

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	2771900632		
法人名	有限会社 ユニゾン		
事業所名	グループホーム奏音		
所在地	大阪府大東市御領1丁目10-18		
自己評価作成日	平成31年2月1日	評価結果市町村受理日	平成31年3月26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	大阪府中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成31年3月4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)】

・地域に向けた「おたのしみサロン」が定着し、地域の方々や社会福祉協議会、包括支援の事業所との交流が持てるようになり、グループホームの存在や認知症の方に対する理
 いる。又、ご入居者がサロンに参加する事で地域の方と会話する機会が持っている。
 ・認知症ケアに経験豊富なスタッフを配置しており、質の高い生活、ケアを出来るように努
 ・アクティビティに力を入れている。単調な生活にならないよう、季節ごとの行事やボランテ
 楽会や工作作り、アニマルセラピーを取り入れている。
 ・ホームかかりつけ医と看護の連携、協力体制により、看取り介護を行っている。

【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)】

グループホーム奏音は福祉施設で出会った仲間5人で「自分のやりたい介護がしたい」と
 熱い思いを同じくして、市内で初めてのグループホームを開所して16年目を迎えている。
 の交流に苦労されていましたが、今では事業所が開催する「おたのしみサロン」や、体操
 方が参加したり、自治会館で災害時の防災研修会をする等地域交流に中心的役割を果
 当推進会議には区長・民生委員・老人会会長・福祉委員などが参加し、地域の方々が応
 いる。代表者はキャラバンメイトを務めていて、勤続年数の長い職員と共に、認知症への
 に努めている。職員は全員女性で、玄関には生け花を飾り、窓辺にも花を飾り、綺麗に清
 利用者の洋服にも気を配り小奇麗にして日常を過ごして貰いたいと女性らしい支援をして

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

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	「ありのまま その人らしく こちいい暮らしを」を理念とし、職員ひとりひとりの意識付けとして玄関に掲げ、目に付くようにしている。ご入居者それぞれに合わせた生活の支援を実践している。	開所時よりの思いのこもった理念「ありのまま その人らしく こちよい暮らしを」を玄関に掲示職員に意識づけるようにしている。会議時や日頃の会話の中で常々言葉に出し実践につなげるようにしている。今後は2階など目の付くところにも掲示するとしている。	
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人として日常的に交流している	御領自治会の会員となっている。2ヶ月に1回開催している地域のお楽しみサロンへの参加。ホーム内で毎週水曜日の元気でまっせ体操を開催し、地域との交流に努めている。	自治会に加入し地域のお楽しみサロンや、地域の人たちと一緒に防災についての研修会を開催していて、事業所で行うワンツート体操に近所の方が来所され一緒に楽しみ、良好な地域交流をしている。音楽・ドッグセラピー・書道・工作など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	お楽しみサロンを中心に認知症に関する講話を担当している。又、市より要請があれば、認知症サポーター講習も開催する。	/	/
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	隔月に運営推進会議を開催。自治会役員、社協、包括、近隣事業所の方々などにご入居者の生活状況を伝え、又、地域での取り組みなどの報告を受ける。ご意見を頂いた場合は、取り入れサービスの向上に努めている。	2か月に1度区長・民生委員・福祉委員・老人会役員・社協職員・地域包括職員・同業管理者が出席し、事業所の現状や現況報告をし、参加者からは情報や意見を頂き運営に生かしている。	運営推進会議は2か月に1度地域の主要メンバーの参加を得て開催されているが、家族の参加が得られていなく、開催日程に工夫をされて、運営推進会議に家族の参加が得られるような取り組みをすることが期待される。
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	包括、社協、市職員、各事業所のケアマネ等が集まるケアマネ研究会に出席し情報収集や交換、連携を図っている。他に疑問点があれば、市へ直接出向き解決する。	担当部署には分からないことがあれば電話や出向いたりして尋ねている。行政も参加しているケアマネ研修会に参加して情報を頂き事業所の取り組みを伝えており、キャラバンメイトを務めたりして協力関係を築くようにしている。	

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
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「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	身体拘束は禁止と周知徹底している。身体拘束についての勉強会を開催する。拘束になっていないか日頃から確認している。玄関の施錠に関しては、役所、警察、家族からの要請により、簡易的な施錠を取り付けており、必要に応じて使用する。	身体拘束の弊害は勉強会や研修会に参加して職員間で周知徹底している。代表者は身体拘束のインストラクターの資格を有していて拘束のないケアの確認に努めている。玄関は行政の要望で施錠するときもあるが見守りしながら解除していて、利用者の行動を把握して一緒に出かけている。ベランダへは自由に出入ることができる。	
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	身体拘束と合わせて虐待の勉強会も開催している。知らず知らずのうちに虐待をしていないか日々、確認している。又、スタッフのストレスから虐待につながらないように、職場環境を良くするようにしている。		
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	必要に応じて、職員には学ぶ機会を設けている。又、それらの制度が必要な方には利用できる機関を紹介する。		
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	疑問点などがなく、十分に理解されるまで説明し納得を得ている。改定がある場合は、家族会で報告し同意を得ている。又、解約時は、誠意を持って対応する。		
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	日頃からコミュニケーションを密にとり、会話をよく傾聴しご意見やご要望がないか汲み取るようにしている。信頼関係を築けるように、ご意見があればすぐに反映するようにしている。	家族とは来訪されたときに意見や要望を聞いていて、毎月担当者が書いた日常の報告と受診の記録が書かれた「生活だより」と日常のスナップ写真を載せた便りを送っている。利用者からは暮らしの中での会話の中で要望や意見を聞いている。	

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1回のスタッフミーティングやノートを活用し、スタッフが意見や提案を言える機会を設けている。意見や提案は、前向きに取り入れる姿勢を持つ。	毎月のスタッフ会議やミーティング時に意見や要望を聞いていて、気づいたときは何時でも話すことができノートに記載して伝えることもある。管理者とは定期的に面談の機会があり、スキルアップにつなげている。研修会参加には支援体制がとられている。	
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	代表者も職員同様に業務に入ることで、スタッフの個々の努力や業務量などの把握に努めている。個々に合った業務を分担させ、責任を持って取り組ませ、向上心を持って働けるように努めている。年に1度は長期休暇を取得できるようにしている。		
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	スタッフの個々のスキルに合う研修会に参加してもらい、学んだ事はミーティングを通じて報告、勉強会を実施している。施設内部研修を開催しスタッフの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	運営推進会議やケアマネ研究会を通じて、同業者と交流や情報交換する機会がある。サービスの質の向上などに繋がるようにする。		
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	事前にご本人又は家族と直接会い、じっくりお話をするようにしている。不安な気持ちや要望を上手く聞き出し、傾聴と受け入れる姿勢を忘れず早期に信頼関係を築くよう心がけている。		

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
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	早期に信頼関係が築けるように丁寧に話を聞き、疑問や不安な事には、早急に返答するよう心がけている。又、担当ケアマネからも事前にきちんと情報提供を受けるようにしている。		
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	見学、事前の家庭訪問時に聞き取ったお話の中でニーズや必要としているサービスを見極め、必要に応じて他職種とも連携し対応する。		
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	共に笑い喜べる悲しめる関係を築けるよう、尊厳を大切にし、認知症や障がいがあっても安心した関係性が築けると考えている。		
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	家人とコミュニケーションを密に取り、ご本人に対する思いを共有できる関係を持つようにしている。又、面会時に日々のエピソードを伝えて、本人と家人により良い関係を築いて頂けるように支援している。		
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	いつでも馴染みの人が訪ねて来れるように、面会時間を設定していない。又、ご本人とご家族の希望により、馴染みの場所への外出を支援している。	友達が訪問されることもあり何時でも訪問できる対応をとっている。家族の訪問を受け自宅に帰ったり外食や買い物に出かけている。「おたのしみサロン」で顔見知りの人と出会ったり、障害者の利用者がガイドヘルパーと好きなところに出かけるなど関係継続がなされている。	

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
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	入居者同士も合う合わないがあるので関係性が複雑にならないよう、お互いの関係性をきちんと把握するようにしている。		
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	契約終了後もこれまでの関係性を大切に、継続的に支援、相談などに応じる。		
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	家庭訪問時にホームでの暮らしの意向や思いを聞き、入居後、意向に沿った生活が送れるよう支援している。困難な方の場合は、本人の生活歴や家人の意向や毎日のかわりの中で情報を引き出すようにしている。	面談時に家族や利用者から聞き出した情報を独自のシートでアセスメントして、その人の思いに沿った暮らしが出来るよう支援している。生活の中での会話やしぐさで思いを把握し、申し送りノートに記録して職員間で共有し利用者の思いに沿った支援に努めている。	
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	入居前に家庭訪問をして本人の生活を目で確かめると共に、本人・家人よりこれまでの生活歴を詳しく聞きだす。フェイスシートを作成し、スタッフ全員が目を通し把握するようにしている。		
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	起床、食事、就寝時間などは、一人ひとりに合わせている。個人記録に言動・心身の状態が良く分かるよう、細かく記入するようにしている。又、3ヶ月毎のアセスメントにて本人の現状を把握し、記録と合わせて出来る能力を見極める。		

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	本人や家族の意向に沿って、スタッフ間でカンファレンスを行う。看護師、リハビリ担当者、歯科医師などに意見を出してもらいケアプランを作成している。又、状態に変化があれば、早急にケアカンファレンスを行い、ケアプランの見直しをしている。	利用者や家族から聞き出した情報を基に作成したアセスメントを用い計画書が作られ、介護経過記録を参考にモニタリングされ家族や医師等関係者の意見を聞いて短期3か月長期6か月の介護計画書が作成される。状態に変化があれば随時見直し、現状に沿った計画書を作成している。	
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、ケアプラン実施表をもとに介護経過を作成し、モニタリングにつなげている。個人記録に捺印欄を設け、情報を共有出来るようにしており、ケアプランの見直し時は、共有している情報をもとに話し合いをしている。		
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	希望に応じて、外出や買い物など、又、病院受診の付添い支援などしている。居室の空きがあれば、ショートステイの受け入れも対応している。		
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	ボランティアによる音楽の会や書道の会、アニマルセラピーなど定期的に開催している。又、地域のおたのしみサロンや近隣事業所のカフェや催しに出向き、生活が単調にならないようにしている。		
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	ご本人や家人と相談の上、協力医療機関をかかりつけ医とし1回/2週の往診を受けている。又必要に応じて他の診療科の受診も支援している。	入居時に家族・利用者の希望を聴き、現在は協力医の往診を月2回受けている。歯科は希望者のみ月2回の往診を受け、専門医・精神科医などは月1回から2回受診している。他科の受診は家族付き添いが基本であるが都合により職員が病院受診の支援を行っている。結果や検査データは家族に文書で郵送している。	

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
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	週1回、訪問看護を受け健康管理に努めている。状態に変化がみられる場合は、連絡や相談できる体制になっている。		
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	入院の場合は、「医療・看護連携シート」を提出することで医療機関側と情報を共有、把握できる体制になっている。又、家人や医療機関と話し合いの場で早期に退院できるように伝えている。		
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	本人と家人の気持ちを一番に考え、十分に説明し、話し合い、理解された上で終末期に関する同意書に署名を頂いている。看取りと診断した際には、改めて看取りの意向を確認し、かかりつけ医や看護と連携し、本人と家人の意向に沿って支援している。	入居の契約時に重度化に関する説明を行い同意書に署名を頂いている。重度化や終末期の状態になった場合は再度医師から説明を行い意向を確認し、看取りケアに関する詳細な同意書を交わしている。看取りケア研修やカンファレンスを定期的に行っている。今後は看取りケアマニュアルの整備と手順書の作成をすとしてしている。	
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	内部研修にて事故発生時や急変対応の勉強会を開催している。その際にAEDの使用方法の確認をしている。		
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	昼夜を想定した定期的な避難訓練を(年4回)行っている。ホーム主催で消防立ち合いのもと、地域の人々と近隣事業所を交えて、火災の知識の勉強会と消火訓練を行った。区長を通じ、地域の避難訓練へ参加している(5月参加)	避難訓練を消防署の立ち合いを含め年4回実施し、地域の避難訓練にも参加している。ホームの近隣の方には声かけをして避難時の協力を依頼している。出前講座を受け火災や災害時の知識を得て職員全体が防災に対する意識を高めている。備蓄は一覧表にして担当者が定期的に点検している。	

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
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	入居者一人ひとりの性格や特徴を把握し、それぞれに合わせた言葉遣いや対応を心掛けている。又、不適切な対応に関しては、都度、スタッフ間で注意し、ミーティングなどで報告し注意を促している。	接遇研修を年1回行い人格の尊重とプライバシーでは排泄・入浴時に特に気をつけている。利用者は希望により愛称で呼ぶ方もいるが、慣れや言葉使いには親しい仲にも礼儀を持って接している。書類など個人情報は鍵付き書庫で管理している。	
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	認知症で判断が出来なくても、意思表示や自己決定が出来るような声掛けをしている。		
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	起床時間や食事、入浴など時間を決めずにその日の状態やペースに合わせた柔軟な対応をしている。		
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	常に清潔な衣類を身に付け、ご自身で衣類を選べるように促している。本人で選べない方は、スタッフが選ぶが、自己選択できるようにしている。同じ服装が続かないように気を付けている。		
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	好き嫌いや禁忌食など事前に聞き取り、スタッフ間で把握出来るように表を貼り出している。又、行事に合わせて特別なメニューになっている。テーブルを拭いたり、下膳や食器拭きなど入居者が行う場面もある。	食事の注意事項を一覧表で共有している。朝はパン食で昼・夜食は半調理された食材を、調理専任のスタッフが味付けし提供している。ご飯と味噌汁はホームで作っている。行事食を取り入れたり月1回は好みを聴いてお好み焼きや焼きそばなど利用者と一緒に作っている。外食は近隣の店や家族と病院受診の帰りに寄り食事やおやつを楽しんでいる。	

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	食事や水分量は、毎食後、表に記入し常に把握出来るようにしている。食事拒否や食欲がない状態の時は、補食などで補っている。本人の嚥下や歯の状態に合わせて、刻み食、ペースト食、一口大などで対応している。		
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、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	起床時と毎食後に口腔ケアを行っている。訪問歯科を希望、又は必要な方には、歯科医師と衛生士による口腔ケア受けている。		
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	個人記録に排泄時間を記入し、入居者の排泄パターンに応じて誘導している。	入居者の3人は排泄は自立していて、5人はリハビリパンツで声かけをして誘導しているが、夜間は睡眠の妨げにならないように排泄の介助に配慮している。定時オムツ交換の方もおられるが、入居者の個人記録でパターンを把握してトイレでの排泄の自立支援を行っている。	
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	ヨーグルトや牛乳、オリゴ糖など便秘の予防になる物の摂取を心掛けている。又、体操や散歩など運動も取り入れているが、それでも改善されない場合は、主治医に緩下剤などの処方を受けている。		
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	ある程度の予定は決めているが、毎日、入浴希望があれば入浴できるようにしている。その日の体調やタイミングが合わなければ変更したり、取りやめたりと柔軟に対応している。	週3回の入浴を基本にしているが毎日の入浴も可能であり、その日の体調やタイミングをみて入浴しており拒否する利用者はいない。入浴剤の香りや季節のゆず湯なども楽しんでいる。入浴後にボディクリームを塗り皮膚の観察と保護ができて利用者にも喜ばれている。	

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
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	入居者の体調や状態に合わせて、午睡を促している。日中は、身体を動かすアクティビティを取り入れ、しっかりと食事を摂り、安心して入眠出来るようにしている。認知症の症状に伴い、眠りにくい場合は、専門の医師を受診し薬の処方を受けている。		
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	薬剤提供表をファイリングし、把握や確認が出来るようにしている。誤薬をしないように包装袋に名前、薬剤名の記載、個数の確認をしてから服薬をしている。薬の変更などがあった場合は、状態に応じて記録に細かく記入するようにしている。		
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	本人に活躍できる場を与えるように、個々に合ったアクティビティを提供するようにしている。(生け花、書道、カラオケ、おやつ作りなど)		
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	お花見や初詣や地域の秋祭など、季節の外出を取り入れると共に、受診時の帰りにスーパーやコンビニに買い物へ行くなど戸外へ出る機会を持つようにしている。移動支援制度を利用し、外出している方もいる。	散歩はその日に決めてホームの周辺や近隣の公園などに出向いている。スーパー・コンビニ・ホームセンターにお花を見に行っている。初詣・花見・秋祭りのだんじりを見に行ったり、緑地公園などへ遠出をすることもある。	
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	ホームでは、金銭の預かりや管理はしない事となっている。家人や本人の希望で所持されている場合もあり、ご自身の買い物へ出掛けた際は、本人に支払いをしてもらっている。		

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	希望があれば、どちらも支援している。ご自身で書けない方は、スタッフが代筆することもある。		
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	家具は、ごく普通の家庭にある物で取り揃えている。季節に応じた装飾品や写真、ご入居者の作品などを飾っている。室温の管理や湿度、テレビの音や物音には特に気を付けている。	玄関には腰掛け椅子が並べてあり、リビングには、入居者が生けた季節の花と工作で作った造花の桜の花が飾られ、春らしい雰囲気がある。リビングと浴室は床暖房であり、加湿空気清浄機を備えていて清掃も行き届き清潔にしている。	
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	居間にソファや椅子を多く置き、それぞれが好きな場所で過ごせるようにしている。事務所もオープンにしているので、スタッフと過ごす入居者もいる。		
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	入居の際は、家具や調度品、使い慣れた生活用品や食器類など自由に持ち込んで頂けるようにしている。	居室は担当者が掃除・整理整頓して清潔にしている。ベッド・エアコン・カーテン・タンスが用意されている。テレビやタンス等今まで使っていた家具を持ち込み、写真や人形・時計を置き、お花を飾り免許の看板を掲げその人らしい部屋づくりの工夫をして居心地よくしている。	
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	危険な物を置かないようにし、入居者の身体状況に合わせ居室を選んでいる。むやみに手すりを設置せず、家具などで代用できる場合は、同線を考えて家具の配置をしている。		