

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	4570102550		
法人名	医療法人 雅会		
事業所名	グループホーム かざぐるま		
所在地	宮崎市大字島之内7310-1		
自己評価作成日	平成28年7月30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.kaijokensaku.jp/45/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 宮崎県介護福祉士会		
所在地	宮崎県宮崎市原町2-22 宮崎県福祉人材センター人材研修館内		
訪問調査日	平成28年9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)】

『目配り』『気配り』『心配り』を常に心がけ、利用者が住み慣れた地域で安心・安全に生活できる空間作りを目指しています。利用者の意志や想いを尊重し、好きなこと、得意なことを活かしながら、その人らしい生活、家庭的な雰囲気作りを大事にしています。
 これまで歩んでこられた地域とのつながりを大切に、家族や地域の方々、社会とのつながりを継続できるように支援しています。
 また隣接する関連医療機関とも常に連携を図っており、医療面において迅速かつ的確な対応が出来る体制が確立されています。

【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)】

隣接している医療機関が法人であり、毎日、利用者の状態の報告をし、状態変化に迅速に対応できる体制を整えている。重度化や終末期ケアが必要な利用者・家族に対しても、その都度ケアの方針を医師や看護師を交え、思いに添える様話し合いを重ねている。
 日頃のケアでは、利用者ごとに担当者から日頃の状況報告を、面会時以外でも、メールや写真送付などを使い報告している。個別の外出の支援は、担当の職員を中心に検討され、家族の協力をいただきながら、利用者一人ひとりの希望に添った外出の支援を年に2回は行っている。そのような日々の積み重ねの中で、家族との関係性を大切にしている。食事では、頂いた野菜や、利用者と一緒に買い物をした旬な食材で、共に下ごしらえを行い、食事を楽しむ支援をしている。

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	職員全員で作成した理念を常に意識しながら、利用者が地域の中で安心して暮らせるようケアを実践している。理念は職員の目に付く場所に掲示し、職員同士が共有できるようにしている。	職員全員で作り上げた理念を、常に意識できる箇所に掲示している。個々の職員は、仕事始めの時や職員会議でのケアの検討の際、理念を再確認し、ケアを振り返る事に心がけている。	
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	法人の夏祭りに地域の方を招待したり、グループホームの行事に地域のボランティアとして来ていただいたりしている。また買い物や外食したりすることで地域の資源を活用している。	昨年までは、同法人が自治会に入っていたが、事業所単体で自治会に入り地域交流の強化を図っている。しかし、昨年まで行っていた自治会総会参加は継続できていない。	地域に根ざし開かれたホームに繋がれるよう、自治会・民生委員等の協力を得て、地域との交流の機会を増やしてほしい。事業所として地域との関わりはどうあるべきか話し合してほしい。
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	関連の病院、施設、居宅事業所も含め、家族や地域の方々に認知症についての相談を受けたり、ケアの方法を伝えたりしている。		
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	運営推進会議で出た意見を実践に生かす様になっている。家族や地域の方々に『開かれた施設』となるよう積極的に情報を開示するよう会議を進行している。現在民生委員を通して自治会への参加を調整している。	2か月毎に運営推進会議を開催し、サービスの内容報告や時には利用者が食べている食事を試食してもらう機会も作っている。同じ家族ばかりの参加にならないよう、家族に運営推進会の説明を行い、輪番で参加してもらい意見をもらっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	必要に応じて常に情報交換や相談を行っている。	必要に応じ情報交換しているが、特に災害時の際に備え、常日頃から連携が必要と感じ努力している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束については、OFF-JT等で得た情報を職員同士会議等において共有するようにしている。入口の扉は日中開錠しており、自由に出られる環境にある。またリビングの大窓も開錠するようになった。	ケアの内容一つに対しても、この支援が利用者にとって身体拘束に繋がっていないか、まだ他のケアはないのかなど、毎月のミーティングで話合っている。職員が行うケアや利用者への声掛けで気になる場面では、他の職員がサポートに入る体制はとれている。	
7		○虐待の防止の徹底	高齢者虐待について研修等で学ぶ機会を		

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
		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	高齢者虐待について研修等学ぶ機会を持ち、会議にて『グレーゾーン』廃止について検討を行い、常に意識をしながらケアを行っている。		

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
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	日常生活支援事業、成年後見制度については施設内研修は行っていないが、必要に応じて対応できるよう心がけている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約の締結時や解除時、また法律の改定によって契約の一部が変更になった時などは、口頭と文書によって説明を行っている。また日頃より家族との情報交換の中で疑問や不安がないか確認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	利用者や家族からの意見や要望をケアに反映するようにしている。 また運営推進会議では外部の方にも十分説明する様にしている。	利用者ごとに担当者から日頃の状況報告を行い、家族の要望や相談を引き出す取り組みを始めている。そのことで、より家族との連携が図れるようになっている。メールや写真送付など、面会時以外でも報告している。	
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	ミーティングや個別に聞き取りを行うことによって日頃より運営面や業務、ケアの確認を行い、連携強化を図っている。現在職員から提案事項であるリビングの活用方法を検討中。	事業所の年間行事の企画立案を職員のアイデアを求めている。年に2回利用者の希望に応じた個別支援の計画に、職員の意見を反映し支援している。毎月のミーティング等で職員の意見を聞き、必要に応じて代表者に報告している。	
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	職員が働きやすいよう現状の勤務状況の把握に努め、職場環境が変わる様な時は、出来る限り職員の意見を取り入れるようにしている。		
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	職員1人ひとりの力量やタイプに応じて研修スケジュールを組み、研修会へ参加できる機会を確保している。 また消防訓練や急変時の対応なども定期的に行っている。		
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	加入組織や団体での集会、OFF-JTへの参加することで情報収集や交流を深め、『横のつながり』も大事にしている。		

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
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	面接時に本人の想いや要望の聞き取りを行い、ケアプランに反映するようにしている。また入居前の状況や環境に合わせ、リロケーションダメージを最小限にし、馴染みの場所となるような関係作りに努めている。		
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	利用者同様面接時に本人の想いや要望の聞き取りを行っている。面会時には入居前の本人のご様子や入居後の家族の不安や疑問など情報交換を頻繁に行うことでサービスの向上、家族との関係構築に努めている。		
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	入居時の面接での情報から、まず必要なサービスにおいては提携医療機関や居宅事業とも連携を図りながら、生活がスムーズに移行できるよう努める。地域サービスについても出来る限り継続してサービスが受けられるよう調整を図っている。		
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	常に利用者に寄り添い、想いやニーズの把握に努め、『する』『される』という関係を取り払い、信頼関係の構築に努めている。作業や食事作りなどを一緒に行うことで喜怒哀楽を共にしている。		
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	ご家族への連絡、相談等は担当職員が行い、関係構築に努めている。また家族に行事参加していただいたり、ご本人、ご家族と一緒に外出する機会を設け、ご家族と一緒に本人を支える関係を築いている。		
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	現在も馴染みの人や知人との交流を持っている利用者に対し、必要な外出支援を行い、ホーム内や居室も安心できる環境作りに努めている。また年に2回希望を募り個別外出も行っている。	利用者ごとの担当者を中心に、年に2回の個別外出の計画を利用者・家族と話し合い支援している。自宅や自宅の近所、馴染みの店などの外出の支援をしている。	
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	同じ作業や食事作り等を行うことで利用者同士が協同して行える環境を作っている。必要に応じて職員が間に入り、きっかけ作りを行っている。		

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
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	契約終了からしばらくの間は、電話連絡や経過フォロー、相談等を行っている。		
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	(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	ご本人の思いや望みをご本人の言葉、様子、生活歴等から多角的にニーズを探り、生活やケアに反映できるよう取り組んでいる。ご家族にも情報収集に協力していただいている。	センター方式の24時間シートを活用し、その時々利用者の心の動きや表情を読み取りケアに繋げる努力をしている。職員は、利用者側に立ち、「自分だったらという視点」を常に持つことの重要性を認識している。	
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	面接時にこれまでの生活についての情報を収集し、それまでの暮らしや過去を大事にしたケアが実践できるようしている。また入居後も本人、家族から情報収集を随時行っている。		
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	ご本人の過去や生活歴、得意なこと、好きなことを大事にし、本人自ら、また支援しながら行っている。また利用者の変化についても日常的に話し合うようにしている。またグループホームで初めて行うようなことでも本人の興味や関心に応じて提供している。		
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	情報収集やモニタリングは担当職員中心に行い、毎月全体会議で検討事項を話し合っている。また本人や家族から随時情報収集を行っている。	毎月のミーティングで、利用者ごとのケアの確認と評価、次の課題を検討している。担当職員や介護支援専門員が、家族の思いや職員のアイデアを入れ込み、現状に即した計画を作成している。	
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	センター方式の24シートを一部変更し、目施設にあう様に活用しながら、日々の言葉や思い、様子を記録に残し、ケアプラン作成に活かしている。 重要なことはペンの色を変えるなどの工夫も行っている。		
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	外来受診はご家族の状況に合わせてながらその時々でご家族と職員で交代で行っている。 ご家族に食事作りに参加していただくこともある。		

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
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	住吉包括支援センターや地域のボランティア、消防、スーパー、めがね屋等を活用したり、協力を得ながら本人が安心、安全に暮らせるよう支援している。		
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	これまでのかかりつけ医をベースにご本人、ご家族と相談を行った上で入居後のかかりつけ医を決定している。また緊急時に対応出来る様マニュアルを備え、薬の変更等があった場合は職員全員で確認できるような体制づくりをとっている。	半数以上の方が、同法人の協力医以外のかかりつけ医を持っている。状態が安定している受診は、家族にお願いしている。状態変化時や受診時の介助が大変な方には、職員が付き添っている。かかりつけ医に状態の報告書を持参している。	
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	病院に隣接しており、日常的に情報交換に努めている。 利用者の排便状況については、必要に応じて電話連絡を行い、連携強化を図っている。		
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。	必要に応じて入退院時に職員が付き添っている。病院関係者や家族との情報交換を行い、早期退院に努めている。		
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	急変時、終末期に備えての聞き取りを行っている。重度化した場合や終末期の場合は、家族、医師、看護師、職員でケア方針を共有し、情報交換するようにしている。またご家族の考え方、気持ちの変化にも対応できるように関係づくりを行っている。	終末期に近づいた利用者の家族には、その都度ケアの方針を説明し、家族や利用者の思いに添える様話し合いを重ねている。職員はターミナルケアの研修にも参加し、管理者は職員が不安なく勤務出来るよう、職員の後方支援も大切にしている。	
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	マニュアルを作成し、OFF-JTやOJTで急変時や事故発生時の知識や技術の習得に努めている。		
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	消防訓練は年2回行っており、災害時の知識や技術の習得に努めている。備蓄品は一部用意している。関連病院を通し、地域住民や病院を含めた協力体制を働きかけている。	火災・水害・地震に対応する災害訓練は行えている。消防署の職員が参加しての消防訓練は、法人病院での訓練は行えているが、事業所単独は自主訓練に留まり、地域住民の参加協力は今からである。	地域運営推進会議に自治会や近隣の方の参加を求め、地域の消防団等や地域の関係が見守る中、避難訓練を実施することを期待したい。その上で評価や助言を基に、今後の課題を職員みんなで話し合う機会を是非お願いしたい。

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	必要に応じて方言を使ったり、本人の得意なことや好きなこと、歩んできた歴史を重視した声かけや対応を行い、一人ひとりのプライド、尊厳を大事にしている。	利用者の自尊心や羞恥心を傷つけないよう心がけている。職員は年間研修で尊厳やプライバシー研修を受け、学ぶ機会はある。気になる職員の言動や行動に対しは、その都度管理者が声をかけ、ケアの振り返りを確認し合っている。	
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	行事や食事などご本人の想いや希望を取り入れられるよう支援している。		
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、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	「その人らしい」暮らしを重視している。入浴やリハビリ、食事など希望にそって出来ない部分もあるが、検討を行い現状を変え取り組みを行っている。		
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	衣類は自身で選んでいただいたり、お化粧の声かけ、支援も行っている。お風呂上りも手入れも出来る限り自分で行っていただいている。		
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	料理作りが得意な方はほぼ毎食食事作りやあとかたづけを行っている。まれにはあるが、利用者と一緒に買い物を行っている。行事や誕生日の時などは、希望を取り、お刺身などを取り入れている。	野菜などを頂くことがあり、その食材を使った料理したり、利用者の希望を聞き、下ごしらえも利用者と一緒に、食事を楽しむ支援をしている。食が細くなった方に、好みの物を探し、食べる支援をしている。匂いや食器の音を感じる環境にある。	
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	食事形態、食事量、水分量においては個々の状態に合わせて提供しているが、栄養バランスやカロリー計算、調理方法については関連病院の栄養士に定期的に相談している。		
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	毎食後一人ひとりにあった口腔ケアを実施している。拒否があった場合は時間を置いて声かけを行っている。		

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
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	必要に応じて声かけ、誘導、介助を行っている。 排泄のパターンやオムツ使用の増減、コスト面も職員間で情報交換をしながら対応している。	日中は、トイレで排泄が出来る様誘導している。夜間も、ポータブルを活用し、排泄が出来る様支援している。	
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	排泄チェック表にて個々の状態把握を図り、下剤の服用は医師、看護師と相談しながら服用している。利用者の排便状況については、毎朝電話連絡を行っている。また便秘予防にてヨーグルトを毎朝食べているご利用者もいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的には1日おきの入浴で本人の状況によって週に2, 3回の方もいる。 リハビリ、行事、レク、職員の勤務体制等の関係で現在は午前中に入浴を行っているが、希望や汚染時はその都度入浴、シャワー浴を行っている。	午前中の人浴支援であるが、利用者の希望があれば、時間をずらすなどの対応は可能である。利用者の身体状況に応じ、浴槽へのまたぎが難しくなった方の為に、手すりや踏み台の設置を依頼し、利用者に応じた対応が出来ている。	
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	入浴後、昼食後などは仮眠をとっている方がいる。眠剤の時間も基本的な時間を設けているが、安眠できるよう状況に応じてやや時間をずらす工夫を行っている。 現在足浴を行っている利用者もいる。		
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	2週間もしくは4週間毎の定期受診時、状況変化時に医師に報告し、指示を仰ぎ申し送りノートにて情報を共有している。飲み忘れや誤薬が無い様2人で声出し確認を行っている。		
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	テレビや読書や買い物、作品作り、料理作りなどご本人の想いや嗜好に合わせた支援を行っている。		
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	月毎の行事で個別の外出や食事を取り入れている。ご家族との外出が困難な場合は職員が行うこともある。散歩などは出来る限りその日の希望や気分で行うようにしているが、天候や状況に応じて出来ない場合もある。	日常的な近所の散歩や公園に行く機会を確保しつつ、利用者一人ひとりの希望に添った外出の支援を年に2回は行うなど、外出の支援を大切にしている。特に、個別の外出の支援は、担当の職員を中心に検討され、家族の協力ももらい支援している。	

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
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	基本的にはお金は預かり金として職員が管理しており、身の回りのものやご本人が希望するもの等を購入している。購入の際はご家族への確認も行っている。		
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	要望があった場合は職員がとりつぎ電話をする事がある。		
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	行事の写真や利用者が作った作品、季節ごとの壁画等を飾り、自分の居場所がある環境作りを行っている。季節の花を飾ったり、利用者に合わせて掲示物を貼るよう配慮している。	フロア内は、台所が対面式になっているため、職員が調理をする姿や料理の匂いがかかり、食欲がわく配慮になっている。行事の写真や利用者の作品を掲示し、楽しく、居心地のよい共用空間づくりに努めている。写真も、利用者ごとに見える位置に貼るなどの対応がなされている。	
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	ソファを2箇所を設置し、1人になったり、家族と過ごしたりできるよう配慮している。面会時もりビングと居室のどちらで過ごされるかの確認を行っている。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時にご本人やご家族と相談し、以前ご本人が使っていた家具や持ち物など馴染んでいる物を出来る限り使えるようにしている。	写真や思い出の品々を持ち込み利用者らしい部屋作りをしている。入口は、写真を表示して混乱を避けるよう工夫している。利用者によっては、好きな雑誌や本がすぐ手に取れるよう家族の協力を得て準備されている。	
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	排泄状況や歩行状態により夜間はポータブルトイレを使用している方もいる。夜間センサーを使用し、見守り、介助を行っている。		