

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	2793000015		
法人名	医療法人 正志会		
事業所名	グループホーム ひりゆう		
所在地	大阪市東淀川区大道南1-4-13		
自己評価作成日	平成30年9月1日	評価結果市町村受理日	平成30年10月24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9月27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)】

①同じ建物内にクリニックが併設しており、体調不良時は直ぐに診察していただける。
②要介護度よっての受け入れ拒否や退所はなく、終いの住家として入居していただける。
③定期的に認知症ケアの勉強会を行っている。
④いざという時の対応が行えるよう、避難訓練を繰り返し行っている。
⑤地域行事などへの参加し地域の飲食店に行くなど地域との交流も図っている。
⑥入居者一人ひとりに寄り添い、出来るだけ散歩などの外出機会を設けている。
⑦淀川の河川敷の近くで、建物の前は公園があり、夜も静かで環境がとても良い。
⑧公園で遊ぶ子供たちが、トイレを使用しに来るなど交流がある。

【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)】

当事業所は、泌尿器科・内科の地域医療を担っている医療法人正志会あづま透析クリニックを事業母体に、透析患者の要請を受けて平成20年11月に設立された。母体である協力医院の医師・看護師による医療・健康管理は利用者・家族から安心と信頼を得ている。地域の中での普通で当たり前の生活の支援と家庭的な雰囲気環境作りにより管理者と職員は一体となって取り組んでいる。職員は災害対策・身体拘束・苦情対応・接遇・感染予防各委員会に所属し、交代で研修の講師役を務めてスキルアップを目指している。利用者の介護度が高くなり、行動範囲が狭くなっている現在、自然や外気に触れ生活に潤いが保たれるように外出の機会を増やし、ひとり一人の自立した生活とは何かを検討しながら、「共に生き、共に生活をする」を目標に潤いのある生活ができるように支援をしている。

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、活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、その時々々の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	季節ごとの地域行事に参加し、地域の方々との交流を深めている。職員は入居者と一緒に地域の飲食店等に出掛け、楽しみとしていただいている。	「利用者が地域の中で、その人らしく暮らしていけるよう、家庭的雰囲気大切に届いたケアの実践」の趣旨の理念を目につく所(3カ所)に掲げ、常に意識と確認をしながら、実践に取り組んでいる。	
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	入居者全員が町会へ加入している。出来るだけ毎日散歩に出掛け、近所で畑仕事をされている方々との交流も図り、野菜をいただいたりすることもある。散歩中には小さなゴミを拾うように心掛けています。	町会に利用者全員が加入し、敬老会・夏祭りの参加や、ふれあい喫茶に出かけている。散歩・買い物時に挨拶を交わし、旬の野菜を頂く等地域と繋がった生活をしている。ボランティアの歌の受け入れや、ホーム管理者は介護教室の講師を務めている。	地域との交流や近所付き合いがしっかり定着しているが、より幅広く豊かな生活となるよう、多種多様なボランティアの受け入れや、幼稚園・学校等の交流を持ち、さらなる地域に密着した施設となるよう期待する。
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	毎年秋にイベントとして、地域の老人会と合同で、地域の方々を対象とした勉強会や講演会を開催している。秋の敬老大会では地域の方々への感謝を込め、演芸を披露している。	/	/
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カ月に1回開催しており、入居者の近況報告や施設行事について報告し、助言や意見をいただいている。ひやりはっと事例を報告し、再発防止等についての意見もいただいている。	町会長、老人・婦人会、民生委員、地域包括支援センター、職員の参加の下、年6回開催している。入居状況・現状・行事報告を行い、参加者から情報提供や助言をもらいケアに活かしている。家族参加の呼びかけや意見収集について検討している。	
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取り組んでいる	介護保険制度や介護支援におけるマニュアル、指針の作成についての助言をいただいている。	区役所の保険福祉課・生活支援課の担当者と連携を取り、ホームの現状報告や書類提出を行い、指導・アドバイスを受け協働関係を構築している。災害対策・金銭管理マニュアル作成や服薬時の取り扱い事項の相談等、問題解決と一緒に取り組んでいる。	

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
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	身体拘束廃止の指針を整備し、定期的な研修を行っている。日々の業務の中でも、常に職員同士が支援方法を話し合い、実践に繋げている。	身体拘束廃止委員会を中心に研修や勉強会を行い、身体拘束による弊害や内容を熟知している。ベッドから転倒した事例では柵を使用せず、安全確保できる方法を全員で考え、床の上マットを敷く対応をしている。日中は玄関・エレベーターは自由に行き来できる	
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	定期的に虐待防止についての研修を行っている。日々の入居者への言葉掛け等も、どのような言葉が虐待に当たるのか等と話し合い、職員同士が注意し合えるような関係を築いている。		
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	勉強会を実施し、職員全員が学べる機会を設けている。必要と思われる入居者については、社会福祉協議会や司法書士会に相談しながら、成年後見制度の活用を行っている。		
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	重要事項説明書等に記載している内容については、詳しく説明を行っている。内容に変更がある場合は、文書等で報告し同意をいただいている。不安な事や疑問点はいつでも対応出来るよう心掛けている。		
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	苦情窓口の説明を行い、入口に意見箱を設置している。家族面会時には近況状況を報告し、家族からの意見や要望が聞ける環境を心掛けている。小さな問題点であっても、職員同士で話し合い共有している。	利用者からは直接意見を聞き、難しい人は表情や動作で要望を掴んでいる。家族には訪問時に話しやすい雰囲気を心掛け、聞いている。専門医受診時の保険証整備の見直しや、利用者間の関係性を考慮したテーブルの配置等への意見がでている。	

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	朝、夕の申し送りと、月に1度のミーティング時に、職員の意見や提案を聞いている。職員同士で考えたことを支援に活かしている。年に2回管理者は、自己評価表を元に職員との面談を行っている。	ミーティング(月1回)・申し送り時(朝・夕)に意見を聞く機会がある。管理者・職員間のコミュニケーションは良好で、日常の係わりの中で様々な改善案・検討課題を話し合っている。入浴チェアへの故障の指摘を受けて修理対応をするなど現場での気づきを大事にしている。	
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	管理者は代表者に日々の業務についての報告を行い、問題点等も解決している。有給休暇が取りやすい職場環境を目指し、福利厚生を利用しながら職員同士の親睦も深めている。		
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	外部で行われる研修について通達し、希望者は研修に参加できるように配慮している。定期的に施設内研修も行っている。		
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	グループホーム連絡会に監事として加入し、定期的な会議にも参加している。他施設との情報交換や勉強会等も行っている。また、日本認知症グループホーム協会へ加入している。		
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	入居前には施設内の見学と面談を行い、入居者の不安な気持ちを傾聴している。希望者には体験入所を実施し、安心して入居していただけるよう心掛けている。		

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	家族の不安な気持ちに寄り添い、傾聴しながら状況に応じた対応が行えるよう努めている。入居に当たり安心して入居していただけるよう、必要な限り何度も繰り返し話し合っている。		
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	入居者と家族との話し合いを行ない、希望を考慮しながら、必要な他のサービスへの申し込みも支援している。		
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	以前出来ていたことでも出来なくなり、家事を行うことが難しくなっている。その中で、一人ひとりが出来ることや喜びを見つけ、職員と一緒にいる。役割を持ち活気ある生活が送れるよう心掛けている。		
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	面会時は、職員も一緒に会話が出来るよう心掛け、家族の思いも受け止めながら信頼関係を築いている。入居者に何か変化があった場合は、速やかに家族に連絡している。		
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	ご近所の友人が面会しやすい環境づくりを心掛けている。家族の協力により、馴染みの理髪店や飲食店に出掛けている。	馴染みの関係者の訪問の頻度に個人差はあるが、以前の住居の友人知人の訪問がある。墓参り、馴染みの理・美容院に出かけたり、外食・外泊は家族の協力を得て、今迄の生活習慣や交流継続の支援に努めている。	

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
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	その都度フロアでの席を考え、入居者同士が話しやすい環境を考えている。皆で出来る作業等を考え、共に行い会話が弾んでいる。外出レクリエーションを企画し交流を深めている。		
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	退所された後も、家族に寄っていただけるような関係作りを心掛けている。退去された方の居室の片付け等を家族と一緒に رفتたり、アルバム写真を作成している。		
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	職員全員で入居者の希望や思いの把握に努めるため、センター方式を活用している。自己表出出来ない入居者は、家族や職員と話し合いながら、少しでもその方に寄り添い想いに近づけるよう心掛けている。	理念の中にある「一人ひとりに行き届いた手を」を具現化する為、“私の姿と気持ちシート”を参考に思いや要望に関心をはらい、把握に努めている。日々のケアで寄り添い問いかけをして掴み、どのような暮らし方が最良か検討している。	
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	入居時には、担当のケアマネや家族と連絡を取りながら、生活歴等の情報の把握に努めている。		
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	一人ひとりの心身の状態や、一日一日その人の、出来ることと出来ないことの把握に努め対応している。職員が発見した入居者が出来る力を職員同士で共有している。		

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	職員会議を行い、気づきや意見、アイデアを出し合っている。入居者や家族の希望も考慮しながら、現状に即した介護計画を作成している。	毎月の会議で、介護記録や申し送りノートを基にモニタリングをしてカンファレンスで検討し、事前にアセスメントシートを作成し、担当者会議(管理者・ケアマネ・主治医・職員・家族が参加)を開き計画作成している。介護認定変更・身体状況変化時にはその都度見直しをしている。	
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	毎日の申し送りで、入居者の変化を詳しく伝えている。申し送りノートの記入も行き、職員で情報を共有している。		
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	医師や家族と相談し、その方にとって必要であるサービスを受ける事が出来るよう心がけている。		
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	地域のスーパーや飲食店等を利用し、地域の方との交流を図っている。地域包括支援センターからの情報を受け、イベントなどの参加を検討している。		
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	かかりつけ医については、入居者や家族に希望を聞いている。グループホームでは週に一度、主治医の往診があり、他の科への受診が必要な時は受診している。	本人・家族の希望するかかりつけ医となっている。協力医院の内科(週1回)・歯科の往診は希望者が受けている。整形外科・精神科・皮膚科の受診は家族が同行し、困難時はホームが同行支援をして、適切な医療を受ける体制となっている。	

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
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	医師・看護師との連携を密に取り、状態に変化があれば直ぐに報告している。看護連絡ノートや透析ノートも活用し情報を交換している。		
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	入居者の入院時は、介護サマリーを作成し、送付している。家族や病院関係者に連絡を取り情報交換を行っている。退院時は担当の医師や看護師との面談を行ない、退院後のケアについても相談している。		
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	医療ケア管理シートを活用し、入居時に話し合っている。段階的にも医師、入居者、家族との面談で話し合っている。職員は研修を行い終末期についての理解や意識の統一を図っている。	入居時に重度化・終末期の対応指針文書で説明し、同意書を交わしている。身体状況変化時に本人・家族の意向を確認し、主治医と連携を取りながら、方針の統一を図っている。勉強会や経験を積み重ねて、看取り体制が整っている。	
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	定期的に、事故発生時の対応方法や高齢者の病気の研修を行っている。		
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	災害時マニュアルの見直しを行い、定期的に色々な想定での避難訓練を行っている。他の職員の応援体制等も話し合っている。	夜間・日中・非常災害時を想定した訓練を年7回(内2回は消防署指導)実施している。災害マニュアル・連絡網・自動火災通報装置や水・カセットコンロ等の備蓄品を整備している。地域の同業者間で災害対策の話し合いと、支援体制の構築を検討中である。	

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
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	接遇委員会を発足し、委員会を行い、職員全員で共有してる。入居者への言葉遣いや職員同士の言葉遣いにも気を配り、お互い感謝の言葉を忘れず対応している。	夫々の人格を尊重し、言葉遣い・声掛けに配慮して自立した生活が送れるよう支援している。トイレ誘導の際はさりげなく行い、浴室ドアの開閉に留意してプライバシー確保に努めている。不適切な言動があれば管理者・職員間で互いに注意し合っている。	
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	職員は入居者に寄り添い、思いや希望が表出できるよう働きかけている。また、意思表示の難しい方は、日々のケアの中で、表情の変化を観察している。		
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	一人ひとりの思いを大切にしながら、その人のペースに合わせた支援を心掛けている。団体生活の中でのルールも決め、入居者同士のトラブルが起らないよう支援している。		
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	出来るだけ、ご自分の好きな衣類を選んでいただいている。希望により、髪の毛を結んだり、お化粧をしている。		
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	おやつや食事のサイドメニューと一緒に考えている。毎週日曜日には、皆さんの好きなメニューを取り入れている。食事の準備や簡単な盛り付け等も手伝っていただいている。	献立・食材は業者に依頼し、調理は職員が交代で行なっている。職員と一緒に同じテーブルを囲み、会話を交わしながら食事を楽しんでいる。近隣の方に頂いた野菜が食卓に上がる時もある。イベント食(誕生会・母の日)や手作りおやつに好みを取り入れている。	

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
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、水分摂取量は個人記録に記入し管理している。体重の管理も行ない変化のある方については、医師に報告している。		
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	起床時や食後、一人ひとりの状態に応じた口腔ケアを行っている。必要があれば歯科往診により医師の指導も受けている。		
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	排泄チェック表を記入し、個人の排泄パターンを把握しながら、定期的にトイレ誘導、オムツ交換を行っている。	介護度が高くなり全員がオムツ・リハパン・パットを使用している。トイレでの排泄可能な人にはパターンの把握と、事前の声かけで排泄支援を行なっている。オムツ・パット交換は個々の状態を見極めて、本人に合った支援し、居室内で排泄しがちな人にはポータブルトイレで対応している。	
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	水分補給をまめに行っている。毎日無理のない程度で腹部マッサージや軽い運動を行っている。		
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	入居者の体調や希望に添い、時間や回数を考えている。失禁等の汚染時はその都度入浴している。	週に夏季3回・冬季2回の入浴回数で、日時は状況に応じて入浴支援を行なっている。季節によってシャワー浴、手・足浴を行い、菖蒲・ゆず湯、入浴剤で季節感や変化を楽しむ入浴支援をしている。	

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
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	入居者一人ひとりの睡眠パターンを把握しながら、必要な休息や睡眠が取れるように支援している。夜間帯不眠の方は、日中活動できる支援方法を考えている。		
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	職員は入居者が服用している薬の作用、副作用について理解し、日々間違いが起こらないように気を配っている。服薬の変更時は申し送り、申し送りノートと個人介護記録にも記入している。		
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	一人ひとりの楽しみや喜び事を引き出し、支援できる環境を整えている。その時に応じて外出支援も行っている。		
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	気分転換のため、散歩を日課としている。季節を感じるための外出レクリエーションを企画している。お誕生日会や家族との外出を楽しみにされている。	ホーム前の公園や近隣の神社・河川敷に出かけて、積極的に外気に触れている。ふれあい喫茶(月2回)の外出や弁当・おやつを持って公園に出かけ、ストレス発散や四季を味わえる外出支援を行なっている。	
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	希望される方は、家族の了解のもと個人で財布を持ち、お金を管理されている。職員が付き添い買い物にも出掛けている。		

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
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	希望されるときは、電話や絵手紙等の支援を行っている。毎年年賀状は、職員が住所等を記入しお手伝いしている。		
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	リビングは季節を感じられるような切り絵や飾り付けをし、棚には人形やぬいぐるみ、本等を並べ、入居者がいつでも、触れるようにしている。	リビング兼食堂・事務所・厨房が一体となった仕様で、広く採光が良い。個別で語れるソファの設置や、利用者の関係性に配慮したテーブル配置となっている。季節の飾り物・塗り絵・行事写真を飾り、温かく家庭的な雰囲気となっている。	
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	リビングで気の合った入居者同士と一緒に過ごせる空間を工夫している。午後からは、居室で一人で過ごしていただける時間を設け、休んでいただいている。		
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	居室はなるべく自宅で使っていた家具等を持ってきていただくようお願いしている。写真を貼ったり、ぬいぐるみを置いておられる。	居室入り口に夫々に分かりやすい表札・絵を飾り、居室内は馴染みのタンス・小物・写真・ぬいぐるみが持ち込まれ、今迄の生活の継続となるよう支援している。ベッド・クローゼット・カーテン・エアコンが設置され、快適で過ごしやすい部屋となっている。	
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	手すりが多く設置されており、転倒を防止し、安全に暮らせるように工夫している。トイレや各居室の入り口には、分かるように飾り等をして工夫している。		