

## 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	2491300014		
法人名	(株)センチュリークリエイティブ		
事業所名	グループホームあみーご鴻之台		
所在地	三重県名張市鴻之台5番町10番地		
自己評価作成日	平成25年7月4日	評価結果市町提出日	

※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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JivogyoCd=2491300014-00&amp;PrefCd=24&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JivogyoCd=2491300014-00&amp;PrefCd=24&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【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25年7月26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)】

私たちは『その人らしく人生を生きる。そんな思いを支え共にわかち合う、ひとつ屋根の下で時には泣き、時には笑い、穏やかな暮らしの中で、私たちはそんな家族でありたい。』という皆で創った理念を大切にしている。  
事業所は緑多い閑静な住宅街に建ち、徒歩圏で公園やコンビニに行くことができる土地柄となっているため、買い物や散歩、公園で気分転換を図れるよう、日常的に外出できるようにしている。  
また、職員は日頃から利用者と一緒に過ごす時間を多くもち、小さな事業所だが小規模らしくアットホームで、利用者にはごく自然なスローライフを満喫していただけるよう支援していきたいと考えている。

## 【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)】

事業所は市街地に位地し、直ぐ隣に緑いっぱい竹林と木々の見える自然に恵まれた環境の中に、モダンでちょっと豪華な元大手企業の社員寮を6年前に改築した事業所である。また、今年になり、居間兼食堂のフロアの張替えにより、利用者は以前にも増して開放感の中で座り心地良いソファで寛いでいる。今年にはさらに浴室の模様替えが計画されている等、利用者のサービス向上に積極的に取り組んでいる。パンフレットにも掲げている『もう一つの、“家庭”でありたい』のように、利用者とスタッフが家族のような雰囲気であり、時には泣き、時には笑い、出来ることはそれぞれ自分です、何時も何でも一緒にする等、常に笑顔で利用者のペースに合わせた柔軟な支援がされている。

## 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広がったり深まり、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、生き活きと働いている (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	その人らしく生活できるように、全員が理念を理解し、日々の支援にとり組んでいる。	開設時以来、『自分らしく人生を生きる……』を理念に掲げ、利用者一人ひとりが、常に家にいる感覚で自分のペースで居心地良く暮らせるように心掛け実践している。	
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	運営推進会議で情報を得ながら、子育てサロン 敬老会や地区の防災訓練などに参加している。ボランティアの導入について、地区の会議に参加したり、民生委員の訪問など、地域の方の協力を経ながら、つながりを大切にしている。	近隣のキラキラ広場での子育てサロンや、地域の祭り(盆踊り)に参加、利用者の地元での敬老会に参加したり、また、消防署主催の地域の防災訓練の見学、民生委員とボランティアの方は定期的に訪問してくれる等、地域との交流は出来ている。	
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	運営推進会議にて事例検討を用いて、GHや認知症に対する理解を勧めている。今後、キャラバンメイトを育成し、啓発活動に参加したい。		
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	行政関係者、まちの保健室、民生委員、地域住民、利用者と利用者家族に参加を呼びかけ、開催している。また、施設行事にかけ交流を図っている。	最近は利用者家族の参加が見られないが、民生委員、市の関係者(市職員、地域包括、町の保健室、)利用者代表等のメンバーで隔月に開催されている。参加者の高齢者福祉の関心が高く、多くの意見や助言が交わされ有意義な会議となっている。	
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に取り組んでいる	事業所の運営状況や取り組みなどの報告、また必要があれば、市役所または包括支援センターに相談している。二ヶ月に一度は介護相談員を受託しており、報告書を基にサービスの向上を図っている。	運営推進会議時の他、市の担当課には毎月『あみーご通信』を届ける際に、新たな入居者の情報収集を兼ね、運営上の課題や問題が生じれば相談にのってもらおう等連携が図られている。	
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	身体拘束についてのマニュアルを作成し、職員に周知徹底を図っている。また、玄関の施錠について必要最小限とし、利用者の安全を確保しながら、施錠しない工夫を実施している。	利用者に帰宅願望(強い徘徊)の方がいるなか、毎月のスタッフ会議で身体拘束に関わる気付き、見直しが行われ身体拘束の弊害は理解されている。玄関も見守りが手薄になる時間帯以外は施錠しない等の工夫がされている。	
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	虐待防止関連法についての勉強会を開催し、理解に努めている。		

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	外部研修にて成年後見制度について学ぶ機会がある。また、相談等を受けた場合は専門家にアドバイスをもらい、伝達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	個別面談を実施し、利用者や家族に納得していただけるよう、時間をかけてオリエンテーションを行なっている。		
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	利用者の個々に不満や苦情はその都度受け付け、速やかに改善を行なっている。また意見等が出たときには、カンファレンスを開催し、改善方法を検討している。	家族には、毎月発行の『あみーご通信』をお届けし事業所での様子を報告するとともに、面会時や認定調査時等に意見や要望を聞き、スタッフ全員が参加する会議(カンファレンス)に話し合い、出された意見はケアの向上に活かしている。	
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	月一度、職員会議を設けており、ケアについての意見や提案はケアカンファレンスで話し合っている。急を要することは緊急で会議を開くこともあり、柔軟に対応している。	管理者とスタッフの信頼関係は厚くて双方のコミュニケーションは良く、日々のケアの場や全スタッフ参加の会議(カンファレンス)等で意見、特に多くのレクリエーションのアイデアが出されケアの場で活かされている。	
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	運営者による面談の場を設け、職員個々の努力や実績をもとに評価し、給与や役職の見直しを行なっている。また、職員の資格習得に向けた支援をしている。		
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	地域密着型サービス協議会に登録し、個々レベルにあった研修に参加できるよう、体制をとっている。また、不定期だが事業所内での研修も実施している。		
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	訪問看護師が来所する際には情報交換を行っている。また、他事業所と合同研修を企画し、連携を図っている。		

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
<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	初期面接では本人の意向に耳を傾け、グループホームの説明を行っている。本人が納得できるよう話し合いを持ち、関係作りに努めている。		
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	初期面接では家族の意向に耳を傾け、事業所で出来る支援について、細かく説明を行っている。		
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	家族の実情や要望を確認し、必要なサービスにつなげるようにしている。当事業所が本人にとって適切かどうかを本人や家族、担当者と話し合い、必要であれば、他の施設を勧めることもある。		
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	職員が一方向的に支援してしまわないよう、職員同士で話し合う場を多く持っている。お互いに協働しながら生活していただけるよう、場面づくりや声かけを工夫できるよう努力している。		
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	通院や行事などに参加して頂いている。本人の要望や状態が不安定なときには、家族に協力を求め訪問や外出支援など、家族にしかできない支援をお願いしている。		
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	自宅に帰ることを支援したり、友人や知人など、利用者が大切にしていたつながりを継続できるよう、個別支援に努めている。	馴染みの関係継続の重要性は理解はしているが、利用者の多くは遠方であり、かかりつけ医への受診支援や友人や知人の面会はあるが、馴染みの人や場との関係継続の支援は課題となっている。	入居前の関係を常に継続して行くことは難しいが、何か継続出来る事柄がないかスタッフ皆で話し合い、実践される事を期待する。
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	職員が調整役となり、利用者同士の関係がうまくいくように努力している。テーブル席や行事など、気の合う利用者同士になるよう工夫している。		

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	サービスを終了しても、電話などで近況のやりとりしている。		
<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	ケアマネジャーが主となり、職員全員が、日々の生活の中で一人ひとりの思いや意向の把握ができるよう努めている。日誌には気づきを書き残したり、担当者がモニタリングを行うことで、より身近に利用者の意向を反映できるよう工夫している	現状は利用者自ら思いや意向が言える方が多いので、利用者と一対一になる時(居室でのシーツ交換、買い物等)に話を聞き把握し、ノート(気づきメモ)に記入のうえスタッフが共有し、利用者の意向に添った支援をしている。	
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	本人や家族から聞き得た情報を基にしながら、日常会話や生活を通じて、利用者の馴染みある暮らしについて把握できるよう努めている。		
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	利用者の生活リズムや心身の状態に合わせて、マイペースに暮らしていただけるよう支援している。		
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	定期的なカンファレンスと担当者がモニタリング、評価して、状態に変化があった場合には、本人や家族の意向、職員の意見を反映させ、評価、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画は、利用者毎のスタッフで毎月モニタリングし、3ヶ月毎に全スタッフ参加のカンファレンスで話し合いし見直している。毎月のモニタリングで変化があればその都度に直している。家族には計画の説明時に希望を聞き、見直しに反映している。	
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	日々の様子や気づきを日誌に記載し、情報を共有しており、介護計画の見直しに役立てている。また、職員には、日誌や介護記録を勤務開始前に確認するよう義務づけている。		
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	通院については家族の実情に合わせて、通院介助を実施するなど柔軟な対応をしている。本人より外出の希望等があった場合も家族と相談し、施設でできることは最大限努力している。		

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
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	地域資源を把握し、地域のボランティアや民生委員の協力を得て、利用者がさまざまな交流を図れる様に努めている。		
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	本人や家族の意向を聞き、主治医を決定している。終末期等については、在宅支援を依頼できる病院を紹介している。	利用者と家族の希望するかかりつけ医で受診している。遠方の利用者には近くで往診可能な病院を紹介し家族が納得されたかかりつけ医としている。受診は原則家族の付き添いとしているが、家族が困難な場合は事業所で付き添い受診の支援をしている。	
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	訪問看護と契約し、状態変化に応じた看護、病院受診ができるよう支援の充実を図っている。また、体調の変化があった際には、連絡し指示をあおいでいる。		
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。	協力医療機関、主治医と相談しながら、入院の対応、紹介をして頂いている。入院後は治療方針、今後の経過などについて、医療機関と連絡を取り、本人、家族と話し合いながら、最も良いと思われる支援が提供出来るよう努めている。		
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	初回面接時と契約時に事業所の方針として、重度化した場合の対応について、本人と家族に説明し同意書を得ている。また、訪問看護と委託契約により、医療連携体制を整えたことで、重度化した場合でも利用者や家族のニーズに対し、柔軟な対応が今後可能になることを期待している。	重度化や終末期で医療行為が必要になれば、基本的に事業所では支援出来ない旨を契約時に説明し同意を得ている。今後も利用者の状態を見ながら家族と話し合いし、訪問看護等医療機関との連携を模索しながら出来る限りの支援をする方向で考えている。	
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	事故や緊急時に備え、救命講習会を依頼し、全員が講習を受けている。		
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	火災避難訓練については半年に一度は消防隊を要請し、数か月に一度は自主訓練を実施している。夜間に対応した避難訓練についてはマニュアルの確認等は実施しているものの、地域の協力を得られるまでに至っていない。	消防署の協力を得て年2回の火災避難訓練は実施しているが、昨年度掲げた目標達成計画は実施するまでには至らなかった。	現状の昼間の訓練と併せて、近場の避難所の再確認と災害発生時に的確に初期動作が出来るように、夜間想定と地域の協力を得ての定期的な避難訓練が実施されることが望まれる。

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
<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	認知症への理解を深めることで、人格尊重の大切さを学び、利用者ひとりひとりに合った対応とプライバシー保護に努めている。	全ての利用者に、人格ある一人の人としての尊厳を損なわない言葉掛けや対応を心掛け実践している。特に排泄や入浴時の際は同性介助(介護)する等、プライバシー保護に配慮している。	
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	利用者が自己決定できる場面を作り、また意思表示が困難な利用者には、表情を読み取り、見極めの対応をしている。		
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	基本的に大まかな一日の流れはあるが、起床時間や食事、外出や居室で過ごす時間など、利用者一人ひとりのペースで生活できるよう支援を行っている。		
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	利用者が自分で身支度できるよう支援し、洋服選びなど本人に選択してもらうよう心がけている。外出時はメイクやおしゃれをして出かけている。カラーリングは事業所で実施し、訪問美容は2ヶ月に一度のペースで訪問して頂いている。		
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	調理は利用者と職員と一緒に、それぞれ出来ることを分担しながら、協働で食事を作り、配膳や片付けまで関わりを持ってもらっている。他に外食や外注などを利用したり、利用者の意見を反映できるようにしている。	献立と食材は業者の栄養士の下で調達し、事業所の厨房で利用者とスタッフが調理、盛り付け、配膳等それぞれ出来ることを一緒にし、栄養バランスの取れた美味しい食事となっている。又、外食やセルフクッキング(焼きそば、巻き寿司、パイキング等)を楽しんでいる。	
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	利用者一人ひとりの嗜好について把握し、食事を毎回チェックし記録している。嚥下能力に応じて、刻むなど食事形態に配慮している。外出、入浴、運動後は水分摂取を促し、利用者がいつでも自ら水分補給出来る様、設置している。		
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	毎食後、口腔ケアの声かけを行い、個々に応じて歯磨き、義歯洗浄、うがいの支援を行っている。		



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
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	本人の訴え、排泄パターン、あるいは行動によって排泄のタイミングを図り、誘導、支援している。歩行や排泄困難な利用者には、尿瓶やポータブルトイレを使用し、自己排泄できるよう支援している。	排泄は常に表情やしぐさを見ながら、日々のパターンを参考に周囲に気付かれないように声掛け誘導し、トイレでの自立排泄が出来るように支援している。夜間は各居室にポータブルトイレが設置され、自由に使用出来るようにしている。	
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	朝食時の牛乳飲用、栄養バランスを考えた食事、おやつには果物等を取り入れるよう心がけ、自然排便を促す工夫をしている。便秘がちな利用者に対しては、個々の排便ペースを把握し、必要に応じて下剤の服用、体操の参加を勧めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日時を決めているが、毎日の入浴も可能であり、一人でゆっくり入浴したい方や仲の良い利用者同士で入浴したい方、とそれぞれに合わせ入浴してもらっている。また、冬場には手浴足浴をおこなっている。	希望があれば毎日の入浴も可能であるが、現状は午後一人ずつ週3回ペースの入浴で、そのうち週2回はお好みの入浴剤で楽しんでいる。現在の浴槽は元社員寮のままで大きくて深すぎるので全面改良を計画されている。	
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	居室の他に、リビングには畳スペース、ソファが2つあり、利用者に個別に心地よく休息できるよう配慮している。夜間については居室の照明や温度、また主治医と薬剤剤について検討し、良眠できるよう支援している。		
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	服薬確認は毎食後、徹底管理している。利用者の状況変化があれば、医師や薬剤師に相談し、必要に応じて投薬の変更をもらっている。		
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	友人との交流や、囲碁教室、家族との外出など、利用者が楽しめる機会を多く持てるよう支援している。また、園芸や買い物、料理の盛り付けなど、利用者の得意分野を活かし、協力してもらっている。		
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	個々の買い物や通院など希望があれば個々に支援できる体制をとっている。散歩やお祭りなど、民生委員さんの協力を得て、外出している。また、みんなで話し合い、年に1度日帰り旅行へ出かけている。	天候と利用者の体調を見ながら事業所周辺の散歩や買い物に出かけている。また、地域の祭りや子育てサロンに参加、ドライブを兼ねての花見、グループ3事業所による運動会、年1回は日帰り旅行に出かける等多数の外出支援がされている。	



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	お出かけする際には、普段事業所で管理している方でも小額のお金を渡し、自分で支払ってもらっている。自己管理されている利用者については、本人に任せている。		
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	本人が家族に電話を希望された時は職員が取り次ぎ支援しているが、家族に同意を得てかける場合もある。手紙については自由にやり取りされている。		
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	ソファを置きそれぞれが好む場所で過ごせるようにしている。リビングの窓からは、緑が見え水の音が聞こえる。また、冬場には室内で日光浴できる場所があり、利用者が自由に行き来している。	居間は利用者皆が、今年張り替えた広くて開放感のあるフロア(居間兼食堂)に集まり、座り心地の良いソファで大型テレビを見ながら寛いでいる。窓越しには竹林等の緑とせせらぎの音、テレビの前のテーブルには季節の花が飾られ落ち着ける空間となっている。	
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	リビングにはテーブル席とソファ、畳コーナーがあり、一人で過ごすことも、気のあった利用者同士で過ごすこともできるよう工夫をしている。		
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	本人、家族には使い慣れた物品を持ってきてもらうようお願いしており、思い思いの居室作りをされている。昔の写真を持参してもらい、回想法にも役立っている。	各居室に洗面台が設置され、ベランダの外はサッシ戸、内側に障子戸があり落ち着ける雰囲気である。何でも持ち込みが可能であり、テレビ等の家電、筆筒、お好みの小物や写真が随所に飾られてあり、それぞれ個性のある部屋づくりとなっている。	
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	残存能力に合わせ、できることを知り、支援できる体制をとっている。洗濯物を自分で片付けられるよう洗濯カゴを分かりやすいところに設置したり、洗濯物は自分の居室で干せるよう支援している。		