

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	2871700429		
法人名	有限会社 ほすたあ		
事業所名	グループホームあかとんぼ		
所在地	兵庫県南あわじ市八木大久保603-1		
自己評価作成日	平成21年12月24日	評価結果市町村受理日	平成22年3月25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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2871700429&SCD=320
基本情報リンク先 (介護予防)	http://www.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2871700429&SCD=370

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会		
所在地	兵庫県神戸市中央区坂口通2-1-18		
訪問調査日	平成22年1月13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)】

併設事業の多機能を活かし、トータル的な支援が出来るように心がけている。地域における高齢者支援の拠点となるべく地域に根ざした事業運営に取り組んでいる。またあかとんぼで働く者、入居者様、利用者様がお互いに家族的な関係が築けるよう関わり、自然体での支援に心がけている。

【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)】

事業所の運営母体は医療機関であるが、法人としてグループホームの他訪問介護・介護タクシー・デイサービス等複合的なサービスを提供しており、ホームと同じ建物の1階にデイサービスが併設されている。施設長が看護師でもあり、通院介助・入退院時の支援等医療面でのバックアップ体制も心強い。「自然体」での介護を日々の暮らしの中に取り込むと共に、地域における高齢者支援の拠点となるべく地域に根ざした事業運営に取り組んでいる。

・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)	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)
57	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	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
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)		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Alt+-) + (Enter+-)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
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	玄関に理念の掲示をしアットホームな空間作りをし、自然体で明るく楽しく生活できるよう理念の共有し実践している。	現在の理念は代表者が「自分らしく生活していただけるよう楽しく家庭的な雰囲気の中、真心を込めて支援する」をホーム独自の理念としてつくりあげた。理念を各ユニットの玄関に掲示し、職員ミーティング等で機会ある毎に話し合っている。また、誕生会では職員がコスチュームを手づくりして家庭的な雰囲気づくりを工夫したり、利用者に声かけをする時の呼び方は本人が希望する呼び方でコミュニケーションに努める等、理念の実践に向け取り組んでいる。	事業所の運営方針の中に謳われている「地域社会とのつながり」という地域密着型サービスの役割・意義を関係者で話し合い、地域との関係性を理念の中に明確化することが期待される。
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	地域の小学校、保育所との共同行事を行い共に触れ合う機会をもっている。また町内行事(大掃除)等にも参加している。	自治会に加入し、近隣の小学校の運動会や生活発表会への参加、事業所での納涼祭への学童招待、朝食の食材の買出しは地域の商店を利用する等、事業所と地域の人々で日常的な双方向の関係づくりが行われている。運営推進会議を通じて、災害時に事業所を避難所としての使用提案や、地域住民を対象とした公開講座への講師派遣、介護教室の開催、町内の一斉清掃への参加等地域で必要とされる活動や役割を担っている。	
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	公民館主催の地域住民対象の公開講座等で認知症についての講演を施設長が行ったり、気軽に立ち寄って頂けるような働きかけを行っている。		
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	2ヶ月に一度必ず運営推進会議を行い、地域区長、市役所職員、消防署員も参加して頂いており、意見をサービスの向上に活かしている。	利用者・家族・地域代表、市担当職員等をメンバーにして、2ヶ月に1回開催している。会議では運営状況、利用者の状況、行事計画や結果、自己評価・第三者評価の結果等の報告を行うと共に、重度化対応等について話し合っている。また、公開講座への講師派遣等そこでの提案・意見・助言等をサービスの向上に活かしている。	
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者とは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	再々市担当者に教示を受けたり相談したりする機会を持ち質の向上に取り組んでいる。	運営推進会議には必ず市担当者が出席しており、利用者の状況や事業所の取り組み等について情報提供を行うと共に、重度化時の医療連携のあり方、スプリンクラーの設置の相談等で事業所・市共に行き来する機会が多い。市も助言や課題解決に向けて精力的に取り組んでおり、協働関係の維持向上が図られている。	

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
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	その人がその人らしく生活できるようにいかなる場合にも身体拘束は行わず、スタッフ対応にて徹底している。	「リスクはあるが身体拘束はしないケア」を実践するため、禁止対象になる具体的な行為をはじめ、職員が身体拘束と思う行為の事例を挙げて勉強会を行っている。拘束による転倒等予測されるリスクについても家族と話し合っている。また、鍵をかけることによる弊害、かけない暮らしの大切さを職員で話し合い、各ユニットの玄関とも日中は施錠せず、エレベーターも自由に使用できる状況にある。利用者の外出気配を見落とさないよう職員は利用者ごとの担当を決め、近隣住民にも見守りを依頼して安全の確保にも努めている。	
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	虐待防止等のマニュアルを作成し、感染事故対策委員会、教育委員会にてそれぞれの状況に応じて検討している。	マニュアルを作成し、法人内各種委員会で虐待防止のための検討を行っているが、職員が虐待の範囲や定義の理解を一層深めるため勉強会の開催や外部研修への参加等を計画している。職員の疲労・ストレスが利用者のケアに影響しないよう施設長や管理者が職員に積極的に声かけを行い、「自然体」で働ける環境づくりに努めている。利用者に傷が見つかった時等は虐待によるものか、ケアがうまく出来ていなかったものか等事例毎に検証を行っている。	
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	地域で行われる、地域権利擁護の勉強会等に参加し制度の理解が出来るよう心掛けている。	利用者が入居前から、また入居後も「日常生活自立支援事業」や「成年後見人制度」を活用している人はいない。今後活用する必要性が生じる利用者が出る可能性は否定できないので、法人内教育委員会で研修テーマとして取り上げており、勉強会で学ぶ機会を計画している。	
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	入居契約書、重要事項説明書等に沿って説明し、その都度質問等を受け説明している。	契約時に重要事項の説明を行い、不安や疑問点の理解・納得を図っている。特に事業所の重度化対応方針や身体拘束を行わないことによるリスク回避のための対応等について、家族と共に支援するよう話し合っている。法改正による料金改定等を行う場合、根拠を示して説明している。退居等の契約解除について事業所側から申し出た事例はない。	
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	苦情マニュアルを作成し、系統立て苦情対応体制をとっている。また、意見箱を設置し意見の投書等常にお知らせ等で意見を伺っている。アンケート等も不定期にとって反映している。	ご意見箱を家族等が目につき易いように各ユニットの玄関に設置し、不定期に実施している家族へのアンケート用紙には、「何でもお聞かせ下さい」欄を設ける等家族が意見等を気軽に伝えられるよう取り組んでいる。グループ3ユニットでは、毎月家族会を開催し他ユニットでも随時事業所への来訪をあかとんぼ新聞で呼びかけている。職員に利用者の担当制を採り入れ、家族との連絡を密にすると共に、施設長のメールアドレスを家族に知らせ、意見等を直接施設長に伝えられるようにも配慮している。家族の運営推進会議への出席依頼等外部の人に意見等を表せる機会を設けている。表された意見等は原因・対応等を話し合い、家族に納得してもらえよう説明している。	

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
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	各ユニットでのカンファレンス、月一回の運営会議、各委員会にて意見提案を聞き反映している。	月1回ユニット毎のカンファレンス、運営会議、また、パートを含む全ての職員が法人内の各種委員会のいずれかに参加しており、職員の意見・提案等を聞く機会を設けている。担当変更や異動は極力行わず、利用者と職員の馴染みの関係維持に配慮している。	
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	職場環境の整備には力を注いでいる。力を抜いた自然な介護、入居者様、職員も同じ生活時間が流れる環境に努めている。全職員は何れかの委員会メンバーとなり意識の向上を図っている。		
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	教育委員会において新人研修マニュアルを現在作成中である。毎月1回課題を決め勉強会を行い、外部研修にも必要性に応じて参加している。		
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	近隣のグループホームと交流し、入居者様はじめ職員とも交流している。お互いのサービスについて参考とし質の向上に努めている。		
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	相談時から実際に足を運び情報交換を密に行い、ニーズの探求に努めている。		
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	併設事業の通所、訪問、介護タクシー等で関係を築き信頼関係を構築している。		
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	併設事業によるサービスの提供により自宅でのサービス支援を行い、また、必要に応じ短期利用という対応にも努めている。		

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
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	入居者に尊厳と愛着をもち家族の思いで接している。何事も自然体に心掛けている。		
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	家族の方と一緒に食事をしたりする機会をつくり、本人、家族の絆を大切に支えている。		
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	面会時は居室でゆっくりと過ごして頂く様配慮している。また、居室で宿泊等の対応もしている。馴染みの美容院等への支援も行っている。	利用者が地域社会との関わりを継続していくために、今までの関わり方を家族から聞き取る等で把握している。馴染みの理美容院、今まで農業をしていた人には神社で行われる農業祭、馴染みの寺社への参拝時の送迎等、これまでの地域社会との関係性の継続に配慮した支援を行っている。	
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	日中はなるべくリビングで過ごしてもらうように配慮し、入居者同士の会話の橋渡しをしている。		
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	一期一会の精神で大いに大切にしている。契約が終了しても退去先での相談、支援を行っている。		
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	必ず本人の意向を聞き行動するようにしている。	先ず「本人に意向等を聞く」事をケアの基本にしているが、食事時のゆっくりした時や、入浴時等職員と利用者が2人きりになった時に、意識して一人ひとりの思いや意向を聞き取っている。また、意思の疎通が難しい利用者では、家族から聞き取ったり、利用者の言動や行動の分析、利用者ごとの各種アセスメントシート等から利用者の意向や希望について職員で話し合っている。	
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	入居以前の生活歴を把握し、レクリエーション、コミュニケーション、日常生活支援に活かしている。		

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
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	入居者個々の介護記録を日々記録し職員が共有し把握している。		
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	職員同士は日常的に意見の交換を行いケアーについての統一を図り作成している。	各種情報シート(KOMIチャート・センター方式等)をうまく活用してアセスメントを行い、本人や家族とも話し合いながら介護計画を概ね6ヶ月毎に作成している。作成に当たっては、施設長・かかりつけ医等必要な関係者も加わっている。定期的な目標に対する評価を行い、次の計画に結び付けている。ADL(日常生活動作)の低下等利用者の状況や家族の意向が変化した時は、期間と関係なく現状に即した新たな計画に見直している。服薬変更等は新たな支援内容として「申し送りノート」に記録として残し、当面の介護計画として情報を共有している。	新たな要望や変化が見られない利用者に対しても、現状に即した或いは予防的に対応していくために1ヶ月程度を目安に介護計画を確認してみてもどうか。
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	入居者個々の介護記録を日々記録し職員が共有し把握している。変化があった時は随時検討している。		
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	併設事業によるサービスの提供も行いニーズに対応している。デイサービス、旅行等		
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	ボランティアや民生委員等の来所は常に受けており、必要時には消防、教育機関の関係者との協働に努めている。ボランティアの化粧教室、エステ教室も受け入れている。		
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	今までのかかりつけ医を優先にフォローが受けられるよう支援している。医療連携体制により適切な医療を受けられるよう支援している。	契約時にかかりつけ医・緊急時の希望入院医療機関を必ず確認し、希望のかかりつけ医や医療機関による医療が受けられるよう支援している。通院助や受診結果の報告方法については、利用者・家族の状況や要望を大切にして話し合っている。職員が通院に付き添った場合は、受診結果を必ず施設長に報告し、施設長は「個人別看護記録」に記録すると共に家族に報告している。家族付き添い時は、担当職員が報告を受け施設長に報告し、お互いに情報を共有している。	

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
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	些細な事でも医療連携体制看護師に情報伝達し、相談し医療活用の支援を行っている。		
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。	入院した場合は密に病院関係者と情報交換を行い、認知症の増悪を防ぐためにも早期退院に向けた連携をしている。	利用者入院時には「グループホームあかとんぼ入居者個人情報」を医療機関に提供し、事業所での生活の様子・ADL・服用薬等の入院時における本人の支援方法に関する情報の提供を行っている。また、医療機関からは「看護サマリー」「退院療養計画書」の提供を受けるとともに、入院時の状況の説明を受けている。入院中は看護師でもある施設長が随時見舞いに行き、入院によるダメージを防ぎ、安心しての受療と早期の退院に向けて関係者と話し合っている。	
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	入居当初から本人、家族、かかりつけ医等とある程度の重度化、終末期についての話し合いをもっている。また状況変化に伴ってきた場合も同じく話し合い、スタッフ全員が方針共有をしている。	重度化した場合や終末期のあり方について、契約時に「重度化した場合の対応に係わる指針」で事業所が対応し得る支援方法の説明を行っている。経口による食事摂取が困難になった時等利用者が重度化してきた時、かかりつけ医を交えて繰り返し話し合い、「個人別看護記録」に記録として残し情報を共有している。	高齢者は急に状況が変化したり、予後の予測が困難な場合があるので、出来るだけ早い段階から利用者・家族の希望・意向を聞き取り、その内容を記録として残しておくことが望まれる。
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	毎月の勉強会等でまた、消防署員による救命処置の方法の訓練も行っている。急変時のマニュアル等も作成し徹底している。		
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	火災、災害時の対応マニュアルも整備し、消防訓練も定期的実施している。また、市防災課から職員を招き防災についての勉強会を行っている。	ユニット別避難経路・利用者点呼表等実用に向けたマニュアルを作成している。夜間を想定した訓練も含め年2回避難誘導等の訓練を実施している。また、近隣住民にも、災害時の協力依頼を行っている。事業所内にも2～3日分の食料を備蓄しているが、淡路圏域給食施設協議会を組織し、共同備蓄と補完体制を整備している。議題によっては消防も運営推進会議に参加している。	緊急時には、スロープもなく階段またはエレベーターを使用するという状況を踏まえ、機会ある毎に事業所の状況を職員で話し合い、災害時に利用者を実際に避難誘導できる方法を全ての職員が身につけておく事が望まれる。
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	職員が常にさりげなく見守りを行っており、安全確認を行っている。	利用者一人ひとり価値観や感受性が異なるので、尊厳を損ねていないか場面毎に職員で話し合っている。特に利用者の呼び方は本人の希望する呼び方にしているが、馴れ馴れしくなりすぎないよう気を配っている。個人記録はドアで仕切られた職員室のスチールロッカーに保管している。職員が居室に入る時は利用者の了解を得ている。	

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
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	入居者の話への傾聴、表情、態度等をよく観察し、その立場になって考え、声かけをし、温かい雰囲気づくりに心掛けている。		
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	入居者の生活ペースを尊重し、日々の日課に厳格な時間設定はしていない。		
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	入居者の希望に応じ理、美容院へ行っている。		
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	職員も食卓を囲み一緒に会話しながら食事を摂っている。各入居者のADLの状況に応じて可能な範囲で入居者が行える事は一緒に行っている。	以前は3食とも外部委託業者が献立づくり・食材の調達・調理等を行っていたが、朝食は利用者の意向や思いを踏まえて、ユニット毎に食材の買出しに出かけ、テーブルの上で出来るおやつづくりや後片付け等、食事づくりの一連の流れに参加している利用者もいる。また、職員も同じ食卓を囲んで同じものを楽しく食べている。	
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	その日の状態に応じて援助している。無理強いしないよう、バランスよく摂取できるように配慮している。		
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	毎食後必ず口腔ケアを行っている。また併設事業所内の歯科衛生士の指導も受けている。		
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	表情等の観察により、汚染時にはすぐに対応している。パターンを把握し便座に座ってもらうよう援助している。	排泄チェック表の活用により、一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を大切に本人に合わせた支援に取り組んでいる。トイレ誘導はその人の排泄パターンにあわせ、自然にさりげなく声かけを行い、失禁時はトイレ内で交換している。	

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
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	食事時には必ずヨーグルト、フルーツ、牛乳等を付けるようにしている。また水分も多く摂取できるよう援助している。		
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ず、個々にそった支援をしている	一人一人ゆったりとした入浴を行っている。併設のデイサービスの大浴場へ数人で入浴に行ったり出来るよう支援している。	基本的に個室を主体に、週に2回以上また入浴時間は11時～16時としているが、毎日入浴や夕方入浴を希望する利用者もいるので、利用者の希望に合わせて入浴を支援している。併設のデイサービスの大浴場を数人で利用する人もいる。入浴時の体調・負担感等の状況に応じて足浴等で支援している。入浴中は必ずノックして入浴の状況を確認している。	
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	日中活動的に過ごせるよう日々レクリエーションを取り入れ個々に応じて外気浴を行ったり、疲れている時は居室でゆっくり過ごしていただくような支援をしている。		
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	個々の処方内容説明書を更新保管し専用の服薬ケース、管理票を活用し適切な服薬を支援し、症状の変化に関してその都度看護師に報告している。		
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	レクリエーションの中に個々の好きな事を取り入れて楽しみを見出し、気分転換等を図っている。		
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	季節感を味わうため行事として少人数に分けて外出は行っている。	時々天候や体調に気を配りながら、希望者は近くへの散歩等の外出が出来るよう支援し、朝食の食材の買出し等外出機会は増えている。また、農業祭への参加等普段は行けないようなところへの外出支援も行っている。歩行が難しい利用者では、戸外に出かける機会が少ない利用者もいる。	利用者に合わせた移動を配慮し、車での外出や前の広場までの外出、時には家族や地域の人々の協力を得ながら出かけられるよう引き続き支援することが望まれる。
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	買い物等、またイベント参加時希望、力に応じてお金、チケットを所持したり、遣えるよう支援している。		

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
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	いつでも自由にやりとりができるよう支援している。		
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	リビングには季節感あふれる飾りつけをし、和んでいただけるよう雰囲気づくりをしている。トイレ、お風呂は場所表示を大きく示している。	居間・食堂等の共用空間に観葉植物を配置し、壁に屏やちぎり絵の雪だるまを飾りつけ、生活感や季節感を採りいれている。食堂・居間も明るく、近くの小学校の校庭が見えて利用者に和やかな雰囲気を与える環境がある。	
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	リビングには複数のテーブル、ソファを置きそれぞれの場所で過ごすことができる。		
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	自分の使い慣れた物品、家具等も持ち込んで頂いている。家人との写真を飾ったり、好きな写真を居室に貼ったりしている。	使い慣れたものや馴染みのものの持ち込みが少ない利用者には事業所側から家族に持ち込みを働きかけ、家族の写真・鏡台つきドレッサー・たんす・布団等が準備され、本人が落ち着いて暮らせるよう配慮している。しかしながら、使い慣れたものや馴染みのものが少ない利用者もある。	引き続き家族にも協力を依頼しながら、本人の意向を確認し、その人らしく暮らせる居心地良い居室づくりの工夫が望まれる。
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	全てのガラス戸にカーテンを設置しガラスに写る物等による錯覚、混乱を防止している。トイレ、お風呂の表示もすることにより認識して頂いている。		