

### 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	3390400038		
法人名	メディカル・ケア・サービス関西株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム玉野 (杏・桃ユニット共通)		
所在地	玉野市田井1-6-19		
自己評価作成日	令和 1 年 11 月 20 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	<a href="http://www.kaiigokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3390400038-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaiigokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3390400038-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18
訪問調査日	令和 1 年 12 月 14 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)】**

“気づき”の共有に力を入れており、ご入居者の日々の行動や感情の変化についてスタッフ間で情報の共有を行い、話し合う事を大切にしています。その“気づき”を活かし、ご入居者の体調や気持ちの変化に寄り添い、その時々々の場面で私たちができる事を確認し合い実践しています。そして、ご入居者の作品(絵画や手芸、水墨画等)を地域主催の文化祭や地域の病院のギャラリーに展示したり、地域住民の方とお正月用のお飾りを作る等)、地域の皆様との交流の機会を大切にしています。また、スタッフが働きがいを持って気持ちよく働ける職場づくりを目指しており、スタッフの頑張りや取り組みに対して“感謝”し評価する仕組みを取り入れています。そして、スタッフ間のコミュニケーション強化や楽しみの創出として、寸劇等のイベントを定期的に行っています。

**【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)】**

玄関に利用者及び職員が作成した水彩画やぬり絵、吊るし飾り等が掲示されており、モチベーションアップに繋がっている。また、ホールに入ると、趣味の水彩画を楽しんでいる利用者や真剣にテレビを鑑賞している利用者があり、個々の生活習慣やリズム尊重すると共に、その人らしい生活が送れている。  
 重度化した場合、勉強会やデスクカンファレンスを実施したり、年1回方針やメンタル面に関する研修を行ったりするなど、職員一丸となって看取り支援に取り組みながら、職員のストレスを軽減するための環境作りにも力を入れている。また、Tリーグのスポンサーになったり、利用者が作成した絵画等の作品を地域の病院や文化センターに出品したり、地域の人とお正月飾りを作成したりする等、地域との繋がりを大切にしている。

**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)	○ 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
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
<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	法人としての介護理念を掲げ実践している。事業所としては毎年目標を立て、会議内で実践状況を振り返りながら実践している。	介護理念を事務所に掲示し、職員に周知している。また、職員は常時クレドを持参しており、年1回内容を確認している。そして、毎月の全体会議や各ユニット会議の中で振り返っている。	
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	傾聴ボランティア等、地域の住民の皆様との定期的に交流の機会を持つことにより、入居者との顔馴染みの関係が築けている。	町内会に入会し、運動会の設営を手伝ったり、リレー選手で出場したり、総会に出席したりするなど、地域行事へ積極的に参加している。また、腹話術やオカリナ演奏、音楽ボランティア、高校生の職場体験等を受け入れている。	
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	職員がキャラバンメイトの一員として、地域の小・中学校や住民向けの「認知症サポーター研修」の役割を担い、介護の体験や工夫等を伝えている。		
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	運営推進会議の参加者から頂いた情報や助言を事業所の運営に活かしている。	地域包括や民生委員、地域住民、家族等が参加して、定期的開催している。行事予定や取り組み状況、ヒアリング等を報告したり、認知症カフェや100歳地域体操等の案内をしたり、地域情報について話し合ったりするなど、生きた会議となっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは日頃より連絡を密に取り、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	市町村担当者とは随時連絡をとり、介護保険に関わる情報の提供を頂いたり、入居時の受け入れ相談等を行っています。また、市の相談員の方の定期訪問があり、地域情報(作品展示会)をご紹介頂いている。	ホーム長が窓口となり、直接出向いて市町村担当者と協力関係を築いている。また、運営推進会議の中で取り組み状況等を詳しく説明している。そして、市主催の勉強会や研修には積極的に参加している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	高齢者虐待と身体拘束に関する研修(4回/年)を実施している。また職員によるチェックシート(虐待・不適切ケア・身体拘束)を行い、身体拘束廃止委員会で話し合いを行っている。	3ヶ月に1回、身体拘束廃止委員会を行っている。また、マニュアルを整備し、年4回虐待と身体拘束に関わる研修を行っている。研修は本社の規定に従って行っている。議事録やチェックシートを回覧し、全職員で拘束しないケアに取り組んでいる。	
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	高齢者虐待と身体拘束に関する研修を3か月毎に実施の他、玉野市主催の高齢者虐待の研修に出席している。事業所内で不適切な言動がないか、常に注意を払っている。		

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
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	社内研修として「プライバシー保護と権利擁護」の研修を定期的(1回/年)に行っている。		
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	入居前に契約書、重要事項説明書の説明を行い、同意を得た上で入居頂いている。		
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	「ご家族アンケート」(外部業者に委託)を年に1回実施しており、職員やご家族に結果を公表している。その結果に対して「CS向上施策」を掲げて取り組んでいる。	年5～6回介護相談員に来てもらい、利用者の意見や要望等を聞き取ってもらっている。家族に関しては、外部業者に「ご家族アンケート」を委託したり、面談時に意見等を聞き取ったりしている。	
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	全体会議やユニット会議内で意見や提案を聞く場を設け、それぞれの意見について話し合い、同意形成を行うようにしている。また、「職員満足度アンケート」を年に1回行い、「ES向上施策」を掲げて取り組んでいる。	全体会議やユニット会議の中で、意見や提案等を聞き取っている。また、3ヶ月おきに個別面談を行い、目標の進捗度を図っている。そして、年1回「職員満足度アンケート」を実施している。	
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	職員面談(4回/年)で各自の目標に対する取り組みの進捗状況の確認を行っている。また社内の職員評価としてキャリアパス制度(段位制度)があり、公平・公正に評価を行っている。		
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	社外研修の受講を勧めており、それぞれの力量や働く意欲に応じて研修内容を選択して受講している。		
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	キャラバンメイトとして活動する中で、他事業所の職員等と交流の機会を持ち、情報や意見交換を行っている。		

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
<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	入居前の面談を数回行う中で、ご本人の状況やご意向についてお話を伺い、信頼関係が築けるように努めている。		
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	入居前の面談を数回行う中で、ご家族のご意向を確認し、不安が少しでも解消されるよう努めている。		
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	ご本人・ご家族が必要としている支援を見極め、ご本人様にとってより良いものを提供できるようにしています。また、サービスの変更があった時などは、都度相談し、変更している。		
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	それぞれの「できる力」と「わかる力」に合わせて自立支援の取り組みを行っている。		
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	ご本人とご家族との関係性が継続できるように、ご家族への情報提供や相談を行っている。また、事業所内での行事に招待し、ご一緒にお過ごしいただける機会が増えるよう工夫している。		
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	ご本人の要望に応じて、馴染みの方(ご友人等)や馴染みの場所(基会所や墓参り・自宅等)にお連れしている。	基会所の下まで行って、囲碁仲間と触れ合う利用者や、毎月家族と一緒に墓参りへ行く利用者があり、一人一人の生活習慣を尊重している。また、電話の取次ぎや手紙の返信等、馴染みの関係が途切れない様に支援している。	
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	入居者同士が気持ちの良い関わり合いができるよう、共同でできる作業を提案したり、会話づくりのきっかけを作ったり等、支援している。		

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	ご家族の承諾を得て、お見舞いや面会に伺い、不安や困った事がなにか伺っている。		
<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	ご本人、ご家族のお話の中から、ご意向をお聞きしています。コミュニケーションの難しい入居者の把握についてはご家族の希望や意向や生活歴から本人本位の支援が行えるように努めている。	日常的に声かけし、暮らしの希望等を把握している。困難な場合は、家族から生活習慣を聞いたり、利用者の表情や様子を見て判断したりしている。	
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	入居時のアセスメントや面会時に、本人と家族から生活歴や生活習慣等の情報収集を行っています。入居前に介護サービス等を利用されていた場合は、担当者から情報提供書を頂き、これまでのサービス利用の経過の把握に努めている。		
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	各勤務に入る前の申し送りやカンファレンス等で、日々の状態の把握に努めています。そして、利用者様の少しの変化も見逃すことのないよう、スタッフ同士の情報の共有に努めている。		
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	ご本人やご家族の意向や要望を伺い、職員に情報共有を行い話し合いを行った後、介護計画を作成している。	担当職員が毎週毎月モニタリングを行い、各ユニット会議の中で話し合っている。その際、利用者の状態・状況の把握及び確認も行っている。利用者の状態が変わった時、随時、見直しして。また、家族や主治医、訪問看護師の意見やアドバイスもケアプランに反映している。	
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	日々の利用者様の行動や言動、また、利用者様の状態は個別の介護記録に記入している。バイタル・排泄情報・水分摂取表は、情報共有が図りやすいように一覧表にして管理しています。		
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	急な体調不良時の受診の付き添いや、外出希望時の同行等、入居者やご家族のその時々状況に応じて支援を行っている。		

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
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	傾聴ボランティアの訪問や、2～3ヶ月に1回の各種ボランティアの慰問など積極的に受け入れており、地域との関わりの中で安全で豊かな暮らしを楽しむことができるようにしている。		
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	入居者やご家族の希望を伺い、訪問診療のご利用、あるいは入居前のかかりつけ医への受診をして頂いている。また、希望者には訪問歯科による口腔ケアのサービスも行っている。	利用者及び家族の希望を尊重した受診対応に取り組んでいる。協力病院の訪問診療(個別に月2回)の他、週1回訪問看護師の来訪もあり、24時間体制で適切な医療を提供している。また、利用者の希望に合わせて訪問歯科も受け入れている。	
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	訪問看護師の週1回の訪問により、日常の健康管理を行っています。情報提供書を活かし、事業所と看護師との情報共有を行っている。		
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	入院時には医療機関に情報提供を行い、入院中には担当看護師や相談員に様子を伺うなど、連携を図っている。退院時は、看護サマリーを作成していただき、円滑な受け入れができるように医療機関との連携を図っている。		
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、事業所です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	重度化した場合や終末期の意向を伺いながら、事業所で終末期ケアをご希望される場合は、医療機関、事業所、そしてご本人とご家族の間で十分な話し合いを行い対応している。	入居時、指針を説明し、同意を得ている。重度化した場合は主治医が利用者・家族に説明し、医療体制等について話し合っている。また、その都度、勉強会やデスクカンファレンスを実施したり、年1回方針やメンタル面に関する研修を行ったりするなど、職員一丸となって看取り支援に取り組んでいる。	
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	社内研修として「緊急時の対応」(1回/年)や、普通救命講習を受講し、急変や事故発生時に対応が行えるようにしている。		
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	消防訓練は年2回実施している。地震発生時の対応については事業所内のマニュアルを作成して、ご家族にもお知らせしている。また「防災・減災研修」を行い、防災に対する知識を学び、実践対応ができるよう努めている。	年2回、利用者・地域住民も参加して、通報・避難・消防訓練を行っている。内1回は消防署の立ち合いもあり、意見やアドバイスをもらっている。また、災害マニュアルを整備し、地震を想定した訓練も行っている。備蓄は3日分(水・乾パン・レトルト食品等)確保している。	

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	丁寧な説明を行い、相手の承諾やあるいは意向を確認してから支援するようにしている。	研修の中で、言葉使いについて考える時間を設けている。また、行動を起こす前には、必ず利用者の承諾・反応を確認している。申し送りの中で利用者の事について話し合う時は、分からない場所です分からない様に配慮している。	
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	ご本人の「わかる力」に合わせた説明であったり、選択肢の提供を行い、ご本人の意向を確認（あるいは汲み取り）してから支援を行っている。		
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	各種レクリエーションにおいてもご本人の意向を確認して参加の是非をお決め頂いている。時間を持って余している場面では、時間の過ごし方についていくつかの提案をしながらご本人の意向を伺い支援している。		
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	ご本人の意向や要望に合わせて、整容や整髪を行っている。化粧水の使用や、髭剃り等、個人の嗜好に合わせて支援している。		
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	食事前の準備（テーブル拭き）や配膳・下膳のお手伝いをお願いしている。	食事が楽しくなる様、ラーメン・うどん・焼き芋の日を設けている。また、各季節や行事にあったメニューを提供したり、弁当を持って近くの公園で外食したりしている。出来る人には、お茶菓子を一緒に作ったり、配膳やご飯等をよそってもらったりしている。	
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	食事・水分量を記載しながら、必要量が摂取できているか努めている。ご本人の体格（体重）や活動量、食習慣に応じた食事量の提供を行っている。空腹の訴えがあった時には、いつでも軽食が提供できるようにしている。		
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	食前に嚥下体操を行ったり、食後に口腔ケアを行い、口腔内を清潔に保つことができるよう支援している。		

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	排尿チェック表を用いて、ご本人の排尿リズムに合わせた誘導や補助具の使用をしている。	各利用者の排泄パターンを把握し、トイレ誘導を基本としている。睡眠を重視する利用者はオシメやパットで対応し、近くのトイレを好む人は夜間のみ、ポータブルトイレを使用している。	
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	乳製品(きなこ牛乳)を定期的に飲食頂いたり、食前に健口体操として身体を動かす体操や口腔体操を行ったり、できるだけ自然な形で排便ができるように支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日については曜日を決め、週2~3回で楽しんで頂いているが、ご本人の希望やご体調に合わせて入浴日を変更したり、清拭や足浴の対応をする等柔軟に対応している。	週2~3回のペースで入浴支援しており、利用者の希望に合わせて、入浴日や時間、職員を変えている。また、利用者の状態・状況に合わせて清拭や足浴にも対応している。入浴を楽しんでもらうために、入浴剤を使用したり、ゆず湯を提供したりしている。	
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	個々の生活習慣や現在のご意向に合わせて、就寝時間や起床時間について支援している。夜間眠れない方への対応として、温かい飲み物を提供したり、傾聴しながらお過ごし頂いている。		
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	入居者個人毎に内服薬のファイルを作成し、いつでも確認ができるようにしている。薬に対する知識を深めるとともに、薬の変更や減量・中止があった時は、体調の変化について注意深く様子を観るようにしている。		
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	絵を描いたり、歌をうたったり、書道をしたり、それぞれの楽しみが事業所内でできるように支援している。喫煙や晩酌を楽しまれる方もおられます。		
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	テラスへの散歩には日常にお連れしている。また、ご家族にご本人の要望を伝え、外出(外食や墓参り、選挙)にお連れして頂いている。	日常的にテラスへ出て散歩したり、チューリップの球根を植えたりしている。また、職員と一緒に武道館へTリーグを観に行ったり、焼き芋を買いに近くのスーパーへ出かけたりしている。家族と一緒にご飯や墓参り、冠婚葬祭等に出かけることもある。	

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	ご本人の希望により、財布とお金を所持されている方がおられる。		
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	ご友人や遠方のご親戚の方と定期的に手紙の交流が続けられるよう支援している。		
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、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節感のある装飾を心掛けたり、わかりやすい表示や案内をすることで、居心地よさと安心を感じて頂けるように努めている。	季節の文字やぬり絵を掲示したり、天窗の光が直接当たらない様、シェード・タープを設置したりするなど、利用者が居心地よく思い思いの場所で季節を感じながら過ごせるように配慮している。	掲示物の配置・入れ替え・整理整頓に期待します。
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	休憩できる椅子やソファを置き、自由に移動したり、くつろげるように工夫している。		
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	環境の変化による不安が少しでも和らぐように、馴染みの家具や備品をお持ち込みいただくようお願いしている。	馴染みの仏壇や毛布を持ち込んだり、自作の歌舞伎絵や家族写真を掲示したり、趣味の音楽を聴いたりするなど、個々に居心地よく暮らせるように配慮している。	
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	それぞれの「できる力」「わかる力」合わせて環境整備を行い、安心した生活が行えるよう工夫している。		