

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	2772403149		
法人名	株式会社ケアライフ		
事業所名	ウイズユー		
所在地	大阪府枚方市三矢町6-12		
自己評価作成日	令和2年6月10日	評価結果市町村受理日	令和2年8月18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	令和2年7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)】

四季折々の花の見学にお出掛け頂く企画をし、実施しています。毎日タクティールケアをし、又、希望があれば、足浴もし、心身共にリラックスして頂く時間も設けております。ほとんどの方は、車椅子での移動ですが、トイレに誘導の際、なるべく、歩行をして頂き、ADLの低下の防止に努めております。また、健康で怪我も無く過ごして頂くお手伝いはもとより、一日を楽しく過ごして頂くには、何をしたらよいか、常に考え支援する事に努めております。

【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)】

当施設は、永年にわたり訪問介護事業を運営してきた法人代表者が満を持して平成17年に開設した施設である。現在、同地区内には当施設の他に認知症対応デイ、デイサービスなどの介護関連施設等、合計12施設が集結するケアセンターの様となり、各施設間では互いの連携が図られて職員研修や行事開催に活かされている。当施設では、利用者とのふれあいを大切にきてきている。殊に毎日昼食後に実施しているスウェーデン式のタッチケアを利用者全員にしている。また工作づくりやトランプ遊びなど様々な日替わりメニューのレクリエーションをスケジュール化して実施している。現在、入居者の平均年齢が90歳を超えているが、直近5年間に退所者がいないのは、職員とのふれあいの多さの効果が表れていると思われる。

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、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	一人ひとりの人格の違いを尊重し、その人らしい一日の暮らしを心掛けます。ゆとりを持った対応、さりげない介助、優しい雰囲気、地域への外出や社会とのふれあい、暖かい暮らしを作っていく事に努めます。	施設独自の理念を作り、玄関入り口に簡条書きに表現して掲示している。職員は日常的に施設理念を確認しながら毎日の利用者との入浴や食事介助などの触れ合いの場面で活かしている。	
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人として日常的に交流している	地域ボランティアや保育園との交流、地域行事への参加、近隣公園や店舗等への散歩に取り組んでいます。	施設として開設当初より自治会に加入して、地域と交流し、地域に根付いている。毎月第2日曜日に旧街道である前の通りで開催される市や地域の秋祭りでは地域住民と交流している。	
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	自発的に地域の方との話し合いや会議や講習の場を作っていないが、相談や見学や問い合わせがあれば出来る範囲での説明や対応を行っている。また運営推進会議での民生委員を通じて近隣での認知症や独居の課題や困難なケースの相談を受け対応している。	/	/
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	運営推進会議の構成員であるご家族や民生委員や包括支援職員等からの意見や質問や希望等を受け検討し、出来る限りの工夫やサービスの改善に努めます。	運営推進会議は、偶数月の第2水曜日に地域包括支援センター職員、自治会長、法人代表、法人役員、管理者などが参加して開催している。管理者は施設の現況や今後の予定を報告し、出席者と意見交換をしている。出席できない家族へは、会議内容を書面で知らせている。	
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	課題や問題がある際は、市の担当者と連絡を取り合い、又地域の個別案件等の相談は包括支援担当者や民生委員等と連絡を取り合い課題の解決・改善に努めています。	利用者の半数が生活保護受給者であるので市の福祉担当者とは日ごろから相談をしたり報告をしている。施設で問題が起こった時には市の担当者に報告と相談をして問題解決にあたっている。	

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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	安全確保するための例外を除き、職員全体で身体拘束しない事への取り組みや説明を行っています。	施設では身体拘束廃止に向けての施設としての指針を文書化して定めている。職員は法人全体の合同ビデオ研修を毎年受けている。しかしながら身体拘束委員会の開催は定期的には行われず、開催議事録を確認できない。	身体拘束廃止に向けての委員会を運営推進会議の中で開催するなどの工夫をして、身体拘束廃止に向けての議論を深めるとともに議事録を作成し、職員と情報共有することを期待する。
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	高齢者虐待の講習会があれば参加し、また日常ある問い合わせや持ち寄られる相談に金銭的・身体的虐待や介護放棄や詐欺商法があれば、市の相談窓口や包括支援担当者や民生委員に相談し対応法の進言や職員への周知など取り組んでいる。		
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	日常生活支援事業や成年後見制度についての説明会や講習会があれば参加し、また個々のケースに合わせて市の相談窓口や包括支援や民生委員等に問い合わせ、支援の参考にしている。		
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	契約や解除の際、十分な面接時間と分かりやすい説明や対応に心掛け、また新たな加算や改定による負担等についてもわかりやすい説明や対応を、ケースにより万節や電話や文書を利用しながら細やかな対応を心掛けています。		
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	職員や管理者が認知症の利用者へのわかりやすい説明や意見交換に努め、ご家族へもわかりやすく面接の時間を設けたり、ケースによる電話対応やファックスや文章による説明や意見交換し運営の改善に努めています。	入居者6名のうち半数以上の方の家族は音信不通の状態にあり、2名の方の家族とは毎月来所時に管理者は必ず声を掛けて、状況報告をし、要望や意見を聞いている。家族の要望としては好きなものを食べさせてほしいなどの食事の好みのことが多い。施設としてその要望をメニューに活かしている。	

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	日頃から職員一人一人と管理者が話し合う時間や場所を設け、また月に1度グループホーム全体会議を行い、積極的に職員からの意見や課題を聞き取り、サービスの向上、職場環境の改善に努めます。	管理者は、職員とは日常的に個別に話し合いの機会を持ち、職員の希望や意見などの思いを聞いた内容を、毎月の管理者全体会議で本部役員に伝えて職員の意見が反映できるように努めている。	
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	職場や管理者の努力や実績を考慮・評価し給与への反映、また各々の働きやすい労働時間の調整、やりがいのある役割の配分、備品や設備等の職場環境の整備に努めています。		
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	毎月定期的に法人施設職員全体を対象に、介護技術や認知症の理解などのビデオ研修を行い、知識や技術の研鑽の支援を行っています。		
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	地域や市の勉強会や同業の事業者連絡会等に積極的に参加・意見交換している。		
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	利用初期または利用前の面接や話し合いの時点から、ご本人の希望・訴え・嗜好・今までの環境等の聞き取りを行いながら、傾聴や意見の肯定の心掛け、本人との関係作りに努めます。		

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	利用初期に家族との面接等での聞き取りや分かりやすい説明に努めると同時に、家族と担当者や職員との関係作りも重点を置きながら行う。		
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	初期の段階ではまず本人の安心・安定した日常生活サイクルの構築に重点を置いて、何が必要かを考慮し出来る限りの範囲で準備・連絡・調整を行います。		
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	本人の状態によるが、可能な限り本人の出来る事や役割を探したり、参加できる作業を準備し取り組んでもらう事により、共同生活に参加している事を徐々に認識して貰う。		
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	初期の家族との聞き取りや相談の段階から、いままでの家族と本人の背景や関係の状態を聞き取り、一方的な家族や施設への負担にならない様、また家族の都合で疎遠や関係が悪化する事も無い様考慮しながら支援を行う。		
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	日頃から、今までの生活の背景や嗜好等を聞き取り把握し、対応可能な範囲で、友人知人との関係の再構築、今までの生活場所への訪問等、実現させる事により本人の心の安定を図る。	現在、コロナ禍の影響で外出できていないが、それまでは淀川の河川敷公園やショッピングセンターの馴染みの店や旧街道沿いの定期市に職員と出かけて地域の人と交流してきた。現在、併設の認知症デイの馴染みの利用者とは交流している。	

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	利用者一人ずつの状態や性格を把握し、共同生活の上での役割を探したり、利用者同士が友人や家族の様な関係になれる様配慮し支援します。		
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	利用契約の終了や転居・入院等、家族や先の関係者等へも、本人の変化に対する悪影響も考慮し、今までの経過や傾向・療養の情報等の提供等、必要に応じて相談や協力を努める。		
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	利用者の状態によるが、利用の初期の面接や聞き取りの段階から、個別レポートの形式で情報収集しながら、本人希望の生活サイクルや嗜好また後の目標等を把握し、また訴えの困難な方は本人の立場になり支援する。	入所時に、管理者は家族や居宅ケアマネからそれまでの本人の様子や趣味や好みなどを聞いて、本人の「課題分析表と基本情報」に記載して把握している。入所後は、本人に希望や要望を聞いたり、表情で確認しながら本人に寄り添って支援をしている。	
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	職員や家族や本人から私的な内容に配慮しつつそれぞれの関係作りを意識しながらも、可能な限り、本人からの意向や今までの生活で思いの強いものや、家族や関係者からの経緯や背景等の出来るだけ多くの情報を共有し支援に繋げる。		
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	今までの生活で繰り返し行ってきた事や嗜好にも配慮し、現在の状態で共同生活で出来る作業や役割や、ある程度の気分転換等も取り入れながら把握に努めている。		

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
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	本人からの聞き取りや家族や関係者から知り得た情報等も十分検討しながら、職員や計画作成者も含め、現在の状況と共に考慮し作成する。また定期的に見直し再評価したり、本人の変化にも応じた内容の再考、新しい案への変更も必要。	計画作成者は利用者本人の日々の記録や毎月のモニタリング記録を確認し、かかりつけ医の意見を参考にし、管理者介護職員とサービス担当者会議を開いて長期1年短期半年の介護計画を立てている。家族は後日来所時や郵送で確認している。本人の状態が変わったときはその都度、計画を見直している。	
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	日常の様子や変化の内容を記録し、職員で情報を共有する。計画を基にケアの実践、要観察し再検討や見直しする。		
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	本人の状態の変化や過去や今までの生活への思いの強さや、家族や家族間での状況の変化等に出来る限りの臨機応変な対応を心掛けている。		
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	地域のボランティアや民生委員の方の支援や、また近隣の神社や公園やデパートや他施設等の利用、近隣の保育園との交流等、利用できる地域の施設や人との交流等あらゆる方法を考案し実践し、本人の地域への参加や認識につなげる。		
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	本人や家族の相談も良く聞き取り、以前から慣れている係り付け医を主にしながら、本人の心身の状態の変化、通院の状況、家族の都合や意向の配慮して、継続した係り付け医や往診への変更や他の医科への変更等、家族意向の受け取り組んでいる。	利用者は、入所時の家族の承諾の上、協力医(内科)をかかりつけ医とし、毎月2回の診察を受けている。皮膚科や耳鼻科など他の専門科については、管理者が同行して受診の支援をしている。歯科については、毎週訪問歯科が来所して希望者の治療をしている。	

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
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	日常の変化やちょっとした事も、医療連携看護部や係り付け医へ相談連絡し指示やアドバイスを仰ぎ、迅速に処置や実践行う。また普段から相談連絡し相談しやすい関係に努める。		
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	入院の際には迅速に現在までの状態の報告と介護情報等や身の回り品の提供を行い、また入院中や退院の前に様子や診療情報をもらい、退院に向けてまた退院後の生活の計画を考慮する。		
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	終末期の取り組みと説明は時期や内容の取り決めが困難を伴うが、家族や関係者の心情も配慮し、状態と協力医療体制等の準備と共にタイミングを見計らい家族や関係者と共に話し合いの場を作り、方針や内容の決められる範囲で決定し共有する。また職員への周知の徹底も行う。	施設は、利用者が重度化した時の指針を定め入所時に本人・家族に同意を得ている。終末期に近づいた時は家族とかかりつけ医と管理者で話し合いを行い、確認をしている。施設での看取りを希望するときは、家族は施設と同意書を交わすとともにかかりつけ医とも別途同意書を交わして看取り体制を整えるが、最近では事例がない。	
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	急変時の施設で出来る範囲の処置や対応の周知、ちょっとした変化の気づきの際も早目に医療機関への相談連絡する事の徹底、また緊急時の連絡網や方法も周知し実践する。		
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	消防から指導されている「まずは火や原因を出さない事が最大の防止になる。」事も日常的に注意し、定期的災害避難訓練を行い、避難方法を職員一同周知徹底している。	施設では、消防訓練を年2回(夏と冬)消防署に消防訓練計画を届けて併設事業所と合同で実施している。訓練計画は避難方法や役割分担を詳細且つ具体的に取り決めて立てられている。備蓄品は、フロアの倉庫に三日分の水と非常食が保管されている。	これまで2回の消防訓練は昼間想定でしか実施されていないので、その内1回は夜間想定訓練を実施し、夜勤専従者にも周知するとともに近隣にある同じ法人グループの夜間対応訪問介護事業所と連携して、有事の際の協力体制を作ること期待する。

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	理念と同じく、お一人ずつの人格の違いを尊重し尊重した対応を心掛け、その人らしい暮らしを心掛けます。またその方から知り得た情報やプライベートな内容に配慮し、職員全員でプライバシーの確保に留意します。	職員の利用者に対する声掛けや接する態度は丁寧過ぎず、押し過ぎず、穏やかで家族的な雰囲気である。羞恥心やプライバシーの確保にも配慮が感じられる。職員には入職時接遇訓練と全員の研修を行っている。個人情報書類は鍵付きのロッカーに適切に保管されている。	
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	日常生活の場面ごとにある物事の決定に、自己の判断の自由の確保、また難しい場面では自己判断の促しや支援を行う。好き嫌いや嗜好あるいは執着されている事柄等、様々な場面で聞き取り理解し、個別に快適な暮らしや環境作りに取り組む。		
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	本人が出来るだけ不快な思いをせず少しでも安心して過ごせる。また自分の現在の能力や理解力で出来る役割やルーティンな作業をする事で落ち着きや少しでも満足してもらい、あんでいた心理状態を保てる様努める。		
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	ご自身の清潔保持は日常的に支援し、またなぜ身だしなみや服装に無頓着になられたり気付かなくなられたかを理解し、何度でもさりげなく促しや声掛けを行い、また機会を見つけてはおしゃれについて話し合いこだわりを理解し支援する。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	皆様高齢とともに、日常生活レベルの低下により、食事一連の作業をご利用者と職員ができなくなったため、職員だけでの手作りにこだわり季節の材料の鍋料理や鉄板焼きを使った料理等を提供していく。	食事は系列の配食サービスから出来上がったものが届けられ、ご飯と吸い物は事業所で作り、利用者によっては刻み食に加工して提供している。朝食は夜勤者が作る。おやつは買入れたものを提供している。時々お好み焼きや鍋料理を皆で作って楽しむこともある。回転ずしへ外食に行ったこともあったが、コロナ禍で自粛中である。	

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
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	個別の咀嚼や嚥下能力を把握し、適正な量や状態での提供、また事前から個別聞き取りで嗜好やアレルギー等を把握し、水分量の注意や食事制限や糖分塩分カリウム等にも注意しながら、楽しみにして頂ける料理の提供に取り組む。		
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に、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	起床後や食事後または眠前等に、個別で本人に合った口腔ケアを心掛けている。また咀嚼や嚥下能力の低下を少しでも予防する為に、個別で訓練のストレスを感じない様な遊びを交えながら口腔リハも考案し実践する。		
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	事前に関係者や家族や医師から排泄の能力等情報収集し理解し、日常時の支援中にも便意尿意のサインを様観察し促しや工夫を行い、それぞれに合った排泄の支援を行う。またサインや周期を把握し、事前の声掛けや自立に向けての排泄パターンを促していく。	入居者6人中1人は布パンで後はパッドやリハパンを使っている。それぞれに時間を決めてトイレに誘導し、自立排泄を支援している。トイレ誘導でパッドが濡れていないこともあり効果を上げている。体力の弱い利用者には、2人介助する。夜間は専任の夜勤者を配置し、できるだけ睡眠を優先している。2時間おきに見回り、1回位おむつの交換をしている。	
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	便秘や尿カテーテルの詰まり等に対しても、食事内容や飲料物の工夫、また医療への細やかな連絡相談により的確な服薬処方への改善に取り組む。		
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	個別聞き取りや普段の会話から入浴に対するの思いや希望を把握し、個別の入浴方法や時間帯や周期を考慮し、入浴の促しや準備や支援を行う。また重度化の傾向に対してもリフト浴や入浴介護での対応を実践している。	週2日の入浴を支援している。希望に沿って時間や日は柔軟に対応している。体力の弱い人にはリフト浴で対応し、体調の悪い時には、足浴やシャワー浴で対応し清潔を保持している。入浴中浴室に音楽を流し、リラックス効果を上げている。入浴剤は毎回使用、肌に潤いを与える効果がある。	

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	事前に関係者や家族から、睡眠の状況や休息や昼寝等の把握、また医療からの処方の確認や出来る限り薬に頼らない安眠方法や疑似薬等の工夫も考える。また入眠時等も強制せず、夜間の不眠時も穏やかな対応を心掛けている。		
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	お一人ずつの個別の処方内容を事前に医療や家族から処方の内容情報や服薬の状況や目的、また服薬管理を実践しながら効果や様子の様観察し医療への連絡相談につなげ服薬の支援を行う。また嚥下の低下等に対してもゼリー等で工夫し提供している。		
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	普段からの傾聴やお話の上で嗜好や希望を聞き取り、個別のレポート等に反映させ把握や共有また新たな支援の提案につなげている。集団レクへの押し付けの参加では無く、個別の嗜好や希望や好みに合った役割や楽しみを支援する		
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	事前からまた普段から本人の希望や思いの強い事柄の傾聴、また家族や関係者からも嗜好や行きたい場所・地域の行事・好みの店等を聞き取り参考にし、買い物や散歩や参拝や外食等の準備や実践の支援を行う。	近くの公園、コンビニへの買い物、馴染みの喫茶店、近くの神社、枚方大橋付近等へ外出している。また事業所の屋上庭園へ出て外気浴を楽しむこともある。コロナ禍の為遠くへの外出は自粛中であるが環境が好転すれば、車で茨木のバラ園、百済王神社へも行きたいと思っている。	
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	事前から預かり金制の説明、本人の状態、管理能力の有無など聞き取り打ち合わせ、個別の本人に合った金銭管理方法を実践する。		

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
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	今迄の生活で関わって来られた人との関係を尊重し、手紙や電話のやり取りを支援する。手紙書きが困難であっても準備や支援し、電話の取り次ぎや通話の見守り支援し内容の確認や本人の希望に近づけよう支援する。		
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	共用の空間には個別のお気に入りの絵や写真等の掲示、バリアーの排除、明るさの調整出来る天窗や出窓また中庭も完備している。また加湿計温度計配置し加湿器床暖房なども管理実践している。また大型テレビ・書物・雑誌・CD・ラジオなど完備し居心地よく楽しくすごして頂く工夫している。	玄関ホール、廊下には絵画が飾られ 画廊を思わせる。リビングにも絵画が懸けられ利用者の行事写真が大きくして貼られている。そこでは通所介護の利用者も3人一緒に団らんを書作品もあり、落ち着いた空間である。ベランダに観葉植物が茂っている。テレビ他備品が多くあり。なんでも楽しめる部屋である。浴室トイレも清潔である。	
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	限られた空間ではあるが、個別にお話し合いの出来る静養室、仲間と共に景色や夕日を眺め過ごせる淀川向きの出窓のある空間、また京阪電車側にある屋上庭園ウッドデッキペースでおやつを食べる場所を設置している。		
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	各居室においては、基本的に電動介護ベッド、テレビ台付き洋服ダンス、エアコン、床暖房、換気扇など完備し、明るい内装や大きな窓の設置している。またある程度の家具やの持ち込みや今までに慣れてこられた寝具類や小物類の持ち込みも認めている。	ベッド、テレビ台付き洋服ダンス、エアコン、床暖房、換気扇、防炎性カーテンが設置されている。壁に絵画や自作の書作品、好みの写真を張り、使い慣れた家具備品が持ち込まれ、それぞれ使いやすく、住みやすくしている。従来からの生活の継続性が感じられる。表札には部屋ごとに違った花が描かれている。	
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	内部設備は転倒防止手すりや窓の開放制限やガス栓や刃物類の施錠設備は当然しているが、個室は本人の希望に合わせた設備に支援し、共同部も希望の設備や役割の為に用品、また能力補助の為に福祉用具等も可能な限り希望に沿う様備えている。		