

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	1890100140		
法人名	社会福祉法人 国見慈光会		
事業所名	グループホームゆうなぎ		
所在地	福井県福井市鮎川町91-37		
自己評価作成日	H25年10月15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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成25年11月20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)】

風光明媚な場所に立地しており、豊かな自然の中で、四季を感じながら、家族的な温かさを大切にしている。四季を通じて、外出し自然を楽しめるようにしている。玄関や入り口に鍵をかけず、自由に施設内を移動できるようにしている。また、食事は冷凍食品などはほとんど使用せず、旬のものを取り入れ、手作りしている。認知症や障害を持って、その人の人生が楽しいものであるよう支援していくことに職員全員が取り組んでいる。

【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)】

本事業所は、高齢化ならびに人口減少が進む海岸沿いの集落の中心部に位置している。職員は利用者のありのままを受容し、利用者が希望する生活の実現に向け、家族と良好な関係を築きながら日々の支援に努めている。事業所内は、個々の利用者がゆったりと過ごせる雰囲気があり、職員の言動もその空間に溶け込み、和やかな生活の場となっている。また、運営推進会議や家族会、家族など外部からの要望や助言などにも迅速に対応し、適切に事業運営に採り入れている。地域との関係も深まっており、近年では、地域住民から地域の問題や課題について相談を受けるなど、地域における福祉の拠点として確立している。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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)	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+-) + (Enter+-)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
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	日常生活の援助者という立場で支援している。理念は内部研修で掘り下げ、具体的な行動指針として、各スタッフに配布、事業所内に掲示し、実践につなげている。	職員は理念および理念に基づく具体的な行動指針を念頭に支援している。また、理念を相談室、共有フロアに掲示したり、理念について職員会議等で話し合ったり、毎朝のミーティングで確認するなど、浸透に努めている。	
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	地域に開かれた事業所を目指し、地域交流会など開催し、地域の人と交流が持てるような機会を作っている。文化祭や地域のイベントにも積極的に参加している。	地域の住民として利用者が敬老会や地域の文化祭等の地域行事に参加できるよう支援している。また、利用者の趣味等を踏まえ、地域住民とのふれあいやボランティアの指導による書道教室を開催するなど、住民に事業所や利用者の理解を深めてもらい気軽に交流できる関係作りに取り組んでいる。	
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	地域交流会を、認知症の方への理解の場としている。		
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	2ヶ月に一度開催し、事業所の活動や利用状況、苦情、事故などの報告をしている。また、地域内の高齢者の状況を情報共有したり、課題や事業内容に助言を頂いたりしている。	運営推進会議の中で、新たに年1回食事の試食会を実施するなど会議が更に活性化し事業所活動の理解が深まるよう工夫している。会議では、日頃の活動や運営上の課題、地域課題、外部評価の結果などの報告や説明を行い意見をj得ている。また、出された意見は運営に反映させ、その結果を3月開催の家族会で報告している。	現在は、3月の家族会で運営推進会議の検討事項等について報告をしているが、更に家族から要望等が活発に提案され、運営や利用者個々へのサービスの向上に繋げるため、会議開催の都度、議事録を家族に送付することも検討されたい。
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者や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	分からないところ、介護制度などについて確認し、助言をいただいている。	随時相談できる関係にあり、最近では生活保護者の対応や認知症加算等運営に関する相談を行い、助言等を得ている。	
6	(5)	身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	禁止行為のファイルを作り、何が拘束にあたるのか、確認している。玄関は夜間帯以外は施錠していない。外へ出る利用者がいれば、無理に禁止せず、後ろからそっと様子を見守っている。	外部研修に職員を派遣し、ノートで研修内容を職員が共有できるようにするなど、職員教育を徹底している。利用者が外出する場合は、職員が後ろから見守って危険がない限りは行動を制止しないように支援している。利用者が地域を散歩していると、住民が声を掛け見守ってくれるなど地域住民の協力の下、拘束のないケアを実践している。	
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	日々の話し合いの中で何が、虐待にあたるか話し合っている。また、ファイルを作成し、回覧できるようにしている。外部の研修にも参加している。		

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
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、このようなケースに該当する方がいない制度を活用する例はないが、介護支援専門員が定期的に研修を受けて活用することができるようにしている。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	施設長と管理者が二人で行い、家族と話し合う時間をとっている。重要事項説明書、契約書を家族と確認しながら、理解、納得していただいている。		
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	苦情受付のポスターの掲示、意見箱の設置をしている。また、年に一度家族会を開き、ご家族の方の考えや意見を聞く機会を設けている。また、相談員さんも定期的に来所され、利用者さんの相談にのってもらっている。	家族アンケートを年1回実施し、その結果を家族会や運営推進会議等で報告している。また、家族会は全員出席を目指し、3か月前に日程調整したり具体的協議内容を提示したりするなど家族が出席しやすいよう配慮している。	
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	月に2度、カンファレンスと職員会議を開き、提案を聞き、反映させている。また、年に一度、施設長との面談があり、意見交換する機会をつくっている。	職員の意見は、定例的なカンファレンスや職員会議、年一回の施設長面談で聞いている。管理者は職員とのコミュニケーションを心がけており、職員の言動からも働きやすいやりがいのある職場であることが分かる。なお、決定事項については、全職員が議事録を確認し共有している。	
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	研修の派遣や給与の引き上げなどに努めている。また、子育て中の職員や家庭の事情がある職員は労働時間にある程度融通を利かせている。		
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	研修計画に沿って、隔たりなく研修を受けられるようにしている。		
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	管理者は連絡協議会などに出席して他の事業所との交流を持つようにしている。職員については研修が交流をする場となっている。		

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
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	まず、入居前に自宅にケアマネージャーが訪問し、本人からも話を聞き、不安な気持ちを受け止めるようにしている。契約時には施設長も立会い、本人や家族の状況を把握するようにしている。		
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	相談、見学、自宅訪問、契約の各段階で話を聞く機会を設けている。施設長も立会い、状況や気持ちを把握するよう努めている。		
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	まず、相談内容と置かれている状況を聴き、ご本人と家族にとって今、何が、必要なサービスなのかを検討し、対応している。		
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	日々、生活をともにし、職員も利用者の考え方やよい習慣を見習うようにしている。褒めあうことが大切とも感じている。掃除や洗濯の整理、食事の準備、片付け等共に協力しながら行っている。		
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	面会時には日常生活の様子や体調のことなどお伝えするようにしている。行事への参加のご案内や利用者のことで何かあれば、相談し、一緒に考え支えあう関係作りに努めている。また、月に一度、家族に施設から便りを出し、ご本人の様子や写真を送っている。		
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	面会のご家族の了解が得られれば、自由にさせていただき、以前の友人が訪ねてくることもある。当事業所が市内からは遠方のため、なじみの場所から離れてしまうことが多い。地域の行事やお寺の報恩講にも参加している。行きつけの美容室に行くなどしている。	日頃から利用者の言動に注意し、本人が馴染みの人や場所に行きたいとの要望があれば、随時対応しており、突発的な外出にも可能な限り対応している。また、外出途中に自宅や知人宅に寄ったり、年賀状のやり取りを手伝ったりするなど、馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
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	何かするときは全員に声をかけ、お互いに関わり合えるようにしている。元気な方ができない方のお手伝いや話相手をされている。お互いに慰めあい、支え合って生活していただいている。		

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	現在、このようなケースに該当する方がいない		
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	話し合える方とは直接、話をしながらケアの内容を決めている。困難な場合も日々の生活状況や家族からの聞き取りなどを参考に本人本位に検討している。意思を伝えるのが困難な方にはカルテから情報を得よう努めたり、想像して思いを汲み取るようにしている。	日常の言動等を個人毎に記録して個人や家族の意向を把握するとともに全職員で共有している。また、自分の思いを表現できない利用者については、利用者や家族の言動を読み取って本人の意向に沿うよう職員間で検討している。	認知症ケアには利用者の言動など細かな情報が重要であるため、複数の書式を用いて細かく記録していることは評価できる。しかし、記録が複数の書面にまたがり、全体像をすぐに把握することが困難と考えられるため、記録用紙やファイルの仕方、アセスメントシートについて、誰でもすぐわかるよう職員間で協議し整理されたい。
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	家族や本人から直接聞いたり、毎日の生活状況の中から、把握するように努めている。		
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	毎日の過ごし方や話されたこと、心身の状態はカルテに記録をし、見返し、把握ができるようにしている。月2回のカンファレンスにおいて全員が把握するように努めている。また、毎日の申し送りでも伝達している。		
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、ご家族に希望、要望を聞き、計画作成者がたたき台をつくり、カンファレンスで検討している。その後、出来上がったプランはもう一度家族に確認していただいている。	利用者および家族の希望、要望を聞き、それに沿った介護計画を作成している。基本的に6か月毎にモニタリングを実施しているが、状況に応じて随時見直しを行っている。なお、見直しした内容は赤字で追記等わかりやすい記録に努めている。また、併設施設職員も参加するカンファレンスを開催するなど工夫している。	
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	個別の記録、業務日誌、申し送りノートを作成し、情報の共有、実践の見直しに利用している。		
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	遠方への希望医療機関への受診支援や、行きたいお店に行くなどの支援をしている。		

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	地元の消防署の方に避難訓練を指導していただいている。また、民生委員の方は運営推進委員に入っている。地元のイベントにも参加している。		
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	希望のかかりつけ医にかかるよう受診援助している。病状把握のため、受診の付き添いを行っている。また、了解が得られれば、当事業所の協力病院に変わっていただいている。また、月一度、往診もしていただいている。受診が困難な方は往診専門の医師に担当していただいている。	かかりつけ医はこれまでの主治医と協力病院の医師から選択することができる。基本的に受診同行は職員が行い、健康診断等の結果を書面で主治医に報告している。なお、診断結果は家族と事業所で共有するよう努めている。協力病院医師による1か月毎の往診と3か月毎の健康診断も実施している。	
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	体調の変化のある方は同建物内にある小規模多機能ホームの看護師に相談している。健康管理や処置をしてもらっている。主治医に直接連絡をとり指示を仰いでいる。		
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。	ケアマネージャーが入院先へ訪問し、主治医、看護師、相談員と情報交換やカンファレンスを行っている。医療機関に立ち寄り、関係作りに努めている。		
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	重度となった場合はかかりつけ医や家族と相談しながら、対応している。看護師がいないため、点滴、胃ろうなど常時の医療行為を行うことはできない。希望がある方のみ、看取り介護を行っている。状態の変化に応じて、主治医、本人、家族、施設職員がカンファレンスを開き、本人、家族が納得のいく介護に努めている。	終末期におけるケア内容を提示した上で、終末期の意向を毎年確認し、それに基づいて個別に対応している。また、重度化、終末期の支援について職員間で話し合っており、該当者がでた場合は、医師、家族と随時相談しながら対応している。希望があれば居宅療養管理指導を受けることもできる。	重度化、終末期の支援については利用者ならびに家族が満足できる支援実績があるが、マニュアルが未整備であるため作成を検討されたい。
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	毎年、救命処置の講習会にスタッフを派遣し、内部研修も行っている。		
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	訓練計画を立て、2ヶ月～3ヶ月に一度避難訓練を実施している。地元の消防署の方に指導していただいている。また、近隣の方に協力を依頼し、夜勤帯を想定した訓練も実施している。	消防署の協力と地域住民の参加を得て、夜間を含め火災や地震、津波を想定した避難訓練を計画的に実施している。訓練の課題等については運営推進委員会で協議し、地域の協力体制の維持や拡大につなげている。また、自治会の防災訓練に利用者と職員が参加して、地域の防災体制を把握している。	

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
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	対応や言葉使いについて、職員同士、お互いが注意している。記録は戸棚の中に保管している。お一人お一人の性格に合った言葉かけを心がけているが、反省することもある。	利用者への対応や言葉遣いについて、職員同士で注意するなど配慮している。また、利用者の居室に入室する場合など必ず許可を得て入室している。なお、記録書類等は利用者等が見えない場所に保管している。	
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	言動を否定せず、傾聴するようにしている。何か行うときは、ご本人に確認したり、納得されるまで、働きかけを行っている。		
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	危険がないように見守りは行っているが、無理な声かけはせず、その人が好きなペースで自由に生活できるようにしている。どうしていいかわからない方にはどうされたいのか、聞きながら支援している。		
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	定期的に散髪にいたり、外出には外出着を着たりと身だしなみに気を配っている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	行事食や旬のもの、節句などで好みのものを取り入れるようにしている。おにぎりにしたり、ご本人が食べやすい形態にして提供している。食事の準備、片付けもできる方と一緒にやっている。	食器等は、入所時に本人が持参したものを使用している。また、利用者は職員の支援のもと、個々の能力に応じてご飯の盛りつけや配膳、下膳等を行っている。職員は利用者と同じ物を食べたり持参した弁当と一緒に食べるなど、会話しながら楽しい食事の場を提供している。	
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	運動量、体調、体格に応じて食事量を加減している。水分はチェック表を用いて適切に水分補給できるように心がけている。お茶だけでなく、紅茶やコーヒー、葛湯など嗜好を取り入れている。		
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	毎食後、歯磨き、口腔洗浄への声かけを行い、出来る方は自分でしていただいている。介助が必要な方は支援している。夕食後は入れ歯洗浄剤を使用し、清潔をこころがけている。		

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	排泄サインやパターンを把握し、できるだけ、自力で排泄ができるように働きかけている。ご本人の力に合わせた介助をし、気持ちよく排泄できるように支援している。歩行困難な方などオムツを使用している方もいるが、排泄の間隔を把握し、汚染している時間が少ないように努めている。	排泄状況を記録し、個々の排泄パターン把握に努めている。排泄の声掛けや誘導は他者に気付かれないよう配慮している。また、紙おむつは各居室で人目に付かないように保管し、利用者自身で交換することも出来る。また、ヨーグルトを食事に付ける等、自然排便を促すことにも積極的に取り組んでいる。	
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	大便の確認表を使用し、排便日の確認を行っている。冷水や牛乳、ヨーグルトを摂っていただく、ごぼうなど繊維のあるものもとって頂いている。自然な排便を心掛けているが、便秘が続き、薬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	基本的に入浴の曜日は決めているものの、毎日入浴することもできるなど、希望に合わせて、入浴時間も変更できるように支援している。また、外出の前日には入浴するなど細かく対応している。湯船につかることができない方は足湯をしていただいている。	利用者の意向に沿って夜間以外は随時入浴することが出来る。安心してゆっくり入浴できるよう入浴剤の利用や室温調整にも配慮している。また、身体機能に合わせて併設事業所のリフトを活用したり、足浴と清拭等で支援している。	
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	体調やその日の活動状況をみながら、休息をとっていただいている。就寝時間は特に決めておらず、好きな時間に寝ていただいている。		
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	月に一度～二度は主治医が往診し、変化を主治医に報告している。服薬も職員が管理しており、薬の情報として薬状をカルテにつけている。		
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	子供とのふれあいや家事や書道などの趣味など張り合いや楽しみごとを持っていただくように努めている。買い物に出かけたり、散歩や喫茶店に行く等気分転換の支援をしている。		
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	地域の行事や近くの喫茶店など積極的に出かけている。希望の美容室へ行く、墓参りなどの支援もしている。	日常的に散歩しており、行事としてショッピングセンター等にも外出している。夜間のコンサート、近所の喫茶店などへの外出や突発的な外出にも希望に利用者の応じ支援している。歩行困難者には何時でも身体状況に合わせた外出が出来るよう車いすを準備している。	

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
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	お金の管理が出来る方は個人で所持している。		
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	通信の規制はしていない。出来ない方は職員が支援している。		
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	整理、整頓に心がけ、季節の花や作り物を飾り、季節が分かるようにしている。	利用者間で自由に話したり寛げるよう共有スペースに椅子とテーブルを複数設置し、季節感が味わえるよう季節の花を飾っている。また、空調管理にも配慮しており、不快な臭いは無く、清潔な環境である。	
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	空間の数箇所にソファや椅子をおき、一人でゆっくり過ごされる場所を設けている。		
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	家族と相談しながら、本人にとってなじみのもの愛着のあるものを持ち込んでいただいている。みなさん、思い思いの居室にされている	ベッドか布団を選択することが出来、本人、家族に馴染みの家具や写真などを積極的に持ち込んでもらうよう促している。家具等の設置場所については、危険性がある場合は本人、家族に説明し設置場所を変更してもらっている。大きな家具は転倒しないよう固定され安全面にも配慮されている。	
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	玄関やトイレ、部屋など分かりやすく、本人が一人で行かれないことがあるため、張り紙や暖簾をつけて目印にしている。		