議においてグループホームの取り組みを報告。また年2回の防災訓練においては地元消防団や地元の皆様の協力をいただき、有事の際に力強い関係ができております。

【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)】

事業所は最寄り駅より徒歩2分向かいに区役所、近くに社会福祉協議会と便利な場所に位置し、多数の福祉事業を展開している社会福祉法人大和福寿会の、2つ目のグループホームとして開所3年目を迎えている。当初より自治会長や婦人部長の参加を得て運営推進会議が開かれ良好な地域交流がなされている。医療支援の協力医も近くにあり、主治医と24時間オンコールの医療連携体制で安心できる。職員は「安心・健康を提供します」の理念を始め「挨拶・清潔・整理整頓」「行動原則・職務心得」をクレド(行動指針)にして携帯し毎朝唱和している。利用者はたこ焼き・ホットケーキのおやつ作りや季節の作品作りを楽しみ、バイオリン・アコーディオン・ネイル・3B体操等のボランティアの訪問を受け日々生活している。着任間がない管理者はさらに地域交流や利用者のその人らしい暮らしの支援に取り組みたいと話している。

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

[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	「安心・健康を提供します」を法人理念とし、オアシススタンダードの運営方針、行動原則、職務心得、オアシスプライオリティの挨拶、清潔、整理整頓を毎朝職員全員で唱和し実践に繋いでいる。	法人理念の「安心・健康を提供します」を運営方針や行動原則、職務心得・挨拶・清潔・整理整頓等の文章(行動指針)を名札と共に携帯し毎朝皆で唱和して実践している。会議時にも話し合い振り返るようにしている。	法人理念を唱和して実践に繋げていますが、さらに事業所独自の理念についても話し合われる機会を持たれることや、理念は広く地域に周知されるためにも事業所内や玄関に掲示されることが望まれる。	
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人として日常的に交流している	地域の自治会や育成会主催の盆踊りや餅つき大会、秋の文化祭出展など積極的に参加している。又ホームのイベントに招待したり、協力して頂いたり常に交流の場を設けるよう努力している。	自治会長や婦人会長から情報を頂き地域の行事や盆踊りに出かけたりだんじりに立ち寄ってもらったりしている。社会福祉協議会のふれあい喫茶に参加して地域の人と交流している。散歩時に近所の人に挨拶を交わしている。バイオリン・ギター・アコーディオン・3B体操・書道・ネイルのボランティアの訪問を受けている。		
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	事業所の実践経験を活かし、地域の人々や家族の、困っている事や想いを聞き、助言をしている。地域運営推進会議においては、相談を受けたり認知症の人の理解を深めて頂くよう努力している。			
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践、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	地域の自治会役員、包括支援センター職員、入居者代表、家族代表、東大阪事業部の各管理者等を構成員として2か月に1回開催している。ホームの利用状況や活動報告を行い、構成員との意見交換や実地指導結果、外部評価結果を公表している。	2か月に1度フロアで家族・利用者・自治会長・女性部長・社会福祉協議会職員・他事業所管理者・地域包括支援センター職員が参加して事業所の現況報告や行事報告をして意見やアドバイスを心得て情報を受けサービスに活かしている。議事録は玄関に開示し家族に送るとしている。		
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に取り組んでいる	運営や制度に関する事等、必要に応じて相談を行い指導して頂き、協力関係を築いている。	区役所の介護保険課には分からないことを聞いたり相談に出向いたりして、水害の情報やコロナ下での対応や支援の情報を貰っている。研修の情報をメールで受けて参加している。何時でも相談に行ける双方向の関係が築かれている。		

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
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	入居者の自由な暮らしを支え、入居者や家族に心理的圧迫感を与えない配慮や身体拘束について、職員が学び理解し拘束しないケアを行うようにしている。	身体拘束のマニュアルを作成し身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3か月に1度開催して身体拘束等の適正化のための指針を作成している。法人の研修会に参加している。言葉使いに気を付けクレド(行動指針)に記載した言葉を確認して拘束のない言葉を使っている。玄関・エレベーターは家族の了解を得て施錠しているが利用者の様子を見て近くに散歩に出かけ閉塞感のないケアに取り組んでいる。	
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	オアシス内部で虐待についての研修を行い、職場環境を整え、職員がストレスを感じにくいように配慮している。又、入浴時や排泄時等普段の業務において虐待を見過ごすことなく、意識している。		
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	研修やホーム内の実際の事例を通して、会議等で職員が学ぶ機会を設けている。必要であれば地域包括支援センターと連携し、活用できるように心得ている。		
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	契約の締結時に時間をかけ説明をしている。質問があれば説明を行い、理解納得を得ている。契約後においても、質問があれば、納得して頂けるように心がけている。		
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	玄関にご意見箱を設置し意見を取り入れるようにしている。運営推進会議に入居者や家族に出席して頂き、ご意見やご要望を聞き運営に反映させている。又家族会において、気軽にご意見やご要望が聞ける環境作りをしている。	家族の訪問時や運営推進会議時に話を聞いている。訪問を止めているコロナ下では頻繁に電話をかけて利用者の様子を伝え、「グループホーム通信」でも毎月状況を伝え、担当職員によるコメントを書いている。利用者とは日常の会話の中で意見を聞くようにしている。	

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
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1回会議を行い、改善点や提案等の意見を取り入れている。必要に応じその都度意見を聞き職員全員で検討し運営に反映できるよう取り組んでいる。	毎月職員会議を開催して意見や要望を聞いている。管理者は積極的に職員の話聞くようにしている。適時管理者面談をして相談や資格支援制度などの話し合いをしている。研修の情報を伝えスキルアップの機会が得られる。	
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	勉強会等に参加し学ぶ事が評価される。職員それぞれが自己実現できる職場であるように心がけている。又、資格取得を奨励しやりがいや向上心をもって働けるように努めている。		
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	日々の業務の中で、職員がレベルアップできるよう管理者が中心になり指導している。オアシスグループ内の研修は充実している。また、委員会、勉強会の参加を積極的に促している。		
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	同業者との連携、交流は行っていない。今後外部での勉強会参加等、交流できる機会が持てるよう努力し質の向上を図る必要があると思われる。		
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	利用開始前に、ご本人や家族の想いを把握し、不安なく入居できるようにしている。職員は事前にミーティングを行い、本人や家族の想いを理解しスムーズにサービスを開始できるようにしている。		

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
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	入居時に困っている事、不安なこと、ご要望等を聞き確認させて頂いている。心配なこと不安なことがある場合は入居後であっても、説明させて頂き、信頼関係が保てるよう努力している。		
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	事前にご本人、ご家族と面談を行い必要とされているサービス(訪問リハビリ)等が導入できるようにしている。		
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	職員は高齢者として尊重し、笑顔を絶やさず入居者の立場に立ち、喜びや楽しみが共感できるように支援している。又、入居者の好きな事、出来る事に目を向け、共に支え合う環境を作っている。		
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	GH通信を毎月発行し、日々のご様子をお知らせしております。ご家族の来訪時にはご家族と過ごす時間を大切にさせて頂いている。近況報告やケアに対する相談を行い、共にご本人を支えていけるように努めている。又、ご家族の都合に合わせ、外出や外泊も自由に行っていただいている。		
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	地域の行事に参加したり、施設の行事に参加を呼びかけ実行している。入居者の希望で馴染みの理髪店を利用したり、家族の協力で行き慣れた医院で診察が受けられるよう支援している。	家族や知人・近所の人々が訪ねてくれている。家族と親戚の家に行ったり買い物やお墓参りや外食に出かけている。散歩時に利用者の希望で自分の家に行っている。家族に電話をかけて話をしたり、テレビ電話で話したりしている。年賀状の手伝いをして馴染みのつながりを絶やさない努力をしている。	

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
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	良好な関係が保てるよう工夫し支援している。不穏な状態があれば、入居者や家族の承諾を得て居室やテーブル席の変更をさせて頂き孤立しないように支援を行っている。		
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	他の事業所へ移られても、必要な情報は提供している。退去後も訪問しご本人の状況把握をし相談に応じる等、関係が切れないようにしている。		
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	入居者一人ひとりに関わる時間を持ち、それぞれの思いを理解し、安心した生活が送れるように支援している。困難な事があれば、ご家族と職員が話し合い、その人の想いが実現出来るように努めている。	面談時に利用者の思いや希望を聞いてフェイスシートやケアチェックシートに記載して状態を把握し定期的に見直し、職員間で共有している。日々の会話の中で知り得た情報は申し送りノートや個人ファイルに書きとめ、本人本位のケアが出来るように努めている。	
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	入居前にアセスメントを行い、ご本人やご家族、担当ケアマネから情報を収集している。入居後も出来る限り今までの生活や暮らしを変えないよう、職員全員が情報を共有している。		
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	日々の暮らしの状況を観察し記録している。一人ひとりの状態を朝礼時や終礼時に報告し職員同士で連携を取り合い、入居者の現状を把握できるようにしている。		

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	ご本人や家族の意向を聞きその情報をカンファレンスにて職員全員で検討しサービス計画書を作成している。サービス計画書作成後は職員全員に周知し、実践できるように努めている。	聞き取った情報を基に作成した介護計画は家族の意見や医師の意見を取り入れて、鍼灸師や職員からの意見を取り入れている。モニタリングをして短期3か月、長期6か月の見直しをしている。利用者の体調に変化があれば随時見直して現況に合っ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	個人記録や連絡帳を活用し、気づいた点や問題点を記録した上で朝礼や終礼時などで口頭でも申し送りを行っている。ケア内容の変更が必要な場合は、口頭での伝達や、連絡帳を用い職員に周知徹底できるように努めている。		
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	ご本人やご家族の希望により、協力医療機関の通院や、必要に応じその他の医療機関にも通院援助を行っている。希望があれば保険外サービスも利用できるように取り組んでいる。		
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	地域ボランティアの協力を得ながら、傾聴やレクリエーションを行っている。又、心身の状況が維持でき、安心、安全に暮しているよう支援している。		
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	入居時にご本人、ご家族の希望を聞き取りかかりつけ医を選定している、かかりつけ医を中心として、それぞれが連携を取りながら関係を築き、本人に合った適切な医療が受けられるよう支援している。	全員が納得の上、協力医をかかりつけ医としている。訪問診療の内科は月2回、事前にドクター診療シートで体調を把握して、より丁寧な診察を受けている。夜間は主治医と24時間オンコールの支援体制がとられている。他の医療機関へは近くにあり職員が同行している。歯科の訪問診療は毎週あり希望者は受けることができる。	

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	協力医療機関の医師による訪問診療、居宅療養管理指導を毎週受けている。看護師は入居者の健康管理を行い、受診や看護が受けられるように支援している。介護士は日頃の状態を看護師に報告や相談をし指導を受けている。		
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	入院時は介護サマリー等を用い、施設での生活状況を報告し安心して治療が受けられ早期に退院できるよう努めている。又病院のMSWや関係者と連携をとり情報交換を行い、良好な関係が保てるよう努力している。		
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	ご本人、ご家族、主治医と話し合い希望に沿った方向を決めている。入居時には「重度化した場合における対応に関する指針」を作成し同意を得ているが、将来に不安を訴えるご家族にはその都度説明させていただき、ご意見やご意向を聴かせて頂いている。	入居時に利用者や家族に「重度化した場合における対応に関する指針」で説明し同意を得ている。状態に変化があれば主治医より利用者や家族に説明し意向を確認して、不安な訴えがあればその都度説明し、訪問看護師などと連携して支援に取り組んでいる。職員は法人の看取りの研修に参加して知識を身に付けている。	
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	協力医療機関の医師より指導を受け、事故発生時や緊急時に対応できるようにしている。夜間の事故や緊急時には管理者の指示が受けられるように体制が出来ている。		
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	年3回防災避難訓練を行っている。全職員に災害時の避難誘導がスムーズにできるよう訓練している。、地域消防団に参加して頂き地域との協力体制を図っている。	年2回防災訓練を実地し1回は消防協会職員の立ち合いを得て指導を受けている。運営推進会議で地域の人にも訓練の参加を呼び掛けているが参加に至っていない。非常物品として2階に水・おかゆ・缶詰・毛布・カセットコンロ・おむつの用意をしている。	訓練は年2回実施しているが近隣住民に訓練の参加を呼び掛けられ、災害時の協力体制を築いていける工夫や、備蓄確保のチェックリストの整備・水害対策へのハザードマップの確認などをして、災害に備えられる事を期待する。

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	
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	一人ひとりの人格やプライバシーを尊重しその人らしく生活が送れるよう、言葉使いやケア方法に配慮している。	毎月法人の外部講師による接遇の研修を受けている。管理者による虐待防止テキストを用いて読み合わせをしてマンツーマンの職員研修に力を入れている。言葉使いの言い換えを具体的に行動指針に記載し、入室時ノックをすることやトイレ・入浴時には利用者の自尊心を損なわない言葉使いに気を付けて支援している。		
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	ゆっくり時間をかけコミュニケーションをとり本人の思いや希望を傾聴し自己決定ができるように支援している。			
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	それぞれの生活ペースを大事に考え、希望に沿った援助が出来るよう心得ている。			
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	月1回訪問理美容を利用している。それぞれ希望のヘアースタイルにして貰っている。衣類はご本人に選んで頂き、気に入った服装が出来るよう支援している。			
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	昼食、夕食は老健オアシスの管理栄養士が立てた献立の配食を利用している。おやつは市販のお菓子を食べていただいたり、職員と入居者が一緒に作れる機会を設けている。	法人の厨房より栄養管理した配食サービスを昼食・夜食利用してご飯と汁物はキッチンで作り提供している。朝食や月に1度の行事食は事業所で用意している。おやつづくりでたこ焼きやホットケーキづくりを楽しんでいる。個別支援として食欲のない人に医師の指示で好みの食事の提供することもある。家族と外食に出かけている人もいて、今後は外食支援の計画をしている。		

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	老健オアシスの管理栄養士が献立を立てバランスの取れた食事が提供出来ている。食事ごとに摂取量の記録を行い、医師の指示があれば水分量の記録を行うようにしている。		
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	毎食後の口腔ケアをそれぞれの自立度に合わせて援助している。歯科医と連携を行いながら口腔ケアの指導、管理、治療を行っている。		
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	オムツやパットに頼ることなく、それぞれの排泄のサイクルに合わせ、随時トイレ誘導を行っている。失敗を少なくし、気持ちよく排泄ができるように支援している。	常時オムツの人は夜・昼1名、でほとんどの人は、リハビリパンツとパットを併用している。ポータブルトイレを3名の人が使用している。夜間は2時間毎に巡回してトイレ誘導したり定時パット交換をしているが安眠を妨げないように配慮している。	
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	食事や水分量に気を付け便秘の予防として毎朝牛乳を飲んで頂く、ヨーグルトを食べて頂く等の取り組みを行っている。事前に便の無い方は主治医の処方により服薬にて排便コントロールをしている。		
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	必要であれば随時と考えていますが、基本は週2回行っている。拒否のある方については無理強いをせず、気分の良い時を見計らい入浴できるよう支援している。	入浴は週に2回午前利用者の体調を見て入浴しており、お湯は毎回取り換えている。拒否する人には無理強いしないで時間をずらしたりシャワー浴にしたり工夫して清潔保持に努めている。毎月まつり湯として、柚子湯・入浴剤でない生のレモン湯・バラ湯・リンゴ湯などの企画をして利用者は喜んでいる。自分好みのシャンプーや石鹸を使っている人もいる。	

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
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	その人それぞれの気持ちを理解し、安心して就寝が出来るよう心掛けている。不眠の方がおられる時は側に付き添いお話をし、安心して入眠して頂けるように援助している。		
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	服薬管理は職員が行なっている。薬情報提供書を用い効能や副作用について理解するように努めている。分からない事があれば主治医に確認を行っている。		
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	入居者の生活歴を踏まえ、趣味や特技をとり入れ、午前中は個別に机上訓練や下肢の運動を行い、午後からは全員で楽しめるレクリエーションを行っている。他者との交流を深めたり楽しんで頂けるよう工夫をしている。		
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	毎月の行事にお花見等を取り入れたり、スーパーへ一緒に買い物にいたり、毎日のレクリエーションでも外に散歩に行ったりと積極的に外出支援を行っている、ご家族にも協力して頂き本人の好きな所に行けるよう支援している。	事業所の周りを散歩して近所の庭の花を見て季節を感じたり、買い物にスーパーに行くことや、利用者の希望で自分の家に車椅子で出かけている。社協主催のふれあい喫茶に出かけ近所の人に会っている。家族と買い物や外食に出かけている。今後は外食の機会の計画が考えられている。	
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	現金は預からず、立替としている。ご本人が希望されるものや必要な物の買い物はご家族と相談し購入する等し、満足して頂けるようにしている。		

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
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	本人が希望するところに電話がかけられるように支援している。外部からかかってきた電話はご本人に取り次ぎを行い、手紙やハガキは自由に出せるようにしている。		
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	リビングに入居者と職員が共同で作成した壁画が毎月飾られ、四季を感じて頂き、家庭的な温かい雰囲気が出せるように心がけている。	リビングにはテレビやカラオケセット・本棚・ソファが置かれ加湿器2台を置き空調に気を付けている。壁には毎月利用者と職員で制作した季節の作品が飾っており、今月はテルテル坊主を飾っている。行事の写真や風景画も飾られ温かい雰囲気がある。リビングで体操をしたりトランプやゲームをして楽しんでいる。掃除は職員がして利用者も出来るところは参加して清潔に保たれている。	
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	リビングのテーブル席では馴染みの関係が構築でき、その他ホームに設置しているソファでは入居者同士が触れ合いや会話を楽しんでいる。		
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	自宅で使用されていた、馴染みの家具や好みの物を持ち込み、それぞれ居心地良く過ごして頂いている。	居室には電動ベッド・防災カーテン・エアコンが用意され利用者は壁に書道や写真を飾り好きな置物を置いている、テレビや使い慣れた筆筒や椅子・まくらなどを持ち込み自分好みの落ち着いた部屋作りをしている。職員が掃除をして整理整頓が出来ている。	
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	居室やトイレ、浴室には分かりやすい様に表示をしている。廊下には手すりを設置し安全にも配慮し自立した生活がおこなえるように支援している		