

Bユニット

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------|------|---|---|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | 理念を朝礼時に唱和し、内容を理解して支援するよう日々話し合い、理念に沿った支援実践に努めています。 | | |
| 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 | ホーム内行事には、地域の一般の方々、老人会の方々、学生、幼稚園児など招待し、舞台披露や利用者さんとの触れ合い、交流の機会を設けています。又、地域行事へは、積極的に参加しています。 | | |
| 3 | | ○事業所の力を生かした地域貢献 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生かしている | キャリア教育実習の場を提供し（中学生や一般の方々対象）認知症についての知識や支援方法、適切な言葉かけ等理解して頂き社会で生かせるような内容の提供をキャラバン隊と共同で行っています。 | | |
| 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 | 二カ月に1回の割合いで運営推進会議を行い、地域の中で暮らしている利用者様の活動内容や職員の研修への取り組み状況、ケアサービス内容、利用者様の状態等詳細に報告を行い、今後の活動内容に対する意見交換を行う事でより良いサービス向上に活かしています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|--|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 5 | 4 | ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連携を密に取り、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 | 地域包括ケア会委員として毎月町のケア会議、運営推進会議に参加し、ホームにてのケアサービスの取り組みを伝達したり、ケアプランについてのアドバイスを受たり、又在宅からホームへ、ホームから在宅へと移行する際の情報交換等密に連携を取り行っています。 | | |
| 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 | 身体拘束廃止委員会を定期的に行い、併せて身体拘束廃止研修会も二カ月に1回の割合で行い、スタッフ全員が身体拘束に対する知識、理解をする事で日々の支援が適切に出来、利用者様が穏やかで快適な生活が出来るよう取り組んでいます。 | | |
| 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逃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 | 虐待があってはならない事への理解と認知症についての理解が乏しくならないよう学ぶ機会を増やして行く事を実践しています。虐待に近い言葉使い等があった場合は、管理者がスタッフに個別指導を行い、言葉使いの間違いに気づき今後の支援の在り方等を学んで貰っています。 | | |
| 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 | 権利擁護に関する制度については、学ぶ機会が乏しく、職員会議にて学ぶ時間を設けていきます。青年後見制度について必要性のある方が出現した場合は、関係者と話し合い、この制度を活用できるように知識を深め、準備しています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|---|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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、ご家族やご本人様に理解しやすいよう内容をかみ砕いて説明し、理解を得ています。不安や疑問点に関しては、遠慮なさらず小さな事でも話して頂けるような雰囲気作りに努めています。 | | |
| 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 | 日常的に利用者様やご家族様が遠慮なく意見が言えるな雰囲気作り、気兼ねなく談話出来るようスタッフ全員で心がけ支援しています。又、玄関入り口に苦情処理箱を設置し、匿名で意見が言えるようアンケート用紙も準備しています。毎日苦情処理箱の中の確認を行っています。 | | |
| 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 | ホーム内に職員が無記名で意見が出せるよう意見箱と用紙を設置しています。又、職員会議等で運営に関する意見が出しやすい機会を設けています。運営に関する良い意見は、反映させていくように取り組んでいます。 | | |
| 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 | 介護職員の処遇を考慮し、必要な部分の環境整備を行っています。今年度は処遇改善加算の申請は元より、働く現場の整備として、職員トイレのウォシュレット取り付けや夏場の台所の気温が高く食材の衛生管理上や職員の体力消耗を考慮し、窓掛け様のクーラーを各ユニットに設置し、働きやすいよう環境整備に取り組みました。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 13 | | <p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p> | <p>管理者は、職員一人ひとりのケアの実際を把握し、必要に応じて個別指導行っています。又、島内にて実施される研修会には、一人でも多くの職員を参加させ研修内容を実際の支援現場で活かされるよう積極的な姿勢で臨んでいます。福岡や鹿児島、奄美大島にての研修会は、1名ずつ参加し、研修受講後に再度、法人全体で研修する機会を設け、より良い支援がどの施設でも行われるよう企画し、実施しています。</p> | | |
| 14 | | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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り組みをしている</p> | <p>同グループホームの交流の場は、定期的に設けられ参加しています。それぞれの施設の良い点をそれぞれのホームに持ち帰り資質向上の一つとして活用できています。更に介護支援専門会や法人の中での研修会や意見交換会等も定期的に実施されています。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------|------|---|---|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | 利用申し込み時にご本人様の悩みや不安、要望などじっくりと傾聴行いご本人様が安心して心を開いて下さるよう互いの信頼関係づくりに努めています。更に時間をかけて介護保険上で利用できるサービス内容や医療の事などご本人様がわかりやすい言語や表現を選び伝達やその他の相談も応じています。 | | |
| 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 | ご家族様との面談は、ご家族様の時間の取れる時を優先し、ご家族様方の現在困っている事や不安な事、ご要望など親身に傾聴しながら相互の関係づくりに努めています。日を改めての相談等がある場合も管理者や計画作成担当者が即、対応できる体制を作っています。 | | |
| 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 | 最善の方向にての支援が出来るように、居宅の担当ケアマネージャや包括支援センター、ご本人様が利用されていた施設やかかりつけの病院等とネットワークを活かして対応しています。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 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 | 介護や支援を提供行いながらもご本人様が職員と共に生活している状況を随時考慮行い、ご本人様が出来る事を増やす方向や時間がかかってもご本人様が出来る事（洗濯物たたみや野菜の皮むき、き暮らしを共にしている相互関係を大事にしています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 19 | | ○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を介護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 | ご家族とご本人様の絆が深まるよう、面会時はゆっくりと談話が出来る環境を整えています。月に1回ご利用者様の近況報告（ホームにての生活状況）を写真入りでご家族様に送付しています。行事参加されるご家族も増えてまいりました。 | | |
| 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 | 利用者様の実家近隣の友人が訪ねてきたり、同級生が訪ねてきたりと昔の関係が継続されており、今後も繋がりが深まるよう支援して行きます。散髪に関しても馴染みの理髪店へ外出する機会を設け、地域で散髪するか方や、馴染みの理容師にホームへ来て頂き散髪してもらうなど双方の関係が途切れないよう支援に努めています。 | | |
| 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 | レクリエーション活動時やお茶、テレビ視聴の際、談話をされ互いに関わり合っています。又、お茶や食後、洗ったおぼんの水気を拭き取る方、おぼんを重ねる方などと分担作業など役割りをもって仕事を行います。又、職員が利用者間に入りコミュニケーションが取れるよう援助する時もあります。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取り組み 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 | 契約終了された方に対してもその後の生活面や社会資源が円滑に活用出来て不安なく生活が出来ているか定期的に訪問やご家族、関係機関と連絡を取り合い相談や依頼事への対応がスムーズに出来る体制を整えています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|--|--|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 相手のペースに合わせてながら「思い、希望、不満」等相手の意向を傾聴し、把握していく等利用者様一人ひとりの気持ちに沿ったケアを心掛けています。困難な場面に立ち会った場合は、支援しやすい方法ではなく、利用者様本位で考えて最適な支援方法を取り入れるよう常、日頃より検討しています。 | | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活暦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 | ご本人、ご家族、利用機関、居宅ケアマネや近隣お付き合いの深い馴染みの方々からの情報を豊富に聞き取り、総合的にまとめ把握してケアに役立てています。 | | |
| 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 | 日々の健康観察（バイタルチェック）、職員の申し送り、記録簿などから一日の過ごし方を把握すると共に、主治医よりの申し送りによって利用者様の心身の状態把握に努めています。 | | |
| 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 | ご本人の意向やご家族の想い、希望、主治医よりの身体の情報更に必要機関との連携を取り、モニタリングを行い、ご利用者様がより良い暮らしが出来るよう検討し、現在の状況に即した介護計画作成していく事を心掛けています。又、入院や骨折等があった場合など状態変化があった際は、ご利用者、ご家族、主治医、病院ケアマネ、関係機関に意見を伺い、変更を行っています。包括支援センターの指導も受け、適した介護計画作成に取り組んでいます。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|--|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 27 | | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p> | <p>管理日誌、経過記録日誌にケアの実践・気づき・変化など詳細に記録し、情報の共有を行っています。情報を元にケアの変化があった場合は、全員が業務に入る前に必ず目を通すファイルに記録し、全員が確認行いケアに入っています。</p> | | |
| 28 | | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p> | <p>主治医の変更はないが、必要に応じて他の協力医療機関を受診行い、島外在住の家族よりの要望があれば町の保健施設の検診も引率行い後日、ご家族に結果報告など行っています。</p> | | |
| 29 | | <p>○地域資源との協働</p> <p>一人ひとりの暮らし方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</p> | <p>民生委員の方や地域の区長さんには、運営推進委員になって頂き、運営推進会議には必ず出席して頂いています。※地域行事の情報やホーム内の行事に参加して頂くなど利用者様が楽しい暮らしが出来る支援の協力を得ています。又、地域包括支援センターには、随時相談など行い助言や支援を頂いています。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|---|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 30 | 11 | <p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p> | <p>利用者様のかかりつけ医院の受診を支援しています。訪問看護とも連携を図りながら必要な医療が安心して継続して受けられるよう支援しています。利用者様に体調面での変化があれば、すぐに主治医に連絡を取り、指示を仰ぐ体制を整えています。</p> | | |
| 31 | | <p>○看護職員との協働</p> <p>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に支援している</p> | <p>介護職員は、日常生活の中で体調面の変化を即、記録観察行い、急変があった場合などに関しては、即電話にて状態について訪問看護師や主治医に詳細に伝え、相談し必要に応じて受診や適切な処置が出来るよう指示を仰ぎ支援しています。</p> | | |
| 32 | | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。または、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</p> | <p>入院時には、介護状態の伝達や家族への連絡など速やかに行う支援に努めています。又、医療関係の方々とは、日常的に連絡を取り合い、利用者様が入院した際は、安心して治療が受けられる環境作りの支援も行っています。退院に向けての調整：情報交換を行い、退院時のカンファレンスにもご家族と共に参加し、退院後も安心してホームで暮らせるよう支援しています。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|---|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 33 | 12 | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人や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</p> | <p>ターミナルケアについて、ご家族様とは、事前に話し合う機会を持ち、ご本人さんやご家族の方が不安なく終末期を過ごせるよう支援しています。介護職員にも終末期のケアの在り方などホーム内外の研修を行い最善のケアを目標として今年度は、主治医の方へターミナルケアについて講演して頂く計画も取り入れています。昼夜問わず、主治医と連絡が取れる状態を築いています。</p> | | |
| 34 | | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>利用者の急変や事故発生時に備えて、すべ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</p> | <p>利用者様の急変時の応急手当については、繰り返しの研修にて介護職員が身につけています。又、防災などについては、定期的に消火訓練・救命講習を受けたり、避難訓練を消防署の指導や自主訓練として実施しています。</p> | | |
| 35 | 13 | <p>○災害対策</p> <p>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</p> | <p>防火管理者を主体として日常より、災害時の利用者様の安全確保、避難経路、避難場所、人数確認など訓練しています。今年度は2名の介護職員が防火管理者の資格取得し、災害対策に対する知識を深めて支援行っています。将来的には全職員が防火管理者の資格取得を目指し、利用者様の安全確保に努めていきたいと取り組んでいます。地域住民の協力体制なども整えています。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------------|------|---|---|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | <p>○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p> | <p>言葉使いに対する研修を行い、その人の生きてきた道を、人格を尊重出来るよう管理者が指導しています。間違った言葉使いがあった場合は、個別指導（その方の誇りを損なわない表現の在り方など考えてもらケアに役立てるよう）行っています。排泄の失敗時は、ご利用者様のプライバシーを損なわないよう注意を払う必要性についてもミーティング時に職員全員で話し合っています。</p> | | |
| 37 | | <p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p> | <p>希望や自己決定がなかなか困難な方に対しては、意思決定がスムーズに出来るよう時間をかけマンツーマンの支援を行ったり、方言にての伝達方法を取り入れたり又は、必要な方には、白板を準備したり色々な方法を取り入れ、ご本人が希望や自己決定がしやすいよう支援しています。</p> | | |
| 38 | | <p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p> | <p>ご本人の様子を伺いながら個別支援を行っています。機嫌が悪く入浴拒否される方に対しては、時間をずらす又は、翌日機嫌の良い日に入浴して頂くなど支援しています。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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支援している | 女性利用者様に対しては、好きな洋服をご自分で選んで頂く、鏡を見てヘアブラシをしていただくなどの支援を行っています。男性利用者様に対しては、髭剃りがご自分で出来る方には、シェイバーをご本人様が取り出ししやすい場所に保管、好みの帽子を枕元に準備するなどおしゃれが出来るよう支援をしています。 | | |
| 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 | 旬な野菜を取り入れて季節を感じながらの食事や行事（正月、敬老会、クリスマス他）に合わせてメニューに変化を持たせ食事が楽しく出来るよう取り組んでいます。又、ジャガイモ人参などの皮むきなど利用者さんと談話交えながら行い、後片付けなども職員と利用者さんが一緒にを行っています。 | | |
| 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 | 体調によって食欲の落ちる方に対しては、食事を食べやすい形態に変えたり、補助食を準備して栄養やバランスを考慮した支援を行っています。水分摂取の苦手な方に対しては、好みの飲み物を提供するなど臨機応変に対応しています。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の臭いや汚れが生じないように、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 | 毎食後一人ひとりの口腔ケアの支援（声かけ、洗面所への誘導、口腔内ケア全介助、半介助その他）を行い、口腔内清潔保持支援に努めています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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向けた支援を行っている | 昼夜通して排泄チェック表で確認しながらトイレ誘導にて排泄の支援を行っています。又、トイレにての着衣の上げ下ろしについては、声かけにて出来ない部分が出るよう自立への支援を行っています。夜間ふら付きのある方は、おむつ使用せずポータブルトイレを準備し、排泄の失敗を減らす支援を行っています。 | | |
| 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 | 便秘の原因や快適な排便について研修会を開き介護職員の便秘に対する知識や解決方法など学んで支援に活かせるようにしています。個々に合わせた運動や食事内容、水分補給、繊維の豊富な食材や飲み物の取り入れなど工夫し、便秘予防に努めています。便秘から関連する腸閉塞などの病気の知識も深められるよう職員会議にて学ぶ機会を設けています。 | | |
| 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、個々に応じた入浴の支援している | ユニットごとに曜日を決めているが、利用者様の状態（不穏時や体調面など）を優先とし、時間をずらしたり、翌日に延期するなどしてご本人が気持ち良い気分で入浴できるよう支援しています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|---|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 日中は、希望があれば軽い午睡が 出来るようベッドやソファ、畳な ど個々の状態に合わせ適した場 所へ誘導を行い、休息支援を行っ ています。 | | |
| 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 | 全職員で薬の把握をし、その都 度薬を手渡して服用確認まで行 っています。水で服用出来ない方 には水にトロミをつけ呑みやす い状態で支援します。毎日バイ タルチェックを行い、記録し、 必要に応じて主治医や訪問看護 と連携しながら全員でご利用 者様全員の体調管理を行ってい ます。 | | |
| 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 活暦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 | お膳洗い後の水気拭き取りや軽 い清掃活動、食材の下ごしらえ (皮むき)など出来る部分をご 利用者様と職員が一緒に出来る 環境づくりの支援や気持ちが不 安定になった方への気分転換の 方法などの支援方法を個々に 合わせて行っています。 | | |
| 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 に支援に努めている。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 | 天気の良い日に近隣への散歩や 地域活動に参加支援行ってい ます。ご家族や知人さんとのド ライブや社会見学への支援も行 っています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 | | <p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p> | <p>外出機会を設け、地域の店にての買い物支援を行っています。※お金に対しての所持は本人さん満足感と紛失への過度な不安（物盗られ妄想）が伴い不穏になる傾向があり、なかなか支援が難しい面があります。</p> | | |
| 51 | | <p>○電話や手紙の支援</p> <p>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している</p> | <p>要望があればいつでも相手に電話がかけられるよう支援しています。手紙の方は支援中です。（利用者様方全体的に文字を書くことが困難な為）</p> | | |
| 52 | 19 | <p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）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</p> | <p>リビングにソファや畳を設置し使い易いよう工夫しています。室内温度計を所定の場所に設置し、適度な室内温度管理を行っています。光の管理は、ブラインドや電気調整で行っています。玄関には季節の生け花を飾ったり、壁面に職員と利用者様が一緒に作り上げた季節作品を飾って居心地良い環境作りに努めています。</p> | | |
| 53 | | <p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p> | <p>リビングでは、それぞれ気の合った方々が集い談話出来るテーブル設置や大型テレビ視聴がソファに座り静かに出来るよう工夫を凝らしています。</p> | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 54 | 20 | <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p> | <p>ご自宅にて使用されていた物を持参して入居されたり、入居後に好きな物を購入したりとご家族と一緒にご本人様の居心地良い部屋の環境作りを支援しています。</p> | | |
| 55 | | <p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p> | <p>建物全体がバリアフリーで設計、建築され自立支援がスムーズに出来ていましたが、年々利用者様の高齢化が進み車椅子移動の方が増えたユニットがあり、トイレ案内標識など車椅子走行の目線に合わせ掲示する事でトイレへの移動等への自立支援が出来ています。</p> | | |

V アウトカム項目

| | | | |
|----|---|---|---------------|
| 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とした表情や姿が見られている。 (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) | ○ | 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 |
| 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：9, 10, 19) | | 1 ほぼ毎日のように |
| | | ○ | 2 数日に1回程度ある |
| | | | 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の拡がりや深まりがあり、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，生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 |
| 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 ほとんどいない |