

### 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	2772500423		
法人名	特定非営利活動法人 縁21		
事業所名	グループホームかなめ		
所在地	池田市室町4-47		
自己評価作成日	平成30年4月29日	評価結果市町村受理日	平成30年7月2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 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成30年6月6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)】

地域に根ざしたグループホームで、老人会との関わりも多く、地域の方や、同法人内の障がい者のご利用者様やヘルパーさんなどを行事にお招きし、交流をしています。ボランティアさんの訪問も多く(傾聴、音楽等)人の出入りしやすい施設を目指しています。  
 設立17年で、設立当時よりこれまで長く勤めているベテラン職員が全体の3割をしめている。入居者定員7名と、小規模なので、ゆったりと家庭的な雰囲気である。

【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)】

事業主の「縁二」は平成12年(2000年)に設立され、池田市内の認知症対応グループホーム1、障がい者グループホーム6を運営している。平成13年に開設された当事業所は、1階に1ユニット7名が入居し、2階は障がい者グループホームである。開設当初からの管理者が昨年4月に退任し、新しい管理者とホーム長(ケアマネジャー兼務)が協力して運営に当たっており、ベテラン職員に新入職員も加わって、新たな体制で意欲的に取り組んでいる。地域に開かれた事業所として、地域に溶け込み、地域から頼りにされるよう努めている。自治会行事や老人会「室友会」行事への参加、保育園児の訪問、中学生の福祉体験学習、地域の方との食事会、障がい者施設との交流など、双方向の地域交流は盛んである。利用者の重度化とともに外出が難しくなる中で、月数回の多種多様な地域ボランティアを受け入れ、交流の深まりと利用者のADL維持に積極的に取り組んでいる。

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)	○	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
<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「認知症であっても、一人ひとり地域の中で当たり前暮らしながら、人間の尊厳を大切に生きていく」を掲げ、それを目標に地域との関わりを広げ、理念に沿ったケアを行えるよう心掛けている。	3年前に職員参加で新たに策定した事業所理念「ご近所とのふれあいの中でその人らしく暮らし穏やかな日々を笑顔と共に過ごしていただくよう支援いたします。」を玄関・リビング・事務所に提示し、利用者・家族・職員に周知し、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	利用者とホームの管理者、ホーム長は地域の老人会「室友会」に入会しており、室友会主催の行事に参加可能な方は出来るだけ参加するようにしている。当施設の行事にも声掛けし参加を募っている。	自治会行事の夏祭り・地域ふれあい大会、老人会「室友会」行事の茶話会・食事会・講習会などに参加している。保育園児の訪問、中学生の福祉体験学習、月数回の多種多様な地域ボランティアの受け入れ、事業所での地域の方との食事会など、双方向の地域交流は盛んである。	
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	認知症の勉強会などに参加してもらうよう声をかけるよう計画しているが、まだ実践出来ていない。		
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	運営推進会議に市の職員や、老人会の会長様役員の方、民生委員の方などに声掛けし来て頂くようにしています。いろいろな意見交換ができ情報も共有出来ている。	会議には市地域支援課職員・老人会役員・民生委員・障がい者サービス提供責任者の参加を得て、奇数月の第3火曜日に開催している。事業所の行事・ヒヤリハット・利用者状況などの報告を中心に、防災などについても話し合っている。	かつては利用者・家族の会議への参加があったが、最近は難しくなっている。今後、事業所行事との同日開催や、議事録を配付して家族の理解と参加促進を図るなど工夫して、参加を得ることを望む。
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	市の地域支援課の方に運営推進会議に来て頂きグループホームの現状をお話し、助言を頂いたり、いろいろな情報を発信して下さっています。必要に応じて市の窓口に出向き相談に乗って頂いています。	市の地域支援課・介護保険課とは常に連携しており、事故報告・介護計画・庶務改善などで報告・相談を行っている。3か月に1回の市グループホーム連絡会には市の担当員も参加し、2か月に1回介護相談員の訪問も受けている。	
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	日中玄関は施錠せず見守りを行っています。マニュアルを整備し定期的に勉強会を行っています。	「身体拘束・虐待マニュアル」ファイルを整備し、年2回の職員研修で周知している。日中玄関は施錠せず、外出したい人には職員が同行するようにしているが、出たがる人はほとんどいない。	
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	マニュアル整備し、定期的に勉強会を行っています。		

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
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	現在のところ、権利擁護を必要としている方はいないが、今後必要になってくる可能性もあるので、勉強する機会を持つよう思っている。		
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	入居時に契約書と重要事項説明書を読み上げ、説明している。疑問点があればその時にわかりやすく説明するようにしている。		
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	利用者には希望や不満点があれば、その都度傾聴し対応している。家族については来訪あればお聞きしケアプラン更新時には電話やお手紙で要望をお聞きしている。	散歩・入浴・トイレ時などに把握した利用者の要望や、訪問時や電話で把握した家族の要望は、必要に応じて申し送りノートに記録して職員間で共有し対応している。当月の行事予定や前月の利用者個々様子のケアマネジャーコメント(写真付き)を載せた便りを、毎月初に家族に郵送している。家族会はここ1年休止状態である。	
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	スタッフ会議を毎月開き、意見や提案を聞き、運営に反映させている。	日々のコミュニケーションや毎月のスタッフ会議のほか、年1回の理事長との懇談会でも職員の意見・提案を聞いている。また事務所は法人と共用のため、理事長や幹部と話す機会が多い。デイサービス経験者の提案でレクリエーションを充実したり、重度者ケアの負担軽減のための器具を導入したり、意見反映の事例は多い。	
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	代表者は管理者や職員とコミュニケーションを取り労働環境、条件を話し合っている。		
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	事業所は研修の情報を回覧し参加できるようにしている。 施設内での勉強会は2か月に1回行うようにしている。		
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	市内のグループホーム連絡会に参加し、ネットワーク作りを行っている。		

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
<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	入所前にもお会いし話しを伺っています。入所後も本人の思いを傾聴し、信頼関係を築く努力をしています。		
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	入所相談の段階から、何に困っておられるか、施設入所の不安、要望を、よくお聞きするように努めています。		
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	家族、本人とよく話し合い、どのような暮らしを送りたいか、支援方法を考えていきます。		
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	家庭的な雰囲気、出来ることは自分で頂き、家事にも参加して頂いています。		
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	家族の方にも出来るだけ施設に来て頂くようにお声掛けしています。来られない方にも、定期的に電話したりお便りで近況報告をしています。		
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う、支援に努めている	友人や知人に気軽に来て頂けるような雰囲気作りを心掛けています。家族様に外出等は支援して頂いています。	利用者の高齢化・長期化で馴染みの関係は薄れつつあるが、かつての近所の人・眼鏡屋や、同居していた人の甥がお世話になった恩義から訪問している。家族と一緒に墓参りに行く人もいる。事業所内で相性のよい2組が「相棒」の関係になっており、継続するよう支援している。	
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	気の合う方と席を近くにして会話出来るように考慮しています。レクリエーション時は皆で集まり楽しめるようにしています。		

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
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	長期入院などで、契約終了後もお見舞いに伺って交流を続けるように努めています。		
<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	本人から希望や思いを聞き取り、ケアプランに反映するように努めています。	入居時のフェイスシート(初回アセスメント票)や入居後のアセスメント票により、また日々接する中で利用者の希望や意向を把握している。不機嫌で意向を把握しにくい時は、無理強いせず落ち着いてから聞くようにしている。	
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	ここに来られる前はどのような生活を送ってこられたかを、本人や家族から聞き取り把握するようにしている。		
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	日々のケアをしながら、本人の体調、表情を観察し、スタッフ会議でも情報を聞き取り把握するようにしている。		
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	本人の意向は日々の生活の中での会話から聞き取るようにしている。家族には電話で確認したり来訪時に聞き取っている。それらをスタッフ会議で話し合い介護計画に反映するようにしている。	「退所サマリー」「退所指導書」「医療情報提供表」「ケアマネジメント連絡用紙」を基に前施設で会議を開き、またケアマネジャーが利用者・家族に面会して情報収集し、暫定計画を立てている。長期目標1年、短期目標3か月とし、3か月毎にモニタリングして、管理者・ケアマネジャー・スタッフが参加するサービス担当者会議でカンファレンスし、計画を見直している。	
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	各入居者ごとに生活日誌を毎日記入し、気づいたこと、共有すべき情報はスタッフ連絡帳に記入し全員が目を通してサインするようにしている。		
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	受診、買い物など必要に応じて職員が対応している。外出困難な方が増えており、歯科や眼科の訪問診療も取り入れるようにしました。		

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	折り紙、傾聴、音楽、お茶、手品、等積極的にボランティアさんに声掛けし定期的に来て頂いています。		
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	かかりつけ医は家族と話し合い決めていただいています、今のところ全員が訪問診療の利用をしている。	利用者・家族の同意を得て、全員が協力医の内科往診を月2回受けている。希望により週1回の歯科医・歯科衛生士、2か月に1回の眼科の往診を受け、半年に1回整形外科を受診する人もいる。週3日勤務1名(他夜勤1日看護師)する看護師資格保有の職員の健康管理や医療支援も、家族に安心と信頼を与えている。	
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	利用者の体調変化などは、看護師職員と話し合いながら、往診医とも連絡を取り、必要な服薬や受診が出来るように努めている。		
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	入院時には往診医が病院あてに紹介状、診療情報を作成送付し、施設での情報、ADL情報はホーム長が作成送付し、電話でも内容を話している。退院時にはカンファレンスを行って頂くようお願いしている。		
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	入所時に、重度化・終末期の事業所の対応について文書で説明し、同意書をお互いに交わしている。	医療連携体制が未整備なため、入所時には看取りを行わない方針であることを利用者・家族に説明し、同意を得ている。従って看取り経験はなく、救急時は協力医に連絡して入院してもらっている。業界の動向や利用者・家族の要望もあり、今後看取りについて研究し、体制が整ったら実現したいとしている。	
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	事故マニュアルを作成し緊急時の連絡網も作ってある。		
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	火災避難訓練は年に2回行う 7月に消防署に来て頂き避難、通報、消火の訓練を行う予定。 災害時マニュアル作成	非常災害時マニュアルを作成し、職員に周知している。課題だったスプリンクラーも数年前に設置し、7月には消防署の訓練立ち合いが実現する。水・食料などを1日分備蓄している。運営推進会議で防災について話し合い、連絡網に民生委員にも入ってもらい、協力体制を整えている。	立地上水害や津波災害の恐れは少ないが、現在行っていない夜間想定や地震対応の訓練と、2階の障がい者施設との合同訓練を実施するとともに、備蓄品をできるだけ充実することを望まれる。

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
<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	スタッフ会議で、利用者の人格を尊重するケアを行えるよう話し合っている。言葉かけなどで気づいたことは、その都度注意している。	倫理綱領を整備し、年1回プライバシーに関する研修を実施している。本人の気持ちを大切に考えて、トイレ誘導時などには利用者の羞恥心に配慮した言葉かけや対応になっていないか注意している。プライバシーに配慮し、申し送り時には利用者の姓でなくイニシャルを用いている。	
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	利用者が希望を表出しやすいような声掛けをするようにしている。		
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	利用者一人ひとりの、生活のペースや好みを尊重し、出来るだけ自由に過ごせるようにしている。		
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	利用者が自分でその日に着る服を選べるように支援している。必要な衣服類は家族に依頼して持ってきてもらっている。		
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	食事を一緒に作ることはできないけれど、メニューを記入して頂いたり、テーブルを拭くのを手伝ってもらったり、会話しながら職員も一緒に食事を楽しむようにしている。	ご飯のみ事業所で炊き、業者から運ばれてくる食材を職員がカットしたり、小さなおにぎりをいくつも作ったり、一人ひとりの状態に合わせて手を加えて提供している。行事食としてお正月にはおせち、敬老の日にはおはぎ、クリスマスにはケーキなど変化をつけ、職員と一緒に楽しんでいる。	
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	利用者の状態に応じて、食事の量の調整やキザミなどの加工を行っている。水分の摂りにくい方には補水液や、紅茶、ジュースなども併用し、水分摂取に努めている。栄養の摂れない方は栄養補助食品も併用する。		
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に、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	毎食後口腔ケアを実施し、見守りや声掛け、介助をしている。必要な方には訪問歯科で口腔ケアをしてもらっている。		

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
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	排泄パターンを把握し、声掛け、誘導により、排泄の失敗を少なくするように努めている。オムツ、紙パンツは必要最低限にしている。	排泄パターン表や一人ひとりのサインを見逃さないように注意しながら排泄支援している。昼間リハパンが5名、終日布パンで過ごしている人が1名、布パンにパットの人が1名いる。リハパンにパットを付けていた利用者のパットを外した改善例があり、本人に合わせた支援を行っている。	
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	毎朝フルーツヨーグルトをメニューに入れている。体操を毎日行い体を動かしてもらうようにしている。主治医と相談し緩下剤や坐薬を使用している方もいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週2回の入浴を実施。希望や体調に応じて曜日の変更もある。	週2回午後に入浴しているが、体調不良や拒否の人には、時間を変えたりシャワー浴に変更したりして、ほぼ全員が入浴している。以前スカイリフトを使用していた利用者1名も、2人介助で入浴支援している。入浴剤も楽しんでいる。	
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	一人ひとりの体調を見ながら、日中も昼寝を実施している。		
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	各利用者のファイルに処方箋を貼付しており、いつでも職員が見られるようにしている。新しい薬が出たり、服薬内容が変わった時はスタッフ連絡ノートに記入し全員が把握できるようにしている。症状の変化があれば主治医に報告し、支持を仰ぐ。		
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	出来る方には簡単な家事(洗濯物たたみ、食事のメニュー書き、等)を日課として毎日お願いしている。一人ひとり出来ることを見つ、パズルや塗り絵、折り紙、散歩などで気分転換をして頂いている。		
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	近隣散歩や外気浴は気候の良い時期に、一人ずつスタッフ付き添いで行っている。その他の外出は家族様に協力をお願いしているが、外出が難しい方も増えています。	近くの公園に花見に出かけたり、お天気のよい日を見計らって車椅子の人も月に何回か外気浴に出かけているが、出たがらない人も2名いる。洗濯物を干しに外に出たり、家族と一緒に外食や散歩に外出する人もいる。	外に出たがらない人も中、事業所内だけで過ごすことが多い状況であり、日常的に近隣の散歩や外気浴をすることは、気分転換やストレスの発散にとって大切な習慣と思われる。家族や月数回訪問のボランティアなどの協力を得て外出を支援する体制の構築が望まれる。

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
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	所持している方は1名おり、自己管理されている。		
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	公衆電話がないため、かかってきた電話は取次話してもらっているが、こちらから話したい方がいる時は、家族が携帯電話を貸し話してもらっている。携帯電話を持ちたいという要望にはお答えしていますが、現在持っておられる方はいない。 手紙の投函は職員が行う。		
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	リビングは広くゆったり過ごせるようになっている。壁は毎月季節に応じた飾り付けをし、季節感を味わってもらっている。	リビングや居室は早出の職員が掃除機やワイパーが行い、日勤の人は居室のポータブルトイレの清掃を行っている。季節の壁飾りを毎月職員と利用者が手作りしている。2人がけのソファー2脚がテレビの前に置かれ、1人がけのソファーも1脚置かれてくつろぎの場となっている。	
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	リビングには、椅子やソファがあり、自由に座れるようになっている。テレビ前のソファで横になることもできる。		
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家具や飾り物、テレビ等持ち込みができる。 壁には好きな絵や写真を貼ることも出来る。	居室で夜間のみポータブル使用の利用者が5人あり、居室にはクローゼット・ベット・エアコンが備え付けられ、利用者は思い思いにテレビや写真など使い慣れた物を持ち込んで居心地良く過ごしている。キーボードを持ち込んで部屋で弾いている方がおり、クリスマスなどの行事ではリビングで弾いてもらって皆で楽しんでいる。	
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	リビングには、壁際に手すりを設置。 各居室前にはそれぞれのネームプレートを付けて自分の部屋がわかるようにしている。		