

## 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	4790100475		
法人名	株式会社しまぶくろ		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 グループホーム愛		
所在地	那覇市繁多川2丁目6番18		
自己評価作成日	平成28年 3月 4日	評価結果市町村受理日	平成28年5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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigvsoyoCd=4790100475-00&amp;PrefCd=47&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigvsoyoCd=4790100475-00&amp;PrefCd=47&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 沖縄タイム・エージェント
所在地	沖縄県那覇市曙2丁目10-25 1F
訪問調査日	平成28年 3月24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)】

<p>・利用者ひとりひとりのニーズを発見できような、寄り添いケアを意識して行っています。</p> <p>・外出の機会を多く作るようにしています。遠出できない場合も散歩やバルコニーでのおやつを楽しんでいただいています。</p> <p>・職員のほとんどがフットマッサージの講習を受けています。足浴やマッサージでのコミュニケーションで癒しを共有しています。</p>
---

## 【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>事業所は住宅地にあり、木造2階建の複合型福祉施設(2階は高齢者住宅とデイサービス)の1階に位置している。運営推進会議には訪問診療の医師や近隣住民が参加し、健康管理面からの支援方法についてのアドバイスが得られ、また、近隣住民にはグループホームや認知症の理解へと繋げている。意見箱が活用され意見を改善している。一人ひとりのニーズに寄り添う支援に取り組み、利用者が日常的に外出できるように家族の協力を得ながら外出の機会を作ったり、排泄場面では、立位を長く維持することやトイレまで歩行する等、利用者の状況に応じて目標を定め支援している。週に1回全員フットマッサージケアを行い、利用者コミュニケーションと癒しの機会を作っている。開設前に職員は接遇の勉強会や他のグループホームで研修(実習)で質の向上に繋げている。</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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 4. ほとんどない	64	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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない			

# 自己評価および外部評価結果

確定日:平成 28年 4月20日

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	開設時に職員と話し合いを持ち決めたように、利用者主体の家庭の雰囲気作りに力を入れています。炊事や掃除等を通して、職員がお手伝いをしているという意識をもって実践しています。	開設前に職員間で話し合い理念を策定し、事業所内に掲示している。利用者に寄り添うケアに取り組んでいるが日々のケアの中やミーティング等で理念について話題にすることはなく、職員も理念を周知していない。管理者は理念の見直しを考えている。	理念について話し合い、共有して実践につながるような取り組みに期待したい。
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	特別な日のイベントには、地域の方にも声をかけている。これまでは保育園児やフォークダンスサークルの方々の参加があり、利用者との交流がありました。	近隣住民とは、運営推進会議の参加や散歩時に挨拶を交わしたり、日曜日に近隣の子供達が訪問と一緒にカラオケを楽しみ交流している。事業所の夏祭りに事前に食事券を配り、地域の方も参加して貰い片付けも一緒に行っている。	
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	地域へ認知症への理解を広げる為、介護職員が認知症サポーター講座を受けており、この次は地域への勉強会の拠点を目指しています。		
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	これまでの運営推進会議に、ご家族、近隣住民の方以外にも、訪問医師、他事業所所長などに参加してもらい、医療との連携の取り方について意見を頂いた。	運営推進会議は、利用者、家族、地域、医師、近隣住民、市担当者等が参加して定期的開催されている。初回の会議では、防災訓練や地域、医療機関との連携等の意見、アドバイスがある。事業所の実状や活動、事故、ヒヤリハット、地域との関わり等も報告している。	
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に取り組んでいる	事業所の相談事には実直に対応してもらい、活動やケアのあり方等、相談している。	市担当者とは、運営推進会議や市のグループホーム連絡会で情報交換している。開設時より電話や窓口に出向いたり、市担当者が来所して連携している。運営推進委員の構成や加算等についての相談、諸手続き、記録等の指導、助言が行われている。	
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	身体拘束は行っていない。事故対策委員会を立ち上げ、身体拘束の規定についてマニュアルを作成している。	職員は、事故安全対策委員会(拘束0作戦も含む)で勉強会を実施している。急かす様な行動、声かけをしないケアに取り組んでいる。危険性がある場合はカンファレンスを行い、ベッドを低床にしてマットを敷く工夫をしている。家族には契約時に説明し理解を得ている。	
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	管理者は、職員の疲労やストレスがないか、気を配っている。また、高齢者虐待防止関連の勉強会を行う予定である。		

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
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	今のところ、成年後見制度を利用している方はいませんが、今後の為にも勉強会を予定しています。		
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	時間を取って、丁寧に説明している。特に緊急時についての事前指定書へ記載して頂き、対応方法等をご家族へ意識してもらっている。		
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	意見箱を設置し、運営推進会議への参加を毎回声掛けしている。面会にいらした際にも、利用者の状況を伝える等して、ご家族が職員に気軽に話せる雰囲気作りを心掛けている。	利用者からは、日々の生活場面で直に聞いている。家族からは、意見箱に「脳活性化をお願いします」や「来訪者用スリッパの置き方」の意見に、玄関に土足ラインを決め、並べて置ける靴箱の配置や毎日アルコールで拭く等、衛星面に取り組んでいる。	
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1回のミーティングには、管理者が代表者が参加し、意見を聞くようにしている。また、前回の議事録を用いて、見直しを繰り返し行っている。	ミーティングや申し送り等で職員の意見を聞く機会としている。「夜間、光の量が多いのでは」との職員の意見で蛍光灯を少なくして適度な明るさにしている。日々のケアの中で気づいたことや家族の要望等は申し送りノートに記録して職員間で共有している。	
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	労務士と委託契約している。給与水準、労働時間、雇用保険、社会保険に関して職員が不安のないようにしている。福利厚生での職場環境整備も図っている。		
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	新人職員への育成に力を入れている。研修等への積極的な呼びかけを行っている。また、個別ケアを意識するよう、利用者に対して担当職員を決めている。		
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	沖縄県グループホーム連絡会に加盟している。那覇市連絡会に参加し、情報、意見交換会を行っている。		

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
<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	入居前の実調、居宅訪問を行っている。その際、ご本人のADL状況や、生活状況を把握するよう努め、これからどのように過ごしていきたいか、お話しさせてもらっている。		
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	ご本人や家族の思いを確認し、個別ケアを行っている。ご家族からの要望や気づいた事は、申し送り用のノートに書きとめ、職員が周知できるようにしている。		
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	利用者本人から痛みの訴えがあった為、巻き爪治療をご家族に提案したところ、通院せずにしっかり歩けるようになった。本人からの隠れたニーズを見つける努力をしている。		
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	利用者のペースで生活を送れるよう努めている。おやつ時間などは、テレビを消してBGMにしたり、バルコニーで過ごしていただいて、利用者同士の会話が楽しめる雰囲気を作るようにしている。		
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	利用者のしたい事、できる事を大切にしたケアを行っている。その際、ご家族の要望や情報等を話してもらう等ご協力頂いている。		
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	入居時に本人やご家族から話を聞くようしている。利用者の暮らしてきた地域での行事参加や、行きつけの美容室、食事処などへも、関係が途切れないように時々出かけるよう支援している。	地域社会との関係は、本人や家族、友人から聞いて把握し、新たな情報は記録している。ドライブ時に自宅周辺を通ったり、本の好きな方には色々なジャンルの本を提供している。定期的に、牧師さんの訪問や家族とカラオケに出かける方、地域の敬老会、トウンビーの集まりに出かけ、馴染みの人や場を継続支援している。	
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	認知症を個性と受け入れられない利用者同士は口論になる事が多いが、間に職員が入ることで、穏やかに過ごせるようアプローチしている。		

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	病院へ入院となった方に対して、生活リズムやADL状況、ケアプラン等の情報提供するよう努めた。職員が定期的にお見舞いに行く際、様子を聞く為にご家族と每合わせたりしている。		
<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	関わりの中で本人の望む事を聞いたり、読み取ったりする。意思表示が困難な方は行動や言動から何を欲しているか見落とさないように努めている。	利用者の殆ど表出が可能で、日々のケアの中で直に聞いている。入所時に1日の過ごし方やしたい事、好きな事等を収集し、生活場面で確認している。困難な場合は仕草や表情等で把握し、申し送りノートを活用して話し合っている。	
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	直接、利用者から聞いたり、ご家族から聞いて把握に努めている。		
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	日々の様子を個人記録に記入したり、申し送り・ミーティング等で情報を共有している。食事・排泄・睡眠のチェック表を活用し、生活パターンを把握するよう努めている。		
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	毎月のモニタリングはケアチェック表を用いて、担当職員で行っている。気になることや変化があれば、その都度、ご家族や職員と話し合いを持ち、主治医にも意見を聞くなどして、計画に反映している。	担当者会議に利用者、家族、医師等も参加しモニタリング、介護計画の見直しは3か月毎に行われている。居室担当者の意見や本人の意向の「好きな音楽を楽しみたい」「自分でできることは自分で」等計画に反映している。	
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	管理日誌、個別のケアチェック表は毎日記入している。個人の様子は個人記録になるべく詳しく記録している。連絡ノートは職員間の連絡事項を共有する為活用している。		
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	ご家族の都合によってはホームでの病院受診、付き添い、訪問理美容の手配等、必要に応じて対応している。		

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
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	運営推進会議に参加して頂いた近隣住民の方からの紹介で、美容師の訪問が叶う事となった。開設して10ヶ月、まだ地域との関わりは浅いので包括の運営する認知症カフェのボランティア等、身近な事から始める予定		
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	週1回の訪問看護、月2回の訪問診療を中心に医療面で支援している。利用者の持病や経過によっては、専門外来で検査を受ける必要がある。と主治医の指示が出る場合もある。	かかりつけ医を家族対応で継続受診や、希望により訪問診療に移行し月2回受診している。受診後は書面で報告を受けている。訪問診療で変化があった場合は専門医の受診に繋げている。看護連絡ノートを活用して連携している。	
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	週1回、訪問看護との契約を結んでいる。健康管理・医療面での助言・相談・対応・訪問医との連携を主な業務として支援している。		
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。	入院時にはケアマネが中心になりホームでもADL状況等、病院への情報提供を行っている。又、退院に向けて相談員と連絡を取ったり、お見舞いに行く等、関係作りに努めている。		
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	入居契約時に、看取り・緊急時の対応について事前指定書に記入してもらっている。重度化になったり、急変が起これば再度確認をしている。	家族に終末期に向けた事業所の方針を説明しているが明文化されていない。緊急時の治療方針の説明、同意書をもらい家族の意向に沿うよう取り組んでいる。訪問看護もオンコール体制である。職員は看取りケアについて勉強会を行っている。	終末期に向けた事業所の方針を明文化し、家族、職員が共有出来る取り組みに期待したい。
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	緊急時対応マニュアルを作成し、日頃から、ご家族・医療と連携をとれる体制を作っている。しかし、急変に対応する実践力には職員の力量に個人差があり、定期的な訓練を行う必要がある。		
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	災害対策委員会を設け、マニュアルを作成している。これまでに2回の避難訓練を実施している。夜間想定では地域住民の協力を得るのが難しく、協力体制作りが課題という事が解かった。	年2回の避難訓練を実施している。夜間想定での訓練では職員が利用者、近隣住民の役となりシミュレーションで行っている。緊急通報装置、消火器、スプリンクラー等設置、懐中電灯や食料品、水等の備蓄も3日分準備されている。	住宅密集地のため、実際に利用者、近隣住民とともに避難訓練ができる様、声掛けし協力体制を築けるよう期待したい。

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
<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	日々の関わりの中で、会話・対応について良くない場面があれば、職員同士で注意するよう努めている。各々の居室やトイレには、目隠し用にカーテンやのれんを設置する事で個人のプライバシーを守っている。	利用者一人ひとりの得意とすること、出来ることを引き出し活動に取り入れている。意思の表出が難しい方からは、仕草や表情から意向を汲取り支援している。日頃の支援のなかで、誇りを損ねない声掛けに注意している。	
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	着替える際に介助が必要な方へは、衣類を数枚のうちから選んでもらうよう声掛けを行っている。その他の場面でもなるべく自己決定を促しながら時間にゆとりを持ってケアを行う努力をしている。		
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	本人の要望があれば、その方のペースで過ごせるよう支援している。家事や炊事への参加は希望される方は少ないが、気分を見て自主的な参加を促している。		
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	本人やご家族に好みや習慣を聞くなどして、家の生活に近づけるよう努めている。自室に鏡や化粧品を備えている方もいらっしゃる。顔のうぶ毛処理など、定期的に対応している。		
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	食の楽しみにつなげるように、食前にメニューの説明を行っている。手伝いが得られず、今のところ職員が準備しているが、炊事を、見て・香って、楽しんで頂くような工夫はしている。	厨房職員が3食調理している。主食のご飯は事業所で作り、利用者は食材の下ごしらえや米研ぎ、下膳やおやつ作りに参加している。食前に献立の読み上げを利用者が行っている。職員も一緒に会話をしながら食事を取っている。	
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	毎食、摂取量をチェックしている。摂取量が少ない場合、本人が好む物を差し上げたり、食べやすい食事形態で提供している。		
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	毎食後行っている。必要に応じて訪問歯科を利用している。歯科衛生士よりケアのアドバイスを受け、日常の口腔内の環境維持に役立っている。		

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	排泄チェック表を活用し、個人のパターンを把握したトイレ誘導を行っている。可能な限り自力排泄を促し、習慣化している利用者もいらっしゃる。	1人ひとりの排泄パターンを把握し、おむつ外しに取り組み、日中はトイレでの排泄を促し、綿パンツになった方もいる。一人ひとりの目標に沿って段階的に支援を行っている。パット等の量を減らすことで家族の負担軽減に繋がっている。	
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	補水を嫌がる方へは、お茶のみでなく、黒糖と一緒に提供したり、ゼリーのような甘味のある物に代替する等して促している。日課の体操以外に腹部マッサージを行う事もある。		
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	入浴の拒否のある方へは特定の日時を決めず、天候や体調の良い時など、声掛けに工夫している。	入浴拒否がある方の生活歴を見直し、時間帯を変え拒否がなくなったり、入居する前の2年間お風呂に入らなかった方も声掛けなど工夫し、今では自分から進んで入浴する事もある。脱衣所はヒーターや扇風機で温度管理している。	
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	本人の生活リズムを尊重して支援している。就寝・起床の時間にバラつきはあるが、表情や姿勢などを観察して適宜休息して頂いている。		
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	薬の情報は個別の処方箋ファイルにまとめ、いつでも閲覧できる所に置いてある。副作用と思われる場合は主治医に報告している。薬剤師に電話相談できる環境も整えている		
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	本人の希望と、ご家族から聞いた趣味・嗜好等を参考に、できる限り支援している。例えば、家事や、ドライブ、カラオケ等がある。		
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	遠方への外出は、職員・日程の調整をして行っている。天気の良い日は気分転換に、近くの公園に行く事もある。ある方は、行事や祝い事には外泊したいと希望があり、その旨をご家族に伝えて、協力を頂いている。	散歩や買い物、ドライブ、公園へ花見に出かけている。慰霊の日には、家族の協力を得て平和記念公園へ戦没者を礼拝するため出かけている。なじみの自治会の行事に参加するため、外泊する方や、家族とカラオケボックスへ出かけられる支援をしている。	



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	所持金は家族と話し合い、大きすぎない金額に決めている。利用者に希望を聞いて、買い物の為の外出支援を行っている。		
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	利用者の携帯は、いつでも使えるように充電の管理や、通話する際に自室で話せるよう気を配っている。携帯を持っていない方でも、家族と話したいと訴えた時は、なるべく希望に応えるようにしている。		
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	日光が眩しくないようなテーブル・椅子の配置を工夫したり、のれん等で対策している。居間でくつろぐ時間はお茶が自由に飲めるように、各テーブルに急須や湯呑を用意している。	西日の窓側に置いていたテレビを模様替えして、見やすい様に変更している。利用者と一緒に作った作品や外出時の写真などが飾られている。利用者が職員と一緒に趣味の編み物をしたり、お茶やコーヒーを飲みながら会話を楽しめるようにテーブルの配置を工夫している。	
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	ソファが一台あり、昼寝をする際利用したりしている。読書コーナーを設けようと試みたが、スペース不足や、その他の理由で保留中である。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	入居時、愛着のある物を持ってきてもらい、住んでいた家に近い環境作りを心掛けている。本人からの希望や、その他に必要な物があれば、ご家族に購入を依頼している。	居室にテレビやラジオ、壁には家族の写真やカレンダー等が飾られ、家族の希望で仏壇を持ち込んでいる方もいる。各居室のベランダよりウッドデッキに自由に出られ、事業所を一回りすることができる。	
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	「できること」を維持できるよう、ADL状況に合わせたケアを行うようにしている。食事の際、車椅子の方もなるべく椅子に移ってもらい、正しい姿勢を意識している。「わかること」トイレなど、場所を思い出せるように、トイレへの経路を示す張り紙や、自室前に名前プレートを付けている		