

# 1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 A棟 )

事業所番号	0272700832		
法人名	社会福祉法人 吉幸会		
事業所名	グループホームみろく苑		
所在地	青森県三戸郡田子町大字田子字七日市上ノ平60番地		
自己評価作成日	平成23年8月11日	評価結果市町村受理日	平成 年 月 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)】

共同生活の中で主体的な取り組みを持てるような関わりや環境整備を行い、自己選択・自己決定できる生活の支援に努め、自然な形で「持てる力を発揮できる暮らしとケア」の実現を目指しております。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、閲覧してください。(↓このURLをクリック)  
(公表の調査月の関係で、基本情報が公表されていないこともあります。御了承ください。)

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	社会福祉法人青森県社会福祉協議会		
所在地	青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ2階		
訪問調査日	平成23年9月22日		

## 【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)】

施設は町内から少し離れた場所に位置しており、民家も比較的少ないが、気軽に立ち寄ってもらえるように働きかけをし、現在はコミュニティバスが開通している。これにより、車のない家族の負担も軽減されると共に、気軽に立ち寄れる環境が整備されている。利用者の自立支援をケアの方針として、その人らしく生活が送れるような介護計画の作成、利用者の希望に最大限答えようとする姿勢で業務に取り組んでいる。

## 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ます (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広がったり深まり、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、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

※複数ユニットがある場合、外部評価は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

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	
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	<p>○理念の共有と実践</p> <p>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、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</p>	<p>理念をホールの目の届く所に掲示する等、利用者とその家族へも理解してもらえよう努めると共に、日々のケアに活かせるよう、毎月チャレンジ目標を立てて、課題を明確化し取り組み、反省を活かしている。</p>	<p>理念はホールに掲示して共有化を図り、会議の前にも唱和している。現在新しい理念を作成中で、職員全員で見直し、更に良いケアが提供できるよう取り組んでおり、地域住民にも分かりやすいものを目指している。また、ホームと地域が協力し合い、共に福祉の向上を図れるよう取り組んでおり、理念とは別に毎月チャレンジ目標を掲げて、ケアの向上に努めている。</p>	
2	(2)	<p>○事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>運営推進委員に町内会長にも加わっていただき、事業所も町内会に加入して、総会や新年会へ参加している。また、農協婦人部や青年部と畑作りをしたり、夏祭りでは地域の商店街や青年部等に協力してもらっている。</p>	<p>町内会へ加入し、町内会長も運営推進委員になっている。商工会より施設の祭りに出店してもらったり、地域の行事に参加する等、交流を図っている。また、昨年より開通したコミュニティバスの運行により、施設へ立ち寄りやすい環境を整備している。</p>	
3		<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>実習生の受け入れやインターンシップの受け入れを毎年行っている。</p>	/	/
4	(3)	<p>○運営推進会議を活かした取組み</p> <p>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</p>	<p>平成23年度より、開催回数を年6回にしている。昨年度までは広報誌を活用していたが、それ以外にも資料作成を行い、現場の様子が分かるよう努め、意見を多くいただくようにしている。</p>	<p>運営推進会議を年6回開催し、自己及び外部評価結果、目標達成計画の報告を行い、改善点を話し合うことでケアの向上に努めている。また、運営推進会議で出た意見を職員の全体会議で話し合い、改善事項があれば随時対応している。</p>	
5	(4)	<p>○市町村との連携</p> <p>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に取り組んでいる</p>	<p>運営推進会議へ委員として参加してもらっている。外部評価や自己評価も報告し、助言をいただいている。</p>	<p>地域包括支援センターの職員が運営推進委員となっており、会議に参加している。また、気軽にホームに立ち寄れる環境を整備するため、コミュニティバスの運行を行政に掛け合い、実現している。</p>	

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	
6	(5)	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる</p>	<p>身体拘束は行わず、危険な時は見守るようにし、利用者の立場に立ったケアを心がけている。</p>	<p>問題行動等のある利用者でも、ケース検討や家族との相談を通じ、身体拘束を行わない方針でケアを提供している。また、ホームは危険を伴う箇所以外は施錠せず、自由に出入りできる環境になっており、職員同士で声がけし、利用者の外出傾向を察知できるように、さりげなく見守っている。やむを得ず身体拘束が必要になった時は、家族からの同意を得る体制を整えており、記録用紙等も整備している。</p>		
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>施設内外の研修の他、日々、現場で虐待を未然に防ぐことができるよう、職員同士で声を掛け合うことができる環境作りに努めている。</p>			
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>施設内研修を通じて、全職員が理解できるようにしている。</p>			
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>契約時に十分説明を行っている。</p>			
10	(6)	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>面会に来られない家族等に対しても、施設内の状況が分かるよう、毎月広報誌を発行している。また、2ヶ月に1回、担当者が家族あてに個人通信の形で手紙を書いている。その他、随時電話連絡を行っている。</p>	<p>苦情窓口を重要事項説明書等に明示しており、家族からの意見は面会時に聞き取るよう心掛けている他、年1回、ほのぼのの交流会を開催し、意見を聞く場を設けている。出された意見は職員会議等で検討して反映させており、普段来られない家族へも、2ヶ月に1度手紙にて利用者の状況を報告している。</p>		

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	
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	意見箱を設置している。また、年2回の人事考課の他、必要に応じて面談ができるよう心がけている。	管理者は日々のコミュニケーションの他、会議等を通じて職員の意見を聞く場を設けている。また、人事考課も取り入れており、年2回、個人面談も行っている。行事等を通じてユニット間の交流を行っており、利用者と職員が馴染みの関係を築けるように努め、異動等があった時には混乱なく行えるよう配慮している。		
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	意見箱が設置されている。また、年2回の人事考課の他、必要に応じて面談ができるよう心がけている。			
13		○職員を育てる取組み 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	研修にはできるだけ参加できるようにしている。また、経験年数や能力に見合った研修への参加ができるよう、上司にも相談できる仕組みとなっている。また、法人の研修委員会で勉強会を開催する予定となっている。			
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組みをしている	グループワークのある研修になるべく参加できるように努めている。また、同地域の事業所の行事に相互に参加している。また、今年度から同じ地区のグループホームで集まる機会を設けることになっており、管理者だけでなく意見交換を行う取組みをする予定。			

## 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	サービス利用を検討している段階でも見学に対応したり、訪問をして直接話ができるようにしている。また本人、家族だけでなく、担当ケアマネや他サービスからも情報を提供してもらっている。		
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	待機者の方はもちろん、その他の相談もできるようにしている。また、不定期ではあるが、担当ケアマネと情報を共有でき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
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	必要に応じて、法人内外の担当者とも連携している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員のみで行っていることを見直し、利用者本人の力でできる事を確認しながら支援している。また、職員だけで話し合うのではなく、随時、本人や利用者とも話しあうことで、本当の気持ちや思いを傾聴できるよう努めている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	家族との情報交換を密に行い、誕生会に参加してもらったり、行事・イベント等を一緒に楽しめるよう努めている。昨年から、家族を交えての交流会を年一回開き、関係作りに取り組んでいる。		
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	利用者が希望した時は手紙の代筆や電話の取り次ぎ等を行っている。地域の行事等の情報を伝え、交流が途切れないようにしている。	馴染みの場所や人についてはアセスメントシートで聞き取りを行い、交友関係を継続できるよう、電話を取り次ぐ等して支援している。利用者の希望があれば、馴染みの場所への外出支援も行っている。	
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	利用者同士が協力できるような声掛けや環境作りに努めている。その一環として、利用者同士が話し合いをしている時は、あえて間に入らず、見守るようにしている。口論になることもあるが、その時は間に入るようにしている。		
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	必要に応じて利用者・家族の相談を受けている。		



自己 外部	項目	自己評価		外部評価	
		実践状況		次のステップに向けて期待したい内容	
<b>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</b>					
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	アセスメントシートを基に、ケアプランを立てる際に利用者の思いを確認し、面会時に随時家族からも意見を聞いている。	利用者の思いや意向はアセスメントシートで管理し、新たに確認した意向等を随時取り入れている。意向が十分に確認できない利用者については、家族から聞き取る等、利用者の視点に立って支援している。	
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	利用者のこれまでの生活歴を家族や本人より聞き、把握するよう努めている。		
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	本人のできる事の把握や主体性に着目し、随時ユニットごとに意見交換もしながら、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	本人や家族より話を聞いたり、随時、ケース会議にてケアプランの作成を行っている。	介護計画は利用者本人の状況や家族の意向も取り入れたものとなっており、担当が作成した介護計画はケース会議等を通じ、職員全員で見直している。日頃から利用者の状態に気を配り、状況に応じて随時見直しを行っている。また、見直しを行う際はモニタリングを行い、次の計画に反映させている。	
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	計画の実施期間に関わらず、身体状況の変化に合わせて、医療機関とも連携を取りながら、介護計画の見直しを行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 (小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載) 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			

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		<p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>地域の行事等に、利用者の希望を聞いて参加したり、家族からの依頼を受けて送迎し、参加したりしている。</p>			
30	(11)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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</p>	<p>これまでの受診状況を把握し、希望のかかりつけ医への受診ができるよう支援している。</p>	<p>受診状況は個人記録に記載し、家族へ受診結果の報告も行っている。また、必要に応じて精神科の受診や、希望する医療機関への受診にも柔軟に対応している。</p>		
31		<p>○看護職員との協働</p> <p>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</p>	<p>医療連携の契約先の看護師が週に1回は必ず訪問し、利用者の状態把握と、必要に応じて助言指導を受けている。</p>			
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。</p>	<p>入院時には定期的に病院に行き、状態や治療内容・経過を把握するよう努めている。また、必要に応じて家族と一緒にカンファレンスを受けている。また、退院等の調整も行っている。</p>			
33	(12)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>今年7月から町の診療所と医療連携を図り、それに伴い、終末期の意向確認をすると共に、対応できることについて説明している。</p>	<p>7月より重度化や終末期の対応についての体制を整備し、町の医療機関の連携の下、支援を開始している。家族へ意向を確認する際の同意書はきめ細かく、項目を一つずつチェックすることで、わかりやすく意向を確認できるものとなっている。</p>		

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
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	施設内外を問わず研修等には参加している。また、報告を義務付け、全職員に周知、訓練等も行っている。			
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	毎月避難訓練を行っている。地域との協力体制を整えるまでには至っていないが、今回の震災に伴い、法人でできる備えや動きの確認はしている。		東日本大震災より非常食の見直しを行い、今までより多くの食糧を備蓄する予定である。避難訓練は昼と夜を想定したものを交互に実施しており、訓練の後はマニュアルの再検討を行う等、いざという時に備えている。また、災害時に備えて、町内会等へ協力を働きかけているが、体制を整備するまでには至っていない。	いざという時に備え、地域住民や警察署等から協力を得られるよう、更なる働きかけをし、協力体制を構築することに期待したい。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	声かけには常に気を配り、職員同士が指摘し合える環境を心がけている。常に第三者を意識して、日々注意をしている。		利用者と接する時の言葉使いには特に気を配り、利用者の人格を尊重し、適切な対応を心掛けている。改善が必要な場合には職員同士で随時話し合える環境が構築されている。個人情報書類も訪問者等、外部の目につかない場所で適切に管理されている。	
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	なるべく本人が希望することは叶えられるようにしている。判断が難しい方からは、表情や反応から探るようにしている。			
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	利用者のペースで生活ができるように、日常的生活リズムを把握している。受診等で本人の希望に添えない時もあるが、その時は本人が選択できるような時期や時間等を示し、選んでもらっている。			
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	月に一度理容師が来訪している他、本人の望む店に行けるよう送迎や連絡、調整を行っている。また、着替えの際の服も選んでもらっている。			



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	
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	基本的な献立は決まっているが、本人の嗜好に合わせられるようにしている。また、調理や後片付けもできる方にはやっただけでいる。畑で採れたものを調理する時は、調理法まで聞いて、一緒にやっている。	職員も一緒に食事を摂り、食べこぼしがある利用者もさりげなく見守りながら、自立して食事をしてもらうよう支援している。準備や片付けも利用者ができることは手伝ってもらい、自立に向けた支援を行っている。また、ホームの菜園で取れた野菜を収穫し、調理して食べる等、食事を楽しむことができるように取り組んでいる。		
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	献立は栄養士が立てている。毎日の食事、水分の摂取量を記録している。その他、必要に応じて栄養士や主治医と相談するようにしている。また、週1回の看護師の訪問の際に助言を得ている。			
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に、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、口腔ケアを行っている。歯科衛生士の訪問があり、随時、機能訓練や助言を得ている。			
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	排泄の支援が基本と考えている。記録、事前誘導はもちろんだが、パッド等おむつの使用が考えられる場合は慎重にしている。使用が必要と考えられる場合は、心地よい排泄を基本とし、不快感に繋がらないよう日々考えて支援している。	少しでも自立して排泄ができるように、パッド等おむつの使用については介護計画の実施状況等を踏まえ、慎重に検討している。また、排泄パターンを記録し、事前にトイレ誘導を行っている。		
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	自然排泄を基本としている。中にはトイレでの排泄が困難になっている方もいるが、医師と相談し、下剤でのコントロールをしている。			
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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴は希望時としている。意思表示の難しい方には、定期的に入浴できるよう、また、なるべく入りたい時に入浴できるように、随時、声がけている。	入浴日は利用者の希望や生活習慣に合わせており、希望があれば夜間の入浴にも対応している。入浴を拒否する利用者には無理強いせず、健康状態も考慮した上で声掛けの内容やタイミングを変える等、なるべく入浴してもらうようなケアに努めている。		

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	
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	個人のペースに合わせている。眠れない時はスタッフが付き添い、安心して眠れるようにしている。			
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	事業所独自のマニュアルがあり、全スタッフが把握できるようになっている。			
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	利用者が生活に対して主体性を発揮できるように努めている。個々の楽しみごとの他、利用者自らが他者のためにできることを発見した時には、一緒になって、やり方等を考え、取り組めるよう支援している。			
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。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支援している	なるべく本人の気持ちに添えるように努めている。外出先によっては、家族へ付き添いやお小遣い等の支援をお願いし、協力をいただいている。希望をとり、個別に外出支援している。	日常的に外出する機会を設けており、家族や関係者の協力も得ながら支援している。日頃から利用者の意向の把握に努め、聞き取った外出先に行けるのかを調整し、なるべく利用者の希望に添うように支援している。また、過去に他県への外出を支援する等、柔軟な対応をしている。		
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支援している	本人が管理できる能力がある場合は、家族へ意向を伝え、できる範囲で個人が管理できるように協力をいただいている。自己管理が難しい場合は、出先での支払いの際に支援できるよう心がけている。			

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	
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	希望時に随時、必要な支援を行っている。			
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	季節ごとに移り変わりが分かるよう、利用者と一緒に装飾品作りや飾り付けを行っている。また、スタッフが出す音が入所者にとって雑音とならないよう互いに気をつけ、利用者にとって居心地の良い空間作りを心がけている。	ホールを囲むように居室が配置され、利用者にも分かりやすく、トイレも広く利用しやすい。広いホールにはソファやテーブルが置かれ、それぞれが好きな場所でくつろげるよう工夫しており、手作りの装飾品等により家庭的な雰囲気である。外には菜園があり、育てた野菜を調理して食べることで季節感を肌で感じ、収穫する喜びも味わうことができる。		
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	共用とプライベートが区別できるように心がけ、日々、本人が選択して過ごせるように、ホール内の環境作りを行っている。			
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	契約の段階で、出来るだけなじみのあるものを持ってきていただいている他、配置もできるだけ自宅の間取りと同じになるようにしている。できない場合も、本人に配置等を決めてもらい、自分の部屋だと意識できる空間作りを心がけている。	入居時に利用者や家族等に馴染みの物を持参してもらおうよう、積極的に働きかけている。また、利用者一人ひとりの生活習慣、身体状況を考慮した居室作りを行っており、それぞれが思い入れのある家具や置物を配置している。		
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」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	居室には基本的に名前を表示している。利用者によっては「地域名」「飾り」を用いて、個々に合わせている。ホーム内で危険箇所と考えられる場合も、その人にとってどうかを話し合い、環境を整えられるよう努力している。			