

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	3290400294		
法人名	株式会社建装		
事業所名	グループホームさらさの家		
所在地	島根県出雲市東福町190番地2		
自己評価作成日	平成29年3月6日	評価結果市町村受理日	平成29年3月29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.kai gokennsaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ダスキン愛の店嫁島株式会社 福祉サービス外部評価事業部		
所在地	松江市北田町40番地1		
訪問調査日	平成29年3月10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)】

周りは、田畑に囲まれ静かで季節を感じることができる環境にある。敷地内には農園があり、収穫したばかりの新鮮な野菜がたびたび食卓へあがる。近隣の保育所や小学校との行き来や地域のボランティアの訪問が多く、また例年の祭りの開催や地区のイベントの参加などを通して、積極的に地域交流を行っている。2ヶ月に1回発行している広報紙は、事業所の様子などを地域へ発信している。

ホームは、平穏な佇まいのなかで実りある田畑が眺望でき、季節を心地よく感じる環境にあり、敷地の中の農園の収穫物は、調理されて利用者の楽しい食事を支え、近隣の保育所・小学校の行事、地域のイベント、地域活動にはよく出かけて交流を行い、地域の一人となっている。定期的に発行するホームの広報紙は地域に配布し、ケアサービスの情報を提供し、ホームは地域との繋がりを密に結びことに努めている。

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)	○	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、戸外に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

[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	玄関や事務所に理念を掲げ、毎月の職員会議では全員で唱和し、常に意識するようにしている。	職員会議では理念を唱和し、ケアの実践を振り返って理念は掘り下げ、常に意識づけて、具体的なケアについて利用者主体のサービス提供に努めている。	
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	日常は買い物は近くのスーパーを利用し地域の行事や祭りに出掛けるようにし、近隣の保育所や小学校と行き来し、ボランティアを受け入れ交流を図り、スタッフは地域一斉クリーンデイやゴミ拾い活動に参加した。	事業所は、日頃買い物を支援し、近隣の保育所や小学校の行事、地域のとんどさん、久多美地区フェスタ、さくらっ子体育会等の行事は交流に努め、ボランティア受入れ、地域清掃活動に参加し地域の一員となっている。	
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	地域商店街の振興組合協賛の行事に参加し認知症予防講座を開催し、地域の人に認知症予防について講習を行った。		
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	概ね2ヶ月1回開催し、利用状況や行事等の報告を行い、意見やアドバイスを貰い改善に繋げている。運営法人からも出席し、事業所内で解決できないことは、運営法人へ改めて報告し改善を訴えている。	市担当者、複数の社会福祉団体の長等、民生委員、地域自治会長、家族、運営者、多機能型居宅介護事業当運営者も参加する合同の当会議は、双方向的な話し合いにより、意見やアドバイスをもらうようしている。	
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	日常から電話や訪問で連絡相談を行ったり、運営推進会議で、利用状況などの報告を行うとともに、意見やアドバイスをいただいている。	市担当者との連携は、運営推進会議では書類作成で分からない事や事故報告等を話し、意見・アドバイスをもらって深めている。他方電話相談・訪問相談を行い、市担当者との連携をより深めている。	
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	屋外へ出ようとする利用者には付き添い見守りをする。離床時の転倒などの危険性がある利用者には家族に了解を得てセンサーを設置し拘束しないよう配慮している。職員会議で、身体拘束の研修を行った。	夜間時離床に転倒が心配される利用者は家族と話し合い、ベッドの足元にセンサーを置き身体拘束でないケアを行い、言葉による拘束も気づきながら、職員会議では拘束しない意識づけの研修を行い、外出願望の利用者には付き添い見守りを徹底している。	
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	数名のスタッフは外部研修で学ぶ機会もあったが、全スタッフが虐待防止について学べるように、内部研修も行った。		

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
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	過去には事例があったが、今年度はなかった。研修参加の機会もなかった。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約の締結については、入居時に管理者か介護計画作成担当者が、利用者、家族に説明を行い、署名捺印をいただいている。		
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	利用者との日常会話、家族の面会時、モニタリング時、担当者会議で意見を伺う機会を設け、又定期的に来所の介護相談員、ボランティアの訪問は、利用者の意見が外部者へ表せる機会になっている。	介護相談員、ボランティアの訪問は利用者の意見を伝える機会となって運営に反映させている。家族の面会、モニタリング、ケア担当者の会議、利用者との会話で出た意見、要望等は、運営に反映するよう努めている。	
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	管理者は日常から職員の意見や提案を聞き必要なのは運営に反映している。事業所内で解決できないことは運営法人の福祉部担当者へ伝えて運営に反映できるようにしている。	管理者は日頃から職員とコミュニケーションを図り問いかけ聞き出しを心がけている。職員の意見や提案は進入路の整備等ハード面でこのところ運営法人福祉部担当者と話合っている。	
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	充実した資格手当制度を整備し個人の資格取得意欲向上につながっている。常勤・非常勤の別なく給与水準を均一化、年一度の個別評価を行い能力・勤務状況に応じた給与体系を整えている。		
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	無資格で入職した職員には働きながら資格がとれるようにしている。新人研修プログラムを導入し、試験段階である。研修係が内部研修の企画、外部の研修を順次受けられる機会を確保できるよう努めている。		
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	出雲地域介護サービス事業者連絡会に入会しているが、研修会への参加などを通して交流する機会や学ぶ機会となっている。		

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
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	主に計画作成担当者が、自宅へ訪問し家族本人の思いを聞くなどしている。また、併設の小規模からの入居が多いため情報が得やすく、できるだけ事前に馴染みの関係ができるよう、サービス利用中に本人と顔を合わせるなどしている。		
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	主に計画作成担当者が、訪問などをして顔を合わせ、家族の思いを聞くことから関係づくりに努めている。		
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	主に計画作成担当者が、アセスメントを通じて本人家族がどのような支援を必要としているかを見極めるよう努めている。		
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	毎日の暮らしの中で、地域、行事、台所のことなどを利用者から教わりながら、ともに行きともに生活するような関係を築いている。		
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	特変の時は、その都度電話で連絡報告し情報を共有し、毎月写真入りの手紙や広報紙で様子を報告、面会や通院介助の依頼、季節の衣類の入替をお願いする等日常から関わりの体制を整えるようにしている。		
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	地域の行事参加、馴染みの理美容院、食品店の利用、かかりつけ医への通院、自宅への外出や外泊、馴染みの人の訪問などができるだけできるよう支援している。	地域のとんどさん参加、買い物、受診、日帰り・外泊、馴染みの美容院外出、馴染みの人の訪問対応、フォーゲルパーク遠足は希望者に行い、さらさの家夏祭り・秋祭り、収穫祭の行事では、地域と交流を継続している	
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	話の合う利用者同士が隣の席になるように、ホールの席に配慮している。また、会話が困難な利用者には、間にスタッフが入り会話ができるようにフォローしている。		

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	必要に応じて入院や他施設に移動された利用者の様子を伺いに面会することがあった。		
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	家族からの聞き取りや利用者との日常会話から思いや希望を把握するようにしている。意思疎通が困難な利用者は、動作や表情などから、どうしたいのかを想像しながら、ケアに努めている。	利用者の思いや意向の把握は、時間をかけて傾聴確認し、会話中に言葉が出てこない時にはアイコンタクトで顔の表情や仕草を観察し、気分的に話しやすい雰囲気で行い、本人本位のケアのアプローチに努めている。	
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	個々の生活歴など把握するために、家族や利用者から聞き取りを行い、アセスメントシートや暮らしの情報シートに記載するようにしている。あとから追加で得た情報は、記入もれがあり情報の共有は充分ではない。		
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	当日のリーダーが主となり、職員が連携を図り個々の状態を把握できるようにしている。連絡ノートを活用し、休日の職員も出勤してきたときに把握できるようにしている。		
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	計画作成担当者が家族本人に意向を伺い、介護計画を作成する。作成介護計画は、全職員も目を通して意見を反映する様にしていたが、8月以降は職員の入替が多く、チームで作ることが十分にできない。	介護計画は、利用者・家族の意向を汲み取り、全職員の意見も反映させて作成していたが、8月からケア担当者の補充に追われながらも、モニタリング・介護計画のこれまでを振り返り、介護計画見直しを目指している。	利用者本位のケアサービスの提供は、ケアプランの積み重ねを振り返り、ケアの気づきを日々報告する体制をとり、モニタリング・介護計画の継続を期待したい。
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	日々の記録は個人記録に記入し、それを見ることで職員間で情報共有しているが、3ヶ月に1回の評価や見直しに十分に活かされていない。記録の書き方の見直しが必要。		
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	家に帰りたい利用者には自宅への送迎や、お昼にお弁当を持って訪問するなど外出支援を行うことがあった。		

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
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	地域の行事や祭りへの参加、馴染みの理美容院などの利用はしているが、利用者の個々に必要な地域資源については十分に把握する必要がある。		
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	希望があれば、入居前からのかかりつけ医や医療機関への通院や往診が継続できるようにしている。家族同行や職員同行での通院、それぞれのかかりつけ医の往診には、普段の様子や特変がわかるように職員から医師へ伝えている。	家族同行・職員代行の通院や往診の受診支援は、利用者の普段の様子や変化を医師に伝えて、かかりつけ医や医療機関との関係を密に結んでいる。	
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	併設の小規模多機能と兼務で非常勤の看護師1名と連携をとり、利用者の状態を報告し相談をしながら、早急な対応ができるよう支援している。		
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。	協力医院である医療機関の相談員とは普段から連絡を取り合い関係作りに努めている。入院の際は必要な情報を提供し、退院が近くなるとカンファレンスを行い、必要に応じて退院後のフォローを依頼している。		
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	「重度化した場合の対応に係る指針」を入居時に説明し同意書をいただいている。重度化に伴いその都度主治医や家人と方針を話し合い、納得いく終末期を迎えられるように、支援に取り組んでいる。	重度化対応の指針・マニュアルを作成し、家族には入居の時に説明を行い、終末期の同意書をもらっている。入居生活の経過の中で必要に応じて、主治医・看護師・家族による納得できる終末期のケア支援について意識づけを行っている。	
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	職員全員が定期的に普通救命講習を受けている。アクションカードを使用した訓練を消防署の協力を得て実施。また今年度は救急危機管理対応マニュアルを作成し急変時に誰でも対応できるよう備えている。		
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	年2回消防署の協力を得て消火・避難訓練を行う。今年度は地震からの火災を想定、訓練を行った。地震、水害、原発等各災害マニュアルの作成見直しと近隣との協力体制が不十分で見直しを進めている。	運営推進会議では避難協力を地域に求め、消火避難訓練は消防署の協力をもらって行い、1回は地震火災想定災害時訓練を行い、重度者の介護避難・避難介護中の排泄等にそのやり方をグループで提案している。	

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
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	自分が言われて嫌な言葉かけをしないよう気をつけているが、プライバシーの確保の意識の低さによる言動がある。他職員からの助言により気づきができる。	大きな声で排泄の話をしていない、本人を傷つける、誇りを損ねない言葉掛けは、助言者のアドバイスももらって利用者の尊厳を無視しない、人格を尊重するきづきを徹底する意識づけの共有に努めている。	ケアの実践は抑圧的にならないように、言葉による拘束も駄目との意識づけの共有を徹底する研修を行い、人格尊重のケアを期待したい。
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	できる限り利用者の希望に添うよう心がけているが、業務の都合などにより誘導するような声かけになってしまうこともある。		
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	特に事前に計画していなくても、その日の天候や利用者の体調を考慮したり、その日の新聞やテレビの話題から、外出先を決めて出掛けたりなどしている。		
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	入浴後の衣類を自分で選択してもらっている。髪が伸びると、近所の理美容院を利用して散髪してもらうなど支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	日常はお茶注ぎ、食材切り食事盛り付け等個々にはできることは任せ、昼食会はメニューと一緒に考え利用者がそれを紙に書き貼りに共に手作りができるようにし、クリスマス会・さんま焼き等楽しむ企画も行った。	食事の調理、盛り付け、片づけ等は利用者力を生かして一緒に行い、イベントの昼食会、単独で行う昼食会は、利用者と職員が一緒に考えたメニューを共に携えて手作りする等楽しむ食事の支援を行っている。	
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	食事・水分摂取量を記入把握し、必要な量の確保に努めている。定刻の食事がすすまなければ、時間をずらしたり、水分はお茶意外にも果物やコーヒージュースなどの嗜好品を摂るなど工夫している。		
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	個々の生活習慣に合わせて、洗面台で義歯の洗浄、歯磨き、口すすぎをして貰う。できないところは付き添い介助し、口腔内の清潔保持、誤嚥防止に努め、特に起床時の口すすぎが有効と聞き、実行している。		

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	その日の排泄状況を職員が把握できる工夫をし、個々の利用者に合わせた排泄の支援を行い、紙おむつ退院の利用者の臥床時間が減って、日中はリハビリパンツ着用、トイレで排泄ができるケースがあった。	尿意等の排泄支援はチェック表を工夫し行い、尿意の自覚がない利用者には時間で排泄支援を行い、紙おむつで退院し臥床時間が減り、日中はリハビリパンツでトイレ排泄ができる利用者を見守るケアもしている。	
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	排便表で状況を把握し、食事・水分量も見て下剤の調整を行う。下剤だけに頼らず、個々に応じて起床時の冷たい牛乳の飲用や、体操や歩く等の運動を取り入れ、自然排便ができるように取り組んでいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の希望を聞きながら入浴をしてもらう。体調面を見て午後入浴にしたり、女性職員の介助を希望する利用者にはそのように対応している。職員の体制により夜の入浴はできていない。	職員が一方向的に決めず、希望時間は確認して、早い時は10時から、体調によっては午後から安心して入浴を楽しむ支援を行っている。又入浴介助で女性の希望には対応し、夜間の入浴は職員体制が整っていない。	
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	家で使用の寝具を持ち込、季節や寒暖に合うものを選び使用している。利用者は日中眠気があれば、夜間不眠にならない程度に横になって貰い、テレビを楽しむ等で就寝時間は個々の状況に合わせている。		
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	個々の薬の内容を理解できるように、職員がすぐに見れる場所に薬の説明書を置いている。誤薬がないように服薬方法を統一している。症状の変化に応じて、不要と思える薬は医師に相談して服薬支援をしている。		
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	台所仕事や洗濯干し・たたみ等定番の役割になったり、同じ利用者に偏ってしまいがちになり、役割や楽しみを引き出すことが不十分である。毎日代表で神棚を拝み外出(ドライブ)で気分転換を図る利用者もいる。		
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	日常会話からわかる事もあり、その希望の場所へ出かける事ができる支援をしている。近所への散歩、ドライブ、日用品の買物等の他、講演会や演奏会にも出掛けることがあり、自宅へ帰りたい利用者は、家族の協力を得て自宅への外出支援もできた。	新聞等や日頃の会話から外出先を計画し、出雲大社、出雲空港、イングリッシュガーデン、県立美術館、牡丹由志園、近くの喫茶店、買い物、演奏会、講演会に出かけ、多方面へ積極的に外出を行い、帰宅願望の利用者には家族の協力で外出を支援している。	

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
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	自己管理できる利用者は少なく、利用者家族の了解を得て事務所で金銭を預かっている。		
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	利用者の希望に添って、電話ができるよう支援している。携帯電話を持っている利用者は、自由に使用している。		
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	玄関やホールは季節の花や小物を飾ったり、廊下の壁に利用者手作りの作品や写真を貼って殺風景にならないよう配慮している。廊下は物を置かないようにして、歩行や移動が安全にできるよう配慮している。	不快を招かないよう玄関やホールは季節の花や小物で飾り、廊下の壁は利用者の作品や写真を貼り出し、活動意欲がでる、居心地のよい又、安心・安全に過ごせる共用空間づくりに努めている。	
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	ホールのテーブルは3つに分け、共用空間であっても、思い思いに過ごせるようにして、一日の中で、お茶の時間には全員が同じテーブルに集まり、同郷で馴染みのある者同士で話す場を設ける等している。		
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	本人の身体状況や生活習慣に合わせベッドか畳を選択でき、家具類は使い慣れて馴染みのものを自宅から持込、利用者によっては、整理整頓されないが本人が物の置き場を管理し居心地良く生活している。	利用者は身体の具合や生活習慣によりベッド又は畳の部屋を選択し、家具類等は馴染みの物を持ち込み、居室の整理整頓は行き届かないが、大事な物を置く所は管理され居心地よく過ごせる工夫をしている。	
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	転倒予防にセンサーマットやすべり止めの使用、家具の配置の工夫で転倒予防を図り安全に配慮している。個々でコールや呼び鈴の使用、全盲の利用者は、居室に時報時計を掛けて自立を図ることができている。		