

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	0290400043		
法人名	社会福祉法人報徳会		
事業所名	黒石ケアサポートセンター(認知症対応型共同生活介護)		
所在地	〒036-0537 青森県黒石市赤坂字池田136番地		
自己評価作成日	平成25年8月5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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成25年8月22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)】

<p>認知症実践者研修終了職員を多く配属しており、認知症高齢者に対し、その方の望ましい生活を実現する為、日々理念に添ったケアを提供できるよう、会議、カンファレンス、申し送りで根拠に基づいた話し合いを繰り返し行い、実践する事に力を入れて取り組んでいる。</p>

【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)】

<p>事業所周辺は田畑が広がり、周囲は木々に囲まれていて緑が多く散歩するには適している環境である。利用者は併設されている小規模多機能型居宅介護施設において、利用されている地域の方との交流ができ、週に3回大浴場で入浴を楽しまれている。職員は外部の研修に参加する機会も多く、会議等での伝達方法も整備されており、研修で学んだことを活かし認知症について理解しケアを実践している。建物の雰囲気もそうだが、施設内は大きな物音もなくゆったりとした感じである。利用者との会話は人格・尊厳を大事にし、職員が自信をもってケアしている様子がうかがえる。</p>

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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りや深まりがあり、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
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、活き活きと働いている (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 黒石ケアサポートセンター(認知症対応型共同生活介護)	五つのわをキーワードとした事業所独自の理念がある。各ミーティングや朝礼の場で確認している、又、実践へ繋げられるよう年度ごとの重点目標と重点事項を設置している。	事業所理念の「五つのわ」を卵の殻で分かりやすいように「絵」で表現し、玄関ホールに飾ってある。法人全体の朝礼や会議の場でも唱和し、職員は周知している。年間の重点事項として取組み、評価へと繋げている。	
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	事業所と地域の関わり合いを基本とし、納涼祭、クリスマス会(小学校楽器演奏)、敬老会、ボランティア喫茶、体験フェア等を通して交流を図っている。又、従来から利用していたかかりつけ医を通院する事で馴染みの方との交流も継続している。	小学校の訪問や手紙のやり取り、雪だるま大会への参加等、地域との交流多い。ボランティアの受け入れとして宿泊施設も整備され、積極的に交流している。	
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	認知症実践者研修で学んだ知識技術を家族へのアドバイスに役立っている。又、人材育成の貢献として実習生の受け入れを幅広く(知的障害者も含め)行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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ヶ月ごとに実施し利用者状況、活動報告の中でサービス内容等取組みについての話し合い助言を頂き職員間で検討しケアに反映している。	運営推進会議の市役所職員、民生委員の出席率は事前に連絡をしていることで毎回参加である。困難事例や事故などの報告に助言をいただき、ケアに繋げている。	
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	定期的開催している地域密着連絡会や運営推進会議等で情報交換等行いサービスの質の向上に活かしている。	地域密着型連絡会へ入会し、研修会等で交流している。また運営推進会議の場でも、情報提供等を行っている。	
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	玄関はオープンにし利用者がいつでも外へ出たい時は職員と一者に散歩や外出できる体制をとっている。利用者一人ひとりの希望・要望に対しても行動の抑制のしないケアに日々取り組んでいる。	これまでやむをえない場合でも拘束を行ったことはない。不穏な状態になった利用者には、一緒に付き添って対応している。リスクマネジメント会議でも検討しており、職員は拘束について周知している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	リスクマネジメント委員会を立ち上げ身体拘束・高齢者虐待防止についてマニュアルを作成し防止に取り組んでいる。勉強会も年1回の実施予定となっている。		

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
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	利用者の中に、実際利用されていた方がいた事もあり、身近なものとして制度の理解、必要性については学ぶ機会があった。又運営推進会議にて社会福祉協議会の方と情報交換を行っている。		
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	契約前に自宅訪問し利用者・家族と直接話し十分な説明を行っている。又、契約時以外にも、利用者とは都度、ご家族とは1ヶ月に1回は話す時間を設け、必要に応じ説明している。		
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並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	意見箱の設置やアンケートの実施等を行い家族の意見を聞く取り組みを行い、結果を施設内へ掲示している。今後苦情やリスクについても、その内容と対策方法について公開予定である。	意見箱に要望が入っていたことはなく、直接面会時や電話で要望を受けている。家族とのやり取りはすべて記録しており、リスクマネジメント委員会に報告したり、職員が周知することで事業所運営や日頃のケアに繋げている。	
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	年2回の人事考課で、面談を行う機会を設けている他、各会議に参加し、直接職員の意見を聞き、話し合い、実践に結びつけるよう促している。	人事考課で職員からの意見を聞き、法人の職員会議やユニット会議、グループ会議の場で話し合っている。グループリーダーに提案することもあり、提案された意見を皆で話し合い、ケアに反映させている。	
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	女性が多い職場でもあり、そのライフワークにそって、働きやすく、また休暇をとっても復帰しやすい環境整備に努めており、向上心の妨げにならないよう配慮している。		
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	会議や朝礼の場で報告の訓練の場を設ける他、法人内での一般・中堅・リーダー研修や勉強会を実施している。又、法人全体の研修プロジェクト委員会を立ち上げ内部研修の計画を立てている。		
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	地域密着連絡会に参加しており、他施設の職員と交流する機会が定期的であり、情報交換や勉強会を実施している。		

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 サービスの利用を開始する段階で、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	利用開始前にお試し利用や見学してどのような施設か見て頂き、施設の詳細を説明している。又、利用初期は家族にもご協力いただき、馴染むまでのフォローを施設と家族、両方で行うようにしており、よく会話し、関わりを多く持っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	初回面談から直接会って家族の話を聞き、納得が得られていない様子や、不安な様子がないか確認している。また、いつでも相談頂けるよう、電話連絡でも対応する事を伝えている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	本人・家族の希望するニーズとサービス体系が合っているか見極め、別のサービスが良い場合は適宜、サービスの紹介と、スムーズなやりとりができるよう、調整を行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	その人の出来る部分・出来ない部分を見極め、その人に合った支援を行い家庭的な雰囲気の中で共に協力し居心地の良い場所を提供出来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置かず、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	面会時に状態報告や年4回発行しているケアサポだよりでご本人の現在を伝えている。また、ケアプラン作成の際もどのように支援していくか同意を得て互いにご本人を支えていくという関係を維持している		
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	本人が行っていた病院や、美容院などを継続して利用できるよう支援している。また、年間の行事でも、利用者さんの過ごした市内中心の計画を多く考え、回想法を取り入れながら実施している。	本人が行っていた病院等を継続して利用できるようにし、また本人が希望する馴染みの場所への外出を支援している。小規模多機能ホームが隣接しており地域の方が利用しているため馴染みの方が面会に訪れ交流を続けることができている。	
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	食事席や居室の配置に配慮し、ADL状態や会話能力等に差がないよう、プライドや羞恥心を傷つけずに、さらに孤立のないよう支援している。又活動も能力別に内容や役割を分担している。		

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り組み 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	サービス利用・契約が終了しても、要望や相談があればいつでも支援出来る様、窓口を明確に伝え対応している。		
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	一人ひとりの希望や思いを聞き、意向の把握に努めるよう申し送りやミーティングを行っている。聞き出し困難な場合、又は深く利用者を把握するため、ひもときシートも活用し、ケアプランの評価を行っている。	これまでのアセスメントツールでは、足りない部分があり、「ひもときシート」を活用している。家族の意見や生活背景、身体機能等、より深く利用者のことを把握できるようになり、ケアプランに繋がっている。	
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	事前の調査で、家族からの聞き取りを行い生活歴等の情報収集に努めている。また、本人・ご家族了承の上、利用者に関わりのあった他居宅や病院の方々からも、情報を頂いている。		
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	事前のアセスメント情報を把握した上で、日々の身体面・精神面の状態もアセスメントしていき、日々の申し送りや会議、ミーティングで共通の把握と原因分析を行っている。ケアプラン更新時に原因を探りケアの見直しを行っている。		
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	ケアプラン更新時、本人・家族と情報交換し、作成後再度確認頂いている。また困難なケースの場合には運営推進会議でもアドバイスを頂き、介護計画に反映するよう努めている。	家族の面会時、月に1度の請求時に情報を提供して、意見を求めている。家族面会時の内容は記録したり、定期的に電話をくれる家族も居て、それらをケアプランに反映させている。	
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	日々の生活の様子・身体・精神面の状態の変化をケースに記入し状態を把握出来る様努めている。また、1ヶ月ごとに状態の変化をケースにまとめ結果をケアプランに反映している。		
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	本人の希望、また家族の要望に応じて急な予定変更・ニーズ変更にもサービスを提供できるよう努めている。		

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
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	法人全体の機能を活用し、地域資源の情報収集に努めている。また、収集した情報をもとに活用できる情報は本人・家族にも選択肢の一つとして情報提供している。		
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	本人が以前から利用している病院、又は本人・家族の希望に応じて対応している。初診や受診科の変更の際は家族同行依頼している。病院・本人・家族・施設の情報共有が正確にスムーズに行えるよう、報告・連絡・相談を徹底している。	事業所の協力医療機関もあるが、入居前からのかかりつけ医を継続している利用者が多い。かかりつけ医を変更する場合は事前に家族に相談し承諾を得ている。受診前後は必ず報告しており、家族も安心している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	介護職員も受診に付き添いし、内服や、症状の把握に努めている。又、日誌やチェック表を整理した事により看護内容(処置、身体状況)などの把握がしやすくなっている。		
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、また、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。	定期的な面会をしながら、病院側や、家族との情報交換を行っている。地域医療連携室と入退院や今後の方向性についてのカンファレンスを行い、連携を図っている		
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	終末期は行っていない。重度化により生活が困難になってきた場合等、面談を行い、次の方向性(特養などへの入所)の説明し、本人が生活しやすいよう、安心したケアが受けられるように進めている	状態悪化時は家族とよく相談し、家族の希望で医療機関に繋ぎ、その医療機関で亡くなるケースが多い。今後、終末期の相談があれば、状態に応じて検討していく。	
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	急変や事故発生時のマニュアルあり、転倒等が発生した場合等、報告書を記入し、全職員で再発防止策を話し、改善に努めている。又、リスクマネジメント委員会があり、全職員へ周知を図るための研修を実施している。		
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	年に2回(日中・夜間)の避難訓練を地区の消防団と協力し実施している。防災委員会を設置し、マニュアルの整備を行っている。	法人全体で避難訓練を実施し、消火や通報等の部分的な訓練は事業所毎に行っている。マニュアルも色別に整備され、緊急連絡網も整備されている。	

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)	○一人ひとりの人格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	一人ひとりの居室があり、プライバシーが確保できる。排泄や入浴介助の際はプライバシーに配慮し、希望者には個別スペースで対応している。また、ケアの中でも一人ひとりの人格を尊重し、尊厳を守った言葉かけを心掛けている。	居室は個別になっており、プライバシーは確保できる。排泄・入浴も個別に対応できるタイプの浴室を使用することもできる。利用者のプライバシーを保てる環境は整備されており、配慮した声掛け・介助を実践している。	
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	希望を表出し易い雰囲気作りをし、活動の選択や本人の嗜好に合わせた食事の選択など、利用者自ら自己決定出来る場面を多く設定している。		
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	利用者の生活の場である事を念頭に置き、一人ひとりに合った役割や活動を提供している。又、提供時間については、利用者がやりたいと話した時に、できる限り行うようにしている。		
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	髪型や髪染めなど本人の要望に応じてできるようにし、個別に馴染みの美容院へ行けるよう支援している。起床時や外出時の服装は相談し、利用者の意見を取り入れている		
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	食前に口腔体操を行い献立について話題にする事で、食欲や嚥下機能の促進に繋げている。又、材料の下処理や盛りつけ、配膳、片付けを利用者と職員と一緒にやっている。食事の感想も聞き、必要であれば栄養士に伝えている。	野菜の下ごしらえ(ミズ・芋の皮むき等)は利用者と一緒に行っている。配膳等の様子は和やかな雰囲気であり、利用者の表情も明るい。希望のメニューがあった場合は栄養士に伝え、代替食も用意されている。	
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	栄養士と連携し、個々に応じた食事形態や栄養バランス確保のための補食などを加え提供している。又、申し送りやチェック表を基に、日々の水分、食事摂取量を把握し、状況に応じた支援や介助を行っている。		
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	毎食後の口腔ケアと、定期的な義歯洗浄を行っている。緑茶を使用した口腔ケアを促すことで感染予防や清潔保持に努めている。ケアは個々に応じた支援をするようミーティングなどで確認し合っている。		

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向けた支援を行っている	個々の排泄状況をチェックし、排泄パターンの把握に努めている。失禁が増加する等排泄行動に変化が生じた時は、その原因を会議等で探り、なるべくトイレでの排泄を自力でできるよう支援している。	トイレは居室のすぐ側にあり、訴えがあったらすぐに対応できる。水分量を記録し、排泄チェック表も活用してパターンを把握し、会議等で周知した上で、個々の状況に応じて排泄ケアを行っている。	
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	朝食時は、牛乳・ヨーグルト等の乳製品、ご飯にはファイバーを混ぜて提供している。また食物繊維を含んだ健康茶を自由に飲めるようにしている。体操や掃除に参加して頂き体を動かすよう取り組んでいる。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	大浴場での入浴日を週2回以上行っており他者と交流出来るよう支援している。利用者の状態やプライベートにも配慮し個別浴を行っている	温泉気分を楽しみたい方には大浴場で、入浴を好まない方や一人で入浴したい方には、個別で入浴ケアを行っている。利用者の体調にも配慮して、希望の入浴を提供している。	
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	安眠できるよう、排尿の頻回さがあり睡眠が浅い方には医療的なアプローチをしたり、環境が不眠の原因に繋がっている時は、照明や寝具類の調整を図っている。休息は個室にて自由にゆっくりとれるよう、声掛けに注意している。		
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	利用者の薬の説明書を職員がいつでも確認出来るようにファイリングしている。内服薬の変更も情報共有し症状の変化や副作用が出現していないか等、観察点も共有し、観察・記録に繋げている。		
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	生活の習慣である掃除や洗濯量み、食事の盛り付けを本人能力に合わせて行っている。感謝を伝えることで喜びや自信へ繋げている。又、役割のポイントカードを作る事で積極性や意欲向上へも繋がっている。		
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。また、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	本人の希望や気分に応じ活動の提供時間に捕らわれず、散歩やドライブ、買い物等を行っている。	ドライブ等の行事は計画を立てて実施している。内容によっては拒否する方もいるため、無理をさせずに対応している。散歩に行きたい方には、事業所の周辺の散歩に付き添い、買い物に行きたい方には外出支援を行っている。	

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
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	外出での買い物や、施設の訪問販売での買い物時、本人に支払いしていただく機会を設けている。介助が必要な方は職員と一緒に支払うなど支援している。家族の了解のもと、自らお金を管理されている方もいる。		
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	公衆電話を設置しており、自由に連絡できる様にしている。また、定期的に家族へ電話をし、会話をさせていただくプランを組み入れた支援を設けている。手紙や荷物のやり取りも自由にいただいている。		
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	愛着が持てるよう居室替えは少なくしている。ホール食堂や、玄関などには季節の花を飾ったり、窓からは田園風景や、わの畑が見えるようになっており、野菜の成長、窓越しのあさがお、ゴーヤが見えるようになっている。季節ごとの風景・畑の作業も見て生活感を感じて頂いている。	食堂ホールの天井は高く開放的で日差しが温かく感じる。玄関には利用者と共に卵の殻で2年がかりで作成した絵や、手作りの小物などが多く飾られている。外に出ると野菜畑がすぐ側にあり、季節感がある。廊下も広く全体的にゆったりとした印象で居心地よい。	
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	玄関やホールに椅子、ベンチ、ソファを、小空間毎に設置しており、気分や状態に応じて自由に移動できる空間を設定している。また、屋外には木のテーブル、椅子、ベンチを設置し思い思いに過ごしていただいている。		
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	写真、位牌、製作物など思い出の品を持ち込んでいただいている。又、本人が居室の物を使いやすいように、掃除の際も片付ける物、場所等は必ず本人に確認し、混乱や、不快を招かないよう支援している。	居室は畳部屋にベッドを入れて、入居前から使用していた家具を置いている。また家族の位牌を持参され、ご飯や水をあげている方もいる。居室内は自分の好きな物を飾り、過ごしやすい環境である。	
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」や「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	利用者が混乱せず自室に行けるよう入り口に目印や、昔自分で製作した物などを飾っている。又、利用者の安全に配慮し、ヒヤリ、ハット等状況に合わせて環境整備に努めている。		