

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	2770902514		
法人名	特定非営利活動法人つむぎの家		
事業所名	グループホームつむぎの家		
所在地	大阪府高槻市富田町5-16-6		
自己評価作成日	平成31年8月5日	評価結果市町村受理日	平成31年12月26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 ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成31年11月6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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者さんに季節感を実感して頂くために、季節の飾りや行事に力を入れて取り組んでいる。 ・事業所の毎月の会議では認知症の研修や介護のスキルアップ研修を行い、個々の技術向上の機会を設けている。 ・法人内の他事業所との連携も取り易く、法人が一丸となって利用者支援を行っている。 ・地域に貢献できるように、廃品回収の協力や地域のお祭りやバザーの参加を行っている。

【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)】

<p>事業主体はNPO法人で、同一敷地内に2つの2階建物それぞれに、デイサービスセンター、グループホームなど計6施設を併設し、相互に連携を図っている。高槻市富田町は古くから寺内町として発展し、宿場や幕府の天領として町人に自治が任されていた地区で、造り酒屋もある落ち着いた静かな町であり、事業所の利用者は、近くのお寺や東屋のある公園への散歩を楽しんでいる。事業所は設立15年目を迎え、地域住民にランチやおしゃべりの場を提供するボランティアの活動拠点であり、車椅子など福祉用具の貸し出しや廃品回収に協力するなど、地域に根差した交流を行っている。職員は古くからの人も多く、チームの一員として利用者一人ひとりの個性を尊重し、家庭のように温もりのある雰囲気の中で、安心してゆっくり過ごせる事業所を目指して、介護に取り組んでいる。</p>

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	事業所理念は、玄関やホーム内の見やすい所に掲示しており、利用者支援においても理念に基づいて実践している。会議においても理念に基づいて話し合いをしている。	事業所独自の理念「お一人お一人の個性を尊重し、毎日楽しく笑顔で暮らせるホームを目指します。」を手書きして額に入れ、玄関に置いている。理念が職員の日常のケアに浸透し活かされていることは、職員が終始笑顔で、「一人ひとりの個性を生かして…」や「家庭のように楽しく…」などと、ヒアリング時に答えてくれたことから十分に確認できた。	
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	近隣へ散歩や買い物などに出掛けている。地域の廃品回収にも協力している。また、地域のイベント、行事にも参加し交流している。	理事長個人が7人で運営するボランティア「ほとなお家」が、毎月近隣の住民15名とランチやおしゃべりをする場を提供するのをはじめ、車椅子など介護用具の貸し出し、廃品回収の協力などを行っている。地域行事、神社の祭り(春・秋、神楽の来所)、地藏盆への参加、中学校の体験学習の受け入れ、ボランティア(シニア男性コーラスなど)の来所や、近隣への散歩、買い物などの交流もある。	
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	地域ケア会議への参加、運営推進会議での認知症理解に向けた話しており、地域に貢献できる様に努めている。	/	/
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	会議内では事業所の活動内容や地域の為に役に立てる事はないか等も相談している。会議内での意見も参考にしてサービスの向上に役立っている。	会議は年6回(内、3回はホーム単独、残り3回は隣接のグループホームと合同)開催している。出席者は、地域の児童委員と民生委員、地域包括支援センター職員、利用者家族(合同開催の場合は複数)、法人の理事長、統括主任、管理者である。事業所の報告には行事などの写真も活用している。議事録には、参加者からの評価や意見も簡潔に記載されている。	会議は、外部の出席者に対する事業所の活動報告の絶好の機会と捉え、活動の特徴(手作り食事、研修内容、防災対策など)を報告し、より深く知ってもらおう工夫が望まれる。また、議事録は事業所で閲覧が出来るが、事業所の活動を知ってもらいたいツールなので、家族などにも手渡ししか郵送することが期待される。
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	市の担当者とは常日頃から、相談したりアドバイスをいただいたりと連携を取っている。	市の福祉指導課、長寿介護課などの窓口と、各種申請、報告、相談や助言、指導などのやり取りを行っている。地域包括支援センターとは、運営推進会議への出席などで連携している。また、地域のケア会議や業界の認知症部会などに参加し、情報を入手したり研修会に参加している。	

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
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	身体拘束を行った事例もなく、今後も行わない方針である。研修や勉強会を通じて、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束防止マニュアルを整備し、研修などを通して職員は身体拘束の内容と弊害を理解している。急な階段を2階へ上り下りする扉は安全上施錠しているが、エレベーターや玄関は施錠していない。玄関先のベンチでの日常の外気浴や、職員が同行する散歩、買い物などで、利用者に閉塞感が無いよう配慮している。利用者を尊重して、声掛けも穏やかに丁寧に行われている。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	研修を通じて高齢者虐待防止に努めている。また、スタッフのバーンアウト阻止やストレス軽減にも努めている。		
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	権利擁護や成年後見制度についての研修を実施している。		
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	契約時には重要事項説明書に基づき説明を行っている。報酬改定による料金変更などの際は文書により説明し同意も得ている。		
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	意見箱を設置している。家族にも来訪時や電話等で要望を聞き反映する様に努めている。	家族などの訪問時に、利用者に関する報告を行い、要望や苦情があれば傾聴して連絡ノートに記入し、職員間で共有している。運営推進会議に参加する家族の意見なども、日常の介護に活かしている。今回の家族アンケートには、事業所や職員への多くの感謝の言葉と共に、普段はなかなか言いづらい苦情もあったので、管理者それとなく伝えて、改善を促した。	

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
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	会議時や日々の業務の中でも職員から意見を聞く機会を設け、可能な限り反映している。	毎月職員が参加する会議を開催し、職員からの意見を聞く機会があるほか、管理者も日常現場に入るので、意見があれば都度聴取している。介護の改善や備品、設備の購入に関する案件が多く、対応可能なものについては、迅速に対応するよう努めている。	
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	代表者は全てのスタッフに対して、個々の実績や能力、勤務状況に応じて職場環境・条件の整備を行っている。		
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	講師を招いての勉強会、OJT、Off-JTを実施し、スタッフのスキルアップに努めている。		
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	部会への参加、見学の受け入れなどで同業者と交流しており、サービスの質の向上にも取り組んでいる。		
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	入所前の面接等で本人の思いを聞き、入所後も安心して生活できるように対応している。		

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
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	入所前の相談から家族が困っている事などを聞き応じている。家族と共に利用者支援していく姿勢で関係作りに努めている。		
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	本人と家族の思いをよく聞き、必要なサービスの説明や他事業所への紹介など、相談者に応じて対応している。		
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	日々の生活の中から利用者の残存機能を活かし、支えあう関係を意識して接している。		
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	家族と連絡を取り合い、利用者の状態を常に知ってもらえる様に心がけている。又家族と相談しながら、共に利用者支援していく関係になる様に努めている。		
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	今まで行っていた美容室や店、行事等へ出掛けられる様に支援してしている。	家族が比較的頻繁に訪問し(実際、調査時には2家族が来て、1家族は昼食介助を手伝っていた)、時々利用者と一緒に外出することもある。実家への帰宅は家族が支援するが、突然の帰宅願望者には管理者が車を使って支援することもある。1階のデイサービスセンターのイベントに参加して、新たな馴染みの人が出来るケースもある。	

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
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	利用者の性格、相性、関係性を把握した上で配置や関わりなどを考えて支援している。		
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	新しい居住先となる関係者には本人の詳細な情報を提供している。サービス終了後には電話等で連絡し、付き合いをしている。		
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	本人に思いや希望を聞き、利用者さんによっては、日常の会話や表情等から思いを汲み取る様にしている。	家族などの事業所見学や入居相談後、入居が決まると管理者が自宅に出掛け、本人、家族や担当ケアマネジャーから、本人の希望、意向や生活歴などの情報を収集している。入居後は職員が寄り添い、より深く利用者の思いや意向の把握に努め、記録して職員間で共有している。把握困難な場合には、日頃のなにげないしぐさや表情などの観察や、職員間で共有した情報を活かして介護している。	
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、家族、ケアマネジャー等から情報を収集する様にしている。本人と関わる中でも出てきた情報等も含めてケアに活かしている。		
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	介護計画実施状況表やケース記録などで利用者の状態を職員全員で共有し日々のケアを行なっている。		

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
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、家族、Drの意見聞き、担当者会議を通じて、介護計画書を作成している。	関係者の情報を収集したアセスメントシートを基に介護計画書を作成し、家族などの同意を得ている。入居後に把握した情報を利用者のケース記録に蓄積し、モニタリングを行い、必要に応じて随時または6ヶ月毎に関係者によるカンファレンスを開いて介護計画書の見直しを行い、家族などの同意を得ている。	
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	ケース記録や業務日誌、介護計画実施状況表、連絡ノート等を用いて職員間で情報を共有し会議時に介護計画の見直しに活かしている。		
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	利用者の外出支援、外泊支援を行なっている。利用者の状況に応じて柔軟に対応できる様に努めている。		
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	地域の消防関係の方、民生委員などからも支援をいただいている。催しの参加等地域の資源も活用している。		
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し、納得が得られたか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	本人や家族の希望の病院で受診できるようにしており、支援も行なっている。また特に希望がない場合は、事業所の提携先の医療機関に受診している。	かかりつけ医は、家族などの意向を優先して決定している。皮膚科や整形外科などの専門診療科の受診は家族などが支援しているが、必要により事業所が同行している。昨年より市内の「在宅療養後方支援病院」との提携によって、かかりつけ医との連携が強化され、緊急時入院の対応がスムーズになっている。	

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
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	法人内の看護師に相談したり、診てもらったりしている。かかりつけ医にも報告し、利用者の健康管理に留意している。		
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	入院時には、利用者の状況を詳細に伝える様にしている。又、随時面会し、利用者の状態を医師・看護師・MSWなど病院関係者との連携に努め、利用者が早期に退院できる様に努めている。		
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	契約時に終末期のことについて家族と話し合っている。利用者の状態の変化などに応じて医師や家族と段階的に話し合い、利用者の支援に取り組んでいる。	入居時に、重度化した場合の対応や終末期における事業所の方針について、家族に説明して同意を得ている。看取りについては事業所としては対応していないが、在宅療養後方支援病院との連携により、終末期診療についても、出来るだけ家族の希望に沿った対応と支援が行えるようになっている。	
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	利用者の既往歴や現況を把握し、研修やマニュアルを通じて対応できるように心がけている。		
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	年に2回防災訓練を実施しており、消防署の協力も得ている。半年に1度は夜間を想定した訓練も行っている。災害時に備えて食料や飲料水等も準備している。	昨年6月の大阪北部地震と9月の台風21号による被害を体験して、防災マニュアルを全面的に見直している。特に地震については、「発生直後に何が起きたか、何に困ったか」など、実体験が細かく記述された対応マニュアルとなっている。長期停電や夜間対応のため、ランタンの確保や水の備蓄強化を行っている。	

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
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	人権研修も行っており、日々のケア方法の振り返りや見直しを行う事で、利用者の尊厳の保持、プライバシーに配慮したケアを行っている。	人間としての利用者の尊厳への配慮や、高齢者である利用者の生きざまに学ぶ職員の姿勢について、研修や会議で話し合い、日常のケアに活かしている。職員に対して「アンガーマネジメント」の講習を行い、ストレス解決方法や感情を上手にコントロールして、常に気分よく利用者に接するように努めている。	
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	日々の生活の中で利用者の希望を最優先にして支援するように心掛けている。利用者に声掛けや言葉掛けを意識して支援している。		
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	日常生活は一人一人のペースに合わせて支援している。起床、食事、就寝など本人のペースに合わせている。		
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	本人の希望に合わせて理美容への外出支援を行なっている。本人が好きな服を着たり、髪の毛をセットしたりと好みに合わせて支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	本人の能力に合わせて準備や片付けをしている。好きな食べ物を聞いて提供できるようにしている。	職員による手作りの出来立ての温かい料理を提供している。職員が作った献立表を管理栄養士がチェックし、利用者と食材の買い物をしており、肉類は専門業者からまとめて購入して保管している。外食時には、利用者が自分で食べたいメニューを選択するなど、事業所の食事では見られない側面を観察出来、支援方法の参考としている。	

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
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	栄養のバランスは季節の旬の食材を取り入れて献立を作っている。利用者ごとに食事量も調整している。水分量も記録に残し、必要量摂取できる様に好みの飲物を提供している。		
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	利用者に応じた口腔ケア用品を用いて、清潔の保持に努めている。		
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	個々の排泄リズムを把握し、声掛けや誘導、介助を行っている。状態に応じてポータブルトイレの設置等その時々で対応方法の変更もしている。	利用者個々の排泄の特徴を把握して、タイミングの良い声掛けを行うように努めている。費用も考慮して、おむつやリハビリパンツは家族から必要な都度に持ち込んでもらうようお願いしている。トイレ誘導時の羞恥心への配慮や声掛けは、適切に行われている。	
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	食事・水分・運動に留意し、便秘予防への対応に心がけている。		
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	週2回入浴ができるようにしており、状況に応じて追加入浴できる様にしている。利用者が安心して入浴できるように個別に合わせて対応している。	浴室は、デイサービスセンターのある1階部分にグループホーム用として設置されており、週に2回の入浴支援を行っている。入浴拒否がある場合は、日にちや時間を替えて、利用者の希望や気分に沿った支援に努めている。気分を変える季節の湯(菖蒲湯など)も3日間用意して、全員が入れるようにしている。	

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
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	利用者の体調の変化、希望に応じて静養時間の確保を行っている。気持ちよく寝られるように体位等にも留意している。		
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	薬の種類や副作用についてはスタッフが見やすい様にファイルしている。利用者に合わせた服薬の支援を行ない、主治医には利用者の状態変化に応じて薬の調整もしてもらっている。		
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	利用者の好みや得意なことに合わせて内容を考え支援している。		
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	利用者の希望に応じて散歩や買物等の外出支援を行なっている。又家族の協力による外出支援も行なっている。	事業所の近くには、春には桜のきれいな公園や街並みが整備された、季節毎の散歩コースがあり、利用者の体調と天気を考慮して外出し、外気に触れている。家族の訪問頻度も多く、散歩にも協力している。神社の春祭り、バラ園の見物、外食も、気分が変わる楽しい外出となっている。	
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	利用者に合わせて金銭を所持している。事業所でも金銭を預かっており、毎月家族へ出納帳を送付し残高確認証でも家族に確認してもらっている。		

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
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	利用者の親族への定期的な電話の支援など自由にやり取りができる様にしている。		
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	各居室には換気扇を設置している。又季節に応じて加湿器も設置している。利用者が居心地良く過ごせるようにしている。	調理している音や匂いが感じられる距離に、リビングがレイアウトされている。全体的に温度、湿度や採光面は良好である。リビングの壁や天井には、雰囲気を壊さない程度に、季節を感じる飾り(紅葉やコスモス)がされ、1~2か月毎に模様替えが行われ、次はクリスマスの飾りなどに取り換えられる。トイレや浴室の表示も判りやすくなっている。	
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	共用部のソファ、テーブル等を設置しており、利用者数人で過ごせる空間を確保している。		
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	利用者に応じて家族の協力を得ながら、使い慣れた家具や好きなものを居室に持込んでもらえる様に努めている。	各居室は利用者それぞれの個性があり、掃除が行き届いて清潔に保たれている。自宅から家具や備品(写真や置物など)が持ち込まれている。利用者が夜間や朝に目が覚めた時に不安な気持ちにならないように、以前の在宅生活の寝室の雰囲気に出来るだけ似せた工夫と備えがある。また、転倒防止の安全面にも配慮がされている。	
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	手摺を設置したり、利用者の状態変化に応じて居室内を安全に配慮したベット位置へ変更したりと安全に過ごしやすいように工夫している。		