

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2893000444		
法人名	株式会社ほのぼの		
事業所名	グループホームほのぼの建家		
所在地	兵庫県尼崎市建家町68番地		
自己評価作成日	2015年 5月 30日	評価結果市町村受理日	2015年 7月15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福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	2015年 6月 5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)】

家族様の協力等多く行事の時にはたくさんの家族様に参加して頂いています。また運営推進会議や家族会にもたくさん参加して頂き意見交換等しています。地域との交流も密に行っている。1か月に1度入居者さまと1対1で馴染みのお店や好きな物を食べに行けるように努めている。

【第三者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)】

事業所界限にはアーケード商店街があり、賑やかで活気のある下町風情が残っている。事業所は、地元の高齢者が長年住み慣れたこの地で暮らし続けられるよう、地域に根ざした居場所を目指している。近隣の同法人事業所との交流、連携により、事業所への理解や周知が広がるなど相乗効果もなっている。代々続く商店も多く、馴染みの付き合いが今も続き、地域活動の活発な土地がらから、利用者同士、家族ぐるみの付き合いが定着している。そのため家族の来訪は多く、協力も大きい。今後、この力強い応援を得ながら理念の実現に向け、事業所が地域でできること地域から求められていることなど多様な可能性を、利用者と共に追求していられることを期待したい。

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 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)	○	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)	○	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)	○	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、安心して暮らせている (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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	者三	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	住みなれた街尼崎でという地域密着型サービスならではの理念を掲げている。理念を会議で唱和することで介護方針の統一を図っている。	馴染みの人や場などの普段の付き合いを大事にすることで、住み慣れたところで暮らし続けられることを目指している。開設後、間もないため、まずは毎月のふれあい喫茶への参加や主催行事を通じて交流機会を広げ、運営推進会議でも働きかけていく考えである。	具体的な目標を掲げることで、理念の実現に向けより職員間の意識統一、協力体制が強化されるのではないだろうか。検討を期待したい。
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	毎日施設周りの掃除や自治会のイベントの参加、事業所のイベント時には地域の住民の方にも参加して頂いている。	自治会に所属し、地域の清掃活動やイベントには積極的に参加、交流を深めている。地元からの利用者も多く、家族も含め馴染みの関係が継続されている。自主的な散歩時のゴミ拾いや初めての主催の夏まつりは地域住民や家族で賑わった。地元のふれあいサロンにも定期的に参加している。	地域への情報発信を通じて、日常的な付き合いを徐々に広げていかれることを期待している。
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	運営推進会議への参加の要請、報告。自治会のイベントなどの参加し交流を持ち認知症に対しての協力、理解に努めている。		
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	入居者様の日々の様子、行事の報告、ケアサービス提供内容の改善等を家族様、協力医療機関、地域住民、地域包括、民生委員の方々から意見を取り入れ話し合うことでサービスの向上を図っている。	地域代表、地域包括、利用者代表、家族が主なメンバーである。毎回終了後にアンケートを取り、次回のテーマや内容の要望等に反映している。歯科医による口腔ケア勉強会、事故分析表の報告等を行った。ターミナルケアの実績報告を行った結果、参加者の関心が高く、好評であった。	
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	3か月に1度のグループホーム連絡会にて市担当者と意見交換を行っている。また、必要に応じて市担当者に相談を行っている。	運営推進会議以外でも、制度に関することや利用者の状況等、必要に応じて事務連絡を行っている。定期的なグループホーム連絡会を通じて情報交換、アドバイス等を得ることもあり、活発な情報共有の場となっている。	
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	月に1回会議を開催し取り組みを話し合っている。入居者様の安全を考慮した上で玄関には施錠しているが訴えがあれば直ぐに外に出て行けるような体制を整えている。スピーチロックについても職員に徹底して厳しく指導行っている。	身体拘束はしない方針であるが、防犯上、玄関は施錠している。利用者の状況によってはフロアにロックすることもあるが、利用者の様子から職員が声かけしたり、要望に応じて外に出るようにしている。年間計画として重視し、特にスピーチロックは常に会議等で取り上げている。	地域との交流を推進するためにも、事業所の姿勢として玄関の開錠に向け、可能な時間の検討からでも取り組んでいただきたい。
7	(6)	○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	虐待防止に関する勉強会に参加しそれをもとに内部勉強会を行っている。虐待に繋がる職員のストレスを軽減する為にも休み希望などリフレッシュできる環境を整えている。	身体拘束同様に、職員への周知徹底に努めている。特に職員への認知症の理解を図り、利用者への声かけや接し方等、普段から注意するよう伝えている。管理者は、職員とのコミュニケーションを図り、リーダーと連携し個々への声かけ、メンタル面での配慮を心がけている。	

自己	第三	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	(7)	○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	新人職員に利用者の権利擁護に対し研修を行っている。利用者の中でも成年後見人制度を利用されていることでその役割や意味について理解する事ができている。	伝達研修により、職員への理解を図っている。現在、該当者が5名おり、身近な事例として学んでいる。管理者は契約時に、利用者、家族の状況に併せ情報提供するなど、他機関との連携を通して積極的に活用を支援している。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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、解約時には必ず説明し、質問、疑問はその場で解決するように努めている。改正があった場合は運営推進会議で説明し、文章でも説明を行ないそれに対する問い合わせにも十分な説明を行なっている。	契約関係書類等をもとに、丁寧な説明を心がけている。特に、買物等の諸経費の預かり金管理、医療連携についての質問が多く、個々の状況に応じて納得を得られるよう説明している。契約後もその都度疑問に答えるなど、いつでも相談に応じることも伝えている。	
10	(9)	○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	運営推進会議で家族様からの意見を外部へ表せる機会を設けている。	定期的な家族会を設け、家族間の意見交換及び交流を図っている。運営推進会議への参加も多く、活発なやりとりとなっている。個別の要望が多く、これまで内線電話の提案、行事の際の昼食の要望、職員の顔写真等が上がり、反映した。	
11	(10)	○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	フロア会議、リーダー会議、管理者会議、と段階的に会議を設けることで職員が意見の出しやすい環境にしている。職員の得意分野を引出し役割を持たせ管理者と1対1での話し合いが出来る環境を整えている。	各階層毎に会議が設定され、リーダーによる向上会議や居室担当職員からの提案、業務内容の変更等、随時反映している。管理者は、職員からの意見や提案が気軽に出せる雰囲気作りや声かけ等、職員個別に話しをする機会も随時設けている。	
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	管理者は定期的に職員と面談を行っている。代表者は管理者と密に連携をとることで実績勤務を把握している。給与に関しては勤続年数、資格に捕らわれず能力、努力によって査定している。		
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	月1回の勉強会を開催し職員の技術、知識の向上を図っている。また業務の中でも職員指導に当たっている。		
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	グループホーム連絡会に加入し、討論会等に参加しネットワーク作りを行っている。また法人内での交換研修を行うことで質の向上を図っている。		

自己	者 第三	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	各利用者に担当をつけることでその方を知り安心できる環境に努めている。また利用者のADL特徴等まとめた書類を作成し職員がその方を知ることにも努めている。		
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	利用者の状況の変化があれば直ぐに家族様にお伝えしている。また、各利用者に担当を付けることでその職員に聞けばわかる環境をつくっている。また他の職員であっても申し送りの徹底を行い、周知できるよう努めている。		
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、家族に聞き取りを行い、専門的視野でのアドバイスをを行い、必要に応じたサービスを提供している。		
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	利用者にはADLに合わせ、掃除、洗濯、食事準備を職員と行い、暮らしを共にするものの関係を築いている。		
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	利用者の状況を家族に連絡し面会を促し疎遠にならないように努めている。それにより家族もケアの一員とし共に支えていく関係性をきずいている。		
20	(11)	○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	利用者の知人、友人等の来訪者には来所して頂き在宅時と変わらぬ関係を続けていけるよう努めている。	地元の利用者が多く、家族ぐるみのお付き合いもあり、友人、知人等の来訪は多い。馴染みの喫茶店にコーヒーを飲みに行ったり、行きつけの店での食事や買物等と一緒に掛けている。気軽に来訪してもらうよう声かけするなど、居心地良く過ごせる環境に努めている。	
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	利用者1人1人の性格、また、他の利用者の方との関係性を把握し全体を1つにした環境作りを行い支え合える支援に努めている。		

自己	者	第三	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	契約終了であっても地域住民の一員であることを理解している。他の施設に入所になった方に対しても定期的に様子伺いの連絡を行っている。		
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	(12)		○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	日々の日誌を参考に居室担当者が利用者の要望を聞き取り汲み取れるようにしている。本人の希望が聞けなく困難な場合は会議やカンファレンスを行い本人の意向に治えるように対策を検討している。	利用者の生活歴を参考にして、普段の会話や利用者同士の関係性から職員が思いを把握し、本音を推し量っている。把握しにくい場合は家族に相談し、家族の意向も併せ、利用者の思いに近づけるよう努めている。	
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	入所の際に情報の収集を十分に行いその情報を職員全員がきちんと理解し安心して過ごして頂く環境を整えている。		
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	起床時に必ずバイタル測定を行い変化があった際には看護師と相談し迅速な対応を行い申し送りも徹底している。また、ADL表やタイムスケジュールを作成し職員全員で把握できるよう努めている。		
26	(13)		○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	向上表を作成し居室担当から利用者、家族に意見を聞きその人にあったケアを計画を立案しその後サービス担当者会議にて意見を出し合い再度ケア計画の修正を行っている。3カ月ごとの見直しであるも変更があれば随時変更している。	利用者の日々の観察や記録からサービス向上表を作成し、ケアマネはそれを基に計画(案)を作成する。サービス担当者会議では訪問看護師等の参加を得、家族の意向も踏まえ、利用者の思いを尊重した計画となるよう作成している。	
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	日々の利用者の状態を記録に記入することを徹底している。また、それに対しての申し送りも徹底し職員全員が把握、理解し日々の介護に活かしている。		
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	利用者、家族のニーズに応じたサービスを提供している。		

自己	者 第三	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	住み慣れた街、通い慣れた商店街に散歩や買い物に出かけたり、地域のイベントに参加することで思い出を引出し安心して生活が送れるよう支援を行っている。		
30	(14)	○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	隔週で協力病院が訪問を行っている。24時間体制で対応している為、夜間の対応は安心して行えている。	家族の協力により、かかりつけ医への受診をしている人もいるが、協力医が認知症専門医でもあり、ほとんどの人が主治医としている。歯科医、眼科医についても希望する医療機関の往診を利用している人もいる。利用者、家族が安心できる体制が出来ている。	
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	日々の状態観察の中で利用者の変化があればすぐに看護師へ報告を行い看護師は必要時協力医院に報告し情報交換を行っている。必要時往診や受診にも対応している。		
32	(15)	○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。	入院時は入居者が安心して適切な医療が受けられるよう相談員、看護師と情報交換を行っている。	入院があった場合、特に居室の確保の期限は設けていないが、早期にスムーズな退院が出来るよう協力医、入院先の医療機関と連携を密に図っている。職員間の意識を統一し、退院後の対応を話し合っている。家族との情報交換も密に行っている。	
33	(16)	○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	重度化指針やターミナル支援の同意書と取り交わしている。状態の悪化時や終末期には主治医より家族様に病状説明を行ない家族様と今後の方向性を決断できるよう支援を行っている。今年に入って1名看取りを行った。	契約時、意思確認書を交わしているが、重度化した場合、家族の意向を再確認しながら、納得のいく支援を実践している。職員間でのチームで取り組む支援に向け、ターミナルケアの勉強会を行うなど、充実した体制を整備している。協力医との充実した連携体制が確保されている。	
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	緊急時マニュアルを作成している。常に見られるようにしている。また、急変や事故発生に備え勉強会を行っている。		
35	(17)	○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	夜間の想定も含め、年2回消防署立ち会いの下で消防訓練を利用者も参加し実施出来ている。地域の方にも参加してもらい協力を得ている。	消防署からの指導で3Fにスプリンクラーの設置の必要箇所があり、早々に設置した。地域との関係も良好で、セキュリティー会社との連携もある。管理者は地域の人の避難場所としての受け入れも考えており、マニュアル作成や研修の必要性を感じている。	将来に向けて、さらに地域との協働が促進されるよう今後の取り組みを期待したい。

自己	者 第三	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	(18)	○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	利用者は職員の大先輩でありお客様という事を徹底して指導を行っている。また、スピーチロックを行わないように勉強会を開催している。	接遇を重視した職員研修を行っている。日々の業務の中でさりげない言葉かけを、心がけている。入浴時や居室への出入り等の言葉かけにも、気を付けている。今後の職員スキルアップのために、外部研修や研修レポート提出なども管理者は考えている。	
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	家事のお手伝いを促す際も「よかったらお手伝いして頂けないでしょうか」とお伺いしている。レクリエーションに関してもいくつか用意している。常に利用者の思いや様子を引き出せるように観察を行っている。		
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	業務に利用者の生活を合わせるのではなく利用者の1日の生活添って業務を行っている。利用者の生活のリズムを優先し支援している。		
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	2ヶ月に1度の訪問美容に来てもらい、カット、カラーを行っている。また、利用者と一緒に買い物に行き衣類を一緒に選んで購入している。		
40	(19)	○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	食事の準備や片付けはADLに合わせ役割分担を行っている。月に1度外食で利用者の好きなものを食べに行っている。	日常の食事は業者からの配食であるが、週に一度好きなものや手作りのおやつと一緒に作るなど、楽しむ工夫をしている。2カ月に一度外食に行ったり、出張料理のお寿司やてんぷらも好評である。職員は利用者と一緒に食事をしていない。	職員も一緒に食事を楽しむ機会を検討できないだろうか。
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	食事を委託している業者から成分表をもらい看護師ケアマネージャーが確認しそれに合わせ栄養バランスを調整している。水分も飽きないように数種類準備している。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。ADLに合わせ職員が介助している。利用者に合わせて口腔ケアを協力歯科医師より指導を受けている。		

自己	者 第三	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	(20)	○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	利用者1人1人に対し排泄介助の把握に努めるため排泄表をつけることで理解している。また、利用者1人1人の排泄介助の時間を設置している。	個別チェックリストを職員全員で把握し、個々に応じたトイレ誘導を行っている。布パンツの人やリハビリパンツの人が現状維持できるよう努めている。夜間だけオムツの人がいるが、昼間はトイレでの排泄が維持できるよう支援している。	
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	極力薬に頼らず飲食物、運動を日課として行うことで便秘の予防に努めている。		
45	(21)	○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	基本的には週3回の時間、曜日を設定しているもその日の利用者の状態に合わせて時間、曜日にこだわらず入浴している。	入浴剤を毎回入れ季節により、しょうぶ湯やゆず湯も行っている。基本的には、週に3回の入浴だが、希望により毎日入っている人もいる。体調に応じてシャワー浴や足浴も行っている。個々に応じた支援を行い、コミュニケーションを図りながら楽しめる支援を行っている。	
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	昼夜逆転などに注意し細かな離臥床を行いメリハリのある生活を送って頂いている。		
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	薬管理表で管理し、薬の変更があればすぐ申し送りを行っている。		
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	毎日1人1回外に散歩に行けるように努めている。利用者の趣味に合わせレクリエーションを提供している。		
49	(22)	○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	1日1回外出できるように努めている。また月に1度外食やショッピングに出かけ馴染みのお店等に行けるようにしている。	利用者全員が一日一回近隣の公園や商店街の馴染みの店へ行くなど外出できるよう支援している。家族参加の遠足も1年に2回あり、利用者、家族からも好評である。理美容は、ほとんどの人が訪問で行っているが、家族が馴染みの店へ連れて行っている。希望に応じた外出支援を進めている。	

自己	者	第三	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	買い物に出かける際は職員付き添いの元支払い能力のある方に関しては見守りの元自ら支払いを行っている。		
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	手紙が届いた際は必ず職員と一緒に返事を書くようにしている。家族や知人から電話があれば本人と会話していただくよう努めている。		
52	(23)		○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	フロア内の壁画は季節に合わせた物を利用者と作成し季節を感じて頂いている。	リビングはフローリングで広く、利用者が動き易く明るい空間である。テレビの前にソファが置かれ、利用者が自由にくつろげるようになっている。季節の手作りの飾り物が展示され、職員が描いた利用者全員の似顔絵は好評である。職員の顔写真もわかりやすく掲示してある。	
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	利用者の性格を把握し座席の配慮を行っている。また、テレビやCDを流しリラックスできる空間を作っている。		
54	(24)		○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	居室には思い出の写真や自身で作られた作品を飾っている。	ベッドは事業所の物を使用し、据え付けの洗面台、クローゼットが設置されている。どの部屋も片付き、清潔感のある居室となっている。個々に家族の写真や飾り物を飾るなど、自分らしく生活している。仏壇を置いている人もいる。	
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	自立して歩行出来るように手すりを設置している。水道は自動で手をかざすと出るようになっている。		