

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	3370301057		
法人名	有限会社 のどか宅老所		
事業所名	グループホームのどか I		
所在地	岡山県津山市下高倉西544-1		
自己評価作成日	平成26年6月15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.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=3370301057-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社東京リーガルマインド 岡山支社		
所在地	岡山県岡山市北区本町10-22 本町ビル3階		
訪問調査日	平成26年7月19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)】

何名かの利用者の看取り介護を終え、単なる情報でしかなかった”老い”を実体験できた。身体が不自由でも病状が進行しても笑顔で生活していただく為には、専門的な知識と技術を身につけた上で、広い視野と鋭い洞察力や察する力のある豊かな人間性を持つ人材が必要とされるのを痛感している。
 今後は、職員全体の「介護の基本的な部分でのさらなるレベルアップ」と「ひらめきや実行力による利用者の可能性の追求」を続けることを目標にし、個別的な関わりの中での”特別な利用者”の発見を目指し取り組んでいきたい。

【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)】

津山市街から北の郊外田園地帯の小高い緑に囲まれた場所に位置し、見晴らしも良く、四季の移り変わりが肌で感じられる良い環境に在る。利用者も自然の中でのどかに安心して、ゆったりと生活を楽しんで暮らしており、フレンチブルドッグが2匹飼われ、アニマルセラピーとしての役割を果たしている。生活の基本である食については、細かく分析された献立表に基づいて提供され、食生活に潤いをもたらしている。宅老所の先がけとしての経験に基づき、「家庭生活の延長線上の介護」を基本方針とし、運営目的が明確に分かりやすく表記され、関係者に理解され、共有されている。職員は明るく介護仕事に対しポジティブで、資格取得の為の研修にも勤務調整等を行い、積極的に支援援助されている。「看取り指針」を設けて、最後まで安心してホームで暮らせる信頼の体制は称賛に値する。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、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

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	『家庭生活の延長線上の介護』を基本理念とし、利用者のできない部分をサポートしながら、“障害を持っていても人として当たり前の生活を送ることができるように！”という想いを持って取り組んでいる。	運営方針に「家庭的な雰囲気の中で共同生活を送る」を掲げ、管理者・職員はその趣旨を理解共有し、日々実践に努めている。重要事項説明書にも目的・基本方針が簡潔・明確に表示され、誰でも分かりやすい。	
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	イベント等による意識的な地域交流の機会は作っていない。日光浴や散歩時に何となく挨拶を交わし、世間話をする中で自然な形で顔見知りになっている。	町内会に参加し、地元神社の氏子になり、地域の一員として活動をしている。事業所は近隣住民が通う小径に面しており、テラスから挨拶を交わす。ショートステイ・デイサービスとの交流もある。地域や外部とのつながりに日常から努めている。	
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	入居に関する問い合わせだけでなく、介護保険制度の説明や手続き等についての相談にも対応している。		
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	利用者の体調や生活の様子等、日常の近況報告と家族からの質問に対し話し合う機会にしている。又、通常の面会時の家族との対話の中から聞き取った”生活に対する要望や意見”について、改めて検討する場合もあり、日々の対応に取り入れている。	運営推進会議にはホームの実情・利用者の状況等を報告する。家族からの意見・要望には管理者が具体的に回答し、出された意見は積極的に取り入れ、福祉車両を購入する等介護レベル改善に生かしている。	
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に取り組んでいる	市役所担当者には些細な質問や相談もでき、又、多忙中でも迅速に対応してもらっており、大変に心強い。	市の介護担当者とは綿密な連携維持に努め、様々な課題に関する問いかけにも指導・対応してもらっている。行政への提出書類や報告類は情報共有のため分かりやすくファイルに整理されている。	
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	禁止対象となる行為は行ってはいないが、暴力行為や激しい動きのある利用者に対しての、トラブルや事故を防ぐ目的での制止を促す対応や指示的な言葉かけについては必要な場合もあり、全てをなくすのは難しい。	高齢者虐待・身体拘束の対処資料が分かりやすく整理されている。身体的拘束禁止規定を設け、やむを得ない場合の具体例についてもマニュアルを定めてある。会議やミーティングでも取り上げ、職員一丸となって身体拘束をしないケア実現に努めている。	
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	外部研修会に参加し、ミーティングでの説明や意見交換を行い、各職員が自らの対応について振り返る機会を作っている。今後の行動について検討し、各職員がお互いに指摘し合えるような環境を目指している。		

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
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	管理者が研修会に参加し、必要に応じて相談にあっているが、現在、制度活用者はいない。		
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	管理者が入居時に契約書や重要事項説明書の内容について説明している。その際に疑問点等について尋ね、入居後の対応への意向や要望の把握に努めながら、入居後の生活がイメージできるように説明している。		
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	毎月、書面にて利用者の近況についてお知らせし、対応についての相談や報告をしている。又、面会時には再度話し合いを行い、意見や要望があれば可能な限り対応に生かすようにしている。	家族には請求書を送付する際に、できるだけ本人の生活状況を伝える。家族来訪時には希望・意向を聞き取り、介護支援に生かすように心掛けている。運営推進会議で出た家族の意見等は適切に議事録に整理されている。	
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	何らかの提案がある場合は、ミーティング時に意見を出し合い、問題解決・改善できるように検討している。又、個人面談を行い、意見が出しにくい職員の気持ちや考えについても聴く機会を作っている。	事業日誌の欄を広くし、職員の閃きがすぐ自由に書けるようにして、職員の発想を大切にしている。ユニット毎に隔月職員会議が開かれ、どちらへも参加でき、職員の意見等を共有し、積極的にホーム運営に生かすようにしている。年1回個人面接を行い、職員は生き生きと活動している。	
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	各職員の得意分野を生かせる場面を作るように心がけ、実践することで“やりがい”に繋がるように働きかけている。又、雇用条件についても相談に応じ、検討もしている。		
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	外部研修に参加し、自らの能力の把握やスキルアップを図るとともに、内部研修で講師的な立場になることで、さらなる知識の習得を促している。		
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	外部研修参加時を利用し、他施設の職員との交流を深め、現状把握と情報交換をしている。又、その際に新たに得た情報(対応困難事例の対応方法等)については、実際に実践し業務の改善に生かしている。		

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	家族・ケアマネジャー・入居前に利用していたサービス事業者等からの情報から、利用者の性格・行動パターン・癖・こだわり等について把握しながら関係作りを進めている。意思表示が難しい利用者も多く、表情や行動から気持ちを読み取るように心がけている。		
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	入居時の面接での情報収集の際に、利用者の状況を把握すると同時に家族の要望や困りごとや対応のポイントを整理している。利用者を理解しようとすれば、家族の想いを理解することに繋がる。		
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	入居時には家族だけではなく、ケアマネジャー・在宅でのサービス利用時のスタッフ・医療関係者等の専門職からの情報収集も行い、生活全体を広い視野でとらえた上でのサービス内容を検討している。		
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	利用者は”できなくなる人”という現実を受け止めながらも、”できる部分”を探る姿勢を常に持つように心がけている。利用者が活躍できる場面を作り、一緒に行うことが職員の仕事となる。		
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	面会・外出・外泊時は家族に任せ、自由に過ごしていただくようにしている。又、面会時は利用者と家族だけでなく、職員と家族との交流の機会でもあり、利用者との関係作りにも有意義な時間となっている。		
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	家族の了解があれば知人との面会にも応じるが、思い出せなくなっている場合も少なくない。現実の関係の継続よりも、利用者の過去の体験や思い出を受け止め、その時々々の想いを大切にするように支援している。	本人の馴染みの経験や記憶を尊重している。栗の木を見てわが家の栗を思いだし栗拾いに行くなど、その時々々の本人の思いや希望を重視する精神的な生活支援が行われている。共有スペースではデイサービスとの交流もある。	
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	認知症の特権は『如何なる時も我が道を行く』ことができることだと考える。利用者は周囲を気にすることなく各々がそれぞれの道を進んでいる。途中で困った時にさりげなくサポートするように心がけ、対応している。		

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
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	他施設へ移る際には、当所での生活ぶり等の情報を提供し、当所への面接要請も行う。生活する場所が変わることよりも対応の変化によるダメージが大きいと思われる為、対応のポイントについては入念に説明する。		
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	利用者の日常の言動の中から好きなことや要望を探り出し、環境を整えたり、一緒に活動に取り組み実践している。	常に寄り添う介護に努め、利用者や家族への聞き取りから本人の性格・能力・希望を把握している。「出来る事・出来ない事」を理解し、日常生活での思いを汲取り、安心・安全の充足した生活介護を実現している。	
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	在宅での生活ぶりについては、入居時の情報収集や面会時に聴き取り把握するようにしている。又、精神状態の変化や行動に変化があった時も、再度、家族に情報提供を依頼して原因を探し、対応を検討している。		
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	利用者ごとに毎日・毎月の記録をとり、経過がわかるようにしている。		
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	利用者の”できない部分”についての「介護サービス計画書」と”できる部分”についての「個別生活援助計画書」を作成している。必要時は家族も交えて実践して、深みのある生活になるように目指している。	本人・家族の意向や要望を基に関係職員で検討。利用者個々の「介護サービス計画書」を作成し、その計画に沿って実施。定期的に職員合同でモニタリングを行っている。	
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	利用者の言動について、いつもと違うことがあれば記入するようにしている。職員の気づきや対応の仕方には差があるが、利用者の人間性を理解する上での情報源にしている。		
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	要望があれば実現を目指し、協力する体制にしている。		

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
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	地域の方へ運営推進会議への参加を呼びかけることで当所の存在をアピールし、自然な形で地域に浸透できるように努めている。		
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	基本的には協力医療機関の医師がかかりつけ医となる。1ヶ月に2回の往診と随時の往診・受診にて対応している。又、精神科への受診時には必ず職員が付き添い、精神状態の変化を報告するとともに内服薬の副作用の把握を含む対応の留意点についての指示を受けるようにしている。	協力医が月2回往診し、必要に応じて随時受診している。精神科への受診は職員が付き添い、本人の状況を具体的に伝える。内服薬説明書はファイルに整理され、分かりやすく記録されている。医療面からの支援は確保が来ている。	
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	1週間に1回の協力医療機関からの訪問看護を受けており、又、体調不良時には医師・看護師と連絡し対応している。病院側には介護職のレベルの理解があり、柔軟に対応してもらっており感謝している。		
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。	入院時には付き添い、病院スタッフに利用者の情報と対応のポイントについて説明している。退院時にも医療相談員等との面談を行い、退院後のフォローについても依頼している。		
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	入居時に「看取り」についての説明を行うが、延命処置についてはイメージができず具体的なにならない場合が多い為、問題提議にとどめている。体調の変化があった時に話し合う機会を作り、内容を深めている。	人生の終末期を安心して迎えられるように「看取りに関する指針」を設け、本人・家族・医療機関との信頼関係を築き、チームワークで看取りに対応できる体制が整って実施されている。	重度化する利用者に、これからも引き続き安心した「終の棲家」として、信頼性が寄せられることを期待する。
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	職員各自で救急法の講習会に参加しており、又、ミーティングにて緊急時の対応についての説明を行っている。		
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	避難訓練は1年に2回実施しており、地域の消防団の方にも非常時の応援を依頼している。	消防署・地域の消防団との連携は完備され、避難訓練は年2回行われている。簡易スプリンクラーも設置され緊急時防災対策は万全である。	

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
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	利用者のその時々での精神状態に合わせた言葉かけを心がけている。又、一見不自然と思われることであっても状況によっては同調し、利用者が不利な立場や嫌な気持ちにならないように配慮している。	利用者の性格・能力を把握し、本人の希望・意思を活かすように心掛け、その人格を尊重している。また言葉掛けにも誇りを傷つけないように配慮して、プライバシーや個人のポリシーにも留意している。	
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	利用者に対し、いろいろな場面で意思決定を促し質問するが、抽象的な物事がイメージできなくなり言葉での表現が難しくなっている。適した返答がない場合も多く、気持ちを察しての対応が増えている。		
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	食事や入浴等の基本的な日課や1日の流れは決まっているが、利用者個人の行動パターンを把握しながら生活リズムを整えるようにしている。		
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	病状の進行にともない、身だしなみへの関心がなくなっている。日常の中で鏡にむかう時間を作るように心がけている。		
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	野菜の下ごしらえやお盆や鍋を拭く・お米をとぐ等の作業を一緒に行える利用者もいるが、限られている。精神状態によってはその作業が苦痛になっている時もあり、配慮が必要となる。	利用者は栄養計算された献立の下ごしらえを手伝っている。本人の摂食能力に合わせた食事支援が行われ、食事内容についても細かな配慮がみられる。熱中症対策についても工夫をしている。	
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	個人の記録に食事摂取量を記入し、体調不良時や水分摂取量が少ない利用者には個別に詳細に記録し、医師への報告も行っている。		
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、歯みがきや義歯洗浄・イソジン液でのうがいをし、又、毎日、義歯洗浄剤を使用し清潔にしている。		

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
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	排泄記録により利用者の排泄パターンを把握するとともに、定時にトイレ誘導を行い排泄を促し、清潔にしている。排泄の自立よりは尿路感染症対策が目的となる。	利用者個々の排泄は時間等を正確に記録し、それに基づきトイレ誘導を行い、失敗を防ぎ、排泄自立に結びつけている。清潔・衛生には配慮しており、尿路感染症には特に留意している。	
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	各利用者とも緩下剤の服用や下剤、洗腸等での排便コントロールが必要になっている。乳酸菌食品や繊維の多く含まれる食品を食すように勧めたり、腹部マッサージ等で排便を促している。“きばる行為”ができない利用者もあり、便秘は大きな課題になっている。		
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2日に1回の入浴をしているが、失禁等により随時、シャワー浴も行っている。リスク面を考慮し、日中を入浴時間と決めておるが、順番については利用者の希望や状態により、その都度、対応している。	隔日ごとの日中入浴が原則であるが、シャワー浴も行い利用者が清潔感を持って生活出来るように配慮している。入浴中は話しかけ、語り合い、本人の意思や身体状況を理解し、入浴を楽しむように支援している。	
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	病状によっては入眠剤の服用も必要だが、日中を活動的にし、自然に入眠できるように取り組んでいる。病状によっては短時間の昼寝が必要な場合もあり、各利用者の状態把握を心がけている。		
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	個人ファイルに服薬についての説明書を綴じており、内容がすぐわかるようにしている。服薬時は口の中に入れるまで介助し、確実に飲み込めるまで確認している。		
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	利用者は意思表示が難しくなっており、言葉がけだけでは気持ちの確認ができない。職員の“察する力”・“ひらめき”・“実行力”により、利用者の生活は豊かになると思われる。		
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	要望があれば可能な限り対応するように心がけている。外出援助の体制はあるものの最近では外出することのデメリットの方が大きくなっており、積極的には勧めていない。	自然の環境で日常的に散歩もしており、利用者の体力・健康状態を配慮しながら安全性を重要視している。25年は福祉車両等を整備し、ドライブ・温泉・寿司屋等23回の外出記録を確認した。	

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
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	「お金がなくなった」等の被害的な訴えや「支払いをしなければならない」との訴えがあるものの、実際にお金の所持を希望する(必要がある)利用者はなく、所持しても管理できない状態。何かの購入希望時には施設が一時的に立て替えをしている。		
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	支援する体制はあるが、利用者からの要望はない。		
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	全体的に木を使用し、建物内はバリアフリーにして車イス利用者でも楽に行動できるようにしている。廊下やホールもブレイルームと同様に考え、這ったり寝転んだりできるようにしている。	屋内はバリアフリーで段差がなく、自由に移動が出来る。木材をふんだんに使い、木の温かさやぬくもりを醸し出し、利用者がその人らしく自由に生活出来る居心地の良い共有空間である。	
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	共用スペースをL字型にし、死角を少なくすると同時に一つの空間でありながらも、トラブル時には両者を離しての個別対応もでき、気の合う利用者で少人数のグループを作り過ごせるようにしている。		
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	基本的に家具は持ち込みにしており、使い慣れた物を置くことで落ち着いた空間になるようにしているが、病状によっては障害物になる等、危険な時もあり、やむを得ず取り除かなければならない場合もある。	室内は明るく、使い慣れた家具・調度を持ち込まれ、個々に表札があり分かりやすい。転倒に配慮し、洋室和室と使い分け、安全・安心をテーマにした居心地良い個室である。	
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	利用者の行動パターンに合わせて、ソファの向きや位置を変えながら危険のないように対応している。		

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	3370301057		
法人名	有限会社 のどか宅老所		
事業所名	グループホームのどか II		
所在地	岡山県津山市下高倉西544-1		
自己評価作成日	平成26年6月15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.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=3370301057-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社東京リーガルマインド 岡山支社		
所在地	岡山県岡山市北区本町10-22 本町ビル3階		
訪問調査日	平成26年7月19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)】

何名かの利用者の看取り介護を終え、単なる情報でしかなかった”老い”を実体験できた。身体が不自由でも病状が進行しても笑顔で生活していただく為には、専門的な知識と技術を身につけた上で、広い視野と鋭い洞察力や察する力のある豊かな人間性を持つ人材が必要とされるのを痛感している。
 今後は、職員全体の「介護の基本的な部分でのさらなるレベルアップ」と「ひらめきや実行力による利用者の可能性の追求」を続けることを目標にし、個別的な関わりの中での”特別な利用者”の発見を目指し取り組んでいきたい。

【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)】

--

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

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	職員全員が、『家庭生活の延長の介護』との介護理念を共有し実践している。		
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	特別な行事は行っていないが、地区の小学生の慰問があり、利用者と一緒に歌やゲーム等のレクリエーションを行う等交流している。病状の進行により、散歩等の外出は少なくなっている。		
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	必要時、入居に関する問い合わせに答えるだけでなく介護保険や他のサービスについての説明も行っている。		
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	運営推進会議では事業所の近況及び利用者の体調や身体状況についての報告等を行いながら、病状の進行に伴う症状への対応についての要望を聴き、話し合いをする機会にしており、サービスの向上に生かしている。		
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	運営推進会議には必ず出席していただき、事業所の実情を報告すると同時にいろいろと情報提供をしていただいている。又、日常的にも必要時には何でも相談し、連携を図っている。		
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	定期的に研修を行い、職員全員に周知徹底し、身体拘束をしないケアを実践しているが、やむを得ない場合は家族に身体拘束の内容・期間等を詳しく伝え、了承を得るとともに記録に残すようにしている。		
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に注意を払い、防止に努めている	定期的に研修を行い、職員全員に周知徹底し、虐待のないように毎日のケアを行っている。		

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	管理者が外部の研修に参加しており、制度についての理解を深めるようにしているが、活用している利用者は現在はいない。		
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	契約時の説明等は管理者が行っており、家族からの疑問点についての説明や要望についての話し合いはその都度行い、了承を得ている。		
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	毎月、家族には手紙による近況報告を行っており、送付後にその内容に対しての質問や意見があったり、又、面会時の何気ない会話から要望や意見を聴き取りながら、運営に生かすように努力をしている。		
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	何らかの提案がある場合は、ミーティング時に意見を出し合い、問題解決・改善できるように検討している。又、個人面談により、意見が出しにくい職員の気持ちにも対応するように心がけている。		
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	代表者は、管理者を通じて各職員についての状況を把握し、職場環境や条件等の整備に努めている。		
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	内部研修の実施と外部研修への参加を勧め、スキルアップできるようにしている。		
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	外部研修参加時に他施設の方との交流を勧め、意見交換することでサービスの向上に役立てるようにしている。		

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	家族やケアマネージャーからの情報をもとに、利用者の性格やこだわり等について把握している。日々の様子観察を厳重に行い、声かけの工夫をしながら関係を深めるように対応している。		
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	家族からの質問や相談には速やかに対応することを心がけており、不安を和らげるとともに、信頼関係を深めるように努めている。		
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	入居時には、本人・家族と面接を行い、生活習慣や要望と照らし合わせながら必要な支援を見極めている。		
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	炊事の手伝いや裁縫等の家事を一緒に行い、共に過ごし生活する環境にしている。		
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	家族との面会・外出・外泊は自由に行うことができるようにして、家族との交流を勧めている。		
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	なじみの方との面会は自由に行うことができるようにしており、希望があればなじみの場所への外出等も実施している。		
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	利用者同士のトラブルが起きないように状況を把握を行い、必要時に職員が仲立ちしながら、穏やかに過ごせるように努めている。		

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	他施設への移動時等には十分な情報提供を行い、その後も家族の相談に応じる等の支援に努めている。		
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	本人の好きなこと・やりたいことを把握し、取り組んでいる。実践が困難な場合は、職員全体で検討し、可能な限り想いに沿うようにしている。		
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	職員全員が、入居時の情報から生活歴や生活環境を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	利用者各自のペースを尊重し、食事や服薬等の対応を行ったり、外出やレクリエーションへの参加も勧めている。		
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	日常生活における対応の仕方(介護マニュアル)については管理者がサービス計画書を作成し、“生活の中の楽しみ”(生活の質を向上を目指す)については、各利用者の担当者が企画を考え実践している。		
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	介護チェック表に日々の体調・言動・エピソード等を記録し、職員全員で共有している。		
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	本人や家族の要望に対し、その時々で対応している。		

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
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	近所付き合いはあるが、具体的な地域との協力は、今少しできていない。		
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	定期的に往診を受け、体調不良時には電話相談や受診を行い、必要時には他病院への紹介もあり、迅速に対応を行っている。		
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	定期的に訪問を受け、状態報告や相談を行っており、又、体調不良時には随時対応も可能であり、医師からの指示も伝わりやすくなっている。		
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。	入退院時には職員が付き添い、病院関係者との情報交換を密にし、退院後の対応の仕方についての相談やフォローの依頼も行っている。		
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	入居の際の契約時に“看取り”についての説明を行い、重度化した場合はかかりつけ医との連携を図りながら対応している。		
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	心肺蘇生法等の応急手当については、職員各自が講習で学び、技術を習得している。又、利用者個々の緊急時の対応については、ミーティング時に徹底し備えている。		
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	定期的に避難訓練を行い、非常時に混乱せず、迅速に的確な行動ができるようになる為に備えている。		

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
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	一人ひとりにあった声かけや対応を行い、人格を尊重するように心がけている。		
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	本人の希望を聴き、対応するようにしているが、病状の悪化により言動での表現や自己決定が難しくなっている。		
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	食事摂取の速度や起床・就寝時間等、一人ひとりのペースを尊重し対応するようにしている。		
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	病状の進行により、本人からの希望は聞かれなくなっている。		
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	季節の料理を取り入れたり、一緒に食事の準備や後片付け等を行い、楽しめるように支援している。		
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	一人ひとりの食事と水分摂取量を記録し、体調管理を行っている。		
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	起床時・毎食後は口腔ケア(イソジン液でのうがい・歯みがき・入れ歯洗浄)を行い、夜間は入れ歯洗浄液にて洗浄し清潔にしている。		

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
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	排泄記録により、一人ひとりの排泄パターンを把握し、個人に合わせた介助をおこなっている。		
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	排便確認を行い、個々に応じた食事の工夫(繊維質を多くしたり乳酸菌食品を摂る)や下剤の服用等で、便秘の解消に取り組んでいる。		
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	体調や気分に合わせてながら、拒否なく入浴できるように支援している。		
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	日中は家事手伝いやレクリエーション等で身体を動かし、夜間の安眠につなげている。又、不穏な精神状態で入眠できない時は、側に付き添い不安感を和らげるように対応している。		
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	内服薬の形状(錠剤・散剤等)は各自の状態に合わせて処方されており、服用時は口の中に入れるまで介助し、飲み込めるまで確認している。		
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	利用者各自の病状や身体機能を把握し、”好きなこと””できること”を探し、楽しみながら一緒に取り組むようにしている。		
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支援している	病状の進行により、遠方への外出は難しくなっているが、当所の中庭で日光浴をしたり、近所の公園へ出かけたりしている。		

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	個人で金銭を所持し使用することはない。外出にて一緒に買物に行き、好きな物を選んでもらい、立て替えにて購入している。		
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	本人からの要望はないが、家族から電話があれば話ができる利用者もいる。		
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	日中は共有のスペースでゆっくりと過ごせるように、イスの配置や壁の装飾等に配慮している。		
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	気に入った場所に座り、気の合う利用者とは話しながらゆったりと過ごしてもらっている。		
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	自室には使い慣れた物を置き過ごしやすい空間にしているが、病状の進行や身体機能の低下により家具等が少なくなっている部屋もある。		
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	建物の構造がやや複雑になっている為、日中は共有スペースで過ごすことで行動を把握し、安全に過ごすことができるように支援している。		