

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	3790200129		
法人名	社会福祉法人 宝樹園		
事業所名	グループホーム あやうた		
所在地	香川県丸亀市綾歌町栗熊東783番地		
自己評価作成日	平成26年11月9日	評価結果市町受理日	平成26年3月6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	http://www.kaijokensaku.jp/37/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&iigvosocd=3790200129-00&PretCd=37&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人香川県社会福祉協議会		
所在地	香川県高松市番町一丁目10番35号		
訪問調査日	平成26年12月11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>自然環境に恵まれ、木造平屋造りで広々としたリビングと中庭を作り、ゆったりとした開放感のある生活の場の提供を目指している。また、同建物内でデイサービス事業をしており、地域の利用者と自然な交流が図れるよう自由に行き来している。入浴設備は身体的に状況が重度化になっても対応のできる入浴設備がある。利用者の生活は個々の生活習慣・リズムに沿って支援しており、必要以上の集団援助はしていない。一般的な普通の生活を目指しており、毎日浴(15時頃～20時)による清潔と、利用者によっては毎日の外出・散歩を日課に取り入れている。体調不良時の受診の際には、家族の都合に合わせて職員2人体制での受診を行っている。</p>
--

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

<p>当事業所は基幹道路から少し離れた閑静な場所に位置し、玄関を入ると季節を感じさせる装飾等があり、その日の勤務職員が顔写真入りで表示されている。また、共用の空間は圧迫感がなく、ゆったりとして居心地よく過ごせる生活の場となっている。職員は月ごとの年間目標を作成し、目標を達成するために具体的な実践に努め、日々笑顔で前向きにケアに取り組んでいる。また、利用者が自宅での生活と同様に普通の暮らしを送ることができるよう、環境作りに努めている。利用者はゆったりと穏やかに自分のペースで過ごしている。</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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 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、生き生きと働けている (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、安心して暮らしている (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

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
1. 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	法人開設以来の理念であり社員証にも明記し、意識づけるとともに、日々の取り組みにいかしている。	法人の理念を基本に、事業所独自の理念となるものを作成し共有している。また、年度初めに1年間のより具体的な月間目標を作成し、実践・評価している。	
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人員として日常的に交流している	地域行事にはなるだけ参加するように心がけ、日々の散歩等で、顔なじみの関係を作っている。また、近所のスーパーや理髪店・喫茶店・商店を利用することで、事業所周辺の散歩・草むしり等の際に声をかけていただけているようにしている。	地域の行事に参加したり、近所のスーパーや商店、理髪店、喫茶店等に出かけ、顔馴染みになっている。近所を散歩したり草むしりをしていると、地域の方から挨拶や声をかけてくれるなど、日常的に地域の方々との交流がある。年1回ホーム主催の講演会を開催し、地域の方の参加もある。	
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	運営推進会議開催日等に講演会などを開いて近隣の方達の参加を呼びかけている。地域の中でのグループホームを理解していただいているとともに、相談援助を行っている。		
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	2か月に一度、運営推進会議を開催して、グループホーム内の現状を伝える中で、適切な意見やアドバイスをいただき、議事録は職員・利用者ご家族に公開して、サービスに活かしている。	会議は定期的に行っている。メンバーとして、駐在所や消防団の方、家族会の方の参加がある。事業所の取り組み等についてメンバーから率直な意見をもらったり、様々な情報をもらったりしてサービス向上に活かしている。	
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	運営推進会議や市主催のグループホーム連絡会・研修会等に積極的に参加している。相談・事例検討を行い、指導や意見を活かすなど、協力体制を結んでいる。ホーム内で生じた報告義務は、必ず市の担当者に報告・相談している。	事業所は市主催の連絡会や研修会に積極的に参加し、また、市担当者の運営推進会議への参加もあり、様々な機会を通して報告や相談するなど、協力関係を築いている。	
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	基本的に出入り口のドアは施錠していない、ただし入居者の状態によっては、家族の了解の下、施錠することがある。身体拘束予防委員会を定期的に行い、事例検討を行い、職員間の意識統一を図っている。車椅子は、基本的に移動のみ使用し椅子に座っていただいている。また、低床ベッドやセンターマットを使用して夜間の転倒予防に努めている。	月1回の身体拘束予防委員会で事例検討をしたり、意見交換をして職員の共通認識を図っている。日々のケアにおいてはその日のうちに振り返り、職員間で点検し合っている。基本的に玄関は施錠していない。	

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
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注意を払い、防止に努めている	身体拘束防止委員会の中で虐待防止についても事例検討を行い、職員間の意識の統一を図っている。また、言葉・行動の虐待については、注意を払って観察して、職員同士で声をかけあっている。		
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	外部講師や管理者が中心となって勉強会を行い、職員の理解もすすんでいる。現在該当者はいない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入居前に重要事項説明書・契約書を細部にわたって説明している。疑問点にも十分説明を行って理解を得たうえで契約を行っている。介護保険改正時には、その都度説明を行い、同意を得ている。また、疑問がある時には、納得がもらえるような説明を心がけている。		
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	日々の関わりの中で言葉やしぐさ等で利用者の思いを汲み取れるように努力している。運営推進会議や家族会・面会時・外出時の同行などで、職員とも交流を深め、希望や意見を伺っている。また、玄関に苦情箱を設置して意見を聞き取り、改善できるようにしている。	年3回、行事を兼ねて家族会の開催やアンケート調査をしたり、また、玄関にご意見箱を設置して意見を聞く機会を持っている。家族の面会や外出時の同伴等の際、職員から話しかけて、話しやすい雰囲気作りに努めている。また、意見を臨機応変に反映させている。	
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	月一回、代表者を中心に運営会議を開催して職員からの意見・それぞれの疑問提起について、解決を図っている。出席できない職員には事前に意見聴取している。会議後の内容は必ず、書類や口頭で伝える等、職員全員に周知している。	月1回の運営会議や業務改善会議を開催し、職員からの意見や提案を聞き、運営に反映させている。	
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	人事考課を導入して、管理者より結果を職員一人ひとりに効果と向上心がもてるように話をしている。職員一人ひとりが積極的に職務に取り組み、その達成感をもてるようにしている。		
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	年間計画の中に職場内外の研修を積極的に取り入れて、スキルアップを図っている。		

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
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	他のグループホームに研修や見学交流を行い、内容を把握して、利用者の支援に活かせるように報告会を開き、情報を共有している。		
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	全ての環境が変化し、精神的に不穏になりやすいために、職員と良好な関係が築けるよう個々の精神状態に合わせた関係作りと、訴え・思いを傾聴し、ゆっくりと対応しながら、精神の安定が図れるように努力している。		
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	見学・契約により家族の苦労や不安・要望を理解し、利用者支援に努めている。また、入居日の入居方法等も家族と相談し、適切な方法を検討した上でやっている。		
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	利用前に、利用者・家族・関係者から詳しい情報を得たうえで、その整合性を確認しながら、看護師・担当者・計画担当者を交えた話し合いにより段階的に必要なサービスを行っている。		
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	その人らしい自立支援のため、できないことに対して、利用者個々に合ったペースで生活支援を行っている。また、家事の中で、できることを手伝っていただくことで承認される生活を目指している。また、職員も一緒に楽しむことを念頭に行事等を計画実施している。		
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	家族に対して、月に一度の便りの中に、利用者個々の暮らしぶり等を掲載したものを送付し、現在の生活状況・心身状況等、家族が不安にならないように努めている。また、外出支援等で協力をお願いしている。		
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	家族会の開催、家族の面会、友人の面会、同じ建物内のデイサービスで地域の利用者との交流を行っている。また、以前に利用していた商店などの利用や交流のあった地域への訪問外出もやっている。	同じ建物内のデイサービスを利用している地域の方とレクリエーションを一緒にするなど、交流している。また、友人が面会に来たり、以前入居していた方の家族の来訪があるなど、関係が途切れない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
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	食事時の席の配置や外出時の組み合わせ等を考慮して、利用者の様子を観ながら穏やかに過ごせるように、職員が調整・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	入院中は定期的に面会や家族に連絡して、状態を確認している。退居後も家族の意向を大切に支援・相談している。また、生け花クラブやお茶会などで退居後の家族との関係が続いている。		
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	利用者との会話の中で希望や意向の把握ができるように努めている。不安感の強い際には、そばに寄り添い、肯定してお話を聞くことや時間や人を変えることで安心して生活ができるようにしている。	部屋ごとに担当職員を決めている。職員は利用者からの思いや意向に対して、必ずサインが出ていると確信し、早めに職員から行動を起こし、声かけ等をして、希望や意向を感じ取ったり聞き取るようにして把握に努めている。	
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	ホームでの生活を始める前に、ホーム独自のアセスメント表などを活用し、利用者・家族の思いを十分に聞いてアセスメントしている。また、利用前に介護サービスを利用していた方については、他事業所に連絡を取り、情報を得ている。		
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	一人ひとりの生活記録で把握できるようにしている。日々の重点項目・変更点については、特記事項を中心に、申し送り(朝・夕)で行っている。入院時・退院等については、より変化があるので、その都度、把握・内容を報告し、支援に活かしている。		
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	家族・利用者の意向を聞き、医師からの情報をもとにして、介護・看護・担当者で相談して計画を作成している。カンファレンス・モニタリングには、担当職員が中心になり、利用者・家族にできるだけ同席してもらい、意見交換し、現状に即した計画を作成している。	利用者の日々の様子やケアの実践、評価等を記載した独自の記録用紙を活用し、担当職員が中心になり、本人や本人をよく知る関係者の気づきや要望、意見を反映した介護計画を作成している。また、本人や家族の要望等が変化した場合には計画の見直しを行っている。	

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
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	個々の日課が誰にも分かりやすいようにシート化している。シートに沿った支援経過は、モニタリングに活かしている。		
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	個別援助計画を基に状況変化に沿った支援ができるように、常時話し合って対応している。また、日常的でない、思い立ったら的なニーズに対しても、柔軟に対応できるように業務調整をしている。		
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	地域学童・ボランティア等の訪問・交流活動、地域行事への積極的な参加に努めている。また、利用者のニーズに沿った外出やデイサービスとの交流等で、地域の人達と触れ合う機会を多くすることにより、利用者理解が深まるように努めている。		
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	月一回の往診と看護師が平日は毎日健康チェックを行っている。医療機関の受診は、必要であれば2人体制で、送迎だけでなく受診にも付き添っている、外部の医師の指示は嘱託医に相談したり、病状によっては直接医師に聞くなど、看護師は主になり適切な医療の受診を支援している。	利用者個々の受診状況を把握して、本人や家族が希望する医療機関を受診している。受診時には家族の都合に合わせて、職員2人体制で受診支援し、受診の方法や受診結果等について家族らと情報交換を行っている。	
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	非常勤看護師・介護職員を中心に、利用者の心身の異変を早期発見し、嘱託医・専門医師との連携にて早期治療等、心身状況に合った適切な対応ができるようにしている。		
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。	入院中は病院を訪問し、利用者・家族の不安を取り除いたり、連絡を取る等、詳しい状況把握に努めている。医師・看護師・医療ソーシャルワーカーや地域医療連携室などと受診の際や定期的な訪問でお互いに信頼関係づくりに努めている。		

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
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、事業所です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	入居時に看取り・重度化した場合の対応について同意書を十分に説明した後にもらっている。身体状況に応じてより適した施設で適切な医療・介護が受けられるように、当事業所だけでなく、法人全体で対応している。また、看取り・重度化に対する職員研修を定期的に開催して、今後看取りを望まれる家族の希望に添える事業所になれるよう準備をしている所である。	今まで看取りの経験はないが、入居時に、重度化や終末期の対応について現在の事業所の方針を説明し、同意書をもらっている。現在は利用者の希望に添えるように法人全体で対応している。今後は利用者や家族の意向に添えるように、2か月ごとに研修会を開催して、職員間で意見交換したり、情報収集したりしてチームで支援できるよう体制作りを努めている。	
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	ヒヤリハットを活用し、安全委員会を中心に、定期的に勉強会や事例検討をして、職員全員の意思統一を図っている。また、個々の症状にあわせた対応方法を医師の指示を仰ぎ、医務の薬棚に掲示して周知を図っている。		
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	地震・火災・夜間を対象とした避難訓練を年3回実施している。その中で、地元消防団員や地域住民にも参加していただける訓練を企画し実行している。防災マップ上からは浸水が心配され、隣接した施設への避難を想定し避難路も確保出でできる。非常食・水・カイロなど、備品は備蓄しており消費期限前に災害時を想定して調理している。	年2回の訓練では少ないと考え、年3回の避難訓練を行っている。6月の訓練では事業所だけの訓練にならないように近隣100軒位の家にポスティングを行い参加を呼びかけて、約30人の参加があった。当事業所は防災マップから水害対策がまず必要と考え、避難経路の確認を行っている。事業所の内外に倉庫があり、災害に備えた備品の準備もできている。	災害はいつ起こるかわからないため、いつでも利用者が避難できる方法を全職員が身につけておくとともに、職員だけの誘導では限界があるため、地域住民や警察、消防団との連携が大切である。特に近隣住民の協力は不可欠で、住民の方が具体的に何をどのように協力したらよいか等、より具体的な協力体制を築いていくことを期待する。
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	委員会を設けて、利用者を尊重した呼び方・言い方から具体的な日常会話まで、例を挙げて研修を行っている。利用者・職員を問わず礼をもって接することを基本に、互いを尊重できる生活環境・職場づくりを行っている。	毎月1回の事業所内での研修で、認知症について学び、その対応について具体的に考える機会を持っている。ケアをする中で他者に対する言葉の内容や声のかけ方、不快を与えない対応の仕方等を話し合い、利用者の誇りやプライバシーの確保について確認し合っている。	
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	何かをする前に利用者の希望を確認し、選択が難しい方には、二択三択で選択していただいたりしている。外出や買い物の際にも取捨選択をしていただけるように事前の情報提供を行っている。		
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	利用者一人ひとりのペースに合わせて、家事支援や外出支援を行っている。また、その日の体調や気分等を配慮し、その時の利用者の気持ちを尊重し、無理のない内容で対応している。		

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
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	毎日の洋服を選んでいただいたり、お化粧の機会や爪の手入れ、行きつけの理・美容院の利用、洋服の購入などのお手伝いを家族の協力も受けながら、日常的に支援している。		
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	献立は栄養士が立てているが、みんなで調理している。準備、片付け等、できることを手伝っていただいている。朝夕は、食事時間が過ぎても取り置きしている。夜食にも対応している。月一回は必ず外食の機会を設けて楽しんでいる。	嗜好調査を行い、希望メニューは栄養士が立てる献立表に反映されている。調理は職員が交代制で行っている。利用者は準備や後片付け等、できることを行っている。利用者と職員は一緒に食卓で楽しく食べている。また、月1回は外食の機会を持ち楽しんでいる。利用者が夜食を希望した場合には、おにぎりや飲み物、カップラーメン等を準備している。	
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	栄養士が、栄養バランスや減塩食でも美味しい献立を考え、個々の利用者の身体機能に応じて刻みやペースト状にして支援している。また、食事量・水分量をチェックし、不足の場合は補食等で補っている。		
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、歯磨き・うがいを実施し、入れ歯の管理もしている。治療や口腔ケア・歯磨きの指導等が必要な方には、毎週木曜日の訪問歯科往診の際に治療・指導を行っている。		
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	排泄パターンを把握し、日中はリハビリパンツや布パンツと尿取りパッドでできるだけ過ごしていただいている。夜間は、持病のある方や希望者には、オムツを使用しているが、声かけ誘導でなるべくトイレ対応を心がけている。排便チェックリストで排泄量や回数を把握し、適切な服薬コントロールに努めている。	昼間は利用者全員がトイレを利用するよう、利用者個々の排泄パターンを把握して排泄支援をしている。夜間は個々に応じた対応ができるように情報を共有している。	
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	水分補給を適宜に行い、日中の活動性をあげるために、散歩や体操を継続して行っている。食事でも食物繊維が多く取れるよう献立をきめ、自然排便ができるように努めている。また、便秘時には、起床時の水分補給やトイレリード時の腹部マッサージを実施している。		

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
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	普通の生活を旨し、夜間入浴(15時頃～20時)を毎日実施している。機械浴が必要な利用者はデイサービスに設置してある特浴機を共有している。利用者の気分に合わせて日々利用される時間は違っているが、ほぼ全ての利用者が毎日気持ちよく利用できている。	普通の暮らしのように、毎日入浴ができるように支援している。入浴の時間帯は15時から20時としている。利用者個々の状況に合わせた支援をし、ほぼ全員が毎日入浴している。	
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	一人ひとりの意向を確認しながら、利用者の状態に合わせて、環境を整えたり休息したり入眠したりしている。また、いつでも休めるようリビングにソファベッドを用意している。生活リズムを昼型に導くために日中の活動性を高める支援を続けている。		
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	看護職員が基本的には対応しているが、個人ファイルに内服薬情報を掲示して職員全員が把握に努めている。症状の変化については、看護職員に伝え医師に連絡し、処方の変更等の指示を仰いでいる。変更内容は申し送りや連絡ノートにて周知している。		
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	利用者ごとの楽しみ等を中心に日々の生活を支援するとともに、食器の片付け・洗濯物たたみ・味見・掃除・毎日のリハビリ体操等で、利用者一人ひとりに合った楽しみや自信の持てる役割を支援している。		
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	毎日の散歩・カフェでのお茶・スーパー産直等でのお買い物など気分転換ができるよう個々の希望に合わせた外出支援を日常的に行っている。日帰り旅行などは、行き先を話し合う段階で利用者・家族にも参加していただき、実施している。また、寺社などのバリアフリー化の進んでいないところの下見やトイレの有無や内容の把握をすることで、安全に楽しく外出できるようにしている。	毎日の散歩や買い物、月の半分はドライブに出かける等、気分転換をしている。利用者個々の希望に沿って日常的に個別の外出支援を行っている。日帰り旅行をする場合は、利用者が安全かつ安心して外出できるように、職員が事前に下見を行い、利用者一人ひとりが外出を楽しめる支援を行っている。	
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	金銭管理は基本的に事業所預かりにしているが、家族の同意のもと数千円単位で個人のお財布で所持されている利用者もいる。買い物の際には、利用者自ら、財布から支払いをしていただけるよう支援している。		

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
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	利用者の希望に応じて、電話・手紙のやり取り等を行っている。また、携帯電話を自分で管理できる方には、自由に連絡できるように配慮しているが、現在は該当者がいない。		
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	広々としたリビングから中庭に出られるようになっており、開放感のある環境である。利用者は調理の音や匂い等を感じながら安心して過ごされている。各居室には色紙絵を飾るなどして精神的な安定を図っている。洗面所も部屋の近くに3か所設置し、トイレも広く使いやすい。また、廊下には足元照明を設置し、安全に配慮している。	利用者が多くの時間を過ごす共用空間はゆったりと広々としており、居心地の良さが感じられる。玄関には季節を感じる事ができる装飾等がなされている。リビングから庭に出ることができ、空気の流れを感じたり、外の匂いを嗅ぐことができ、五感刺激の機会になっている。リビングには毎月の行事の写真を貼って、家族に見てもらっている。	
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	リビングやソファコーナー・中庭などでゆったりと一人でリラックスできる場所をみつけたり、仲の良い利用者同士でマッサージチェアのあるデイサービスを利用されたりしている。		
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	備え付けのベッド・タンス・物入れを整理整頓して使いやすいように本人と日々相談している。また、自宅で使い慣れている品物等(お茶碗・お箸・小物・枕など)を家族に持ち込んでもらっている。	各利用者の居室はそれぞれの居心地の良さが感じられる。家族の写真を飾ったり、表彰状を置いたりしている。また、自宅で使い慣れたお箸や枕等を持ってきている。	
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	バリアフリーの環境整備をしている。共同空間では廊下をはじめ、手すりを随所に設置している。廊下の所々にトイレサインを矢印付きで表示して場所が分からなくなっても困らないようにしている。		