

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(2ユニット共通)

事業所番号	2795000567		
法人名	大阪いずみ市民生活協同組合		
事業所名	コープのグループホームふせ		
所在地	東大阪市俊徳町4丁8-15		
自己評価作成日	平成30年12月20日	評価結果市町村受理日	平成31年3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	日本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4F		
訪問調査日	平成31年1月11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)】

10の基本ケア(①換気をする。②床に足を付けて座る③トイレに座る。④温かい食事をすす入る。⑤座って会話をする⑦町内にお出かけをする⑧夢中になれること⑨ケア会議をナルケアをする)の考え方をもとに、生活リハビリを行い、利用者に来る事は時間が掛かき、寝たきりにならないように暮らして頂く事を目標に介護に取り組んでいます。また、トイレは、ファンレストテーブルを設置し、生活リハビリに必要なテーブルいすにもこだわって環境を整えています。

【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)】

「利用者一人ひとりが笑顔で健やかに自分の望む暮らしが出来るように手伝う」という理念を掲げて、全職員が一体となって取り組んでいる。個々の利用者・家族の思いや希望を丁寧に生活リハビリに重点を置いた個別ケアに取り組んでいる。利用者夫々が自分のやりたい事・ホームの一員としての役割と生き甲斐として積極的に取り組んでいる効果が利用者の生活に表れており、平均年齢86歳にして介護度が2.8と低い好結果に結び付いている。また、排泄パターンに合わせたトイレでの排泄自立支援の取り組みの結果、現在は、オムツ使用、完全自立者が7人も居る。地域住民を招待した、利用者・家族・職員との食事会を季節ごころ流を深めている。ホーム全体が地域に溶け込み信頼を得て介護相談等を受けるまでに至

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ます (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. 全くいない
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	「高齢者お一人おひとりが、笑顔で健やかに自分の望むくらしができるようにお手伝いします」を理念として、家庭的な雰囲気の中で自宅で暮らしているように暮らし続けることが出来る支援を心掛けています。	法人理念の「高齢者一人ひとりが、笑顔で健やかに自分の望むくらしができるように手伝います」とその具体的実践目標の「基本ケア10項目」とを、玄関および各フロアに掲示している。管理者はスタッフ会議で理念と基本ケアに関わる話をして、職員皆で共有すると共に日々その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員として日常的に交流している	地元の自治会に入会し、地域の民生委員さんや自治会長さん婦人部の方々には、運営推進会議に参加頂き事業所の報告をして、意見を頂いたり、入居者家族と交流して頂いています。	自治会に加入し、ひな祭り・夏祭り・敬老会・クリスマス会等の地域行事に参加している。開設時から季節毎に地域の人との「食事会」を開催している。何時も20人を超す地域の人達の参加が有り、利用者・家族・職員を含めホーム全体と地域との交流が深まり、気軽に何でも相談できる信頼関係が出来ている。毎月のお楽しみレクにボランティアの協力も得ている。	
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	季節ごとに地域の方々とお食事交流会を開催しています。参加頂く方も20人を超え、気軽に相談できる関係が出来つつあります。ご家族の介護で困った時など アドバイスさせて頂いています。	/	/
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	運営推進会議はおおむね2ヶ月に 1回開催。事業の報告を行い、包括支援センターや地元の自治会、利用者家族も参加、家族の介護の悩みを聞いたり、運営のアドバイスを貰っています。	地域包括支援センター職員・自治会長・婦人部長・家族の参加を得て、原則偶数月に開催している。利用者の状況・行事等ホームの運営状況の報告をして、参加者の意見・アドバイスを受けサービスの向上に繋げている。	地域密着型サービス事業所のより良い運営の為に、出来るだけ多くの地域代表と福祉関連の知見者の参加が望ましい。役職を限定せず、自治会・老人会や民生委員・福祉委員と医師・薬剤師・ボランティア・他のグループホーム管理者等への参加依頼を期待する。議事録の充実と家族への配布も望ましい。
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取り組んでいる	運営推進会議を通して、地域包括支援センターの方と意見を交換等に取り組んでいます。	窓口の高齢介護課と施設課とは常に連絡を取っている。ホームの運営状況や事故報告等をし、アドバイスや情報をもらっている。市の担当者が出席する福祉関係全体連絡会での研修や情報交換を行って協力関係を築いている。	

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	身体拘束について検討する時間を毎月事業所会議の中でとっています。、日頃のサービスの中で、身体拘束にあたる行為がないか話し合い、認知症の方への対応方法など意見を出し合って介護方法の向上に努めています。出入り口は出来る限り、鍵をかけ無い事を心がけています。	全職員が定例研修会で身体拘束の弊害と該当する具体的な行為を正しく理解して、拘束しないケアに取り組んでいる。毎月、身体拘束適正化委員会を中心に拘束しない介護方法の検討会を行っている。玄関及びユニットのドアは見守りを重視して出来るだけ施錠しないようにしている。利用者の外に行きたい気配を察知して、一緒に散歩に同行するように努めている。	
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	高齢者虐待防止法について研修の機会を持ち、日々の介護サービスの中で虐待にあたる行為がないか話し合いの機会をもち、虐待についての認識を共有しています。		
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	お一人の方が成年後見人制度を利用されています。スタッフ会議等で制度の理解を進め、今後必要と思われる方がおられたら、地域包括支援センターと連携し進めていきます。		
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 利用契約書に基づいて説明を行い、疑問点や質問には分かりやすく事例を挙げて説明しています。十分に納得して頂いた上で契約しています。		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議や、計画作成担当者が定期的にご家族に連絡した時に、報告や要望をお聞きしています。検討や共有の必要なものはスタッフ間の連絡ノートや、スタッフ会議等で共有しています	普段の家族の訪問は多いが運営推進会議や食事会・行事への参加も多い。その際管理者・ケアマネを中心に意見・要望を丁寧に聞いて、運営に反映している。外食を増やして欲しいとの家族の要望に応えた結果、ホームでは食事介助が必要な利用者が外食時は自分で箸・スプーンで使って食べれるのが判り、以後出来るだけ自分で食べるように見守っている。	現在、「ホーム便り」を年3～4回発行しているが、今後徐々に発行回数を増やすことを期待する。勤務や遠距離の為、度々の訪問の困難な家族もいるので利用者のホームでの暮らし振りと行事・レク等をお知らせし、安心と行事・レク・運営推進会議等への参加喚起に役立つと考える。

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	日ごろの介護の中で、職員が気づいたことは連絡ノートに記入 改善や共有が必要な内容に関しては、スタッフ会議で話し合っ共有しています。	管理者と職員のコミュニケーションは極めて良く、相互信頼関係も築かれている。毎月、管理者とケアマネジャーも出席してリーダーを中心にフロア毎にスタッフ会議を開催している。利用者について気になる点やそのケアの方法・行事・業務改善等全般について話し合っ、運営に活かし職員のモチベーションを高めている。	
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	毎月の管理者会議にて実績の報告、労働管理等について確認していますまたスタッフとは定期的に面談し、個々の介護目標や仕事に対する意欲を聞く機会を設けています。人事評価制度を導入、賃金アップに繋がっています。勤務時間はタイムプロで管理、過度な残業になっていないかなど勤務状況の確認を行っています		
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	毎月の事業所の会議では、その時々にあったテーマを選んで研修の時間を設けています。また採用時、初任者、リーダー、看護師 管理者など立場に合わせた研修を本部の人事で企画しています。資格の取得に関しては 奨励金が出る資格取得援助制度があります。		
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	先進的な介護実践をしている他の事業所の講習に参加し良い処は導入しています。また他の事業所に見学に行き、運営面での交流や意見交換をしています。		
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	相談のあった段階で、見学や訪問の機会を持ち何に困っているのかなどの確認を行っています。必要に応じておためし利用をしてもらった後にご本人さんに納得して利用してもらっています。		

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
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	相談のあった段階で、見学や訪問の機会を持ち何に困っているのかなどの確認を行っています。 ご家族の事情も十分お聞きしながら、必要な支援の確認をしています。		
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	本人が出来ること、家族が出来ることを確認し、望んでおられることと、事業所が出来ることを話し合い、本人や家族が出来ることは継続してもらえ事も確認したうえで、サービス内容を相談しています。		
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	日常生活の中で、食事の準備や食器洗い、洗濯を干したり、たたむなど出来る事は一緒にして頂いています。また職員も利用者と一緒におしゃべりをしながら楽しく食事を摂っています。		
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	ホームでの様子や往診時の報告など計画作成担当者や管理者よりご家族に報告しています。面会が少なくなっているご家族には来訪をお願いしご本人との交流の機会が持てるように支援しています		
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	利用者や家族の意向を聞いて支援しています。地域の公園へ出かけたり、近隣の方との食事会等による交流の機会も持っています。友人やご家族には気軽にお越しただけの環境づくりに努めています。	友人や自宅近所の知人達の訪問が有る。温かく迎え関係が持続するように支援している。馴染みの美容院を今も3人が利用している。家族が付き添えない時は職員が送迎の支援をしている。現在は、食事会で意気投合した地域の人や利用者同士の新しい馴染みの関係を築いたり、近くの公園やスーパー・コンビニを新しい馴染みの場所となるのを支援している。	

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	職員と一緒に座っておしゃべりをする事で、話題に入るのが苦手な方にも声をかけ一緒に過ごしています。またみんなが参加できるレクレーションや体操の時間をもち、一緒に楽しく過ごせる工夫をしています。		
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	契約終了後の近況の確認や、困り事の相談にも引き続き支援できる関係作りに努めています。		
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	計画作成担当者や管理者が家族や本人の思いの確認をしています。会議や記録で共有し、本人の望む暮らし方を家族の思いだけにならないで、本人が本当に何を望んでいるのかを把握出来る様に努力をしています。	理念の「・・・本人が望むくらしができるように手伝う」為に、利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望を日常の関わりの中で把握するように努めている。何気ない些細な言葉や仕草から察知したり、入浴や散歩等の心身のゆったりした個別ケア時に把握して申し送りノートや入居者記録に書留め、ケアカンファレンスで検討して介護計画に繋げている。	
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	本人や家族から、これまでの暮らし方や、興味のある事、サービスの利用状況や満足度を聞き取り、環境を大きく変えずに、安心できる支援を心がけています。		
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	日常生活の中から得た情報から、本人の思いや出来る事の把握に努め、残存能力の維持が出来るように支援しています。		

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
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	定期的に、担当者会議を実施、初回は利用者が今まで利用していたサービス事業者やケアマネジャーにも可能な限り同席してもらい、情報や意見を出しあって、必要な支援の確認を行っています。	介護計画は原則、短期目標の6カ月毎にサービス担当者会議で見直しの要・否を検討している。本人・家族の意向・要望を基にアセスメントシート・入居者記録・モニタリングチェック表・主治医・看護師の意見を取り入れて、本人の現状に即した介護計画を作成している。状態の変化が生じたら、主治医・看護師に相談し直ちに変更している。	
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	毎日の入居者の気になる事や、気付いたことを入居者記録に記入し、それを職員全員が目を通して見ている。特に介護計画の変更が必要な場合などは会議で提案し話し合います。		
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	本人や家族からの要望等については、必要に応じてサービスの組み立てをしています。		
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	地域の祭りに親しんで頂いたり、又、ボランティアに施設に来てもらい唄や手品など楽しい時間を過ごせるよう支援しています。		
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	利用者・家族の意向を聞き、かかりつけ医と連携し、情報共有をすすめています。	本人・家族の意向を尊重して受診を支援している。現在、内科は全員がホームの協力医による月2回の訪問診療を受診している。歯科は口腔ケアを兼ねて毎週来ているが必要に応じて受診している。主治医と看護師による緊急時対応と24時間対応体制が整っているため、利用者・家族・職員とも安心である。	

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
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	気になったことはその都度相談。個々の利用者の体調や変化を共有し、相談して、必要なときは家族に連絡しています。また、多機能ホームの看護師とも情報を共有しています。		
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	必要に応じて面会に行き、医師や看護師医療相談室と情報交換を行っています。又、退院に向けての日程調整や、利用者の状報や状態を確認するなど連絡に努めています。		
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	看取りの指針を作成 ご入居の契約の際に確認しています。 その時が近づいたと思われるときはかかりつけ医やホームの看護師、多機能ホームや訪問看護ステーションの看護師とも連携して支援に取り組めます。	「重度化や終末期における対応指針」について入居時に説明を行い、本人・家族の同意を得ている。重度化した場合、主治医が状態を説明し家族の意向を再確認しながら看護師・職員と終末期に向けた方針を本人本位に検討し・共有してチームケアに取り組んでいる。職員の看取りケアの研修を行って、昨年1人の看取りを経験した。	
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	救急対応マニュアルを作成 全館で協力して対応出来る様 研修の機会を設けると共に毎月の会議で利用者ごとの危機管理予測など話し合いをして情報共有しています。		
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	1階の小規模多機能事業所と共同で年2回の避難訓練を計画しています 大規模震災を想定したBCPマニュアルも作成し、自家発電や備品の備蓄など有事にも備えています。	年2回の消火・避難訓練の他、大規模震災を想定したシュミレーション訓練を1階の小規模多機能事業所と一緒にいった。職員全員の緊急連絡網も整っており、訓練を実施している。備蓄は、3日分の水・食料の他、介護用品・自家発電機・ガスコンロ等も用意している。	

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	人生の先輩として声掛けには気をつけています。配慮が足りないときには、気が付いた職員が注意しています。職員は出来る限り利用者と一緒に座って話をするように心がけています。	毎年定期的に接遇・人権・倫理・プライバシー等に関する研修を行っている。利用者を人生の先輩として尊重し、丁寧で穏やかな言葉かけと対応をするように努めている。気になるケースが有ったら、職員同士が注意を喚起している。居室は施錠が可能で内・外から開けられるようにしてプライバシーを損ねない支援をしている。	
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	出来るだけ希望を聴き、利用者本人が選択できる機会を作っています。今年度はお一人ずつの希望をお聞きしてのお出かけ企画にも取り組みました。		
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	利用者一人一人のペースを大切にし、レクリエーションなども強制せず、様々な提案をして、選択してもらっています。		
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	利用者の好みを大切に、身支度の支援をしています。迷っておられたら、声掛けやアドバイスが無理の無い範囲でしています。		
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	毎日の食事は利用者と職員と一緒に食べています。また、食事レクとして一緒に作って食べる機会ももうけています。食器を洗ったり、拭いたり片付けも無理のない範囲で、職員と利用者一緒に行っています。	給食業者から汁ものも含め全食調理・形態整え済みの副食が配達され、温めて利用者に提供している。利用者は、可能な限り食器洗いやテーブル拭き等の後片付けを職員と一緒にしている。年3～4回の利用者希望の手作り食事レクリエーションと季節毎、年4回地域の人や家族を招いての食事は地域と利用者・家族・職員の楽しみと交流の場となっている。	

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
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	お茶やコーヒー、ジュースなど、利用者が好きな飲み物を選べるように用意しています。水分ゼリーなども用意し水分量の少ない方や飲み込みが難しい方に摂取してもらっています。		
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	食後は必ず歯磨きの時間を設け、お一人ずつ声をかけて支援しています。歯科の訪問診療も必要な方には入ってもらっています。歯科衛生士より職員が指導を受け口腔衛生に取り組んでいます。		
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	排泄チェック表を確認し、定期的に声をかけ、トイレ誘導しています。トイレには、ファンレストテーブルを設置し、車いすの方も自分で移乗できる環境づくりに取り組んでいます。	排泄チェック表で一人ひとりの排泄パターンを把握し余裕を持って誘導してトイレでの排泄支援を行っている。尿・便意を自覚しての排泄完全自立者が16名中7人で、昼間のオムツの着用者は居ない。トイレには、車椅子から自力で移乗出来、前傾姿勢で排泄し易いファンレストテーブルを設置して安全確保と自立に向けた支援をしている。	
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	体操をしたり、1階の花への水やりや散歩に出かけるなど、適度な運動を取り入れています。また、食べやすいようにやわらかく調理された野菜のメニューも取り入れています。		
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	個別浴槽で お一人ずつ入浴してもらっています。その方のタイミングを見計らって介助しています。体調が思わしくない日や不穏な時は翌日に変更するなど臨機応変に変更しています。	入浴は、週2回を原則として支援している。体調や希望によって足浴や清拭・シャワー浴など臨機応変に対応している。5月には菖蒲湯・12月冬至のゆず湯や各地の名湯入浴剤で入浴を楽しむ工夫を凝らしている。入浴を嫌がる場合は、無理強いせず日時や人を替えて気持ち良く入浴するように努めている。	

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
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	1人ひとりの希望に応じて、休息出来る時間を設けています。 消灯時間も特に無く、一人ひとりのリズムに合わせて、気持ちよく寝て頂けるように支援しています。		
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	契約時 内服薬の説明書をコピーさせてもらい、看護師のチェックの元、個別ファイルに保管しています。薬はホームでお預かりして、服薬マニュアルに沿って決められた服薬時間に飲んで頂いています。		
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	園芸の好きな方には、1階玄関の花を育ててもらったり、編み物や一緒に歌を歌うなど個人個人が楽しく参加できるレクの提供に心がけています。気分転換に散歩の出かけたりもしています。		
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	天気の良い日や暖かい日は、施設の外に出て頂いたり、近くの公園へ出かけていきます。できるだけ個別の希望にも対応している。	天気の良い日は、利用者の体調や希望に沿って外に出かけるよう支援に努めている。桜や藤の花が咲き、四季の草花の植えてある近くの公園や日用品の買い物を兼ねてスーパーやコンビニに出かけている。外気に触れ五感を刺激し季節の移ろいを体感する支援を行っている。自宅に帰ったり、墓参り等は家族の協力を得て、利用者の思いに応えている。	
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	現在お金をお預かりはしていませんが、一人ひとりの希望により、お買い物に同行し、欲しい物を購入して、買い物を楽しんで頂いています。代金は立替にて対応させて頂いています。		

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
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	ご希望があれば、いつでもご本人が電話をしたり、必要なときは代理でかけたりしています。		
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	定期的に外気を取り入れ、換気や湿度に気を配っています。 利用者が好んで見る時以外はテレビを付けず、好みの音楽を流したり、おしゃべりを楽しめるよう気を配っています。	リビング兼食堂やユニット入り口・廊下・トイレは広く明るい。清掃も行き届き清潔感がある。組み合わせを変えられる低めの六角テーブルと3通りの座高に合わせた椅子の配置は利用者の希望を聞き、時折模様換えて気分転換を図り居心地良く過ごす工夫をしている。壁面に利用者と職員の合作の塗り絵や写真が飾っており、温かみのある雰囲気醸し出している。	
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	六角テーブルで、隣の人と近すぎず、遠すぎない自然な距離がたもて、他の人の顔を見ながら、会話が弾みます。ソファで一緒におしゃべりを楽しんだり、居室で一人の時間を楽しむなど、思い思いの場所で過ごしていただいています。		
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	ご自宅で長年使われていた調度品などや枕や毛布など使い慣れたものを持参していただいています。できるだけ、これまでの環境に近い生活をしていただけるよう配慮しています。	エアコンや照明器具・スプリンクラー・ナースコールが設置されている。利用者は自宅で使い慣れたタンスやテレビ・椅子等を持ち込み、家族の写真やお気に入りの人形・ぬいぐるみ等を飾って今までと変わらぬ落ち着いた居心地良く暮らせるように支援している。	
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	車いすの方も、自走できるものを準備し、出来るだけ自分で移動したり、低座面のイスで、足を床にしっかりとつけて座れて、立つことそのものがリハビリになる環境整備をしています。		