（別紙4）　　平成　26　年度

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	4791900014		
法人名	社会福祉法人 麗峰会		
事業所名	グループホームいえしま		
所在地	沖縄県国頭郡伊江村字東江前2337-2		
自己評価作成日	平成 26年 10月 7日	評価結果市町村受理日	平成26年12月5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.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=4791900014-00&PrefCd=47&VersionCd=022

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	株式会社　沖縄タイム・エージェント
所在地	沖縄県那覇市曙2丁目10－25　1F
訪問調査日	平成26年　11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）】

・認知症によって、自立した生活が困難になった利用者に対し、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話および心身の機能訓練を行う事により、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り営む事ができるよう支援している。
・それぞれが思い思いに過ごせるよう、出来る限り本人の希望に沿い、支援を行うように努めている。
・毎週外出支援を行い、地域へ買い物や住民との交流のもと、住み慣れた環境での生活を継続できるようにすることを目指している。

【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）】

島内唯一のグループホームであり、入居者全員が島内出身者で、馴染みの関係が継続されている。中学生のボランティアの受入、事業所の行事への住民参加、地域から野菜や果物などの差し入れがある等、地域との交流は活発である。島で採れる魚や巻貝などを島独特の調理法で提供し、馴染みの味で島での暮らしを実感できるよう支援している。併設された法人の看護師が入居者の健康管理をし、認知症対応力向上の研修を受講した医師と連携を取っている。看取りの方針を明確にして家族に説明し、島で最期を迎えたいとの入居者の思いを叶えている。入居者の島での生活を地域とともにサポートしている。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
66	職員は、活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
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
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

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。〕

確定日：平成　26年11月26日

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	・法人の理念を基本に、グループホームの運営目標を掲げ、それを満たせるよう達成できるよう日々業務に努めている。・会議等にて、理念や目標について再確認し、職員一人ひとりが心掛けるよう努めている。	法人の理念を基に、「いえしま」を頭文字に事業所独自の4つの運営目標を作成している。理念、運営目標は玄関に掲示され、会議で読み合わせをする等、共有している。目標である「地域とともに」「島での生活を誠意・愛を持ってサポートする」を日頃より意識し、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	・ご家族や知人友人が気軽に訪問され、日常的な付き合いがもてている。・週1回外出支援を行っており、地域へ出向き、買い物や住民との交流を図っている。	島内唯一のグループホームで利用者は全て島内出身であり、知人・友人の日頃からの訪問があり、野菜やお菓子等の差し入れがある。学校の運動会に招待されたり、ゆり祭り、産業まつり等で住民と交流している。事業所の夕涼み会や運動会等に多くの島民が参加し触れ合う機会が多い。	
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	・村ケアマネ連絡会と共催し、外部より講師を招き、「認知症高齢者のこころ」をテーマに村民・専門職への講演会を開催した。 （H25/3/27） ・次回開催について、保健師等と調整中。		
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	・運営推進会議にて話し合われた意見等を参考に、実際に施行、再検討を行い、サービスに活かせるよう努めている。また、その内容を同会議内にて報告するようにしている。	会議案内は行政の都合を聞き1ヶ月前に日程を決め開催案内を送っている。地域代表として区長が委員を務めているが参加が少ない。会議では事業所の運営状況や行事予定の他、事業計画やターミナル方針、水分補給やアロマを活用した取り組みなどを報告して意見交換している。	島内一つのグループホームであり、地域代表の委員を増加させる等、会議に地域の声が反映させられるような取り組みに期待したい。
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	・運営推進会議への参加依頼や、介護保険等に係る内容の相談や連絡、報告を電話等で行っている。	役場には認定更新など書類の提出に管理者が出向き、村からは入居者数の確認などの電話連絡がある。家族と連絡が取れない時は、村に相談し対応している。島内の高齢者に関する情報などは、村から法人の在宅事業所を通して情報を収集している。	
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「介護保険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	・法人内で、身体拘束・虐待防止委員会が設置されており、定期的に会議を開き、身体拘束防止についての理解等に努めている。・玄関の施錠については、日中は行っておらず、防犯の関係上、夜間のみ施錠している。	法人の身体拘束・虐待防止委員会へ担当職員が参加し、身体拘束、虐待についての理解を深め、事業所での会議で他職員に周知している。転倒予防のためベッド脇にマットレスを敷き対応し、また玄関へのドアに鈴をつける等で対応している。	

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
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注意を払い、防止に努めている	・法人内で、身体拘束・虐待防止委員会が設置されており、定期的に会議を開き、身体拘束防止についての理解等に努めている。・また、少しでも疑われる事があれば、上司や他職員へ報告・相談するようにしている。		
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	・全体会議等にて、定期的に議題をあげ、勉強会や話し合う機会を設けいている。		
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	・契約時に、重要事項説明書を用い十分に説明を行い、理解、同意を得ている。・解約時には、その後の相談や不安等あれば、いつでも相談して頂くよう声掛けを行っている。		
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	・相談窓口を設けいてる。・運営推進会議にて、意見や要望を聴く機会を持ち、運営に反映できるような体制を整えている。・アンケート形式の用紙を玄関に設置している。・また、その都度、家族等への声掛けを行っている。	日頃から入居者には意見を聞き、家族とは運営推進会議や来所時に意見を聞いている。年2回家族会で意見を聴く機会とし、衣替えや大掃除と併せる等参加率を高めるための工夫をしている。入居者から外出希望の声が聞かれ、外出が多く出来るようにと家族会から車いす2台の寄付があった。	
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	・各会議にて、意見等を話し合う機会を設け、検討し反映させている。・また、その都度、運営に関する職員から報告、連絡、相談を受けた場合も同様。	法人の各委員会活動や、事業所の月1回のGH会議で職員は意見を述べる機会があり、日々の業務の中で要望が言いやすい環境を管理者は整えている。掃除用具やレク用品などの購入や、様式の変更（体位変換表の作成）等意見を反映させている。	
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	・勤務等の状況把握に努め、それぞれが楽しく向上心を持ち働けるよう努めている。		
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	・年間計画を立て、各会議にて計画的に勉強会等を行っている。 ・また、離島ではあるが、その他法人外での研修等へも、職員受講の機会を設けている。		

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
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	・機会を設ける事はしていないが、離島内の同業者は殆どが顔なじみの関係であるため、気軽に声を掛けあい、互いに相談にのるなど、サービスの向上が図れている。		
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	・事前調査を行い、本人やご家族の希望や要望、相談等の聴き取りを行っている。 ・地域密着型であり、村内在住で殆んど顔なじみの関係にある。		
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	・同上		
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	・事前調査等にて聴き取った内容を踏まえ、必要であれば、他サービスへの紹介も含め対応している。		
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	・家庭的な雰囲気を築き、家事を一緒に行う等、共に支え合う関係である。		
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	・本人の状況を報告、また本人の想い等を代弁し、家族にも協力を仰ぎ、本人を共に支え合う関係である。		
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	・離島と言う事もあり、家族や知人友人が訪問される事も多く、同法人内の別事業所へこちらから訪問する事もあり、その事業所を利用されている地域の方との交流等も行えている。・また、毎週、外出支援にて地域へ出向き、交流を図っている。	入居者全員が島内出身者で、お互いに馴染みの関係であり、事業所の外へ出れば馴染みの人、馴染みの場所である。買い物にスーパーや、商店に出かける、ドライブで島内を廻る、併設の通所事業所に友人を訪ねる等関係の継続に努めている。自宅訪問で1時間くらい過ごす等支援している。	

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 次のステップに向けて期待したい内容
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	・利用者同士の関係の把握に努め、孤立しないよう一人ひとりが支え合える関係を築けるよう支援している。		
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	・利用終了後も、相談を含め、気になる事があれば、いつでも連絡して頂くよう話している。		
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	・本人の想いを常に受け止め、共に可能な限り実現に向け取り組んでいる。	入居者の思いは日々の生活の中で把握し、「ドライブに行きたい」や「家から洋服を持ってきて」等の思いを受け止め、家族に依頼している。表出困難な利用者には選択の質問をして、うなづきや表情で判断している。不穏な状況の対応について職員間で情報を共有している。	
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	・事前調査での聴き取りや、その後も疑問等あれば、本人や家族へ聴き取りし、把握に努めている。		
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	・常日頃から、本人の状況把握に努めるとともに、会議や申し送り等での一人ひとりの処遇等について、様々な視点からの意見を交換し合い、現状を総合的に把握できるよう努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	・ケアカンファレンスや、その時々において課題等が発見された場合に、それぞれの意見交換等を行い、本人のより良いケアの確立に努めている。	定期（6ヶ月に1回）、又は状況変化のあった時に介護計画を見直し、入居者の状態は定例会議で確認しているが、介護計画に沿った実施記録、計画の評価が見えにくく、現在、様式の変更をする予定で取り組んでいる。	様式の変更の予定があり、アセスメントから介護計画、実施記録、モニタリングまでの一連の流れがわかる様式への変更が期待される。
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	・業務日誌や、個別の介護支援経過記録や活動記録などを用い、情報共有と課題発見、見直し等に活かしている。		

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
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、その時々に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	・その時々に応じ、急な外出支援等、その他サービスについても相談に応じ、柔軟な支援ができるよう努めている。		
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	・防災訓練の際には、消防団や地域との連携、協力を図っている。・ボランティアや実習生等も、必要に応じ、積極的に受け入れ、要請を行っている。		
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	・離島内で、殆んどの利用者が村内診療所の医師がかかりつけ医となっているが、本人や家族の希望を第一に適切な医療が受けられるよう、時に代弁を行う等、努めている。・また、本人の状態において、気になる点があれば、その都度、報告している。	全員が島内の診療所がかかりつけ医で、受診は家族対応としている。診療所の医師は認知症対応力向上研修を受講しており、受診前に電話で情報を提供している。結果は口頭で受けたり医師に確認する等、受診記録に記載して職員は共有している。家族が困難時には同行や送迎も支援している。	
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	・日々の状態観察、健康管理を行い、異常や変化がある際は、その都度、看護師へ報告、相談を行い、受診等必要であれば、家族とも連携し行っている。		
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、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	・入退院時の看護サマリーや電話等での報告や連絡、相談をし、本人の状態等に関する情報交換を行う等、入院中や退院後のケアについて連携を図っている。		
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	・重度化に対する指針を家族へ説明、同意を受けている。 ・終末期についての話し合いを、家族会などで行い、事業所としての方針を共有し、また、終末期に入る前には、終末期の支援について本人、家族を含めた話し合う場を設ける事を説明している。	昨年課題としていた、重度化や終末期に向けた方針を明確にし、運営推進会議や家族会で説明して共有している。看取りするにあたり、家族が休息、宿泊できる環境を整え、家族、医療関係者、法人の看護師で話し合いが行われ看取りの事例がある。職員は定期的に法人で勉強会を行っている。	
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	・全体会議等にて、定期的に緊急時の対応や事故発生時の対応、応急処置、AEDなどの心肺蘇生について、実践を交え、勉強会を行っている。		

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	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
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	・防災訓練を年2回実施。また、県広域地震・津波避難訓練に参加している。・防災訓練では、近隣住人の参加や、地域から消防団、ガス会社、タクシー会社などの協力を得て行っている。・災害時の対応マニュアルをもとに、定期的に勉強会を行っている。	消防協力の下の夜間想定と県広域地震、津波避難訓練を実施している。昨年の県広域訓練では指定避難場所まで時間を要し、反省も踏まえて今回避難場所を変更して実施している。訓練に地域の協力も得られている。近日、昼想定の避難訓練を実施予定で、備蓄等は法人で準備している。	
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	・理念に基づいた対応を全職員心掛けるよう努めている。・また、プライバシーに関する勉強会や職員指導等も定期的に行っている。	管理者は、日頃より笑顔で支援し、言葉使いに注意するよう職員に話している。入居者、家族、職員も島内で馴染みの関係で、なれ合いにならないように、人生の先輩としての言葉かけを心掛けている。入浴、排泄時のプライバシーについても勉強会を行っている。	
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	・利用者の自己決定に係る勉強会を定期的に行っている。 ・本人の想いや希望が最大限反映できるよう努めている。		
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	・生活の中で、その都度本人の意向を確認し、その意向に沿って、支援を行うよう努めている。		
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	・起床時、または入浴や着替えの際、整髪や服装の選択をしていただいている。・理容等についても、外出支援やボランティアで理容師に訪問して頂き、希望あれば散髪等を行っている。		
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	・法人内の管理栄養士による嗜好調査を行っている。また都度、希望や要望あれば、それぞれの嗜好に沿うよう努めている。・利用者一人ひとり、出来る範囲での調理や下準備、後片付けを一緒に行っている。	主食は事業所内で、副食は法人から配食で刻み等の形態は職員がしている。法人の管理栄養士が、入居者に年2回聞き取りでの嗜好調査を実施し、魚や巻貝等馴染みの調理法で提供している。入居者は、おやつ作りや行事食の盛り付け等に参加している。	
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	・管理栄養士による献立が作られている。 ・食事や水分の摂取量、また排泄等のチェックも行い、健康状態の維持に努めている。		

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
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、個別の能力に応じた口腔ケアを行っている。		
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むけた支援を行っている	・排泄動作の範囲や排泄パターンを把握し、出来る限り本人が気持ちよく排泄できるよう支援している。	排泄チェック表を活用して、日中はトイレで排泄できるよう支援している。学校の運動会見学には、排泄失敗への不安解消にポータブルトイレを持参し対応している。水分補給、摂取に取り組み、排便も下剤使用が軽減した入居者もいる。	
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	・個々の状態に応じ、水分摂取を促している。 ・水分摂取量の大切さや、便秘に係る勉強会を行っている。 ・便秘の方への食材や調理法などの工夫を行い、予防に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	・入浴への声掛けを行い、本人の希望に沿って支援を行っている。	入浴は週3回で同性介助を基本としている。希望があれば毎日でも対応している。浴槽も整備されているがシャワー浴が好まれている。嫌がる場合は無理強いせず柔軟に対応している。入浴後は保湿剤で整容を行っている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	・本人の生活習慣、身体状態を把握し、時間帯によって声掛けを行い、休息安眠できるよう支援している。		
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	・服薬の内容確認、また症状の早期把握に努め、変化や異常時、または気になる事があれば、看護師や医療機関、薬局へ連絡、確認、相談を行っている。		
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	・一人ひとりの生活歴や残存能力を活かすよう努め、趣味活動や家事等の支援を行っている。		

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	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
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	・毎週１回以上、外出が行えるよう努めている。 ・定期的に週１回外出支援（ドライブ、買い物等）を行っている。・随時とはいかないが、本人の希望した際に外出できるよう支援を行っている。 ・家族等の協力も仰いで行っている。	事業所周辺やベランダで日光浴、外気浴を行い、週1回は外出の日を設定しドライブや事業所の物品購入、入居者のお菓子等の買い物に出かけている。浜うりやお花見等の外出や地域学校の運動会見学にでかけたり、個人宅に山羊やゾウガメを見学に出かける等で五感刺激の機会としている。	
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に支援している	・金銭の所持は自由としているが、基本管理はご家族へお願いしている。管理能力のある方のみ所持されている。・希望あれば、買い物等で使う分の少額のみ、預かるなどの管理は行っている。		
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	・希望があれば、状況に合わせ、その都度できるよう支援している。		
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	・ベランダを開放的にし、出入りを自由にしている。・観葉植物や花、入居者それぞれの写真などを飾り、ゆったり過ごせるようにしている。・テーブルやイス等の配置についても入居者の意見も取り入れる等し、その都度模様替えできるよう、柔軟に対応している。	共用の空間は適度な広さで、天窓を開放して朝、夕の空気の入れ替えや加湿器、空気清浄機を設置している。テーブルや椅子の配置は、入居者が車イス自走できるよう配慮して年3回程替えている。壁には活動の様子の写真や作品等が飾られ、入居者はソファーや食堂兼多目的室で寛いでいる。	
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	・リビングでの座席の配慮や、作業スペースの確保、ベランダの開放など、それぞれが思い思いに過ごせるよう配慮している。		
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、それぞれ希望に合わせ、使い慣れた物を持参して頂き、個人のスペースとして居心地良く過ごせるよう支援している。・入居後も、衣替えなど、その都度、本人、家族と話しながら行っている。	ベッド、タンス、洗面台は備え付けで、入居者は使い慣れた寝具や時計、整理タンス等を持参している。夜間はマットレスを敷き転倒による怪我の軽減の工夫や家族と一緒にレイアウトした写真や小物が飾ってある。家族と一緒に衣替えする等、入居者が居心地よく過ごせるようにしている。	
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	・それぞれの出来る範囲を把握し、無理の無いよう行っていただき、混乱や失敗の無いよう、声掛けや一緒に行う等、自立した生活が送れるよう支援している。		