（別紙4）　　平成　29　年度

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	2391300114		
法人名	株式会社ユニマット　リタイアメント・コミュニティ		
事業所名	認知症対応型共同生活介護　ひょうたん山そよ風　GH2階		
所在地	愛知県名古屋市守山区守山二丁目12番2号		
自己評価作成日	平成30年1月5日	評価結果市町村受理日	平成30年3月19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	www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&Jigyosyo_oCd=2391300114-00&PrefCd=23&VersionCd=022

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成29年1月26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）】

・毎月そよ風カフェ・行事食を開催している点
・季節ごとの掲示物や個人の好きな事・得意な事を活かしたレクリエーションを行っている点
・継続的に他サービス利用者との交流、地域資源（スーパー等）を利用している点
・残存能力を活かした介助をしている点

【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）】

小規模多機能事業所を併設していることで、両事業所で関係の近い方が利用することも可能であり、馴染みの方同士の交流の機会にもつながっている。併設型の利点を活かしながら、緊急時や非常災害等の際には、職員間で連携しながら対応することが可能である。運営推進会議についても併設事業所と合同で開催され、会議に複数の地域の方の参加が得られていることで、地域に関する情報交換や事業所全体の現状を知ってもらう機会にもつながっている。地域交流として、併設事業所と連携したカフェの取り組みが行われており、地域の方との交流の機会につなげている。また、介護計画については、利用者一人ひとりに合わせた支援内容を記載した法人独自の様式を活用した取り組みが行われており、職員間での利用者に関する支援を共有し、日常の支援に反映する取り組みが行われている。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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：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
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
66	職員は、活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
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. ほとんどできていない

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 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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。	ひょうたん山独自の理念・・・①利用者がまた来たいと思える施設作り②経営を考える③地域の方が来て下さる施設作りの3つとそよ風の理念を掲げ実践できる様に努めているが、職員の入れ替わりにより周知されていない事もある。	法人の基本理念があり、職員間での共有に取り組んでいるが、ホームでも独自に理念をつくっており、職員の周知につなげている。ホームの理念については、毎年度見直しを行っており、現状に合わせた支援につなげている。	
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。	地域の祭り（子ども神輿やコスモスの会等）への参加している。	地域で行われている行事にホームからも参加する機会をつくり、交流に取り組んでいる。また、併設の小規模多機能事業所とも連携しながら、定期的なカフェの取り組みが行われており、地域の方にも案内を行っている。	
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。	地域の相談所となれるよう定期的なカフェの開催等を目指しているが、実行には至っていない。運営推進会議の場で民生委員・自治会長より相談を受けることはある。		
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1回開催。自治会長や民生委員やいきいき支援の方の意見を参考にサービスに取り組んでいる。現状の報告や行事報告をすると共に、地域で困っている方の情報を仕入れ対応をしている。	会議の際には、複数の地域の方の参加が得られており、地域の方との情報交換等の機会につながっている。また、併設事業所と合同で開催することで、事業所全体の取り組みを知ってもらう取り組みが行われている。	グループホーム、小規模多機能とも、家族の参加が得られていない状況が続いている。家族との交流にもつなげるためにも、ホームの継続した参加への呼びかけに期待したい。
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。	名古屋市指導課に必要に応じて不明点等をお聞きし協力関係を築くように取り組んでいる。 また、生活保護の利用者（対象者2名あり）に関しては保護課とも連携している。	生活保護の方がホームで生活しており、市の担当部署との情報交換等が行われている。小規模多機能事業所とも連携しながら、市の講習会や研修会等への参加が行われている他にも、地域包括支援センターとの情報交換等が行われている。	
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。	月1回開催の全体会議で身体拘束の勉強会を実施した。身体拘束をしないケアに努めている（現在対象者なし）	身体拘束を行わない方針で支援を行っており、重度の方についても、他の方法を検討する等の取り組みが行われている。また、職員研修の機会をつくっており、職員の利用者への対応に関する振り返りの取り組みが行われている。	
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注意を払い、防止に努めている。	平成29年10月19日に身体拘束と高齢者虐待の勉強会を実施した。参加できなかった職員には資料を配布し、周知した。		

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。	必要な利用者が活用できるような支援・協力をしている。		
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。	契約時はご本人、ご家族へ契約書、重要事項説明書を元に説明し同意を得ている。		
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。	面会時にコミュニケーションを図り、運営に反映するよう努力している。ケアプラン更新時に要望をお聞きし反映できる様にしている。	日常的にはセンター長でもある管理者が対応しているが、運営法人で独自のアンケート活動が行われており、家族からの要望等の把握に取り組んでいる。また、毎月のホーム便りの発行が行われており、利用者の様子を報告している。	現状、家族との交流会等の取り組みが行われていない。建物1階の小規模多機能事業所のフロアーを活用しながら、家族との交流会等の取り組みに期待したい。
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2回の会議において意見や提案を聞く機会を設けている。	現状の職員体制にも合わせて、ユニット合同の会議に移行しており、意見交換の機会をつくっている。日常の申し送りはユニット毎に行われており、随時のミーティングにつなげている。また、管理者による職員面談の機会をつくる取り組みも行われている。	
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。	公休・有給の消化が出来るように努力している。環境に関して不具合がないか職場環境・条件の整備に努めている。		
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。	新人にはトレーナー研修を3ヶ月設けトレーナーと共に成長できる様な仕組みを作っている。また、毎月、研修の機会を設けており内部の勉強会や外部講師を呼んでの勉強会を実施している。		
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。	個人的な交流はあるが、事業所としての環境作りは不十分である。東海エリア内の近隣のセンターとの交流等、社内での交流機会は設けるようにしている。		

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
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。	困っている事や不安な事、大切にしている点（こだわり）等、出来るだけ情報を聞き出し、事業所として対応できる事を説明するようにしている。本人の得意な事や好きな事（物）を中心に施設に慣れていただけるよう関わっている。		
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。	施設見学の段階から家族の要望や思いを聞く様にしている。グループホームの雰囲気や出来る事・出来ない事の説明を行い、家族と共に支援していけるよう関係性を作っている。		
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。	グループホームと他施設、他サービスを利用するそれぞれのメリット、デメリットを説明しご本人に合ったより良いサービス提供ができる様に努力している。		
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。	ご自分で出来ることはして頂き、出来ない部分を援助させて頂いている。洗濯物のハンガーかけや食器拭き等、日常的な家事のお手伝いを継続している。業務を優先してしまい出来ていない事もあるが努力はしている。		
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。	ご家族にご本人の昔の話を聞いてケアに生かしたり、生活の様子をお伝えしたり等、情報交換しながら共に支えていく関係を築く様に努力している。病院受診等、家族に協力していただいている。		
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。	家族の協力により、馴染みの人や場との関係継続が出来ている。小規模多機能型居宅介護からグループホームへ入居した方への支援として、馴染みの方との交流が継続できるよう機会を設けている。	利用者の中には、併設の小規模多機能にホーム利用者の親族が利用していることで、日常的な交流の機会がつくられている。家族との食事や買い物等を通じた外出の機会がつくられている。また、家族の協力で利用者の友人の作品展に出かけた方もいる。	
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。	毎日の体操や季節の掲示物の作成等、共に行うことで、利用者同士の関わりや支え合いができるよう心がけている。		

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。	本人がご逝去される場合が多く、その後のフォローに至っていない。しかし、過去本人退去後に奥様が入居される等、家族との信頼関係が本人退去後のフォローに繋がった例がある為、今後も努めていきたい。		
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。	集団生活の場では難しい場面もあるが、出来るだけ一人ひとりの希望に沿った個別ケアになる様に工夫している。	職員間で担当制を活用しながら利用者の把握が行われており、利用者に関する気付き等を報告してもらう取り組みが行われている。また、毎月のカンファレンスを実施しており、利用者に関する意向等を日常の支援につなげる取り組みが行われている。	
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。	利用前のアセスメントと面会時やケアプラン更新時に本人や家族から少しずつ情報収集し、個性を大事にするように努めている。		
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。	ケース記録は出勤者全員が記入し1日の過ごし方の把握をしている。また朝はバイタルチェック（血圧、脈拍、体温、SpO2）を実施し体調管理をしている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	面会時に家族と課題について話し合い、積極的に意見を取り入れている。担当職員とケアマネージや一を中心に現状に即したケアプラン作成するよう努めている。	介護計画は、3～6か月で見直されており、毎月のモニタリングを実施しながら、変化の把握が行われている。法人独自の様式でもある「介護援助計画書」を活用しながら利用者の支援内容を検討し、介護計画の内容を職員間で共有する取り組みが行われている。	
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。	ケアプランを経過記録に反映させ、プランに沿ったケアが出来るよう努めている。また、月に1回の会議で実践状況を確認し、ケアプランの見直しに活かしている。		
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、その時々に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。	既存のサービスに捉われない様、柔軟なサービスの提供と質の向上に努めている。（希望者には毎日入浴する等）		

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。	民生委員やいきいき支援センターの方と協力したり近隣住人に協力を依頼する等して、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。		
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。	病院受診の援助を行っている。家族の希望する病院に受診できる様にフォローしている。	ホーム協力医が利用者毎に訪問していることもあり、日常的な医療面での支援が行われている。受診については、家族による支援を基本にしながらも、状況に合わせたホーム職員による対応も行われている。また、看護師による支援も行われている。	
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。	日頃の生活の様子や状態を看護師に伝え、変化があれば相談している。訪看ノートを利用し、情報の共有ができるようにしている。受診の際は、情報提供をしている。		
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。	入退院時には職員間で協力し、状態の確認や看護サマリーの提供や情報交換ができるように行っている。		
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。	状態に応じて、家族との話し合いの場を設けている。事業所で出来る事を説明した上で、ケアの方針を決めている。主治医や看護師が同席し、医療面での説明も行うこともある。	利用者のホームでの看取り支援についても前向きな取り組みが行われており、家族との意向等に関する話し合いが行われている。また、協力医による医療面での対応も行われており、家族への説明等も行われている。	現状、居室での生活が中心になっている方も生活しており、家族からもホームでの生活を望んでいる。職員間で利用者への対応に関する確認を行いながら、利用者が最期まで生活できる取り組みに期待したい。
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。	平成29年3月15日に緊急時対応の勉強会を実施。また、個別に必要であれば随時勉強会を実施している。		
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。	平成29年5月22日（火災想定）、12月11日（自然災害想定）に施設内の防災訓練を実施。年に2回実施できている。しかし、地域との協力体制まではまだ構築できていない。今後の課題である。	年２回の避難訓練の際には、夜間を想定した訓練や併設の事業所との合同の訓練の実施が行われている。訓練の際には消防署の協力も得られている。また、ホーム内に水や食料等の備蓄品の確保が行われている。	小規模多機能事業所を併設している利点を活かしながら、非常災害時の地域の方の受け入れ等、地域の方との相互の協力関係の構築に期待したい。

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
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。	トイレや入浴時には、個々の入居者に合わせた声掛けや対応を行っている。	毎月の職員会議等の機会を通じて、利用者への言葉遣い等を確認する取り組みが行われており、注意喚起等にもつながっている。また、認知症の方への対応に関する研修会を実施しており、振り返りの機会がつくられている。	
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。	飲み物やおやつ等、自由に選択や希望を出せる場が作れるよう努めている。思いが伝えられない人に対しては入浴時等2人きりの時に聞いている。		
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し、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。	個々に合わせた暮らしを提供する様に会議等で定期的に見直しをしているが、職員の勤務状況により職員のペースに合わせてしまうことがある。		
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。	自分で出来る事はやっていただいている。男性利用者には、髭剃りの促しを行い、可能であれば衣類の選択が出来るよう支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	厨房職員に協力して頂き、食べたい物や好きな物を聞き出すようにしている。買い物等の外出支援を利用して食品を選ぶ楽しみも作っている。	食事については、併設事業所の厨房から提供しており、ユニットにより盛り付けが行われている。厨房の職員とも連携しながら、身体状態に合わせた食事形態や、行事食や手作りおやつ等が行われている。また、食事の際には職員も一緒に食事を行っている。	職員体制もあり、ホームでの食事やおやつ作りの取り組みが困難になっている。食事の準備に関しても職員で行われている現状があるため、職員体制を整えながら、利用者の関わりが増える取り組みにも期待したい。
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。	その人に合わせた量で提供し毎日の水分・食事摂取量を記録している。食事や水分が普段より足りない場合は摂取できる様に食事形態（ミキサーや刻み等）を工夫する等している。		
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。	提携している歯科と連携し、口腔内の清潔維持に努めている。自立の方には促しをし、介助が必要な方に口腔スポンジやウエッティを使用して対応している。		

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
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。	利用者をチェック表にて24時間の個別排泄パターンを把握。時間を見て声掛け・誘導することで、自立した排泄につなげている。また、おむつやパットも本人に合ったものを提供できる様に支援している。	排泄記録に関しては、A3サイズのチェック表に記録を残すことで、職員間で分かりやすく情報を共有する取り組みが行われており、利用者に合わせた排泄支援につなげている。また、パッドの種類を検討する等、排泄状態の維持、改善につなげている。	
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。	オムツ対応の方であっても食後に便座に座っていただく等、出来るだけ排便しやすい方法を実践している。		
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。	週3日の入浴（重度の方は週2日）が基本だが、希望がある場合はそれに応じた入浴スケジュールを組んでいる。また、同性介助に配慮している。時間帯については職員の配置上、調整が難しい。	利用者の身体状態や意向等にも合わせながら、週2～3回の午後の時間に入浴が行われている。重度の方については、併設事業所に機械浴の設置が行われていることで、重度の方も定期的な入浴につなげている。	
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。	クッションや座布団等を使用し、個々の状態に合わせて身体に負担にならない様な体位を保てる様支援している。		
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。	服薬内容は個人ファイルに閉じ、職員が見直せる状態になっている。主治医、看護師との連携を密にし、体調の変化に合わせた服薬支援を行っている。服薬の際には、必ず名前･日付･錠数を確認している。		
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。	食器拭きや洗濯物たたみ等を手伝っていただいたり、レクリエーションや散歩等、本人に合った気分転換ができるよう努めている。		
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。	買い物等に出掛けているが、希望に沿った支援は出来ていない。家族との外出を継続して行えるよう支援している。	ホームの前が急な坂道であることで可能な範囲になっているが、ホーム周辺への外出支援が行われており、買い物等にも出かける取り組みが行われている。季節に合わせた花見や初詣等を通じた外出行事が行われている。	

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。	本人がお金を所持する機会はないが、買い物へは職員と一緒に出掛けている。		
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。	頻度は少ないが、個人のプライバシーに配慮しながら電話をしたり、家族との手紙のやり取りができるように支援をしている。		
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。	時間や天候によって空調や光の調整に配慮している。掲示物や飾りを利用し、季節感を感じて頂けるよう工夫している。	リビングは建物の2階と3階にあることで採光に優れた生活環境となっており、利用者は日中を明るい雰囲気で過ごしている。居室が並んでいる通路も広いことで、フロア一内は広い空間となっている。また、フロア一内に利用者の作品の掲示が行われている。	
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。	利用者の関係性を理解し、一人ひとりが落ち着いて過ごせる空間作りに努めている。		
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。	馴染みの物や家具を使用していただき、入居しても居心地よく過ごせるよう配慮している。	利用者の中には、入居前からの馴染みのある様々な家具類を居室に持ち込んでいる方やシンプルな雰囲気の方もあり、利用者に合わせた居室づくりが行われている。また、趣味の本等の持ち込みも行われており、居室で過ごしている方もいる。	
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。	居室やトイレが分からない場合は目印を作る等工夫している。		