

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	2791900042		
法人名	医療法人 仁泉会		
事業所名	グループホーム 花水木		
所在地	大阪府大東市寺川5丁目19-18		
自己評価作成日	平成27年11月6日	評価結果市町村受理日	平成28年1月27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	NPO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28年1月13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)】

法人は2つ病院を所有し医療連携体制が整い緊急入院も容易で安心と安全を提供している。非常勤看護師と施設長(准看護師)が協働し日々の健康管理と医療連携の強化及び看取りケアに取り組む。介護職15名中14名は常勤で内86%が介護福祉士という勤務体制でケアの充実を図る。内部研修は概ね毎月行ない親睦と意思疎通を図りながら活発な意見交換をしケアの向上とモチベーションを高めている。毎月美容セラピー教室を開催し癒しの時間を提供する。利用者の日常生活やイベント等の写真入りの「花水木新聞」を作成し家族様に郵送する事で日頃の暮らしぶりを見てもらい安心して頂けるような配慮をしている。近隣の介護福祉士学生の実習は積極的に受け入れている。

【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)】

医療法人の下での様々な支援体制は、利用者・家族にとって大きな安心の要素であろう。昨今の介護人材不足に悩みながらも、資格取得や研修参加への全面援助を惜みず、内部研修を充実させる姿勢は、介護福祉士の充足と職員の高い定着率となってケアの力と質の向上に現れ、利用者の満足・笑顔に、家族の安心と信頼に繋がっていると考察する。提案ノート、看護師への連絡ノート、家族との会話帳など、記録を面倒くさがない職員と記録からの提案・意見をまずやってみようとする管理者との連携・協力の仕組みが、認知症の進化と共に重度化する利用者が安心して笑顔で暮らせる日々になり、継続されることを期待する。

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. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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、安心して暮らさせている (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	「笑顔あふれる楽しい我が家」と馴染みのある理念と4つのスローガンを掲げし朝礼で唱和する。職員のモチベーションを高め理解を深め共有&共感し「もうひとつの我が家。もうひとつの家族」意識づけし実践する。	4つの理念の内に、地域の方との出会いを大切にしようを掲げ、理念を起点としたケアの実践に努めている。	
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員として日常的に交流している	地区の自治会に入会する。地区の運動会やお祭り等に参加。保育園児の交流会や苑の行事は地域の方(子供達を含む)を招待する。事業所の活動を知って頂きながら地域との繋がりを深めている。	様々な地域資源との交流に力を注ぎ、管理者の経験(居宅支援)と人脈を活かしての地域貢献は、認知症ケアの拠点として地域に大きく存在し、利用者と地域とのつながりが深化すると期待する。	
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	敷地内の畑で季節に応じたお花や野菜作りを地域の方に手伝って貰ったり自由に入苑できる様にする。日中独居高齢者の方の来苑は大いに奨励する。地域の定期清掃活動を行う。地域の会合に参加し苑の啓発。		
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、行事報告及び利用者の現状及び利用者&職員の状況等を報告する。事例や症例の勉強会したり家族様の意見等を活かしながら前向きに改善している。参加者へのアプローチするが都合つかず増員なし	開催期・会議内容は妥当とするが、利用者2~3名と地域包括センター職員の他、6~7の家族参加数に比して地域からの参加がないままに推移している。会議の有効性に於いて課題とする。	地域事情もあろうが、役職に拘らずに高齢者と介護に関心と知見をもつ住民の掘り起しと、会議の参加要請に向けての努力に期待する。
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に取り組んでいる	地域包括C及び社会福祉協議会、市職員等を含めたケアマネ研究会に出席し連携を図り情報交換をする。運営面で質問等が生じた際は窓口において相談し理解及び共有できる様に働きかけ解決に繋げている。	地域包括ケアが推奨されるなか、地域ケア会議に参加することによる市の各関係機関との交流は、今まで以上の市担当との事務的連絡・協力を超えた大きなものになると期待する。	
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	身体拘束を禁止。安全と安心ができる体制に努める。玄関の解錠は家族の反対で施錠。苑前の交通量も多くリスクが高い為職員同伴での外出、散歩等をする。身体拘束廃止委員会を設立し職員と意見交換する。	身体拘束について理解した上で、H27年10月に管理者・正副リーダー(1・2階)からなる身体拘束廃止委員会を設置し、安全確保とその対策について熟慮していくとしている。玄関施錠は立地条件上やむを得ないと考える。	
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	高齢者虐待防止委員会を設立。情報を収集し職員に周知し意見交換する。関連する新聞記事等を職員間に回覧し意見交換をする事で防止の徹底を促している。		

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
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	ケアマネ研究会や外部研修等で学んだ資料を回覧し施設内においても職員で勉強会を設け共有をしている。家族会で社協職員による「成年後見人制度」の研修をし後に勉強会を設け現在1人受けている。		
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	十分な説明を行い理解、納得を得ている。疑問点や料金変更等は随時、説明する。入居迄の相談にも応じる。解約後の利用者及び家族等の不安を解消する為できる限りの相談に応じアフターケアに努めている。		
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	重要事項説明書の明記及び苦情相談箱を設ける。随時、利用者、家族の意見や苦情を積極的に聴く姿勢及び話しやすい場面作りを提供する。信頼関係が出来る様な関係作りを職員に意識づけている。	家族との信頼関係を基に、運営推進会議後の家族会懇談からの意見や要望、面会時の個人的な意見等を聴取している。	
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	各ユニット毎にリーダーを中心に会議をする。随時スタッフ会議にて職員からの提案及び要望は前向きに取り入れる姿勢を持ち反映させながら実践に繋げていく。モチベーションを上げる様に努める。	夜勤者を除いてほぼ全員が参加するフロア別会議や、提案ノート等での意見提案を丁寧に擲い上げ、検討し、上部への具申または現場直決で運営に反映している。	
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	代表者には施設長より、毎日の業務量及び毎月の職員の動向、入居状況の報告をする。職員個々の仕事ぶりや実績等の現状報告をし把握してもらっている。		
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	外部研修は各職位や能力に応じて積極的に段階的に研修に参加して頂く。その際は勤務扱い&交通費全額支給と全面的に支援。受講者を中心に内容、技術を内部研修で伝授し職員のケアの向上に役立てる。		
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	サービス提供者等との連携をし互いのサービスの質の向上やスキルアップを目指している。H27年度より法人内で介護部会を開催。ネットワークを広げ情報交換及び勉強会をしながら質の向上を目指す。		

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
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	対話の機会を設け不安なく安心できるように常時、寄り添い傾聴する姿勢を持ち本人の気持ちを受け止める。職員同士で知りえた情報を共有し信頼関係を築けるように職員間で話し合う場を設ける。		
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	家族に安心を提供できる様に日頃から気軽に声を掛けてもらえる場面作りを常に傾聴する姿勢をもち信頼関係を築けるように努める。家族に日頃の様子を話したり変化等あれば電話にて伝言する様に心がける。		
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	初期段階では施設長兼ケアマネが利用者及び家族の要求をしっかり傾聴する姿勢を持つ。ニーズを引き出し即応する体制作りにも努め最大限にサービスの提供ができるように職員全員に周知する。		
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	職員と利用者が共に支えあい寄り添いながら暮らせる人間関係を構築するように努める。玄関の出入は「ただいま、行ってきます」と我が家を思わせる場面作りをしている。		
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	職員全員が家族の気持ちになって利用者や家族の時間を大切に充実した場面作りを提供する。共に支えあい利用者のケアの向上に繋げ信頼関係を築く。		
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	近隣へ買い物、野崎参り、身障者運動会参加、だんじりの見学等の戸外に出る機会を増やす。知人に出会い懐かしんでいる場面も見受け。隣人の友達の孫や娘達の来苑も奨励し温かく見守る。	重度化と認知症の進行等で馴染みへの関心は希薄になるが、ホームの内・外を問わず昔馴染みと此処での馴染み、これからの馴染みを夫々に大事にしていきたいとしている。	
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	生活リハ&レクに声かけ利用者同士が共同で出来る事を奨励しその場の雰囲気に応じて関りをもつ事を重要視する。職員はなるべく見守りの形で関わっていく様にする。		

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
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	本人や家族のニーズに合わせ継続し関係の維持に努めている。アフターケアを考慮しながら必要があれば継続的に応じることが出来るような体制を整えている。家族の問題にも応じる事もある。		
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	日頃から利用者と家族の思いや意向を傾聴し利用者本位である様に情報を共有、共感する。職員の意見も取り入れお互い共有しながらその人らしい暮らし方が出来る様に考慮している。	日々の関りの中での気づきを“提案ノート”で共有し、その人なりを理解することで暮らし方、生き方・活き方を支えていきたいと努めている。	
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	入居時は本人及び家族又は介護支援専門員等の話しを元にアセスメントを作成し職員全体で共有する。入居中も話題の中で本人の生活史を知る様に努めながら会話する		
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	日常生活の状況&バイタル、排泄、食事、残存機能を把握し介護記録に収め、状況変化等に対して都度職員間で意見交換し、随時、主治医の指示を仰ぎ総合的に把握する様に努めている。		
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	普段から現状把握・家族・医療関係者の意見、意向を傾聴する。職員の意見やアイデアを積極的に取り入れ職員間で共有しニーズをしっかりと捉える。それを反映したケアプランを作成する。	3ヶ月、または6ヶ月対応でアセスメント・プラン策定・モニタリングを行い、介護記録・提案ノート・申し送りノート・看護師との連絡ノートなどを参考に、全職員が関り共有する形での計画作成と見直しを行っている。	
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	日々の生活状況を個々に把握し介護記録に収め全職員がどんな些細なことも報告する事で共有している。各階で提案ノート作成内容、意見交換等をケアプランに反映、見直しを行い適切に実践している。		
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	法人の訪問診療や処置を受けながら入居継続等の対応。家族の事情や要請を考慮し適切且つ柔軟な対応が出来るように配慮。大東市内の受診は職員同行。寝たきりの方はG内の特殊浴槽提供する。		

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
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	地域のイベント(障害者運動会他)や祭り等に積極的に参加。年2回の消防訓練実施時参加。近隣の保育園児との交流及び同G内の老人ホームとの交流会を催す。		
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	医療体制の充実を図り定期往診を2回/月施行し、緊急時は同法人の救急病院に搬送し適切な医療をうける。本人及び家族様の要望で従来のかかりつけ医の継続する。必要時、訪問看護STを要請する。	入居時に同意の下、協力医療機関の医師(法人理事長)をかかりつけ医とし、受診支援も手際よく行われている。医療連携体制も心強いものがある。	
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	看護師と協働し日々の健康管理や主治医との連携を密にして適切な処置を行う。本人及び家族に安心して頂けるようにする。医療体制を充実させ看取り等を含め相談&指導が仰げる様になっている。		
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。	家族及び本人の意向を考慮し施設長が入院先の主治医及び看護師、医療相談担当者との連携をとり本人の身体状況の把握と情報交換に努める。日頃から病院との関係を密にする。筋力低下等を考慮し早期退院を奨励する。		
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、事業所の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	指針作成し説明、対応等の研修を行い職員全員が共有し医療関係者も含め話し合いの場面を持つようにする。日々の健康管理及び急変時の対応を把握し家族とは再三に渡り話し合いの場をもつ。本人が最期まで快適に過ごせる様に配慮する。	重度化・看取り対応の指針を有し、同意を得て10数例の看取り体験、医療法人傘下での医療連携体制の下、重度化・終末期への支援体制は整っている。今後は家族(キーパーソン)の老齢化への対応に工夫と配慮が必要としている。	
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	アンビューバック及びAEDの使用法や人工呼吸法などの内部研修や地域の消防署等が主催する心肺蘇生の研修会には率先して受講している。		
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	警報や注意報等のメールが届く体制。家族会では随時災害の話し合いをする。災害研修等は積極的に出席する。災害対策委員会を設置し職員に周知し訓練を実施。職員&行政の連絡網を作成し指示を仰ぐ。	規定の訓練は実施されている。H27年9月に管理者・リーダー等からなる災害対策委員会を設置、緊急災害避難訓練の実施、地震・風水害対策マニュアルの整備、備蓄品の用意はある。地域との協力体制を課題としている。	近年の予期せぬ災害の頻発に鑑み、複数回の避難訓練、地域・近隣との協力体制づくり、備蓄・防災用品の点検等への努力を期待する。

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	全ての職員は日常的に利用者の尊厳を心がけ、お互い気になる事があれば職員同士で注意しあう。随時、職員同士で対応法の話し合いの場を設ける様に心がけている。	慣れと親しみを混同しない、言動に注意することを第一に、あらゆる接遇の場面での対応に喚起を促している。	
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	利用者が思いを言える様な場面作りを積極的に行う。個々に本人に解りやすい言葉でゆっくり傾聴しながら状況に応じた働きかけと話し合いをもつ事になっている。		
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	利用者個々の生活リズムや暮らし方を尊重した支援をする。常時、ゆったりした空間の中で暮らせる様に強制する言動でなく自分らしく利用者の意向を大切に過ごせる様に心がけている。		
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	毎朝の整容はもちろん毎月の美容セラピーを導入する。隔月、訪問美容。本人や家族の要望も取り入れる。着る服を利用者と共に考えたり季節に応じた衣類の選択をする		
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	「できる方ができる事を」を基本に調理や盛り付け、後片付け等一連の作業を個々に職員の見守りと声かけで行う。利用者に包丁を使用してもらっている。自信、喜び、満足感を感じてもらう様に支援している。	法人内の栄養士による献立を、調理専任が食材調達を担当している。職員1人が毎食の検食で評価している。季節・行事食は1日分を自前で献立・食材調達を行い全員で楽しんでる。	
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	栄養士のレシピに対応。1600kcal食事摂取量、水分量は毎日記録し健康管理に活用している。嚥下能力にあわせて刻み、とろみ、ミキサー食を提供している。体調や体重に応じて食事内容の変更や工夫をする。		
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	毎食後&眠前は必ず口腔ケアを実施し磨き残しの無い様にチェックする。週2回の義歯消毒。週1回、訪問歯科が入り歯磨き法等の指導をしてもらう。必要時、義歯を作成する。		

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
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	おむつやパット着用者には個々の排泄パターンを認識し時間を決め声かけ及び誘導する。失敗時も羞恥心を感じさせない様に十分考慮する。排泄動作に於いて出来る所は自分で行なってもらう様にする。	排泄についての単なる支援や介助だけでなく、座位・立位の可能な人へのトイレ誘導など、一人ひとりの力や習慣を活かした気持ちの良い排泄に向けて努力している。	
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	散歩や体操を実施及び繊維質の食べ物を摂取する様に考案。必要時は主治医に上申、指示を仰ぐ。排便の記録チェックを小まめにし職員間で便秘予防と解消法等に対して意見交換し対応する。		
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	入浴日は4日間ある。入浴は昼間で週2日になっているが本人の要望を優先し希望に応じて入浴できる。入浴時間も個々に変える。ケアの性別の要望にも対応。失便で汚染した際もシャワー浴を実施する。	週2回を基本に、入浴順位に配慮し、同性介助での入浴を心掛け、個々人の状況に合わせた入浴介助を行っている。	
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	日中、散歩や外気浴及び生活レクの活動をし生活リズムを整え夜間に安眠できる様に配慮する。睡眠誘導の為に足浴や冬場は湯たぽんを使用し安眠とリラックス感を持てる様に配慮する。個々の習慣を周知する		
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	職員が副作用及び服薬内容、効果を十分把握出来る様に指導する。服薬確認チェック表の記載及び症状の変化の把握と早期発見に努め必要時主治医に上申。服薬確認担当を決め管理と誤薬に努める。		
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	利用者の生活歴を把握し楽しみながら生きがいの持てる役割を集団生活の中に組み入れる。生活リハやレクをする中で本人にできる事を見出しながら自信と喜びをもてる暮らしが出来る様に考慮している。		
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	天気の良い日は戸外に出る機会を積極的に奨励している。お祭りや大学の文化祭等に出かけることもある。外食や花見、地域主催の味噌作り、身障者運動会に積極的に参加する様に奨励している。	重度化が進み殆どの利用者が車椅子対応となる中で、園庭でのお花見やお茶会、お弁当を楽しむなど心身の状況に合わせた外出支援に努めている。数名は地域へのオデカケを楽しんでいる。	

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
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	事業所で管理する。本人の要望があれば家族と相談の上小金を所持して貰う。職員と共におやつ購入に立会う。職員同行にてレジで一連の支払い行動を利用者自身で行なってもらい見守っている。		
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	施設内の電話や携帯電話を利用可。自己管理出来る利用者は携帯電話所持する。利用者自身で手紙を書いたり出来る方は筆記一式を家族様の協力で持参してもらい投函も職員同行で行なう。		
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	職員は5感刺激を考え大きな音を立てない、眩しさを感じる際はカーテンで遮る・奇抜な装飾はさけ自然体で趣味を楽しみ、季節感を持てる様な花や貼り絵を利用者と共に作成し壁画とする。	採光・通風も良く、利用者との共同作品による飾りつけなど各フロアごとの担当者による工夫で、季節感のある家庭的な雰囲気、居心地のよい食堂兼リビングである。浴室・トイレ等も清潔に保たれている。	
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	食堂とリビングは兼用している。自由に個々の思いのままに孤独感を感じない様に配慮する。利用者同士でお互いの居室に尋ねたり2人で寝る事もある。気候に応じ中庭でお茶会や昼食を催している。		
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	今迄の暮らしの中で大切にしていた品物や使い慣れた家具等を居室に配置し住み慣れた雰囲気をかもしだす様に配慮する。家族写真を居室に貼って居心地良くする様に努める(寝たきりの方は天井に貼る)	心身状況への配慮の下、馴染みの調度品等で居心地良く整えられた居室は清掃も行き届き、居住歴の深淺を問わずマイルームの雰囲気が覗える。	
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	トイレや浴室等の公共場の表示は大きく解りやすく表示。不安や混乱を最小限に止める工夫をし安全に暮らせるように考慮する。職員は利用者個々の「できる事」「わかる事」を熟知する様に努める。		