

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	3290400302		
法人名	株式会社建装		
事業所名	小規模多機能ホームさらさの家		
所在地	島根県出雲市東福町190番地2		
自己評価作成日	平成26年9月10日	評価結果市町村受理日	平成26年11月20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	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ダスキン愛の店株式会社
所在地	島根県松江市北田町40番地1
訪問調査日	平成26年9月25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)】

周りは田畑に囲まれ、のどかで静かな場所に立地しており過ごしやすく、季節を感じる事ができる環境にある。敷地内には農園が隣接し、訪れる人との交流が図りやすい。収穫したばかりの新鮮な野菜は利用者の食卓へもあがる。認知症の利用者が多く、施設の理念でもある「ここちよく ゆったりと あなたらしく」を念頭に個々のペースで過ごしていただけるよう対応に努めている。近隣の保育所や小学校、地域のボランティアの方々の定期的な訪問や、学生や一般の介護実習の受け入れを積極的に行っている。毎年の夏祭りの開催や地区イベントの出店での参加なども行い、それらを通して事業所の存在を地域の人知ってもらい、地域から頼りにされる介護の相談窓口になれるような事業所を目指す。

【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)】

小規模多機能ホームさらさの家は、四季感のある静かな田園風景を一望できるのどかな自然環境に立地している。事業所は、更紗織りに由来して、その空間と間を重んじる工芸感覚をイメージした地域密着多機能サービスを提供するホームとして地域に根ざす「さらさの家」は、「ここちよく ゆったりと あなたらしく」の理念のもとに、ゆったりと和む、心地よく過ごす、そして在宅で馴染ん生活が継続されるよう支援計画が立てられて、利用者本位の支援を行っている。また、敷地内に隣接する農園は、利用者の食材に活かされるばかりでなく、地域の人との交流も図れて、職員は一緒になって地域との連携を深めながら、介護相談の窓口を目標として、地域に広報活動を粘り強く行い、事業所の存在を発信している。

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
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、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
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
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	玄関や事務所に理円を掲げ、毎月の職員会議で唱和をし、常に意識できるようにしている。理念に沿った具体的な年間目標を決めて実践できるようにしている	人間の尊厳を大切にしたいケアは、理念の唱和による意識づけを行い、年間目標に反映させている。また、地域で住み慣れた生活の関係性も継続する支援は、理念を共有して、具体的に実践されている。	理念は、大切にされて支援の原点として振り返り、顧客満足や社会的信頼を高める目標の意識付けとなって、ケアサービスの水準が改善される工夫に期待したい。
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	地域行事やお祭りに出かけたり、近隣の保育所の夏祭りや小学校の学習発表会の招待を受けて出かけている。毎月発行の広報紙を地域へ配布して歩き地域との関わりを持つようにしている	地域の一員として、共に暮らす住民との交流には積極的に参加をし、ホームの広報誌は、馴染みの店に留め置いたり、住宅街に行脚配布を行い、事業所が孤立しないように地域住民との連携を深めることに努めている。	
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	毎月広報紙を発行し、認知症予防についての記事を掲載している。またいつでも相談に応じることができることをPRしている。地区での認知症の勉強会を開催したいと考えている		
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	概ね2ヶ月に1回開催し、行事報告や生活状況の報告を行い、地域の方々から意見やアドバイスを頂いている。学生ボランティアの紹介や地区行事の紹介をしてもらうこともある	2ヶ月1回の運営推進会議では、事業所の取り組むケアサービスの内容を報告し、双方向的に話し合いを行い、ボランティアや地区の情報も傾聴しながら、会議での意見やアドバイスはサービスの質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	電話での連絡以外に、月に1回は市役所へ提出物を持参する機会があり、その際に相談、アドバイスを頂くことがある。毎年、部会で保険者との意見交換をする機会がある	市町村担当者とは日頃から連携が深められ、小規模多機能ホームの実情やケアサービスの取り組みについては、市町村担当者に報告を適宜に行って、利用者の生活課題解決の協力関係を築くことに努めている。	
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	マニュアルを作成し身体拘束をしないケアに努めている。屋外へ出ようとする利用者には、強く止めることはせず、見守りながら後ろをついて行くようにしている。また、居室は、むやみに施錠をしたりせず、24時間自由に出入りできるようにしてある	「身体拘束はしない」ケア方針は、マニュアルを作成し、職員会議で学習に繋げて、外出願望の強い利用者は、抑圧的でない見守り付き添いを行い、居室の施錠は、24時間出入りを自由にして、拘束はしないケアサービスに努めている。	
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	虐待のケースあり、包括支援センターと連携をとりながら、毎日なんらかのサービスを入れるなどして常に誰かの目が入るように利用者の安全に留意した。最終的にグループホームへ入所となった 2/9		

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	実際の事例がなく、研修にも参加する機会がなかった		
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	最初の契約時には、契約書、重要事項説明書を相手に伝わりやすい説明を心がけている。今年度は消費税の増税に伴う料金改定があったが、各お宅を訪問説明し同意書に署名捺印をいただき、理解いただいた		
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	普段から送迎時など家族と会う機会に伺った意見などは、ノートに記録し職員に周知を図っている。運営推進会議へ参加してもらい、外部者へ意見などを表せる機会がある	送迎時の家族と出会う時に傾聴した意見等は、記録に止め、職員に周知し、ケアサービスに活かしている。家族は、運営推進会議の構成員であり、外部者に述べる意見は、管理者等は振り返って、運営に反映している。	
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	毎月1回の経営者との会議では、収支報告を受けるとともに現場の現状を伝え運営に反映させている。また、毎月の職員会議で意見や提案を聞く機会がある。スタッフ全員で独自の「提案書」を作成した	利用者の状況や実情を直に知っている現場の職員が集約した意見は、月1回の経営者との会議に報告が行われて、代表者から諮問のあった課題には、スタッフ全員が係わり、「提案書」に纏めて、運営に反映させている。	
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	人事考課制度を適用し、評価結果が賞与に反映される。資格給などの制度をもうけ、職員のモチベーションを図るよう努めている		
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	無資格で入職した職員には、働きながら資格がとれるようにしている。認知症実践者研修には、順次参加できるようにしている。職員会議の短時間ではあるが、職員が交代で講師になり、研修を行っている		
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	同法人の各事業所の主任が集まり交流などする機会がある。出雲市事業者連絡協議会の部会の研修会に参加し情報交換なども行い、サービスの質の向上に取り組んでいる		

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
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	利用開始までに面接し、顔を覚えてもらうことから始め、施設見学やお試し利用を勧めている		
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	初回面接は特に重要と考える。できるだけ話しやすい雰囲気を作り、相手の立場で物事を考えて言葉にする事で、良好な関係から始まるように努めている		
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	本人・家族との面接やアセスメントを通して、ただちにどのような支援が必要かを見極める。必要があれば入所や居宅介護支援事業所のケアマネにつなげるなど、より良い支援ができるよう努めている		
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	洗濯たたみ・施設内の掃除・ゴミ捨て・食器の下膳など日課にしている利用者もいる。生活の中の役割として定着し、利用者側から率先して行っている		
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	利用時の様子を把握し、家庭での様子も伺い、説明し難い症状などは受診に付き添い代弁する等の総合的な支援に努めた。また家庭で困っている事は相談に応じ、利用者や家族との関係が築けるアドバイスを行った		
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	孫の結婚披露宴出席のため、利用日や時間を調整した。家人だけでは外出が困難な場合の送迎の介助を行ったり、車椅子の方の墓参りに介助・同行したことがある	慶事の時は利用日や時間を本人本位に調整してケアを行い、送迎対応が家族では困難な外出や車椅子使用で墓参りの時には、同行や介助付き添いし、地域での住み慣れた生活が継続できるよう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	気の合う者同士、座席に配慮し会話を楽しんでもらっている。職員が間に入り、難聴者も会話に溶け込めるように努めた。少人数の日は、テーブルの配置を変え、新たな利用者同士の関係を築け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
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	入院中、家族に本人の様子を伺い、出来る限り面会に行っている。利用終了後も家族からの相談に応じ支援に繋げている		
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	入浴や送迎時などの1対1の場面で、ゆっくり会話し、希望や思いを聞く様にしている。それをミーティングで話し合い、スタッフ全員で共有しケアに繋げるように努めている	利用者の多様な課題に関心を払い、入浴や送迎の場では、ゆったりとした会話を二人で交わし、寄り添う態度で思いや意向を引き出して、ミーティング等でスタッフ全員は、その情報を共有し、ケアサービスに繋げている。	
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	本人からの聞き取りはもちろん、送迎時家族の話から生活歴を把握し、記録に残したりミーティングで共有している		
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	日々の送迎時や家族との連絡ノートのやりとりや電話などで情報交換を行い、一人ひとりの現状の把握に努めている。こちらで過ごされる様子は、時に写真にして家族に伝えている		
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	利用者家族の意見をもとにケアマネが介護計画を作成している。日々の変化については、毎日のミーティングで職員が意見を出し合い直ちにケアに反映している	介護計画は、本人と家族の意見を傾聴し、現状に即して作成されて、日々の変化には、対応できるケアを毎日のカンファレンスやミーティングで話しあって、本人主体のケアサービスを即応的に実践している。	
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	ケアマネも交え、気づきや変更点など、毎日のミーティングで共有し、介護計画の評価に繋げている。3ヶ月毎の評価を行い見直しを行う		
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	利用者・家族の状況に合わせ、早朝からの受入れ、夕食後の送りの他、家族が急病の時の急きよの泊り、退院後の連泊、訪問予定を通いに変更など、その時々に応じて柔軟に対応している		

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	以前から付き合いのある近隣の訪問による安否確認、民生委員の訪問、地区公民館の行事の参加、近隣の理美容院の利用など、社会資源を利用するよう努めている		
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	受診は基本的に家族に依頼しているが、不穏な方や主治医と情報交換が必要な場合等は同行し、後期高齢者健康診査やインフルエンザ・肺炎球菌の予防接種など必要に応じ勧め体調管理の支援をしている	利用者不穏であり該当医療機関受診が必要な時や主治医に情報提供が必要な時の受診は、看護師等が同行し、後期高齢者健康診査やインフルエンザ等の予防接種は適宜に促して、受診支援に努めている。	
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	常勤の看護師を配置している。体調不良時や、皮膚症状の異常時など、家族やかかりつけ医に報告し早期に対応し受診に繋げている		
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。	利用者が入院した場合は、面会に行き状況を把握している。在宅での生活に支障がない様に、できるだけ早期に退院を受けようとしている。退院カンファレンスに参加したり、退院サマリーを依頼し、職員間で情報を共有している		
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	在宅での終末期対応が2例あった。家族の意向を尊重しながら、かかりつけ医と連携し訪問を行い、バイタルサインの測定、清潔、家族の精神面でのケアを行った。状況を記録する事で、共有する事が出来た	早い段階から重度化や終末期に向けた医療方針は、ケアの課題として意識づけが行われ、終末期ケアは、かかりつけ医と訪問し、家族の意向を尊重して、老衰と急変による看取りを経験しながら、終末期対応を共有する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	職員全員が普通救命講習を受講した。消防署と連携しアクションカードを作成し、定期的にカードを使用して訓練を実施して急変時に備えている		
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	年2回防火訓練を行い、消防署とも連携して訓練をし避難場所・経路の確認をしている。地区の交流館を避難場所として提供してもらっている。火災以外の災害を想定した訓練も行う予定。飲料水などの備蓄を確保している	年2回の防火訓練は、消防署と一緒に、避難訓練等を行い、避難場所に指定された地区の交流館への経路等は確認され、非常用飲料水等の備蓄も行われて、利用者の安全安心に繋がる対応の支援に努めている。	火災以外の水害等の災害にも対処する訓練計画は、利用者の安心安全を確保する取り組みに、地域消防団や周辺住民との連携を深める災害対策体制づくりの工夫を期待したい。

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	職員会議では、理念を読み合わせ職員一人ひとりの意識を高めている。また接遇の研修に参加し適切な態度・言葉づかいで接するように努めている。月の目標に取り上げ意識するよう心がけている	職員は、理念の読み合わせを職員会議で実践し、人間の尊厳の意識付けを行い、態度・言葉づかい等の接遇マナーは、外部研修で啓発し、ケアサービスの目標となり、利用者家族への丁寧な応接を実践している。	
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	日々の利用で思いを聴き、いくつかの選択肢より選んでもらうよう支援している。午睡明けの水分補給では数種類の飲み物の中から、好きなものを選んでもらっている。また入浴は、希望の時間を聞く様にしている		
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	レクリエーションの内容やドライブの行き先等は、利用者の希望を聞きながら決めている。体調に合わせてレクリエーションに参加してもらい、時にはベットで休む利用者もいる		
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	本人・家族の希望があれば、地域の理・美容院に一緒に出かけている。男性にはヒゲそりを行っている		
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	日頃からテーブル拭きや、食器の片付けをしてもらっている。月に1~2回の昼食会では、献立決めから調理までを個々の能力に合わせて一緒に行っている	利用者は役割と能力を活かし、職員と共に食事の準備や食事後片付けを日常的に行い、月に1、2回の昼食会では、職員と一緒に献立を決めて、調理は特技を活かし、食事を楽しむことのできる支援が行われている。	
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	体重の増減や食事摂取量の確認を行い、必要があれば、量の調整を行っている。水分摂取の少ない利用者には、好みの飲み物を提供したり、ゼリーで水分補給したり個々に合わせた対応をしている		
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	食後は全員に声かけし、義歯の洗浄、ハミガキ、うがいなどできる事をしてもらっている。できない所は介助し、口腔内の清潔保持、誤嚥防止に努めている		

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
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	尿意がある利用者には、見守り、付き添い、パンツの上げ下げの介助をしている。尿意の無い利用者には、排泄チェック表を見ながら、個々の排泄パターンに合わせ誘導している	排泄は、尿意の有無を管理する時系列排泄チェック表から排泄のパターンを把握しそれに合わせて、利用者の見守りや付き添いをし、パンツ着用の介助や誘導等を行い、自立に向けた排泄支援に努めている。	
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	便秘症で排便をコントロールする利用者は少ない。特に夏季は、水分摂取の少ない方は嗜好に合った飲み物やゼリー等に対応し、かかりつけ医に報告し、下剤・坐薬・浣腸の使用で定期的に排便を調整している		
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ず、個々にそった支援をしている	個浴が1つで一日の入浴人数が限られ、週3回は実施している。拒否のある利用者は、話術で気持ちよく入浴してもらい、体調不良時は清拭やシャワー、陰部洗浄等の状態に合わせて変更し清潔保持に努めている	個浴は、週3回の入浴を楽しむ支援を実践し、入浴はコミュニケーションを大切に、拒否がない配慮で行い、体調不良の利用者は清拭やシャワーを浴びて、身体の清潔保持に努め、個々に合うケアを実践している。	
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	個々の体調に合わせて、午睡以外にも声かけしたり、本人の希望で休息している。室温調整をしたり、ナースコールを準備したり安心して休めるように努めている		
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	薬剤情報を家族に提供してもらい、ファイルしている。薬剤の変更時にも依頼している。新規利用者、薬の変更時は、連絡ノートに記入し注意点や観察点を明記している		
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	個人の体調や気分を考慮しながら、洗濯物たたみ、テーブル拭きなど手伝ってもらっている。また模造紙に毎月の歌の歌詞を書いてもらうなど、個々の力が発揮できるよう支援している		
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支援している	天気の良い日には、希望を聞きドライブに出かけている。春にはグループホームと合同でバスを貸し切りフォーゲルパークへ遠足に出かけた。家族にも声かけし、少数であるが参加された	日常的な外出は、天気の良い日には、希望を傾聴し、ドライブ等に出掛ける支援を行い、春はグループホームの利用者と一緒に貸し切りバスを仕立て、フォーゲルパークに、家族にも同伴を呼びかけて遠足をする外出支援が実践されている。	

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
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	普段はお金の持参はされないが、外出時のお土産を買う時、自分で支払いが出来るよう支援した。パンの販売がある時、お金を持参し買物をする利用者もいる		
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	希望があれば、電話ができるよう介助をしている。家族がいない利用者には、職員が家族になりすまして、利用者が安心できるよう支援することもある		
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	ホールは大きい窓から、外の景色が眺められるように作られている。廊下や玄関には、季節の花や、利用者の作品、外出時やイベント時の写真を飾っている。気候の良い時には、テラスでお茶会や日光浴を行っている	ホームの窓は戸外の情景が眺望できる大きさが心地よい共用空間を作り、廊下や玄関は季節の花や利用者の作品や外出とか催行の時の写真がそして時の人の新聞記事も飾られ、テラスは利用者がゆったりと過ごす等の生活空間の工夫をしている。	
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	体調が思わしくない時やゆっくりしたい時は、個室で休んでもらっている。人の気配を感じたい利用者には、ホールのペットや和室を利用してもらっている。午睡は気の合う方同志の部屋を心がけている		
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	連泊の利用者には、同一の部屋を準備し、以前から使用していた物を持参してもらい、居心地よく過ごせるようにしている	連泊は、安心して過ごせる同一の室で行われ、使い慣れた物や好みのもは持ち込まれて、その人らしい居室の配慮が行われ、利用者の居心地良い居室の工夫をしている。	
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	危険防止が過剰にならないように、また行動が抑制されないよう見守り、安全を確保している。介助バーや手すりの利用、シルバーカーの使用などで自立に繋げている		