

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	2491300154		
法人名	株式会社 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奈垣さえずり		
所在地	三重県名張市奈垣字掛田1431-1		
自己評価作成日	平成27年3月7日	評価結果市町提出日	平成28年4月21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	http://www.kaisokensaku.jp/24/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kihon=true&JigvosvoCd=2491300154-00&PrefCd=24&VersionCd=022
----------	---

【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 28 年 3 月 7 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)】

認知症介護で大切なものの一つに、穏やかで落ち着いた環境が必要と考え、ホームの立地条件を生かした「自然の中」での「自然体の介護」を行っている。四季を五感で感じ、ゆったりとスローライフを送っていただけるよう環境に配慮し、利用者の方々が日々、いきいきと生活して頂けるよう「共感」と「尊重」を理念とした支援している。名張市内にあるグループホームと共同しながら、地域との関わりを大切に、重度化した際でも安心して利用が継続できるよう連携を充実させている。

【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、やま・あいの中に建てられた静かで自然豊かな落ち着いた環境のある、ゆったりとした環境の中にあり、同一法人グループのログハウス(グループホーム)と並立しており、まるで別荘を感じさせる。協力医、かかりつけ医、認知症専門医と協力関係を築きながら、適切な医療を受けられる様に看護師が常駐しており看護支援も行なわれている。職員はいつも1対1でお話をする事で、思いや意向を理解し寂しい思いが募らない様、楽しい方向へ転換させ、最後までここで一緒に過ごせる事を大切に、また、家族の支援も忘れずに寄り添ったケアに心掛け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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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
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	理念の見直しを行い、職員が意見を出しあって、平成27年7月より理念を「共感」「尊重」「地域交流」と掲げ、職員全員が理解し、支援の取り組みをスタートしている。	職員が意見を出し合って作った理念を、また、日常の行動指針を玄関・業務日誌の表紙に掲げ、全職員が理解している。毎月、会議や引き継ぎ時に行動指針等の自己評価や点検を行ない話し合っており、共有して実践に繋げている。	
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	自治会や地域で実施されている行事に参加している。近隣住民が職員として勤務しており、地域からの理解や協力を得られている。	自治会に加入して神社の餅まき、新年会に参加している。今後は更に機会を設け、施設を地域に開放し、住民が気軽に相談できる場、あるいは認知症の知識を広げる場づくりに、地域住民に貢献したいという抱負がある。	
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	施設を地域に開放し、地域住民が気軽に相談できる場として行きたい。認知症サポーター講座や運営推進会議を通じて地域への貢献を広げていきたい。		
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	利用者や家族、保険者と地域包括支援センターから、意見や助言をいただき運営に反映している。地域住民の方にも参加して頂けるよう働きかけていく。	市各担当室、地域包括支援センター、まちの保健室、利用者、家族等多くの方が参加し、状況報告や取り組み、意見交換を行ない奇数月に開催されている。去年3回開催だったが今年は6回開催予定である。今後も地域自治会にも声掛けし、地域交流を目指している。	
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	事業所では解決できない問題については、市役所または地域包括支援センターに相談している。また、二ヶ月に一度、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。	主に利用者の書類手続き、相談等は市に出向き、また、運営推進会議の場で各担当室から意見やアドバイスがあり、日頃から協力関係が築かれている。2ヶ月毎に介護相談員の訪問があり、気付きや意見がサービスに反映されている。	
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	職員会議やカンファレンス等で、身体拘束について学ぶ機会を持ち、拘束が行われていないか自己点検している。玄関については安全を確保しながら開放している。	職員会議等で身体拘束の点検、また、どんな行為が拘束に当たるのか、今、現在はどのようなかを言葉の拘束、虐待防止等を含めて職員が持ち寄った資料で話し合っている。	
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	リーダー職に虐待の防止を周知し、各現場で介護従事者に指導している。カンファレンスや勉強会を通じて、高齢者虐待防止法など学びを深めたい。		

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、成年後見人制度の利用者や申請手続きを進めている利用者があるため、管理者をはじめ、リーダー職が制度の理解を深め、活用できるよう努めたい。		
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	契約書、重要事項説明書、個人情報の説明など、利用者や家族に理解してグループホームに入所して頂けるよう、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	利用者の個々の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、定期的に利用者と家族と話し合い、運営に反映できるように努力している。意見等が出たときには、カンファレンスまたは職員会議を開催し、改善方法を検討している。	利用者の希望や不満は日常会話からくみ取り、引き継ぎシートに記入し職員間で共有し速やかに改善している。家族からの意見・要望は運営推進会議で聞いたり、3か月毎に個々の家族会を開催し話し合える機会を設けている。	
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	会社役員との会議を定期的で開催し、職員会議及び社員会議で出された意見を述べ、改善や運営方法について話し合う機会がある。	毎月、開催される役員会議・職員会議・社員会議等で、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を数多く設け反映させている。	
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、職員の資格取得に向けた助成を行っている。		
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	現在、ケアマニュアルを作成し、職員個々の経験やレベルに応じて指導できる環境を整えている。今年度より内部研修の充実、外部研修への参加を勧めている。		
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	地域密着型サービスの伊賀エリア会議等に出席し、意見交換している。今後は市内のグループホーム同士が定期的に相談や勉強会ができるよう現在働きかけている。		

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
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	初回面接は、利用者宅に訪問し、本人の思いや意向に耳を傾けている。入居時に緊急時の対応について本人または家族の意向を確認し、文書に残している。		
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	申し込みや初回面接時には、家族の不安や困っていること、今後の要望などに耳を傾け、信頼関係作りの努力をしている。受入時まで施設職員に情報提供し、サービス開始後も定期的に家族の意向を確認する場を設けている。		
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	居宅介護支援事業所のケアマネージャーに相談するなどし、当事業所が本人にとって適切かどうかを見極めている。必要があれば、他のサービスとの併用を勧めたり、事業所以外の適切なサービスの利用を提案している。		
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	利用者個々の残存能力やプライドに配慮し、意向を聞き取りながら、援助方法を検討している。日課についても業務優先ではなく、利用者のペースを尊重して対応している。		
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	家族には通院の付き添いや運営推進会議への参加で本人と関わる機会を持っていたいでいる。本人の要望があった際や状態が不安定などときには、家族に協力を求め訪問や外出支援、電話や手紙など、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	今までのつながりを継続できるよう、友人・知人が訪問された際は、ゆっくり過ごしてもらえよう心がけている。入居前に利用していたかかりつけ医などを利用してもらっている。	利用者がこれまでに大切にしてきた人間関係や社会との関係を把握し、馴染みの人と買い物に行ったり、かかりつけ医の受診、美容院へ出掛ける支援等、馴染みの人・場所との関係が途切れない様に支援している。	
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	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。テーブル席の位置など、気の合う利用者同士になるよう工夫している。他の利用者との関わりを好まない方には職員が関わる時間を増やしている。		

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	サービス利用を終了しても、必要に応じて相談、連絡していただけることを、退居時に家族に説明している。		
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	利用者が何を考え、何を希望しているのかを、毎日の生活や会話を通して把握できるように努めている。職員の気づきや利用者の要望は記録に書きとめ、必要があれば臨時に会議を開催し、変更できるようにしている。	アセスメントを基本にし家族の面会時、利用者との日常会話の中で思いや気づいた事を毎日、引き継ぎシートに記入し会議事項で取り上げカンファレンス等で共有している。	
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	面接時の聞き取りや、入居後の利用者との会話、家族との情報交換を通じて、利用者の状況について、できるだけ詳しく把握し、共有するよう努めている。		
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	利用者のできることを生かし、ケアプランの見直し、カンファレンスや職員会議等によって、ひとりひとりの生活リズムの把握に努めている。また、日常生活の中で現状を把握し、ケアプランへとつなげている。		
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	定期的な評価やカンファレンスに加え、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、現状に即した介護計画を作成できるよう努力している。	毎月、モニタリングを行ない、6ヶ月毎に家族・医師・職員の意見を集約し、サービス担当者会議を開き見直しを行っている。定期的には6ヶ月毎に、現状に即した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	日々の様子や気づきを引き継ぎシート、介護記録等に記載して情報を共有しており、その内容を介護計画の見直し時に検討している。また、記録類はいつでも職員が確認できるようにしており、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	利用者・家族の希望にそって通院介助や好みの食事、グループや個別の支援を柔軟に行っている。家族が近隣に居ない方へは荷物の搬送等も行っている。		

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
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	同一敷地内または市内の同一法人のグループホームに来ていただいているボランティア団体との関わりを持っている。		
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	受診は本人及び家族等の希望を優先し、疾病や状況に応じて、かかりつけ医か往診の利用を選択していただいている。	メンタルクリニックの受診は家族の同行としている。かかりつけ医・協力医への受診は事業所で支援し、結果は電話等で家族に報告をしている。協力医からは月1回、健康診断の訪問診療があるが、急変時は救急車対応である。	
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	常勤と非常勤の看護師を配置し、日頃から健康管理に努め、状態変化に応じた看護、病院受診ができるよう支援している。夜間帯も常時対応している。		
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。	医療機関と相談しながら、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、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	重度化や終末期について、利用者や家族の意向を基に施設で出来ることを明確に支援体制を整え、終末期の対応ができるよう努めている。また、入院や介護施設への転居などが必要な場合、転居時の相談や情報提供など行っている。	申込時に意向を聞き契約時に再度、重度化・終末期対応指針で家族に説明し同意書を交わしている。その状態に陥った時に再度、意向を聞き主治医の判断の下、看護師・薬剤師・栄養士等必要に応じてチームで支援に取り組んでいる。	
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	職員は救命講習の受講を行っている。入居時に緊急時の対応について本人または家族の意向を確認し、文書に残しており、意向に変更があればその都度確認している。		
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	自衛防災訓練と総合避難訓練を実施している。今後は近隣住民に協力して頂いたり、夜間を想定した訓練を実施していきたい。	年2回、マニュアルに沿って自主避難訓練を行なっている。また、消防設備点検日には(年1回)、消火・通報訓練を実施している。	現状の訓練に加え、年1回程度は消防署指導の下、勤務する職員で対応出来る(夜間想定等)訓練を行ない、また、事業所は立地的に地震等の災害時孤立する確率が高いので防災用品を含めて食料等を備蓄されることを期待する。

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	利用者の人格を否定するような言動をしないよう実践し、日々指導し、職員の教育に努めている。利用者の思いを否定せず、その方に合った声かけをするよう指導している。	個人情報保護方針を玄関に提示し、名前・写真等の開示・掲載は使用目的を明確にし、契約時に家族と同意書を交わしている。また、一人ひとりの思い・意向を否定せず、言葉づかいに気をつけ人格を尊重している。入浴時は同性介助を心掛けている。	
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	ささいなことでも利用者の希望を聴き取り、選択・決定できるよう支援している。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。職員は業務に追われることなく、利用者の希望に沿い関わりを大事にすることが重要だと指導している。		
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	利用者が自分で身支度できるよう支援している。入浴前の衣類の準備など、利用者本人にさせていただくよう働きかけたり、一緒に選ぶよう心がけている。		
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	調理は職員が行なっているが、盛り付けなどを手伝ってもらっている。また、日々の支援の中で好みや嗜好を聴き取り、季節行事や誕生会で提供し、職員も一緒に食卓を囲むなど楽しみ場を設けている。	献立・食材調達と配達は業者に委託し、調理は職員で行なっている。誕生会や行事食のメニューは利用者の好みを聞き食事会を開催している。また、日帰り旅行を兼ねて外食したり出前を取る日もあり、日々楽しい食事となっている。	
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	利用者一人ひとりの嗜好を把握し、食事量を毎回チェックし記録している。咀嚼、嚥下能力に応じて、一口大にカットするなど美味しく安全に食事摂取できるよう配慮している。水分摂取についてもアセスメントし、好みや飲みやすいものを提供している。		
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、口腔ケアを促し、個々に応じて歯磨き、うがいの支援を行っている。希望する利用者は定期的に訪問歯科を利用し、清潔保持のみではなく誤嚥、肺炎の予防に努めている。		

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
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。一日の排尿量やパターンにより、日中は布パンツにするなど、自立支援を行っている。	個々の排泄チェック表をベースに用い、声掛け誘導し、便座に座っての排泄支援に心掛けてしている。また、今までのリハビリパンツから日中は布パンツに切り替え自立を促している。	
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	バランスのとれた食事を提供している。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、また腹部マッサージを行うなどして、自然排便を促している。自力で排泄できない利用者は、看護師による排便も施行している。		
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	入浴の苦手な利用者には、気分の良い日に入浴していただいたり、シャワー浴にしたりと対応している。入浴時間を設定しているが、入浴したいと希望があれば、柔軟に対応している。下肢筋力等の機能低下のある利用者には機械浴を使用してもらっている。	浴室は一般の個浴槽と機械浴槽が設置され、基本的には午後から週3回の入浴支援を行なっている。全員が湯船に入れる様に機械浴を利用している方もいる。入浴嫌いな方には言葉を替え、時には職員・時間を替えて個々に沿った支援をしている。	
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	居室の他に、リビングにはソファがあり、個別に心地よく休息していただく場所、時間に配慮している。夜間については居室の照明や温度、また主治医と薬剤について検討し、十分な睡眠がとれ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	個人別に内服薬と説明書を保管し、職員が服薬状況を確認できるようにしている。服薬の確認は準備、服薬前、服薬時に誤りがないか2重3重のチェックをし、飲み下すまで確認している。利用者の状況変化があれば、医師、看護師に相談し、必要に応じて投薬の変更をしてもらっている。		
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	利用者の状態や嗜好、生活歴に応じ、食事準備や洗濯等の役割を持っていただいたり、買い物や食事、飲酒等も利用者の意向を聞き、楽しんでいただけるようにしている。季節行事や誕生会で好みの食事を提供し、ゲーム等行い楽しんでいただいている。		
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支援している	散歩や、買い物等希望によって対応している。また、家族の協力を得ながら外出の機会を持っていただいている。	重度化した利用者が増え外出が困難になっているが、事業所周辺を散歩したり、職員の買い物に同行する利用者もいる。行きたい所への外出計画を立て、初詣・花見・ピクニック等を行ない、また、家族との外食等、個々の希望を把握し出掛けられるように支援している。	

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
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	現金を持っている利用者は限られており、ほとんどが施設が立て替えての支払いとなっている。本人が希望された場合はいくらかの現金を所持してもらっている。買い物時にはお金の支払など利用者が出来るよう支援している。		
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	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。利用者が書いた手紙は家族に託している。		
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	居間にはソファーや畳コーナーを設け、複数での使用や、お一人での使用が出来るようにしている。照明は温かみのある電球色にしている。温度・湿度の管理もまめにを行い、換気も行っている。テーブル上に季節の花を飾ることで会話の発端にもなり、気分を和ませるよう配慮している。	居間・浴室・トイレ等は清掃が行き届き、清潔感があふれている。所々に生花を飾り、大きなソファー・畳コーナーがあり、圧迫感がなく、ゆっくりと落ち着いた空間が作られている。	
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	リビングにはテーブル席とソファー、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工夫をしている。他者との関わりを望まない方に関しては共有スペースの中にその方の居場所を設けている。		
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	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、写真などを飾り、居室でテレビを見たり、音楽を聴いたり、思い思いの居室作りをされている。	ベットが設置され、洗面台付きの居室もある。テレビ・椅子・位牌等が持ち込まれ、今までの生活と変わりなく過ごせる居室作りとなっている。	
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	テーブルの位置や、椅子の形態、トイレまでの距離等、本人の状態を考慮している。一部の居室内には洗面台を設け、また施設内全体を県のユニバーサルデザイン適応に整備している。		