

### 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	1292600036		
法人名	社会福祉法人 悠久会		
事業所名	グループホーム 悠々やちよ		
所在地	千葉県八千代市保品2070-5		
自己評価作成日	平成22年11月20日	評価結果市町村受理日	平成22年12月28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://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do">http://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

**【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 日本高齢者介護協会
所在地	東京都港区台場1-5-6-1307
訪問調査日	平成22年12月16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)】**

利用者の皆様と職員が話し合いながら、日々の生活の事柄や季節行事などについて決めていくよう努めています。施設の周辺環境も田畑が広がる穏やかな環境であり、ホーム内の雰囲気についても利用者の皆様がゆったりと穏やかに過ごせるよう配慮しています。隣接する併設施設には特別養護老人ホーム等があり、行事や研修等において交流しています。

**【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)】**

田園風景が広がる地域で、併設の特別養護老人ホームも経営する法人が「ハートのふれあう八千代城」のスローガンを掲げており、ゆったりと穏やかに季節感のあるケアを実施しています。ホームの建物は併設施設の広い敷地内にある平屋建てで、廊下や居室が平均より広く取っており、ゆったりとしています。また、職員は施設間で異動して経験を積み、合同の研修会や勉強会等計画的な教育で能力も向上し、質の高いケアが行われているものと思われます。利用者は年々衰えています但自立者が多く、全国レベルの書道表彰を受けている方もあり、意識の高さが窺えます。

**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	#	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	#	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	#	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	#	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	#	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している (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	#	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
<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	パーソンセンタードケアを理念として掲げ、利用者個人を中心としたケアに努めています。また、理念に基づき「基本方針」や「職員の目指すもの」を作成し、会議や研修等において確認しながら実践につなげるようにしています。	事業所の理念はパーソンセンタードケアという生活する利用者を中心に選択するケアを目指すとし、基本方針で地域社会との交流を大切にしています。全職員には年度始めに理念と基本方針を会議で伝えています。	
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	日常的な散歩時や園芸作業時には地域住民と挨拶を交わしたり、話をしています。また、地域の小学生が来ての交流行事や地域敬老会への参加などを行なっています。	地域の町内会には入っていませんが、地域の理美容室が送迎車付きで利用者を受け入れてくれ、利用者が喜んで行ったり、年1回法人全体の夏祭りに地域住民が参加しています。地域の小学生10～20名との交流が年1回行われています。	
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	介護福祉士養成等の実習生の受け入れを行ない、人材育成への貢献に努めています。見学や相談に気軽に来ていただけるよう行事などの際に地域の方々と話をしています。		
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	地域包括支援センター職員、地域民生委員、家族や利用者に参加していただき、活動報告等を行ない、意見・要望等をいただいている。それらを日々の運営に活かすようにしています。また、外部評価結果についても報告等行なっています。	運営推進会議は、13～14名で2カ月に1回開催、活動報告や地域の様子につき意見を交わす他、利用者全員が参加しているので利用者懇談会をも兼ねています。またメンバーである民生委員はボランティアで書道の先生としても出入りしており、利用者との交流が行われています。	
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	市担当者に定期的に利用状況や待機者状況を報告しています。その他随時相談・報告等しています。また、市介護相談員の受け入れを行なっています。	市担当との連絡は3～4カ月に1回電話やメールで活動状況を報告しています。市の介護サービス事業者協議会に年3回参加し、行政報告を受けたり情報交換をしています。	
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	日々のケアが身体拘束とならないよう、会議や研修等において確認しながら取り組んでいます。それぞれの利用者の傾向等を把握し、施錠などをせず見守りや付添で対応するよう努めています。	カギをかけない暮らしの実践で、玄関はいつでも出入り自由で、人の出入りは流れるメロディで確認しています。居室の窓にはカギをかけていませんが、安全のため人の出入りが出来る程には開かないようになっています。職員には所内研修会や会議で理解を深めるようにしています。	
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	マニュアルを作成し、虐待防止について周知を図っている。また、会議や研修等でもケア内容を確認するようにしています。日々のケアに注意を払い、虐待を行なわないよう努めています。		

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
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	成年後見制度を利用されている方がおり、その方の背景や状況を通じて制度について学び、活用できるよう努めています。		
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	重要事項説明書等に基づき丁寧な説明を行ない、理解・納得の上利用していただけるよう配慮しています。制度改正等の際にも説明・文書交付を行ない、同意をいただいています。また、随時相談や質問に応じることを話しています。		
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	意見や要望を表しやすい雰囲気作りに努め、家族には面会時に声をかけたり、必要に応じて連絡をとり意見・要望等を把握し、それらに対応するようにしています。また、運営推進会議に家族・利用者に参加いただいています。	家族会のようなものではありませんが、家族全員が月2回平均で面会に来ているので、面会時に家族の要望を聞いたり意見交換をしています。利用者は自立者が多く理解力もあるので、その意見は充分運営に反映されているものと思われま	
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	月1回職員会議を開催しており、そこで意見や提案を聴取し、必要に応じて運営に反映させています。日々の業務内においても提案などを受け付けるようにしています。不満や苦情などは十分に把握しきれない可能性もあります。	月1回全職員でミーティングを行って報告や要望、意見交換を行っています。職員の個人面談は特に行っていませんが、日々の会話の中で相談等を行っています。	職員が日常業務の中で不満や苦情を言うのは難しいので個別面談を定期的に行って不満や悩み等を聞いてあげる姿勢が大事だと思われま
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ます	業務に支障のない範囲で、勤務に対する希望や勤務形態の変更等に応じるよう努めています。また、提案はできるだけ受け付けたり、適性に応じた担当配置を心がけるなどやりがいをもてるよう配慮しています。		
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	随時外部研修や法人研修に参加できるようにしています。また、全職員を対象としてホーム内研修を行ない、ケアの向上や改善に努めています。新入職員は習熟度に応じて勤務に入るようにしています。		
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	八千代市介護サービス事業者協議会に参加しており、管理者が会議や研修に出席している。職員は実践者研修等外部研修に参加した際に同業者と交流する機会としている。近隣グループホームとの交流は今のところ行なわれていません。		

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	利用前に見学をしていただくとともに、面談を行ない本人の状態や思いなどの把握に努めています。入居時にはできるだけスムーズにホームでの生活に慣れていただけるよう利用者間を取り持つなど配慮しています。		
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	利用前に見学をしていただくとともに、面談を行ない家族等の思いや要望の把握に努めています。利用初期はできるだけ頻回に面会に来ていただくようし、職員からもまめに話しかけ関係づくりをするようにしています。		
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	相談等があった際には、必要としていることを把握し、適切なサービスの提供に努めています。状況によっては併設サービスも含めた他サービスや制度の紹介などをするようにしています。		
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	毎日の掃除や食器拭きなど生活の中で本人ができることは職員と一緒にこなすようにしています。利用者の経験や知識から教えていただく場面も多くあります。		
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	定期的な病院受診については家族に協力いただいています。また、可能な範囲で自宅への外出などもお願いするようにしています。面会時等に日々の様子を報告するなど情報を共有し、共に支えていく関係となるよう努めています。		
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	いつでも面会を受け入れるとともに、手紙や電話での連絡を取り持ちたりしています。自宅に帰って家族と過ごしたり、墓参りをされたりする方もいます。	利用者が入居前に住んでいた近所の知り合いがたまに訪ねて来て、会話を楽しんでいます。入居前に隣のデイサービスを利用していた方が、デイに来ている踊りなどを見に行き、馴染みの職員と顔を合わせ喜んでいきます。	
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	利用者同士の関係性について日々職員が情報を共有するように努めています。孤立したりすることがないように、必要に応じて職員が利用者同士の間にコミュニケーションがスムーズにいく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
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	必要時には退居された後も相談に応じたり、支援を行なうよう努めています。		
<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	センター方式のアセスメントを活用するとともに、日々の関わりの中での会話や行動から本人の意向などの把握に努めています。本人からの把握が困難な場合も家族等から情報を得るようにしています。	要介護度が低い利用者が多く、職員は会話の中で本人の意思確認が出来る状況です。コミュニケーションが苦手な利用者は、拒否の意思を職員をつねる等の行動で表しています。	
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や日々のコミュニケーションから生活歴などを把握するようにしています。また、面会時などの家族との会話からも情報を得るようにしています。		
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	日々の様子を記録し、一人ひとりの生活リズムや変化などを把握するようにしています。本人ができることは、職員が支援しながら一緒に行なうようにしています。		
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	計画作成担当者が中心となり、本人・家族の意向を介護計画に反映させるようにしています。職員会議等において、利用者一人ひとりの対応について協議し、ケア方法等を検討しています。	利用者の必要に応じて、訪問看護師や主治医の意見を反映し、介護計画を作成しています。三ヶ月に一回定期的に見直しているうえ、利用者の状況に変化があった時には随時見直しを行っています。	
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	利用者一人ひとりの個別記録を作成し、日々目を通すことで情報の共有をしています。それらの情報を計画の見直しやケアの改善に活かしています。		
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	買物や通院介助などその時々必要性や要望に応じて柔軟に対応するよう努めています。		

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
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	地域包括支援センター職員や地域民生委員が運営推進会議に参加しており、地区の情報などを得ています。また、地域の行事に参加するなど交流を持つようにしています。		
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	ほとんどの方が入居前からのかかりつけ医にかかれています。原則、定期的な受診は家族の協力をお願いしていますが、必要時には職員による通院介助や同行をしています。	利用者は馴染みのかかりつけ医に外来での診察を受けています。ホームから依頼した時には、訪問歯科が、虫歯の治療や義歯の調整に来てくれます。希望があれば無料の検診が受けられ、支援体制が定着しています。	
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	訪問看護ステーションと契約しており、定期的に訪問してもらっている。その際に情報伝達や相談をしています。また、緊急時にも助言や対応を行なってもらっています。		
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。	入院時には、支援方法等の情報を医療機関に提供し、随時職員が面会や病院関係者に相談に行くようにしています。また、家族とも状況について情報を共有しながら、スムーズな退院ができるよう努めています。		
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	指針等について契約時に説明しています。介護計画見直し時には、本人や家族の意向を把握するとともに現状事業所として対応できる範囲などについて話し合いを持つようにしています。	現段階では看取りまでは対応しない方針を、入居時に利用者や家族に伝えています。利用者の急変に対しては、救急搬送に職員が同乗し病院に行ったり、夜間受け付けている病院を把握し、取るべき緊急対応方法を職員間で共有しています。	
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	対応方法等について見やすい場所に掲示したり、マニュアルを作成し周知を図っています。随時講習会等に参加しているが、全職員に対しての定期的な訓練は行なえていません。		
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	併設施設と合同で年に2～3回消火訓練や避難訓練などを行なっている。その際には消防署の協力を得ています。	自動通報装置やスプリンクラーが設置されています。防災訓練では併設の特養と一緒に夜間防災訓練や消火器取り扱い訓練も行っています。非常用備蓄は法人として食品倉庫、防災倉庫に3日間の米、水、防災グッズなど備えています。	

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	
<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	職員の言動や対応に注意し、常に丁寧な対応をするように心がけています。研修等において対応方法について学ぶ機会を持つようにしています。また、個人情報保護についても周知徹底に努めています。	排泄を誘導する時は、他の利用者に聞かれないように羞恥心に配慮をしています。利用者からの相談事などは個室で対応し、プライバシーを尊重しています。		
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	穏やかな環境にするなど意見等を言い出しやすい雰囲気作りに努めています。利用者それぞれの関心や嗜好を把握するよう努め、それをもとに活動の選択肢を考慮したりしています。			
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	基本的な1日の流れはありますが、一人ひとりの調子や様子に応じて、不規則な生活にならない範囲で幅を持たせて対応するよう努めています。			
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	着替えは基本的に本人の意向で決めています。支援が必要な方も、利用者と一緒に選ぶなどしています。理美容についても希望に応じて調整をしています。			
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	料理日は週1回ですが、毎日準備や後片付けなどは出来る範囲で職員と一緒に行動するようにしています。また、昼食・夕食は1名の職員が利用者と一緒に食事を摂るようにしています。	入居時には、家庭から茶碗、箸、湯のみ茶碗、マグカップを持参して貰っています。特に職員が強要する事なく、下ごしらえから茶碗ふきまで、男女に関係なく利用者がすすんで手伝っています。		
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	一人ひとりの摂取量などを記録して状況を把握するとともに、本人が好む物や食べやすい物を用意するなどしてバランスや量を調整するようにしています。			
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	毎食後に歯磨きの声かけをし、行なうようにしています。必要に応じて介助するなど本人の状態に応じた形で行っています。			

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
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	排泄記録によりパターンの把握に努めています。トイレでの排泄を継続できるよう、必要に応じ声かけや誘導を行ったり、本人に合うパット類の使用の検討やポータブルトイレの設置などを行なっています。	ほとんど自立の方が多く、食事前には「必要な人は、トイレに行ってくださいね」。外出の時は「事前にお知らせくださいね」の声かけを行い、なるべく失敗のないよう支援しています。	
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	排便の記録をつけて把握し、状況に応じて水分や運動を促すようにしています。また、必要に応じて受診時に下剤等の調整をお願いしています。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的な入浴時間は固定されていますが、一人ずつの入浴とし、それぞれのペースでゆっくりと入浴できるよう配慮しています。設備の都合などによりそれぞれの方の生活習慣に応じた入浴時間は実現できていません。	原則として、2日に1回の入浴を心がけています。体調に応じて清拭に切り替え、翌日に様子を見るようにしています。季節により、しょうぶ湯やゆず湯にし、入浴を楽しむ支援に気遣いをしています。	
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	習慣やその時々体調に応じて昼寝や休息ができるように配慮しています。また、定期的なリネン交換や布団干しの支援を行ったり、こまめに室温を調節するなど快適な睡眠がとれるように努めています。		
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	処方箋など内容のわかる物と一緒に薬を預かり、職員により管理しています。薬の変更時や状態変化時にはいつも以上に密に記録をとり、家族や医療機関への報告を行なっています。		
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	家族との外出やホームでの外出行事・散歩など気分転換の機会がもてるよう支援しています。また、日々の生活の中で裁縫など利用者にお願ひできそうな事柄を頼み、感謝の言葉を伝えるようにしています。		
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	本人の希望する場所へ常時外出できるわけではありませんが、ホーム周辺の散歩を日常的に行ったり、一人ひとりの好みや習慣に合わせた外出を企画し実施しています。また、家族に協力をお願いし、自宅への外出の機会を持てるようにしています。	散歩は日常的に天気が良ければ出かけています。利用者の希望により神社や絵手紙の美術館に出かけ、利用者ニーズに応じています。また、月に約1回のペースで買い物や外食に行き、楽しんでます。	



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	金銭については事業所が預かり管理しています。買物時などには利用者と一緒に支払ったり、能力に応じて少額を所持してもらったりするように支援しています。		
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	外部からの電話を取り次いだり、希望に応じて電話をかけられるよう支援しています。落ち着いて電話できるよう事務所の電話機を使用してもらうなど配慮しています。また、手紙を出すことも支援しています。		
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	季節を感じるができるような飾りつけを行なうなど居心地良く過ごせるように配慮しています。また、温度や明るさなど常に利用者の意見を聞きながら不快にならないよう調整するようにしています。	併設施設の広い敷地内にある平屋の建物で廊下や居室が平均より広く取っており、ゆったりとしています。リビングは食堂兼用で広々として隣にタミ室も用意されています。浴室は個浴ですが、浴槽が広めなので入浴時のゆったり感があるように思われます。	
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	共用空間の中でひとりになることは困難ですが、テーブルの配置を工夫するなど過ごしやすいように配慮しています。廊下に長椅子を設置しており、そこで2、3人が会話したりしています。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	火気や危険な物以外は原則制限しておらず、使い慣れた物や好きな物を持ち込みいただくようにしています。持ち込みの少ない方も含めて、本人や家族と相談しながらその人らしい居心地良い空間となるよう配慮しています。	居室はエアコン、クローゼットが常備され、その他の持ち込みは自由なので利用者それぞれ自宅にある物を持ち込んでいます。居室の清掃は毎日利用者の出来る範囲で自分で行い、職員がフォローしています。希望があれば家族の宿泊も可能です。	
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	手すりの設置や段差のない空間などバリアフリーの設計になっています。また、利用者の状態に応じて目印となる物をつけたり、大きな字で貼り紙をしたりしています。		