

### 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	2371401288		
法人名	平成フードサプライ株式会社		
事業所名	グループホーム 名古屋鳴海の家 1号館		
所在地	名古屋市緑区大形山901の2番地		
自己評価作成日	評価結果市町村受理日	平成27年3月20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	福祉総合研究所 株式会社		
所在地	名古屋市東区百人町26番地 スクエア百人町1F		
訪問調査日	平成26年12月10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)】**

その人がその人らしく生活を送れるケアとして、介護計画書の充実を図りより良いサービスの提供、満足度の向上へと繋げている。入居者様の満足が、職員の寄り添うケアの理解とやりがいにつながった。1、2号館とも、同様の目標を設定しホーム全体で取り組みました。

**【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)】**

ホームの周りには学校や公園、みかん畑などがあり多くの自然に囲まれている。居室の窓から見える風景を好み、眺めている利用者もいる。グループホームをひとつの家族が住む家庭と捉え、どう生活していくのか?と考へて「協力し合える仲間と共に暖かく明るい生活を送る、私たちは家族です」という理念に沿い、利用者一人ひとりに向きあい、残存能力を活かしながらできることはやってもらい、尊厳を保てるよう、排泄の自立と自力歩行に特に力を入れている。利用者同士の関係がよく、新しく入居した人に以前から入居している人が声をかけたり、職員に声をかけて支援を頼んだりする場面も見られる。利用者同士がお風呂に一緒に入るなど、アットホームな事業所である。

**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)	○	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	職員の採用時には理念を伝え理解してもらっている。 毎月、職員会議、ケア会議の際、管理者・職員と声を出し読み上げ実践することを自覚している。	ホームの理念は「あなたが居て わたしが居る わたしが居て あなたが居る 協力し合える仲間と共に 暖かく明るい 生活を送る 私たちは家族です」としている。利用者と職員が協力し合って1つの作品を仕上げる中で、共同生活の仲間や家族のような意識作りを、月1回の会議で理念にふり返りながら、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	地域の紙芝居、踊り、演芸、、カラオケ、介護ボランティア、学内の中学生の体験学習を受け入れをしている。散歩の際、地域住民の方に挨拶をしている。	子ども会の廃品回収の参加や中学校の体験学習の受け入れをしている。町内会の加入はできていないが回覧板や近所に住んでいる職員の働きかけで地域の情報を得たり、事業所の行事に近隣の人へ呼びかけをするなどの交流をしている。	
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	町内会の掃除に入居者と共に参加している。 ホームの行事を行う際、お知らせの看板を作り地域に発信、子供会の依頼に協力したり、地域の交流に努めています。		
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	運営推進会議は2ヶ月おきに開いている。去年同様地域包括センターの方や家族の方にも出席して頂きました。 今年度は、会議の前に、ホーム主催の行事に参加して頂き、入居者様と会話等して頂き、交流を持って頂きました。	年6回開催している運営推進会議では利用者家族、民生委員、いきいき支援センター職員の参加を得ている。ホームから利用者状況や行事を中心に報告し、話し合いが行われている。会議と行事の同時開催を考えており、昨年12月からはグループワーク型の会議に取り組んでいる。	
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	区役所の生活課、福祉課に出向き挨拶・会話をし協力体制に努めている。10月21日に緑区福祉フェアに参加しました。	生活保護の利用者や認定更新の機会などで区役所と情報交換するように努めている。また、区主催の福祉フェアに参加し、情報交換を行っている。	
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	身体拘束マニュアルを作成し、日々職員の会議等で話し合い拘束しないケアを実践している。毎月、身体拘束以外にも、毎月職員全員研修を行い周知、教育を行っている。	本部主催の研修の中には身体拘束も含まれ、全職員が受講している。拘束や利用者の行動を制限しないケアについて職員は理解している。	

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	身体拘束同様虐待防止に、虐待防止マニュアルを作成し職員全員深く理解し実践している。特に今年は、言葉使い、対応など、接遇に力を入れサービスの向上に努めた。		
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	関係者と相談をし活用している。 権利擁護の関係者の方は、毎月1回は必ず、訪問して頂いています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時、書面を元に口頭でも説明し、理解して頂く様に努めている。特に利用料金や、起こりうる事故、リスク、看取りについての対応や方針を、詳しく説明し同意を頂いています。		
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	必要に応じて家族と連絡、話し合い、相談し、利用者、家族等、運営推進会議のメンバーの意見を受け入れ反映している。御家族様との、信頼を深めるためにも、来設の際は、最近の様子をお伝えしている。毎月「ホームだより」を発行しています。	ホーム便りが毎月発行され、利用者の生活の様子を1人ひとりメッセージを添えて知らせ、家族との話題作りを活かしている。ホーム便りは毎月請求書と共に家族へ手渡ししているため、その時に家族と話をすることで意見や要望を聞いている。	
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	毎日の申し送り、毎月1回職員会議を開き職員の意見を聞き運営に反映させている。運営に関する、担当者を決め運営に、反映しました。	管理者やリーダーは、日頃から職員を気にかけてコミュニケーションを取るようしており、職員は意見を言いやすく、給与面や休みについても相談に応じている。	
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	職員の資格支援を行い、資格習得後本人の希望を伺い職場環境を整えている。職員からの、提案を、重視し、向上心やりがいを育てるよう、具体的に、配慮推進した。また、自立支援や認知症ケアについて全職員の経験をケア会議で発信するなど、やりがいにつなげている。		
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	法人内での研修は毎月、行っている。積極的な研修参加を促している。特に、地域が行う講習会に参加したり、行政が行う資格取得の研修に参加し研修内容を職員会議で発表し、全職員の学習に繋げている。特にケアについては、その都度説明し理解を深める様に努力している。		

14	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>関連の事業所等の見学や交流により、サービスの質の向上を目指している。今年度は緑区内の訪問看護、居宅サービス、グループホーム等の集いに参加をし交流を深めた。10月緑区福祉フェアに参加し同業者との交流を持ちました。</p>		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
15	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居する際、本人及びご家族様から入居前の生活状況、本人が好きな事、嫌いな事等を聞きホームでの生活にスムーズに移行できるように努めている。本人が、好きな事はケアプランに反映し自行している。この方針は開設以来継続している。</p>		
16	<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>ご家族の話を十分に聞き、ホームに入るにあたっての不安や悩みを少しでも解消できるように努めている。病気等に対しては、病院へ、家族と同行し、関係を深める様努めている。病気に関する理解に対しても双方ともに深める努力をしている。毎月「ホームだより」を発行している。</p>		
17	<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>相談時本人やご家族の思い、状況を確認し、早急な対応が必要な相談者には可能な限り柔軟な対応を行っている。本人、家族の希望はケアプランを作成しサービスを行っています。</p>		
18	<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>支援する側、される側という意識を持たず本人の思いを理解し、共に支えあえる関係作りをしている。利用者様と職員が一緒に掃除、洗濯、食事作りをし、共同生活をしています。夜眠れない利用者様には、添い寝をするなど対応している。</p>		
19	<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>利用者の様子や職員の気付いた事をご家族に伝える際、ご家族の希望にも配慮し、その場で解決出来ることは、解決し、良い関係を築く様に努めている。行事のお知らせをするなど、参加をお願いしている。</p>		

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	以前、習い事や趣味の活動をしていた、友人の来設があるなど、生活習慣を尊重した環境を作っている。また、友人、知人の来設も多く、入居前と同じ様に生活していただく様、努めています。	家族や知人の面会時の対応、手紙や電話での連絡を取り持つなど、馴染みの人とのつながりが継続できる支援をしている。家族の付き添いで美容室やイベント事に出かける利用者もいて、今までの関係が途切れないよう協力を依頼している。	
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	生活上の行動をとらし、「生活リハビリ」を含め、共同作業、外出、外食をすることによって、良い関係作りの支援をしている。この支援については開設以来変わりなく実行しています。		
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	他の事業所へ転居、入院等で、退去された場合はアセスメント、ケアプラン、認知症の症状、生活の様子等を詳しく、情報を提供をしている。入院後退去者様の見舞いに、出向いています。		
<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	日々、食事、散歩、レクリエーション、外出、外食、本人の希望を聞き、ケアプランに取り入れるなど、利用者様主体の支援をすることにより、その人らしく生活が出来る様に、また自立支援を主に、ADL、QOLの向上を目指し支援しました。開設以来、実行しています。	職員は担当者が主体となって利用者に向き合い、意思をはっきり伝えられない人からは普段の何気ない会話や表情や態度で、思いを汲み取るよう努めている。新しく入居した人には、まずホームに馴染んでもらうことを優先し、その後日々の支援の中で、その思いを把握し職員間で共有している。	

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	入居時に本人、ご家族、関係者等から生活状況を聞き取りを行っている。また、日々の生活の中での会話等から、個性や価値観等の把握につとめている。知り得た情報は記録しケアプラン、日々の生活に反映している。		
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	本人の生活の中でできる事に目を向け有する力が最大限生かされるよう努めている。また、出来ない事でも毎日毎日繰り返す事により、自立支援、意欲の向上、認知症症状の緩和に結びつけています。		
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	本人が充実した生活を送る事ができるように本人やご家族の意見を十分に考慮しながら関係スタッフと毎月ケア会議を開き介護計画を作成している。また毎日申し送りをし、チームワーク、チームケアを徹底し支援に努めています。	職員は担当者が主となって利用者の様子を観察し、リーダーのもとでそれを毎月フロアごとに話し合い、管理者とケアプラン作成者に伝え、3ヶ月ごとに見直ししながら介護計画を作成している。	
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	介護詳細記録に身体状況及び日々の暮らしの様子や本人の言葉エピソード等を記録し職員全員で情報を共有している。食事、水分量、排泄、毎日記録し申し送りをすると共に毎月必ずケア会議を開き情報の共有に努めています。		
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	本人、ご家族の状況に応じて通院や送迎等、ニーズに答えている。通院、行政等の手続きの際は、必要に応じて同行、代行もしています。		

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	必要に応じて介護保険外の生活支援に結びつくサービスを受け入れられるように努めている。		
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	事業所の協力医の他、入居前からの医療機関にて診療を受けられるようご家族との相談により対応している。 訪問診療に来てもらうケースもあり、複数の医療機関と協力体制を整えています。御家族様へ専門院の紹介、手続き等の支援を行っている。	今までのかかりつけ医の受診も可能で、協力医以外の専門医に新たにかかるときには事業所から職員がつきそい、医師に状態を知らせるようにしている。協力医には早めの問い合わせを徹底している。また、他の医療機関との間に事業所が入り、連携に努めている。	
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	かかりつけ医等の看護師に連絡、相談できる状態であり、ホーム採用の看護師により、日常の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。また、利用者の主治医とも協力関係ができています。開設以来継続し実行している。		
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。	入院先への見舞いを頻繁に行い、病院関係者と経過を聞きながら速やかな退院支援に結びつけている。入院後は、1週間に1回は、見舞いに行き回復状況の把握に努めている。		
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	家族、医師、看護師を交えて話し合いを行い、終末に対する対応を定め、ホームの看護師、職員による終末ケアの体制の環境を整えている。	利用者、家族が望んだ場合は、医師、職員、本人、家族との話し合いを持ち、医療行為がなく協力医の往診でこなせる場合は、看取りまで行っている。勉強会やベテランの職員や管理者のフォローで、支援体制を作っている。	
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	夜勤時の緊急対応についてマニュアルを整備し、インシデントレポートを活用し事故発生を防ぐ対策を職員全員で考え、事故防止に努めている。		
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	災害マニュアルを作成し年2回、消防署の協力を得て避難訓練、避難経路の確認、夜間想定、消火器の使い方等の訓練を行っている。災害時の非常食の備蓄をしている。消防設備危機において、専門の業者に依頼し点検をうけている。	災害マニュアルをもとに、5月10日に夜間想定避難訓練を行っている。消防署からAEDを借りて心肺蘇生の訓練も行った。水消火器の使用訓練では利用者也参加した。備蓄も用意されている。	

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	利用者ひとりひとりに合わせたケアを提供し、自己決定、意志の尊重、プライバシーに十分配慮している。 職員は個人情報、守秘義務の保護を徹底している。	接遇に力を入れており、利用者一人ひとりに向合った支援を心がけている。職員は、利用者同士の居室の間違いやトイレが重ならないよう見守っている。
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	利用者のADL、生活歴等を把握した上で日々の生活の中でニーズを引き出していき希望が実現できよう支援している。意思表示の困難な利用者様には、複数の選択肢を本人が決める様に支援している	
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	基本的な1日の流れはあるがひとりひとりが持っているペース、望んでいる嗜好については、本人の暮らしに合わせた支援をしている。特に食事、レクリエーション、外出先は利用者様の希望を聞き支援している。	
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	理美容については2ヶ月おきに業者が訪問している。衣類は、本人が選んでいる。 爪切り、耳掃除については看護師が行っている。 髭剃りについては毎日行っている。毎日お化粧をする利用者様には、声掛け、準備をしている。	
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	利用者と職員が共に利用者の希望による、朝・昼・夜・おやつ調理を行っている。テーブル拭き、盛り付け、配膳、後片付け等を行う事で能力、意欲が維持、向上できるよう、努めて実行し精神面の安定へと繋げている。外食場所は本人が行きたい場所に行っている。	普通の家庭のような食事を考え、毎日職員と利用者が話し合いながら献立を決め、買い物、調理、配膳などできる範囲で手伝ってもらっている。ひな祭り、お節句料理などの特別食もあり、また手作りおやつで、盛り上がることもしばしばである。
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	栄養、水分摂取についてはリストを作成し管理を的確にケアに繋げ支援に結びつけていった。また、主治医と連携し助言をケアに結びつけている。	



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	毎日、朝、昼、夕に口腔ケアを行い清潔保持、誤嚥性肺炎の予防に努めている。口腔ケア、嚥下体操を毎日行う事により、嚥下能力が向上した利用者様もいます。		
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	排泄チェック表を活用し、排泄リズムを把握している。日々の排泄のケアにて動作を習慣化していただき、排泄の自立へと繋げている。	利用者の自立を目標に、排泄の支援を行っている。排泄チェック表を活用し、時間で決めるのではなく、それぞれの排泄リズムを把握し、さりげないトイレへの誘導をしている。オムツ使用だった利用者が日中布パンツへもどった例もある。	
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	繊維質の多い食材を取り入れている。また水分摂取を促している。散歩等により身体を動かす機会を確保し、定期的に腹部マッサージする事により自然排便できるよう取り組んでいる。排便の習慣を把握した上でのトイレ誘導を行っている。		
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	入浴日は週4日設け本人の体調、希望を考慮している。 仲の良い利用者同士は一緒に入浴できるよう支援している。機械浴の設備が有りに必要に応じて、使用しています	現在入浴拒否の人はいない。皮膚科医の指導のもと、目安は週に4回の入浴であるが、希望があれば毎日の入浴も可能で、浴室が広く利用者同士が連れ立っての入浴も楽しんでいる。	
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	日中の活動を促し生活のリズムを整えながら体調や表情、希望等に考慮してゆっくり休息がとれるよう支援している。また、安眠が出来るよう室温等の環境整備も行っている。		
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	薬管理表の作成や処方箋のコピー等により職員が内容を把握できるようにしている。処方の変更があったときは、申し送り帳に記録し職員全員が把握出来る様にしている。 服薬時は、必ず3点呼称し本人に手渡し、飲み込む迄見守る事を徹底している。		
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	利用者様ごとの得意分野で力を発揮してもらえそうな仕事を頼み、感謝の言葉を必ず伝えるようにしている。特に本人のやりたい事はケアプラン(個別サービス)で、自行出来る様に支援している。		

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	季節を肌で感じてもらうよう本人の気分や希望に応じて、日常的に散歩、買物等に出掛けている。月に1度外出していただき希望の場所へ外出している。半年おきの外食は本人の行きたい所に行き、本人が食べたい物を選んで頂く。	敷地が広く、ゆるやかな勾配のある駐車場や庭の畑などを、利用者は散歩している。喫茶店や買い物などの外出も行っている。初詣や花見という特別な外出行事も行っており、利用者は楽しみにしている。	
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	事業所がお金を預かり金庫で管理している。外出時や買物のお金等は自分で払って頂けるように、お金を手渡す等の工夫をしている。		
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	家族、友人、知人からの手紙には返事を書くよう促している。電話をかけることに関しては相手の状況により行っている。		
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	リビングには行事の際撮った写真や、利用者が作成した物等を利用者と一緒に考えながら掲示し、利用者が自分の住んでいる家だという意識を高めてもらえるような工夫をしている。リビングには、TV、ソファを置き自由に使用して頂いています。定期的に換気を行い臭いへの配慮を行い、室温への配慮も行っている。	居間には利用者と職員とで作った季節の飾りが貼られており、折り紙や貼り絵、塗り絵などで居間を温かく彩っている。日当たりのよい場所にソファも置かれ、居室にこもらない生活を過ごす場として、気持ちよく整えられている。	
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	仲の良い利用者同士でくつろげるスペースを作っている。上記同様、リビングにソファを置き、自由に使用して頂いています。		
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	使い慣れた日用品や馴染みの物、写真を持ち込んで頂き、安心して心地よい生活を送るよう心掛けている。本人の思いでの品を飾っている利用者様もいます。	家族の写真やレクリエーションで作った物を飾っている人もいて、それぞれが過ごしやすいように整えられている。	
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	混乱や失敗が生じそうな場合には、職員全員で状態を把握し、居室入口に解り易いよう名前を大きく記す。または、馴染みの物を置く等本人の不安材料を取り除く工夫をしている。		