

# 1 自己評価及び外部評価票

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3770500415		
法人名	医療法人社団 素耕会		
事業所名	富士グループホームほほえみ		
所在地	香川県観音寺市観音寺町甲2899番地3		
自己評価作成日	令和元年12月7日	評価結果市町受理日	

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/37/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/37/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人香川県社会福祉協議会		
所在地	香川県高松市番町一丁目10番35号		
訪問調査日	令和2年1月9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)】

理念に「誠心」を掲げ、住み慣れた町中で「その人らしく」生活できるよう、本人の気持ちや状況を常に考えながら日々の生活支援に取り組んでいる。  
生き生きと楽しく生活できるよう、脳リハ、歩行リハビリ、体操、レクリエーション、散歩、外食、ドライブ等工夫している。日中はほとんどの利用者がリビングに集まり、職員や利用者同士で会話が絶えることなく過ごし、1ユニットで職員、利用者がアットホームな雰囲気でご過ごしている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

昔ながらの商店が多い市街地にある当事業所は、同一法人のクリニックの近くにあり、2階建ての1階はデイサービスセンター、2階が1ユニット9人で、家庭的雰囲気にあふれている。近所は露地が多いので、2日に1回位は散歩に出かけ、近所の人や子ども達と気軽に声をかけあう等、地域とのつながりを大切にしている。食事は3食とも台所で手作りしているので、おいしそうな匂いが漂う中、利用者・職員が共に食卓を囲み、日常会話を楽しんでいる。系列クリニックからの看護師や医師の訪問もあり24時間安心して過ごすことができている。職員は家族の事情等で一旦退職しても、又復職を希望する等、働きやすく楽しい職場の明るいグループホームである。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	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、生き生きと働けている (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票

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	理念と目標を見える所に掲示している。理念を具体化したものを伝え、職員間で共有できるようにしている。	設立当初からの理念である「誠心」「住み慣れた地域で互いに助け合い、その人らしさを大切に、心安らぐ生活を提供します」を玄関、ホール等に掲示し、職員は日々確認しながら実践している。	
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	自治会に入会し、地域の情報を得ることができる。地域老人会の慰問があったり、ホームの行事への参加を依頼している。2ヶ月に1回コミュニティカフェを開催し、地域の人に参加して頂く。地域住民勉強会に参加している。	散歩するときは近所の人から声をかけられたり、子どもと挨拶したりして日頃の付き合いを大切にしている。クリスマス会等事業所の行事には老人会やボランティアが来所し、近隣自治会を対象に、コミュニティカフェを開催して、体操やカラオケ等実施している。	
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	コミュニティカフェで認知症についてのセミナーの実施。キャラバンメイトに登録し、認知症サポーター養成講座の講師、行政の実施する普及啓発活動に参加。認知症カフェへボランティアとして参加。		
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	野菜(じゃが芋)や花の栽培、メダカの育成等、ご利用者の方の出来る事を提案頂き実践した。地元商工会が開催した災害研修への参加。行政にホームの行事や職員の取り組みを報告する事で、必要な情報を提供していただける。	地元自治会長や老人会長、民生委員、利用者本人、家族等へ案内し、色々な意見をいただき運営に生かしているが、平日のため欠席されることも多い。	行事とあわせたり、日曜日に開催する等して、地元の人や家族の参加を図る様期待したい。
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に取り組んでいる	2ヶ月に1回地域密着型連絡会の開催時や運営推進会議等で、市職員にホームで抱えている悩み、問題点を相談し意見を聞いている。毎日の業務の中で疑問点あれば都度、市に問い合わせしている。	運営推進会議には参加があるので色々、助言をいただいている他、日頃何でも相談できている。	コミュニティカフェの主催や運営の在り方について、市と相談し、今後の方向性を検討してほしい。
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	法人内に身体拘束適正化委員会を設置。3ヶ月に1回委員会を開催し、職員が身体拘束について発表している。「身体拘束」のマニュアルを解りやすい所に掲示し、周知している。2階出入り口の夜間の施錠については生命の安全の為、家族の同意書をもっている。	ベッドの横にセンサーマットを敷いている人もいるが、家族に口答で了解は得ている。スピーチロックについては職員間で研修し、気を付けている。	

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	施設内研修で資料を用い虐待についての理解を深めている。また日ごろ、職員との会話の中で、些細な変化にも気付けるよう精神的な面でのケアについても意識している。チェックリストの使用で職員の義務や責務について再確認している。		
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	現在1名の利用者が成年後見制度を利用しており、施設内研修で資料を用いて学ぶ機会を設けたが、十分な理解とまでは言えない。今後も引き続き必要性について話し合い、得られた知識を利用者家族に周知していく。		
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	契約説明の際にはグループホームの趣旨を説明。疑問や不安な点を聞き、また入所後も、生活状況や発生されると思われる事柄、対応について話し合う事で、納得して頂いて契約を交わしている。		
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	利用者の要望等は個々に合った落ち着いた時間帯に耳を傾け、日常生活の中から汲み取るようにしている。家族には面会時や運営推進会議時等に意見を頂いている。	面会時にお話ししたり、ケアプラン変更時には必ず意見を聞いている。請求書送付時には、担当者から利用者の状況を詳しく記載した手紙を写真と共にお知らせして喜ばれている。	
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	定期的な面談や朝の朝礼時等に希望、意見、指導を都度、聞いていけるような体制や関係作りに努めている。 職員からの希望があれば、都度、面談を実施している。	何でも言いやすい職場なので、手すりの改善や物品購入、症例検討等、その都度話し合っ て実施している。6か月に1回、職員が自己 評価や意見を書面で提出している。	
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	概ね半年に一度人事考課を行い、本人にも自己評価を行ってもらい、本人の課題や努力している所を把握。職員の実績を具体的に評価するように努めている。 又、残業にならないよう、書類の重複記入等、無駄のないよう業務改善を行っている。 資格取得時には助成制度があり、金銭的負担なく資格取得ができる。		
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	必要となる共通の知識や技術については、研修やその他機会を設け、身につけてもらえる取り組みを行いながら、ホーム外でも学べる機会の確保に努めている。 資格取得のための研修や実践者研修等、本人の経験に応じた研修の機会を確保している。		
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	グループホーム協議会主催の研修会や地域密着型連絡会を通じて、同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや職員が相互訪問や勉強会等、活動できるよう依頼している。		

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	事前に訪問して頂いたり、入所申し込み時の家族、ケアマネ等の情報を元に、初回面接時に本人が不安にならないような対応が出来るよう留意している。(面談場所や時間、環境)	
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	入所申し込みの時点で、家族が抱えている不安や悩み、施設に対してどのような考えや思いを持っているのか、可能な限り理解し、良好な関係の構築に努める。	
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	事前訪問やホームに来て頂く機会を設け、本人や家族の抱える不安を傾聴し、本人本位の支援で、家族と支援者側とのかかわり方を話している。	
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	本人が得意とすることや経験を活かせるような場面作りを大切に、また一緒にさせて頂くという立場で支援している。	
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	面会の際に本人の入所前の生活や思いを聞き、家族の状況を踏まえた上で、可能な限り協力していただける関係となるよう努めている。	
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	親戚や友人、近隣の方の面会はある。ホーム付近で馴染みの人と会った時に挨拶やホームへの訪問を依頼している。また行きつけの居酒屋へ続けて行けるよう支援している。	近所の馴染みの居酒屋から送迎があり、行くのを楽しみにしている人がいる。日頃、近くの名所の橋迄よく散歩するので、町並みを体感できている。デイサービスに来た知人とお話しすることもある。
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	利用者の特徴を把握し、座席を考え、楽しく過ごせる環境作りに配慮している。外出の時に車椅子を押してもらうなど助け合い、支え合えるような支援に努めている。	



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	契約終了後も関連機関への情報提供、相談を行っている。本人、家族の心配など必要に応じて相談を受けている。		
<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	日々の会話や本人の様子から、その方の思いや望む事を感じ取り、意向の把握に努めている。困難な場合は、その方の性格、生活歴や家族からの情報を踏まえ、本人主体の関わりが持てるよう検討している。	日々の生活の中で本人の要望に添える様努力している。特に献立は希望を取り入れ作成することが多い。	
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	利用者家族、ケアマネ、サービス提供責任者等、関わりある方から情報を集めている。入所後も継続的に情報収集に努めている。		
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	一人ひとりの生活パターンを理解し、心身状態の変化に留意し、気づいた事は記録に残している。申し送り、カンファレンス、モニタリングを行い、現状の把握に努めている。		
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	本人、家族の意見を取り入れ、日常生活を維持し、自立に向けたケアプランを立案している。毎日の申し送りやミニカンファを通じて、担当が課題を整理。必要に応じて話し合い、現状の把握に努めている。	本人・家族の要望・体調を基に、担当が主治医や看護師等の意見も参考に原案作成している。更新時には家族の意見も必ず聞き、計画を説明している。	
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	生活記録に利用者の日々の様子や活動の記録を残し、気づきや工夫は、申し送りやミニカンファで話し合い、記録に残し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。担当職員が介護計画書の作成を行っている。		
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	利用者や家族の状況に応じて受診の同行、買い物等、柔軟な支援を行っている。状態変化時は連携シートにて、かかりつけ医に相談したり、受診の同行を行い、医療との連携を取りながら支援している。		

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	地域老人会の慰問、ボランティア、近所の美容院からの訪問理容、近所スーパーでの買い物や外食、行楽地等、本人や家族の意向をもとに資源の活用を心がけている。		
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、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	入所時に本人、家族希望のかかりつけ医を確認している。原則、家族に受診をお願いしているが、緊急時や家族対応困難な時はホームで行っている。	嘱託クリニックから看護師が2回/週来所し、体調を把握して必要により受診支援している。他院は家族付き添いが原則であるが状況により管理者が同伴することもある。	担当制をとっているので受診時必要により担当が同伴することも期待したい。
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	医療連携体制により、看護師が週1回以上訪問してくれ、利用者の健康管理をしてくれる。利用者の体調についても都度相談し、アドバイスを受ける事ができる。		
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。	入院時には医療連携シートにて情報提供を行っている。 受診時には担当医への紹介状、介護経過報告書等を提出し情報交換や連携に努めている。		
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	重度化した場合の対応指針を作成し、入居時に説明し同意を得ている。 ターミナルケアの研修に参加し、看取りについて話し合っているが、現在終末期までは対応実績はなく、少しでも変化あった場合は、家族に連絡し入院の段取りとなっている。	現在看取りは行っていない。立ち上がりや車椅子の自走困難等重度化になれば、他施設や入院等を紹介している。入居時説明しているので、了解は得られている。	
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	緊急時の対応に備え、AED講習、応急手当研修に参加。緊急時には富士クリニックDr.に連絡し(昼夜を問わず対応)指示を仰いでいる。		
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	年3回の避難訓練を行っている。昼夜の災害時におけるマニュアルを作成し、事務所に掲示している。利用者一人ひとりの防災カードを作っている。避難訓練には地域の方への協力をお願いしている。	備蓄は1週間分あり、避難袋も用意している。日頃トイレは井戸水を利用しているが、停電に対しては自家発電の用意がある。避難場所は火災は近くの駐車場を、水害は居住場所である2階を想定している。職員にはラインで連絡するが近くの職員も多い。	防災関連業者が決まっている様なので可能であれば、合同での訓練も期待したい。

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	施設内研修として、資料を用い、介護現場におけるプライバシーについて考え、理解を深めた。特に入浴時や排泄時に関しては出来るだけ羞恥心、自尊心を尊重し、プライバシーを損ねないようにしている。家族等には、個人情報に関する説明をし、書面で同意を得ている。	日頃声掛けには気を付けている。同性介助だけでなく、人によっては異性職員の声掛けでスムーズに行くこともある。	
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	生活の中で本人の希望を聞いて、その人らしく生活できるよう働きかけている。職員が利用者の希望、好みを把握するよう努めており、選択肢を提供し自分で決定できるように努めている。		
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	1日の日課はだいたい決まっているが、やりたい事を尋ね、確認しながら柔軟に対応しその人のペースを大切にしている。		
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	利用者の希望で訪問理美容を依頼。本人の好みのスタイルを聞きながらカットしている。衣類の選択ができる人は自分で選択し、できない人も自己決定できるような選択肢を提供する。		
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	偏食や禁忌食は代替のものを提供。季節や年中行事のメニューを取り入れたり、利用者の食べたいものを聞き、職員が手作りしている。出来るだけ調理の下準備、テーブル拭き、お盆拭き、食器洗い等手伝っていただき、昼食は職員も一緒に会話を楽しみながら食事している。	湯呑は各自好みのものを持参している。献立は利用者の希望を聞きながら、季節のものを取り入れて、職員が1週間毎に作成している。毎食台所で利用者参加により手作りしているので料理の香りが漂い、家庭的である。外食は月1回程度あり、おやつの買い物に行くこともある。	
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	食事、水分量を管理している。状態に応じて粥食や水分にトロミをつけたり、必要な方には栄養補助飲料を医師に相談し、提供している。		
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	毎食後、口腔ケアの声かけを行っている。夜間は義歯洗浄後、ポリデント使用し、口臭予防。食事前に口腔体操を実施している。ブラッシング出来ない人には洗口液を使用している。		

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	職員は排泄チェック表や個人記録を活用し、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握するとともに、利用者の仕草やサインから察知して、声かけ誘導し、出来るだけ失敗なくトイレでの排泄ができるよう支援している。	声掛けにより布パンツのみの利用者も4人いて、トイレ介助の時や朝、晩、汚れを確認して交換している。リハパンは毎日交換している。	
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	食事の献立に気をつけ、毎日廊下歩行やリハビリ体操を行っている。排便の有無の確認。毎日、牛乳、オリゴ糖の提供、水分摂取の声かけ。便秘がちな利用者は主治医指示のもと便剤を服用している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週3回程度入浴できる様にしている。職員の都合で時間帯が決まってしまうが、順番は本人の意向を確認している。 入浴拒否のある人は職員を替えて誘ったり、時間を空けて声かけする等工夫している。	浴槽は手すりはあるが、普通の浴槽である。回数は基本3回/週だが、希望によりそれ以上も可能である。体調により3回/週入浴できない時は足浴をしている。タオルは事業所で用意している。	
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	休息したい時は自由に居室にて休まれているが、昼夜逆転にならない様声かけしている。居室の温度調節や冬場は加湿している。不眠時は医師、家族と相談し、睡眠導入剤や安定剤服用している方もいる。		
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	ケースに薬名や目的を記載。薬説明書をファイルし、全職員が目を通し易く把握できるようにしている。薬が変わった場合等は特に様子観察を行っている。薬は施錠管理するようにしている。		
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	掃除、洗濯、お盆拭き、食器洗い、料理の下ごしらえ等役割については継続して行えるようにし、脳リハ、レク、散歩、外出、外食、ドライブ、季節行事等で気分転換をはかれるように支援している。		
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	月に一度は外出、外食、ドライブにでかけ、行きたい所や食べたい物等意見を聞いている。玄関先での外気浴や散歩等はその日のスタッフのメンバーや人数によって行ける日と行けない日がある。 外出困難な方がいると、職員の分散が出来ず、外出できないことが増えてきている。	2日に1回位近隣を散歩している。最近近く神社に初詣でに外出した。外食は月1回程度で買物やドライブ等にも出かけている。雨天で散歩できない時は、廊下を往復したり体操をしたりして筋力維持に努めている。	



50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>高額での所持はトラブルにならないよう、本人、家族に伝え、ホームで預かり、出納簿に記入、来訪時に確認していただいている。外出時の外食や購入品は自分で購入するが、支払いは預り金から職員が支払いしている。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>本人の希望あれば家族の承諾を得て、電話をかけたり、かかってきた電話を取りついたりしている。</p>		
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>室温や湿度、光の調整をその都度利用者に確認している。季節ごとの展示物やレクの際に作成した作品、行事の写真を飾るようにして、目でも楽しんでいただけるようにしている。居室やトイレには混乱を防ぐために名札や表示をつけている。</p>	<p>居間には加湿器やぬれタオルを置き、湿度に配慮している。金魚鉢があり、テーブルに花を飾り、色々な雑誌を置いているので家にいる様に思える。壁には利用者の作品が多く飾られ、ぬり絵・ドリル等が各々のノートに整理され、家族が見られる様にしている。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>席の決まったテーブルの他に、自由に座れるソファや椅子と畳があり、気の合った人同士がゆっくりと話ができるようにしている。独りになりたい時はゆっくりと居室で過ごすことができる。</p>		
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>居室は、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</p>	<p>本人にとって安心した居心地よい居室となるよう、馴染みのものや写真や趣味を行うテーブル等配置。行動スペースを確保し安全も配慮して生活している。</p>	<p>ベッド、タンス、カーテンは備え付けで、布団その他の家具等は各自持参している。部屋の入口には利用者の写真と担当者名が掲示され、室内は様々な作品を飾りアレンジされている。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>施設内には手すりが設置されており安全に移動が出来るような作りになっている。バリアフリー対応の事業所であるので、歩行が不安定な人は老人車を押すなどして行きたいところへ自由に移動ができる。</p>		