

### 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	2791100106		
法人名	社会福祉法人 寺田萬寿会		
事業所名	グループホーム まんじゅ		
所在地	大阪府岸和田市 南上町2丁目5番6号		
自己評価作成日	平成29年11月10日	評価結果市町村受理日	平成30年1月4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29年12月8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)】

入居前から家族、入居者に来所して頂き見学をして施設設備について納得して頂くようにしている。入居契約時には家族、入居者の生活の意向を聞き、入居者が充実した生活が送れるように配慮している。入居後も入居者の状態に合わせてサービスが提供できるように職員一人一人が介護を行っている。また運営主体が病院で、近隣にある為、日頃から状態の観察を行い密に医療と介護の連携を取り、内科は勿論の事高齢者に多い皮膚疾患や眼科の受診などが速やかに行えるように適切に対応している。

【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)】

70余年前に地域の為に無料低額診療を目指して設立、現在も地域住民本位の医療を行いつつ、福祉事業との両立をを目指し活動を展開している社会福祉法人寺田萬壽会が運営母体である。地域住民本位は、当グループホームまんじゅも同じである。医療との連携を強め、住民に「親しまれ愛される施設」を目指している。職員のスキルアップに熱心で、目標管理で各自が毎年目標を立て年間その必達に励み、自身のスキルアップを図り、利用者にはより質の高い介護を提供している。医療との連携を密にし、利用者の健康管理の充実、残存能力の維持向上を図っている。設立後10年、当時より入居し現在100歳の利用者や、100歳近い利用者が、今も自分のことはほぼ自分でできている。医療と福祉の連携の成果である。今後も地域福祉の為に地域に愛される施設としての発展を期待される事業所である。

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	平成19年オープン当初に職員が話し合い決めた理念を掲げ、新入社員・中途採用職員に、管理者よりオリエンテーションにて内容を周知している。	「その人らしさ喜・怒・哀・楽に寄り添います」「ただいま、おかえりがゆきかう家にします」「ごきんじょともふれあいを大切にします」の事業所独自の理念を掲げ、その実現に励んでいる。職員は意味はほぼ理解しているが、言葉までは憶えていない。	理念は、この事業所の目指す標であろう。何かを考える時、迷う時、この標に従えばよいのである。標を見失わないために声を出して読むことは頭に沁み込みやすく、気持ちが揃うと力が倍加することを期待します。
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	毎週近隣グラウンドの水やり当番を担っている。回覧板配布、小地域ネットワーク、町内清掃、町内の盆踊りに参加している。町内の自治会に参加し、昨年は班長を務めた。古紙は毎月第4日曜日に出しりサイクル運動にも貢献している。	事業所は自治会に加入し、地域の一員として完全に溶け込んでいる。班長も務め、職員と一緒に利用者も回覧板を回し、地域の清掃、グラウンド植栽の水遣り、古紙回収など、に協力している。園児の来訪、祭りにだんじりが来てくれたり、喫茶サロンに行ったり、ふれあいを大切にしている。	
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	玄関先には認知症の専門機関であることを示したシンボルマークを貼付し、オレンジリングを携帯し、いつでも相談をお受けできることを示している。また、依頼があれば認知症・介護保険の説明を随時している。		
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ヶ月に1回、入居者、家族、市担当者、民生委員、町会長、知見者、管理者で推進会議を開き、運営状況、行事報告、入居者の生活状況などを話し合い、火災時における地域の協力を得られる様呼びかけている。	2カ月毎に、系列の小規模多機能ホームと合同で会議を開催。市職員、地域代表、介護相談員、家族らの出席で、事業所の状況、イベントなどの報告を行い、出席者からの発言もあり、双方向的に行われているが、外部の人たちの意見提案などは少ない。	運営推進会議は地域の理解と支援を得るための貴重な機会である。出席メンバーから貴重な意見を貰い、それをサービス向上に具体的に生かしてゆくことが重要である。メンバーから、もっと多くの意見を引き出す工夫を期待したい。
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	運営推進会議では市担当者と情報交換、社会福祉協議会は日常生活支援事業を通じ協力体制を築いている。	介護相談員を2カ月に1回来て貰っている。市担当者とは運営推進会議でホームの現状を説明し、助言を受けている。また市介護保険課や福祉協議会とは折々に情報交換を行っている。市主催の研修会に参加する等協力関係を構築している。	
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	玄関、リビングのドア、掃き出し窓は夜間を除き解錠している、サイドレールなどの拘束もしないことを宣言し、ご家族にもご説明している。また、年1回身体拘束研修を開催し、職員全員が理解できるようにしている。	職員は研修等で身体拘束の対象となる行為は正しく理解している。折に触れ館長やリーダーから指導が行われており、拘束をしない介護に努めている。玄関の扉も昼間は開錠しているが、2階ユニットは直ぐ階段につながっているので安全上家族の了解を得て施錠している。	
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	管理者は虐待が見過ごされることがないように介護相談員の巡回を依頼し入居者の声を聞いてもらうようにしている。朝礼時の申し送りや入居者への直接的な声かけを通して、日々のケアの把握に努めている。		

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
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	職員は年1回以上研修会に参加し相談を受けられる体制をとっている。また社会福祉協議会の日常生活支援事業や成年後見人制度や任意後見人制度を利用している。		
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	在宅サービス機関、ご本人・ご家族の意向や入居希望に至る経緯をお聞きし信頼関係を築くことから初め、まずは見学に来て頂き納得した上で難しい言葉は避け、十分な理解を得た上での契約を心がけている。		
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	運営推進会議に入居者とその家族に参加して頂き、小さな要望でも真摯に受け止め、意見を職員で共有し運営に反映されるように月に一度職員会議で話し合っている。	家族の来訪時には担当職員が声をかけ利用者の様子を伝え、意見希望を聴くことにしている。毎月まんじゅだよりを発行し利用者のホームでの様子を伝えるとともに、月1~2回電話で希望などを聴いている。運営推進会議には家族に出席依頼し意見を聴く機会は設けている。聴いた意見は、運営に反映させるよう努めている。	
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	事業所の運営、大事な決定事項や要望についての毎月のミーティングを通して、職員から管理者、管理者から職員とその都度話し合いをしている。	月1回グループホーム会議を開き管理者職員の双方向的な話し合いが行われている。各ユニット毎に、リーダー中心に会議を持ち自由に話し合っている。年2回館長と個人面談を行い職員の希望など聞き取っている。職員は目標管理で各自年初に目標を掲げスキルアップに励んでいる。職員意見は運営に反映されている。	
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	管理者は随時職員よりの相談を行なっている。また勤務時間の変更など可能な調整は日頃から行っている。環境面では職員が身体をのばせるようにフリースペースに畳を用意してくれている。		
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	認知症実践者研修などの外部研修に積極的に参加させている。また参加した職員は伝達講習を行ったり、報告書を職員全員が回覧している。また定期的に内部研修を開催しレベル向上に努めている。		
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	岸和田市介護保険事業連絡会(施設部会)に加入し交流を行なっている。		

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	
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>						
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	入居前にご本人様とお会いさせていただき、お話しをお伺いさせていただいている。また、入居前には、ご本人にホームを見学して頂くことをお勧めしている。			
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	ご家族様よりゆっくりと話を伺い、ご本人の状態や性格等について把握するようにしている。また施設のケアの方針、援助内容についてご家族と十分に話し合い、いつでも相談出来る関係づくりに努めている。			
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	聞き取りを十分にし、課題分析をしっかり行い、必要としている支援を見極めるようにしている。また新聞購読、訪問美容などインフォーマルサービスの利用も行っている。			
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	現在までの生活の履歴を知り、共同生活の中で自ら役割を見つけていけるような環境、場面(洗濯物をたたむ)を設定している。(場所)お帰りたいたいまがゆきかう家になるように努力している。			
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	オムツなど持参して頂いたり、行事への参加を呼びかけている。また遠方のご家族には、電話で直接お話しをしていたり、まんじゅだより(広報誌)にて、行事・活動の写真を通して様子をお知らせしている。			
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	今まで利用していた当施設サービス事業所に行き来出来る様にしている。町内カフェの参加や、町内活動に参加する事で地域との関係を残せるように努めている。	系列の小規模多機能ホームや隣接のデイサービスに自由に入出入りして知人に会ったり、地域行事の町内カフェに行ったり、地域の清掃活動や、グランド植栽の水遣りなどに参加しては馴染みの人たちとの関係継続がなされている。知人の来訪も多い。		
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	馴染みの席を決め隣席の利用者と普段と変わらずに過ごせるよう配慮している。その日の気分により席移動をする時には、他者との関わりに気をつけて見守り、必要なら席の移動を行っている。			

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
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	入院になった場合は、お見舞いや面会を通じ、現在の状況を把握し、必要であればご本人・ご家族に助言を行っている。		
<b>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</b>					
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	新聞購読や好きなテレビ番組の観賞等、今までの暮らしに合わせた提供が出来る様に希望や意向を確認している。計画作成担当者は、介護計画の交付時に、随時日頃の生活状況や要望の確認を行なうようにしている。	入所歴10年以上で、100歳の入居者或は近い人も何人かおられるが、会話のできない人はいない。職員と話し合う時間も比較的長く、利用者の思いや意向は十分に把握できている。リビングでの生活が多いが、それぞれに、楽しみごともあり自由に過ごしている。和やかな雰囲気である。	
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	家族や本人と話し合う機会を常に意識づけ、面会時にその人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を傾聴し、より良いサービスの提供ができるよう努めている。		
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	支援経過やケア表を記入し、全ての職員がその人がその日どのように過ごしたか、また、その人それぞれの役割を通じ心身状態に変わりないかなど現状の把握に努めている。		
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	計画作成担当者及び担当者は、家族や知人の面会時や電話連絡をして情報収集し、また看護師・主治医との連携を通じ、健康面をも含めたケアのあり方についてモニタリングとカンファレンスを行い、介護計画に反映している。	モニタリングは毎月実施、3か月で計画を見直す。モニタリングを基に、介護担当者、計画作成担当者と館長(看護師)で、家族の意見も入れて協議し現状に即した新しい計画を作成する。症状に変化がなければ継続し、変化があった場合は、すぐに同じ関係者で協議し介護計画を作る。	
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	支援経過やケア表を記入しその人がその日どのように過ごしたか把握できるようにし、リーダー間・一般職員間申送りノートを活用し職員間で情報を共有し介護計画に反映して、きめ細かい介護ができるようにしている。		
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	同法人の地域密着事業は認知症デイサービスがあり、事業所間での交流や行事、また職員の応援体制を築き、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。		

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	馴染みのある生活を送れるように、地域の歯科医院、病院、地域会館を利用できるように支援している。また、新たな地域資源はないか職員間で話し合いをしている。		
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	同法人の診察を希望される方については、訪問診療及び定期、臨時受診できるように支援している。法人以外のかかりつけ医を希望される場合はご家族様にお願ひし診察後の内容を伝達して頂いている。	入所後のかかりつけ医の選択は、利用者・家族の希望で決めるが、殆どの利用者は協力医療機関になっている。内科は月2回、歯科は随時往診を受けている。他の病院の受診を希望される場合、家族の付き添いが必要となっている。受診後の内容は報告を受けている。	
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	職員は朝礼・日勤報告を通じ看護師である管理者に各種情報や気づきを相談・報告し、適切な指示を受けられるようにしている。また、随時相談を行なっている。		
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	病院や医院の地域連携室の職員や病棟の師長などと病状の情報を得られるようにし、受け入れ体制を準備し早期退院出来る様に支援している。また日頃より顔なじみの関係を築いている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期についての方針を文書で説明し同意を得ている。また終末期の方についてご家族と話し合い、ご家族・ご本人の意向を尊重し、地域連携室・医師との連携を図りできるかぎり希望に添えるよう支援をしている。	入居契約時に重度化指針を示し、事業所における対応について説明し同意を得ている。主治医が終末期と判断した時再度本人・家族と協議する。殆どは協力医療機関の寺田萬壽病院で終末期を迎えている。事業所では看取りは行っていない。	
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	AEDの設置場所、使用方法の研修を行い緊急時の対応できるようにしている。また急変時のマニュアル(心臓マッサージ、人工呼吸など)を作成し、年1回講習を行い全ての職員が初期対応できるようにしている。		
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	災害時の避難通路は入職時に説明及火災訓練時に確認し災害について意識づけをしている。また、近接の同法人の病院より応援体制を築いている。	消防署通報はじめ防火設備は完備し、マニュアルに沿って避難訓練を年2回行っている。消防署立ち合いで、一回は夜間を想定している。近隣居住の職員、近接の病院への通報もマニュアル化されている。地震対策として、居室のロッカーの転倒防止対策もある。備蓄は一括して萬壽病院に保管されている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	新人研修時に接遇や個人情報保護について研修し、人格を尊重した対応、特に言葉遣いや居室に入る時にノックする、居室のドアは開けっ放しにしない等、プライバシーに気をつけ、部署間で相互評価している。	職員の利用者への対応は人格を尊重した態度や声掛けで接している。トイレ誘導時や入浴時の羞恥心にも配慮し、職員間でも注意し合う体制もできている。個人情報書類の保管は適切である。	
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	塗り絵をされる方が多く、作品が仕上がると次の塗り絵を頂戴といった感じで積極的に取り組まれている。また塗り絵を通じて会話もはずんでいる。色紙を貼った貼り絵や工作等やりたい事の自己決定を尊重している。		
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	入浴など衛生面に関する場合を除き、その日をどのように過ごしたいか、ご本人が決定し希望に添えるように努めている。特に訴えが無い場合は、今までの暮らしや習慣に合わせた支援が出来る様に努めている。		
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	日常は季節にあった服を選ぶことができるよう声かけ及び支援を行なっている。散髪は希望に沿うように自分でカットの長さを伝え、訪問美容を利用している。		
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	お茶を入れてもらったり、おかずの盛付け、テーブル拭き、おやつ作りに参加して頂いている	食事は寺田萬壽病院で毎食作られたものが配食され、各ユニットでは温めたり、冷やしたりして盛り付け配膳されている。月1~2回は誕生日会や敬老会等の行事食があり特別の食事が提供される。おやつ作りに利用者も参加して職員と一緒に作る、外食会もあり家族も参加できる。利用者は盛り付け、下膳や片付けなどは手伝っている。	
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	病院の管理栄養士が栄養管理を行なっている。またケア表に、食事量・水分量の記録し把握している。食事量の少ない人には栄養補助食品や、水分量の少ない人にはジュースなど本人の嗜好の飲み物を提供している。		
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	毎食前には、手洗い、嗽、毎食後に歯磨きを実施している。また就寝前は入歯を洗浄しポリドントなど入歯専用洗浄剤を使用し口臭予防や衛生保持に努めている。		

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
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	初回の利用者については、2時間毎に排泄の有無、量を調べ、適切なトイレ誘導のパターンやパットやオムツの種類を検討し、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。	排泄リズムを把握し、適切にトイレ誘導で自立を支援している。夜間も同様で、殆どパッド、リハパン使用であるが、交換頻度を下げるよう努めている。誘導時の声掛けでは羞恥心にも配慮している。夜間に一人だけポータブルトイレを使っている。	
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	水分摂取を促し、リハビリ体操や散歩による適度な運動、入浴時に腹部マッサージをしたり、便秘を防ぐように取り組んでいる。また、便秘が続く場合は看護師に腹部の状態を診てもらっている。		
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	順番に一人一人声をかけてその希望に沿うように努めている。入浴の際、歌を歌ったり昔の話を聞いたりリラックスできるように努めている。また季節に応じた入浴剤を使用し季節を感じて頂いている。	本人の希望に添って、週3回入浴を支援している。個浴槽と3人一緒に入れる大浴場もある。何れでものんびりと、歌を歌ったり、普段よりよく対話ができ、昔話も聞かれる。大浴場は気の合った同士が楽しんでいる。それなら一緒に入るといふ利用者もある。介助は、中で2人外で1人の態勢である。季節を感じる入浴剤を使用する日もある。	
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	昼寝などの習慣がある方に関しては昼寝をしていただいたり、夜は就寝時間は特に決めておらず、利用者個々に合わせている。また快適に睡眠が取れるよう室温調整に気をつけている。		
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	個人別に処方箋を綴じて管理し、職員誰もが理解できるようにしている。薬の仕分け、内容について配薬担当者が随時確認できるよう、配薬カップに一包化数、臨時薬の表示を明確にしている。		
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	ご本人の生活歴をご家族にお聞きして、個別のおやつ・書道・絵画・編み物などできるように支援している。また作品は壁に飾りやりがいがあるように取り組んでいる。		
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	散歩を行ない気分転換して頂いている。またごみ捨てや回覧板の配布など外出を兼ねた役割を作っている。要望があれば買物も同行している。また、ご家族の協力を得て、土日、年末年始など外出・外泊できるように支援している。	自治会の用事や、近くの公園まで散歩に出て近所の人とお喋りしたり、季節の好い時は花見や紅葉狩り等車で遠足もする。希望に沿って買い物に出かけることもある。広いテラスで日光浴やベンチでお茶を楽しんだり、時にはバーベキューを楽しみ気分転換を図っている。	



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
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	お金がないと不安になる方は小額の金銭は個人に管理して頂いている。また、別に預り金を頂いており、買物の時に本人が支払えるよう支援している。		
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	手紙を書くことはもちろんのこと、事業所の電話及び公衆電話(病院)よりいつでも電話してもらえるようにしている。また携帯電話(個人)の持ち込みにより随時電話できるようにしている。		
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	玄関先や、2階のテラスにおいて季節の花を植えている。共用空間では湿度や温度にも気を使い湿度50~60%、温度22~28℃になるように努めている。テレビは生活場面に合わせ、つけたり、消したりしている。	食堂兼リビングはテレビを中心にしてテーブルを配置し、どこからでも見やすい。大きな、掃き出し窓越しに、テラスの小さな花壇の花が見える。壁に利用者と職員コラボの手芸作品で季節感を醸している。温湿度管理がよく、特に冬場は健康に配慮している。階段は滑り止めがあり、トイレは緑のタイルで分かりやすく、浴室、トイレ等清潔である。	
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	廊下に置台を置いたり、通常の席以外で独りになったり、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(空間)の工夫をしている。		
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	使い慣れた、ベッドやテレビまた家具などを持参していただき、本人になじみのある空間を作るよう努めている。また仏壇や化粧できる机なども持ち込んでもらって本人が居心地よく過ごせるようにしている。	部屋は少し大小はあるが、クロークが備え付け、ベッドはレンタル、ナースコールがある。その他はそれぞれが使い慣れた家具類を持ち込み、仏壇を安置している利用者もある。壁に家族の写真や自身の手芸品を飾り、従来からの生活の継続感があり、住みやすく設えられている。	
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	廊下には手すりを設置し、扉のノブは車椅子で開けやすいよう工夫している。転倒のリスクのある方は身体拘束するのではなく、家族と相談し離床センサーの設置して安全に自由に暮らせるように努めている。		