

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	0590400214		
法人名	社会福祉法人 大館圏域ふくし会		
事業所名	グループホームいずみ		
所在地	秋田県大館市泉町9番19号 泉町地域福祉センター2階		
自己評価作成日	平成29年11月17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.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 秋田県社会福祉事業団		
所在地	秋田市御所野下堤五丁目1番地の1		
訪問調査日	平成29年12月18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)】

・家庭的な雰囲気の中で家族や地域住民との交流を大切に、身体機能の低下を予防できるよう家事仕事や掃除など無理の無いよう生き生きとした生活を維持できるよう支援に努める。日々の生活の中で余暇活動や行事・歌などを通し、利用者さんが楽しいと思えるような生活が出来るよう支援している。病気や体調不良時の早期発見・早期対応に努め主治医や家族と連携を図り健康的な生活を維持できるよう努めている。1階にデイサービスセンターがある事から行事を一緒に行ったり、またデイサービスセンターが休日には、場所を借りて敬老会や大きな行事などを行って気分転換を図っている。

【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)】

東大館駅前に位置し、病院や買い物等、アクセスしやすい環境で立地条件が良い。近隣の乳児保育園との交流や地域住民参加の避難訓練、夏祭り等を通じて、利用者が地域社会とつながりながら暮らしている。泉町地域ふくしセンター内では1Fレストランで食事を楽しんだり、ディルームで家族交流敬老会や座談会を開いたり事業所内だけでなく、建物を有効活用し、利用者の気分転換を図っている。センター内で様々な委員会が設置され、各事業所職員が配置し、活動を計画実行している。人事考課制度を取り入れ、職員の人材育成に努めている。利用者が自分らしく、楽しい安心した暮らしを支えるべく、職員の気づきと共に意見を積み上げ、常に質の向上に努め、利用者本位のケアを目指している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～53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		取 り 組 みの 成 果 ↓該当するものに○印			
54	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	61	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 (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
55	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	62	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
56	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	63	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. 全くない
57	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	64	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
58	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	65	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
59	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	66	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
60	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
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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	共有し実践できるよう意識しながら努力し支援にあたっている。	家庭的な雰囲気の中で、利用者のペースを大切に、楽しく安心して暮らせるように、思いに寄り添いながらケアの実践に努めている。認知症実践者研修に参加した職員の提案で、ホーム理念とは別に、ユニットの理念を検討中で、職員に意見を募っており、理念の意識づけに取り組んでいる。	
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	近くに乳児保育園があり、作った焼き芋を頂いたり、交流行事などがある。また保育園で行事がある際は、駐車場を貸すなど協力し合っている。	地域へ還元する機会をと生活委員会が提案し、町内清掃をしている。近隣の乳児保育園行事に利用者数名が参加したり、乳児保育園行事の際はホーム駐車場を開放する等、互いに協力関係にある。人材育成の貢献として看護学生の実習受け入れも積極的に行っている。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	見学者は常に受け入れている。また2か月に1回運営推進会議があり地域の方も参加され現在の状況を伝えている。		
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	グループホームいずみの行事や利用者・職員の状況などを報告し処遇に行かせることなど質疑応答・意見交換を行いサービスの向上に繋げている。	事業所便り「楽しいひととき」を参加メンバーに配布し、利用者の状況報告や行事、職員の動静を報告している。参加メンバーから嚙下機能向上のため「口の体操」の情報提供があり、食事前に取り組むようになった。活発な意見交換の場となっている。	専門性を活かし、認知症に関することや介護予防について、地域へ情報発信できる取り組みを会議メンバーと話し合いながら、具現化できるように期待します。
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	2ヶ月に1回の運営推進会議に市の職員も委員になっており、状況報告しながら必要時は相談や助言を頂きながら協力して頂いている。	大館市長寿課及び地域包括支援センター職員が運営推進会議メンバーとなっているため、運営や利用者の生活課題の解決に向けて共に取り組んでいる。また、生活保護課から相談事項の助言をいただき、課題解決につながった。	
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	運営要項にも記載しているが「身体拘束委員会」もあり、拘束はしないように取り組んでいる。	退院後などで、身体拘束の対象者が入所した際には、身体拘束廃止委員のメンバーで話し合い、家族と同意書を交わした上で、夜間のみベッド柵を行なう事に対応した。1週間ごとに対策検討を重ね、ベッドから布団へ変更し、拘束解除に至っている。また、年に1回、身体拘束について勉強会を開催し、職員の理解を深めている。	

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
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	運営要項にも記載しているが今年度は、研修で学んできた職員がおり、職員会議の学習会で研修復命聞き、改めて学ぶ機会がありました。		
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に支援している	学ぶ機会は少ないと思う。必要があれば活用できるように支援していきたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	新しく入居する際の面談の際に重要事項や契約書の内容を説明し理解して頂いたうえで氏名の記入をお願いしている。また退去時もお預かりしているおこずかいや保険証類を説明し書類を渡している。		
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	利用者さんからの意見や要望については年に2回茶話会と称して聞き取りを行っている。家族さんへは面会時や毎月、手紙で近況報告している。運営推進会議でも家族の代表者が出席しているため頂いた意見は反映するよう努めている。	面会時や毎月の近況をおたよりで報告する際、また年2回の茶話会や介護計画見直し時に、利用者及び家族からの要望や意見をいただいている。適宜家族アンケートを実施し、意見や苦情を表出しやすい環境づくりに努めている。	
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	利用者支援ノートを用意しており職員それぞれの意見を記入し月に1回は係長やデイサービスの看護師を交えて利用者支援会議を行っている。	人事考課を取り入れ、自己評価後に施設長と面接をする機会が年1回設けられている。転倒予防のため脱衣室にマットを設置したことや勤務時間の変更は職員の意見が反映されている。	
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	毎年、職員個々に業務遂行能力効果を実施し、「自己評価」「自己目標」を行いその後、施設長との面談を行い向上心を持って勤務できるよう努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	職員研修を受ける機会を設けている。今年度は管理者研修、リーダー研修、実践者研修また2名の職員が実務者研修を行っている。また月1回の職員会議後に施設内学習会を行っている。		

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
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	研修に参加した際、他施設の職員と交流を図り意見交換しサービスの質の向上に繋がればよいと思いつながら参加している。改めた機会はほとんどない。		
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	利用者さんの不安感をかかわりを多くし傾聴することで安心感を持っていただき不安解消するよう努めている。		
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	ケアプラン作成時、家族からの希望・要望も確認している。「他利用者さんと仲良く楽しく暮らして欲しい。」「できることはやらせて欲しい。」などあり。初回面談で状況の聞き取りを行い入居後は、月に1回のお手紙でホームでの状況報告をしている。また面会時にも随時信頼関係の構築に努めている。		
17		○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	利用者さんと職員と一緒に家事仕事(茶碗拭きや洗濯物たたみ・モップかけ)などを行ったり昔の話など傾聴しながら支え合い信頼関係を築いていく。		
18		○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	遠方の通院先の利用者さんの通院介助をしていただいている方がいる。家族参加型の行事(盆踊り会や敬老会など)面会時などは利用者さんとの時間を大切にさせていただきたくゆっくりしていただけるよう声掛けには配慮している。(ありがたい気持ちを伝える。)		
19	(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	家族の写真を飾ったり、今まで在宅で使用していた椅子やタンスを持ってきて使用している。友人や親せきの方が面会に来てくれる。入居前から通院していた病院は変更しないなど。	初回面談で利用者及び家族から生活歴を聞き取り、利用者面接記録表に記入し、全職員が周知できるように回覧している。元職場の部下や親戚の方が面会に訪れている。行きつけの美容室や墓参り、法事に家族と共に外出している。これまで培ってきた人や場のつながりの継続ができています。	

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
20		○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	利用者同士の会話の中に必要時は職員が入り会話を分かりやすく伝え孤立しないように努めている。また認知症の進行により思うように発語が出にくかったり、怒りっぽくなってきている利用者さんがいる中で職員が間に入ってトラブル防止に努めている。		
21		○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	退去されても家族の相談にいつでも対応できるよう声掛けを行い支援に努めている。(退去することになり次の施設を決める場合など法人内の施設でもしくはできる限り力になっている。)		
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					
22	(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	ケアプラン作成時、確認できる方には利用者さんの要望・希望を確認している。また本人の意向を聞き出来る限り叶えるため支援会議などで話し合いを行っている。朝食を食べたことを忘れてしまった利用者さんには、傾聴し、下のレストランでパンを買って食べて頂くなど。	意向を明確に把握できない場合は、利用者の立場になって質問内容を想定し、思いを把握するように努めている。思いの実現に向け、利用者支援ノートに記入し、月1回の利用者支援会議で話し合いをしている。	
23		○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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時の初回面談で家族に生活歴などを聞いてコミュニケーション会話の参考にさせていただいている。		
24		○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	日々の心身状態の変化時や1日の流れの中で変わったことがあった時など業務日誌に記録を残し把握するように努めている。		
25	(10)	○チームでつくる介護計画 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・家族より希望を聞き、介護計画作成後、家族へ確認して頂き同意書に記入して頂き計画に沿った(現状に沿った)支援を実践している。	利用者や家族の意向を反映しながら、担当者がチェック表にてアセスメントを行う。それをもとに介護計画の原案を作成し、担当者会議で職員の意見や気づきが反映されている。月に1回は担当者が進捗状況を評価している。今年度より質の向上を目指し、職員同士情報を共有するためのノートを新たに設け、活用している。	
26		○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	1か月ごとにケース記録でまとめを記入し状況により計画の見直しを行っている。職員同士で情報を共有し3ヶ月に1回のモニタリングの際、見直しに生かしている。		

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
27		○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	希望の物が購入できるよう出張販売で地域の店の方が来て下さり安心して買い物ができる。また歩行が困難で外へ出るのが困難な方に対して床屋さんをお願いすると来て下さる。		
28	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	入居前からの主治医で継続して通院している。処方された薬の事で気になったり確認したいことは、直ぐに確認できるような信頼関係を決まった薬局とも築いている。新しく通院する際は、ご家族さんと相談しながら病院など決めている。	利用者及び家族が希望する病院へ受診介助を行っている。受診結果は手紙や電話にて家族へ報告している。受診内容は通院ノートで、朝夕申し送りし、情報共有を図っている。服薬方法の不明点は、薬局へ相談し、指導を仰いでいる。また調剤薬の配達も利用している。	
29		○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回のデイサービスセンターにいる看護師に必要時は報告し相談し支持を仰いでいる。必要時は、夜間も急変時には適切に対応して頂いており協力して頂いている。		
30		○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。	定期的に面会に行き状況を病棟の看護師に聞き取りを行っている。また入院期間が長くなった場合は今後の事や退院の目途などもあるため病院へお願いし医師と家族と施設職員とで話を聞く場を設けて頂いている。		
31	(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	グループホームは看護師がいらない為、出来ること、出来ないことを伝え家族が今後、一番希望されるよう終末期の相談は速やかに対応出来る限り希望に沿うよう施設を探するなど対応している。	入居時に重度化した場合の説明をし、状態に応じて主治医、家族、事業所で話し合い、方向性の確認をしている。終末期をどこで過ごしたいのか、希望に沿えるように他事業所、病院と連携を図っている。	
32		○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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	訓練までは行っていないがマニュアルがあり、すぐに対応できるよう職員それぞれに伝達し身につけている。また状況次第では救急車を要請するよう伝達している。		
33	(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	素早く対応できるよう年に2回避難訓練(日中・夜間を想定し)を行っている。地域住民の協力もあり協力体制を築いている。	泉町地域ふくしセンター全体で避難訓練を年2回実施している。地域住民も参加し、避難訓練任務分担当で役割が明確になっている。環境委員会で災害用物品を把握しており、系列レストランに食料品を確保している。災害支援ネットワークに参画し、被災施設利用者の受け入れができる体制になっている。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
34	(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	入浴時や排泄の際は、羞恥心に配慮しながら特に気をつけている。また利用者さんの呼び方や声掛けにも配慮している。	人生の大先輩であると常に意識し、語調や呼名の仕方に配慮し接している。折に触れ、利用者支援会議や利用者支援ノートで敬意を払った言葉と態度で接するように職員へ注意喚起している。	
35		○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	生活する中で利用者が自分の気持ちを伝えられるよう自己決定ができるような声掛けを心がけている。焦らず無理せず待つ心を持つよう。また後回しにしない。		
36		○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	出来る限り本人の希望に沿うように対応している。職員のペースではなく利用者個々のペースに合わせる支援。余暇活動や食器拭きたたみ物などのお願いをした際、無理のない支援をしている。		
37		○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	季節に合った服の準備を一緒に行ったり行事に女性は、化粧をして参加するなど。散髪の時期は気にして対応している。また本人から要望があった際も都度、対応している。		
38	(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	副食の盛り付けなどを利用者と職員と一緒に楽しみながら行っている。また食後には、食器拭きやテーブル拭きなど出来る利用者さんをお願いし一緒に行っている。	泉町地域ふくしセンター内レストランから、食事が提供されているが、副食の盛り付けや食器洗い、食器拭きは利用者も行っている。また、レストランで好きなものを食べていただく機会を設けている。行事として、おやつ作りやだまこ作りをし、食事を楽しむための工夫をしている。	
39		○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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事量が少ない時は、代替食や口当たりの良い果物やゼリーなどで対応したり、水分量も必要時はコップに印をつけて把握している。個々の食事形態に合わせ刻みやお粥など対応している。		
40		○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、歯磨きを行い必要な方には仕上げ磨きをしている。またモンダミンなどで口臭・口腔内の清潔保持に努めている。		

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
41	(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	排泄チェック表を活用し排泄間隔を見て声掛け・トイレ誘導を行っている。(夜間は、オムツ対応の方も日中は、トイレ誘導を行っている。)	排泄意がない方は行動観察し、ジェスチャーを察知し、他利用者に気づかれないようさりげなくトイレ誘導を行っている。またトイレ脇にポータブルトイレを設置し、排尿や排便量の把握を行い、病状の再発予防に努めている。	
42		○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	乳製品やヤクルトなどを摂っていただく。こまめな水分補給。腹部マッサージを行う。適度な運動で腸を動かすよう廊下歩行など。改善されない場合は、主治医に相談し必要時には整腸剤や下剤が処方されている。		
43	(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や健康状態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	職員体制や通院などにより曜日や時間などは職員側で決めている現状だが、出来るだけ本人のペースに合わせて入浴時間を楽しんでいただけるよう時間や湯の温度など対応して支援している。	週3回、利用者のペースに合わせて、湯温調節や入浴時間は利用者の意向を確認しながら、対応している。体調不良時は清拭で対応し、安眠につながるよう足浴を実施することもある。GH湯・たんぼ会と称して、デイサービスの大きなお風呂で温泉気分を味わえるよう、そして入浴を楽しめるよう工夫をしている。	
44		○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	安眠に繋がるよう就寝前にホットミルクを飲んでいただいている方がいる。個々のペースに合わせて就寝介助を行い、前日に不眠の場合で眠気が強い時や疲れや倦怠感が強い時には静養時間を設けて対応している。		
45		○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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	処方された薬については薬ファイルに用紙を閉じ副作用など把握している。内服薬が変更になった際は通院ノートに記録しそのノートを各職員が見れるようにしている。また錠剤が飲みにくいなど変化が見られた際は、通院時に相談して粉剤にしてもらうなどしている。		
46		○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	居室のモップ掛けを日課に取り入れれたり、洗濯物干しや食器拭きなど役割を持って生活をしていただいている。余暇時間には、トランプやカルタ取り、塗り絵などを行ったりドライブで気分転換を図るよう支援している。		

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
47	(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	外出が困難な時は、中庭へ出て風を感じていただき散歩をしたり、施設周辺の散歩を行うなど。天候や通院の予定を見ながらドライブや買い物や食事へ出かけ気分転換を図る。また家族と一緒に外出したり外泊も対応している。	年間計画を立て、季節に合わせてドライブ等外出支援を行っている。天気のいい日は散歩したり、中庭でひなたぼっこをしたりと日常的に外出の機会があり、気分転換を図っている。	
48		○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	現在、当事業所ではお金(おこずかい)は事務所で管理している。洗剤や必要物品は職員が代わりに購入することが多いが可能な場合や本人が希望される場合は職員がそばで見届けを行っている方もいる。		
49		○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	利用者さんから希望があれば電話のやり取りは行っている。手紙の希望は無い。(担当職員が月に1回家族さんへ手紙を書いて状況報告をしている。)		
50	(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、臭い、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	ホーム廊下の掲示板に行事の写真を貼るなどして季節を感じて楽しんでいただいている。歩行スペースを確保している。利用者さんがゆっくり過ごしているソファの位置に日差しが強く当たりやすいためブラインドで調整している。エアコンや暖房の調整(冷房や利用者さんが敏感な為、直接当たらないようになど配慮している。)	ホーム内に利用者製作の貼り絵や編みもの等、季節に合った作品を飾り、ゆったりと心地のいい音楽が流れ、リラックスできる環境を整えている。感染予防対策で加湿清浄機を設置し、温湿度計で管理している。テーブルやイス、手すりをハイター消毒液で食事の前後に清掃し、居心地の良さだけでなく、健康を維持するための対策を講じていた。	
51		○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	テレビの前にソファがあり、利用者同士が隣り合って座るような空間を作っているがテーブル席で過ごしたい時や居室で休みたい時など本人の思いに合った居場所で過ごしていただいている。		
52	(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	自宅で使い慣れた家具を持参して頂いたり、テレビや座椅子を置いたり家族の写真を飾るなど居心地よく過ごせるよう配慮している。	テレビや整理タンス、家族の写真、本等、自宅から使い慣れたものや好みのものが持ち込まれている。自宅にいた時と同じように居室をレイアウトしたいと模様替えをしている。モップかけできる利用者は居室内を清掃している。	
53		○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	廊下には段差が無く居室の前には本人さんの名前を付けて分かるようにしている。トイレに入る際は「使用中」の札を付けるなど対応している。タンスの引き出しに何が入っているか記入している。「出来ること」に関しては廊下や居室のモップ拭き・洗濯物たたみ・食器拭き・テーブル拭き・副食の盛り付けなど行っていただく。		