

### 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	4071500930
法人名	株式会社ゆうわ
事業所名	グループホームユウワ (ユニット名 ユウワ・よつば )
所在地	福岡県大牟田市出雲町1番地15
自己評価作成日	令和元年5月18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.kaigokensaku.jp/40/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/40/index.php</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人福岡県介護福祉士会
所在地	福岡市博多区博多駅東1-1-16第2高田ビル2階
訪問調査日	令和元年6月27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)】

1. 生活保護や低所得者、またその家族に負担がかからないように料金を低額に設定している。
2. 医療提携により24時間往診体制をとり、入居者の急変に対応している。
3. 施設的な対応に捕らわれず、ある程度自由で家庭的な日々の生活を送っていただいている。
4. 街中に近いが高台の小さな住宅街にあり、公園も近く、緑や花々も多く見られ、静かな環境を有している。

#### 【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)】

事業所は郊外の私鉄の駅から徒歩10分程の静かな住宅地の高台にある。リビングや脱衣所等共有部分や居室の窓からは見晴らしの良い景色や、大きな桜の木を望むことができ、利用者は季節の移り変わりを感じながらゆったりとした時間の流れの中で過ごしている。
管理者や介護支援専門員をはじめ、職員は利用者への尊厳を尊重することを意識するために、学習会の中で日々の支援をチェックシートで振り返る機会を持ち、更にシートの集計や評価等で意識の強化を図り、利用者の処遇の向上に取り組む姿勢である。また外出の機会が減った利用者が生き生きと過ごすために、地域の人と事業所内で楽しくて交流を深められるような行事の内容を検討しており、地域に根ざした事業所として取り組んでいる。

#### V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~57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
58 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:25,26,27)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	65 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:9,10,21)	○ 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
59 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:20,38)	○ 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	66 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:2,22)	○ 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
60 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:40)	○ 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 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. 全くない
61 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:38,39)	○ 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
62 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:51)	○ 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	69 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
63 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:32,33)	○ 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	70 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
64 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: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		

# 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	ご家族や地域との関係を念頭に理念を作成し、フロアに掲示している。職員は理念を意識し、日々のケアに活かしている。	職員は理念の一部でもある、「その人らしくユウワに来てよかったと思われるように」との思いのもと、日々の介護に努めている。新任職員へも伝達指導で理念の共有を図っている。	
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	一階のホールを地域のサロン活動のために開放する。また、お茶会や花見などを合同で行い、利用者も一緒に参加することで交流を図っている。	事業所が地域のリサイクル当番に参加したり、近くのゴミ拾いをしていると顔なじみの地域の方から声をかけられたり、日頃から地域の一員として交流を深めている。	
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	中学校の体験学習を受け入れたり、認知症サポート講座や出前講座を開催したりしている。		
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	2ヶ月に1度開催し、ご家族や民生委員、あんしん介護相談員、市職員にご参加いただいている。ホームの近況や行事について報告し、意見を伺って、よりよい施設運営に活かしている。	利用者がインフルエンザを発症した時に、福祉課へ確認し中止したが、家族の代表、福祉課、包括職員、あんしん介護相談員等の参加で2ヶ月に1度運営推進会議を開催している。事業所内で地域サロン活動をしてはどうかと意見を受け、利用者の普段と違う表情を見ることができる等、サービス向上に活かしている。	
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	入居相談の問い合わせを受けたり、事案ごとの担当課への報告・相談や運営推進会議での話し合いを通して協力関係を築いている。	市の担当者より事業所の空き状況の確認を受けたり、支払等で家族の支援が困難となったケースで相談し、日常生活自立支援事業の利用に繋がった事例があり、協力関係が築かれている。	
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「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	毎月の学習会でテーマに取り上げている。その際にグループワークをしたり、外部から講師を招いたりして、身体拘束をしないケアへの意識付けを行っている。	月に1度の学習会の中でアンケート方式の意識調査を行ったり、翌月の会議で振り返り確認したりすることで、職員は身体拘束をしない意識を持っている。今後は調査を集計・評価し活用を検討している。	
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	同上		

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	(6)	○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	成年後見人制度を利用されている利用者様がおられ、その事例を通して、職員は制度について理解できている。	日常生活自立支援事業の利用や、成年後見申立て中の利用者があり、制度の内容把握や利用への支援が日頃から行われている。職員も制度について理解している。	
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	契約時には必ず時間を取ってもらい、説明し、理解・納得の上で契約を結んでいる。		
10	(7)	○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	面会時に利用者の近況をお伝えしている。また、年2回家族会を開催し、ホームの状況を説明したり、ご家族からの意見を受けて対応を検討したりしている。	家族会や家族が訪問時に利用者が自宅で過ごしていた時の様子や、好きな活動を利用者や家族から確認している。家族の要望に応じ居間で音楽を流したり、人形やぬいぐるみを置くなど環境を整えたりして、運営に反映させている。	
11	(8)	○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	定期学習会のときなどに質疑の時間を設け、広く意見を求めている。	学習会の他、日々の支援や申し送りの中で、職員は管理者等へ意見や要望を伝えている。備品や道具など職員が使いやすい物を取り入れる等、職員の意見が取り入れられ、活用している。	
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	行事や様々な業務の担当者を決め、その者を中心に行っている。また、勤務表は予め職員の休日の希望をとって作成している。		
13	(9)	○人権の尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また、事業所で働く職員についても、その能力を発揮し生き活きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保障されるよう配慮している	採用に当たっては特に制限を設けず、意欲や態度を重視している。また、個々のスタイルに合わせて、勤務時間や希望休の調整を行っている。	職員の生活スタイルに合わせて勤務時間や希望休暇、有給休暇も職員の希望で取得している。職員が希望する研修会への参加も勤務扱いであり、社会参加や自己実現にも配慮している。	
14	(10)	○人権教育・啓発活動 法人代表者及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる	定期学習会のテーマに接遇を取り上げ、職員の理解と実践を促すとともに、チェック表を用いて不適切なケアがないかふり返りを行っている。	学習会で記入する職員自身の身体拘束に関するチェック表の中で、不適切な言葉かけをしていないか、見たことがないかの項目があり、職員の振り返りの機会を設けるなど、人権教育、啓発活動に努めている。	

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
15		○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	研修案内を掲示し参加を促したり、希望の研修を受けられるよう勤務の調整をしたり、研修費や交通費の支給をしたりしている。		
16		○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	研修や発表会など様々な会合に参加を促し、交流を図れるよう取り組んでいる。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
17		○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	入居相談後CMが本人の面接に出向いたり、事前にホームの見学に来ていただいたりして、ご本人の入居の意志を確認している。		
18		○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	見学・申し込みの時に、以前受けられていたサービス情報などを聴き取りし、状況によってはご家族の負担を軽減すべく検討する。		
19		○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	ご本人やご家族の意向を聴き取りし、それに沿ったプランを作成している。また、状況によっては、訪問看護など必要なサービスを検討する。		
20		○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	家事や軽作業など出来る範囲でお手伝いをお願いするなど、家庭的な対応を心掛け、労いの言葉掛けを忘れないようにしている。		
21		○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	毎月行事予定表を送ったり、3ヵ月毎に手紙を出したりして、本人の近況を伝えるとともに、行事への参加と協力をお願いしている。		

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	(11)	○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	ご家族・ご友人の面会時にはお茶の準備をしたり、時には一緒にお話をしたりして、和やかな雰囲気作りに努めている。また、外出される時には衣服や内服薬の準備など、支援を行っている。	在宅時の交流の場へ行くことを希望する利用者や家族はいないが、家族が連絡した知人や地域の方が面会に来た時は、ゆっくり過ごせるよう配慮し、馴染みの関係を継続できるよう支援に努めている。	
23		○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	パズルや体操等のレクリエーションやお手伝いなど、利用者が一緒に過ごせる時間を設け、職員が間に入ることで、円滑なコミュニケーションが取れるように支援している。		
24		○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	退居後の入院先へのお見舞いや再入居の申し込みへの優先的な対応などを行っている。また、情報提供や問い合わせにも対応している。		
<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>					
25	(12)	○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	日常生活の観察や会話の中で本人の意思を汲み取っている。また、意思疎通が困難な方は表情やしぐさから思いを把握するように努めている。	外出したい場所や嗜好品など本人の希望を日ごろから聞き取るように努力しており、意思表示が困難な方に対しても本人の生活歴などから意向をくみ取り本人本位に検討している。	
26		○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	生活歴等の記録や本人との会話、家族や知人から聴き取りを行い、把握に努めている。		
27		○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	日々の観察や記録・申し送りから本人の状態を把握し、それを職員全員で共有できるように努めている。		
28	(13)	○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・家族の意向を伺い、介護計画を立て、それを基に担当職員が生活援助計画を作成している。さらに担当者会議で看護師や他の職員の意見を取り入れ、より現状に即したものに仕上げている。	介護計画立案の際には、本人・家族からの意見を取り入れ、退院直後の利用者場合は、病棟の看護師を交えるなどして疾患に関する注意事項や身体状況を確認するなど、自立した生活の維持に必要な情報を収集し、検討しながら介護計画書を作成している。	

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		○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	個別記録や申し送りなどで職員間の情報共有に努め、全員がケアプランの実践状況を把握し、見直し・立て直しに活かしている。		
30		○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	協力医療機関以外でも受診できるように家族と協力し、付き添いなど支援している。		
31		○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	近隣の名所を調べて外出計画を立てている。また、普段は一階のホールで行われているご近所の方のサロン活動を二階で開催していただき、できるだけ多くの利用者が参加できるように支援している。		
32	(14)	○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	協力医療機関との連携により24時間往診体制をとっている。また、必要時には他の病院を受診できるようご家族と協力し、支援している。	往診の体制がある協力医をかかりつけ医とする事を家族も希望しているを確認して、受診時の支援をしている。協力医は24時間往診体制であるので、夜間でも診療を受けられ、不明なことがあれば看護師から主治医に相談している。受診は家族か職員が付き添い、診療結果は記録し、家族の訪問時などに伝えるようにしている。	
33		○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	異常時には24時間いつでも看護職員へ連絡し、必要があれば病院へ連絡し、往診や受診へつなげている。		
34		○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。	サマリーによる情報提供や病院からの問い合わせに対応している。また、本人の状態によっては、病院のソーシャルワーカーや家族に相談し、退院後の生活にむけて準備している。		
35	(15)	○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「看取りの指針」について説明し、希望される方には同意書をいただいている。食欲低下などタイミングを見計らって、家族・医師との今後の方針の話し合いを経て、同意を得ている。その後も家族・本人の意思を尊重しながら、看取り支援を行っている。	身体機能の低下や食事摂取量の減少などがあり、事業所での看取りの希望を確認した場合、早い段階で家族や職員と話し合っている。新任職員にも適宜看取りについて説明しながら、チームで協力して終末期ケアに取り組んでいる。	

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
36		○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	緊急時マニュアルを作成し、定期学習会で緊急時の対応を取り上げている。		
37	(16)	○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回消防署立会いの上で避難訓練を行っている。時間、出火場所など毎回違う状況を想定し、様々な状況に対応できるようにしている。	年に2回火災を想定した避難訓練を行っており、運営推進会議も同時に行うことで地域住民も参加している中で、住民の役割を明確に決めてはいない。災害時には避難所としてホームを利用可能であることも地域住民に伝え、互いの協力体制を築いている。マニュアルの作成までに至っていない。	職員誰もがいつでも確認できるよう、災害時の対応マニュアル作成が望まれる。また、有事の際、利用者の安全確保をスムーズにするため、訓練に参加している地域住民の役割を明確にしておくことでよりよい協力体制が整うことを期待したい。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
38	(17)	○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	定期学習会で個人の尊厳について取り上げ、チェック表などを用いて適切な言葉使いや声かけの仕方を学んでいる。	毎月の学習会のグループワークで日ごろの接遇を振り返り、個人でもチェック表を用いて尊厳や人格の尊重について学んでいる。リビング等の共有部分に利用者の名前を掲示する際も本人・家族に了解を得て、個人記録についても、第三者に見えないよう工夫している。	
39		○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	1人1人の状態・個性に合わせて声かけの仕方を工夫し、想いを引き出すべく努めている。		
40		○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	日常の基本的な流れはあるが、それにとらわれることなく、その日の体調・希望に合わせて、柔軟に対応している。		
41		○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	入浴の際、出来る方は一緒に着替えの準備をしたり、毎朝の整容の声かけや介助を行っている。		
42	(18)	○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	野菜の下拵えなど、1人1人の能力に応じたお手伝いをお願いし、お手伝いに対しては感謝と労いを忘れずに掛けている。	食事の嗜好などを聞き取り、行事食などで提供している。利用者が野菜の皮むきをしたり、リビングでご飯を炊くなど、食事の準備を利用者と共有することで、食事が楽しみになるような工夫をしている。	

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		○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	1人1人の好み・状態に応じて、主食は常食、粥、パンなどを提供、副食は嚥下能力に応じて常食、キザミ、ミキサーなど提供の仕方を変えている。また、摂取量が少ない方には甘い物など好みの物を提供する。		
44		○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	毎食後声かけをし、見守り、一部介助などその方の能力に応じて口腔ケアをしていただき、清潔の維持に努めている。		
45	(19)	○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	介助が必要な方は定期的に声かけ・誘導し、できるだけトイレでの排泄ができるように支援している。	一人一人の排泄パターンを把握し、排泄誘導を行うことで、トイレでの排泄が継続できるような支援を行っている。	
46		○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	排便をチェックし、便秘の期間に応じて、緩下剤・座薬・浣腸など個々に対応している。		
47	(20)	○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	週に2,3回入浴を行っている。拒否のある方は声かけを工夫したり、時間をおいて再度声かけをしたりしている。どうしても入浴されない方は、ご家族に協力していただき、声かけをしていただいたり、一緒に入浴していただいている。	入浴の曜日や対象利用者などは特に決めず、日中であればいつでも本人の希望にそって入浴を行っている。入浴を拒まれる場合には家族の協力を得て、利用者が安心して入浴できるよう配慮している。	
48		○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	疲れのみえる方には声かけ・誘導し、午睡を促すなど、本人のペースにあった生活ができるように支援している。		
49		○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	服薬支援マニュアルを作成し、誤薬などないように努めている。また、処方箋をバイタル表に貼ったり、薬の変更の時は申し送りノートに記入したりして、職員全員が薬について把握できるようにしている。		

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
50		○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	野菜の下拵えなど、1人1人の能力に応じたお手伝いをお願いし、お手伝いに対しては感謝と労いを忘れずに掛けている。		
51	(21)	○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	近隣を散歩したり、季節ごとの花を見学に出掛けたりしている。また、ご家族との外出の際は、適切な服装で出掛けられるように支援している。	散歩や買い物など利用者の希望にそって職員が付き添っている。地域の老人会などに参加したい利用者には事業所にリフト車が無いため介護タクシーを手配するなど外出支援を行っている。	
52		○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	お小遣い程度のお金を持たれている方がおり、お小遣い帳を作り、本人と一緒に残金の確認を行っている。また、所持されていない方は立替で対応している。		
53		○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	電話を掛けたいとの要望があればいつでも対応している。年賀状等本人の希望される枚数を準備し、直筆で出されるのを支援している。		
54	(22)	○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	ホールには花を生けたり、季節の飾り物をしたりして、季節感を出すように心掛けています。また、ソファや畳のスペースを設置し、利用者が思い思いの時間を過ごせるように支援している。	リビングは明るく、ダイニングテーブルやソファを配置し、居心地よい空間である。季節の飾りがあり、常に人の気配を感じることができる。浴室やトイレも安全で清潔に整い、居心地よい空間である	
55		○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	テレビ前のソファで談笑しながらテレビを視聴したり、畳に座って日光浴を楽しんだりされている。		
56	(23)	○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	居室には本人が落ち着けるようにタンスなどを自宅から持ち込んでもらっている。転倒防止のため床に物を置かないように注意し、車椅子使用の方は動きやすいようにレイアウトを工夫している。	居室は使いなれた家具に囲まれ、花を飾ったり景色を眺められる明るい空間である。持ち込みできない物はなく、家族の写真を飾ったり趣味のものを持ち込んで、利用者にとって心地よい環境となるよう工夫している。	
57		○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	表札・トイレの場所を大きく分かり易く掲示したり、1人1人の状態にあった椅子を準備したりしている。		