

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	2277101685		
法人名	有限会社川井ライフプランニング		
事業所名	グループホームゆずりは		
所在地	浜松市中央区早出町1355-6		
自己評価作成日	令和6年 1 月 10 日	評価結果市町村受理日	令和6年4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-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階
訪問調査日	令和6年 3月 27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)】

認知症の高齢者が日常生活を通して出来るだけ持てる力を発揮・継続できるよう、個々の出来る事・出来ない事を職員がしっかり把握し利用者様それぞれに必要な生活支援を提供できる様に努めている。利用者様が気持ちよく生活を出来るよう施設内の清潔に心がけている。(こまめな掃除・衣類の洗濯・排泄物の処理を徹底し施設内の臭いにも注意している)

【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)】

事業所は、周囲に住宅が立ち並ぶ住宅密集地の一角に立地している。目の前に郵便局、近くにコンビニエンスストア、周辺にはスーパーマーケットやワンコインショップがあり公園等自然環境にも恵まれている。住民同士の結びつきが強い地域であり、地域防災訓練に参加して災害時の協力体制を構築している。コロナ前は認知症の啓蒙活動や福祉体験の受け入れ等を通して、地域の資源となっていた。認知症ケアセンター方式を使って利用者主体のアセスメントを行い、利用者のできること・わかることや24時間の生活を知り、個別ケアを実践している。また自分の意思に基づいた生活ができるように支援している。

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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者の	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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらいが			<input type="radio"/>	2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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)	<input type="radio"/>	1. 毎日ある	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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ毎日のように
			2. 数日に1回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	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)	<input type="radio"/>	1. 大いに増えている
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	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	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	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	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族等が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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、安心して暮らさせている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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	入職時、管理者が理念について説明し指導をし、年に1回は勉強会で取り上げ理念の確認と再認識をし取り組んでいる。	理念「老いてもなお輝き続ける日々の暮らし」を、入職時に具現化できるように指導している。勉強会を開き認知症の理念を基に振り返り、共有し利用者中心のケアを実践している。	
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	地域の自治会に参加し祭典時には寄付などの協力をしている。地域の秋祭りや納涼祭に参加し利用者様にも楽しんで頂いている。	事業を開始して20数年が経ち、災害時の協力体制や体験の受け入れ等、地域コミュニティの一助となっている。住民の方が事業所に立ち寄ってくれたり、散歩中の挨拶や声掛け等日常的に交流している。	コロナ以前に行っていた認知症の啓蒙活動や福祉体験等の受け入れの再開等、事業所を地域の資源として生かすことが望まれます。
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	新型コロナウイルスが蔓延する前は地域の中学生等の職場体験や福祉体験の受け入れをしていたがコロナ以降出来ていない(依頼もない)落ち着いて依頼があれば受け入れていきたいと考えている。		
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	コロナ課になり状況の紙面報告が主となっていた、5月以降開催できるようになったが実際は感染が中々落ち着かずスムーズにはできていない。	自治会長、民生委員、入居者代表、地域包括支援センター、行政の参加により運営会議を2か月毎に開催している。事業者の取り組み状況の報告や地域からの情報提供、話し合いが行われている。	
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	施設に係る書類の提出や届出など、直接出向き提出したり、電話での問い合わせ、生活保護者の受け入れなどでの協力をしている。	運営推進会議でサービスの実際や取り組み状況を積極的に伝え、アドバイスをもらっている。法改正の説明会や勉強会に参加して協力関係を築くように努めている。担当者のもとへ出向き顔を見て話すことで信頼関係を深めている。	
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	事業所に身体拘束ゼロのポスターを掲げ、宣言している。職員は身体拘束をしないケアを心がけて実践している。玄関は夜間のみ施錠。やむを得ない場合はご家族に同意をして頂いている。	身体拘束ゼロを実践するために、身体拘束の弊害や身体拘束禁止の対象となる具体的な行為等を学んだり、事例の検討を行っている。またポスターを掲示することによって意識を高めている。	
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に注意を払い、防止に努めている	管理者・職員は、虐待防止に関する勉強会の機会を設け虐待防止に努めている。職員同士、言葉や行動をお互いに注意し合えるようにしている。		

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
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	勉強会を開き、権利擁護について学ぶ機会を作っている。		
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	利用開始時に、御家族・利用者本人と面談をし契約時に重要事項・運営規定などを説明し理解をして頂いている。		
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	ご家族面会時に利用者の状況を説明するとともに意見・要望を聞くようにしている。検討し対応できる内容であれば運営に反映している。	面会時や毎月利用者の状況を伝えることで信頼関係を築き、意見・要望が言いやすい雰囲気を作っている。コロナ禍が続いたため、面会制限の緩和等の要望が挙がっていた。	
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	日頃から、意見や提案を言いやすい環境を整えている。管理者から職員に声をかけ意見や提案を聞きだして代表者と検討し反映している。	勤続年数の長い職員が多く、管理者も積極的に声掛けをしケアに携わっているため、提案しやすい職場風土が構築されている。老朽化による戸の危険性や食事のランクについて検討し反映している。	
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	休日・休憩時間の確保、個々の年間目標を掲げ定期的に振り返り評価をしている。人数的に厳しい月は特別手当を支給して職員の労働意欲が削がれない様勤めている		
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	人材不足もあり、社外での研修参加が厳しい状況だが管理者が認知症介護指導者でありその都度必要な指導を受ける機会を持っている。		
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	管理者は県認知症高齢者GH連絡協議会理事等の活動を通じ、同業者との交流を深め、ネットワークづくりや勉強会に参加しサービスの質の向上に努めている。		

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
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	入居後最低1週間は新利用者とのかわりを多く持ち、本人の表情や言動をから要望や不安な事を把握し1日も早く安心して穏やかに生活できるように努めている。		
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	入居希望の申し込み段階から、御家族の話じっくり聞き、不安に感じている事や困っている事、要望を把握し、それに対する適切な対応を迅速に行うなどし信頼関係に努めている。		
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	入居相談の段階で、本人の状況を聞きだし直接本人と面談した後、適切なサービスを見極め支援している。		
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	利用者一人一人、出来る事・出来ない事を見極め、出来る事は継続できるよう、職員は見守り本人の力を発揮できるよう支援している		
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	必要なものは御家族に連絡し用意してもらう等し、面会に来る機会を作っている。通院などに関しても、御家族の都合を聞きなるべく協力して頂いている。(協力医院以外の通院)		
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	面会時間を制限せず、御家族が仕事帰りにでも寄れるようにしている。外出や外泊なども届出のもとご家族の希望に添えるように努め、御家族との時間を確保できるようにしている。	家族との関係継続を大切に考え、自由に面会でき、外出や外泊も出来るように支援に取り組んでいる。電話や手紙を活用して連絡を取っている人もいる。馴染みの医院や買い物は、家族と協力して支援している。	
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	仲の良い同士、楽しく食事ができる様食事の席を工夫している。利用者同士 愚痴を言ったり励ましあったりする場面もあり、職員は見守りトラブルに発展しないように注意している。		

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	ゆずりほで看取りを行いサービスの終了になった方が多いのですが、その後も葬儀の出席や年賀状などでの挨拶を継続している。病院に入院された利用者に関しては面会や御家族への連絡を通じフォローしている。		
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	思いを伝えることができる利用者様に関しては、出来る範囲でなるべく想いに添える様支援している。伝える事が困難な利用者様に関してはその方の表情や行動、生活暦ご家族の話からくみ取り支援している。	生活を共にする中で、一人ひとりの思いや希望、意向を聞き取るように努めている。困難な場合は、生活の様子や生活歴、性格、家族からの情報を基に、本人本位に検討を図っている。	
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	入居時に生活暦など本人の情報を御家族に記入して頂いている。お話の出来る方は入居してから本人との関わりの中で情報収集している。		
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	利用者様との関わりの中から状態の把握に努め職員間で共有できるよう個別にできる事できないシートを作成し現状の把握に努めている。		
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	評価機関を定め定期的に見直しをしている。御家族には月に1回状況報告とケアプランの評価・変更を伝えている。新たな要望や疑問点に関してはそのつど聞き出し介護計画に反映させている。	利用者や家族、職員、関係者からの情報を評価・分析して介護計画を作成している。定期的に見直しをし変更や改善点を明確にして、家族等の要望や考えを反映し、現状に即した介護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	24時間通しての利用者の様子がわかりやすい様に記録用紙を工夫している。特記事項に関しては情報シートに記入し情報の共有に努めている。		
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	介護予防としてお試し入居なども検討しているが人員に余裕がないため現在取り組みが出来ていない。		

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
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	利用者一人一人、活用できる地域資源を把握し、その中で生活に必要な資源を利用し暮らしを楽しむ事ができる様支援している。郵便局・コンビニ・公園・薬局・病院・介護タクシーなど		
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	入居契約時、御家族からかかりつけ医の継続受診を希望するか施設の協力医院に変更するか希望を聞き、ご家族の希望に添える事ができる様に対応している。	入所時家族の希望を確認し、受診支援を行っている。受診当日、状況を連絡したりバイタル情報を伝えたりして、適切な医療が受けられるように努めている。2週間に1回口腔ケアのため歯科医院の訪問がある。	
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	介護職員は日々の利用者の様子を記録し情報や気づきを看護師に伝え相談し必要な受診や医師への報告・相談に努め利用者早期に治療ができる様支援している。		
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。	利用者が入院した場合、ご家族・医師・施設職員で面談の場を持ち、ゆずりでは出来ない支援と出来ない支援を伝え以後の方針を決める。病院の相談員との連絡を密にし情報交換や相談援助に役立っている。		
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	入居時にご家族にゆずりではでの看取りの指針を伝え、週末期の過ごし方の希望を聞いているが 実際に終末期を迎えられた時に、再度ご家族・医師・施設職員と面談をし看取りの取り組みをしている。	入所時看取りの指針を基に重度化した場合や終末期について、丁寧に説明し希望を聞いている。状態の変化に応じて、家族や医師、職員と話し合いながら方針を共有して取り組んでいる。医療的なことは医師が判断し、家族と協力しながら支援に繋げている。	
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職員は必ず目を通し理解するようにしている。また、勉強会で急変時や事故発生時の対応の仕方などを学習し取り組んでいる。		
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	運営推進会議の場で地域代表(自治会長)に災害時の協力体制や地域の防災訓練参加で地域の方に認識していただけるよう努めている。定期的な防災訓練を行い、災害時の対応を身につけている。	年2回避難誘導訓練を実施し、職員一人ひとりが災害時の避難方法を身につけるように努めている。地域の防災訓練への参加や安全確認のたすきの使用等、災害時の協力体制を築いている。	

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	職員は、相手の立場や思いを受け止め言葉や対応の仕方をしている。 職員同士で注意し合う。	本人の視点で情報収集を行い、一人ひとりを理解し、個々にあった声掛けや対応に努めている。入浴や排泄時、羞恥心に配慮して支援するよう努めている。「自分がされたら嫌なことはしない」を基本に支援に取り組んでいる。	
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	外出や外食、作業をするときなど利用者様ご本人に希望を聞き決定している。 意思を伝える事が難しい利用者様に関しては簡単な2つに1つなどの選択方法などを表情などを見ながら決定している。		
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	利用者様のその日の体調や気分を考慮し利用者様を中心に考えた暮らしに努めている。(外出・日常の掃除や洗濯・レクリエーション等)		
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	サービスをご利用される前に、御家族から利用者様の好みなどを詳しく聞き(御家族のわかる範囲で)、出来るだけ利用者様ご本人の好まれたであろう服装や身だしなみやおしゃれを支援している		
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	事前に利用者様の嗜好を御家族から聞き出しているため、個々の誕生日などは好物をお出ししたり、日々の会話の中で今何が食べたいとか、何が好きだとかを聞き、利用者様が食事を楽しむ為のヒントにしている。	利用者に好みのものや苦手なものを伺い生活歴を参考にして献立を組み立て、職員と一緒に食事作りをしている。皮むきやもやしの芽を取る作業等、料理の準備、洗い物や片づけ等出来る事はやっていたい。	
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	毎食の接種量は日々の記録に記入して把握している。水分に関しては、毎食時・10時・15時・入浴後にすすめている。尿量や回数を見て水分が多めに必要な方に関してはジュースやスポーツドリンクなどを補給。		
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	自分の歯・義歯の方は毎食後歯磨きを習慣にしている。(義歯の方は夜間お預かりし消毒洗浄)訪問歯科による口腔ケア 歯がほとんどなく義歯も使用していない方は食後イソジンガーゼで口腔清拭している。		

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	サービス開始から状況チェック表(排泄・睡眠・起床など)を記入し、ご自宅で紙おむつや紙パンツを利用されていた方でもトイレで排泄が出来る様支援している。布パンツ使用に変更している。	排尿の時間や間隔、量等をチェックし、排泄のサイクルやタイミングを把握してトイレ誘導をしている。一人ひとりの力や排泄パターンを活かして、トイレで排泄できるように積極的に支援している。	
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	和食中心、野菜類を多くメニューに取り入れ食物繊維が摂取できるようにしている。毎朝、牛乳を提供している。		
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	2日に1回の入浴をしていただいている。入浴時間は、殆どの方が午後14時から16時の間に入浴されているが、就寝前の入浴を希望される方には夜間入浴の支援をしている。	熱めのお湯を好む方や長くお湯に浸かっていたい、会話を楽しみたい等、一人ひとりの望む入浴ができるように支援している。入浴に拒否があった場合は、無理強いしないことを基本に、タイミングや声掛け等を工夫し支援に取り組んでいる。	
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	移動が自立されている方はそれぞれ自由に居室に戻り過ごされ就寝されている。何らかの介助が必要な方に関しては表情や状態をみて居室へ誘導し休んで頂いている。個々に合わせた声掛けを行っている。		
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	個別に内服薬一覧表を用意し、利用者様が内服されている薬が分かるようにしている。薬の飲み忘れなど無い様に必ず確認をするよう注意している。		
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	暮らしの中で役割を持つ事は利用者様自身の自信や喜びに繋がると考えているので出来る範囲で行って頂いている(洗濯・掃除・食事の片づけ・買い物)		
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	ユニット全体ではなく、3~4人に分かれ花見や初詣・買い物など外出の機会をつくり支援している	近くの公園への散歩や小人数での初詣や花見、買い物等の希望に沿った外出支援に努めている。コンビニで買い物をしたり車椅子で食事に行く方もいる。遠いところは、家族と協力しながら出かけられるように支援し楽しみに繋げている。	

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	御自分でしっかり管理できる方が居ないので基本的には職員が支払い等をしているが、中には財布を預かりその都度渡し、自分で使っている方もいます。		
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	訴えがあれば自由に電話や手紙のやり取りが出来るよう支援している。郵便局へ一緒に行き切手の購入や手紙の投函などの支援。		
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	季節に合わせた壁飾り(幼稚にならないような)トイレ入り口の表示の工夫。 夏は涼しくなりすぎない、冬は暑くならないよう室温に注意している。	壁には季節に合わせた作品を装飾し、話ができるスペース作り等で季節感や生活感を大切にしている。テレビの音量を小さくし、臭いや室温等の刺激に配慮している。ヒーリング音楽を流し、リラックスして過ごせる時間を作っている。	
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	一人一人ベットの位置、家具の位置を考え工夫している(使いやすい・危険の予測)ソファなどの位置や食卓の席など気のあったもの同士の時間が過せる様工夫をしている。		
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	入居時に、本人・家族と話をし、なるべく自宅で使用していた馴染みのある物を用意して頂いている	押し入れとエアコンが設置され、カーテンは防災仕様であれば好みのものをつけることが可能である。冷蔵庫や仏壇、絵や好きな物、使い慣れた物を持ち込み、自分らしく居心地良く暮らしていけるように配慮している。	
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	エレベーターや階段・廊下の手すり。 トイレの入り口のわかりやすい表示など工夫をしている。		