

# 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	4570102550		
法人名	医療法人 雅会		
事業所名	グループホーム かざぐるま		
所在地	宮崎市大字島之内7310-1		
自己評価作成日	平成30年9月5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	
----------	--

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 宮崎県介護福祉士会		
所在地	宮崎県宮崎市原町2-22 宮崎県福祉人材センター人材研修館内		
訪問調査日	平成30年10月18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)】

『目配り』『気配り』『心配り』を大切に、安心・安全に生活できる空間作りを目指しています。利用者の想いを尊重し、好きなこと、得意なことを活かしながら、その人らしい生活、家庭的な雰囲気作りを大事にしています。  
 住み慣れた地域の中で生活できるよう家族や地域の方々とのつながりを大切にし、社会との関わりを継続できるよう支援しています。地域包括ケアの実現を目指し、地域に密着した施設作りに取り組んでいます。また利用者の重度化も進んでおり、隣接する医療機関とより連携を図ることで、迅速かつ適切な対応が出来るよう努めております。

## 【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)】

医療機関が経営母体であり隣接する整形外科と入居者の体調管理に関して日常的に連携が取れている。業務上の文書に関連する工夫が凝らされ、効率的で実用的な記録が行われている。職員相互の信頼関係が厚く、居心地の良い職場環境となっている。食事に関しては、台所と食事フロアが双方から見渡せ、和やかな言葉の行きかう落ち着いた食事の光景が演出されている。メニューも、季節感を大切にして、栄養士の助言も日常的に得られる体制がとられている。法人として質の高い食事提供に向けた取り組みが行われている。かかりつけ医の継続、週3回の入浴等健康管理に関する、気配りが感じられる。また、新人の教育プログラムに関しては緻密でキメの細かいプログラムが整備されており、職員の資質向上に関する強い意欲が感じられる。

## 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	職員全員で作成した理念を基に、利用者が住み慣れた地域の中で安心して暮らせるようなケアを実践している。理念は家族や外部の方が分かるように玄関やリビングに貼ったり、職員への意識付けとしてタイムカード近くに貼ったり、会議レジュメの鏡の記入したりすることで共有できるようにしている。	理念をリビングや会議録に表示し、常に職員間に意識付けが出来るようにしている。またその人らしい生活を、安全・安心に配慮しながら支援している。	
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	法人の夏祭りに地域の方を招待したり、地域のボランティアに来ていただいたりしている。地域のスーパーに買い物に行ったり、利用者が入居前に利用していた病院や店なども継続して利用するようにしている。	日常的に民生委員との信頼関係に基づく意見交換を行っている。フラダンスやマジックを行う地域のボランティアとも関わりがあり、施設の行事を回覧板に掲示してもらうなど、交流に努めている。	
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	関連の病院、施設、居宅事業所も含め、家族や地域の方々からの相談や認知症の方への理解や実践方法を独自に発信している。		
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	運営推進会議では、参加者に対しプライバシーに配慮しながら出来る限りの情報を開示している。また意見をケアに生かせるよう参加メンバーから積極的に意見を伺うように進行している。	運営推進会議には、地域の自治会等の代表者と共に入居者が2人、入居者家族も交代で参加している。開かれたホームづくりへの取り組みが行われているが、そこでの意見が家族全体への周知までは至っていない。	会に参加できなかった家族への会議内容の周知が不十分である。ホーム便りなど作成し、ご家族へ送付する等の工夫に取り組むことを期待したい。
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に取り組んでいる	必要に応じて常に情報交換や相談を行っている。書類を提出する時等は、施設の現状を伝え、悩みや問題点に対し、アドバイスや助言していただくこともある。	具体的には、事故報告等を行う際などに、具体的な対応策等で細かい意見交換が行われている。また、必要に応じてアドバイスや助言を受ける事や研修等を通して協力関係を築くようにしている。	
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、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	身体拘束の理解については、OFF-JT等で得た情報を職員会議で定期的に共有している。ケース検討の際には、実践するケアが身体拘束に抵触しないか話し合うこともある。	外部研修への参加や、施設内研修で身体拘束を行わない介護についての周知を行っている。全体のミーティング等においても繰り返し職員の意思統一に努めている。特にスピーチロック等新人への指導を徹底している。	
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	高齢者虐待については、身体拘束同様OFF-JT等で得た情報を職員会議で定期的に共有している。日々声かけやケアが虐待につながっていないか意識をしながらケアを行っている。		

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
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	日常生活支援事業、成年後見制度については施設内研修は行っていないが、必要に応じて対応できるよう心がけている。		
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	契約の締結時や解除時、また法律の改定によって契約の一部が変更になった時などは、口頭と文書によって説明を行っている。 また日頃より家族との情報交換の中で疑問や不安がないか確認するようにしている。		
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	日頃より利用者や家族からの意見や要望を運営やケアに反映するようにしている。 また運営推進会議メンバーなど外部の方の意見もケアに役立てるようにしている。	職員は面会の際などに、家族等への話しかけを積極的に行っている。家族に送付する文書に意見欄を設ける等の工夫を行っている。	
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	毎月の全体ミーティングや日々の聞き取りによって運営面や業務、ケアについての確認を行い、連携強化を図っている。	申し送りや全体会議等において、率直に意見交換できる雰囲気がある。会議内容は日報にも記載して、全体に報告が行われている。 会議等を通じて遅出の勤務時間の変更について話し合い、対応に繋げている。	
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	職員が働きやすいような環境作りに心掛けている。職員が向上心を持って仕事ができるよう助言をしたり、職員の意見を取り入れるようにしている。		
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	職員1人ひとりの力量やタイプに応じて研修スケジュールを組み、研修会へ参加できる機会を確保している。 新人職員にはメニューを組んで育成トレーニングを行っている。		
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	加入組織や団体での集会、OFF-JTへの参加することで情報収集や交流を深めている。出来るかぎり役を持ち、加入団体等にすこしでも還元できるよう努めている。		

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
<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	面接時に本人の想いや要望の聞き取りを行い、ケアプランに反映するようにしている。また入居してから少しでも不安が解消できるよう本人の訴えに耳を傾け、適切な声かけを行うよう心がけている。		
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	利用者同様面接時に本人の想いや要望の聞き取りを行っている。入居直後は特に電話等での連絡の機会を多めに持ち、本人の様子伝えたり、情報交換を行うことでサービスの向上、家族との関係構築に努めている。		
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	提携医療機関や居宅事業所とも連携を図りながら、生活がスムーズに移行できるよう努める。地域サービスについても出来る限り継続してサービスが受けられるよう調整を図っている。必要な物品等は家族の了承を得て、購入するようにしている。		
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	目配り・気配り・心配りを大切にしながら、想いやニーズの把握に努め、『する』『される』という関係を取り払い、信頼関係の構築に努めている。		
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	家族への連絡、相談等は担当職員が行うことで管理者やケアマネだけでなく、職員1人ひとりが良好な関係作りができるように努めている。また家族に行事参加していただいたり、本人、家族と一緒に外出する機会を設ける等共に支え合う関係作りを努めている。		
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	現在も馴染みの人や知人との交流を持っている利用者に対し、必要な外出支援を行っている。面会があった時は、また来ていただけるよう声かけも行っている。	入居者の「家に帰りたい」の声に応じて家を訪ねたり、墓参りに出かけたり、家族にも声をかけて一緒に食事に出かけたりしている。個々の入居者の希望に沿った外出に積極的に支援を行っている。	
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	作業や食事作り等を利用者同士と一緒に行うことで協同し合える環境を作っている。必要に応じて職員が間に入り、きっかけ作りや協働出来る場面作りに努めている。		

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
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	契約終了からしばらくの間は、電話連絡や経過フォロー、相談等を行っている。 また隣接の医療機関にかかっておられるご家族等には、施設に寄ってもらったりしている。		
<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	本人の思いや望みを本人の言葉、様子、生活歴等から多角的にニーズを探り、生活やケアに反映できるよう取り組んでいる。	担当者を中心に入居者の日々の会話や行動を通して意向の把握に努めている。入居者のケアに関する要点をまとめた統一シートを作成して、職員間で情報の共有に役立っている。	
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	面接時にこれまでの生活についての情報を収集し、それまでの暮らしや環境を継続できるよう努めている。また入居後も本人、家族から情報収集を随時行っている。		
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	本人の生活歴、出来ること、得意なこと、好きなこと等をふまえた上で、現状把握に努めている。また利用者の変化や新たな取り組み等についても日常的に職員同士で話し合うようにしている。		
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	課題やケアのあり方については、担当職員とケアマネージャーを中心に家族や関係者も含め、随時話し合い、介護計画に活かしている。 また本人や家族から随時情報収集を行っている。	管理者やケアマネージャーは、日常的に担当職員を中心とする介護職員と連絡を取りながら、入居者及び家族の意向の確認、収集、介護計画の作成及びモニタリングに当たっている。	
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	D4シートを活用しながら、日々の言葉や思い、様子を記録に残し、ケアプラン作成に活かしている。記入方法を随時見直したり、重要なことはペンの色を変えるなどの工夫も行っている。		
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	外来受診は家族の状況に合わせてながらその時々で家族と職員で交代で行っている。 新しいサービスについてもご家族と相談しながらサービスの多機能化に対応している。		

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	地域資源を活用しながら本人にあったサービスが提供できるよう支援している。		
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	これまでのかかりつけ医を重要視し、本人、家族と相談を行った上で入居後のかかりつけ医を決定している。 本人、家族の協力を得ながら、必要な医療を受けられる体制を確保している。	かかりつけ医の継続に配慮が行われている。かかりつけ医の遠い場合や入院等が必要なケースの場合に、その変更にも併設医療機関と共に協力を行っている。家族が受診に付き添えない場合の受診支援も積極的に行っている。	
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	病院に隣接しており、毎日日報を提出するなど日常的に情報交換に努めている。 利用者のわずかな変化も相談するようにしている。		
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。	必要に応じて入退院時に職員が付き添っている。病院関係者や家族との情報交換を随時行い、早期退院に努めている。		
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	定期的に家族に対し、急変時、終末期に備えての聞き取りを行っている。重度化した場合や終末期の場合は、家族、医師、看護師、職員でケア方針を共有し、情報交換するようにしている。	看取りに関する指針や「看取りケアについての同意書」が作成されており、症状の進行等に合わせて、家族と書類の作成も実施されている。併設の医療機関と連携しながら、看取りに向けた情報交換に日常的に取り組んでいる。	
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	マニュアルを作成し、OFF-JTやOJTで急変時や事故発生時の知識や技術の習得に努めている。 今後ロールプレイなどを取り入れ、より実践力を身につけたい。		
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回行っており、災害時の知識や技術の習得に努めている。備蓄品は一部用意している。関連病院を通し、地域住民や病院を含めた協力体制を働きかけている。今年度は防災食も実践した。	夜間の訓練を含めた年2回の消防訓練を行っている。運営推進会議において自治会等との災害時の協力体制について協議を始めている。次回の避難訓練においては地域の方々と一緒に行う予定である。	

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
<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	必要に応じて方言を使ったり、本人の得意なことや好きなこと、歩んできた人生を尊重した声かけや対応を行い、一人ひとりのプライド、尊厳を大事にしている。	力量の範囲でできることは、極力やって頂くようにしている。以前に、厨房で働いていらした方が、圧迫骨折により車いす生活となったが、座った状態でテーブル拭きをしてもらった事例がある。個人の呼称等については、基本「さん」付けを徹底している。	
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	日々の会話の中で想いや気持ちを確認したり、ご本人の想いや希望を取り入れられるよう支援している。ケアの変更や新しい取り組みを行う時は、出来る限り利用者に確認を行い、意思の尊重に努めている。		
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	「その人らしい」暮らしを尊重している。一部希望にそって出来ていない部分もあるが、一人ひとりのペースを考慮し、早朝勤務の変更を行っている。		
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	衣類は自身で選んでいただく機会を持つようにしている。お化粧の声かけ、支援も行っている。入浴時に髭剃り、顔そりも行っている。毎朝の洗面は蒸しタオルを提供している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	料理作りが得意な方は、食事作りやあとかたづけを行っている。利用者に食べたいものを尋ね、献立を立てることもある。行事や誕生日の時などは、希望を取り、お刺身などを取り入れている。	調理担当の職員が季節の旬を取り入れて調理を行っている。本人の誕生日に誕生会を行っており、希望メニューに沿う調理を心がけている。献立等については定期的に関連病院の栄養士のチェックとアドバイスを受けている。	
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	食事形態、食事量、水分量においては個々の状態に合わせて提供している。栄養バランスやカロリー計算、調理方法については関連病院の栄養士に相談に乗ってもらっている。		
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	起床時と毎食後に一人ひとりにあった口腔ケアを実施している。必要に応じて介助を行っている。拒否があった場合は時間をおいて声かけを行っている。うがいがうまく出来ない利用者にはウエットティッシュで拭きあげる等の工夫を行っている。		

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
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	必要に応じて声かけ、誘導、介助を行っている。排泄のパターンやおムツ使用の増減も職員間で情報交換をしながら少しでも排泄の失敗やおムツ使用が減るよう日々取り組んでいる。リハビリパンツではなく、オムツ用パンツを使用している利用者もいる。	夜間の排便時などは、その都度陰部洗浄を行っており、ポータブルトイレの尿臭等の管理も心がけている。個々人の現在の状態に合わせておむつ用パンツの使用を行うなど、細かい対応を心がけている。	
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	排泄チェック表にて個々の状態把握を図り、下剤の服用は医師、看護師と相談しながら服用している。また便秘予防にオリーブオイルを使用したり、ヨーグルトを毎朝食べている利用者もいる。		
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	基本的には1日おきの入浴で本人の状況によって入浴支援をしている。入浴が苦手な利用者に対しては、シャワーや清拭や入浴日を変更する等に対応している。現在は午前中に入浴を行っているが、希望や汚染時はその都度入浴、シャワー浴を行っている。	入浴は、基本週3回を目安に、土、日を含む毎日実施している。主に午前中の入浴を心がけているが、入居者の状態に合わせて、随時の対応も行っている。感染症に対する細かい配慮が行われている。	
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	入浴後、昼食後などは仮眠をとっている方がいる。眠剤の時間も基本的な時間を設けているが、安眠できるよう状況に応じてやや時間をずらす工夫を行っている。		
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	2週間もしくは4週間毎の定期受診時、状況変化時に医師に報告し、指示を仰ぎ申し送りノートにて情報を共有している。飲み忘れや誤薬等がないよう服薬管理のルールを設けている。		
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	読書や買い物、作品作り、料理作りなど本人の想いや嗜好に合わせた支援を行っている。また新たなサービスが必要でないか聞き取りや職員間での検討を行っている。		
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に支援している	個別の外出や食事を取り入れている。ご家族との外出が困難な場合は職員が行うこともある。散歩などは出来る限りその日の希望や気分で行うようにしている。	郊外のショッピングセンターに隣接していることもあり、個別に買い物に出かけたりしている。散歩は、天気を見ながら極力出かけるようにしている。食事等への外出には、家族にも声をかけ一緒に出掛けたりする取り組みも行っている。	

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
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	基本的にはお金は預かり金として職員が管理しており、身の回りのものやご本人が希望するもの等を購入している。		
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	要望があった場合は職員がとりつぎ電話をする事がある。		
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	行事の写真や利用者が作った作品、季節ごとの壁画等を飾り、自分の居場所がある環境作りを行っている。居室は利用者に合わせた掲示物を貼ったり、必要なものを置くなど配慮している。テレビではなく、リビングで音楽を流すこともある。	共用空間には、行事等の写真が数多く貼られ、明るい雰囲気作りが実現できている。また季節感漂う貼り絵や様々なものが掲示されており、居心地の良い空間となっている。掲示等は職員が中心だが、入居者のできる範囲で行われている。	
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	ソファを2箇所を設置し、1人になったり、家族と過ごしたりできるよう配慮している。面会時もリビングと居室のどちらで過ごされるかの確認を行っている。		
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	入居時にご本人やご家族と相談し、以前本人が使っていた家具や持ち物など馴染んでいる物を出来る限り使えるようにしている。また入居してから居心地良く過ごせるよう工夫・検討を行っている。	居室への持ち込みに関しては、特に制限は行われていない。入居者の意向に沿った掲示等や、必要な家具などもご本人と選定するなど、それぞれの担当者と工夫しながら、個性的な居室空間作りが行えている。	
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	できること、わかることを可能な限り活かせるようハード・ソフト両面共に工夫や検討、改善を行っている。		