

### 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	3390700080		
法人名	社会福祉法人 みずき会		
事業所名	グループホーム ラスパみずき		
所在地	岡山県井原市下出部町872番地		
自己評価作成日	平成 29 年 9 月 1日	評価結果市町村受理日	

※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	<a href="http://www.kai.gokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;idgyosyoCd=3390700080-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd=022">http://www.kai.gokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;idgyosyoCd=3390700080-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	平成 29 年 10 月 14 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)】

開設から7年が経過し、ご家族の希望により、医療と連携しながら2人のご利用者の看取りを行いました。居心地の良い終の棲家になれるよう、職員は外部講師による研修会を重ね対応を行いました。職員は25歳から63歳から幅広く平均年齢は44歳で色々な視点からご利用者をサポートしています。、正職率は88%、介護福祉士取得率は88%です。ご利用者は自分が持っている力をそれぞれに発揮して生活しておられます。ご自分が居心地良いと思われる空間でご自分のしたい事をして過ごされます。外出や外食、地域のボランティア訪問などを企画しご利用者の笑顔が増えるよう毎日の生活をお手伝いしています。離れて暮らすご家族様にも日常の様子を知っていただけるよう、毎月お便りをお届けしています。利用者様の人権を尊重した質の高いサービスが提供できるよう職員個別の研修計画を立て、定期的な勉強会、外部研修会に参加しています。

【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)】

2階建ての蔵を改装したコミュニティスペースの1階では、毎月第2月曜日に認知症カフェを開いたり、製薬会社による勉強会を開催したりして、事業所の有する力を地域の人に向けて活かしている。2階フロアは全職員対象のラspa会議(毎月開催)や運営推進会議(隔月開催)を行ったり、職員の休憩室として活用したりしている。ラspa会議後に行う勉強会では職員が持ち回りで講師を務めることでスキルアップを図っている。また、申し送りの際、利用者が耳にしても問題ない様に名前を出さず居室名(蓮華やセタなど)を使用するなど、プライバシーに配慮した事業所ならではの工夫がある。

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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	事業所理念でもある法人理念の理解を深め、その実践を促すための手段として職員の理解度を年に2回確認している。	事務所に理念を掲示すると共に、名刺ホルダーの裏に理念を書きしるし、全職員に周知している。年2回、会議の中で記述式のテストを行い、どの程度理念が理解できているのかを確認している。	
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員として日常的に交流している	夏祭りやバイオリン演奏会など行事開催時は地域の方を招待してご利用者と一緒に楽しんでいただいている。またお餅つきなど、ご利用者が地域行事へ参加することもある。	事業所の夏祭りでは地域の人と一緒に肉を焼いたり、アイスクリンを作ったりしている。また、事業所の蔵で地域サロンを開いたり、中学・高校の職場体験を受け入れたりして、日常的に地域と交流している。	
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	「さくらんぼの会」(地域サロン)が来所された際、職員が講師になって認知症についての勉強会を行い、認知症への理解を深めていただくと同時に地域の皆さんが抱えておられる悩みや質問に答えた。		
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ヶ月に1度開催している運営推進会議では運営状況や活動状況を報告した後、委員から頂いた意見については真摯に検討してサービス向上に活かしている。	家族や民生委員、自治会長、介護保険課の人などが参加して、定期的に開催している。活動状況や研修報告をしたり、内部行事の提案や災害時の対応について意見を交わしたりしており、生きた会議が出来ている。	
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	分からない事があれば、その都度行政へ電話や赴いて相談を行い、担当者とは顔の見える関係になっている。地域運営推進会議にも毎回出席いただいて地域の方からの質問に答えていただいたりしている。	災害時や警報前には直接連絡してくれる間柄であり、転落の対策について相談したり、ケア加算の手続きや申請などで出向いたりして、密に連携を図っている。	
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	ご利用者の安全を図ることと権利擁護の両立は難しいが、身体拘束廃止委員会を中心とした定期的な勉強会を行うことで、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	年1回、会議の後に権利擁護や言葉の拘束を含めた勉強会を職員が持ち回りで講師となり実施している。また、外部の勉強会に参加して、知識の習得やケアの実践に努めている。	
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	施設内研修で年に1度は「虐待についての勉強会」を職員が講師になって行っている。職員の虐待についての意識を高めることでご利用者に質の高いサービスが提供できるよう努めている。		

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
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	事業所は毎月行っている施設内研修の中で年に1度は権利擁護についての勉強会を行っている。その中で日常生活自立支援事業や成年後見制度のについて職員の知識を深めている。		
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	契約の締結、解約または改定等の際はご本人、ご家族に質問が無いかどうかを確認して、契約事項について納得されるように十分な説明を行っている。		
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	ご利用者とは日頃から何でも思っていることを言っただけの関係を作るとともに、ご家族が来所された際、電話で話した際には不満や要望がないかどうかを尋ねている。また玄関に意見箱を設置している。	面会時やメールを活用して、家族から意見や要望を聞いている。家族から「事業所の周辺を散歩させて欲しい」と要望があり、上靴を購入して職員と一緒に利用者のペースで支援するなど、率直に反映している。	
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	管理者は職員との面談やグループホーム会議、ラスパ会議等で職員の意見や提案を聞く機会を設け、その意見を業務に反映させている。	年2回、人事考課後の面談では、プライベートな事から職場移動に関する事まで幅広く意見や提案・相談を受けている。また、月1回、離職者を出さないことを目的にメンタルケア会議も行われている。	
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	年に2回、職員が自己評価を行う機会を設けて職員各々が業務実践の振り返りと新たな目標設定を行っている。また定期的に面談を行う事で職員の意向を吸い上げ働きやすい職場環境作りに努めている。		
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	年度初めに個別の研修計画を立てて、事業所内外の研修会でスキルアップ、キャリアアップできるようにしている。研修後は報告の場を設け他の職員にも研修内容を反映している。		
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	井原市の連絡協議会や研修会、井原市民病院の研修会等に出席する事で同業者と交流する機会を作り、サービスの質の向上を図っている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居の段階では、ご本人の話を傾聴して気持ちを大切にしながら要望や今までの習慣をお聞きし、不安少なく新しい生活がスタートできるように努めている。		
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	入居の際にはご家族が困っていた事や要望についてもお聞きし受け止める事で信頼関係が出来るように努めている。		
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	入居時にはご本人やご家族が必要としている支援を見極めながらサービス計画書を作り提案説明を行い、了解をいただける様に努めている。		
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	ご本人の持っている力をその都度見極めながら、出来る事をさせていただいている。ご利用者と職員が「お互い様」の関係を築くよう努めている。		
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	ご利用者の現状を知っていただける様にご家族と密に連絡を取りながら、ご家族と共にご利用者の生活が快適なものになるよう協力し合っている。		
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	ご本人の今迄の人生で馴染んだ場所に行ったり、地元の人との関係が途切れないように支援している。	お菓子や服を送ってくれた家族に利用者の嬉しい顔や驚きの顔写真をメールしたり、近所の馴染みの個人商店に行き話をしたり、認知症カフェで同じ町内の友人と会って話をしたり、生活していた場所へドライブに出かけたりして、馴染みの関係を継続している。	
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	ご利用者の相性を考えながらホールでの座る位置を考えている。馴染みの関係の中で安心して暮らせるように職員はご利用者の関係を繋いでいる。		

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
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	グループホームで看取りを行なった方の奥様からも連絡や相談がある。話を聞いたり、相談にのって必要なサービスが提供できるよう支援している。		
<b>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</b>					
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	ご利用者には各担当職員が付いている。その職員が中心となってご利用者のその時々ニーズを発信、検討し、適切なサービスに繋げている。	利用者の思いや意向等の把握は、各担当職員が行っている。把握した内容は3ヶ月に一度、便りとして家族へ送付している。困難な場合は、表情や態度で汲み取り、生活歴や現状と照らし合わせながら検討している。	
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	入居時のアセスメントの他、此処で生活している間に段々分かってくる情報についても職員で共有し、サービスの向上に活かしている。		
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	ご利用者の変化や気付きは申し送るとともに記録に残し、職員皆で共有する事でご利用者の状態把握に努めている。		
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	ご本人やご家族の意向を伺い、担当職員と話し合い、必要時は医療関係者にも確認を行いながら、現状に即した計画書作成に努めている。	担当職員が家族や利用者から聞き取った意見等は申し送り時に話し合わせ、計画作成担当者がケアプランを作成している。協力医や往診医の意見もケアプランに反映している。モニタリングは、利用者に変化がなければ半年に1回行っている。	職員参加型のケアプラン作成に期待します。
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	日々の記録は記録システムを使い行っている。職員間でご利用者の情報を共有しサービス実践や介護計画書に反映している。		
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	ご利用者やご家族の状況、新たなニーズにも対応できるよう、その都度職員間で検討を行いながら柔軟な姿勢でサービスを提供している。		

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
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	沢山のボランティアに来ていただいているが、ご利用者の生活を充実するため新たなボランティア開発も継続して行っている。資源を一つでも増やし、ご利用者の暮らしが豊かになるように支援したい。		
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	主治医はご本人やご家族の意向で決めている。ご利用者が適切な医療を受けられるよう、ご利用者各々の主治医との連絡を密に行っている。	協力医の訪問が月1回、往診医は現在2週間に1回来ている。家族の要望を聴いて看取りの時期に入った利用者は往診医にお願いしている。歯科に関しては、月1回、要望のある利用者に対して口腔ケアや入れ歯調整等を行っている。	
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	当グループホームに看護師の配置はないが、ご利用者其々の主治医の指示を仰いだり、併設施設である小規模の看護師と連携を取りながら、医療において適切な対応が出来る様努めている。		
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。	ご利用者が入院された時には病院関係者と情報交換や相談を行い、ご利用者が安心して適切な治療を受けられるよう支援を行っている。		
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	利用契約時には、「重度化した場合における対応に係る同意書」をもって終末期に関して事業所としてできることを説明し、理解と同意をいただいている。	重度化した場合は、協力医や往診医の判断の下、同意書や健康管理書を家族・利用者と締結している。会議の中で外部講師に来てもらい看取りの勉強会を行ったり、看取り後のデスクカンファレンスを行ったりして、チーム支援に努めている。	
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	職員は全員が普通救命救急講習を修了している。急変や事故発生時のマニュアルを作成し、定期的に勉強会を行っている。		
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	甲種防火管理者を配し、年二回の消防訓練を実施している。地域住民にも参加いただき、避難誘導や初期消火の方法等を訓練している。	年2回、小規模多機能や有料老人ホームと合同で夜間を想定した避難訓練を行っている。地域住民も搬送・救出・移動訓練に参加している。消防署立会いの下、通報・消火訓練も実施している。各災害マニュアルは完備できており備蓄品の購入を予定している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	施設内研修で年に1度は接遇の勉強会を行っている。ご利用者の想いを大切にプライバシーを守るケアを行うよう努めている。	トイレのドアの開放や「～ちゃん」付けの禁止など、利用者のプライバシーや誇りに配慮した対応・言葉かけをしている。また、利用者に話しかける際は、表情を見極めながら対応している。	
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	生活の色々な場面での決定権はご本人にあると考え、ご本人が決めることが出来るよう想いを傾聴したり提案して支援している。		
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、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	ご利用者個々のその時々のお気持ちを大切に生活を支援している。食事や入浴についてもご利用者の体調を考慮し要望に応えられるように努めている。		
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	訪問美容がひと月に1度ある。希望される方はその時に散髪や毛染め等を行っている。またご利用者、ご家族の希望がある場合は馴染の美容院に行けるように支援している。		
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	年間計画を立てて、ご利用者と一緒に料理やおやつ作りを行っている。季節の行事食や外食なども行い、食事が豊かで楽しみなものになるよう力を入れている。	平生、食材は宅配サービスを利用し調理は職員が行っている。月4回行事食があり給食委員会でメニューを考案し、実施後は利用者の意見を聞いた職員からはアンケートをとって次に活かしている。食事の下準備や机拭き等、利用者も出来る範囲で参加している。	
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	其々のご利用者に合った量、形態で食事を提供している。毎月測定する体重を確認しながら食事量を検討している。水分量も不足しないよう記録管理し、飲み物の種類も豊富に用意している。		
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	口腔ケアの重要性を認識し、口腔ケアには特に力を入れている。ご家族が了解された方は月に一度の歯科往診で口腔ケアを行ってもらっている。歯ブラシ・コップは定期的に消毒を行い、清潔保持に努めている。		

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
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	ご利用者個々の排泄パターンを把握してトイレ誘導や、排泄介助をすることでご本人の不快感や負担が少なく排泄ができるよう支援を行っている。	利用者に合わせて、トイレ誘導の時間を変更している。昼夜問わずポータブルトイレを使用するなど、個々に合わせた排泄支援を行っている。	
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	申し送りや記録で排便状態を把握している。食事内容や水分摂取量、体操で予防に努めている。必要時は主治医から処方された薬の服用を行い便秘にならないよう気を付けている。		
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ず、個々にそった支援をしている	ご利用者の身体状況に合わせて特殊浴槽、普通浴槽を使用している。	最低週2回は利用者の身体状況に合わせて機械浴槽や個浴槽を使い、一人ずつ入浴支援を行っている。入浴拒否があったり身体状況によっては日や時間を変えたり清拭等に変更して対応を行っている。	
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	ご利用者の生活リズムや希望に合わせて休みたい時に休んでいただけるよう支援している。シーツ交換を定期的に行い、清潔な環境で安眠できるように支援している。		
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	処方薬の変更時は申し送ると共に記録を残して薬の詳細を共有している。月に2回、訪問薬剤管理指導の薬剤師に症状を伝え適切な服薬が出来るよう努めている。服薬は職員二人の目で確認し飲み込むまで見守る。		
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	ご利用者の意向を大切に、持っておられる力に応じた生活での役割を担ってもらっている。興味のあるレクリエーションに参加していただき充実した楽しい時間をもつていただけるよう努めている。		
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支援している	気候や天候に配慮して、散歩や買い物など希望に沿った外出が出来るよう努めている。ご家族が面会に来られた時に一緒に散歩に出かけられる方もいる。	気候の良い日には事業所周辺を散歩したり、病院受診の帰りに買い物に出かけたりしている。利用者が気楽に戸外へ出られる様、一階のウッドデッキを補修し、屋根を取り付ける予定である。	個別での外出支援や地域へ出かける機会が増える事に期待します。



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
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	現在はお金を所有されておられる方はいない為、支援が出来ていない。		
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	携帯電話を所持して毎夕長女様と話をするのが日課になっておられる方や、長男様からの電話で時間は短いが話をされる方もおられる。手紙やはがきは受け取った時の表情などを写真に撮りご家族にメールで伝えている。		
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	居室や食堂の壁を漆喰にすることで落ち着ける空間になっている。またご利用者の作品や写真を掲示できるスペースも確保し居心地良く生活できるように努めている。	「笑顔の広場 みなも」と名付けられたホールは、温度・湿度共に快適に保たれ、利用者の憩いの場になっている。また、ウッドデッキで季節の野菜(ゴーヤやトマトなど)を育てたり、壁に季節の貼り絵をしたりして、身近に季節が感じられる様に工夫している。	
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	ダイニングスペース、ソファスペース、テラス等を用意し、その時々気分にあつたスペースを提供し、居場所の空間作りに努めている。		
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	ベッドやタンス、椅子を居室に完備している。入居の説明時に、今まで慣れ親しんだ物を持って来て下さるようお願いしている。家具の配置についても身体状況、希望を確認し配置を決めている。	孫や娘から送られた写真や利用者が作成したぬり絵などが飾ってあり、利用者は思い思いに寛いでいる。また、クッション素材の床や加湿機能が付いたエアコンなど、利用者の安全や健康に配慮した空間作りが出来ている。	
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	施設全体はバリアフリーであり車椅子での移動もスムーズである。廊下やトイレ内にも手すりが設けてあり、安全に使用していただける環境である。		