

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	2471300430		
法人名	社会福祉法人 こもはら福祉会		
事業所名	グループホーム「はなの里」		
所在地	三重県名張市西田原2094番地の1		
自己評価作成日	平成23年9月10日	評価結果市町村提出日	平成23年11月14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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2471300430&SCD=320&PCD=24
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成23年9月 30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)】

利用者の日々の笑顔をいつまでも育みたい思いで、その方らしさを尊重し、家族的な雰囲気の中、節度ある相互関係の構築に努めており、安心感をもって生活を送っていただけ、自信を持って、又生き甲斐を感じて毎日を過ごしていただくよう取り組んでいる。

【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)】

名張市内で福祉事業を広く展開する法人の本部「総合福祉施設」に隣接し、特別養護老人施設、ケアハウス及びデイサービス等との交流があり、恵まれた環境である。法人及び事業所では、年間を通して各種研修が計画実施され、より質の高いサービス提供を目指し、職員の研鑽に取り組んでいる。また、職員で決めた理念「笑顔、尊重、安心感」を掲げた事業所は、管理者・職員の連携もとれ、家族等の面会も多く、利用者共々笑顔で会話が飛び交い明るい雰囲気である。

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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	管理者は運営理念を、介護職と話をしている。又運営理念を事務所や玄関ホールに掲示して、常に念頭におき業務を改善している。	職員で決めた理念を玄関及び事務室に掲示している。また、ケア会議では毎月の行動指針を話し合い、併せて日々実践している。	
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員として日常的に交流している	近隣に民家無く、母体施設との交流は密にしており、散歩、ドライブ、買い物に出かけ、社会性を継続できるよう配慮している。民生委員さんやボランティアの協力の下地域の一員として地域行事に参加することや、施設行事に参加して頂ける様努めている。	地区の公民館での高齢者学級の講師に招かれたり、中学生の体験実習や地域のボランティア受け入れ、更には保育園との交流もある。また、母体施設とは催しに出向いたり、日々交流したりしている。	
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	地域のボランティアにクラブ活動の指導をして頂いたり、まちの保健室主催の認知症サポーター養成講座での講演をおこなっている。		
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	運営推進会議を行う際は、グループホームの皆さんと一緒に家庭的な雰囲気の中で行いたい為、行事と合わせて企画する等工夫をしている。	会議は2ヶ月毎に開催している。メンバーは市高齢障害支援室職員、包括支援センター職員、地域代表(民生委員)利用者及び家族代表並びに施設長、管理者、職員代表で構成され、事業所の現況や課題、職員研鑽状況等を協議している。また、今後地域代表として区長の参加も検討している。	
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	事業所は問題解決を速やかに行うべく、相談や報告、指示を仰ぎお互い共有している。又会議や勉強会には出席する一方、事業所の行事、会議には参加してもらってまず。	市の高齢障害支援室や地域包括支援センター等とは、随時相談問い合わせを行なっている。また毎月介護相談員を受け入れている。	
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	母体施設と合同で身体拘束廃止・虐待事故防止対策委員会があり、講習会に参加したり会議に参加しスタッフの意識向上を図っており、玄関にメロディーを付け開閉時にメロディーが鳴るようにし本人の気分や状況に応じて散歩に出かけてみたり、畑仕事の手伝いをして頂く等して気分転換を図っている。	3か月毎開催の母体施設での身体拘束廃止委員会に管理者、主任が参加しており、伝達研修やケア会議で全職員は理解を深めている。また、玄関は日中無施錠である。	
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	勉強会に参加し、ミーティングの際に伝達している。又常時見られるよう事務所に厚生労働省・老健局の冊子を配置している。職員のストレスも溜まらないように勤務体制を出来るだけ考慮している。		

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	研修や講習に参加し後日伝達の意味で説明、回覧をしている。成年後見人制度に関しては、入居者に利用されている方が有り、入居前に印刷物を配布して説明をしている。		
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	契約の際、重要事項説明書に基づき、一項目ごとに説明し、ご理解、ご納得の行くよう努め同意を得て契約している。		
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	面会時・カンファレンスの際に意見を伺い、出来るだけ満足して頂ける様取り組んでいる。契約の際、相談・苦情の窓口の案内書を説明しお渡ししている。又、利用者の方には、介護職員の方と話す機会も提供している。	重要事項説明書に事業所及び行政等外部の相談、苦情等受付先を明記している。今年入居者アンケートを実施している。また、管理者・職員は、家族面会時には意見要望を言いやすいよう気配りしている。受けた意見、要望等はケア会議や職制を通して検討している。	
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	より良い施設運営を目指し、月1回、各ユニットごとの会議と3カ月に1回の合同ケア会議の開催を行い、その他の時間でも、いつでも話し合い、意見交換の出来る体制を設け実践している。	管理者は日常の会話や連絡ノート及びケア会議で職員の意見や提案を受けとめると共に、必要に応じて施設長に相談し、運営に反映している。	
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	管理者を中心に職員一人ひとりが毎日充実感、ヤル気を持続させ、向上心が持てるような、明るく働き甲斐のある職場環境づくりに努力している。		
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	全職員に生涯研修の段階的受講と、施設内外研修への参加、そして自己目標への研鑽、資格挑戦等に意欲的に取り組む体制作りを努めている。		
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	同業施設との交流や意見交換により、サービスの質の向上などにつなげねばなりません、近隣に少なく三重県地域密着型サービス協議会に加入し、意見の交換会、会議なども交えサービスの質の向上につなげる努力をしている。		

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
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	入所前の面接時に出来るだけ詳しく、生活歴や現在の暮らしぶりを聞き取りながら安心感を持って頂けるよう努めている。		
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	入所申込みに来られた際、お答えいただける範囲の聞き取り調査をし、入所判定委員会前に、ホームの見学と意思の確認をさせて頂き、契約時に重要事項説明書に基づき十分な説明をしている。		
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	在宅での支援についても検討し、ご本人とご家族の状況の把握に努め、必要性を見極め、より良いご家族間の関係を持つための支援をしている。必要があれば在宅のケアマネージャー等へ連絡している。		
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	生活リハビリの場であり、居室の掃除は毎朝職員と一緒にしている。又、生活の役割を持って頂き生甲斐を感じて頂ける様努めている。		
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	行事の参加や、季節の衣類の整理、通院、外出等の協力をお願いし、ご本人との接点を多く持って頂ける様努めている。又、身内の方が遠方の方も多く、極力電話等で連携を図り、相談の上でご本人を支えている。		
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	地域の集まりへの参加や馴染みの方のホームへの来所を支援し、地域の行事等に積極的に参加したり、散歩、買い物等で社会性を継続できるよう努めている。	職員はアセスメント記録やアンケート内容等を理解し、一人ひとりに寄り添い、思い出話や生活歴について話し合うことに努めている。また、希望があれば家族とも相談し、電話で話したり、馴染みの店や場所に出掛ける支援をしている。	
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	必要以上に職員が関わらずに、入居者同士で助け合うように配慮している。孤立しがちな方には仲良く出来る様、職員が間に入って配慮している。入居者同士のトラブルの際には、片方を責めるのではなく、お互いを尊重して、原因把握に努め、解消するようにしている。		

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
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	必要なお家族には、近況を伺ったりして、支援の協力を申し出ている。		
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	ご本人の行きたい所、食べたい物、会いたい方等を日常の会話の中で受け止め、出来る範囲で支援している。	職員は一人ひとりのアセスメント記録や利用者アンケートから、また、日々の暮らしや家族等からの情報も得て、その時その場の希望や意向を把握している。	
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	入所前と直後に家族や本人から暮らしぶりや生活歴を出来るだけ詳しく、聴きとりをする。		
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	ご本人の表情や言動に注意して、日々の状況の把握には細心の注意をする様努めている。		
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	利用者一人に三人の担当を決め、複数の目で介護計画の見直し等を図れるようにし、モニタリングを6カ月に1回行っている。	介護計画書は、容態等状況に変化がなければ6ヶ月毎の見直しである。計画の見直しに当たってモニタリング担当職員が把握する計画の実施状況、更に家族等の意見をもとに課題を探り出し、ケア会議での検討、評価を経て計画を作成している。	介護計画の実施状況の把握評価(モニタリング)の頻度を増やし、毎月実施する体制作りを検討し、より現状に即した介護計画となることを望む。
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	業務報告書や個人記録簿に日常的に記入、又連絡ノートを活用し日々の統一事項が全職員に、もれのない様伝達を行っている。		
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	状況により、個別で外出の支援や母体施設へ訪問して気分転換を図って頂いたり、年間行事への参加を行っており、家族が遠方の方には定期通院などの支援を行っている。。		

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
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	園芸福祉ボランティア・フラワーアレンジメント・お菓子作りボランティア等のボランティア活動の受け入れ等で地域との交流を図っている。		
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	ご本人やご家族と話し合って受診する医療機関を決めている。通院に関しては基本的にはご家族同行の受診となっているが、不可能な場合には職員が代行するよう努めている。	事業所の協力医の他、個々のかかりつけ医での医療が受けられる。その際通院や受診は、家族と連絡をとり事業所でも対応している。	
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	訪問看護ステーションそらまめと業務委託契約して、週に2回、日常の健康管理や医療活動を担当して頂き、医療機関との連携を強化している。		
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。	医療機関との連携をスムーズにとれる様、情報提供をお互いに密にしている。		
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、事業所の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	重度化対応に係る指針を取り決め、ご家族同意を得て実施し、ご家族、ご本人の意向を踏まえて、出来るだけ看護師と協議し、急変時の対応につき医療関係との連携を図っている。終末期の援助マニュアルを作成、学習会を実施している。	看取り指針があり、契約時から本人、家族と終末期のあり方、重度化した場合の要望や事業所のできる事、できない事等対応を話し合っている。終末期の援助マニュアルが整備され、職員の理解を深めている。	
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	消防署の協力を得て、救急手当てや蘇生術の研修に参加し、緊急時の対応に活かせるよう努め、ホームでは緊急時対応マニュアル・連絡網を事務所に常に設置して緊急時に備えている。		
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	母体施設・消防署の協力を得て、年2回避難訓練を実施している。消火器の使い方、避難経路の確認、避難時の注意点等を解りやすく指導して頂いている。又、日常的にもちょっとした会話の中で避難の心掛けを利用者と共に話している。	毎年2回の通報・招集・避難誘導・初期消火等訓練を消防署の指導のもと、母体施設の協力も得て実施している。また、緊急時対応マニュアル、避難経路図、消火器配置図等整備してケア会議で話し合い習得している。	

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
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	ケア会議の際に、職員の意識向上をはかり、日常のかかわりの場でもご本人の尊厳を配慮して、さりげない対応をする様努めている。	管理者、職員は態度・挨拶・言葉かけ、家族との対応等についてケア会議や伝達研修で話し合い、実践に生かしている。個人記録等書類は収納場所を定めて取扱いには気をつけている。	
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	日常さりげない会話を試み、ご本人の思いを引き出すよう努めている。行事の参加は押し付けでなく、自己判断を基本としている。		
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	基本的な生活の流れは集団生活の為必要だが、ご本人の体調、気分に応じて、ご本人のペースを大切にして散歩や外出・買い物等の個別性のある支援を行っている。		
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・臥床時には基本的に本人の意向で決めているが、自己決定が困難な方には、職員と一緒に考え行っている。散髪については馴染みのところへ、ご家族の協力を得て実施している。不可能な場合には、本人の意向を聞き2か月に一度訪問美容での散髪を利用したり、近くの美容院に同行している。		
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	調理・配膳など、出来る事を少しでもして頂くようにしている。季節の献立として、そうめんバイキングをしたり、鍋料理を取り入れて季節感のある食事を提供している。母体栄養士によりメニューは決まっているが、利用者の好みや体調に合わせてアレンジしている。また誕生日にはその方の希望のメニューにしている。	食への関心や楽しみを持てるよう利用者の希望を聞いて献立を決めたり、アレンジしたり、また調理や盛り付けを一緒にしたり、更には、テーブルの飾り付け、バックグラウンドミュージック等工夫している。また、職員は同じテーブルを囲んで和やかに食事をしている。	
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	毎食、食事摂取量のチェックを個人記録に記入し、水分摂取量については、利用者の状態に応じ水分摂取量の表を作成しチェックを行っている。栄養状態のチェックについては体重測定を月1回実施し、増減チェックをして管理している。水分補給にポカリゼリーを食べて頂いたり、お茶が苦手な方にジュース、牛乳で対応している。		
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、歯磨きの声掛けを行い、その方に応じた対応をしている。入れ歯の処理は出来るだけ職員と一緒に眠前・起床時に行っている。また週に一度歯科から来所して頂き口腔清掃をしている。		

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
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	排泄パターンやサインをつかみ、周りの方に配慮しながら声かけや誘導をし、できるだけトイレでの排出に努めており、リハビリパンツ・パットの使用は最小限に止めている。尚、失禁時にはさりげない対応を心掛けている。	日々の排泄記録や本人の訴えや表情から理解に努め、自然な排泄ができるようにトイレに誘導し、合わせて羞恥心が損なわれないよう配慮している。	
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	排便表に記入し、排便チェックを実施している。日常的には繊維質の多い食材や乳製品を摂り入れ、家事・散歩・体操等で体を動かす機会を多くしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	くつろいだ入浴をして頂ける様に、時間を充分取っている。又、希望者の朝の入浴や夜間入浴も行っている。入浴拒否の多い方にはタイミングの合った時に入浴して頂いている。	毎日午後から入浴できる態勢になっており、入浴を嫌う人にも週3回は入れるよう支援している。また、希望があれば朝でもシャワー浴で対応している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。又、夜間眠れない方には温かい飲み物やおむすびをすすめて少し話をし安眠を図っている。		
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	主治医及び薬の薬効等を明記した服用ファイルを作成し、日常使用する業務日誌に添付している。症状の変化には主治医や訪問看護師との連携を図り、申し送りや連絡帳で職員に伝達、適切な対応に努めている。		
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	生活の中に得意な事をお願いし、役割を持って生活して頂くよう努めている。マンネリにならないように、喫茶店に行き、好みの物を召し上がって頂いたり、買い物やドライブ、地域の行事への参加を行っている。		
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	散歩や母体への訪問等で外出の支援をしている。天気や本人の気分を観て利用者の希望に沿ったコースを選択し、ドライブで郊外に出掛けたり、ショッピングセンターに出掛けたりしている。	日々声かけをして、玄関前での外気浴、畑いじり、近隣公園への散歩、隣接施設行事等に出掛けている。時には車で買い物などに出掛けたりもしている。また、四季の花見・ドライブ等、家族の協力も得て出掛けている。	

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	母体への訪問販売やドライブ、買い物に出掛ける際、ご家族より事業所が預かっているお金から一定額を職員が預かり、支払を本人にして頂く事で、金銭感覚を持って頂いている。		
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	職員との会話の中で幼馴染や兄弟の名前が出るや出来る限り、その方へ電話をかけたりしている。手紙や葉書を書いて頂ける様声掛けをしている。又、年末には年賀状を職員と一緒に作りご家族に発送している。		
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	落ち着いて過ごして頂ける様に、照明の明るさや採光、テレビの音や歩く音、扉の開閉時の音などについて配慮している。食事をするときの音や香り、又草花を飾る等して、五感に働きかけて心地よく過ごして頂けるようにしている。	各ユニット共大黒柱があるオープンキッチンの居間兼食堂はソファが置かれ、テーブルには利用者が散歩で摘んできた可憐な花が置かれている。白い壁は習字や色紙、写真等で適度に飾り、整理整頓、清潔感のある佇まいを工夫している。	
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	食堂以外の場所でもくつろいでいただける様、コーナー等に椅子やソファを置いている。		
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	居室には使い慣れたもの等を持って来て頂くよう、入居時や必要時にご家族に依頼している。	居室はベッド、棚、洗面、テレビが備え付けられている。使い慣れたテーブル、いす等、更には、趣味の品々も持ち込まれている。壁には作品や写真が貼られ、入り口は暖簾が掛けられ、また、ベッドのレイアウト等居心地良く工夫されている。	
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	職員間で本人にとってより安全で、安心して生活して頂ける様、状況にあわせた対応を話し合い、共有している。その人に合ったコミュニケーションの方法で、解りやすく明確に伝え、協力して行っている。		