

### 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	3290200066		
法人名	社会福祉法人やすぎ福社会		
事業所名	グループホームかも 西ユニット		
所在地	島根県安来市安来町641番1		
自己評価作成日	平成30年1月18日	評価結果市町村受理日	平成30年3月27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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/32/">http://www.kaigokensaku.jp/32/</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社ケーエヌシー		
所在地	松江市黒田町40番地8		
訪問調査日	平成30年3月5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)】

家庭的な雰囲気や延長ができるように配慮し、今までの生活から大きく変化させないよう暮らしの継続に心がけている。特に五感を大切に、生活そのものを感じてもらえるよう、調理や家事のできることを職員と一緒に実施することで役割の定着、やりがいを通じて安定した気持ちで過ごしていただけるよう対応していきます。個々のできることを重視し、出来ないことへの援助体制を確立していきます。

在宅生活の延長として、利用者の暮らしは継続され、継続が途切れないように家庭的な雰囲気やケアする配慮に努めている。利用者主体のサービス提供は、匂い・香り等五感の刺激による生活実感が大切にされて、利用者は調理や家事では有する力を発揮し、役割を分担して、職員と一緒に協働することにより、生活のし甲斐を感じて、穏やかな気持ちで過ごしてもらうように、支援体制の取り組みを目指している。

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) ○	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) ○
57	利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38) ○	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) ○
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) ○	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) ○
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37) ○	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) ○
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) ○	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 ○
61	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:30,31) ○	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 ○
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、安心して暮らしている (参考項目:28) ○		

# 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
<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	理念は事務所内に提示し確認できるようにしている。勉強会、会議等を通じ、自己を振り返り再確認を行う機会を設けている。また家族との関わりを大事にし、信頼関係が保てる様に随時情報の共有に心がけている。	ケアの理念と目標は事務所に掲げ、職員・管理者は、確認をしながら、具体的に支援を行い、勉強会やユニット会議・リーダー会議・職員会議ではケアを振り返り、家族との信頼関係を大切にケアを実践している。	
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	事業所内の活動等は地域の方に広報誌を配布し見てもらっている。夏祭りには地域の方が来所されひと時の時間を共にした。また町内にある保育所との交流を行い、芋ほりしたり昼食会をしたりして交流を持った。	地域住民の一員として自治会に入会し、かも通信を年5回町内に配布し、夕涼み会の夏祭りは、パン屋さんなど地域の人が立ち寄り又、近隣の保育所の園児とは、芋ほりや昼食会を共にして近隣の人とふれあっている。	認知症支援の勉強会を提言し、地域の人に高齢者支援を啓発する事により、自治会のメンバーとして地域の人と交流をする工夫に期待したい。
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	地域広報誌にワンポイントアドバイスや豆知識と題してコーナーを設け介護情報を提供している。また戸外散策等を通じ、地域の方と挨拶したり触れ合うことで、利用者を知ってもらい認知してもらおう努めている。		
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	2か月に1度会議を開催し事業所の現状報告を行い意見交換を行い、ケアに関する提案や意見が聞かれた場合は、職員間で検討しケアに反映し市職員、ケアマネ等の情報も職員の知識向上に役立っている。	2ヶ月に1回開催のこの会議では、市職員、包括職員、地域住民、利用者、家族、知見者等の参加メンバーが双方向的に話し合いを行い、意見や提案等の助言はケアに反映され、職員の自己啓発に活かされている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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取り組んでいる	運営推進委員会にも参加してもらい、利用者の現況や、事業所の取組等を確認してもらっている。制度等での不明点も聞きやすい状況があり、わかりやすく教えてもらうことができる。	市担当者とは、運営推進会議で利用者の暮らしぶりやニーズの報告に意見を貰うほか、日頃から市介護保険課とのかかわりは密にとり、分からないところは丁寧に教示して貰う対応により、関係づくりに取り組んでいる。	
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	代表職員が研修会に参加し、職員会議にて復命を行っている。事務所内には言葉による拘束の言葉を掲げ、言い換えの言葉を示したりしている。玄関は施錠しないで、自分の意思で戸外に出ようと思えば、自由に散策できる様に対応し、職員は見守っている。	身体拘束をしない研修参加職員は職員会議の復命で拘束は駄目だとの意識づけを報告し、拘束となる不適切な言葉遣いは職員のアンケートから選び、スピーチロックをして言い換え言葉作りに取り組み、施錠をしない玄関は自由な戸外散策対応に努めている。	
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	権利擁護研修会に参加し、虐待防止も兼ねて職員間で振り返った。今年度はスピーチロックにテーマを置き、研修参加職員が自己評価から始まり振り返り迄自己を見つめていく研修を行い、掲示物も参照している。		

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
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	現在自立支援制度も、権利擁護も事務上は役職者が担当し、書類提出したり、担当者と話しているのが現状で、職員はそのような制度がある事は知っていても、それ以上詳しい内容は話し合いを持ってない。		
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	契約等に関することは変更が生じた際は、書面を提示している。事業所利用にあたり説明を行い理解できたか確認を取る。契約の締結、解約も全てで書面に残す。説明に対し家族が納得の時点で契約を実施する。		
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	家族からの要望は利用者のプラン説明時に確認を取る。それ以外でも家族との交流を密にし気軽に意見が出せる雰囲気づくりを行い、運営推進会議にも家族代表が参加され、家族から意見を述べてもらっている。	家族の要望や意見はケアプラン説明時に確認され、運営推進会議では家族代表者から良く意見がだされ、苦情処理第三者委員会は定期に開催され、苦情改善策等要望や意見は運営に反映させている。	
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	月1回各ユニットで話し合いを持ち、検討事項はリーダー会議で内容が管理者らに報告され、その場で改善返答できれば直ぐ改善し、内容によっては検討時間を貰う事もあり、月1度の職員会議も有効利用している。	各ユニット会議で月1回ミーティングを行い、リーダー会議では、スタッフの指導方法、ケアの方法、購入希望等に話し合いを持って、即改善に努め、検討に時間を要することは、職員会議で検討し、運営に反映させている。	
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	福祉人事考課制度を取り入れており、各自が目標を持って取り組んでいる。勤務に関しては働きやすい職場を目標に個々の要望をできる範囲で聞き入れている。極力職員自ら考えて働けるよう援助している。		
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	研修は参加してもらいたいと思っているが、制限がある為、掲示板に研修案内は提示し個々で研鑽してもらえような環境も作っている。OJTを上手に活用し下位者を育てていけるよう上位者が指導に当たる。		
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	法人内交流は時にあるが、法人外交流は特になく研修等を通じてのみ関わり他施設の状況を聞くことで刺激もある様である。又勉強会は法人内で計画される事があり本人が参加意思の時は出席して貰っている。		

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
<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	事前にモニタリングし本人の状況確認し、聞き取りも行い、家族からも状況確認し、生活歴を把握する。環境に慣れることを優先し無理強いせず状況の確認と次の対応に繋げる。コミュニケーションをまず優先する。		
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	家族には入所前に施設に在所して頂き、状況説明を行って家族の要望や意見を聞き取る。何でも相談できる環境づくりを大切にしている。その後もプラン作成時は家族の要望をサービスに反映させている。		
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	両者に聞き取りをしたうえで、アセスメントから何を支援していくと、本人が生活しやすい状況になるかを確認する。外部からのサービス利用が適当であると判断した場合は業者と連絡を取り合い調整していく。		
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	自立支援を第一に置き、出来ることは自力で行ってもらい、出来ない部分は声掛けしながら支援していく。料理、軽作業の実施等、利用者と職員がともに行うことで生活感を持ってもらえるよう心掛けていく。		
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	今まで家族間で築かれた環境や絆を大切にして状況は常に報告仕合、情報の共有に努め、利用者のケアに検討事項があれば家族と相談し共に検討して決めていく事もある。家族の理解によりケアを進めている。		
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	面会は自由に出るようになっている。教え子の来所で談笑したり前からの知り合いが訪ねたりされている。生活体験の施設への訪問をしたりすることがある。本人の希望で出かける事もありアクションはかけていない。	利用者との面会は、面会簿で来訪者を把握し、自由であり、教え子や知合いの人が面会に来たり、本人は以前利用をしていた施設に出かけたり、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、見守る支援に努めている。	
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	テーブル席は性格上会う、会わないで難しい事があり、職員の仲立ちでコミュニケーションが取れる様に配慮し孤立ではないが、1人を敢えて好む方もいるので無理強いせず職員との関わりでカバーしている。		

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	利用者の契約終了は死亡されるか長期入院であるため、継続しての関わりは難しい。ただし、家族に対しては必要に応じ連絡を取ることもある。死亡後のデスカンファレンスの内容を伝えることもある。		
<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	サービス計画作成時は事前に利用者本人に希望や困っていること等の確認を会話により行い、家族の希望や本人への思いも参考にしている。意思疎通が困難な方は、通常の暮らしから本人に併せた支援を行う。	6か月1回のケアプラン作成は、事前に本人の希望や困りごとをコミュニケーションをとって把握し、家族の意見も参考にして、利用者本位に行い、意思疎通困難利用者には、普段の暮らしから推し量るケアを行っている。	
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	アセスメントを行い過去の生活状況、生活歴は職員の共有事項として事前カンファレンスを行う。入所前の生活状況から大きく変化させることなく無理なく環境に慣れていただくように努めている。		
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	一応事業所としての日課を基に、ケアの提供を行い、本人の意思や体調を考慮した上で無理なく生活リズムを作っている。ケア対応に関しては現状できることを職員が周知しながら自立支援を前提に対応している。		
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	本人をしっかりアセスメントしたうえで、何を援助すれば生活しやすくなるか見極めサービス提供につなげている。目標に向けてどんなサービスがあるかカンファレンスで検討し計画作成に反映させている。	アセスメントは、ケア状況を振り返り、利用者のQOL向上のための支援は、リーダーを中心に担当者・ケアプラン作成者等はカンファレンスを行い、本人主体の暮らしを計画に反映させ、月1回モニタリングを行っている。	
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	日々の対応は介護記録を勤務職員が記録し更に申し送りノート、連絡ノートの活用で職員へ申し送りを毎日行っている。サービス提供責任者は日々の送りを参考に評価し、次回のプラン作成に当たっている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	利用者の状況に応じ、臨機応変に対応できるように努めている。外部のサービスを求めることはあまりないが機器の導入に関しては業者によるレンタルも依頼している。訪問診療の受け入れも実施している。		

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
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	近くにある図書館、公園等に行く機会も高齢化が進み遠のいている。町内にある保育所から来所してもらい交流したり、事業所の夏祭りに地域の方を招待する程度。個々に合わせた外出支援の提供は実施している。		
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、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	各利用者の主治医は決まっている。在宅からの入所者はかかりつけ医が引き続き関わり、家族が定期的に受診付添いをされ、施設からの入所者は事業所の主治医が関り、初めに家族、利用者には確認する。	入所時の利用者とかかりつけ医の関係は家族の思いが尊重され受診が継続され往診も行われている。定期受診は家族が同行している。事業所の協力医の医療は、本人家族の受診の希望に沿って支援に努めている。	
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	医療面での申し送りは看護師にメモをとり、申し送りを行っている。利用者の変化には敏感に察知しまずは主治医に連絡し、必要であれば受診をしている。		
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。	過去1年間くらい入院はないが、体調不良を早期に見つけ担当の医師に連絡し受診、往診を行っている。また夜間万が一体調不良になった時の対応も確認済である。		
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	高齢重度化に向け終末期対応の研修等も行い、実際に昨年の暮れ家族の希望もあり事業所の看取りケアを行い、事前の職員周知、医師と家族との面談も数回行い、終末期の心構えをもち、対応することができた。デスクカンファレンスも行い次回に繋げた。	昨年の暮れは、重度化終末期の看取りケアは事前研修により意識づけを行った。実際の対応は、家族の希望を受けて、利用者家族・医師・職員は丁寧に行動し、終末期の心構えを持って、チーム支援はいい形で協力しあい、次回に繋げるケアを実践している。	
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	年度当初に消防署での研修は受けたが、実際にそういう場面に遭遇することは少なく、そのような事態が起きたら、現在は主治医の指示にて対応しているのが現状である。		
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	火災に対する避難訓練は消防署の指導の下、実施しているが、水災害時の訓練には不安が残る。地域の協力は図れると思うが、実際に共に訓練をしたことはない。避難ルートと連絡体制は指示してある。	火災避難訓練は、消防署の指導により年2回実施し、避難ルート等は指示し、火災夜間想定訓練と地域と連携の災害訓練は行っていないが、今季の降雪時地域の人達が雪かきに来てくれる等地域の協力は期待できる。	消防署の協力により実施する火災訓練の時には、自治会のメンバーとして避難訓練の協力を依頼する等の工夫に期待したい。

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の日々の支援</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	特に言葉使いには注意を払い、職員間で研修を行ってきた。利用者が心地良い気分になれるよう、個々の主張をしっかりと聞いて、援助するようにしている。(各ユニットでの接遇目標も掲げている)	今年度は接遇研修を行い、特に言葉遣いは利用者に対して、職員間でも気をつける意識づけを行い、各ユニットは接遇目標を掲げて、人権と人間の尊厳を尊重する対応により利用者が心地よく暮らすケアをしている。	
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	言葉かけの方法など、自分で意思決定できる会話方法に心がけている。またあらかじめ現在困っていることや希望等会話の中から聞き取りし、サービス計画にも取り入れるようにしている。		
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、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	業務優先ではなく利用者の主張をしっかりと傾聴する。又個々に併せた生活リズムを重視するよう研修、会議等を通じ都度確認している。できるだけ選択できる会話を行い、利用者の言いたいことを確認している。		
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	個々に洗面セットを持ち、鏡に向かうと整容されて、時に化粧を施し、理容サービスを受け自分の好みでカット、毛染めが行われる。衣類は主に家族が持参され、購入する人は入浴時の服を自分で準備して貰っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備、盛り付け、片付けは職員と一緒にに行っている。行事食の提供、誕生日には事前に食べたいものを聞き当日に提供することをしている。味に関しては時に意見を聞くと「美味しい」と言ってくれる。	利用者の有する力を発揮して行う調理・盛り付け等は、各ユニットで職員と一緒に役割を担い、包丁の音など五感の刺激を楽しみ、敬老の日行事等は、特別食会席膳が提供され、味覚を楽しむ支援を行っている。	
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	献立は管理栄養士のメニューを基に少しアレンジしてカロリーは確保し、量も個々でグラム数も違えている。又食事、水分摂取量もチェックし、健康管理に繋げている。嗜好品も把握し嫌いなものは代替している。		
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	毎食後口腔ケアやうがいを全ての方に実施し、困難な方は食後に水分を取って貰い感染予防に努めている。口腔内に異常が生じ、歯にトラブル発生の際は、歯科往診か受診を実施し、義歯洗浄も毎日実施する。		

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	個々の排泄パターンをチェック表から把握し、出来る限りパットが濡れないように案内時間の検討をしている。排泄行為を自力で行えるよう職員が先行するのではなく声掛けしながら衣類の着脱、等を支援している。	排泄支援は、利用者一人一人のパターンをチェック表で行い、パットが濡れないように昼夜のトイレ誘導の時間が検討され、おむつの方は少数であるが、排泄の自立に向けて声掛けで衣類の着脱等のケアに努めている。	
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	排便管理はチェック表で管理している。不穩に繋がらないように下剤の投与を行い、簡単な運動をしたりしている。また水分が取れない方には代替品を提供し、排便が出易いように食事、水分管理も行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴は医師の指示があり1/wの方以外は2/wで対応している。予め職員が組んだ曜日での入浴をしている。当日の本人の状態や気分に合わせて日を移動することはある。又急な対応にも対応する時もある。	利用者の入浴は、医師の指示により週1回又は、週2回行い、職員は入浴日のスケジュールを組み、利用者の体調や気分を傾聴して支援しているが、入浴日は、個々に応じて変え、急な入浴希望も支援している。	
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	午前午後のティータイムには全利用者に声掛けするが、本人の意向で時間がまちまちになる事もある。体調や睡眠状態に合わせて時間を調整して離床、臥床を行っている。室内環境にも配慮し湿度計を見ている。		
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	主に看護師が管理し、不在時は介護で対応が必要なため、個々が服用している内服の把握はしている。症状により主治医に報告し薬の指示を受けることがある。薬が変更になったときは特に状態を観察している。		
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	職員と共に生活リハビリに取り組んで貰い、調理、食器拭き、洗濯物干しやたみは積極的に実施されている。無理強いせず本人のやる気を促し、役割として楽しみにしている方もある。外出支援も実施している。		
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支援している	感染症予防で冬場の外出は極力避けている。買い物等の希望は随時対応する事している。地域の方との外出は試みたことはないが、家族同伴での外出支援は希望を取り参加できる家族とは一緒に出掛けて、家族との外出は積極的に支援している。	冬季の外出はインフルエンザ予防により控えているが、ローソンや近くに出かけての買い物等は、随時利用者本位に希望を叶えている。本人の希望する家族同伴の外出は、家族の協力を取り付けて積極的にお願いする対応に努めている	



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
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	認知の状況によるが小口で金銭管理している方は数人いる。管理能力に乏しいため家族にはその旨、理解を得ている。外部からパンの販売等に来所された際は、自分で購入し金銭を支払われる方もいる。		
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	事務所内の電話は自由に使用できるようになっている。また家族や知人からの電話取り次ぎも子機を利用し対応している。文字での交流はできる方が限られているが、ハガキの返信等を支援したこともある。		
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	共有空間は、季節感が感じられるように壁面装飾をしている。また個人で作成された作品も掲示している。その他浴室、玄関、トイレ等は毎日掃除しており清潔感は保たれている。事業所内は適温対応に注意を払い、特に浴室の温度は気を付けている。	共用空間は、居心地よく生活ができるように、季節感ある装飾、利用者の生活写真、行事写真、絵画作品等が廊下・玄関・ホールに掲示され、日々に行う掃除により清潔感を保持し又、温度湿度計で適温等を管理し、居心地よい共用空間づくりを工夫している。	
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	現在のフロアでのテーブル位置はそれぞれ気の合う方同志、又話ができる方同志という観点で配慮し、個人空間を好む方は部屋に帰ったり、テーブルを1人対応にする等、個々の状況に照らし対応している。		
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	個々の部屋は、使い慣れた家具、小物の持参は自由に行ってもらっている。ソファ持参し部屋で家族とくつろいだり、趣味の本を沢山持参されている方もいる。	居室は、本人の使い慣れた家具、趣味の小物・書物、家族と一時をくつろぐソファ等が持ち込まれ、居室はそれぞれに温度・湿度の管理・記録が行われ、ドアは写真・飾りで彩り、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	手すりの設置、トイレ内は車いすや自助具で回転できる様に広いスペースを確保し自力で行うことができる様に配慮され、洗面台も車いすが入るように高さも考慮されて、食後も自力で行っている。段差もない。		