

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2894000286		
法人名	株式会社あゆみ		
事業所名	あゆみ愛グループホーム		
所在地	姫路市網干区浜田95-1		
自己評価作成日	平成28年3月1日	評価結果市町村受理日	2016年 4月 13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	特定非営利活動法人 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成28年3月1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)】

・生活空間が、ゆっくり時間が流れている毎日になりたいと動いています。
 職員が、利用者様に介入するタイミングを見極めるようにしている。
 毎日、笑顔や笑い声が絶えず、明るい施設になれるよう努めている。
 利用者、家族との信頼関係の構築に励んでいる。

理念を基に、事業所が地域の福祉資源になるよう積極的に働きかけ、利用者、家族、職員、地域の人々が共に良い笑顔で過ごせる地域福祉を実践している。日頃からの地道な地域へ向けた交流が浸透し、職員の踊りのグループが地域行事に招かれる機会も多く、知名度も高い。又、地域から防災時の協力体制の依頼がある事も、着実に地域に頼られる資源となっている。利用者の重度化が進む中で、職員は利用者の主体性を重視し、尊厳ある質の高い生活を提供するため、日々、サービス向上委員会等で話し合っている。又、医療機関との密な連携を図り、迅速に対応する事が、家族の安心へと繋がっている。地域の高齢化が進む中、今後も地域と協同した地域福祉の向上と、利用者の笑顔が絶えない穏やかな暮らしを支えるための職員のスキル向上に期待したい。

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. 全くいない
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)	○	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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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
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	・「いつもニコニコ歩み合い」の理念のもと、管理者と職員は理念を共有し実践に繋がられている。毎月の全体会議で、定期的に確認し合う時間を設けている。	理念が職員全体に浸透し、職員間での理念の捉え方の相違や解釈の違いが起きないように定期的に話し合っている。職員へアンケート等の意識調査もおこなっている。2ヶ月に一度職員で全体目標を立て、笑顔の絶えない介護の実践に繋がっている。	
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人として日常的に交流している	・施設、地域の行事へのご案内と参加をお互いに行い交流に繋がっている。朝、夕の近隣の方への挨拶は徹底している。自治会、小学校、幼稚園、老人会、ボランティア、近隣店舗の協力を交し合っている。ボランティア訪問も多い。	日頃から、近隣への挨拶を心がけ、地域との関係が深まった。利用者は、学校・幼稚園への訪問や自治会の催し・認知症カフェ等に参加し交流を図っている。職員で結成されている踊りのサークルが、祭など地域行事に招かれる機会も多く、事業所の知名度も高まっている。	
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	・運営推進会議では、認知症に関する事を取り上げる機会が多い。質疑応答で活かしている。認知症への対応に関してはよく話出来ている。研修で理解を求めている。		
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践、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	・サービスの実際は、パワーポイントで紹介しつつ分かりやすく説明している。利用者やサービスの現状報告、質疑応答で話し合い、結果をサービス向上委員会に持ち込み勉強会としている。	利用者の日頃の表情や様子を、写真やスライドで解り易く伝えている。近隣住民に会議参加の声かけを行い、会議においては近隣の高齢化や介護の問題を話し合っている。又、看取りや感染症予防についての研修や、防災時の協力についても話し合われている。	
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に取り組んでいる	・市町村への行事参加を心掛けている。運営推進会議で取り組みを伝えている。姫路市には、毎月末、待機者情報を伝えている。	担当者を事業所の行事に招く等の関係を図っている。市からの、職員研修の情報を活かし、積極的に参加している。グループホーム連絡会に参加しており、その場において、質疑応答を行い意見交換している。	
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「介護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	・夜間10時より、翌朝6時のみ施錠。以外は施錠なく自由に入出りできる。拘束を廃止しなければならない理解出来ている。取り組みにより、床センサー5名の利用から、現在2名となった。	拘束廃止委員会で、職員への拘束に対する意識を高め、床センサーを使用しない生活に向け取り組んだ結果、減らす事が出来た。管理者はスピーチロック等の言葉での抑止が起きないように、接遇も含め、職員間で注意し合える環境作りを働きかけている。	
7	(6)	○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	・虐待の可能性のある言動、行為については、拘束廃止委員会で検討している。虐待防止委員会は発足していないが見過ごさないよう努めている。研修参加で、施設に持ち込んでいる。	拘束廃止委員会で、日頃の介護内容が虐待に繋がらないかを話し合い検討している。管理者は積極的に職員の相談に応じている。職員同士が声を掛け合い助け合う事で虐待が起きない職場環境を目指している。	

自己	者 第三	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	(7)	○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	・全員とはいえないが、研修参加も適っている。家族様がおられるため、青年後見人制度を活用することがないのが現状である。	管理者、主任は制度を理解し、職員へ適時研修を行っているが、職員全体への周知には至っていない。今後、職員への周知を図るため、権利擁護に関する研修を地域包括等と連携をとり進めて行く予定である。	
9	(8)	○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	・改正の度の説明と納得は得られている。同意書もらっている。契約時の説明も、納得を得ている。ゆっくり時間をかけての納得を心掛けている。契約時に、ターミナル同意書も頂いている。	契約時、利用者や家族の意向や思いを十分に傾聴している。環境面・医療面の心配事や緊急時の対応、終末期について等、時間をかけて説明している。又、環境の変化が利用者の不安に繋がらないよう、体験見学を何度も重ね、入居まで丁寧に対応している。	
10	(9)	○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	・運営推進会議、家族会では、意見、要望を聞かせて頂き検討に入っている。家族会では、意見、要望への回答を後日行っている。	定期的に、家族会を開催し運営に関する意見交換がなされているが運営に関する要望より個別の要望が多い。運営推進会議においても意見を求めている。家族の訪問が多く、意見を聞く機会が多い。	
11	(10)	○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	・職員の意見、提案、その他いつでも聞ける状態にはある。職員の意見、提案は、代表者、管理者に届き反映できる流れはできている。言いやすい環境づくりが出来ている。	サービス向上委員会では、職員からの意見も多く運営に活かしている。職員同士が育ち合う事を意識し、問題を話し合っている。管理者は、職員からのアイデアが出易いよう、日頃から働きかけている。職員の意見から、利用者の誕生日に手作りのお好み焼きを作った。	
12		○就業環境の整備	・いつでも学べる書物は十分にある。代表者自ら得た知識を伝達して頂いている。勉強する機会も十分にある。代表者と職員は、いつでも話が出来向上心を持ち励めている状態にある。		
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	・施設外研修の依頼は全て受け入れ、希望者を優先し、参加している。サービス向上委員会では、研修、勉強会を行いスキルアップを目指している。職員間で育成している事も多い。		
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	・運営推進会議には、他グループホーム職員参加あり、状況報告している。全体会議、委員会、勉強会、外部、内部研修会にて、意識づけを重視している。併設事業所同士でも高め合う。		

自己	者	第三	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	・面接、契約時は、ゆっくり時間をかけ、出来る限りの情報収集と、思いを受容し全員が周知して対応できる準備を行っている。暫定プラン作成。		
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	・大きな環境の変化が加わり、家族様の気持ちも複雑であろうと察し、利用者、家族様との会話には特に耳を傾ける事から始めている。		
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	・住まいが変わると必要な支援にも変化が出る。本人、家族と共に考えていけるよう話し合っている。		
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	・介護されている方ではなく、生活者の認識で、日常を共に過ごしている。生活リハビリとし、出来る事を無理のない程度に続けることを重視している。		
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	・家族にまさる者はなく、家族様が足を運びやすい施設が一番で、多くの協力を得ている。家族様との信頼関係が築ける事を目指している。		
20	(11)		○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	・施設、地域の行事へのご案内と参加をお互い行き交いに繋げている。地域のコンビニ、スーパーにはよく出掛けている。外出希望者には、毎月外出を実施している。地域ボランティア訪問が多い。	利用者は、近隣に住んでいた人が多く、日頃の散歩等で馴染みの場所に行く機会が多い。事業所の周知が地域に浸透しており地域の人々が気軽に声をかけてくれる。家族と墓参りや外出したり、知人や兄弟が訪ねて来たり、今までと変わらない関係継続がなされている。	
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	・入所施設の近隣に住んでいた方が多く、スーパー、コンビニ、近隣ドライブ、散歩と出かけている。ユニット、テーブルごとに仲間意識が強く、助け合っている。		

自己	者 第三	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	・契約が終了すると、家族様との関係も自然消滅することが多い。相談が出来る施設でありたい。待機者の相談を受けている。		
23	(12)	○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	・本人による意思の伝達や決定ができず、家族の協力を頼りにすることが多い。意向や希望、願いは、ケアプランにも優先1位で取り上げている。利用者の声に耳を傾けている。	日頃の支援や利用者との会話から、意向を把握し、サービス向上委員会で、3ヶ月に一度個別の意向の再確認をおこなっている。意思表示が難しい利用者には、表情や習慣から意向を察知し、職員間で話し合いケアプランに活かしている。	
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	・生活する場所と捉えることはできている。細かく、多くの情報を得て、共有できるようにしている。ベット、タンス、寝具、衣類、カーテンに至るまで、在宅生活のままに生活出来るように持ち込みである。		
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	・選択出来る提案、考えて自ら決定出来る質問(開かれた質問)を極力行う。利用者の有する力を見抜く力で実践に繋げている。		
26	(13)	○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	・利用者、家族からは、事前に意向、希望等の確認を済ませカンファレンスを実施。計画書は本人、家族の同意を頂き、3ヶ月おきにモニタリングしている。短期(3ヶ月)長期(6ヶ月)。27年度より家族様参加でのカンファレンス実施	計画作成時には、家族にも積極的に参加を促し、協力を得ている。「生活の質」が高まる為のニーズ把握を心がけ計画を作成している。3ヶ月ごとのモニタリングは主に職員から、利用者の心身状況や活動の変化を聞き取り評価し、計画の見直しに繋げている。	
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	・申し送り(朝、夕)、ノート、提供記録、日誌が活用されている。目標「記録を極める」ケア、工夫、気づき等を次に繋げる記録を取る訓練を行った。(12月、1月)目標「記録を極める」		
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	・定期受診時、家族の協力が得られない時の受診、緊急対応、細かな報告を行っている。往診、訪問歯科診療、訪問看護の受け入れを行っている。		

自己	者 第三	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	・本人の力の発揮は、職員の力にかかっていると思える。発揮できる支援への知識を高める。地域行事参加、近隣店舗買物、保育園、幼稚園、小学校、中学校との交流は続いている。		
30	(14)	○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	・協力医以外に主治医を持つ利用者は、家族の受診で、施設の主治医は、毎週1名の往診と全員、月に1回の受薬を受けている。随時、状態に応じ、受診している。	これまで通り家族が付き添い、かかりつけ医に受診している人もいるが、多数は協力医療機関による定期往診を利用している。利用者の状態変化等の場合は、家族の立ち合いを依頼するなど、必要に応じて相談している。他科についても、原則家族の付き添いとしている。	
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	・以前は、介護職員が薬を振り分けていたが、現在は、全て看護師が携わる。夜間帯の急変も、看護師、管理者が訪問したり、電話での指示を行う。訪問看護の度に情報提供を行っている。		
32	(15)	○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。	・利用者の入院時は、週に1度は訪問するようにしている。退院前はカンファレンスの実施を願い、介護主任、管理者参加で情報を持ち帰り周知する。施設対応が困難時は、病院との相談できるようコミュニケーションを図っている。情報交換は良好。(入院前、退院時、通院時)	日常の健康管理に努め、入院回避を図っている。骨折等の場合は、利用者、家族の意向を受け医療関係者と早めに話し合い、事業所での受け入れを準備し、早期退院を可能としている。職員も利用者の状態確認とともに、安心してもらうために訪問し、声かけしている。	
33	(16)	○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	・契約時に、終末期同意は得られている。ターミナル研修参加で、内部研修実施。27年度、1名のターミナルを実施できた。加算も取ることができた。家族とはもっと話し合い「どうしたいのか」を前もって決定づけておく必要あり。	職員の重度化及びターミナル研修での理解、周知は図っており、今期、初めて看取りを行った。家族の意向や思いについては、これまでの経緯から共有はできており、家族自身が看取り、支えることができた。終えた後の反省会で、個々に感じたこと等の振り返りを行った。次につながる経験となった。	
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	・心肺蘇生訓練(AED)は2ヶ月おきに繰り返している。救急手当は、毎日の生活の中でも繰り返している。看護師指導で身に付く事も多い。毎年、普通救命講習に数名ずつ参加している。		
35	(17)	○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	・夜間想定訓練も行った。地域住民の参加を増やしていく。地震、水害の訓練の計画ができていない。備蓄の確保は出来ている。(かんずめ、カレー、米、水)	総合避難訓練にAED使用訓練及び心肺蘇生も併せ、年6回ほど、訓練を実施している。特に夜間想定時は、消防署立ち合いで行い、利用者の状況と併せ対応を確認した。今後は、防災全般も含め、継続して地域住民との協力体制強化を図っていく考えである。	

自己	者 第	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	(18)	○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	・言葉かけは、完全ではない。どうしても慣れからくる言葉で気になる時もあり、職員間でその場で注意し合っている。居室訪問時は、必ずノックのうえ入室している。	接遇研修の中で、職員にはマナー、ルール等について周知に努めている。利用者のペースや意向に併せることを基本に、あたり前のことを繰り返して確認するようにしている。馴れ合いにならないよう節度を持ち、自分の身に置き換えて考えてみることを常々、伝えている。	
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	・自己決定出来る、言葉かけ、場所、開かれた質問に留意して対応している。意思の伝達、意思決定が困難な利用者も多い現状である。		
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	・私だったら、家族だったらと考え対応できるように職員の意識づけをしている。職員の都合ほど利用者様に影響を与えることを認識している。どうしたいのかの確認を心掛けている。		
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	・その日着る服を自ら選んで頂ける機会を作っている。おしゃれに興味を持って頂けるはたらきかけが不足している。		
40	(19)	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	・出来る能力を持たれている方には、台所仕事や買物にも出掛けている。食事は一番の楽しみで、食べたい物を聞いて選択する事も多い。食事準備から後片付けも数名は一緒に行っている。楽しい食事、おやつの話は欠かさない。希望でメニューを決定すること多い。	法人内他事業所開設に伴い、昼食は厨房にて一括調理され、簡単な盛り付けと主食、汁物を事業所で作っている。朝食と夕食はこれまで通り、利用者と一緒に買物に行き、相談しながらメニューを考え、利用者と協力して行っている。外食や選択食の機会も楽しみとなっている。	
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	・普通食、ミキサー食、トロミ剤、パルスィート、を使用している。1日の水分量、1000mlを目指している。毎食、摂取量の記録を行う。食事を健康のバロメーターと考えている。		
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に、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	・ハブラシでは対応できない口腔内は、舌苔ブラシを使用している。食後はすべて口腔ケアを行っている。訪問歯科診療も受けている。舌苔ブラシの使用者が3名いる。		

自己	者 第三	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	(20)	○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	・完全おむつ使用は1名。他利用者は、自立と立位が可能な限りトイレでの排泄を勧めている。排泄チェックを行い、本人の排泄パターンを把握している。	トイレでの排泄を基本とし、立位が可能であればトイレで座っている。リハビリパンツの選択やパットの当て方等を工夫したり、声かけや誘導のタイミングを見計らうなどして、失禁を防ぐようにしている。夜間は、ポータブルトイレの利用、声かけをして誘導している。	
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	・排泄パターンを把握した上、内服、飲食物、腹部マッサージ等で工夫している。水分摂取は、日頃から重視している。		
45	(21)	○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	・週間で決めているが、入りたくない日は勧めない。入浴日でなくても、入りたい日は入っていただいている。夜間入浴までは計画していない。	1日おきに入浴できるよう目安を決めているが、利用者の意向を優先して、入りたい時に入浴してもらっている。自分から意思表示されない人にはこちらから誘ったり、重度化により全介助の人には時には3人体制で取り組んでいるが、現状は利用者の不安もあり、課題である。	今後の重度化及び看取り体制に向けて、利用者の安心とともに、職員の負担軽減からも、早急な環境整備が必要と思われる。
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	・午前、午後ともに休憩時間を提供している。以外は、自由に休息できている。言葉かけを常に行っている。夜間、眠る時間も個々違って当然の意識づけはできている。		
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	・服薬管理は、全般に看護師が行い、指示のもと介護職員が管理している。目的、副作用、用法、用量は、いつでも確認できるようにしている。		
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	・力を活かした役割として、食器洗い、拭き、洗濯シワ伸ばし、たたみ、掃除機、テーブル拭き等を数名ではあるが毎日頼んでいる。気分次第で結構である。嗜好品は、雑談の中でも確認し合っている。		
49	(22)	○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	・毎日の買い物(1名)、近隣散歩、受診、畑、庭先、ユニット触れ合い、隣ユニット散歩と出来る限り気分転換を図っている。今の季節は、外出が減る。	毎日の買物を日課としている人や散歩等、利用者の希望に応じている。通院時に家族と外食したり、自宅に帰ることもある。法人他事業所の利用者との交流を持つこともあり、相互に行き来きしている。気候のいい時期は、中庭のテーブルでお茶をしたり、野菜や花の手入れを楽しみにしている人もいる。毎月、行事企画もある。	

自己	者 第三	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	・全員預り金(上限3万円)を施設で管理している。預り金がある事で安心は得られている。あまりお金に欲は見受けられない。数名は、各自で持っておられるため、使える支援も必要である。		
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	・電話の利用はまれにある。自ら「手紙を書きたい」と申し出がある方もいないが勤めてみる事が不足している。年賀状は、書ける利用者様には、一筆いただいている。		
52	(23)	○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	・共有空間(ホール)でテレビ鑑賞されてる方が多く、職員の言葉かけで次の動作に繋がる。共有空間は慣れ親しみ生活出来ている。仲間意識が芽生えている。協力しあえている。	事務所をはさみ、自由にユニット間で行き来ができる。カウンターキッチンからは、調理の様子や匂いが伝わり、利用者はテレビを観たり、好きなことをして過ごしている。利用者合作の手作り作品からも、さりげなく季節を感じる。量のスペースの活用が課題となっている。	
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	・ホールは、会話で楽しめる利用者が自由に語れる場としてにぎわっている。ホールと居室を自由に使われている。自己決定出来ない利用者は、職員が時間の配分を考え移動している。		
54	(24)	○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	・居室内のエアコン以外はすべて個人持ちで、慣れ親しんでた物を持ち込んで頂いている。衣替えは極力家族に願っている。本人、家族と相談しながら、本人にとってのくつろげる空間ができています。	馴染みのベッド、洋服箆笥や整理箆笥、チェストやソファ、観葉植物、花など自分の自宅と同じような配置で、趣味の物がさりげなく置かれている。洗面台は常設で、好みの化粧品や石鹸類が置かれている。	
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	・自立とは言えないが、オムツ対応は1名のみで、立位が可能な限りトイレ誘導で排泄出来ている。出来る事が出来るよう支援している。できることをできるだけしていただける毎日としたい。		