

## 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	2491300055		
法人名	株式会社おりがみ		
事業所名	グループホーム福ふく		
所在地	三重県名張市赤目町丈六243-9		
自己評価作成日	令和2年1月6日	評価結果市町提出日	令和2年3月31日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.kajigokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action_kouhyou_detail_022_kan=true&amp;JivovosyoCd=2491300097-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kajigokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action_kouhyou_detail_022_kan=true&amp;JivovosyoCd=2491300097-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

## 【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	令和2年1月22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)】

昨年6月より看護師の資格を持つ管理者へ変わり、協力医療機関との連携も積極的に、就任後2名の利用者を看取った。第二の家で、馴染みの職員に見守られながら安らかに亡くなる事が出来て良かったと、ご家族は喜ばれておられた。今後も積極的にチームで取り組んでいきたい。口頭や記録両面での申し送りの徹底を心掛け、職員間の情報共有も安定しつつある。ヒヤリハット・事故報告書の提出も自らの判断で積極的に行えるようになってきており、リスク管理に対する意識付けを図っている。認知症を踏まえた利用者への接し方の振り返りと、ご家族との信頼関係に努め、相互に安心して過ごせる場を目指していきたい。

## 【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)】

裏手には畑が広がりどかな環境に恵まれたホームで、前には交番があり利用者は安心して暮らしている。また、同法人のグループホームが隣接されている為、職員・利用者共に頻りに相互交流してイベントを楽しんでいる。管理者が積極的に職員の意見を聞き取り、それを運営に生かし、ホームの現状・問題点を把握しながら、利用者・家族の意向・要望に以前よりもっと応えていけるような様々なことを支援していく努力が、いろいろな所で見受けられる事業所である。

## 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)	<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 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、生き活きと働いている (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 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
<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	理念の周知・共有が出来ていない。職員一人ひとりの介護に対する想いや声を拾い、現場の職員間で新たに作成し実践につなげていくようにする。	法人理念があり、それを基に職員は利用者本位に考え、利用者のその時その時の思いや意向を大切にしている。いつも笑ってもらえるよう笑顔で支援して、職員間で気を付け合い実践に繋げている。	
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	赤目市民センターによる地域参加型カレー(2ヶ月に1回)や秋祭り時の作品(利用者制作)出展、赤目夏祭りの参加や獅子舞の来訪など。	2ヶ月に1回地域の市民センターで行われる'カレーの日'のイベントに歩いて参加している。毎年地域の夏祭りにも参加し、10月の秋祭りには利用者の作品を展示した。散歩時には近隣住民と挨拶を交わし、日常的に交流している。	
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	現在は活かしていないが、今後赤目まちの保健室スタッフと共同で認知症カフェを開催したい話も出ている。		
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	現状報告に対し、転倒時や周辺症状に対する対応、認知症サポーターの受講や認知症カフェ・ボランティアの導入に対してアドバイスをいただけた。	偶数月に併設ホームと合同で年6回、開催している。参加者には、市担当者・まちの保健室・地域包括センター・民生委員、時には利用者家族など出席し、入居者・事業所活動、研修報告、今後の取り組み等を報告し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取り組んでいる	2ヶ月毎の運営推進会議や4ヶ月毎の介護相談員派遣時のやり取りを始め、転倒時の事故報告書提出など日頃より事業所の実情や相談しやすい関係づくりを図っている。	運営推進会議の際、参加している市の担当者に事業所の実情を報告し、相談している。また利用者に生活保護の受給者がいる為、市とは緊密に連携をとっている。4ヶ月に1回、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 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	離棟予防のための玄関の施錠、モニターの設定やセンサーマット・ナースコール対応、気になる事例があれば職員間でディスカッションしている。	年1回、マニュアルで身体拘束・虐待防止・言葉使いについて研修会を行なっている。職員会議で、ヒヤリハット・事故報告書を使用し、毎月行われる勉強会で議題として取り上げ、身体的拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	管理者が研修で得た内容を基に虐待についての勉強会と、特に起こりやすい虐待内容を作成し掲げている。気になる言動があればその場で指導を心掛けている。		

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
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	管理者は認知症対応型実務者研修や管理者研修にて学ぶ機会があったが、支援までには繋がっていない。		
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	入居時に説明し了承を得るように努めている。契約書の見直し・改善にあたり、エリア転室時に再契約を結んでいる。		
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	家族の面会時に日々の生活状況や身体の状態を伝えるとともに、意見や要望を聞き取り、職員への周知や改善を図っている。	面会時、居室にて利用者の日常生活の報告を行いその際家族の意見や意向を聞く機会を設けている。その内容を利用者の経過記録にし、申し送りノートにも記載し職員同士共有している。	家族の意向・要望は日々変化し、職員の対応如何でも変わってしまう可能性もある。接遇研修の勉強会を行なっているもので、家族と密にコミュニケーションを取る工夫を期待する。
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	常に会議現場からの意見を聞く体制を整え、さらに年末に面談を執り行っている。その中で改善点を職員から聞き取り、必要な事柄は法人予算と照らし合わせ改善策を立てている。	管理者は、職員と個別面談を行い意見や要望を広く聞いている。また普段から意見・相談・要望を言える機会があり、現場の意見を大事にして反映させている。	
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	評価制度を用いて処遇改善加算に反映させている。労働基準を参考に給与水準の見直しや、休み希望も聞き入れている。勉強会も取り入れ、やりがいや向上心を持てるよう努めている。		
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	管理者から各職員のスキルや性格などを聞き取りながら、最適な現場の進め方を改革している。ヒヤリハットや事故報告書を踏まえながら、何が足りないのか、何が油断してしまう事柄なのかなど、トレーニング・指導を行うことを進めている。		
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	管理者講習や代表者講習をきっかけに、他の同業施設との交流や、市役所・その他地域のネットワークを活かしての交流に力を入れている。		

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	新規利用者とのコミュニケーションを積極的に図るよう心掛けている。		
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	入居申し込み時や契約時に情報を得よう心掛けている。		
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	必要に応じてリハビリの導入や訪問診療医への打診を図ったり福祉用具の検討に努めている。入院や入所先からの入居時は、事前に地域連携室職員・看護師やケアマネとコンタクトを図っている。		
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	ご自身で出来ることはしてもらったり、なるべく本人の生活ペースに合わせるよう努めている。		
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	本人と家族間での手紙のやり取りや直接電話で話せる環境づくり、担当職員として挨拶の手紙を出す際に本人の状況をお知らせしたり、本人から家族への年賀状作成のお手伝いを心掛けている。		
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	家族や知人など面会の受け入れや、適宜外出支援、今まで利用されていた行きつけの理髪店や学会の集まりへのお出かけを支援している。	知人や友人の来所も時々あり、年末には塗り絵やあて名書きなど利用者ができることを一つしてもらい、職員と一緒に年賀状を作成して家族等に送付する支援に努めている。	
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	日中はなるべくフロアで利用者が集い関わりが持てるよう、体操やレクリエーション、手作りおやつや合同でのゲーム・催しものなど工夫している。		

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	退所後の関わりは出来ていない。		
<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	本人とのコミュニケーションを介して、また入居時やケアプラン内容の説明時に家族から聞き取り把握するよう努めている。	職員は認知症の個々の症状もあり、利用者の意向を把握する難しさを感じている。家族から聞いたり、日常の何気ない会話や夜勤時の1対1の会話、仕草・表情から読み取るようにしている。把握した意向等は、申し送りノートに記入し職員間で共有している。	
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	入居時に、家族を始め地域連携室職員や看護師・ケアマネからの聞き取りや記録類からの情報収集、本人とのコミュニケーションも図り把握するよう努めている。		
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	日々の介護ケアを行う中で現状把握に努めている。		
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	職員からの聞き取りや記録・モニタリングを基に作成・見直しを図っているケアマネ作成のケアプランを家族に説明するのは管理者を始めとする職員間である。今後は、介護認定更新前以外にも適宜ミーティングを開き計画作成に努めている。	担当職員から利用者の現況を聞き取り、モニタリングを行なっている。家族から意向・要望を聞き、必要時にはケアカンファレンスを開催し、職員全員が常に家族に介護計画を説明出来る体制づくりがある。また、6ヶ月毎に見直しをして現状に即した介護計画を作成している。	
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	日々の口頭・ノート上での申し送りやカルテ記録にて職員間での情報共有に努め、必要時はケアカンファを開催しているが、情報の周知が不十分であったり介護計画に反映出来ていない。		
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	現時点では思いつかない。		

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
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	現時点では地域資源に対する関心度が低く、今後は地域にも関心を持ち視野を広げていきたい。		
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	入居後は近医のかかりつけ医を持ち、職員にて定期受診や緊急受診時の同行、訪問診療時の支援をしている。協力医療機関とのコンタクトを密に連携を図っている。	3名の利用者は従前からのかかりつけ医を受診しており、職員は受診の付添も行っている。協力医は24時間対応している。また、週1回、訪問看護師が利用者の健康状態の把握に訪問して主治医との連携体制を図っている。	
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	看護師を有する管理者や、週一回訪問し状態観察をしている訪問看護師に適宜相談・指示を仰いでいる。		
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、病院職員へ情報提供し、担当医によるインフォームドコンセント時には家族と共に参加し、今後の治療方針や入院生活についての不安を軽減できるよう努めている。病院職員とはお互い相談し合える関係づくりが出来ている。		
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	看取りについては入居時と状態変化時に適宜家族の意向を確認するようにしている。協力医や訪問看護師とも連携を図りながら、その時期が来たらパンフレットを基に家族へ看取りについての説明をし2名の利用者を看取った。職員への勉強会を今後も続けていく必要がある。	家族・利用者本人には、契約時に看取りの方針を説明し、状況に応じて家族の意向を何度も確認している。見取り時には主治医の指示の下、訪問看護師とも連携して支援に取り組んでいる。職員も看取りの勉強会、研修に参加して理解を深めている。	
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	消防職員による救命講習の受講や、急変発生時の連絡体制の整備・周知、救急搬送の適応が否かの判断・初期対応について勉強会を開催した。今後も定期的に機会を設け、職員の自信に繋げていきたい。		
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	実施出来ていない。業者による消防点検時に立ち合った際に個人的な指導は受けた。消防署立ち合いの下、今後早急に消火・通報・避難訓練を行う予定である。防火管理者を受講した知識も生かし、利用者の避難誘導訓練も行っていきたい。	業者による消防点検を受け、注意点や指摘を受け近日に消防署立会いの避難・消火訓練等をする予定である。災害時用に飲料水を備蓄するタンクが常設されており、AED訓練も実施している。	

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
<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	虐待に繋がらないよう、日頃より人格の尊重やプライバシーを守る対応を心がけているが、慣れ親しんだ環境や忙しさの余り対応が不十分な時もある。	職員は接遇研修を受け、言葉遣いも職員間でお互い気を付けている。居室での排泄介助の際にもカーテンを閉めて支援するなどプライバシーに配慮したり、人格を尊重し名前をさん付けで呼称している。	
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	業務上、職員のペースに合わせがちだが、利用者の生活ペースに職員サイドが合わせていけるような配慮や工夫を心掛けていきたい(着替えの服選びや休息时间など)。		
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	家庭に近い環境での生活といったグループホームの特徴を勉強会でも盛り込んでいるが、職員側の都合が優先されがちである。それぞれの能力に応じた役割を担いながら暮らせる環境づくりに努めていく。		
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	衣類のボタンが取れかかっていたら補強したり、ズボンのゴムが緩んでいたら取り替えたり、衣類が汚れていたら更衣したりしている。2ヶ月に1回の訪問散髪も利用している。		
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	主に下膳や皿洗いを一緒に行っている。時折り手作りおやつも取り入れ、フロアにて一緒に混ぜたり焼いたり楽しくお手伝いさせている。	栄養計算された主食が業者から届き、ご飯と汁物は職員が準備している。月1回誕生日にはケーキづくりを職員と行い、月に複数回のおやつ作りを楽しみにし、今月はぜんざいを作っている。	
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	一日の食事摂取量や水分出納が周知出来るよう記録している。嚥下状態により食事形態・とろみの検討や介助方法の工夫もしている。		
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	日々の歯磨き・義歯洗浄、訪問歯科医による口腔清掃も定期的に行われているが、協力を得にくい利用者に対してはケアが不十分になりがちである。		

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
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	食後や排泄チェック表・個々の排泄パターンに応じてトイレ誘導を行っている。夜間はオムツ対応も、日中はセラピストとも連携をとりながら、リハビリも兼ねてトイレでの排泄支援を行っている。	2人の利用者は定期的に排泄介助が必要であるが、6人は排泄チェック表を参考に声掛け、付添をしてトイレでの排泄を目指している。夜間はポータブルトイレを利用する方もいる。また、脚力が劣れないようリハビリを取り入れているが失禁者が減少した。	
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	排便チェックにて、水分摂取を促したり、適宜腹部マッサージや温電法を心掛けている。内服コントロールされている利用者も多い。手作りのヨーグルトをおやつの一貫として、定期的に摂取していただく予定である。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2回のペースで午前中に入浴かシャワー浴、その他足浴を取り入れている。本人の拒否がない限りは職員の業務の都合上、曜日や時間を決めてしまいがちである。	週2回、午前中に入浴支援を行ない、入浴順番・入浴時間を決めず、のんびり入浴してもらっているが、希望があればいつでも入浴出来る用意をしている。入浴が難しい方には、足湯・シャワー浴・清拭で対応し、季節にはゆず湯などを取り入れている。	
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	個々の習慣に沿って休息時間を取り入れるようにしているが、日中に寝ると夜間寝られないからと職員の都合で起こしている姿も見受けられる。居室内の温湿度管理や衣類・掛け物の調整も図っている。		
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	服薬介助時は処方箋と照らし合わせる習慣化を図っている。服薬後はチェック表に記載、それでも飲み忘れもあり。浮腫が取れてきたのに利尿剤を飲み続けるのか、新しく処方された薬を飲みだしてから気になる症状が出た等の発言もあり。		
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	充分とは言えない。		
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	天候により周辺の散歩や中庭での野菜採りや草引き・おやつ摂取やひなたぼっこなど。家族や地域の方との協力体制はとれていない。	事業所周りを散歩したり、日向ぼっこをしながらおやつを食べたりしている。また、畑で季節の野菜作りをして収穫を楽しんでいる。桜・紅葉の季節にはドライブに出かけたり、地域の祭り・カレーの日に出掛けたり、受診等の支援をしている。また、家族の協力でお外食に出掛ける方もいる。	



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	入居時に貴重品があれば、事務所預かりか家族へお渡ししている。		
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	電話や手紙のやり取りを実際されている。		
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	清掃の徹底。利用者・職員とで作った作品を飾ったり、季節感のある壁飾りで明るい環境づくりを心掛けている。	玄関からバリアフリーで段差もなく、利用者は安全に居間・居室・トイレに移動できる。日中は、壁面に利用者の作品が飾られている居間で、ソファに腰かけ利用者同士会話を交わしている。また、個別レクリエーションをしたり、毎日体操も日課に取り入れ、居心地良く過ごせる工夫をしている。	
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	利用者同士のトラブル時は席替えを検討したり、ソファの設置で独りの空間の確保や、気の合う者同士の居場所となるよう配慮している。		
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	入居時に、家庭で慣れ親しんだものを持ち込んでいただくようにしている。家族の写真が増えていく利用者も多い。	ベッドが据え置きで、あとは利用者各々テレビや仏壇、収納箱等を持ち込み自分の居心地よい部屋にしている。家族の写真や絵を飾る方や、携帯電話を持ち家族と連絡を取っている方もいる。	
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	時間に追われ、出来ることをつい先取りして手伝ってしまうこともある。		