（別紙4）　　　　平成　23　年度

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	3372700678
法人名	三喜　株式会社
事業所名	グループホーム　ぶどうの家
所在地	岡山県倉敷市船穂町船穂1711－6
自己評価作成日	平成23年10月 8日
評価結果市町村受理日	

※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=3372700678&SCD=320&PCD=33

【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　ライフサポート
所在地	岡山市北区南方2丁目13－1　県総合福祉・ボランティア・NPO・会館
訪問調査日	平成23年10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）】

家族会が発足し、3月に1回開催できるようになった。また、秋祭りには家族会が屋台の一部を担当した。毎回欠かさず運営推進会議への参加はあり、連絡網の活用が始まっている。（目標達成項目10【6】達成）来年はこれをさらに軌道に乗せていきたい。ライフサポートプランに取り組み一人ひとりの生き方を支援していこうとしている。そのためにご家族との関係も大切に考えている【目標達成項目19・26【10】更に向上のため継続）地域との関係では、地元の中学校の生徒たちがベルマークを集め車椅子を贈呈してくれ文化祭で贈呈式を行ってくれるなど交流が深まっていることを感じている。

【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）】

小規模多機能ホームの利用者と一緒に大勢の中で過ごす利用者たちは、皆笑顔で活気があり、レベルの衰えを感じさせない。にぎやかなリビングルームで仲間や職員と穏やかに過ごすほか、調理・畑仕事・物作り・散歩や学校訪問など様々な楽しみもある。地域の中で本人が望む暮らしを大切にするホームである。

職員は利用者の思いにどう関わるかをよく話し合って支援をし、家族には利用者の思いや介護状況を毎月詳しく知らせ、連携を図っている。今年家族会が設立され、家族間交流とホームへの協力ができるようになった。また、『たより』の配布を続けてきた地域や学校からの理解が得られ、子供たちとの交流や地域の人からの協力が実現している。職員・家族・地域が協力して利用者を支えるホームとなった。馴染みのある建物の災害対策として、訓練の積み重ねで克服しようと、毎月避難訓練と徘徊訓練を実施し、サービスの向上を目指し常に努力を続けている。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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 ↓該当するものに〇印	
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）	〇	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
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）	〇	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
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）	〇	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
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）	〇	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
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）	〇	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）	〇	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
62	利用者は、その時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）	〇	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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに〇印	
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
		〇	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
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
		〇	3. たまに
			4. ほとんどない
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）	〇	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
66	職員は、活き活きと働けている （参考項目：11,12）		1. ほぼ全ての職員が
		〇	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
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
		〇	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
		〇	3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどできていない

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	・事業所を立ち上げた思いや目的に基づき、理念を作っている。 ・職員採用時に理念を話し、理解してもらう。 ・日々の申し送りや利用者との会話などを通して確認する。	利用者自身の望む暮らしを支えようと、代表が作った理念に沿い、職員たちは一緒に考えながらケアに取組んでいる。家族や地域の中で利用者がこれまで通り暮らせる支援をしようとしている。	
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	・あいさつをする。・地域の行事に参加 ・ゴミ当番、溝掃除、花壇の草取り ・広報誌のﾎﾟｽﾃｨﾝｸﾞ ・地域の方に事業所に来てもらい、一緒に楽しめる行事を行う。(祭り、そうめん流し) ・幼稚園、小・中学校への訪問 ・21年目標達成計画を達成	広報誌配布を続けて地域や学校の理解が得られ、子供たちとの交流・近所の人の広報誌配布・訓練への参加などができ、ホームの祭りには地域の人が来てくれている。楽しい交流の様子を記録に残している。	
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	・広報誌を近所にポスティングし、ホームの生活を紹介。 ・地元、中学生のボランティアを受け入れている。 ・地域の方に場所を提供していただいている ・小学生にも分かりやすいおたよりの作成 ・掲示板の作成	／	／
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	・ボランティアの紹介 ・行事への参加・協力 ・広報誌配布の協力 ・家族会の企画　・21年目標達成計画を達成	市・包括支援センター・家族・地域の人などが参加して2ヶ月に1回開催している。ホームの現状や活動の報告をし、行事やホーム運営への意見を聞いている。会議の結果を記録に残している	運営推進会議の議題や結果を全家族や地域にも伝え、ホームの活動や取り組みに理解を深めてもらうとともに、ホーム運営への意見を出しやすい環境作りをしたい。
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	・事業所内のケアに関する実情や悩みを行政担当者に相談。 ・協会が主催する研修会の情報提供を行う	運営推進会議に市職員や包括支援センターが必ず出席している。市の事業者連絡会議に出席し、定期研修を受けたり、情報提供したりしている。介護相談員も利用している。	
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	・基本的には、日中は玄関に鍵はかけない。 ・日中に鍵をかけた時は記録に残す。・職員数の少ない時に玄関アラームの設置 ・身体拘束をしない為、ベッドから布団にするなど工夫する。	利用者の思いを大切にしており、玄関も開放して自由に動けるようにしている。身体拘束に関するマニュアルの策定や研修は十分行い、万一に備えて徘徊訓練を月1回行っている。	
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注意を払い、防止に努めている	・事業所にて、勉強会を行った。	／	／

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	・活用しておられる利用者が居り、事業所に講師の方に来ていただき、勉強会を行った。		
9		○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	・管理者が、重要事項説明書を使い、説明を行う。 ・契約時、要望を聞きながら、本人・家族と共に介護計画をたてる。		
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	・1対1の対応を行い、要望や不安を聞くようにしている。 ・家族会の企画 ・行事、サマリーなどを通して家族の意見を聞く・22年目標達成計画を達成。	詳しい介護経過『サマリー』とホームのたよりを毎月家族に手渡し、家族の思いを聞いている。家族も運営推進会議や家族会で意見を出す機会があり、ホーム運営への協力をしている。	
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	・職員ミーティング ・月1回の全体ミーティング ・リーダー会議・改善案の取り組み ・引継ぎ帳の活用 ・毎朝の申し送り・改善案の取り組み	改善案の箱に意見を入れ、毎月１回のミーティングで話し合い、積極的に意見を出し合っている。会議の欠席者にもメール連絡で徹底し、意見も受けている。毎朝の申し送り他、必要時にはその場での小会議も開く。	
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	・契約更新時に職員と個別面接を行う ・勤務時間の調整		
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	・法人内外での研修の参加の確保 ・外部の講師を招いて、勉強会を行う ・他の事業所への実地研修（交流）を行う ・外部研修のお知らせ		
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	・他の事業所へ研修に行く ・事業者連絡会に所属している ・見学・研修を受け入れる		

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
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	・利用するにあたって、何がしたいか。何を求めているか聞く ・これからどのような生活を送りたいか、聞く		
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	・本人とキーパーソンとなる家族等に話しを聞く ・家族側の問題や思い・不安・要望を聞き、本人の思いと家族の思いを合わせて考えながら、共に計画をたてる。		
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	・サービスのメリット・デメリットを説明し、本人の望むサービスは何か、どんな支援が必要か、本人と家族と共に考え、介護計画を作成する		
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	・食事の準備・掃除・草取りなど誘う ・洗濯物干し・洗濯物たたみなど ・買い物や畑仕事を共に行う ・イベントの企画を共に考える ・畑で採れた野菜を売る		
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	・家族ができること、事業所ができることを互いに確認しながら、一緒に計画を考える。 ・毎月おたより、サマリーを通じて情報交換、意思確認。・22年度目標達成計画の継		
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	・外出援助（買い物・散髪など） ・ふるさと巡り ・親類や友人にもおたよりを配布し、ホームでの様子をお知らせする ・かかりつけ医への受診同行	地域や知人にたよりを配布することでホームへの理解が深まり、以前からの知人や親戚などもホームへ気軽に来てもらえるようになった。利用者も馴染みの店などへ出かけて、交流することができている。	
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	・交流の見守り ・関係を把握し、座る場所・落ち着く場所をセッティングする ・洗濯物をたたんだり、掃除など同じ役割を持ってもらう		

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	・入院された場合も面会に行き、カンファレンスに参加するなど関係を大切にしている ・家族会参加の声かけ ・退所後も面会に行く		
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	・1対1の対応（特に入浴、外出、夜間など） ・実現する為の打ち合わせ ・家族へ連絡・相談・協力依頼 ・困難な場合、話し合い方向性を確認する ・介護計画、サマリー、ライフサポートプラン、24時間シートの活用 ・その都度ミーティングを行なう	本人本意のケアを行うため常に本人の思いを受けとめる努力をし、職員間でよく話し合い毎月のサマリーにも記録している。日頃の様子を把握している職員が、思いを家族に言えない利用者に代わって伝えることもある。	
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	・会話・聞き取り（本人・家族） ・24時間シート、サマリー、介護計画の活用 ・担当者を決める ・２２年目標達成計画を継続		
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	・会話・聞き取り（本人・家族） ・マジマップの作成 ・表情・バイタルサイン・動作などの観察・チェック ・食事量や排泄などのチェック ・受診の同行・往診時の訪問		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	・初めの介護計画は契約時に本人と家族から話しを聞きながら作成し、内容を説明する ・カンファレンス、ライフサポートプラン作成に、地域の方にも参加していただく ・２２年目標達成計画を継続	本人の思いを十分聞き、家族だけでなく本人に関わる人にカンファレンスに参加してもらい、地域での活動を含めた計画を作成している。ケア担当者がサマリーを作成し、全職員でよく話し合って支援計画を立てている。	
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	・個々の情報はケース記録に記入し、職員の気づきや思いは随時のミーティングで相談し、連絡帳に記入。情報や思いを共有し、実践や見直しを行う。 ・日々のミーティングの充実 ・記録の充実		
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、その時々に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	・本人の希望を聞いて、家族や友人等に相談，支援してもらいながら、実行していく（故郷めぐり，お墓参り，旅行など）		

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	・相談員の活用 ・民生委員・駐在さん・近くの畑を貸してくれる方など運営推進委員になってもらっている ・定期的に友達の美容師さんが散髪に来てくれる ・幼稚園、小・中学校と交流。訪問 ・地元のお店の活用　・ヤクルトさんに来てもらう		
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し、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	・これまでのかかりつけ医への受診を基本としている ・受診に同行したり、往診時訪問するなどして、主治医と関係を築く努力をしている	個人のかかりつけ医で受診してもらっている。ホーム職員が受診に同行する人や、往診に来てもらう人などそれぞれである。ホーム職員に看護師がいるほか訪問看護も利用しており、健康チェックができている。	
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	・バイタルサインチェックを行い、異常の早期発見ができるように相談している ・利用者の状態等の報告 ・訪問看護ステーションと契約、事業所内の看護師との連携 ・医療機関とこまめに連絡をとる		
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	・面会時に情報交換や相談に努めている ・カンファレンスに参加する ・入院時は面会に行き、家族・病院関係者と情報交換する		
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	・終末期のケアについて勉強会を行い、事業所の「できること・できないこと」を文章にしている ・看取りに関する指針を定めている ・終末期に関するアンケートを実施	本人の気持ちを大切にして、医師や看護師、家族と十分話し合いながら、ホームでできる家庭としての看取りを行う。これまでに何度か看取りを経験しており、利用者たちとも自然な受け入れができている。	
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	・年に1回、救急講習を受けている ・事故時の対応マニュアルの作成 ・捜索マップ作成・訓練 ・徘徊訓練（月1回）　・連絡網の作成 ・徘徊訓練に駐在さんや家族などにも参加していただく		
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	・月に１回、避難訓練を実施している・避難場所経路の確認・避難用グッズのリスト作成 ・近所の方には、火災等緊急時には避難の協力をお願いし、緊急連絡網にも記載している	毎月１回避難訓練を行っている。日中・夜間・水害など様々な想定をして、訓練を行っている。地域協力者も得て、その場で反省会を行い、向上を図っている。万一には地域の援助が必要で、常に地域交流に力を入れている。	他施設に比べて日頃からの努力が認められるが、災害対策に『十分』ということはない。広報誌で訓練を予告してホームの取り組みを知らせ、地域の協力をさらに引き出してもらいたい。

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
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	・プライベートに配慮したトイレ介助・入浴介助（トイレ前にカーテン設置、1人ひとりの入浴）など行っている。 ・名前の呼び方は事前に確認する	利用者の気持ちを大切に考え、思いを十分に聴いている。トイレ介助は他の理由で立ち上がった時などに誘うようにしている。毎月発行する『たより』に写真を多く使うが、利用者や家族の理解を得ている。	
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	・日頃から希望が自由に言える関係づくりを大切にしている。例えば、買い物や食事に行く時には、チラシやカタログを見て、一緒に考えたり決めたりしている ・支払いを自分でしていただく		
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し、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	・その日の天気や気候、季節感ある情報を提供し、その日に本人がしたいことを聞く ・その日に実行できないようなことは長期的支援を行う		
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	・本人の行きつけの美容院，洋服屋に行く ・美容ボランティアの活用 ・日々の衣類の自己選択		
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	・嗜好の把握（聞き取り・観察など） ・今日、食べたいものの確認 ・準備・片付けを一緒に行う ・外食に出かける ・体調、病状にあった食事の提供	離れた台所で調理専門の職員が一応の調理準備をするが、利用者のできる作業はリビングで手伝っている。野菜の下ごしらえ、ホットプレートでの焼き物、玉子焼きなどを利用者がしている。体調に合わせた調理もあ	
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	・ヤクルトやヨーグルトを個々で購入している・高カロリー食栄養補助食品の導入 ・買い物に行き、本人が好きなものを選んで、食事を購入する時もある ・いくつかの種類を準備し、飲みたいものを聞く		
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、職員が見守り・介助を行い、口腔ケアを行う ・歯科医の往診		

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	・必要な方は、排泄の時間，量を記録し、パターンの把握に努める（排泄チェック表の記入，排泄の兆しを確認する職員の声かけ）	オムツ使用の人はなく、昼間は全員トイレで排泄している。別の目的で立ち上がった時をすかさず、食事前などにトイレに誘導している。排泄の記録をとり、パターンをつかんでいる。	
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	・水分摂取や食物繊維が摂れるような工夫。　　・ヨーグルト、牛乳などの活用。 ・オリゴ糖の使用　・運動を勧める ・起床時、腸に効くものの飲用 ・トイレでしっかり腹圧をかけていただく		
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	・基本的に夜寝る前に入浴しているが、夜に入られない方は昼間に入浴している ・プライバシーにも気を配る ・1対1の対応でコミュニケーションを楽しむ	利用者の希望や体調に合わせた時間帯に入浴している。最近は夜まで待てない人が多くなり、昼間や夕方早めに入ることが多くなった。毎日入浴する人もあり、希望に合わせて自由に入れる。	
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	・自宅と同じようにこたつ，畳，長いす，ベットなどそれぞれに落ち着ける場所を作っている　　　　　・利用者の状況に応じた就寝時の寝具の準備		
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	・一人ひとりの薬情報を整理している（薬ファイルの作成） ・個別の薬袋を作り、そこに毎回の薬を整理する ・薬を準備したスタッフの氏名と服薬を確認したスタッフの氏名を記入する		
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	・掃除，調理、裁縫、買い物，畑仕事などの支援　・無人販売の運営 ・本人の思いに添った外出の計画		
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	・ドライブ，外食など行う ・故郷めぐりやお墓参りなど家族や友人と打ち合わせをし、協力してもらいながら行う ・日中、玄関に鍵はしておらず、出かけたい時は職員が付き添い外出する	散歩や買物、畑など日常的に地域へ出かけている。学校へも自由に訪問して交流している。また家族も参加して全員で温泉旅行や花見に出かけたり、外食に行ったりしている。地域の物づくり教室などに参加もする。	

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	・おこずかいは預かり金として事業所が管理しているが、買い物時は支払いを利用者にしていただく ・預かり金は出納帳をつけており、家族，代理人に確認してもらっている		
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	・毎年、年賀状を大切な人に出せるよう支援している ・「電話したい」と要望があれば、電話をかけることもある ・毎月、おたよりを送る時に手紙を書く		
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	・一般家庭と同じような住宅 ・一見雑多に見えるが、生活感はある	廊下や畳の部屋などは民家のままなので、利用者には馴染みの生活環境である。トイレや浴室は利用しやすいように改造され、ベランダもある。庭や畑での活動もできる。リビングにはソファやイスが多く自由に座れる。	
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	・襖があったり、ソファーやその他の家具の配置を工夫することで、他者の視線を気にせず過ごせる ・利用者は落ち着いて過ごせる居場所を自分で探して過ごしている		
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	・使い慣れた家具や布団，写真を持って来てもらっている	畳敷きの室内には大型のタンスなどを置いて、利用者が家庭で使っていた部屋がそのまま再現されているようだ。家族の写真や飾り物、使っていた道具などを置いている。ベッドか布団かを安全に配慮して決めてい	
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	・利用者の自宅と同じような普通の家であり、段差もあれば廊下も狭い。利用者が自宅と同じように段差を意識し、自宅と同じように過ごしてもらうため、あえて段差を活用している ・手すりを設置・滑り止めの使用		