

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	2472200233		
法人名	有限会社 安寿会		
事業所名	グループホームゆのやま		
所在地	三重県三重郡菰野町大字千草西江野7054-814		
自己評価作成日	平成24年10月6日	評価結果市町提出日	平成24年12月25日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 24 年 10 月 23 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)】

グループホームならではの、ゆっくりした時間の流れを、豊かな自然の中で感じながら生活していただきます。提携医療機関から定期的な医師の回診が行なわれており、急な状態の変化にも、24時間の連絡体制が確立されておりますので、安心してお過ごしいただけます。介護スタッフは24時間常駐しており、入浴や食事その他、利用者様が御満足できる介護サービスを目指しております。

【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)】

法人の医療連携の下、終末期に向けた方針を掲げており、最後まで「ここに来て良かった」と思って頂ける様に、同法人関連グループホーム共有の理念の下、なかよく、思いやりをもって、ゆっくりと、のんびりと、家庭的な雰囲気を中心掛け、地域とのふれあいを大切に支援している。春には桜、夏は新緑、秋は紅葉、冬には雪景色が目の前にと、四季折々に感じられる自然環境の良い、湯の山の中に立てられている事業所である。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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、安心して暮らせている (参考項目:28)		

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	地域密着型サービスとしての理念にふさわしい『家庭的な雰囲気』『地域とのふれあい』を掲げ、『心豊かな介護サービス』を目指している。職員には理念の共有と、理念を尊重した行動を求めている。	同法人関連グループホーム共有の理念があり、リビングと事務所に掲げている。いつも利用者のケアの対応を实践で考え、職員は理念にあっているかどうかを施設長と確認し話し合い実践している。	
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	地域住民の一員として自治会に加入。地域の行事である「芋煮会」「お花見」などへも参加。また、日常的に散歩へ出たり、地域の回覧板を回してもらうことで少しでも地域との繋がりが保てられるよう努力している。	自治会に加入し、主催の芋煮会・花見等の行事に参加している。また、総会にも出席し、半年毎のクリーン作戦(清掃)にも参加している。区の広報(月1回発行)の配付があり、事業所として出来ることは協力、参加に心掛けている。	
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	以前は毎月発行しているホーム便りを地域に回覧することで、当ホームの活動状況や、認知症の理解についての啓発を行っていたが、諸事情により現在は行っていない。まずは地域に信頼されるために、地域行事や活動に積極的に参加していきたい。		
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	運営推進会議は2か月に1度、定期的で開催している。町職員や地域代表、民生委員、利用者ご家族、他法人のグループホーム職員などを迎えて、活動報告や運営実態、認知症を理解するための取り組みなどを行なっている。	月・日・曜日・時間を決めて計画し、2ヶ月毎に開催している。参加を呼びかけ、市職員、区長、民生委員、家族が出席しており、時には他グループホーム職員も参加している。会議の記録には議題、意見・要望等は数多くあり、こと細かく記録されている。	
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	菰野町介護モニター(介護相談員)受け入れ時に、担当者も来られる事が多く、また、運営に関する相談や助言を求めて、福祉課への電話、訪問を行う機会も多い。運営推進会議への参加にも毎回参加していただいている。	申請書類、更hands続、事故・相談等で数多く訪問しており、6ヶ月毎に介護相談員が来訪し情報交換もしている。また、町のボランティアのスタッフとして登録し協力している。	
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	緊急止むを得ない場合を除き、身体拘束は行っていない。どうしても止むを得ないと判断した場合、身体拘束マニュアルに則って、身体拘束廃止委員会を開催し、御家族の同意を得た上で、マニュアルに沿った対応を行っている。	同法人関連事業所で身体拘束廃止委員会があり、毎月1回マニュアルに添って研修している。以前、拘束行為があったが委員会で医師の指示の下、毎月カンファレンスで検討した結果、拘束行為は全て無くなった。玄関も夜間を除いて施錠はしていない。	
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逃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	虐待に関する啓発は、職員会議等、機会があるごとに行なっている。勉強会に関しては今年度は未実施であるが、近いうちに実施したいと思っている。利用者の普段の様子に注意を払うなど、虐待の早期発見に努めている。		

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
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	個人の権利擁護に関しては、最大限配慮するよう職員に指導を行なっているが、それを守るための事業や制度に関しては、残念ながらその必要性を理解するには至っていない職員が殆どである。		
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	入居契約に先立ち、事前に訪問調査に伺う事で利用者やご家族と会話する機会を設け、不安や疑問が引き出されるよう努力している。また、契約の際には再度契約内容をご理解頂けるように説明を行っている。		
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	玄関にご意見箱の設置を行い、意見が寄せられた際には、苦情対応マニュアルに沿って速やかに対応案を検討している。また、第三者の相談窓口を玄関に掲示しており、介護モニターの受け入れも定期的に行っている。	面会日、運営推進会議等で、また、ホーム便り、近況報告書を毎月送り、意見・要望を聞き反映に努めている。外部の相談窓口も掲示しており、介護相談員とも情報交換している。	
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	運営者や管理者は、当ホームにおける様々な事柄については極力、職員へ情報提供を行っている。また、職員の意見を聞き取ることに常に努めており、可能な限り職員の意向を把握する努力を行っている。	職員会議で毎月、事業所報告を兼ねて意見交換している。また、職員一人ひとりに声かけし、要望・意見を聞いている。職員を各種の研修にも参加させており、最近では利用者のケアの対応方法を検討したいと意見が出た。	
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	運営者は管理者からの報告によって、職員の努力や成果について把握している。また、運営者自身も、週に一度の回診に来ることで利用者並びに職員と触れ合う機会を設け、コミュニケーションに努めている。		
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	月に1度、法人内でテーマに沿った勉強会を開催して、職員の参加を求めている。ホーム内では代表取締役である医師による講義や助言、指導を行っており、スーパーパイザーの役割を担っている。		
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	『三重県グループホーム連絡協議会』や『三河地区グループホーム・宅老連絡協議会』へ入会し、各協議会にて行われる勉強会へ参加することで職員のスキルアップは勿論、事業所のサービス向上を図っている。		

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
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	不安感をできるだけ軽減していただこうと、疑問や質問には丁寧に答えるようにしている。また、この出会いと、これから生活を共にすることに対しての喜びを伝え、安心感を持っていただくよう働きかけている。		
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	大切な御家族を預らせていただくことを自覚し、御本人や御家族の要望や希望はできるだけ叶えるよう努めている。契約内容は、できるだけわかりやすいよう説明を行っている。		
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	利用相談には電話や訪問などでも対応しているが、可能な限りホーム見学を勧めている。また、本人や家族の状態や希望によっては、他のサービスや事業所の説明を行い、選択肢が増えるように配慮している。		
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	利用者と接するときは、介護が必要な者として接するのではなく、行動に対して自分自身で責任を取れる1人の人間として接し、様々な生活場面において共に支えあうよう職員に話している。		
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	面会時は少しでも居心地良く過ごせるように配慮しており、面会頻度も比較的保たれていると感じている。また、積極的に会話をを行い、ご本人の現在・過去の情報交換を行う努力をしている。		
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	新規利用の時点で、馴染みの人や場所があれば、その繋がりが絶えないよう、定期的に外出の機会を作るなど、積極的な支援を行っている。また、馴染みの関係が絶えている方でも、再び繋がる可能性を常に模索している。	外出の機会を増やし(花見、ドライブ等)、ドライブに出掛けた時は利用者の家の周辺を回ったり、また、家族なども家に連れて行ってくれる。友人が時々訪ねて来たり、中には法事にも出席している方もいる。	
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	利用者同士の関係を踏まえた上で各利用者が孤立しないように配慮を行っている。また、リビングや居室で利用者同士が交流し、談笑する姿は多く見られ、馴染みの関係は育まれているように思われる。		

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	退居された利用者には、転居先や入院先へ面会に伺うなどで、継続的な関わりを目指している。利用者が死去された際は、御家族のご希望がある限り、継続した繋がりを持つよう努めている。		
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。また、利用者本人からの情報収集が困難な場合にはご家族からも情報が得られるよう努力し、利用者本位に努めている。	利用者の行動、状況、表情等を見て話を聞いている。また、家族との面会時に聞いたり、6ヶ月毎にはアセスメントを実施し、利用者・家族に聞き取りをしている。	
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	入居までの生活歴は、本人やご家族への聞き取りによって、可能な限り把握するよう努めている。また、各利用者の生活歴を考慮した馴染みのある道具を準備して、使用して頂けるように支援している。		
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	利用者の生活は利用者の心身の状態や希望に合わせた生活になるよう配慮している。身体の状態や本人の希望の変化によって、生活パターンが変化した場合には、速やかにそれに対応するよう努めている。		
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	介護計画の作成及び見直しは定期的、または状況変化に応じて行われており、その際にはその時点で一人ひとりの状況に合わせて作成並びに見直しがなされている。モニタリングは随時行っている。	計画作成者は介護職員も兼ねており、常に利用者の情報は把握しているが、毎月、担当職員が介護記録に記入報告し作成している。モニタリングを3ヶ月毎に行い見直し、6ヶ月毎に再計画している。作成者自ら生活機能の評価を追加し、利用者の思い・意向がわかりやすい計画書が作られている。	介護計画は介護サービスの実践で最重要事項であることから、職員・家族・関係者等の出席の下、意見等話し合う場を求めるとともに、ケア会議の目的をしっかりと定め、計画書に反映できるケアを期待する。
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	入居者一人ひとりの個別の記録は、個別記録日誌にて積極的に行われている。また、特に必要な情報はホーム会議や申し送りでも共有され、介護計画に反映されるよう努めている。		
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	日常の健康管理や入院時における早期退院の支援、終末期での入居生活の継続など、提携医療機関との関係を十分活かし、利用者及びその家族が安心するよう最大限の支援を行える体制を作っている。		

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
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	ボランティアの受け入れは随時行っている。避難訓練時には、消防署に協力を依頼し、助言と協力を得ている。同町内の他法人グループホームとは積極的なつきあいをしており、定期的に情報交換を行っている。		
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	利用者や家族に希望がある場合、その希望する医療機関へ受診が出来るように出来る限りの支援を行っている。特に希望が無い場合は、提携医療機関の医師が主治医となり、健康管理を行っている。	現在は全て家族了解の下、協力医療機関が主治医である。週1回往診があり、協力医指示の下、救急体制を取っている。専門医の受診は家族に連絡し、出来ないときは事業所で受診対応している。	
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	職場内に看護師はいないものの、提携医療機関へのバイタルチェックや状況観察の内容は毎日おこなわれており、医療機関の看護師がチェックを行い、医師に報告している。		
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。	利用者の入院に際しては、本人、家族の意向のもとで入院先の担当医師や看護師、または医療ソーシャルワーカーと相談し、可能な限り早期退院、再受け入れが出来るような支援を行っている。		
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	重度化や終末期の対応及び指針については当ホームの『重度化した場合の対応に係る指針』に明記されており、入居の段階で御家族様の同意を得ている。ただし、御家族の意向が変化した場合には、その都度意向に沿うよう対応している。	重度化した場合の対応に係る指針を作成し、契約時に説明しており、事業所は最後までここで過ごして頂きたい方針である。職員はマニュアルに添って主治医の下研修し、過去にはターミナルの経験もある。	
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	急変時や事故発生時の対応方法はマニュアルに記載されており、職員はマニュアルに従って対応している。対応方法に関する話し合いの機会は頻繁に設けており、職員には応急手当に関する勉強会に積極的に参加するよう指導している。		
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	災害時の対応方法は防災マニュアルに記載され、職員はマニュアルに従って対応している。また、年に2回、消防署職員の指導による火災時の初期消火や避難訓練を行っており、運営推進会議では地域代表に協力をお願いしている。	年2回、消防署の指導による消火・避難訓練をしている。また、事業所ではマニュアルに添って職員に研修を行ない、運営推進会議でも防災・非常時の連絡体制作りを検討しており、備蓄(水、缶詰等)、防災頭巾、防寒シートを備えた。スプリンクラーは現在検討中である。	

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
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	日常的に行われる声かけや支援は各利用者のプライバシーを配慮した形となっていると思われる。また、記録等の個人情報情報は極力、人の出入りの少ない事務所へ保管することで個人情報の漏洩防止に努めている。	利用者には「さん」付けで呼んでいる。居室は利用者のプライバシーの部屋だと思い、特に入退室時は配慮している。プライバシーに関わる事は見てみぬ振りして、何事も無かったように居室へ誘導・声かけをしている。職員同士の雑談中でも利用者・職員の事等、プライバシーに関わる話はしない様に心掛けている。	
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	各利用者が自分の思いや希望を口にしやすいように普段より会話を大切に支援を行っている。また、利用者のわかる力を把握し、極力利用者ご自分で決めてもらったり、納得をして貰えるよう努めている。		
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、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	日常会話を大切にすることで、各利用者のその日、その時の心身状態の把握に努め、利用者の心身状態とその人らしい生活のペースに添った支援が行わ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	入居者の今まで好まれてきた髪型や服装の継続をおこなっており、希望が聞かれる方については希望に添った支援を行うように努めている。		
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	食事に関しては、利用者それぞれの生活パターンに合わせて、好きな時間に摂って頂いているが、定時に促すことで、みんなで食事をする楽しさを感じていただくようにしている。準備や片付けは、能力に応じてお願いしている。	食材は業者からメニューと共に仕入れ、調理は職員が作っているが、朝食だけは一人ひとりの生活パターンに合わせて配膳している。誕生日には好きな物を聞き、普段のメニューにプラスして出している。職員は利用者と話しながら食事介助・見守り等している。	
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	利用者の状況によって食事形態や量を変え、摂取しやすいよう配慮している。身体状態の悪化で、通常の食事を摂れなくなった場合は、医学的な判断の元、ミキサー食や液体の栄養剤などを使用している。水分は適時お勧めしている。		
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	利用者の気分や状態に合せ、自力で出来る方には歯磨きをうながし、難しい方には介助を行うことで、無理の無い形で毎食後の口腔洗浄が行われている。口腔状態によっては、歯ブラシでなくスポンジを使用する場合もある。		

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
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	排泄チェック表を用いることで各入居者の排泄パターンを把握すると共に、その排泄パターンに合わせたトイレ誘導を行っている。また、各利用者を使用する下着は身体の状態に合わせたものであり、不必要なおむつなどの使用は避けている。	現在自立している方が多いが、排泄チェック表、個別記録日誌を用いてトイレに誘導している。オムツの使用に関しては身体状況等を考慮して、職員同士が日頃から使用するか、どうかを検討している。	
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	通じの良くなる食材を選んだり、塩化マグネシウム等薬剤の服用を行なっていたりなど、便秘の発生には気をつけている。長期の便秘には、医師の指示の元、ラキソベロン液等を使用することもある。		
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	入浴は本人の心身の状態やその日の気分、希望に合わせた支援を行っている。入浴を拒否される利用者には、その状況を記録し、御家族と話し合うことで原因を突き止め、解決を図ることに努め、決して強制をしない。	毎日希望に合わせて入浴は出来るが、事業所としては最低週2回入浴できるように支援している。入浴拒否の人は職員が声かけ・誘導している。また、家族・職員が菖蒲・柚子等を持ってきたり、その都度季節感を楽しんでいる。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	なるべく日中の活動量を増やす事で生活リズムが整うように努めている。また、日中に関しても活動を無理強いすることなく、各利用者の体調や希望に合わせてゆっくりとした休息がとれるよう配慮している。		
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	服薬介助方法はマニュアルに記載されており、職員はそれに従って介助を行っている。また、各利用者が服用する薬剤の説明書は、自由に閲覧できる形にしている。		
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	生活歴や日常生活の中から各利用者の得意なことを見出し、毎日の生活の中でその能力を発揮して貰えるような支援を心がけている。		
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	その日の気分や天気で庭や玄関先で過ごしたり、近所を散歩するなど支援を行っている。また、職員の可能な範囲内で、ドライブや買い物など、外出に頻繁に誘うよう努めている。しかし、重度の利用者に関しては、日常の外出はされず、前以って御家族の協力をお願いしている。	地区主催の芋煮会や花見に参加したり、事業所の周りを散歩したり、ドライブにも出掛けしている。家族も外食や買い物にも連れて行っている。また、気分転換にテラスに出て外の景色を楽しんでいる。	

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
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	利用者の金銭管理方法は預かり金管理規程に記載されており、本人管理の金銭が紛失した際の責任の所在は明確にされている。近隣に商店は無く、利用者が買い物希望した際には職員やご家族が付き添うことで対応している。		
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	利用者が電話や手紙を希望された場合、まず当ホームから先方に連絡を取り、許可を得た上で行っている。先方が断った場合、利用者に説明をしたうえで納得していただくよう努めているが、その場合、代替の手段を考えるようにしている。		
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	共用空間には利用者にとって不快の原因になるような物がないように配慮されており、家庭的で親しみが持ちやすいような空間作りを行っている。各所にはエアコンが常備され、夏冬は気温を調節し、過ごしやすい環境を作るよう努めている。	リビングには、家族のようにいつも誰かがいる様な雰囲気作りを心掛けている。広いリビングで、ゆったりとくつろぐソファが並べあり、テラスに出れば自然の木々が見渡せ、いつも季節感が味わえる。	
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	リビングには1人用または2~3人用のソファを並べて配置し、各利用者の体調やその時の気分に応じてくつろいでもらえるように配慮している。また、そこでは仲の良い利用者同士が交流をしている姿を見ることが出来る。		
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	各利用者のお部屋には、本人と家族が相談して持ち込まれた生活用品が配されており、過ごしやすい環境を利用者自らが演出している。職員は、利用者が居室にいる場合は、プライバシーに配慮した対応を心がけている。	ベット・クローゼット・洗面台が設備され、使い慣れた椅子、家族の写真、以前使用してた大切なもの数々を持ち込み、各個人独自の居室が作り上げられている。また、清掃が行き届き、清潔感が感じられる。	
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	建物はバリアフリー建築で、つまづいたり滑ったりしにくい。また、廊下やリビングは十分な広さを確保しており、車椅子での自力移動も可能である。建物内部には手すりが配され、浴室、トイレなども、動きやすいよう配慮がされている。		