

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	2772401432		
法人名	有限会社 マナ		
事業所名	グループホーム「マナ」		
所在地	大阪府枚方市茄子作1丁目42番10号		
自己評価作成日	平成26年7月20日	評価結果市町村受理日	平成26年9月9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 MIRO谷町 4階		
訪問調査日	平成26年8月20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)】

利用者が暮らしていた環境に近い状態の、普通の家の普通の暮らしを支援し、共に生きていきたいと考えて支援しています。
--

【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>看護師である法人の代表者が事業所の管理者でもある。介護保険制度の始まるまで地域の社会福祉協議会で、訪問入浴介護業務等を13年間勤めてきた。その後、訪問支援事業の立ち上げを手伝う中で認知症高齢者のためのグループホームの必要性を痛感し、色々他施設を見学した上で平成13年10月当事業所を設立した。</p> <p>当事業所は代表者の住まいを施設に改築したものである。利用者全員が居間で井戸端会議をしていた。私たちにも気さくに話しかけてくれる。「わたし、毎日の階段の上り下りで足に筋肉が付き元気になった」。居間が1階、居室が2階にあるため、毎日の動きが必然的に生活リハに繋がっている。楽しそうに昼食の準備に野菜を刻んでいる利用者がいた。此处では、ごく普通の家庭の風景が見られる。</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、活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

[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	普通の家の普通の暮らしをめざし、家の周りには花を絶やさず、居間からは外の様子。雨や風、お天気の様子が見えベランダでおしゃべりしながら洗濯物を干したり残存能力を活用しながら協働している。	「認知症があっても、障害があっても、住みなれた地域でその人らしく暮らしたいという希望をかなえる」「一人一人個性豊かに心豊かに」と、事業所独自の理念を作りあげ、日々の朝礼や会議で確認をしながら、その理念を共有して実践につなげている。	
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	玄関はできるだけ解放し前の道を行き交う人との会話や外からの訪問客も入りやすく日常的に交流ができるようにしている。	地域との交流を大切にし、管理者は自治会に加入するだけでなく、地域の認知症高齢者を抱える家族のために講座のオブザーバーとして参加し、助言するなど地域福祉に貢献している。	
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	日々の経験を活かし門には「介護何でも相談」の標示をし、立ち寄りやすくするとともに、地域の認知症サポーター養成講座にも協力参加をしている。		
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	地域包括職員、地域住民、利用者全員、ご家族などで行っている。2か月間の状況報告や反省点、利用者からの意見を聞きながら日々のサービスに生かしている。	利用者および家族、地域包括支援センター職員、民生委員、事業所職員等で隔月に開催し、事業所からの報告だけでなく、参加者からの意見や要望を聞きながらサービスの向上に活かすようにしている。	
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	わからないことや相談したいことがあると電話や役所に出向いて相談し、協力してもらっている。	地域包括支援センターの担当者には、運営推進会議に参加して情報提供や指導をいただいている。市役所窓口とは必要に応じてその都度訪問したり、電話をしたりしながら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	職員は身体拘束の意味や禁止対象となる行為を理解、弊害も理解している。玄関もできるだけ施錠せず遠隔操作のブザーで対応している。	全ての職員は、身体拘束をする事によって与える身体的精神的苦痛を理解し、研修会を行いながら玄関ドアも見守りの可能な限り施錠せず、拘束のないケアの実践に努めている。	
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	職場研修で定義、内容と具体的例を理解しており、職員同士お互いのケアについても見直すことのないよう申し送り時に意見交換をしている。		

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
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	自立支援事業、老人医療助成金事業、後見人制度など利用者の権利として利用できるものは説明して、個々の必要性に応じてデイケアなどの通所を支援している。		
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	本契約をするまでに契約書を持ち帰って内容を読んでもらい不安や疑問点を、お聞きしたのちに、日を改めて契約書に基づき説明し契約している。		
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	運営推進会議や、家族近隣その他の訪問者とお茶をしながら思いを気楽に話せる場面、雰囲気づくりをしている。また、運営推進会議には利用者全員参加で意見や要望が気楽に話せるよう努力している。	利用者や家族等とは、日頃の会話や様子の中から、また、運営推進会議の中から、意見・要望等を聞き出し運営やケアプランなどに反映させるようにしている。利用者と職員との楽しく話し合っている風景が見られた。	
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	毎朝、出勤後の10分くらいをお茶をしながら利用者や職員の状況把握や情報交換その時々のある出来事に対する意見交換をしている。	毎月一回、職員会議が持たれ、行事に関すること、シフトに関すること、研修会に関すること等、職員の意見や提案を聞く機会が設けられている。毎朝のミーティングでも話し合いの機会がある。	
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	職員が継続して働く事が利用者の安心につながり、安定した暮らしを継続する事が出来るため個々の資質や努力、勤務状況を把握し、職場環境を整え可能な限り処遇に反映するよう努力している。		
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	狭い処遇空間がかえって職員一人一人の働きと力量が見える。また、その場その場での指導や職員同士の意見交換も頻回に行っており月1回ミーティングや対外的な研修も機会を見て参加している。		
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	地域包括支援センターを中心にグループホーム連絡会を持ち連携して地域全体の福祉サービスの向上に貢献できるよう努力している。		

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
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	見学の段階から、「ここなら皆と生活していけるかな」と安心して心を開いてもらえるよう職員も利用者も含めてお迎えして話を聞き、利用者さんがここでの暮らしを説明している。		
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	ホーム入所の決断を下すまでの家族の心の葛藤を理解しながら「一緒に考えて一緒に生きていきましょう」との思いを本人や家族に伝えている。		
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	入居後、ホームになじんで暮らしが安定してきた段階で、デイケアサービスなど、他制度利用など導入、ホームのみで抱え込まず社会参加の機会を支援している。		
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	「一緒に生きていきましょう」を合言葉に暮らしの中で、できることは一緒にし、介護される人、介護する人の垣根作らないように一緒に生きていく仲間として人間関係づくりに努めている。		
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	「ご家族の協力がなければ職員は利用者との良い関係が築けません。職員だけでは支えきれない場合も出てくると思いますのでその時はいろいろ教えていただきお力をお貸し下さい」とお願いしています		
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	なじみの場所は家族が連れ出してくれず。友人や知人はお互いに高齢であり1～2回の面会で終わる事も多いが、近所で十数年お茶会に招いてくれる友人がいて毎月楽しみに行きなじみになっている。	これまでの地域社会との関わりを継続していくために、家族等の協力を得ながら、利用者の馴染みの場所へ行ったり、人に出会ったりするようにしている。	
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	利用者一人、一人の残存能力の把握に努めプライドを失わせないよう出来る事を職員と協働し、また、洗濯物を干したり、畳んだり利用者みんなで協力している。		

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	サービスが終了した後も家族の電話相談などに対応している。		
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	個々に思いの表現方法が違うので、日頃から、接触を密に把握すると同時に、職員同士で情報交換し、意見を出し合い、利用者の視点に立って考え、思いを組んで支援できるよう努力している。	利用者本人がどのように暮らしたいか、一人ひとりの希望や意向は、毎日の関わりやアセスメントツールを利用しながら「もっと、生活リハをして元気になりたい」の要望には、それに応えるなど、出来るだけ意向に添った支援をするようにしている。	
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	入所時にこれまでの暮らしの状況や、生活歴的な記録をお願いしたり、面会時に利用者も交えて話をし、把握に努め支援に役立てている。		
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	個人住宅を改装したホームで狭さが幸いして常に状態把握が出来る利点がある。本人の出来る事出来ない事、得手不得手わかる事、わからない事等本人の力量に合わせた支援に努めている。		
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	狭い空間なので常に利用者との会話があり聞き取りができる。また、家族の面会時には必ず話を聞くようにして介護計画に反映させている。	介護計画の期間は一応長期計画を6ヶ月短期を3ヶ月としているが、アセスメントとモニタリングを繰り返しながら、変化が起きた時にはそのつど臨機応変に介護計画の見直しを行っている。	
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	個々の記録を個人ファイルに記録するとともに日々の申し送りを詳細に記録して職員間の情報を共有し実践や介護計画の見直しに生かしている。		
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	通院、地域の美容室、デイケア通所等、利用者の生活の中でのニーズに対応している。		

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
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	利用者が安全で安心して暮らしていく為に、地域住民、町内会長、民生委員、包括支援センターとの連携を密にしている。また近隣の警察、理美容院、消防、商店などに協力をお願いしている。		
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、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	入所時に家族と話し合い、かかりつけ医を決め、2週間事の診察には個々の状態を記入した連絡帳をもって受診している。又必要に応じて主治医といつでも電話や受診で問い合わせが出来るようになっている。	利用者本人や家族等が希望するかかりつけ医になっている。利用者毎に利用者の状態を書き入れた連絡ノートが作られていて、主治医が参考に出来るようになっている。医者からの助言もノートや電話で行っている。	
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	医療連携で週1回、訪問看護ステーションの看護師に1週間の利用者の状況を伝えたり、週3回通所しているデイケアの看護師に必要なに応じて相談や助言を受けている。		
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	入院時に情報提供書を提出すると共に主治医、病棟の看護師、ソーシャルワーカーと面談、口頭や文書で利用者の留意点等伝えている。又、ソーシャルワーカーには電話での問い合わせなどの了解も得るようにしている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	日ごろから利用者の状態は常に報告しており重度化した場合や終末期をどうするのか、ホームで重度化や看取りのプラス面マイナス面等を説明して一緒に考えていくようにしている。	重度化した場合や終末期のあり方について、家族等と話し合いを行い、事業所として出来得る事の指針を作成、関係者を交えて説明し同意書も交わすように準備されている。	
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	職員は急変や事故発生に備えて「急変時対応マニュアル」に目を通し、日常起こりうるようなことは話し合っている。又、随時「緊急救命訓練」も受けている。		
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	避難訓練は年2回実施し、消防に届けている。地域の避難訓練にも参加し、災害時対策は町内会のリストに救護の対象者として載せて貰っている。	災害時における避難訓練や消防訓練を利用者と共に消防署指導のもと行っている。地域の人々との協力体制も充分出来ている。しかし、家具等の地震転倒防止策は充分とは言えない。また、備蓄・備品も不十分である。	身体を守り避難経路を確保するために、家具や書棚を転倒防止棒、金具等で固定するようにして欲しい。また、必要最小限の水や非常食を確保し非常時に備えることが望まれる。

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	長い時間を生き抜いてこられた人生の先輩に、いつも尊敬の念を持ち、その魂の尊厳を大切に誇りやプライバシーを侵害しないように利用者の権利を守って一緒に生きていきたいと考え努力している。	食事介助やトイレ誘導などにおいて、利用者一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応が見られた。個人情報も第三者の目に触れないように、施錠して保管されている。	
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	狭さが幸いして一人一人の状況がよく見えるので、職員からの押し付けや、独りがりになっていないかを注意し、利用者自身が思いを伝え何事も話し合い決めていけるような場づくりをしている。		
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	一日のスケジュールは、生活のリズムを作り健康で暮らすために大まかに決まっているが、その日の利用者の体調や気持ちに沿って柔軟に対応している。		
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	起床時に利用者の状況を見て服装の助言をしたり、外出時は本人や家族と相談しながら身だしなみを支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	家事の能力のあるものが、食事を作ったり片づけをしている。食事の好み等はなかなか伝えることが難しくなっているが食べ方や食べ残しがないかを見ながら好みを判断して調理に役立てている	盛り付けや準備、利用者それぞれの残存能力をフルに活用、包丁の使える人は調理にも加わっている。各人の得意分野を分担し、協力し合いながら調理後片づけを行っている。利用者と職員が楽しく語り合いながら食事をしている家庭的な団欒風景が見られた。	
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	個々のカロリー計算をし、栄養のバランスを取り、状態に合わせた調理をするとともに、一日の水分量1500ccをめどに摂取している。		
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	食後の歯磨きの見守り、一部支援、全介助等、力量に応じて支援している。		

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
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	排泄の失敗は誇りを失い、生きる意欲や自信も消失させ、無気力になり周辺症状を引き起こすことにつながることを周知して時間的トイレ誘導や、ポータブルトイレの使用等工夫している。	利用者一人ひとりの排泄パターンをボードに記録して対応している。あからさまな誘導ではなく、さりげなく誘導をし、自立に向けた支援をしている。	
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	便秘は精神不安を引き起こし、周辺症状につながっていくため、食事で改善を図るとともに水分補給を1日1500ccをめどに摂取し、運動など取り組んでいる。		
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	体調不良や、入浴拒否の場合はシャワー浴や、清拭、足浴などで代替えとし、入浴時も体に負担がかからないよう時間配分し出来るだけ個々の希望に沿った支援をしている。	基本的には週2回の午後2時からとなっているが、希望があれば何時でも入浴できるように、個々に添った支援を行っている。入浴拒否の利用者には、時間やタイミングを変えてみたり、シャワー浴、清拭、足浴に変えるなど細やかな工夫がされている。	
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	昼食後のお昼寝の時間、1時間ほどを大切にしている。そのことにより昼と夜の区分がはっきりして夜間の睡眠が気持ちよく眠れている。		
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	利用者の変化を見逃さないようにし、目的や副作用を常に確認できるよう現在服用中の処方箋をいつも確認できる状態に保管している。		
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	物の見方、考え方、価値観、出来る事、出来ない事、好きな事、嫌いな事、苦手な事どう生きていきたいか等、本人や家族と話しあい、役割をもって楽しめるよう支援している。		
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	長時間の外出は家族と出掛ける事が多い。週3回デイケア通所、天気を見て散歩や買い物同行、近所の美容室や近所の方にお茶会に招いていただいたり、個々の体調に合わせて支援している。	週に3回はデイケアサービスに通い、外気に触れると同時に、他の人々とのコミュニケーションの機会も得ている。その他、利用者の希望に添って、事業所周辺を散歩している。時には保育園や春日神社、市民会館などへ出掛けたりもしている。	

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	利用者の状態に合わせて、本人、家族と話し合って支援している。		
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	本人が自発的に手紙を書いたり、電話をしたりする力が殆ど失われているので、家族のことを思い出したりした時は「電話して声聞きますか」と気持ちを聞いて支援している。		
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	庭や室内には季節の花を絶やさないように、どこにいても明るさや温かさがあり、室内からは雨や風お天気の様子が見え、居間から外にベランダを付け外の空気に触れられ、少しでも自然を体感できるよう工夫に努めている。	明るい台所と繋がったりリビングは、食事作りの音や匂いに満ち生活感が漂っている。壁には季節の飾り付けなどが施されるなど、居心地よく過ごせるような工夫が見られる。	
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	一人になりたいときは自室でゆっくり、又みんなと居たい時は居間で過ごします。好きなところに気の合った者同士座りすごしている。		
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	個々の居室は各自、自宅から持ってきた家具や、購入した家具で自分好みの室内にして過ごしている。	利用者は使い慣れた家具、調度品、家族の写真を飾ったり、馴染みの物を持ち込んで居心地良く過ごせるよう工夫されている。	
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	ホームは普通の民家を改修した建物で完全なバリアフリーとはいかないが、階段は両方に手すり、床には白線、ドアなどに場所を表示し、安全に自立した生活ができるよう工夫している。		