

### 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	3170100659		
法人名	社会福祉法人 地域でくらす会		
事業所名	グループホームいくのさん家		
所在地	鳥取市湖山町西2丁目237-2		
自己評価作成日	平成28年7月26日	評価結果市町村受理日	平成28年9月1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.wam.go.jp/">http://www.wam.go.jp/</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 いなば社会福祉評価サービス		
所在地	鳥取市湖山町東2丁目164番地		
訪問調査日	平成28年8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)】**

基本理念(平成25年4月改定)「関係性こそ、その人らしさ どう生きたいか、に立ち返る ひとりの支援は、地域を変える」に沿って、ご利用者一人ひとりが、どう生きたいのか、どんな暮らしがしたいのか等を常に皆で考え、支援するよう心掛けている。以前より交流のあった自宅近くの方より手紙をいただき会いに行ったり、“まちなか支え隊”という形のボランティアとして、ご本人は忘れておられても毎週会いに来てくださる方もおられ、様々な形でご本人の暮らしを支えている。また、地域(町内)の方に事業所の行事に参加していただいたり、町内一斉清掃などに参加することにより、少しでも認知症の方への理解を深めて頂き、住みなれた地域で最期まで暮らすことが出来るよう、地道な努力をしている。

**【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】**

いくのさん家の基本理念に添って「暮らす」ということから、人とのつながり、町とのつながりを大切に、地域の中での実践に努められ、可能な限り利用者のペースで生活できるような様々な形で支援されている。年2回開かれる家族会では、職員と利用者家族が共に企画運営され、家族間、利用者、職員のつながりを深められている。年4回発行のいくのさん家通信の内容の充実を図られる他、2か月に1回の赤ちゃん訪問を受けられるなど、認知症利用者への理解が深まるようさまざまな取り組みをされている。

**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. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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
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	入社後の新人研修や年間研修計画の中で、基本理念について学ぶ機会を設け、理念について共有意識を持つようになっている。また、玄関や職員の目のつくところへ理念を掲げ、意識するように心掛けている。	理念は、玄関及び共用スペースに掲げられ、誰でも確認する事が出来る。年度初めの「いくのさん家」全体会にて、理念について学ぶ機会を設け職員全員で共有認識を持ち、実践に繋がられている。	
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	町内に畑を借りて野菜作りをしたり、地域の方や利用者のご家族に事業所の様々な行事に声を掛け参加して頂いたりして交流している。	町内で畑を借りて野菜作りをされ、地域の人たちを収穫祭に招かれたり、地域の獅子舞の見学、食材の買い出しや地域のカフェで子供たちと一緒に食事を摂られるなど、交流を深められている。	
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	食材の買い出しや地域のカフェ等に職員と共に出掛けたり、事業所の行事に参加していただき交流することで、認知症になっても住みやすい地域となるよう地道な取り組みを続けている。		
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	ご利用者の様々な事例や活動内容、生活支援の様子を報告したり、困難事例を挙げて相談し、アドバイスや意見を頂き、サービスの向上に努めている。	運営推進会議は、2か月に1回開かれ行事活動、利用者の様子や状況について報告されている。また、利用者の困難事例について相談され、具体的なアドバイスを受けられながらサービスの向上に活かされている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議には市役所高齢社会課、こやま包括支援センターの各担当者に参加して頂いたり、困難な事例があれば相談させていただくなど、協力関係を築いている。	市町村の担当者には、運営推進会議への参加の他、相談事例について連絡を取り合い、協力関係を築かれている。アドバイスを基に地域の人に声掛けをされ、AED講習会を実施された。	
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	職員の年間行事計画の中で身体拘束について勉強する機会を設けている。また、身体拘束となり得る可能性がある場合は、職員で話し合い、ご家族に了解を得て、記録にも残すよう、共通理解を図っている。	身体拘束について事前に学習を行った担当職員が講師となり、職員全体での勉強会を実施されている。不参加の職員にも資料を配布し説明が行われている。また、やむを得ず施錠する場合は、家族に相談され了承を得られている。	
7		○虐待の防止の徹底	年間行事計画の中に虐待についても学ぶ		

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
		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	機会があり、どんな行為が虐待になるか話し合っ理解を深めている。また、事業所内での虐待を見逃すことのないよう努めている。		

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	ご利用者の中には実際に成年後見制度を利用されている方もあり、年間行事計画の中に組み込んで学習している。		
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	契約の際にはご家族の立場に立ってわかりやすく丁寧に説明するよう心掛けている。また、利用料等変更のあった際は、その都度ご家族に説明し、了解を頂くようにしている。		
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	面会時にはご家族と努めて話をし、要望等を聞き出すようにしている。また年2回の家族会では、ご家族の方には持ち回りで職員と共に企画・運営に携わっていただき、関係作りに努めている。	利用者家族と職員で企画・運営し、年2回利用者も含め家族会を開かれている。家族会後の利用者家族の座談会では、アドバイスや情報交換が行われ家族間のつながりを深められている。また、面会時や運営推進会議の際に意見を聞かれ、運営に反映されている。	
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	朝礼や職員会議、また、半期毎に「自己・他者評価シート」に沿って個人面談を行い、職員の意見や提案を聞き、運営に反映するように努力している。	年度当初「自己・他者評価シート」に個々の目標を設定し、それについて実践後、達成度を半年毎に見直しされている。管理者が、職員と個人面談にて、意見や提案を聞く機会を設けられており、そこで出た意見は職員会議でも発表され、運営に反映されるよう努められている。	
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	自己・他者評価シートを作成し、半年毎に評価を行い、各職員の適正や得意不得意を見極め、時には話し合いの場を設け、職場環境の改善に努めている。		
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	入社時には新人研修、また年間を通して社内研修の計画を立て実行している。法人外の研修があれば、必要に応じ参加する機会を設けている。		
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	管理者は他法人事業所の運営推進会議に参加し、情報を得たり、グループホームの交換研修やボランティアの受け入れ等を通して職員の質が向上するよう努力している。		

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>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	アセスメントに基づいて今までの暮らしとかけ離れることのないよう配慮し、生活をして頂く中でご本人からの要望、必要な物品等が充足されるよう、きめ細やかに対応し、信頼関係を築くよう努めている。		
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	ご家族一人ひとりの本人に対する思いを聞き取り、受け止めた上で、いくのさん家での生活に対し安心して頂けるよう関係作りに努めている。		
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	ご本人やご家族と話をしたり、今までの記録を見直したりする中で、生活暦や好みのもの等の情報を集め、今までの生活も大切にしたい支援を心がけている。		
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	それぞれの残存機能が発揮出来るような生活の中での役割を持って頂き、台所の手伝いや洗濯物の片付けなど、日常生活を共に協力し合える場を築いている。		
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	久しく離れている家族に近況を伝えると共に、現状にあった支援が出来るよう常に連絡を取り、相談し了解を得るようにしている。例えば、衣替えや物品購入時、ライフサポートプランの実施の相談など、共に考え協力し合っている。		
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	自宅ご近所の古くからの知人から手紙を頂く方もおられ、再会出来るよう支援している。また、定期的に出向いているお話の会では、馴染みの方と声を掛け合える関係が出来つつある。神父さんや外部の支援者が訪ねて来てくださることもある。	利用者が住んでいた地域の知人から手紙が届き、自宅に帰る際近所の方々とも再会されたり、図書館のお話の会に出かけたりと、個々の関係継続の支援に努められている。また、神父さんや外部の支援者の訪問も受け入れられている。	
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	ご利用者それぞれの個性を尊重しながら、トラブルになりそうな事柄を未然に防いでいけるよう支援している。		

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
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	グループホームにて終末期を迎えて亡くなられたり、入院で退所となった後も、ご家族がコーラス等別の形で定期的に訪問してくださったり、入院中の様子をお聞きする等、自然な形で関係が継続出来るよう努めている		
<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	日々の暮らしの中でのご本人の思いを常に記録に残し、希望・意向の把握を職員間で共有に努めている。困難な場合は、ご家族と共に検討し、思いに沿うようにしている。	一人ひとりの思いや希望を日々の暮らしの中での言葉や表情・行動でくみ取り、記録し、職員間で共有されている。困難な場合には、家族等に相談・聞き取りし、本人本位に検討されている。また、定期的に自宅に戻る等、今までの生活環境、交友関係の継続支援に努められている。	
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	個々の馴染みの暮らし方、生活歴、環境等をご家族、ご本人に聞き取りし、今までの暮らしの継続、交友関係を途切れさせないように定期的に自宅に戻ったり会いに行くようにしている。		
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	個々に合った一日の過ごし方を職員間で検討、把握し、バイタルチェックをし体調管理に努めながら、魚をさばいたり、スーパーに買い物に行く等、出来る事をしていただいている。		
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	必ず月毎に評価を行ない、課題の抽出と支援内容の見直しをしている。担当者会議には、ご本人、ご家族、主治医、必要な関係者と話し合い、検討し計画に反映させている。	毎月ごとに、担当職員から課題及び支援内容の見直しを提案され、職員間で共有、検討されている。介護計画は、6か月毎に見直され、担当者会議にて話し合い、検討され計画に反映されている。身体的な変化や、退院時等はその都度、見直しされている。	
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	日々の様子を日誌の支援経過に個別に記録している。気づきや問題点があれば、その都度、朝・夕とミーティングをしながら実践している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化	ご本人とご家族の要望を重視するため、より		

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
		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	良い暮らしの実現を介護計画で重視している。定期的に外部との交流でカフェに出掛けたり、畑に出掛けたりと社会交流の参加にも取り組んでいる。		

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
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	近くにはグリーンフィールドがあり、散歩に出掛けたり、イベントに参加したりしている。また、近所に畑をお借りしており、野菜を植えたり収穫したりとご利用者が主体となって豊かな暮らしを送っていただけるように支援している。		
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	常時体調の変化に留意しながら、ご家族に報告し、かかりつけ医、あるいは必要に応じて専門医の受診に同行している。	二週間毎に、定期的に協力医の往診を受けている。また、一人ひとりの状態に合わせて、専門医の受診が必要な利用者については、受診同行され、結果はその都度、利用者家族に報告され、適切な医療を受けられるように支援されている。	
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	異変があれば迅速に看護師と相談して指示を仰ぎ、継続して適切な対応が出来るよう支援している。		
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。	入院中は職員が交代で面会や食事介助等に行き、看護師に状況を確認したり、医療機関の地域連携室等と連絡を取り合いながら、退院後再びグループホームで生活出来るよう情報交換をしている。		
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	まずは契約時に終末期のご家族の意向をお聞きし、入所後は「終末期フローチャート」に沿ってご利用者の状況に応じ、ご家族・主治医・関係者を交えてカンファレンスを開き情報を共有し、後悔のないよう看取りが出来るよう努めている。	重度化した場合や終末期のあり方について、「終末医療の方針決定に至るフローチャート」に沿って、段階毎にカンファレンスを開き方針を決定されている。また、家族と密に連絡を取り合いながら、主治医を交え、職員とともにチームで支援されている。	
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	主治医の協力のもと、AED講習会を開催したり、年間計画で職員会議の際に緊急時の対応を勉強する機会を設けている。また、事業所内の緊急連絡網を作成し、日頃から目を通すようにしている。		
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	年二回防災訓練を実施し、地域の方にも声をかけ参加していただいている。また、AED講習会等も企画し、災害時だけでなく緊急時に対応できるよう努めている。	年2回、防災訓練をされている。町内会等に声掛けをされ、地域でAED講習会を実施された。隣接する小規模多機能型居宅介護施設、町内会と共に、放水訓練、点検など緊急時に対応できるよう協力体制が築かれている。	

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	食事・トイレ・入浴など、一人ひとりの人格を尊重し、一人ひとりに合った言葉かけや介助を行ない、対応している。またトイレへの声かけは、他の方に聞こえない配慮をしている。	利用者の人格を尊重されながら、一人ひとりに合わせた声かけをされている。また、排泄表を見ながら一日を通してプライバシーを損ねない言葉かけや対応に努められている。	
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	一人ひとりが活躍できるよう、得意なことは声をかけ、自らの意志でしていただけるように働きかけている。		
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	一人ひとりのペースに合わせ、これまで生きてこられた中での暮らしと同じような暮らしができるよう、一人ひとりのこだわりに沿って支援している。		
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	身なりの乱れに気付けばさりげなく直したり、外出時にはお化粧をしたりして一緒におしゃれを楽しんでいる。また季節に合った過ごしやすい服装を選んで着ていただいている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	夕食の食材を切ったり、魚をさばいていただいたりと、各自の力が発揮できるようご利用者と職員と一緒に夕食の準備を行なっている。また、食材の買い物にも可能な限りご利用者と一緒に行くようにしている。	食材の買いだしには、可能な限り利用者と職員と一緒に出かけられている。また、一緒に夕食の準備をされ、食事が楽しみなものになるよう、各自の力を発揮できるよう働きかけられている。	食事のメニューなど、利用者にわかりやすい表示を期待したい。
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	協力医や看護師に相談しながら、一人ひとりの状況に応じて水分量や食事量を調整している。また、食事量の少ない方は茶碗の大きさや色の工夫をしたりしている。		
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	食事前にはうがいをしていただき、食後は口腔ケアを行なっている。また、週に一度歯科衛生士に口腔内を診ていただき、職員も指導を受け、清潔保持を心がけている。		

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	個々の排泄の間隔を理解し、失敗が減るようそれぞれに合った声かけやトイレ案内を行っている。	一人ひとりの排泄の間隔を把握され、それぞれに合わせた声掛けやトイレ案内など、自立に向けた支援をされている。また、困難な利用者には主治医、看護師と相談されながら飲食物の工夫や運動能力の改善等、利用者一人ひとりに合わせた予防にも取り組まれている。	
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	ヨーグルト・オリゴ糖を摂っていただき、ラジオ体操・散歩等適度な運動を行なっている。また、主治医・看護師と相談しながら個々にあった服薬での便秘予防にも取り組んでいる。		
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	一人ひとりのその日の体調や気持ちを考慮した上で、タイミングを見て入浴していただいている。また、希望やタイミングが合わない場合は順番を入れ替えたり、翌日に振り替えたりする等柔軟に対応している。	利用者個々に添って、夏は週に2~3日、冬は週2回位、希望やタイミングに合わせて入浴が楽しめるよう支援されている。	浴槽が深いので、手すりの設置など、安全面に配慮されたい。
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	傾眠が見られたりその日の体調に応じて休息する時間を設けている。安眠に繋がるよう日中活動的に過ごしていただいたり、季節・気温を考慮した寝具・服装で睡眠していただいている。		
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	常に処方内容が確認できるよう、薬と共に処方説明書を一元管理している。処方内容の変更時には体調変化に注意し、スタッフ間の情報共有にも努めている。服薬時にはスタッフ間で二重チェックを行ない誤薬防止にも努めている。		
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・畑仕事など、個々の得意な事を無理なく行なっていたり、また、一人ひとりのライフサポートプランを活用し楽しみに繋げるように努めている。		
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に支援している	一人ひとりの希望を取り入れたライフサポートプランを作成し、外出支援を行なうよう努めている。また、月に何度か馴染みの場所に行きお茶をしたり、馴染みの方と会う機会を作り、気分転換が出来るようにしている。	一人ひとりの希望に沿って、ライフサポートプランを作成され、戸外に出かけられるよう支援に努められている。また、本人の希望を把握され、近くで借りている畑へ野菜の収穫や草取り、なじみの場所に出かけられている。	

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
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	お金が持てる方には財布を持っていただき、事業所にくる販売パン屋で買い物をし、ご自分で支払う楽しみや所持する喜びを感じていただけるようにしている。		
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	知り合いより贈り物が届けば、職員が間に入りお礼の電話をしたり、住み慣れた地域の方からの手紙が届く方には継続して楽しみが持てるよう支援している。		
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	居心地良く過ごしていただけるように、出来る時は朝ご利用者と掃除をするなど常に清潔な空間を保てるよう心がけている。季節感を取り入れるため、その時期に合った壁のレイアウトをご利用者と一緒に考え作成、飾っている。	共有空間の清潔保持や整理整頓に心がけられている。四季折々の壁のレイアウトを利用者とともに取り入れられ、利用者全員の写真を飾られている。トイレには、利用者に合わせて手すりが設置され、前方アームレストを取り入れられる等工夫されている。	
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	個々の生活リズムで過ごされている。一人で居室にて本を見られたり、居室の掃除をされたり、横になられる方もいらっしゃる。居間はご利用者の相性もあり、トラブルとならないよう配席に気を配っている。		
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	居室には使い慣れた鏡台やタンス、ご家族の持ってこられた愛用品を置くなどして、居心地良い環境を作るようにしている。	居室には、使い慣れた鏡台やタンス、それぞれの利用者の好みや馴染みのものなどが置かれ、利用者が居心地よく過ごせるよう配慮されている。	
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	「トイレ」の表示をわかり易くしたり、通路は歩行の妨げにならないよう安全面に配慮している。また、掃除や洗濯、食事の準備など、出来ること出来ないことを把握して声をかけるようにしている。		