

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 亀さん家)

事業所番号	0670700574		
法人名	合資会社 喜助		
事業所名	グループホームなでしこ(亀さん家)		
所在地	山形県鶴岡市斎藤川原字林俣234-28		
自己評価作成日	平成27年 9月 1日	開設年月日	平成14年 6月 1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)】

運営理念に基づき利用者お一人おひとりの認知症の症状を正しく理解し、利用者の方々が主役としていきいきと生活できるようスタッフがサポートしています。また、できることを積極的にケアプランに取り入れ、日々の実践が理念に近づくよう取り組んでいます。家族には、利用者が笑顔で安心、安全に生活を継続していることを、毎月お手紙にてお知らせしています。スタッフには、全体研修を通して、介護保険改正内容の把握、仕事の見える化を図ること、スタッフへの喜助をよくするアンケートやチャレンジシートに基づいた処遇改善により、働きがいのある会社づくりをスタッフ一丸となった取り組みを行っています。今年度より認知症110番、サポーター養成講座を設け、地域貢献に努めています。

【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)】

職員は法人の理念を良く理解し、ゆったりとした中でも温かみのある支援が行われており、食事や日常の散歩、ボランティアによるレクリエーションなどの取り組み、又、日常の会話や家族へのアンケート等を通じた利用者の意向を理解し、その人らしい生活が送れるような取り組みが行われている。地域に対しても事業所として積極的な取り組みが行われており、認知症サポーター養成講座の開催を予定するなどの地域貢献を通じた地域との連携作りが行われている。

※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 <http://www.kaigokensaku.jp/06/index.php>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(株)福祉工房		
所在地	宮城県仙台市青葉区国見1丁目19番6号-201号		
訪問調査日	平成27年11月17日	評価結果決定日	平成28年1月27日

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
55 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	62 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
56 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:18,37)	○ 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	63 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
57 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目: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	64 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
58 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:35,36)	○ 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 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
59 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:48)	○ 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
60 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:29,30)	○ 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
61 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	○ 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		

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は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	
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	住み慣れた地域の街の中で、その人らしく生活できるよう、法人の運営理念を作り、ホーム内に掲示し、出勤時・スタッフ会議等の機会に復唱し、日々の実践に努めています。	出勤時に復唱して仕事前に気持ちの入れ替えをしている。月1回のスタッフ会議で理念の確認をしている。	
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	挨拶等、気軽に声を掛け合っています。近所の美容室を利用したり、散歩に出かけ、顔なじみの関係づくりができるよう努めています。地域のハーモニカボランティアの方より訪問していただき、交流を図っています。	地域のハーモニカボランティアの方10名程の人達が行事の際来所して演奏を行い、利用者も参加している。近所の方からの野菜の差し入れ、近所の美容室の利用等地域の方との交流が行われている。今年度より認知症サポート養成講座を開催して地域の方に認知症の理解と相談の地域での役割を計画。	現在計画しているサポーター養成講座を実施し、地域の方への認知症の理解の促進に取り組み、地域における認知症の相談所的な存在となり、更に地域との連携を深める取り組みが期待される。
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	今年度より認知症110番を新設し、地域の方々の相談を受けたり、福祉体験等の受け入れを通じ実践しています。又、介護情報等を運営推進会議や広報誌等でお知らせしています。		
4		○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	定期的な開催を行ない、会議での意見や要望等を実践できるように努めています。防災の取組みについては、計画から意見を求め、実践へも参加をいただいています。又、今年度よりサポーター養成講座の呼びかけと、実践に向け取り組んでいます。	2ヶ月に1回定期的に開催している。市の職員、民生委員、町内会長、家族の参加で事業所からの報告と課題に対する意見交換し、参加者からの意見を頂き改善、サービス向上の参考にしている。今年度の計画である認知症サポーター養成講座の件についても意見をいただいている。	
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	市町村の連絡協議会等担当者との話し合いの機会には参加しています。また、ケースワーカーの訪問等連携・協力し、サービスの質の向上に努めています。	介護保険の改正時に市町村にできた連絡協議会と相談がいつでもできるように連携している。運営推進会議に参加して頂き事業所の情報を提供している。	
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、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	研修会や日頃のケアを通して、スタッフへの指導を行なっています。ご利用者個々の言動や行動等から、本人の意向に添った援助を心掛けており、日中玄関は施錠せず、スタッフ間の連携を密にし、サポートしています。	介護におけるベットの柵、車椅子のベルトの使用、スピーチロック等に関して会議で話し合いを行い日常のケアの振り返りを行っている、又法人の内部研修でも行なわれている。	

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	
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	高齢者虐待防止法等の研修を、全スタッフが受けることで、理解を深めると共に、スタッフ会議等で、良いケア、悪いケアについて、具体的に話し合うことで、虐待防止に努めています。			
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	制度を必要と考えられる利用者のご家族には、関係者と話し合い、活用できるよう支援しています。また、制度については、研修等で、学ぶ機会を設けています。			
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	契約時は、重要事項等の説明を丁寧に行い、利用後も1ヶ月ごとの家族への報告のほか、随時連絡を取り、状況を説明しています。また、改定があった際は、十分な理解が得られるよう説明を行っています。			
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	面会など普段の関わりの中で、要望などを聞いた際は、すぐに反映できるようにしています。また、運営推進会議へ、家族から参加していただき、話し合いの機会を設けています。利用者、家族へのアンケートを行ない、意見なども汲み取れるよう努力しています。	面会時に家族の希望等をきいている。年1回アンケート調査を行い家族の意見、要望を聞く機会を作っている。		
11		○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	日々のサービスにおいて、現場のスタッフの意見を聞き、事業所内の会議、ミーティングの場を活用し、双方話し合いを行うよう取り組んでいます。又、その中で出された意見等を法人内の経営会議へ上げ、検討するようにしています。法人でアンケートを行い、提案をする機会を設けています。			
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	年2回、運営理念をより具体化した項目について、評価を行い、上司の評価後、個別面談を行っています。評価結果に応じ、待遇面において、反映されるようになっています。			
13	(7)	○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	新人研修、3カ月研修、職員の経験やスキルに応じた研修、法人内の各事業所の事例報告、外部研修の伝達等、さまざまな研修を行い、職員が希望する内容の研修へ参加できるようにしています。	新人研修で、介護技術(3ヶ月)をマスターできるように、又経験やスキルに応じた研修が行われている。職員は個別に目標設定を行い、達成のための研修には自主的に参加できるようにしている。		

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	
14	(8)	○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	連絡協議会等へ参加を促し、交換実習や実践者研修など研修の場を多く持ち、サービスの質の向上に努めています。	GH協議会に加入し、交換実習、利用者の交流会(事業間)に参加して他の事業所との交流によってサービスの質の向上の為の振返りをを行っている。		
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	事前面接で、本人の状況(生活歴、認知症状、健康状態等)を把握できるよう努めています。また、サービス開始に対する不安や要望を確認し、利用者が安心して生活が送れるように努めています。			
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	利用申し込み、事前面接等で、ニーズを確認し、今までの介護における苦労等も受容しながら、対応できるサービスを説明し、本人の状況だけでなく、家族の思いや状況を伺いながら、関係づくりを図っています。			
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	相談時に、家族の実情、要望をもとに、その時点で何が必要なのかを見極め、どのようなサービスを利用したらよいか、情報を提供したり、関係者に相談を行うなど速やかに対応しています。			
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	スタッフは、利用者を介護させる側という視点に立たず、協力して生活を共にし、不安の解消、役割の確保に努めます。			
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	毎月のケアプラン報告や面会時を通して、利用者の生活の様子を伝え、認知症の理解などを含め、対応を相談・検討し、共に支援していくよう努めています。			
20		○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	利用者によっては、知人や友人の訪問もあります。また、家族付き添い、外出や外泊ができるよう、支援しています。			

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	
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	気の合う利用者同士で過ごせるような場面づくりや関係を支援しています。逆にトラブルになりやすい場合は回避するような環境作りに努めています。			
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	現状としては、特養入居による利用終了や、入院から他界される場合が多く、継続的な関わりを必要とする方はいないが、契約終了時には、必要な支援等がある際は、相談を承ることを伝えています。			
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	日々の関わりの中で、表情や仕草、言動などをスタッフと共有し、希望や思いが把握できるように努めています。また、困難な場合でも、ご家族からの話を伺い、利用者中心なサポートを検討しています。	センター方式の一部アセスメント方式を利用している。日常に於いては疑問形で話をして利用者の意向を把握するようにしている。		
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	事前面接時に生活歴、好きなこと、サービス利用経過など、詳しく伺い、グループホームの生活にすぐ活かせるように努めています。面会時に、コミュニケーションをとり、情報を収集しています。			
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	毎月ケアプラン評価を実施し、スタッフ会議にて全スタッフと意見交換、共通理解を深め、チームとして対応できるよう努めています。			
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	個々の介護計画について、ケアプランミーティングで毎月評価、検討し、スタッフ会議の場で意見交換を行っています。また、年2回アセスメントを行い、家族からも意見を伺い、プランに反映できるように取り組んでいます。	月1回は利用者、家族の意向等を確認し、見直しを行なっている。		
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	日々の様子や会話、ケアの実践や気づきを、ケース記録として残しています。勤務前には必ず確認し、情報を共有化、継続性のあるサポートが行えるよう努めています。日々記載されたものは、ケアプランミーティングで毎月検討され、変化に応じ見直ししています。			

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	
28		○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	本人の意向で外出したり、地域資源(買い物、理美容院など)を活用し、日常的に外出等できるように取り組んでいます。			
29	(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、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支援している	入居時に、医療機関等の意向を確認し、その内容に応じ、医療を受けられるよう支援しています。また、家族が定期的通院付き添いをする場合には、必要な情報を提供しています。	協力医による往診が1～2回/月行われている。かかりつけ医への通院は家族が同行し、事業所から日々の利用者の状況をかかりつけ医に情報として提供している。ご家族が同行できない際、職員が同行している。		
30		○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支援している	介護職員による状態変化の気づきは、ケース等に記録し、看護職員やかかりつけ医に情報提供し、連携を図っています。看護職員による気づきは、ケース記録、看護日誌に記載し、全スタッフが情報確認を行っています。			
31		○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。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。	入院中に、医師から説明がある場合は、家族と一緒に管理者が同席しています。病状や治療方針に応じて、家族と相談し、場合によっては早期退院ができるよう支援しています。			
32	(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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合は、医師の診断及び治療方針をもとに、ご家族と十分に話し合いを持つようにしています。その際、ホームで出来得る対応について説明し、最良の方法を家族と検討しています。また、状況が変化する毎に、ご家族と十分に話し合うようにしています。	入所時に家族に、重度化した時の指針を説明し同意を得ているが、利用者の状態の変化に伴い関係者がその都度話し合いを行なうようにしている。		

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	
33		○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	スタッフが、年1回救急法、応急手当の研修を行っています。緊急時の対応については、マニュアルに基づき、迅速に対応できるよう、全スタッフが確認、把握するよう努めています。			
34	(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	年間計画を作成し、昼・夜想定訓練、火災・地震想定訓練、総合訓練を、年2回行っています。また、防災機器説明会、緊急連絡網訓練、防災訓練手順学習なども実施しています。災害時は、地域の方のご協力が得られるように、運営推進会議を通じて、話し合っています。	今年度は9月(消防署参加)、6月(日中)に防災訓練を行い、消火器など防災機器類の取り扱いの説明会や電話連絡網の訓練が行われている。又、運営推進会議でも災害時における地域との協力の話をしている。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
35	(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	日常生活の中での誇りやプライバシーを尊重し、日々の言葉かけを行っています。毎月のスタッフ会議では、具体的な事例を出し、理解を深めています。	法令に従い支援を行っており、又、具体的な事例をだしスタッフ会議で職員同士で話し合いを行っている。		
36		○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	なじみの関係を築き、話の中で、希望や嗜好を引き出せるよう働きかけています。また、利用者の意向に沿った自己決定ができるよう努めています。			
37		○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	利用者の意思を尊重し、希望があった際は、一緒に外に出たり、軽体操、家事等、利用者のペースに合わせて、対応するように努めています。また、決められた時間にとらわれず、本人の気分や体調等に配慮し、食事やおやつ等の提供をしている。			
38		○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	衣類等を一緒に選んだり、個別に身だしなみやおしゃれの支援を行っています。季節ごとの衣類交換や補充などは本人、家族、担当スタッフが協力し、行なっています。			
39	(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	調理の下ごしらえ、米とぎ、片付け等、スタッフはご利用者の力と意欲を引き出すよう心がけ、一緒に行っています。利用者の希望メニュー、行事食や外食、誕生日会メニュー等も取り入れています。	家事にはその人のレベルで参加している、献立は法人の総務の方で作成、誕生日、季節にあった献立、行事等の時は利用者の好み等も取り入れられている。近所からの野菜の差し入れがあり、季節感を味わっている。		

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		○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	利用者個々の摂取状況を把握し、食欲不振が続く際は、摂取量チェックを行い、補食をしています。状況に応じて医師へ相談し、栄養補助、体力確保を図っています。			
41		○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、うがいや歯磨きの声かけを行ない、手入れが不十分な場合もあるため、個別に対応しています。うがいができない方は、口腔用ティッシュや専用ブラシで口腔清拭等を行っています。			
42	(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	個別に排泄記録を残し、日々の状態を確認しています。認知症状、体調、季節の変化等に応じ、誘導の時間の変更や下剤調整を行い、できるだけトイレで排泄が続けられるよう支援しています。	チェック表を利用してトイレでの排泄を基本としている。排便は利用者の変化に応じて下剤の調整をしている。		
43		○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	排便の状況を排泄記録で確認し、定期的に排便ができるよう支援しています。また、料理に乳製品や果物等を取り入れたり、家事活動や散歩、軽体操など、活動的な生活を通して、自然排便を促しています。			
44	(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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	主体性を重視し、入浴の声かけ及び誘導を行い、体調に合わせ、柔軟に対応しています。入浴時は、一人ひとりの好む話題や歌をうたう等、楽しんで入浴できるように支援しています。また、利用者の身体状況に合わせ、安全に入浴しています。	週2～3回は入浴できるように環境を整え、利用者の体調に合わせて入浴している。		
45		○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	日中は、できるだけリビングで活動的に過ごせるよう支援しています。日々の利用者の表情、体調を観察しながら、状態に合わせて、適度に休息や昼寝をして、安眠できるよう支援しています。			
46		○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	お薬手帳を個別に管理しているほか、現在服薬している最新の薬剤情報を管理し、確実に服薬できるよう、状態に合わせて支援しています。日々の利用者の表情、体調を把握し、変化のある場合は医師に連絡し、指示を受けています。			

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	
47		○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	利用者の生活歴を参考にし、洗濯物干し・たたみや食器洗い・拭き、縫い物など、家事活動が役割となるよう支援しています。また、歌やビデオ鑑賞、塗り絵等、一人ひとりの楽しみも支援しています。			
48	(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	本人の気分に応じて外出や散歩等ができるよう、支援します。家族付き添いのもと外出し、実家や墓参りに出かけています。また、外出行事で山、海、草花等に触れることで季節を感じていただける機会を設けています。	日常は散歩が行われ、又ユニット同士の交流も行われている。家族の協力でドライブやお墓参り等を行なっている。		
49		○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	家族と相談し、お金の管理ができる方、お金を持ちたいと希望される方は、一部管理できるようにしています。			
50		○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	家族より、荷物等が届いたときには、お礼も含めて電話でお話できるようにしています。また、普段も家族からの電話を取り次ぐ等の支援もしています。			
51	(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	ダイニングとリビングが一体化しており、調理の音や匂いを感じられます。花を飾ったり、ご利用者さんと一緒に作った壁画を飾り、季節を感じられるようにしています。	肩を寄せ合う距離の空間で食事を取り、食事後も仲良しの利用者同士がソファで歓談しており、家族的な雰囲気を感じられる環境となっている。		
52		○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	リビングでの時間を楽しく過ごせるよう、3人掛けのソファを置き、他のご利用者の気配を感じながらも、気の合うご利用者同士で過ごせるように工夫しています。外の景色を眺めたり、花の手入れを楽しみ、団欒できる場所となっています。			

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	
53	(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	家族には、使い慣れた物の持ち込みをお願いし、布団やアルバム、ぬいぐるみなど、愛着のある物を持ち込まれています。	利用者が安心して、その人らしく生活できるように家族、職員が協力し工夫している。		
54		○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	段差のない作りや、手すりの設置など、安全確保と自立への配慮を行っています。トイレ、洗面所、居室の表示は、利用者が見やすい位置を考慮し、設置しています。			