

## 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	0770101152	
法人名	社会福祉法人 ライフ・タイム・福島	
事業所名	ロング・ライフ フクチヤンち	
所在地	福島市伏拝字清水内25	
自己評価作成日	平成28年6月1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	一般社団法人 福島県介護支援専門員協会
所在地	郡山市新屋敷一丁目160番 Sビル8号
訪問調査日	平成28年9月9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)】

- ①防災訓練を10年以上毎月実施し、年1回は地域と連携して総合防災訓練を行っている。
- ②東日本大震災時、浪江町のグループホームを入れた事により、平成25年2月に福島市より福祉避難所の指定を受けている。
- ③便秘解消の為、整腸作用のあるバナナ入りカスピ海ヨーグルトやオリゴ糖入りココアを飲んで頂くことにより自然排便ができる。高齢化、重度化してもオムツ使用者が一人もいない。
- ④地域住民との地域交流味噌造りや地域交流芋煮会、総合防災訓練を行い、地域との交流を行い、馴染みの関係を深めている。
- ⑤小旅行や外食、施設内外の行事には利用者様、ご家族様、地域の方々が多数参加している。

## 【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)】

- ①防災訓練を続けており、火災訓練の避難時間が日中で4分半、夜間想定でも6分半と、非常に短い時間である。  
②地域住民に芋煮会などの行事を通じてホームに来てもらい、日常的なかかわりができる関係を構築できている。そのことから、総合防災訓練に参加をしていただいたら、非常時の協力体制が取れている。
- ③利用者の要介護度が高いにもかかわらず、おむつ使用者がいない。
- ④スタッフと上司の間で、いつでも相談したり、意見を述べることのできる良い関係が築けている。

## 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 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、信頼関係ができる (参考項目: 9,10,19)	<input type="radio"/> 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、一緒にやつ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 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)	<input type="radio"/> 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)	<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	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. 少しづつ増えている 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)	<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	66 職員は、活き活きと働いている (参考項目: 11,12)	<input type="radio"/> 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)	<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	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 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)	<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	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. 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、その時々の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)	<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	次のステップに向けて期待したい内容
		実践状況	実践状況	
<b>I. 理念に基づく運営</b>				
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	職員全員で話し合いを行い、理念を作成し、事業所内に掲示するとともに毎朝ミーティング前に唱和し、理念の共有をして実践に繋げている。	職員が協力して作り上げた理念だけあって、ヒアリングの際に、具体的な場面に沿って、実践していることを説明できた。	
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	地域の運動会や神社のお祭り、清掃活動に参加している。また、地域交流味噌作り、地域交流芋煮会、総合防災訓練の際、地域の方々と交流を積極的に図っている。食材も地域の米屋、魚屋等から購入している。	調査時に地域住民から芋煮会の日程問い合わせが入るなど、日常的なやりとりがある。また、消防団も総合防災訓練に参加している。	
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	中学生の福祉体験学習を受け入れ、認知症の理解促進に取り組んでいる。東日本大震災の際、避難所の役割をし福祉避難所に指定された。地域で行方不明の方が出た際には法人全体で連携し捜索活動を行った。		
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	運営推進会議にて利用者の状況、行事報告、研修報告を行ったり、率直な意見を頂き、日々の介護業務運営・サービス向上に活かしている。またお祭り、行事に参加し交流を図っている。	運営推進会議において、家族より職員のストレスを心配する声があったことから、ストレスケアの研修会を職員向けに開催した。また、それ以外にも法人内の専門職が月2回程度来所する機会を設けている。	
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	職員が利用者様と共に、支所、近くの交番、消防署分署に広報誌を配ったり、総合防災訓練には地域包括支援センターの職員や、近隣の消防団員、近隣住民の方に参加して頂き、協力関係を築いている。	運営推進会議に関しては地域包括支援センターを介して報告している。また直接市保健福祉センター・行政支所に会報を送付している。担当課より連絡事項がファックスで送られてきている。	
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	身体拘束廃止マニュアルを全職員で共有し、法人内研修や事業所内研修、外部の研修等を通して、身体拘束をしないケアについて職員一人一人が理解し、利用者の方に対し尊厳を持ち一人の人として重視し、自立支援に向けケアに取り組んでいる。	ふとした隙に施設の外へ出てしまう方がいるが、施錠したりすることなく、職員間の見守り声掛けにて対応している。	
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の虐待が見過ごされがないよう注意を払い、防止に努めている	虐待防止マニュアルを全職員で共有をするとともに、法人内外の研修への参加を行い、その内容を職員会議等で発表し、虐待防止に努めている。		

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
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	法人内研修に参加し、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、現在は該当する入居者様はおられないが、今後必要とされる場合にそれらを活用出来るように支援している。		
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、解約時には充分な説明を行っている。ご家族様に疑問点がある場合は家族会や来園の際などいつでも言って頂けるよう対応している。		
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	年2回の家族会を開催し要望を広く聞く場を設けている。また運営推進会議にも利用者や家族に出席をして頂き、その意見を運営に反映させている。	家族からの提案を受け、トイレを増設したり、室内のバリアフリー化を実施した。	
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	毎月第一木曜日に職員会議を行い、職員の意見や提案を運営に反映させている。年間4回の面接を行い各職員の目標や意見、提案を聞く場を設け、それを運営に反映させている。	嚙下に不安があるとの意見を受け、言語療法士を法人で採用し、必要に応じて評価と対応の相談ができるようになった。	
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くよう職場環境・条件の整備に努めている	目標チャレンジシートを活用し、個々人が自己のスキル向上の仕組みがある。親和会で交流を深めたり、健康診断や人間ドッグにて職員の健康管理に努めている。資格取得希望者には研修を実施している。		
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	職員のケアの実際と力量を把握し、内外の研修へ積極的に参加出来るように努めている。新人職員には専任の先輩職員がつき業務の流れや利用者のケアの指導を行っている。新人職員日誌で情報共有している。		
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	NPO法人福島県グループホーム協議会に加入し、研修にも積極的に参加し、他施設との交流を図っている。管理者が県北地区の研修副委員長として活動している。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	実態調査や家族からの情報などをもとに、センター方式(A～Eシート)を活用し、本人の意向をふまえたプランの作成に取り組んでいる。入居1か月程度は特に言動をよく観察し、記録に残し情報共有に努めている。		
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	契約時に家族と話し合い、困っている事に対して情報を共有し、話しやすい雰囲気作りに取り組み、意向を取り入れたケアプランの作成に取り組んでいる。		
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」まで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	アセスメントをしっかりと行い、本人や家族にとって今必要な支援は何かを把握し提案し検討している。センター方式(A～Eシート)も活用しニーズの把握や、今後の支援の検討も行う。		
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	料理の仕方など、利用者様から生活の知恵を教えてもらったり、家事全般や、趣味活動を一緒にを行い、共に支えあって暮らす関係を築いている。		
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	誕生会やホームの行事にご家族様も参加して頂き、利用者様と楽しい時間を過ごして頂いている。また、ホームの電化製品や設備が故障した際は、電気店を経営しているご家族様に協力して頂いている。		
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	馴染みの美容師に来て頂いたり、併設の通所介護事業所を利用する友人に会いに行ったりすることで、馴染みの関係が途切れないように支援に努めている。	入所以前から付き合いのあった、美容室の方の送迎により、同じところでサービスを受け続けている方がいる。	
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	レクリエーションや午後のおやつ時には、利用者様、職員、全員で顔が見えるよう配慮している。また、利用者様同士が円滑にコミュニケーションを図れるように、職員が間に入り、支援を行うように努めている。		

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
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	退所した方の家族がホームに来園され、利用者や職員と交流されている。病院へ長期入院の為、退所された利用者様へ随時面会を行い、衣類洗濯や家族への相談支援を行った。		
<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	アセスメント時にセンター方式C-1-2シートを利用している。重度化している方については家族から情報を貰ったり本人の行動や仕草から読み取り支援している。その都度、本人、家族の意向も確認している。	言語的コミュニケーションがとりにくい方へも視線を合わせて笑顔で声掛けし、相手の意向を読み取ろうと努力していた。	
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	本人、家族、面会者との会話の中から生活歴、馴染みの暮らし方を把握し、ケアプランに取り入れて共有し支援している。		
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	心身の状態を常に観察し毎日のバイタルチェック・個別記録を行い、又24Hシートを活用しながら現状把握に努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者様の日常の会話や家族の意見を取り入れ、職員全員で家族、本人の意見をふまえた介護計画を作成している。また、理学療法士、管理栄養士、看護師より専門的なアドバイスを介護計画に取り入れている。	業務日誌に記載することで情報共有し、必要があると判断した際は、追加のプランを赤字で記載し、カーデックスを用いて毎日実施できているかの確認をしている。また、月1回のカンファレンスで見直している。	追加プランに開始日の記載が漏れていた。カンファレンスの記録にあったことがプランに反映されていない例があつたので、実施したことは記載していただきたい。
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	毎日、カーデックスを活用した個別記録や個別管理表を記入することで、職員間で情報を共有している。また、その内容をもとにカンファレンスを行い、介護計画の見直しに活かしている。		
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	長期入院等で空きベットが発生した場合には、ショートステイの受け入れを行った。また、理学療法士が週2回来所し、一人一人に合った歩行訓練やりハビリを行ったり、指導のもとに職員が毎日継続して行っている。		

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
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、本人が心身の力を發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	長年地域の行事への参加や、ホームの行事への協力を頂いている。地域交流味噌作りで作った味噌を秋の地域交流芋煮会にて使用し、継続的に地域との関わりを持つようしている。		
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	職員が同行する際には医師に身体状況などを伝え、受診結果の情報を共有している。また、かかりつけ医に月1回往診に来て頂き、適切な医療を受けられるように支援している。看取りは今までに2例行った。	協力医療機関受診の際は、訪問看護師より情報提供してもらい、病院からの情報はノートに記載してもらう。家族同行の上記医療機関外は、ノートに必要事項を記載し持参してもらっている。	ノートの活用はいいが、特に訪問看護師から情報のない医療機関に向けては、記載内容が少ない。生活の様子などがもっと伝わるような内容にしていただきたい。
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、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	訪問看護ステーションと連携し、利用者様の健康上の気になることを相談し、状態が悪い際には病院との連絡調整にて受診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。	できるだけ頻回に様子を見に行き、家族と共に主治医と話し合いの場を持ち、本人の意向や家族の声を聞きながら早期退院に向けた支援を行っている。		
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	契約時から定期的に、本人、ご家族様に終末期の対応について、意向を確認し、訪問看護ステーションとの連携をとり対応している。また、職員も終末期におけるケアについて研修を受けている。	平時より年に1回は終末期に向けての意向の確認を実施している。実際に見取りの希望があり、2名実施し、施設で看取るために訪問医へ主治医変更し、訪問看護と連携し各人に合わせたケア内容の計画を作成し、対応した。	
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	緊急時対応のマニュアルは、いつでも見える所に掲示してある。職員全員が3年に1度、消防署にて救急法講習を受けたり、事業所にAEDを設置し、初期対応が適切にできるようにしている。		
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	10年以上に亘り、毎月15日に定期的に防災訓練を行い、年に1回は総合防災訓練を行っている。夜間想定の訓練も行っている。火災時には、自動通報により地域の方に見守りの協力を頂けようになっている	火災、水害、地震を想定した避難訓練を月1回実施。また夜間を想定した訓練や、年1回は包括や地域住民も参加した総合防災訓練を実施している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるため日々の支援</b>					
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	全職員が法人内外の接遇マナー研修に参加し、職員間でも話し合いながら、声かけには、誇りやプライバシーを損なわないように言葉遣いに充分配慮している。	利用者一人一人に合わせた声掛け、対応をしていた。また、食事を中断し移動する方に対する制止することなく、その方の行動に合わせた対応ができていた。	
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	利用者の思いや希望を言いやすい雰囲気作りをしている。食事の献立作りの際は利用者の意見を聞き、取りいれている。声掛けを行う際は、「○○しませんか?」と最後に「か?」を付けて自己決定して頂いている。		
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	散歩や編み物などの趣味活動等、一人一人の体調に配慮しながらその日の本人の気持ちを尊重して、その人のペースを大切に希望に沿えるよう支援している。		
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	散髪を希望される時は、馴染みの美容師さんに来て頂いたり、送迎して頂き支援している。行事や外出の時は、おしゃれな服装やお化粧を楽しんでいただいている。夏祭りに参加する際は、浴衣を着て頂いている。		
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	調理や、盛り付け、配膳、下膳等、利用者が出来る事は行って頂けるようにしている。食卓に花を飾ったり、季節感を感じて頂けるように季節の食材や地元の食材を積極的に料理に取り入れている。	大根おろしをしていた利用者や、配下膳を行う方、食器洗いをする方もいた。また今日のサンマの献立は、利用者の希望で決めたということであった。	
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、水分量をチェックし、個別に記録している。好きな飲み物を提供し、こまめに水分を摂って頂いている。2ヶ月に1回管理栄養士による栄養指導を受け、バランスの良いメニュー作成を行っている。		
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	毎食後の歯磨きの声かけを行い、一人ひとりに合わせた口腔ケアに取り組んでいる。また定期的に歯科医師の検診により、一人ひとりの口腔状態に沿ったケアをしている。		

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	利用者様一人ひとりの仕草や行動を観察し、全員トイレでの排泄・排便が出来るよう支援している。排泄チェック表を使用することで、個々の排泄パターンを把握している。全員布パンツを使用している。	利用者のしぐさを読み取ってトイレに誘導する姿が見られた。自立歩行のできない方を含め、おむつ使用していない。排せつチェック表を活用し、声掛けのタイミングを図っている。	
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	毎日、バナナ入りカスピ海ヨーグルトを提供し、更に便秘気味の利用者様には、オリゴ糖(30cc)入りココアを飲んで頂いたり、運動も行い自然排便ができる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、個々にそった支援をしている	毎日入浴剤の種類を変えたり、時には風呂(ゆず、しょうぶなど)を実施し、季節感を味わってもらっている。また本人の希望やタイミングに合わせて入浴を楽しんで頂いている。	入浴できる時間帯が長く、希望に沿うことができる。身体状況が重い方に対しても用具を工夫するなどして、個浴で対応できている。	
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	天気の良い日には布団を干したり定期的にリネン交換を行い、一人一人の生活リズムに合わせ安眠できるよう支援している。夜間眠れない方には、蜂蜜入りホットミルクを飲んで頂いたり、足浴を行っている。		
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確認に努めている	処方箋をファイルに綴じ、個々の情報や副作用のリスク管理一覧表を作成し全職員が、正しく服薬支援が出来るようにしている。服薬が変わった時にも情報を共有している。服薬が終わるのを必ず確認する。		
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	その方の能力に応じて、買い物や調理、掃除等を共に行っている。行事ではボランティアの方に舞踊やマジックを披露して頂き楽しむ機会を作っている。お酒の好きな利用者様には希望時に提供している。		
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。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	その日の天気や利用者の状態に応じて、ドライブや買い物など、出来るだけ外に出る機会を多くし、小旅行や外食など家族や地域の方々と共に協力しながら楽しく出かけられるように支援している。	週2回はスーパーへ買い物、週2回は関連施設へ物品受け取り、週1回は通院日と、ほぼ毎日外出の機会を設けている。また2か月に1回程度の小旅行には家族や近隣に車いす介助や方向見守りの協力を得ている。	

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	ご家族様と話し合いながら、外出する時には小遣いを本人に渡し、買い物出来るよう支援している。		
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	絵手紙教室で作った絵手紙をご家族や知人に出せるように支援している。		
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、生活感や季節感を取り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	共有の空間については、温度・湿度には気を配り常に整理・整頓・清潔に心がけ、季節に合わせた掲示物の貼り替えなどを行い、好きな場所に座れるような配置をし、居心地よく過ごせるように工夫している。	中庭を設け明かりが十分に入る様にしている。利用者が協力して作成した作品を多く掲示してあり、季節に合わせた月見の貼り絵があった。行事の際の写真も多く掲示されている。自由に座れるようにソファアやテーブルと椅子なども配置されていた。	
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で過ごせるような居場所の工夫をしている	利用者様の性格を考慮しそれぞれに合わせた席順を設定している。また、利用者様同士が円滑にコミュニケーションを図れるように、職員が間に入り、支援を行うように努めている		
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	ご本人の使い慣れた家具や写真などを持ってきて頂き、その人らしく過ごせるようになっている。また家族の写真や賞状なども掲示している	家族の写真や、賞状、また本人の好きなものやなじみのものを飾り、部屋ごとに雰囲気が異なっていた。部屋の大きさも異なっており、そこに合わせて家具等配置している。	
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」「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	本人の出来る事出来ない事を把握し居室入口に表札をつけ自分の部屋である事を確認し、手すり伝いに歩いて頂くなど安全に配慮している。		