

# 1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 グループホームのんき1)

事業所番号	0673000493		
法人名	有限会社 和 のどか		
事業所名	グループホームのんき		
所在地	山形県東田川郡三川町大字猪子字下堀田230番地1		
自己評価作成日	平成 年 月 日	開設年月日	平成 14 年 9 月 16 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)】

家庭的な雰囲気の中で、一人ひとりが、急がずゆっくり、のんびりとした、そして、豊かな生活が送れるように努めています。また、利用者・家族・職員・地域の関係づくりを第一に考え、「今、必要とすること・されること・できること」を捉え、その機会を大切にしながら上手く生かすようにしています。日ごろの生活では、利用者同士や職員とのコミュニケーションが取れるような対応に心掛けています。そのために、暮らし方を再現したり、思いだしが出来たり、懐かしんだり、一人ひとりにあった楽しみや役割を見つけて実践できるように支援しています。さらに利用者や家族・地域から学ぶことも多く、感謝する気持ちを持ち続けるように心掛けています。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、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/06/index.php>

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 福祉工房		
所在地	仙台市青葉区国見1丁目19-6 201		
訪問調査日	平成 28 年 9 月 14 日	評価結果決定日	平成 28 年 12 月 9 日

## 【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)】

事業計画書を策定し、毎年、目標を設定し、改善に取り組んでいる。地区における他の事業所との連携も活発に行なわれており、庄内地区におけるグループホームの交流会にも中心的な役割を演じており、交流を通じた、支援の質の向上が図られている。

## 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	
55	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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	62	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
56	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:18,37)	○	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	63	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
57	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目: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	64	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
58	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:35,36)	○	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	職員は、活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
59	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:48)	○	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
60	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:29,30)	○	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
51	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	○	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				

## 山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します

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	毎年事業計画を作成するとき、前年度の見直し・反省を確認しながら理念をつくっている。その際に全スタッフの意識の統一を図っている。実践時は、理念を中心柱にしている。	毎年理念を見直して、職員で検討、共有し、日常生活のケアの職員の振り返りとしている。		
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	毎日の買い物、理容・美容、散歩、お祭り、学童見つけたい活動参加、地区運動会参加、小学校行事参加、地域に呼びかけた当事業所の夏祭りなどで交流を図っている。学校からは行事案内を頂いたり、毎年の行事参加は定着している。学校の子供会事業のペットボトル回収に協力している。	地区の小学校の行事に参加している。小学校からペットボトルの回収による車いすの寄付や「学童見つけたい」等の活動をおこなっている。地域にチラシを配り、夕涼み会として夕食作りをして、地域との連携を図っている。		
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	三川町・鶴岡市の住民対象のサポーター養成講座、地域力を高める意識づけ講座など数々に出前講座を実施している。山形県認知症実践者研修や専門研修・開設者研修などの実習生の受け入れやGH交換実習などの受け入れやボランティアの受入れもしている。又介護相談も行っている。			
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	定期的開催の議題は、日常の過ごし方がわかるようにその様子を写真に収めスライドで紹介したり、米の収穫祭時は、実食するなどしている。介護現場で話し合っている出来事の紹介や課題点など現場の取り組みを紹介し、感想をお聞かしている。会議報告書は職員に回覧したり、口頭説明したりして	2ヶ月毎に定期的開催されている。参加者は町内会長、民生委員、行政、包括支援センター、利用者、家族で事業所から利用者やサービスの状況と課題が報告され参加者と意見交換して課題解決を行なっている。		
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	町役場担当者・包括支援センター担当者とは日ごろ連絡を取りあえる関係にある。運営推進会議では、事業所の実態を細かく伝えることにしている。入所相談の件数が高まらない状況も相談するが課題は残っている。町の介護情報や外部研修や講演会の案内がメールで届いている。	運営推進会議に参加しているので事業所の情報は理解されており、コミュニケーションはとれており相談しやすい関係となっている。町の介護情報や外部研修や講演会の案内等がメールで送信されて連携している。		
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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	事業所内の接遇委員会は、尊厳を守るケアの徹底を実践する取り組みをした。事業開設から施設せず、利用者・家族・地域の方の出入りも自由に行っている。無断外出対応として状況に応じた見守り・観察・付き添いをしたり、課題検討するなどケアの方法を変えたりしている。会議・研修では、拘束・抑制のないケアの理由や方法について理念の目指す介護など話し合っている。	接遇委員会では身体拘束、虐待防止のための接遇を話し合い、週、月間目標をもって支援し、結果を報告、検討している。		

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
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	三川町の高齢者虐待防止委員会に委員として出席したり、三川町の高齢者虐待防止市民講座に職員が参加するなど虐待防止の情報を得る機会もある。会議や研修で虐待防止を呼び掛けたり、虐待に及ぶ心理についてや介護スキルについて話し合いをしている。		
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	権利擁護について利用者のケースを取り上げて、その重要性や必要性について現場で話し合っている。家族からの相談ケースもあり、職員との話し合いや現状を捉える機会にしている		
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	契約の前に施設見学をして、理念や方針の説明や入居者の様子を観察して、不安や疑問にも答えながら、「ここで生活する」と納得された時に入所の説明をしている。一旦、話を持ち帰り、親族会議・家族会議で確認される時間を取った後に契約に進む場合もあります。親族の方の見学がはさまれることもある		
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	利用者や家族からの疑問や要望、苦情には随時対応を行い、その後の経過や結果について報告している。事業所アンケート調査では意見の集約が芳しくない。県の担当者から外部評価の県全体のアンケート結果をお聞きし参考にしている。職員の意識づけの機会にしている。	事業所としてはアンケート調査はしていない。家族にはお便りを送付してプランの作成時に利用者、家族に意見を聞いている。	
11		○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1回の定例会議にて意見や提案・要望を聞く機会を設けている。事業所毎の定例主任会議やユニット会議も同じ。		
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	資格の取得や勉強会、研修会への参加奨励をしている。有給の使い方や勤務調整の仕方など現場のユニットリーダーの考えを多く取り入れている。介護職員処遇改善費の活用も取り入れている。		
13	(7)	○職員を育てる取組み 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	代表者の責務は職員を育成することである。そのために月1回の研修は、テーマとして現場の問題や知識のスキルアップ・定義や根拠を示しながらトレーニングできる内容に工夫している。今年度は、委員会の活動を充実させ「自ら気づき・行動する」を目的に全スタッフが役割担当している。	研修委員会が設置され、組織作りのために「自ら気づき、行動する」を目的とし、各自、目標を持ち活動している。	

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	
14	(8)	○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組みをしている	県GH協会・庄内地区ブロック会の研修や交流を通して相互関係を深めている。庄内地区活動の会議の拠点として当事業所を開放していることもありネットワークも結べている。GH協会の理事も務めていることから情報もいち早く入手できる。	庄内地区のGH協会の活動の拠点になっているので他のGHとはネットワークができていている。協会の理事でもあり、他のGHに情報を提供してサービス向上に一躍かっている。		
<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	家族や居宅介護支援センター等より事前に情報をいただき、援助内容を把握したうえで受け入れ体制を整えている。本人の不安や困っていることを聞き取りし、安心した生活が送られるよう、チームが連携を取りながら、関係づくりに努めている。			
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	利用開始時は、特に家族への連絡を密にとるように心掛けている。不安や心配する気持ちも現れる時期なので配慮している。本人が落ち着くまでは、面会が叶うとも限らないため、様子を伝えるなどして安心していただいている。			
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	在宅時と同じく生活の継続性を大切にし、継続する内容については、家族や本人と確認しながらその方法を検討し対応している。			
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	共同生活の最も大切な相互関係を築くまでは、きっかけの場面づくりなど職員側で意図してつなぎ役を務めたりしている。そのために「できること」を多く発見し活動に結びつけたり、話相手ができる環境づくりをするなど、本人にとって落ち着ける場が早く出来るように働きかけている。			
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援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	本人が落ち着く場は、家族の落ち着ける場となるように絆を大切にしながら、みんなの「我が家」に集う環境にするよう努めている。家族と外出することも積極的に支援している。			
20		○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	これまで馴染んだ人や場所を記憶しながら生活の継続を願っているのは、本人・家族は勿論だが、その関係者も同じ気持ちにあることから、その関係が切れないよう支援している。			

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	
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	利用者同士の関係づくりは、生活に大きく影響する。しかしながら、社会生活や共同性を経験した方々であることから、世間のつながりを上手く保つ知恵が発揮されていることも多く、孤立化しないよう気配りしながらも、世間と繋がるコツを学ぶことも多いと感じ個々を尊重している。			
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	契約解除後も相談は継続している。随時必要な対応はしている。			
<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	思いや意向の表現が難しい方々であるため、伝えられない隠れた気持ちをくみ取るように、日ごろの気配りに努めている。仕草や表情の読み取りも必要であり、推測しながら、情報を集め検討もしている。個々に思いは異なるため、個人を尊重している。「できる」「やりたい」など自信の保持を後押し	ひとり一人の「できる」「やりたい」等の思いや意向を把握する為に、職員は利用者とのコミュニケーションを通じて、利用者を尊重する支援を行っている。		
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	これまでの暮らしの様子や生活歴・馴染んできたもの・励んできたことなど様々なことを把握し、支援が必要となった経緯なども聞き取りし、その状況も何うようにしている。			
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	一人ひとりの生活リズム・ペースを把握し、保っている力・発揮できる秘めた力を探り出したり、試したり、気づいたりしながら、自分らしい過ごし方が実現するよう努める。			
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	本人や家族からの希望や要望等を確認の上、職員の意見や気づきを入れて計画する。状態の変化が見られた場合は、随時プランの見直し。モニタリングは、月ごとに担当者が行い、毎月のおたよりとして記録書を家族へ送る。家族からの疑問質問に随時対応するように説明する機会を設け面談もしている	毎月各利用者のプランの見直しを行い、家族にはおたよりとして記録を送付している。家族と連携してプランの見直しもされている。		
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	出来事や変化は、日誌や個人ケースに記録する。介護計画に沿って実践されたことを記録・見直し・評価に役立てている。			
		○地域資源との協働				

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	買い物・理美容・町内の行事・ボランティアの受け入れ、自宅町内会の友人の来訪など利用者が必要としている地域資源は、積極的に関わられるように支援し、活用している。		/	
29	(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、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	受診は、本人や家族の希望を第一に聞き取りしている。緊急時対応やインフルエンザ予防接種・通院困難状態が発生した場合の診察は、夜間往診対応可能な協力医による診察ができることを案内し、受診の手配をする。場に応じた通院介助をしている。		入所時に重度化、終末期に向けた方針を説明し、同意した時は医師、家族、事業所で連携している。職員は看取りの研修や講座等に参加している。マニュアルも作成されている。	
30		○看護職員との協働 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	協力医との連携のなかで、いつも相談ができる体制にある。		/	
31		○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、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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	病院の医療連携室の相談員と連携を取ったり、病棟看護師から情報を得るなど随時情報交換し相談などに対応できるようにしている。入退院については、関係者が話し合いを行ったうえで、応じている。入院期間は、見舞い等で状態把握に努めている。		/	
32	(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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化・終末期に向けた方針に基づいて、本人・家族・主治医・事業所などが話し合いを十分に行い、同意を確認しながら方針を決めていくようにする。また、職員の取組も大切であり、意識の啓発や体制の整えなど研修や講演などに参加する機会を設けたり、マニュアル作成にも取り組んだ。現在看取りに取り組んでいるケースもある。		入所時に重度化、終末期に向けた方針を説明し、同意した時は医師、家族、事業所で連携している。職員は看取りの研修や講座等に参加している。マニュアルも作成されている。	

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
33		○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	消防署の協力を得て、訓練等も行うとともに、推進会議と訓練日を重ね地域の方からも状態を見ていただいている。初期消火訓練では、入居者の参加を実施した。		
34	(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	猪子町内で行っている災害訓練に利用者も参加している。また、三川町の災害対策の動向を推進会議で伺っている。以前より地域の意識は、協力体制を築く方向に動いている。	地区の災害訓練に利用者も参加している。マニュアルが作成され避難訓練や業者による点検等が実施されている。町の災害対策の情報等検討され地域のイオンとの協力体制が出来た。	地域における河川の氾濫等を想定し、日常より避難に関する話し合いをして行くことが望まれる。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
35	(14)	○一人ひとりの人格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	会議や研修で尊厳ある対応について課題にしている。日ごろの何気ない言葉や態度に、気配り不足が感じられないか、そこに及ぶ心理について・介護スキルについて話し合いをしている。接遇に関する委員会を設けて議論している。	接遇委員会があり、内部、外部研修で人格尊重、接遇等の確認をしている。	
36		○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	本人の自己決定がなく進むことは、職員本位となる。ゆっくり、穏やかに、本人の答えを待つ時間の余裕を持ちながら生活するように心掛けている。		
37		○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	食事時間は、目安として決めているが、時間に追われる過ごし方はしていない。希望に沿った支援になっている。		
38		○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	身だしなみやおしゃれをすることは、男女を問わず大事である。生き生きとした表情やしぐさにその大切さを感じる。そのため職員は個々に気配りをしたり場づくりをしている。		
39	(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	おやつ・食事など何よりも楽しみ事といえる。取り立ての野菜・頂きもの野菜・旬な食材をその日のうちに食べて楽しむ・自分たちで作って楽しむなど食に関する援助内容は濃くしている。生活活動が活発になる時間でありその人の出番づくりの時でもある。	通所介護の利用者も一緒に食事を行われるので調理等も協力して話し合いながら自分達で作りたい献立等も取り入れている。	

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
40		○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	食と健康バランスを考慮して支援している。水分の摂取と排泄量の確認も重要とし、体重比較しながら、協力医の助言のもと支援している。		
41		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、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	毎食後の歯磨き・義歯洗浄は定着している。誤嚥性肺炎の防止など職員教育も行っている。昼食前の「お口の体操」である嚥下体操を毎日欠かさず行っている。		
42	(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	昨年の認知症の排泄ケアの研修に参加したことを現場で参考にしている。排泄チェック表を作成し排泄サイクルを把握したうえでトイレ誘導を行っている。夜間の誘導もしている。認知症の重度化により、排泄行為が自力ではできなくなった場合の排泄の課題もある。	排泄チェック表を作成し、排泄サイクルを把握してトイレで排泄ができるように検討されている。	
43		○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	食・運動・認知症症状・生活活動を考慮し、自然排便を促すことを検討しながら、繊維質の多い食材・ヨーグルト・粥・水分のバランスを考えた食事をとっている。排便コントロールは、日常的な課題である。		
44	(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、事業所の都合だけ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をしている	夕方から就寝前までの入浴を開設以来から継続して実施しているが、介護の重度化が目立ち入浴時間が拡大している。介護の重度化による二人援助の入浴も目立ち、職員の配置にも関係するようになっていく。	週3回を基本として、午後2時からの入浴は前日にホワイトボードで予定されている。	
45		○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	日中活動が安眠につながっているが、体力的に休息が必要な利用者も以前より多くなっている。夜間に入眠できなく、活動する利用者もいる。		
46		○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	服薬管理は、重要であり、ミスがないよう配慮を要するため二重チェック体制を取っている。また、服薬の状態に対する変化を見逃さず、医療機関との連携は十分にとっている。職員は、服薬の影響を把握し、禁食など食事との関連にも気配りをしたり情報共有にも意識している。		



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	
47		○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	利用者の得意とすること・経験を活かせること・知恵を出せる場面をつくり、力を発揮できる環境を設定し、自分の役割としながら喜びを感じる生活を支援しています。			
48	(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。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	その日その日で散歩に誘ったり、周囲を散策したり、保育園の子供たちを眺めたり、神社に参拝したり、自然の風景を味わっている。食材の買い物、売り出し日の買い出し、少人数対応をしている。デイサービスのドライブに付き添ったり、家族と外食したり、喜んで帰ってくる姿に満足顔がみられる。	その日の状況で散歩等が行われていて、近くの保育園や神社に行ったりその人に合った外出がされている。		
49		○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	能力に合わせた管理をしている。自分で支払う場面もある。			
50		○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	利用者や家族からの要望により、個人の携帯電話を自己管理している方もいる。毎日状況報告・連絡し合っている。希望に応じて家族との連絡を取り合うよう支援している。			
51	(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	共用の空間は、色々な刺激、そして静けさ、混ざり合って生活している。好きな場所に好きなように、気心の知れた仲間と語り合ったり、場に溶け込むようなそれぞれの姿がある。時々デイサービスの利用者が自宅から花を持ってきて飾る。季節を感じるひと時である。時々テーブル場所移動や過ごす場所のセッティングの工夫もしたり気分転換を図っている。	玄関に季節の野菜や果物が飾られていて季節が感じられた。居室には季節の花がかざられ、居心地がよく過ごせるように工夫している。		
52		○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	好きな時に自由に居場所を確保している。			

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
53	(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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	それぞれ、思い思いの品々を居室においている。家族や本人が話し合いをしながら準備している。	その人らしい部屋作りを家族、職員の工夫で行なわれ、安心して暮らせる環境ができています。	
54		○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」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	一人ひとり持てる力は違うが、その力を生かせる環境と、自立性と個別性が発揮できる場面づくりに関して工夫をしている。穏やかで笑顔あふれる毎日が繰り返されるよう支援している。	/	