

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	2790300012		
法人名	株式会社JAWA		
事業所名	街かどケアホーム あやか		
所在地	大阪府寝屋川市木屋元町13-5		
自己評価作成日	平成30年12月12日	評価結果市町村受理日	平成31年5月17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30年12月25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)】

ご利用者の満足の追求、さらに、ニーズを表出できない方への隠されたニーズを追求し、職員一人一人が相手を思いやり、築きあえる職員になると言う思いで日々を共にしています。毎日が楽しく、自身や自身の家族が入りたいグループホームを目指す。入居者の方のニーズにのっとり外出の支援、外出のご希望が無い方に対してもあやか内で支援していくよう心掛けている。権利擁護の観点から、人にある普通の権利を尊重し守り、外部にも発信していく。「自分のリズムで、自分らしく」を中心に考え、時間やマニュアルを廃止している。

【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)】

事業所は2018年10月に1部上場会社「ソラスト」の介護部門のグループ会社に加え、新たな組織として出発している。法人のノーマライゼーションの理念は引き継がれ、利用者の尊厳を重視し「自分のリズムで自分らしく」過ごせるよう管理者と職員は日々希望に沿った個別ケアの支援に取り組んでいる。建物の向かいには野菜畑のある長閑な町の中にあり、敷地はゆったりとしていて家庭菜園が設けられている。季節の飾り付け(サンタクロース)をした玄関を入ると広いリビングにオープンキッチン・職員室・物品庫も設えていて、居室は掃き出し窓からベランダに出る事が出来、利用者の余裕のある生活が伺える。食事は職員が手作りした季節の食事が提供され、菜園の野菜も食卓に出されて家庭の味を感じる事が出来る。

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、生き活きと働いている (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している (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	「自分のリズムで、自分らしく」をケアの中心に考え、カンファレンスで皆の意見・問題を話し合っている。	法人理念の6カ条を事務室に掲示し「自分のリズムで自分らしく」をケアで実践するよう会議時に話し合っている。職員間で事業所独自の理念として話し合う機会を持ち玄関等に掲示し広く地域の人に公示して行く用意がある。	
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	通勤時や散歩時などには積極的に地域の方と話をする。 地域清掃などに参加する。	自治会に加入していて回覧版が回ってきている。事業所の夏祭りやクリスマス会に地域の人を招待して交流をしていて、近隣住民とは菜園のアドバイスを受けている。ボランティアの「なかよしこよし」の腹話術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	入居見学時や近所の方とのあいさつ時などに字施設だけでなく、他施設や制度などについて説明・相談・紹介を行っている。	/	
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	身体拘束委員会をそこで開催させて頂き、問題点の相談や取り組みなどを外部に発信している。	2か月に1度利用者・民生委員・地域包括センター職員・薬剤師・事業所職員が参加して、事業所の現況報告をして話し合いアドバイス等を受け事業所で取りいれケアに繋げている。	2か月に1度開催されているが、家族の参加が見られていないことや、自治会役員の参加が得られていない。地域の人に会議の参加を呼びかけ、運営推進会議を広く意見を聞く機会とする事を期待する。
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	月に1回は、福祉センターに訪問し、新しい情報の収集を行っている。 認定調査時などに施設の説明や福祉の現状などをお聞きしている。	行政の高齢福祉課に申請に出向いたり生活保護課に分からないことや困りごとの相談に電話をしている。指導や情報を得て関係性を築いている。	

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
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	まずは「どうされましたか？」と声掛けをさせていただき、行動を制するのではなく、その方の思いに耳を傾けるようにしている。	玄関は夜間以外は解除し、館内・エレベーターも自由に利用することができ、ベランダへも自由に出入りできる。言葉遣いに気を付け、抑制のないケアに取り組んでいる。身体拘束適正委員会の研修会を年2回開催し、勉強会や運営委員会でも話し合う機会を設けて拘束のないケアに努めている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	新人研修時や年に2回、カンファレンスで説明・学習している。 運営推進会議で身体拘束についての議事録を回覧している。		
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	社協や生活保護課と連携し、情報収集を行っている。それにより3名の方が成年後見人制度を利用するようになった。		
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	利用者は生活の環境がかわるので、不安があっても当然であり、ご家族においてもじっくり関わり、重要事項の説明時にわかりやすく説明することを徹底している。		
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	事業所内に苦情相談窓口の職員を置いている。外部の第三者機関も知らせる様に重要事項説明時・契約時にも説明している。	家族の訪問時に話を聞いたり毎月の「あやか便り」で利用者の暮らしぶりを伝えている。利用者からは日々の暮らしの中で希望や要望を聞いてケアに活かせるようにしている。	

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
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	職員同士常に話をし、各担当者に報連相の徹底。そうする事により意見や提案出る様になる為常に一緒に考え一緒に結果を出せるよう取り組んでいる。	毎月の全体会議で全員が出席して、現場の意見を聞き話し合う機会を作っている。日々気づいたことは何時でも意見を聞く機会を設けている。資格取得には日程調整をしている。職員室入口に「ナイスアイデア」ボードを設置し職員がお互いに嬉しかった事を書きあってコミュニケーションを密にし、質の高いケアを目指している。	
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	職員の適材適所に応じた仕事を任せる事により、本人の向上心をかきたてる様、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	月に1度、法人内での勉強会に職員を派遣し、研修報告などで学んできたことを各スタッフに伝えて行っている。		
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	法人内での研修での交流はあるが、法人外の交流がないため、今後の課題である。		
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	まずは、入居前面談にてその方のADL・状況や思いを聞き、プランに反映させ家族様と一緒にケアプランの説明を行い、サインを頂く。		

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	まずは、入居前面談にてその方のADL・状況や思いを聞き、プランに反映させ家族様と一緒にケアプランの説明を行い、サインを頂く。		
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	まずは、入居前面談にてその方のADL・状況や思いを聞き、プランに反映させ家族様と一緒にケアプランの説明を行い、サインを頂く。		
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	利用者主体を念頭におき、私達は共に生活している。 理念にもあるように、高齢者の経験・知識に尊敬と敬意の念をもって接している		
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	ご利用者にとってご家族は大切な存在であり、私達にとっても大切な方々である。 「ご家族の思い」も受け止め、一緒に考え、生活の質の向上に取り組んでいる。		
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	これまでの生活や関係アセスメントに落とし、強い関係のある方との連携を図り本人が会いたいと口にされたらすぐに連絡できる体制を築くよう支援する。 来訪時には、お茶などをお出しし、施設でのご様子をお伝えする。	家族が同行して美容院やお墓参りに出かけている。昔住んでいた家や、お寺に行きたい利用者には一緒に出かけたりして希望に沿った馴染みの関係の支援に取り組んでいる。電話を引いている人や携帯を持っている人もおり、電話の取り次ぎもして関係継続の支援をしている。	

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	本人一人一人の性格、関係性を理解し、関わりを持てるような支援を行っている。		
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	介護施設や自宅に戻られた方は、担当ケアマネを訪問し、ご様子やお困りごとと一緒に考えている。 お亡くなりになられた方は、半年間、手紙を発送している。		
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	本人主体を念頭に、希望や思いを常に確認し、希望に添える様努めている。困難な場合はご家族の情報を元にご本人本意の希望や思いの把握に努めている。事業所独自の理念を徹底	家族や利用者から聞き出して作成したフェイスシートを元に、日々の暮らしの中で思いや希望の把握に努めその人に沿った支援をしている。暮らしぶりを個人別ノートに記録し申し送りノートで共有している。理念の「自分のリズムで自分らしく」を徹底している。	
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	入居時、入居後も本人の言葉を傾聴し好きな事を把握する。ご本人の趣味嗜好や日課とされていた事、生活に対してのこだわりなど把握している。 親戚様やお知り合いの方の来訪時に、以前の生活の様子をお聞きしている。		
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	各勤務帯の引継ぎ時には必ず申し送りをを行い情報の共有を行っている。 申し送りノートを活用し情報共有を行っている。		

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
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	必ず、ご本人がどのような生活を望まれているのかを伺っている。また日常会話などで出された発言や思いに対して取り入れ、ご家族の意向も聞いて計画を立てている。知り得た情報は、カンファレンスやケアマネに報告し、プランに反映している。	家族や利用者の希望を聞き作成された初期計画書をモニタリングをし、家族の話や医師の居宅療養管理指導書を参考に担当者会議でカンファレンスをして介護計画書が作成される。3カ月・6か月で見直され変化があれば随時見直しをしている。	
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	必ず、ご本人がどのような生活を望まれているのかを伺っている。また日常会話などで出された発言や思いに対して取り入れ、ご家族の意向も聞いて計画を立てている。知り得た情報は、カンファレンスやケアマネに報告し、プランに反映している。		
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	施設内の資源のみで行っており、今後、ボランティア・地域の方々や医療系などを取り入れていき、地域全体でかかわりあっていくのが課題であります。		
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	施設内の資源のみで行っており、今後、ボランティア・地域の方々や医療系などを取り入れていき、地域全体でかかわりあっていくのが課題であります。		
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	入居前からの本人が安心し、信頼されている医療機関を望まれているケースは多い。協力医だけでなく、希望される病院への受診支援を行っている。	契約時に家族や利用者の希望で決められていて、協力医の内科は月2回・訪看・歯科は毎週往診を受ける事が出来、精神科・皮膚科・耳鼻科には職員が付き添い受診に出掛けて適切な医療の支援をしている。医療状況は居宅療養管理指導書に記録されている。	

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
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	週に1度訪問看護看護師が来訪し、利用者様の健康管理を行っている。 24時間の連絡体制があり、何かあれば相談している。		
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	3日に一度お見舞いに行き、医師や看護師や相談員と病状の確認や情報交換を行う。本人の状況を確認し必要なら介助を行っている。ご本人が要望した物を時としてお持ちさせて頂いている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	まずは、契約時に重説にて重度化の指針の説明を行っている。 終末期状態に近づいた時には、職員・医者・家族様の3者会談を行い、医療面・施設で出来る事の説明を家族様に行い、決まった事をケアプランに落とし込んでいる。 終末期に入っても、家族様にご希望・ご要望を節目節目に確認している。	契約時に家族や利用者に説明し同意を得ており、状態に変化があれば医師が家族に説明し確認して、指針を作成し関係者と話し合い希望に沿った対応をしている。職員は研修を受けており、看取りの経験をしている。	
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	研修や救急救命の講習を受けるなど、又現場ではシュミレーション研修を行っている。		
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	避難訓練を行っている。災害時の消火訓練も年2回、消防署の力を借りて事業所内で行っている。 ハザードマップを作成・掲示し行動の指針を示している。	マニュアルを作成し年2回の訓練を計画し実施していて、ハザードマップで確認し行動指針書を作成している。家具の転倒防止の対策をされている。水・カンパン・懐中電灯・オムツの非常時の備蓄品をしている。	年2回の訓練は実施しているが、日頃よりミニ訓練を実施し、災害時に備えることや、運営推進会議等で近隣住民に訓練の参加を呼びかけ、協力体制の構築を図ることを期待する。

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
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	「自分がされたいやな事は、他人にはしない」や初心を忘れず、尊厳を大切に、職員同士注意しあっている。	尊厳をもって対応するよう言葉使いに気をつけ、「自分がされたら嫌なことはしない」事を周知している。プライバシーを意識する考えを持ち、排泄時の声かけや外での見守りを実践している。職員同士が気づいた時には注意して対応している。	
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	自己決定が出来るように会話に配慮したり、2択での選択をして頂いただく等を行ったりしている。特に利用者様を急がさないように、ゆっくりとかかわりを持つように心掛けている。		
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	「自分のリズムで、自分らしく」を理念にし、時間設定やマニュアルを廃止し、その方に合った生活が送れるように考えている。		
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	ご利用者の意思の元に、理容・美容は今まで行っておられた場所や、近くの美容室や訪問を利用している。 居室から出る時には必ず身だしなみを整えることを徹底している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	お一人お一人の好き嫌いを把握し、食事を提供している。利用者と一緒に食事を準備し、利用者と共にテーブルに着き、食事をしている。外出の支援を行い本人様のお好きな物を食してもらおう。	食材業者の栄養管理された食材を購入し、キッチンで職員が手作りした食事を利用者は職員と一緒にテーブルを囲んで楽しんでいる。個別ケアで外出に出かけたり、月に2回は利用者の希望を聞き事業所で食材を調達して調理し、おやつ作りを楽しんだりしている。菜園で収穫した大根やキュウリ等が食卓にのることもある。	

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	食材供給の業者と提携し、栄養バランスの取れた食事を提供している。個別で刻み食にして対応している。		
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	その方々に応じた口腔ケアのお手伝いを行っている。口腔内の状態を把握し、気をつけている。 歯科往診にてチェックしている。		
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	個別で排泄のパターンを把握し、声掛け・誘導を行っている。 オムツ・リハパン+パットの重ね付けは、あまり意味がなく不快感が強く、排泄の自立を妨げる要素であることを徹底している。	日中は布パンで過ごしてもらうようにしていて、排泄パターンを把握して声かけをしてトイレに誘導している。夜間は睡眠の妨げにならないようその人のリズムを考慮し、パット交換やトイレへの声かけをしている。ポータブルトイレを利用している利用者もいる。	
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	食事や水分を注意し、便秘がちの方へは、かかりつけの医師に相談している。おなかのマッサージや薬の処方以外、便通が良くなる食品を取って頂く工夫をしている。		
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	いつでもお風呂に入れるようにしている。 夜間に1人で入られる方もおられる。	週に2回を基本に午後に入浴しており利用者の希望の時間や毎日の入浴も可能である。拒否する人には声かけや時間・会話を工夫して清潔保持に繋げている。入浴剤や季節のゆず湯・菖蒲湯等の楽しみもある。	

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	消灯時間は設けず、それぞれ生活のリズムが違うため、個々への対応を行っている。 居室の温度には注意している。 必要な方には、往診医と相談し眠前薬を服用されている方もおられる。		
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	なぜその薬を服用しているのかの狙いや、副作用を記録・確認し様子観察を行っている。薬剤に関しては鍵のかかる場所に保管し、配薬時の確認を徹底している。		
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	これまでの生活歴や楽しみ事などをお聞きし、ご利用者の日課や趣味など支援している。日々、暮らしの中での役割が1人1人思いが違うので、皆さん意欲的に行っておられる。		
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	玄関は日中、常に出入り自由な為開けている。ご希望があれば、散歩に出かけている。	玄関先や菜園に出て日光浴をしたり、近くを散歩している。2・3カ月に1度は利用者の希望の所に出かけたり、イチゴ狩りや動物園・ユリ園等に出かける行事がある。家族と一緒に墓参りをしている人もいます。	
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	ご本人がお金を持つ事で安心されたり、又は働いている賃金とらえたりされている為、希望に沿って持って頂いる。 買い物時には、ご自身の財布からご自身で払って頂いている。		

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
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	ご家族や大切な人に連絡出来る様になっている。居室に電話も引けるし、携帯電話を持たれる事、又事業所の電話を使用している。		
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	季節の花を飾ったり、时期的な物を置いたり、生活の中である日めくりや、いつでも読める週刊誌、浴室は24時間入って頂ける様、貼り紙をしています。	リビングは南向きで明るくて広く、壁には油絵を掛け季節の折り紙でレイアウトもされている。階段前に本箱・ソファを置き喫煙場所も設けられ寛げる空間がある。廊下・浴室・トイレには男性用も設けられ何処もゆったりと居心地良い空間がある。	
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	掘りごたつを用意したり、リビングルームのようにテレビ・椅子を配置した空間がある。		
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	今までの使い慣れたものを持ってきて頂くよう説明している。ご家族の協力のもと、部屋の家具がそのまま配置されている方もいる。	居室にはベッドや洗面台が設けられている。使い慣れた筆筒やテレビ・椅子・テーブル・鏡台が持ち込まれていて仏壇を置いている利用者もいる。壁にカレンダー・絵や賞状を掲げていてその人らしい部屋作りの工夫をしている。	
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	設計時から取り入れ工夫している。手すりの設置や床材の配慮がされている。本人が自立した生活を送れる様、お1人の方の為でも、つっぱり棒を設置している。		