

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(なでしこユニット)

事業所番号	2792400554		
法人名	社会福祉法人 毅正会		
事業所名	グループホーム ひら中振長寿の里		
所在地	大阪府枚方市北中振4-18-20		
自己評価作成日	令和2年1月14日	評価結果市町村受理日	令和2年3月30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2月19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)】

平成30年9月より1ユニット目を開設し、グループホームに於いて『家庭的な雰囲気』をテーマに管理者はじめ所属スタッフ一丸となって介護の実践に取り組んできました。令和元年11月より管理者変更を機に、認知症を患っている方の介護に携わらせて頂く上での介護基礎知識、認知症状や対応法の理解を適宜、管理者と所属職員とディスカッションを行い向上心を持って日々取り組んでいける様に徐々に実施中。また『在宅生活の延長の場』として捉え、本人様が快適に日々を送って頂く事を目標とし、ユニット行事や活気に繋げていく様に取り組んでいます。介護計画作成の際、ケース主担当・副担当の2名体制で配置し、計画作成者・管理者と担当者との意見交換の場を持ち、本来のニーズを汲み取っていただける様に、考察し、日々、入居者様との関わりを持つ事を大切にしています。

【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)】

社会福祉法人毅正会は、平成30年5月にグループホーム(なでしこユニット)を開設し、1年後に「さつきユニット」を開設した。建物1階に、地域密着型特別養護老人ホーム、ショートステイ、地域密着型通所介護施設を併設している。新管理者は、開設当初から地域との連携に力を入れて、地域の自治会、社会福祉協議会、地域コミュニティ協議会と密接な関係を構築し、地域の地域福祉祭りや夏祭りに出店(フランクフルトなど)して、地域と上手く連携している。今後、地域支え合いサロン、オレンジカフェなどを、地域包括支援センターと合同で開催する計画が進行しており、認知症相談コーナーも設ける予定である。各ユニットには比較的元気な利用者が多く、個々の生活のペースを尊重したうえで、家庭の延長としてタイムテーブルを事業所独自で考え、家事全般の役割を持ってもらい、一人ひとりのペースで楽しい生活が送れるよう支援している。

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 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)	○ 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、安心して暮らしている (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	入職時研修及び年間研修計画により学び、気づきの機会が持てるように取り組んでいる。また、法人理念の基づいて、介護基礎知識研修や実技研修を行い、認知症の症例にまつわる事例研修を毎月ディスカッション研修を行っている。	法人の4つの基本理念「1.心のかよった、まごころ介護、まごころ福祉 2.地域に密着、貢献 3.医療との密接な連携 4.社会に信頼される福祉」を掲げて、事務所や各ユニット入口に掲示している。また申し送りノートに記載して、職員が常に目につくようにしている。管理者は現在、事業所独自の理念を考案中である。	
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	運営推進会議や多職種連携会議、地域ケア会議などに参加し、圏域の民生委員や校区委員、開業医などの参加する会議にて地域の福祉情報の把握と意見交換、情報発信に努めている。	自治会に加入し、回覧板などから地域の情報を得て、地域のもちつきやそば打ちに参加している。地域包括支援センターが主催する地域ケア会議などに法人関係者と共に参加し、情報を得て職員会議で共有している。今後、子どもこしの訪問受け入れや認知症オレンジカフェへの参加、近隣の中・高生の職場体験を受け入れ、などを行う予定である。	
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	運営推進会議を経て、認知症の方の支援や、支えあいを目指し、認知症カフェの開催に向けて取り組み、実践を試みている。	/	/
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	地域包括支援センター職員や、地域の方、連携介護支援専門員等と意見交換の場を持ち、地域へ広げり様に助言を頂いたり、サービス向上に取り入れる様に努めている。	会議は偶数月の第2木曜日に固定化し、自治会長、社会福祉協議会、地域包括支援センター、校区コミュニティ協議会、家族代表と、法人の地域密着型の他施設の関連者などが出席して合同開催している。会議では、事業所の現状報告を行い、意見や提案をもらってサービスの向上に活かしている。	今後は、会議の内容をさらに充実させ、議事録を玄関先に設置したり家族に送付して、事業所の取り組みや状況などを理解してもらえるよう取り組むことを期待する。
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	グループホーム連絡協議会等に市担当者の参加もあり、意見交換の場がある。	市の長寿社会部からは、集団指導を受けたり、法令の変更時などに文面で報告を受けている。また特例事項が発生した時点で、相談に行つて助言を受けている。市のグループホーム連絡協議会や地域ケア会議に出席して情報を得ている。	

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	施設全体会議やユニット会議での身体拘束委員会としての取り組みや工夫などの話し合い身体拘束をしないケアの実践に向けての取り組みをしている。	介護基礎研修を行い、身体拘束委員会でスピーチロックなどを話し合っ、拘束のないケアを実践している。今後は、指針を作成して、具体的な日々の行為を正しく理解する取り組みを強化するとしている。転倒リスクのある利用者があり、家族の了解を得てフットセンサーを設置しているが、職員の気付きを促すために夜間のみ使用している。	
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	年間研修計画に基づき、虐待防止の書面研修を行っている。日々、管理者より、高齢者虐待防止法やコミュニケーション方法を口頭及び書面にてディスカッションを行い周知し日々の介護業務にあたっている。		
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	入居者様の『人権』や『権利擁護』について職員1人1人に意識改革を踏まえ、ディスカッションや日々研修を行い周知している。		
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	重要事項説明書及び契約内容などを説明し、ご理解・納得いただいた上で記名・押印をいただいている。改訂に対しては、事前に案内文を送付し、質問等に説明し同意をいただくよう取り組んでいる。		
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	施設玄関入り口に【ご意見箱】を設置し、広く聴取できるように取り組んでいる。また、面会時に管理者より、家人様へ入居者様の近況報告を行い、意見・助言を頂ける場を設けている。	開設間もないこともあり、利用者や家族からの意見、要望も様々で、職員ミーティングで話し合っ、それを現場に反映させて利用者主体の運営に結びつけようと、体制作り励んでいる。	利用者の日頃の様子やイベント時の写真などを掲載した事業所便り作成し、居室担当職員が主体となって一言メッセージも添えて、利用者家族に発送し、家族との信頼関係を構築することを期待する。

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
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	全体会議やユニット会議などを通じて、職員間の相互理解や意見交換ができるように取り組んでいる。	職員はそれぞれ担当を持って各委員会に参加している。月に1回の全体会議、ユニット会議で利用者の意向や職員の提案などの情報を共有し、運営に反映するよう努めており、2ユニット合同のレクレーションを現在企画中である。	
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	管理者変更に伴い、介護基礎知識や技術等を指導のスタイルに変更し協働の意識改革を目指し、また、各勤務時間や勤務形態・時間帯割り当て予定表や詳細を提示しシフトにて提示後遂行している。また、各給与内容等は各自、契約書にて契約を締結し就労している。		
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	現在、外部研修への実績はないが、今後、認知症ケアの現場に就労するにあたり、認知症実践者研修や、認知症サポーター講習の受講を検討している。		
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	枚方市グループホーム連絡協議会や枚方市介護支援専門員連絡協議会へ加盟し、情報交換や勉強会への参加を行っている。		
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	ご本人様の気持ちに寄り添えるように、周辺症状が、どのような状況で起きしまうの等、言葉に表しにくい表現にも配慮して傾聴できるように心がけています。		

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	入居相談、初回面談を通じて、本人様・家族様のご意向・要望を聞き取りながら、ご自宅での生活状況や困りごとや不安を和らげるように適宜情報交換を行いニーズの読み取りに努めている。		
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	ご本人が在宅での生活状況や認知症の診断内容や症状等を踏まえ管理者より面談に向かい情報収集している。また、本人様が望んでいるケアを提供できる様に検討したり、入居後のケア内容を説明している。		
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	入居されている方1人1人の認知症状や、生活歴・既往・現病を踏まえ、パーソンセンタードケアの実現に向け、介護基礎研修を踏まえ、ケアにあたっている。また、『共同生活』をテーマにし、生活の質の向上に向け取り組んでいる。		
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	入居契約前・契約後から管理者はじめ本人様の日々の様子を面会時に適宜生活状況を報告している。また、ケース記録の開示や本人様が生き生きと生活を送れる事を目指し在宅で生活の様子や嗜好・趣味等をヒアリングしている。月1回の手紙にて顔写真を添付しを送付にて併せて状況を報告している。現在送付スタイルを変更検討中。		
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	入居されている方全員ではないが、入居前より関係を築いてきた友人等から連絡をいただいたり面会に来て頂いたりしている。現在、施設側から友人や馴染みの方との交流の場を設ける事ができていない。	事業所でも、利用者のかつての生活や地域社会との馴染みの関係を受け入れている。入居以前に世話をしていた近所の子どもから利用者へに時折配達される手紙の代読をしている。亡くなった家族の命日に、家族が同行して墓参りを続けている利用者もいる。	

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
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	ユニットに於いて入居者様1人1人の性格や気の合う方同士の関係性の構築に職員が介入し継続的に支援している。また、食席を適宜変更し交流を持てる様に配慮している。		
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	状態低下に伴い、転院にて退居となった方が1名。転院後より管理者はじめ家人様との連絡を取り、本人様との面会等を行っていた。また、退居後より、家人様からの相談等を発信して頂ける様に、退居時、お伝えしている。		
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1人1人の日々の様子を管理者・計画作成者はじめ現場介護士と一緒にアセスメントを行い、ケース記録や申し送りにて情報を周知している。また、『相手の立場』の気持ちに寄り添い、介護にあたる様に支援している。	利用者がその人らしく暮らして行けるように、病院からの入居でもまずは自宅に訪問し、本人や家族との会話から趣味や嗜好などを把握してフェイスシートに記録し、申し送りノートなどでも共有している。その情報を基に、事業所独自のタイムテーブルで利用者個々の生活の中での役割を考えて、生活リハビリとして支援している。	
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	入居されるまでの在宅での生活歴や馴染みの環境等を家人様や本人様からヒアリングを行い、在宅生活の延長を目指している。		
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	入居後より環境変化に伴い、情緒面の配慮や身体状況の把握、身体能力動作群等を日々の関わりの中で情報収集を行っている。また、1日をゆったり過ごし頂ける様に各個別に余暇時間を設け関わりを持っている。		

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
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	ケース担当を設け、主担当・副担当の2名体制にし、日々の情報を集約し現在の本人様のニーズや背景に目を向け、考察を行っている。また、計画作成者はじめ介護計画の適正度を検証し、本人様の望むケア内容を汲み取れる様に、日々取り組んでいる。	ユニットごとに作成したタイムテーブルの中に、利用者一人ひとりの役割分担(盛り付け、洗濯物たたみなど)が明記されている。その達成具合を日々チェックして記録し、月1回のミーティングで評価している。その他の情報も併せて3か月に1回モニタリングし、サービス担当者会議で検討して6月ごとの短期計画、1年ごとの長期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	日々の生活状況を日中・準夜間帯・夜間帯の3回に分け、記録を保存している。また、介護計画のサービス内容に即した内容を適宜記録し、本人様の表情や行動・言動をより具体的に記録に残し、ケアに反映していく様に取り組んでいる。		
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	入居されている方1人1人家人様の状況や本人様の生活課題や望んでいるニーズを汲み取れる様に日々コミュニケーションを取り、情報収集している。また、『施設』として捉えず『在宅の延長の場』として捉え、寄り添いに支援に寄り添う様に取り組んでいる。		
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	1か月に1回、介護相談員の訪問で、入居者様の趣味や嗜好・悩み等を聴いて頂いたり、定期的にボランティアさんや訪問理美容・訪問歯科の訪問で日々の暮らしに楽しみを提供している。		
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、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	入居される前より受診されていた医療機関と継続的に受診される事を希望されている方は継続し、希望されていない方に関しては、協力医療機関の主治医より往診にて受診を受けている。また、状態低下や変化の際、適宜、受診対応している。	内科は、母体病院の訪問診療を利用者全員が受けている。歯科、リハビリ科も訪問診療があり、希望者が受けている。それ以外の以前からのかかりつけの医療機関には、家族同行で通院している。受診結果は家族が訪問した時に知らせるか電話で連絡している。訪問看護師が週1回訪問し、全員の健康管理と医師との連携を担っている。	

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
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	訪問看護ステーションと入居者様1人1人と契約を行い、適宜対応している。また、1週間に1回定期訪問日となり、入居者様の身体状況や心身の状況を上申し、処置の実施と介護に於いての助言を頂き、協働している。		
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	状態低下に伴い、入院の運びとなった際、主治医・家人様・管理者と情報交換を行い、適宜、本人様の状態把握している。また、適宜、状態変化等の内容を管理者より、ユニットスタッフへ周知している。また、退院の際、介護計画の見直し及びアセスメントを行い本人に合ったサービス内容を汲み取っていただける様に取り組んでいる。		
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	現在、終末期ケアに該当している方はいないが、今後、本人様・家人様がグループホームに於いて終末期ケアを望む際、主治医・訪問看護師・管理者・介護士と協働しケアにあたる様に話し合いをしていく方針。	入居時に、重度化した場合の方針を利用者、家族に説明し、「経口摂取不可になった場合は退所」という条件に同意のうえで入居してもらっている。開設から日が浅く、まだ重度化の事例はないが、今後の課題として準備していくとしている。	
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	状態低下・急変時・事故発生時、法人共通の緊急時マニュアルに基づき遂行していく。また、各部署のフローチャートを踏まえ、対応していく様に周知している。心肺蘇生法・AED使用方法等に関し、適宜指導していく様に取り組んでいる。		
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	火災や地震・水害・災害の際は法人共通マニュアルに基づき遂行できるように周知している。また、地域との協力体制を整備し、緊急時に備えている。	4月、6月の年2回、法人全体で火災避難訓練を行い、うち1回は消防署立ち合いである。不穩になる人が多いとの理由で利用者の参加はなく、職員のシュミレーション訓練となっている。施設は福祉避難所に指定されており、備蓄品などは法人全体で整備している。有事に備えて、地域の協力体制が構築されるようにと、事業所は地域活動に力を入れている。	

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	入居されている方々へ日々の関わりの中で1人1人の性格や人格を踏まえ、自尊心・羞恥心の配慮を行い、『人生の先輩』の方と関わりを持っている事を意識している。また、言葉掛けや表情に関しても対人援助の場である事を踏まえケアにあたる意識を日々、口頭及び書面にて所属職員へ周知している。	パーソンセンタードケアの学習を通じて、利用者個人の人格、特性を尊重したケアを目指している。個々の得意なこと、できることを役割分担し、尊厳や誇りを持った生活を送れるように配慮している。スピーチロックにも注意している。呼称は苗字が基本だが、下の名前で呼んだ方が反応が良い場合もあり、臨機応変に対応している。	
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	日々の入居されている方とのコミュニケーションの際や行動・仕草等に目を向け、希望を表出できる様に助言・配慮をしている。また、自身が行い行動に関しては、危険回避を行いつつ実現に向ける様に日々取り組んでいる。		
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	1日のスケジュールの中で、日中の入居されている方の活動時間に関しては、入居者様と一緒にできる生活リハビリ内容以外の業務に関しては割愛し夜間帯の活動時間外で業務を遂行する様に配慮している。また、日中に於いて、本人が快適に生活を送れる様に、余暇時間の充実化を図り、個別ケアを提供している。		
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	男性・女性問わず、起床後の整容や就寝の際、服装の決定等を声掛けや寄り添いにてヘアリングを行い支援している。また、本人様が在宅時より継続していたスキンケア等を希望されている状況であれば、継続し対応している。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎食時の際、副食1つ1つ盛り付けられた小皿を入居者様配り、汁物や米飯・お茶に関しては、入居者様へ職員付き添いの下、実践して頂き、会話も増え活気に繋がっている。また、摂食時、協働しながら準備を行った事もあり、食事をしながら会話されている事が見受けられている。片付けも役割当番を検討しており、適宜実施中。	3食の食事とおやつは法人の厨房で調理し、配膳されたものが運ばれ、ご飯、汁、お茶は各ユニットで用意している。利用者は、下膳やテーブルセットなど、できることを役割として行っている。行事食も、ソーメンやひな祭りすしバイキングなどの楽しみメニューがある。外食には、現在は家族が支援して出かけているが、今後は事業所でも取り組みたいとしている。	

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	入居されている方の食事摂食量や水分量に関し、適宜把握している。また、咀嚼状態・嚥下状態を各自把握し、誤嚥防止に努めている。また、食事の栄養バランスに関し、特養と併設施設であり、管理栄養士よりバランス等を考え提供している。食事量低下の際、形態の変更・補助食品等を家人様・主治医と相談の上、対応している。		
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、口腔内の汚染や口腔内残渣物の除去等を介助・声掛けにて対応し、保清に努めている。また、義歯を装着している方で本人管理が困難の方のみ、洗浄及びポリドント消毒を就寝前に対応・保管している。		
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	入居者1人1人の排泄状況・内服薬に伴う副作用や水分飲用量と排尿量の把握を適宜行っている。また、本人様のできる能力を伸ばせる様に配慮し対応している。	介護度が低い利用者が多く、昼間は全員トイレで排泄しているが、布パンツの人も含めて見守り以上の介護が必要である。夜間はポータブルトイレを使う人もいるが、自分でできることは自分でする自立に向けて支援し、羞恥心や自尊心に配慮することを心がけている。	
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	余暇時間に散歩やアクティビティの内容を行い、運動を取り入れている。また、排便を試みやすい飲用品や家人様や本人様からの情報を収集し滞便傾向にある方へ腹部マッサージを行い、排便困難時、主治医・訪問看護師へ上申し適宜対応している。		
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	在宅生活の延長の場として捉え、本人の希望で、午前浴と午後浴のパターンを設け、入浴を実施している。また、極力同性介助をし、週2回を目標に実施している。現状、入浴日の予定を決めているが、適宜変更をしている。	2ユニットに一般浴1室と機械浴(パンジー浴)1室があり、利用者の状態に合わせて利用している。入浴時間は、ユニットごとに午前と夕方になっている。入浴時は全身観察の機会としており、目線や言葉遣いに気を付け、羞恥心に配慮して安全第一で支援している。	

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
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、静養時間を設け、30分～1時間程度静養して頂いている。また、夜間帯に関し、夕食後より団らんの場を持ち、本人様の入眠タイミングで臥床・入眠促している。		
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	居宅療養管理指導のサービスを入居者様1人1人が契約を行い、提携されている薬局へ主治医往診後より訪問看護師からの見解も踏まえ、内服薬・外用薬調整を行っている。また、適宜、内服薬服用後の変化等を適宜、主治医・訪問看護師へ上申している。		
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	本人様の嗜好や趣味や家事等の役割を余暇時間や日々の関わりの中でヒアリング・観察を行い、個別ケアの実現に向け取り組んでいる。また、散歩等を行い、外気に触れたり、笑顔を生み出せる様に、気分転換を図っている。		
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	天候良好である日に外気に触れ、散歩へ職員と一緒にいき、会話と関わりの密度を増やしている。また、ユニットのベランダにて職員と一緒に洗濯物を干したりしている。今後、外出支援も検討し実践に向けて取り組んでいる。	季節の良い時は近所の散歩をしているが、そうでない時も1日に1回は外気に触れるように、ベランダの花の水やり、洗濯物干し、ごみ捨てなどで外に出る機会を作っている。遠方に出かける機会はまだ持てないが、今年は桜の花見を実施したいと、管理者は希望している。	
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、お金を所持したり使えるように支援している	現在、入居されている方の金銭管理は家人様へ依頼している。今後、外出支援の際や、買い物へ行く際、金銭を使える様に検討中。		

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	現状、家人様への連絡や手紙に関しては、本人から行える状況になっていない。家人様への本人様の生活状況を毎月の手紙等で報告を行っている。現在、手紙ではなく定期的なユニット便りへ変更検討中。		
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	ユニット内の設えを家庭的な雰囲気テーマに配置している。また、ユニット内の装飾に関しては、季節ごとの入居者様と職員と一緒に制作し作品を掲示している。また、他者同士が交流しやすくなる様に配慮している。	リビング、ダイニングルームは適度の広さで、明るく清潔に保たれている。季節感ある飾り(作品)も、大人の設えになるように気を付けている。4、5人用のテーブルの席も時々替えて気分転換し、また一人になりたい時、仲良しとおしゃべりしたい時用のソファも設置してある。	
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	ユニットに配置している家具や食席を適宜変更し、気の合う方向同士が会話をできる空間作りを提供している。また、居室内に関しても入居者様1人1人が過ごしやすい様に家族様協力の下、整備している。		
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	入居者様1人1人の居室内を本人の持参物や衣類等を保管し、居心地が良く過ごせる様に家人様へ適宜依頼し徐々に構成していった。今後も適宜、共同し、本人様が居心地良く過ごせる様に取り組んでいく。	個室にはベット、チェスト、クローゼット、カーテン、椅子、洗面台、空調が備え付けられている。他にテレビや趣味のものが持ち込まれ、在宅の時と同じ生活の雰囲気が出るように工夫されている。ジャイアンツグッズがたくさん飾られている部屋もある。	
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	ユニット内に手摺りを設置しており、キッチンや洗濯物の備品等を職員見守りの下、一緒に実施しており、本人様のできる事を伸ばせる様に配慮し取り組んでいる。		