

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	2894000153		
法人名	社会福祉法人 姫路社会福祉事業協会		
事業所名	小規模多機能ホーム 燦燦		
所在地	姫路市林田町林谷586番地1		
自己評価作成日	平成26年2月10日	評価結果市町村受理日	平成26年4月8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 姫路市介護サービス第三者評価機構		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市自治福祉会館 6階		
訪問調査日	平成26年3月14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)】

『利用者と共に』を第一に、介護する側、される側といった一方的な関係ではなく、出来ることを一緒にに行い共に支えあう関係を築いて行きたいと考えております。買い物や散歩、ドライブなど施設外の活動も多く、また、地域の方々に参加頂いての体操や行事の企画や地域の催しものへの出店や参加など地域交流を図りながら、地域の中の小規模多機能ホームを目指しています。

【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)】

法人理念『利用者と共に』や事業所独自として「地域交流、地域貢献、信頼関係、一人ひとりの思いを大切に、その人らしく」を介護方針として明示し、同法人の運営する特別養護老人ホームから続いている地域とのつながりを大切にし、近所のスーパーへの買い物や緊急時には防災スピーカーを通して火災通報する仕組みを構築している。又、月2回程度近所の方も参加できる体操教室を開催し、ホールを使用して体操教室だけでなくお茶会をしながら利用者の方と地域の方が交流できる機会を提供する等、地域福祉の拠点の一つとして大きな役割を果たしている事業所である。

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)	○	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 3. 家族の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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)	○	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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	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 2. 職員の2/3くらい 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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	『利用者と共に』を第一に、一方的な介護ではなく、日常の家事や余暇活動など共に行ない、共感し、支えあう関係を目指し取り組むよう心がけている。	法人理念に加え事業所独自として「地域交流、地域貢献、信頼関係、一人ひとりの思いを大切に、その人らしく」を介護方針として明確にしている。この理念がケアの中に活かされるような取組を日々心掛けている。
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	毎月2回、行なっている3B体操には、地域の方へも案内をし毎回数名の参加があり交流を図っている。また、事業所内で行なっている行事にも、年数回案内を行い参加頂いている他、地域活動や行事へも参加している。	3B体操は地域の方から好評で参加者が増え続け、事業所の行事には地域の方も参加して広い居間がいっぱいになる。地域の各行事には事業所の模擬店をだす等双方向関係が築かれている。更に小学校、幼稚園児等の交流も検討している。
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	地域との関わりの中で認知症高齢者への理解を深めている。また、介護支援専門員を相談窓口として随時受付の体制がある。	
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1回の定期開催により、事業所の活動や利用実績などを報告している。推進会議内で頂いた意見は職員会議にて報告し今後に活かしている。	民生委員等4名の地域代表、地域包括支援センター、事業所代表のメンバーにより定期開催されている。事業所からの報告とともに質問や意見交換が活発に行われている。今後は利用者代表、家族代表のメンバーの参加への働きかけにも工夫が望まれる。
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に取り組んでいる	市に対しては随時、報告と相談を行なっている。また、地域包括支援センターより推進会議に参加頂き報告を行うと共に協力関係を築いている。	運営推進会議も含め、様々な機会を通じて事業所の実情等を把握してもらえるよう働きかけている。事業所連絡会として要望書を提出し、地域ぐるみの課題として取り組んでいる。
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	施設内研修を実施。玄関は元より、職員の通用口に至るまで、午前7時より午後8時までは常時開放し、出入り自由としている。またその他の身体拘束についても行っていない。	系統的な研修を行い、職員は感想を含め研修報告書を提出することで理解も深まっている。玄関等の施錠についても身体拘束であるとの理解を深めており施錠はしていない。家族から安全ベルト等の使用の要望があっても理解と納得を得るよう話し合っている。
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	グループ内での高齢者虐待についての研修を実施。高齢者虐待防止マニュアルを作成し職員に周知を図ると共に、送迎時や訪問時、又、入浴介助時の身体観察などに留意するよう心掛けている。	外部から講師を招き研修会を開催している。何気なく言った言葉やスピーチロックなどに該当する事例等、多くの気づきを得ながら理解を深めている。身体的な変化などにも注意しながら、支援に取り組んでいる。

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	グループ内で行なう権利擁護の研修に参加している。成年後見人に関するマニュアルを作成し、成年後見人制度を活用している。	現在、成年後見制度の利用者がおられるが、日々、後見人等との連携による対応も行っている。研修の開催とマニュアル作成と同時に、家族等に周知するため、説明用のパンフレット等の資料整備が待たれる。	
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	契約に際しては、管理者より重要事項説明書・契約書により十分な説明を行い、書面による契約を行なっている。	施設見学を中心に進めながらサービス内容、サービス利用料について重点に丁寧に説明している。安全上の観点から身体拘束等の話があっても、その弊害について理解いただくよう努め、身体拘束はしないことを説明している。	
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	ケアマネの定期訪問の他、送迎時、その日の様子等も口頭にて伝え、家族からの要望なども伺うように心掛けている。アンケート調査を実施。また12月には家族と職員との茶話会を設けた意見交換を行なっている。	送迎時など、常に意見等を気軽に言ってもらえるような雰囲気作りに努めながら、アンケートの実施や家族との茶話会開催等、取組努力が見られる。	利用者・家族等の意見・要望を聞く機会を多く作りながら、それを反映する取組と配慮が肝要であり、本人、家族の思いを受け止め、質の高い生活支援は関係者の協力の下に「家族とともに介護する」視点が求められる。
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	毎月の職員会議により意見や提案を検討し反映している。個人面談を行い職員からの意見の聞き取りを行っている。	管理者は職員の声に耳を傾け、意見を尊重した運営を心掛けている。毎月の職員会議では、多様化する利用者の対応方法をどうするか、行事や調理日をどうするか等、風通しの良い雰囲気の中で話し合っている。	
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	キャリアパスの作成を行い職場環境・条件の整備を行い向上心を持って働けるよう努めている。		
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	事業所内外の研修の機会を提供出来るよう努めている。また、資格所得にあたり勤務調整などにも配慮している。		
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	市内の事業所連絡会に加盟し、連絡会主催の研修などに参加し、情報交換の機会を作っている。		

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	契約前の見学を勧め、必要があれば体験利用も 行なっている。また、契約時には介護支援専門 員による聞き取りを行い、安心して利用できる関係 作りに努めている。また、利用の際には職員が 間に入り関係作りが出来るよう支援している。		
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	相談があった際、又、契約時など介護支援専門 員により聞き取りを行い、何でも相談できる関係 作りに努めている。		
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	相談があった際、小規模多機能ホームの特徴や 役割などの説明を行い、本人・家族が選択し利 用できるよう、他の介護保険サービスについての 説明も行っている。		
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	調理日やおやつ作り、買い物、掃除など利用者 にも役割を持ってもらい、共に行なう機会を設け 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	訪問時や送迎時など、情報交換を行なうことで自 宅での状況を把握し、相談・助言などを行いなが ら共に支えていく関係作りを築いている。また、 連絡ノートを活用し、その日の様子を伝えたり、 自宅での様子なども伺っている。		
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	馴染みのスーパーや美容院など希望により外出 等の援助をしている。また地域の方の出入りも自 由で、本人が利用の際には、知人・友人など事 業所内での交流なども行なってもらっている。	月2回の3B体操の後、お茶をしながら馴染みの知 人と交流したり、行きつけの美容室やスーパーを 利用したり、地域の老人会に出かけたり、近所 の方がたずねてきたり、これまで地域で培ってきた 関係を大切にしている。	
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	職員が仲介役として利用者同士の関係を築ける よう配慮している。喫茶の時間などでは職員も テーブルに着き、一緒にお茶を飲みながら話を 行なっている。		

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
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	必要があれば契約終了後も連絡を行い、その後の様子を確認したり、今後についての相談や助言を行っている。		
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	初回アセスメント時など本人・家族より聞き取りを行なっている。また、喫茶時や日常の利用者との会話の中で希望や意向の把握など小さな気づきに心掛けている。気づきノートを作成し、気づいたことは記入、閲覧により共有を図っている。	昨年からの課題として『気づきノート』を作成し取り組んできたが、定着するまでには至っていない。センター方式のシート等に於いても、職員のスキルアップの為の取組目標として検討中である。	センター方式のケア実践のツールは使い方が馴染んでいく中で、職員の「見る目」「聴く耳」「気づき」が磨かれケアの質向上につながる。職員の努力・成果を目に見える形にするためにも継続的な取り組みを望みたい。
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	初回アセスメント時など本人・家族より聞き取りを行なっている。また、他の介護保険サービスを利用していた方に対しては、ケアマネージャーやサービス担当者からの情報提供を頂いている。		
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	初回アセスメント時など本人・家族より聞き取りを行なっている。また、認定情報の確認により主治医の意見などの把握にも努めている。		
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	本人・家族の意向や課題など聞き取りを行い会議にてケアプランを作成している。ケアマネの定期的な訪問による聞き取りやモニタリングシートにより確認を行っている。	アセスメントは利用時に在宅版ケアプラン用のツールによりADL等をしっかり把握し、訪問や連絡帳によるニーズ、ケアの中での気づき、意見を含め作成している。定期的なモニタリングにより現状とかみ合った計画作成に留意している。	
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	居宅支援の記録の他、通い、泊まり、訪問など利用時の個別の記録をとり、コンピューターへの入力するなど情報の共有を図っている。サービスの変更や追加、連絡事項などは連絡簿に記入・閲覧より共有している。		
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	独居や高齢者世帯の方に対しては通院介助や買い物の支援を行なうなど、一人ひとりの状況に合わせ柔軟なサービスを行っている。シルバーや宅配弁当などの支援も行なっている。		

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
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	地域の活動に参加し交流を図っている。また、地域住民との交流や、自治会・民生委員・老人クラブ・地元ボランティアなどに運営推進会議に参加頂き、意見交換をし反映している。		
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	かかりつけ医を把握し、必要があれば受診介助や受診に同行し意見交換を行なっている。	基本的には家族同行受診となっているが、独居の方や老々介護の方は職員が支援している。歯科医の訪問診療を行うなど、適切な受診支援に努めている。	
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	体調に変化が見られた場合や日常の気付きなど、看護職員と相談し受診介助や家族への連絡に努めている。		
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。	入退院時は病院との情報交換に努め、必要時には同行したりカンファレンスに参加している。入院後も面会を行なった際など看護師等より病状の確認を行っている。	医療と福祉の連携を円滑にするしくみづくりが検討されていることもあり、入院はかかりつけ医の紹介先病院を中心に支援している。退院後の生活についても、退院前カンファレンスに参加する等、円滑に進められるよう連携強化に努めている。	
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	重度化や終末期の在り方など家族の希望・要望を伺い、事業所として出来る事、出来ない事を説明し支援している。また、主治医と相談し終末時の相談を行い協力を仰いでいる。昨年も1名の看取りを行ないました。	昨年、看取りに関する手順までを網羅したマニュアルを作成。家族には著しくADLが低下した時点で希望を聞き対応している。昨年の看取り経験を教訓に、本人の意向を尊重しながら早い時期から家族との話し合いの必要性を改めて再認識した取組を心掛けている。	
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	緊急時対応マニュアルを作成し周知に努めてるほか、事業所内でも心肺蘇生(CPR・AED)に関する研修を行なっている。また、グループ内で普通救命講習があり順次参加し資格を取得している。		
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	火災発生時はワンタッチ通報設備により通報し、また、地域自治会長宅へもワンタッチ通報を組み込み町内放送にて応援の仕組みがある。夜間想定を含め年2回、防災訓練を実施している。ハザードマップを掲示し避難場所の確認も行なった。	スプリンクラーの設置、年2回の避難訓練の実施、ワンタッチ通報設備等で地域との協力体制もある。広域管理マップにより、避難場所等の把握はしているが、想定外もあり、災害対策は常に検討課題としている。	

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	
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	法人の介護理念に従い、利用者への言葉掛けや対応を行なうよう心掛けている。入浴時や排泄時の介助など希望により同姓での介助を提供している。プライバシー保護の研修を行なっている。	系統的な研修を行い、研修報告書と感想の提出から「あの場面はどうだったか」等ケアを振り返る仕組みがある。職員の人権に対する理解を深める研修の取組と共に「自分がされたら嫌と思うことはしないこと」とした意識を常に持ちながらの取組を今後共期待したい。	
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	喫茶時など職員も同じテーブルでお茶を飲みゆっくり会話を楽しんでいる。喫茶時のメニューや必要があれば選択食など自身で選べるようにしている。		
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	事業所での日課もあるが、日常の過ごし方については個人の自由とし、起床の遅い方に対しては遅い時間の食事提供を行なっている。また希望により散歩・買い物などへ援助も行なっている。		
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	理髪店による訪問理容を行なっている。また、近隣美容院への援助も行なっている。泊まりの居室には洗面台と鏡が設置しており身だしなみを整えるよう支援している。		
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	調理日を設定し、可能の方には調理を手伝ってもらい、同じテーブルで一緒に食事を楽しむ機会を作っている。また、下膳やテーブルの片付けなども出来る方には手伝ってもらっている。食事時間は音楽を流しています。	毎日の食事については、同法人の運営する特別養護老人ホームから調理された食事を楽しんでもらっているが、事業所内での調理を月3回程度行う機会を持って、利用者は職員と一緒に調理や片づけ等を行い、職員と共に食事を楽しむように取り組んでいる。	
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	栄養士による献る食事をを提供し摂取量の確認を行っている。食事の形態もその方に応じた対応を行なっている。水分摂取に関しては定期的な提供の他、希望に応じてペットボトルなどに入れ携帯してもらっている。		
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	毎食後の口腔ケアを行なっている。自力困難な方に対しては職員による介助を行なっている。		

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
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	排泄チェックを作成し排泄への声掛けやトイレ介助を行なっている。泊まりを行なう際は状態に応じた部屋を使用してもらっている。	排せつチェック表を活用して、ひとり一人の排泄パターンを把握し、安易におむつ対応にしないでトイレでの排泄を行う等、排泄の自立にむけ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	排泄チェック表や連絡ノートにより排便状態の把握に努めている。必要があれば腹部マッサージや水分摂取の促し、又、浣腸のよる排泄の援助を行なっている。		
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	入浴の時間帯については毎日の午前中を基本とし、個浴にて希望者への入浴介助を行なっている。	毎日、午前中が入浴時間になっている。個浴の浴槽で、希望によって週に複数回の入浴も可能である。季節湯などの対応も行い入浴が楽しめるように工夫をしている。	
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	泊まり利用の方に対しては居室への出入りは自由になっている。また、電気毛布やアンカ、テレビなどの持ち込みも可能になっている。通い利用の方に対しては和室スペースを利用し休んでもらっている。		
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	処方箋の写しを保管し、服薬の内容が変更した際には再度写しの提供を頂いている。		
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	洗濯や調理の手伝い・後片付け、又、清掃などその方に応じた役割を持って頂き、職員と共に行なっている。プランターによる野菜作りなど利用者と一緒に、苗の植え付け～収穫までアドバイスを受けながら行なっている。		
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	散歩の援助や買い物、ドライブなど外出への援助に努めている。近隣への買い物や美容院なども利用者の希望により援助を行なっている。また、地域の催し物への参加の援助なども行なっている。	近くのショッピングセンターへの買い物や行きつけの美容院など利用者の希望によって外出の支援を行っている。ドライブや外食なども本人の希望によって個別ケアを行っている。	

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
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	個人の状態によっては、お金の所持については特に制限は設けておらず、近所への買い物やパンの訪問販売の際など自由に使っている。自力での管理が困難な方に対しては事業所の立替により買い物を行なっている。		
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	携帯電話などの持ち込みについても制限を設けていない。電話連絡が必要な場合は事業所の電話をし使用し取次ぎを行なっている。手紙の関しての制限無く、取次ぎしている。		
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	玄関にはパーテーションにより外部からの視線に配慮している。トイレも3ヶ所設置し出来るだけ混乱が無いようにしている。天窓もあり自然光を取り入れたり、季節に応じた壁紙を作成・掲示し季節感を感じて頂いている。	広いフロアーは玄関から直接見えないようにパーテーションで仕切りがある。ソファやテレビも設置されフロアー内を自由に移動できる。トイレも3ヶ所設置され混雑しないように配慮されている。天窓や広い窓から日差しが入り明るく、利用者の方々が作成した掲示物を飾り季節感も演出している。	
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	泊まり利用の方に対しては居室への出入りは自由になっているため、友人同士で時間を過ごしている。また、ソファやテーブルなど自由に使ってもらっている。		
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	泊まり利用時、居室への持込の制限は原則、行なっていない。毛布・枕など自身の使い慣れた物を持ち込んで頂いたり、テレビの持ち込みを行なっている方もいます。	家具や洗面所を各居室に設置している。日常使い慣れた身の回りの物を中心に持ち込む事ができ、安心感と共に落ち着いて過ごす事ができるよう居心地の良い環境支援を行っている。	
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	事業所内はバリアフリーになっており、手すりの設置も行なっており、トイレは手すりの他、跳ね上げ式の肘掛けも付いている。		