

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	1870100896		
法人名	有限会社 すのうどろっぷ		
事業所名	すのうどろっぷ (Aユニット)		
所在地	福井市和田東1丁目2218番地		
自己評価作成日	平成 28年 10月 3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	http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号
訪問調査日	平成 28年 10月 28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)】

平成14年12月に開設し、今年で丸14年が経過、1番入居歴の長い利用者は13年に及びます。かかりつけ医と専門医の連携で、重度な認知症の方や終末期の利用者への対応に取り組んでおり、今年は3人の利用者の看取りを御家族と共に行いました。地域の皆さんからの協力も厚く、外出時の同行や避難訓練での誘導等、利用者が重度化するなかでも、生き生きと生活する事が出来ています。介護人材の人手不足の解消策として、人材育成に取り組み、社内研修や社外研修を定期的に開催し、経験が無くても職務の中で資格が取れるような体制づくりに努め、特に今後は若手職員の育成に力を注いでいく方針です。地域の中で、利用者の方々が、自分らしく生活を継続していける事、環境を変えずに安心して暮らせるグループホームを目指しています。

【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)】

「職員が働きやすい職場づくり」を目標に、定期的に就業規則や制度を見直している。「ふくい介護人材育成宣言事業所宣言」「働く人と経営者の両立支援宣言」等を行い、育児・介護休暇の推進、短時間正社員就業規則制定、キャリアアップ制度による正社員への転換を行い、離職する職員が非常に少ない。未経験者を採用後、働きながら職場内外の研修サポート体制整備がなされており、本年も2名の職員が介護福祉士に合格している。開設後14年が経過し、利用者・家族からここで住み続けたいという希望が多く、重度化に対応するために個浴型特殊浴槽、エアマットレスを導入した。また、家族や医師、訪問看護ステーション等と連携し、協議を重ね、多くの看取りを行っている。地域住民の多くのボランティアの協力を得、外出支援や行事開催、認知症カフェの運営等を行っている。街中のグループホームとして更に地域の信頼を深めることを期待したい。

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)	○ 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
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	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
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	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
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	66 職員は、生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
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	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
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	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
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		

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
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	理念は各ホールに掲示し、職員が働きながらいつでも理念を意識しながら、働けるようにしている。	理念をホールに掲示する他、理念に基づく職員の個別目標を設定し、設置者、管理者と個別に話し合ったり、月1回の全体カンファレンスで共有を図っている。	理念を家族、地域にも明確化することを通して、管理者、職員が更に理念を共有し、意識づけすることを期待する。
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	地域の協力を頂きながら、運動会や敬老会・ふれあい祭りに参加している。利用者の重度化に伴い参加できる人が少なくなっているが、家族の協力も得ながら継続している。	利用者が地域の行事やボランティアと共に認知症カフェの運営に参加している。その他、認知症サポーター養成講座の開催、地区の配食サービスの実施、設置者が地域保健推進委員として地域活動に参加する等地域とのつながりを大切にしている。	
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	今年の5月より認知症カフェを、地域の人たちと一緒に開催している。みんなが集える場所として活用していけるよう企画している。		
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	概ね2か月に1回開催、3月には包括支援センターも変更になったため、今までの振り返りを行ったり、看取りがあった際は、御家族の協力もあり、実態に触れた体験も話してもらった。家族の悩み等の話になると気持ちがよくわかるという意見も聞かれた。	会議には民生児童委員、自治型デイホーム専任職員、地域住民、第三者委員、家族、地域保健推進委員が出席し、具体的な課題や現状を報告し、協議を重ねている。避難訓練には運営推進委員が全員参加している。	
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取り組んでいる	介護相談員の受け入れと包括支援センターの職員の方には運営推進会議の参加の依頼、又サポーター養成講座の開催には、キャラバンメイトして参加している。	地域包括支援センターとの連携しながら運営推進会議を開催しており、定期的に介護相談員を受け入れている。市の担当者との連絡を取り、事業所の実情、ケアサービスの状況等を伝えている。	
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	玄関の鍵は開放し、ベッド等も4方を塞ぐ事等無いよう配慮している。状況によって拘束が必要な際は、その状況を家族に説明し期間を定めて、身体拘束が必要な説明書を作成し同意を得た上で行うようにしている。	事故発生時は検証を重ね、再発防止策を検討している。身体拘束をしないケアの実践を基本に支援しているが、状況によってやむを得ず身体拘束が必要な場合は「身体拘束に関する説明書」を作成し、家族等への説明を行っている。	

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
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	虐待について話し合う機会を設け、ミーティング等で話し合うようにしている。		
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	以前は利用者の中で、日常自立支援事業や成年後見制度を利用されていた方がいらっしゃったが現在は一人もいないが、利用者がどのような状況であろうと、その方の所有物は無断で勝手に処分等しないよう促している。		
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	契約時には、契約書及び重要事項説明書にて詳細を説明し、質問や疑問がないか尋ねている。又、随時面会時や電話での質問にも対応できることを伝えている。		
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	個別の家族会や運営推進会議等でご家族から意見を伺っている。積極的なご家族は運営推進会議等で意見を聞かせて下さる。家族との話し合いの時間を設けると、普段聞けないような事を聞くこともでき、カンファレンス等で職員に伝達している	家族と話し合った内容はパソコンに入力し、職員間で共有している。家族会を3か月ごとに開催し、個別の話し合いを行っている。県外在住の家族には「経過報告書」を郵送し、確認後返信してもらっている。第三者委員を置いている。	
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	個別の面談を開き、要望や質問を受けている。全体の会議では発言しないような職員も個別の面談では、質問や要望を準備していることがある。	管理者がユニットごとに配置され、月1回全体カンファレンス並びにユニット毎の話し合いを行っている。協議したい事があれば、職員より話し合いの場を持つことが提案され、必要に応じて都度開催している。	
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	普段の状況によって、配置や役割を変更して環境を整備している。こちらの想いが伝わる時と状況が悪くなる時があり、それが長期に及ぶ恐れがある時は再度微調整を行うようにしている。		
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	個別の研修と全体の研修を企画している。勤務の中で研修が受講できるように努めているが、全員で受講する場合はどうしても時間外になるが、定期的な全員受講の機会も設けている。		

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	グループホーム連絡協議会の交流研修の受け入れや勉強会に参加している。どうしたら横のつながりが持てるかを話し合っている。		
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	サービス導入時は、不安になったり落ち着かない事が多い為、寄り添う時間を多く持つように努めている。又どうしたら自分の居心地の良い居場所ができるかを話し合っている。		
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	在宅から入居になる際、本人だけでなく家族も不安が多い為、面会に来られる家族には面会時に状況を説明し、お見えにならないご家族には電話等で報告するようにしている。		
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	入居前の状況等、細かい情報を集め、持ち込んでもらう私物等についても相談し、どうやって生活を組み立てていくか相談する。予想外の事が起きる事も想定し、連絡が取りあえるようにしている。		
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	出来る事は一緒に行い、必要以上に手を出し過ぎたり、職員が上に立つ事がないよう、同じ立場で生活を共にし支え合う者同士である事を意識するようにしている。		
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	本人や家族から話を聞くようにしている。介護計画書もこちらからの一方的なものではなく、ほんにんが日常的によく言われる言葉を参考にして、相談しながら作成している。		
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	家族・友人・近所の人等、今まで慣れ親しんできた方との交流がとれるように支援している。しかし、時々無縁な方や家族が知らない人の訪問もあるため、家族に確認するようにしている。	利用者の平均年齢が80歳後半であるが親族、友人、近所の人などが気軽に訪れている。しかし、昨今の社会状況の変化を受け、家族、親族以外の人には来訪時に声がけを丁寧に行っている。	

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
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	どうしても交流する事が困難な場合や、交流する時がよい場合と悪い場合があるときは、ミーティング等で話し合い、トラブルがないよう相談して支援している。		
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	入院や死亡等になり、利用が終了しても時々ホームを訪ねて下さったり、季節ごとの手紙での交流が続いている。		
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	利用者本人が自分で希望を言えない時は、日常の会話からご本人の希望を探り、介護計画書に取り入れ家族と相談している。	実務経験年数に応じて認知症実践者研修を受講し、認知症介護への理解を深めている。日常の会話から利用者の思いや意向を探り、家族会での話し合いで、家族との情報共有やケアプランへの反映に努めている。	
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	今までの生活歴を把握し、大切な人との関わりが途絶えてしまわないように心掛けている。自宅で大切にしていたものや思い出が深い物は、入居時に持参してもらうよう依頼している。		
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	生活する1日のスケジュールは決まっているが、それにこだわらず、その人のペースに合わせて生活できるようにしている。		
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	介護計画書はひな形を作成し、本人・家族の意見を聞いて調整するようにしている。生活の中での本人の声を希望として入れ、家族の意見を聞いて完成させている。	生活記録や活動シートを活用し、情報共有してケアプランの作成とモニタリングを行っている。月1回のカンファレンスを行い、3か月ごとにケアプランを見直している。重度化に対しては、利用者の変化に伴い、密に方向性を話し合いながら支援の内容を決定している。	
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	日々の様子は、記録に残し職員で共有している。定期的にミーティングを開催し、職員全員の意見を聞いて介護計画書を調整している。		

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	生活の幅を広げるために、ボランティアや家族の協力を依頼し外出を増やしたり、重度化されてきた利用者の事については、家族と話し合い本人の希望を模索し楽しみを見つけられないか話し合っている。		
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	美容室や地域での交流について、本人や家族の意見を聞いて方針を決めている。家族の考え方もまちまちなので、カンファレンス等で話し合い、職員間でも共有している。		
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	受診については、今までのかかりつけ医を継続するか事業所のかかりつけ医を受診するか相談して決めている。受診に状況の説明が必要な時はスタッフが同行して決めている。	本人、家族の希望があれば、家族送迎で利用者のかかりつけ医を受診することができる。協力医は2週間に1回、訪問診療を行っている。	
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	訪問看護ステーションを利用し、日々の介護でわからない事を相談したり、指導を受けている。		
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。	入院が必要になった際は、かかりつけ医に紹介状に手配を行い、入院時情報提供書を提出している。定期的な入院時の説明や退院時のカンファレンスには参加して話を聞いている。		
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	入居時に重度化された際のホームでの生活について説明し、終末期が近くなると嘱託医より説明を行って今後の事を相談している。ユニットごとにチームを作り連携して取り組んでいる。	終末まで事業所で暮らしたいという希望が多くなり、協力医・家族・職員と協議を重ね重度化、終末期対応を行っている。個浴型特殊浴槽やエアマットレスの導入、訪問看護ステーションとの連携等、関係機関と連携、協議を重ねながら看取りを行っている。	
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	定期的に消防署より救急の対応についての研修を受講している。AEDの使い方等、間が空くと忘れてしまうため、定期的に復習するようにしている。		

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
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	年に2回の避難訓練は行っているが、水害や地震についての訓練も追加して行う必要がある。又、原発については今後話し合いや相談が予定されている。	避難訓練は年2回実施している。今年は消防署、運営推進委員、地域住民も参加し総合的な訓練を行った。次回は地震、火災、水害等複合災害を想定した訓練を予定している。その他、緊急通報装置の設置等、緊急時の対応強化に努めている。	
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	虐待は言葉によるものもある事を認識するためにカンファレンス等で話し合っているが、行きわたらない時もあるため今後の課題である。	不適切な発言には、利用者自らがその職員に注意する場合がある。管理者は、職員との面談や記録の中に不適切な支援等がある場合は、職員同士が話し合いで改善するよう指導している。	理念に掲げた行動規範の周知と評価の実践に向け、更に努力することを期待します。
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	好きな番組や食べたいもの・着たい洋服を聞くようにしている。		
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	重度化されている事もあり、外出が減っている。		
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	身だしなみは整えるように心掛け、カットや毛染めは本人と相談している。		
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	現在は一定の人が盛り付けや配膳を行っているが、出来ない人が増えているため、トレ―拭き等限定された事だけになっている。	陶器の茶碗を使用し、敷地にある野菜畑の野菜を収穫し、食材に活用している。おやつは利用者が選んで近隣の店で購入している。一部の利用者は準備、後始末を行っている。	
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	管理栄養士が一人一人に必要な摂取量を計算し、栄養ケア計画書を作成しそれに沿って行っている。栄養量が不足している時は補助食品等も活用している。		

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
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	毎食後口腔ケアの声掛けを行っている。		
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	排泄チェックシートで一人一人の排泄のパターンを把握している。排泄困難な方や血尿の方もいるため、毎日の状況を把握し看護師や医師との連携が重視されている。	利用者の排泄パターンを把握し、本人の表情や様子を見てさりげない声かけを心掛けている。昼間は紙パンツを使用し、トイレでの排泄を基本としている。布パンツや夜間のオムツ使用等一人ひとりの状況に応じた支援を行っている。	
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	ヨーグルトや食物繊維を取り入れ、水分も摂取出来ているか確認している。毎朝のトイレ誘導にて排便を促すよう努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日は決めているが、本人の状況やタイミングによって時間や日を変えている。毎日入浴する人もいれば、週に1回や清拭の場合もある。	一人ひとりゆっくり入浴できるよう本人の体調や気分に合わせて対応している。脱衣所には、冷暖房が設置されている他、利用者の重度化に伴い、個浴型特殊浴槽を導入し、職員の介助の元で入浴支援を行っている。	
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	一人一人の状況に応じて、疲労がたまっていれば休息を取り、休息の時間も把握するように努めている。		
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	服薬シートを作り、変更があれば修正している。本人の状況に寄り、かかりつけ医と服薬の相談も行っている。		
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	家族に協力を依頼し、楽しみごとの継続に努めている。屋内だけでなく屋外の生活も取り入れていけるよう、車椅子の場合は、ひなたぼっこや玄関先でのおやつも提供している。		

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
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	ボランティアの協力を依頼し、1人でも多くの人が外出できるよう努めている。	利用者の高齢化、重度化が進み外出が困難になってきたが、家族・ボランティアの協力を得ながら近くの景勝地や歌謡ショー、地域イベントに出かけている。外出が困難な利用者へは、週1回ボランティアによる喫茶を開く等、生活に変化が出るよう努力している。	
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	一人一人の小遣い帳を作成しているが、現在はご本人が買い物に行きたいと言われる人が、1人しかいないが、家族と相談して買い物等の相談をしている。		
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	本人が希望した場合、電話がかけられるように支援している。手紙は家族あてに書いている人が一人いっしょり、ご本人も集中して取り組んでおられる。		
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	食堂の座る場所や居室の家具の配置等、どうする事が居心地がよいか相談している。家具等があった方がよい方と全くない方がよい場合があるり、状況によって対応している。	利用者の作品や職員の絵画等が共用空間に飾られて、各ユニットには2か所の共用空間があり、有効に活用している。また開設以来年月が経過しているが汚れもなく清潔に保たれている。	
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	利用者同士の交流が困難な場合が多い為、職員が間に入って調整する事が多い。		
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	以前は使い慣れた家具等の持ち込みが多かったが、最近は家具等の持ち込みは少なくなっている。ホーム側で考えて配置している。	家族からの誕生祝の花束をドライフラワーにして飾ったり、写真などを置いて居室の雰囲気作りを大切にしている。室内は特に衛生面に配慮している。	
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	車椅子・歩行器・押し車等、状況に応じて使えるようにしている。廊下は通常より広くしており、車椅子の自操もできるようになっている。		

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	1870100896		
法人名	有限会社 すのうどろっぷ		
事業所名	すのうどろっぷ (Bユニット)		
所在地	福井市和田東1丁目2218番地		
自己評価作成日	平成 28年 10月 3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	http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号
訪問調査日	平成 28年 10月 28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)】

平成14年12月に開設し、今年で丸14年が経過、1番入居歴の長い利用者は13年に及びます。かかりつけ医と専門医の連携で、重度な認知症の方や終末期の利用者への対応に取り組んでおり、今年も3人の利用者の看取りを御家族と共に行いました。地域の皆さんからの協力も厚く、外出時の同行や避難訓練での誘導等、利用者が重度化するなかでも、生き生きと生活する事が出来ています。介護人材の人手不足の解消策として、人材育成に取り組み、社内研修や社外研修を定期的に開催し、経験が無くても職務の中で資格が取れるような体制づくりに努め、特に今後は若手職員の育成に力を注いでいく方針です。地域の中で、利用者の方々が、自分らしく生活を継続していける事、環境を変えずに安心して暮らせるグループホームを目指しています。

【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)】

Aユニットと同じ

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)	○	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
57	利用者職員が、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	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
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	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
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)	○	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、生き生きと働いている (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
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	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
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	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
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				

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
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	理念は、各ホール毎にスタッフの目の届く所に常時掲示してあり、日頃から理念に基づく介護を実践できるよう努力している。	Aユニットと同じ	
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	地域の運動会や敬老会・祭りに参加している。又避難訓練の際には、消防署、近所の方が一緒に参加。行事の祭のボランティアも行っている。買い物も近所の店を利用している。	Aユニットと同じ	
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	認知症ケア専門士の配置、認知症カフェ、認知症サポーター養成講座の開催等、地域の方々に認知症について知ってもらえるような場を作っている。		
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ヶ月に一度のペースで運営推進会議を実施。現在の状況などの報告やご家族からの体験談等の話を聞きサービス向上につなげている。	Aユニットと同じ	
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	市町村担当者と連絡を取り、ホームの実情、ケアサービスについて伝えている。。毎回、包括のスタッフも運進に参加。年6回市からの介護相談員の訪問も受け入れている。	Aユニットと同じ	
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	玄関は施錠しておらず、利用者やご家族などは自由に入出入りしている。ケアとしても身体拘束は行わず見守り、声かけ付き添いなどで対応している。	Aユニットと同じ	
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	カンファレンスにおいて虐待についての学習機会を持っており、ご家族、スタッフ間で連携しており、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	制度内容や法律の改訂などがあつたら、代表者より説明の機会がある(カンファレンス時)。又外部への研修受講者はカンファレンス時報告を行い知識の共有をしている。		
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	契約の時にご家族とよく話し、細かく説明。疑問や不安に思う事を聞いている。又、その場ではなかった疑問などについても終日の問い合わせに応え、理解、納得してもらえるよう努力をしている。		
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	介護相談員が定期的に来ホームしており、利用者の方などから話を聞いている。又家族会を実施し意見や要望も聞いている。	Aユニットと同じ	
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	カンファレンスには代表者、管理者も参加し意見や提案を聞いている。又個別にも相談しやすい関係づくりをしている。代表者とは毎月日にちを決めて個別に面談を実施して、意見や要望を反映している。	Aユニットと同じ	
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	職員配置の変更により、勤務状態が変化したり、資格を習得した時は状況に応じて労働契約書を変更している。		
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	社内研修の実施、又職場外での研修機会をできるだけ多く設けるようにしており常にスキルアップに努めている。		
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	研修などに参加し、同業者との意見交換も実施。交流を通して他事業者との交流の機会も多い。		

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
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	関わるスタッフは、常に本人の訴えや話を傾聴する姿勢を大切にしている。話を聞く事で、本人との信頼関係を築いている。		
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	契約時や定期的に家族会を実施しており、ご家族の話を聞き不安に思うことや要望を聞いている。		
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	利用開始前に見学に来られた時に出来るだけ本人の情報収集を行い、状況把握に努めており、その方にあった支援の提供を実施できるようにしている。		
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	利用者の方とスタッフは一緒に食事をしたり、談笑しながら作業を行っており、お互いに支え合う関係作りをしている。		
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	家族や本人の話(生活歴など)を聞き、家族の本人に対する思いを知る事で、相談しながら共に本人を支えていけるような関係づくりをしている。		
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	本人の大切にしている物(家具など)はホームに持ち込んでいる。なじみの場所へ行けなくても思い出話を聞き一緒に共有している。	Aユニットと同じ	
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	利用者同士であわない人がいる場合、一定の距離を保ち関わられるようにしたり、別の方とに交流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
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	入院・退居・死亡などで契約終了しても連絡・相談の機会を設けている。状況に応じて情報提供も実施している。		
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	本人との関わりの中で、本人の思いや希望にできるだけ寄り添えるようにしている。ケアプランは本人の希望、意向を記入する欄がある。	Aユニットと同じ	
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	入居の祭に本人の情報収集に努め、前サービス事業所からのアセスメントやご家族からの話を聞き、今までの生活について把握している。		
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	本人との関わりの中で、一人一人の生活リズムや残存機能を生かした生活を目指している。		
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	本人のニーズを把握し、ご家族には面会時に現状を伝えている。又	Aユニットと同じ	
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	生活記録、活動シートを活用し記入し情報を共有している。又生活記録は個人の状態にあったものを様式として工夫し個別に対応し、その都度ケアの見直しにいかしている。		
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	介護保険や医療保険で利用できるもの、ご家族の経済的負担を少しでも軽くできるよう、行政の情報や福祉サービスについて提案している。		

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	地域の運動会への参加やボランティアの受入を行っている。又、地域の方との交流を多く持ち暮らしを楽しむ努力をしている。		
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	委託医の訪問診察が2週間に一度あり、認知症専門医や歯科診療など、ご家族と相談しながら診察予約、受診同行についても柔軟に対応している。	Aユニットと同じ	
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	済生会病院の訪問看護師と連絡をとり情報共有、		
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。	入院時には、委託医より紹介状や入院時連携シートを活用し、本人の情報提供を行っている。入院中も可能な限り病院と連絡をとりあい、退院時カンファレンスにも参加している。		
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	ご家族には契約時、看取りに関する指針を説明し、同意を得ている。又利用者の状態に合わせて家族会などを実施。嘱託医からの説明や状況報告があり、その都度ご家族の意思確認をしている。	Aユニットと同じ	
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	職員は消防署などが行う救急救命講習を受けており、利用者の急変時に対応。AEDも設置している。		
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	年2回消防署指導のもと、消防訓練を実施、地域の方も参加し、協力体制を築いている。	Aユニットと同じ	

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
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	声かけや対応についてはスタッフ同士で注意しあい利用者のプライバシーが守れるように努めている。	Aユニットと同じ	
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	食べたい物を聞きメニューに取り入れたり、本人が衣類を選べるように支援している。又出来る限り外出希望を尊重し、安全で安心して出かけられるように配慮している		
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	起床、食事、入浴などは利用者のペースに合うように心がけており、時間を区切ったスケジュールはない。利用者の希望に添えるように支援している。		
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	近所の美容室を利用したり、車いすの方々も移動美容室を利用しており、定期的にカットやカラーの希望にも対応している。		
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	食材の皮むき、盛りつけ、下膳、食器洗いなど、その方の能力に応じて職員と一緒にやっている。	Aユニットと同じ	
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	管理栄養士がおり、一人一人に合った食事量、栄養量を計算、食事水分摂取量などは活動シートの記録に残し、不良時には好みの物を提供したり時間をずらして提供するなど、摂取量の確保に努めている。		
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	その方にあつた見守りや声かけ、介護を支援口腔ケアを実施、義歯使用者は毎日ポリデント洗浄を行い、口腔用の清潔保持に努めている。		

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
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	排泄チェックシートを活用し、本人の排泄パターンを把握、又利用者の方の表情や様子を見て声かけやトイレ誘導を行っている。夜勤帯にオムツ使用者も日勤帯は出来る限り、トイレで排泄支援をしている。	Aユニットと同じ	
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	野菜を多く取り入れたメニュー、水分が多く摂れるように水分摂取の工夫に努めている。又唾液マッサージなどを実施し排便を促している。」		
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	入浴日を決めてはいるが、利用者の方の気分や状態に合わせて時間や日にちを代えて対応するなど柔軟に対応している。	Aユニットと同じ	
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	利用者の方々の体調や気分に応じて日中も適度に休息をすすめている。		
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	スタッフルームに、服薬一覧表を掲示。用法、用量を確認。変更追加などがあった場合、申し送りや生活記録に記載することで、スタッフ間で情報共有している。		
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	一人一人の生活歴や趣味などを家族との話や情報シートで確認し、畑、ぬりえ、お経、計算ドリルなどを行い楽しみが持てるように支援している。		
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	外出希望に出来るだけ早く対応できるように職員間で体制を整える努力をし、その都度対応している。又ご家族と外出される場合でも本人の状態について伝え、スムーズな外出が出来るよう支援している。	Aユニットと同じ	

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	利用者の方の能力に応じて自室でお金を管理(鍵付きロッカー)する方もいる。管理困難な方についてはお小遣いとしてホームで預かり、希望に応じている。		
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	希望に応じて本人がご家族や知人の方と話ができるよう、電話、手紙等の支援をしている。		
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	スタッフが家から花を持ってきてホールに飾ったり、その季節にあって花を楽しんだり、外出時の写真、利用者の方のぬりえや貼り絵を掲示し和やかに会話をしている。	Aユニットと同じ	
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	ホールや廊下にソファやベンチ、玄関にもベンチを設置し、休息したり、なじみの方と過ごせるよう工夫している。		
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	居室内には自宅から持ってきてもらってなじみの物や家具、タンス、写真等を自由に持ち込んでおり、家と変わらない生活を送れるよう工夫している	Aユニットと同じ	
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を送れるように工夫している	廊下やトイレ、浴室などに手すりを設置し歩行が不安定な方が歩行器や車イスを使用しても安全に動けるようにしている。		