

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 きんもくせい)

事業所番号	0671300242		
法人名	医療法人社団 須田医院		
事業所名	須田医院グループホーム		
所在地	上市市美咲町1-2-18		
自己評価作成日	令和元 年 10 月 20 日	開設年月日	平成14年 11月 1 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)】

- ・医療機関が併設されており、緊急時や利用者の体調管理について、医師や看護職員と連携がとれている。
- ・近くの商業施設への買い物外出や季節ごとの行事を通して楽しみを持った生活ができる
- ・家事動作への参加を促し、自立ややりがいを持った生活ができる

※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.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	協同組合オール・イン・ワン		
所在地	山形市検町四丁目3番10号		
訪問調査日	令和 元年 12月 12日	評価結果決定日	令和 元年 12月 25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)】

認知症介護に精通し、職業意識の高い職員が数名在職し、「利用者第一のケア」を実践し、残存能力を活用しながら「できること」を継続的に支援することで「安らぎと自信を感じ能力を最大限発揮できるよう支援する」という理念の実現に努めている。開設から18年目を迎えた本事業所は、円滑な医療との連携体制を特徴として成長してきたが近年、介護人材不足の状況にあり、運営上の見直しも行われている。このような中、管理者と職員は目標達成計画に掲げた具体的な取り組みを実践し、サービスの質の向上につなげている。取り組むべき課題は少なくないが、課題と真摯に向き合い、課題解決に向けて地道な努力を積み重ねている事業所である。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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せている (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	
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	事業所の理念と共に、ユニットの理念もフロアに掲示している。また、月に一度のスタッフ会議の際にも確認を行い理念の共有が出来ている	事業所理念とユニットのケア理念を目につく場所に掲示し、スタッフ会議で確認・振り返りを行い、「安らぎと自信を感じ能力を最大限発揮できるように支援する」という理念の実現に努めている。		
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	地域の季節ごとのお祭りや行事に参加し、交流を図っている	市報から行事や催し物などの情報入手し「かかし祭り」や「カセ鳥」の見物、地区の夏祭りなどに参加したり、ボランティアの受け入れや事業所主催の夏祭りに家族や併設医療機関のスタッフなどと交流している。また、中学生の職場体験の受け入れや隣接する職員用託児所の子供たちの訪問もあり、利用者の楽しみのひとつとなっている。		
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	業務を通じて認知症の支援の方法等は理解出来ている。家族や、運営推進会議の際に話す事はあが地域の人々に向けては活かされていない			
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	2か月に一度、家族や民生委員、市役所職員等に参加して頂きグループホームの活動や状況について報告している。意見交換を行い、参考にしながらサービスに活かしている	市職員・地区会長、民生委員、家族代表が参加し、2ヶ月に1回開催されている。事業所から運営状況・行事・研修・事故事例などについて報告し、委員からは職員不足の影響を心配する意見があるが管理者は仕事の効率化に取り組んでいる。また、家族代表との意見交換の場にもなっている。		

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	
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	運営推進会議に参加して頂き連携を取っている。事故の報告や事業所の相談行い協力関係を築いている	市職員に運営推進会議参加していただき運営状況などを報告している。また、今後の施策に反映するために市が実施する介護事業所ヒアリングも受けている。個別の問題については、その都度相談し解決に向け努力しながら協力関係を築いている。		
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	年3回、身体拘束廃止の研修会を行い、どのような行為が身体拘束に当たるのか確認し理解に努めている。やむなく身体拘束を行う場合でも、家族に説明し了承を得て行い、解除に向けての検討を行っている	身体拘束廃止マニュアル(適正化指針)を使用した研修会を通して身体拘束廃止を職員に周知している。身体拘束廃止委員会(適正化委員会)を年4回開催し、事故事例やセンサー使用の評価などを報告し、課題や対策を検討している。職員は身体拘束の具体的な行為と弊害について正しく理解している。転倒の危険がある利用者には和室に布団敷きとしたり、外出したがる利用者には散歩・見守り・寄り添いにより不適切な対応がないよう努めている。また、離床センサーの使用により安全確保にも取り組んでいる。		
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	外部での虐待防止についての研修に参加し、参加した職員が他の職員にも内容を伝達し虐待防止についての理解を深めている			
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	実際に成年後見制度を利用されている方がいるも、外部の資料にて理解を深めたりし、最近研修等は行っていない			
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	契約の前の見学の際に環境や設備、料金についての説明を行っている。契約の際にも再度説明し理解、納得のうえ同意を得ている。			

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	
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	年に一度家族に向けてアンケート行い意見や要望を確認している。また、玄関に意見を書く用紙を設置している。 利用者とは普段の関わりの中で、家族とは面会時等に意見や要望確認し対応している	通院支援・面会・行事の際に家族が話しやすい雰囲気づくりに努めている。また意見箱の設置や家族アンケートを通して、家族の意見や要望を把握し、サービスの向上に活かしている。前回目標達成計画に掲げた「家族との面談、意見・要望の聞き取り」は取り組みが行われており、「整理整頓の励行」は改善策の一例である。		
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	スタッフ会議や、業務の関わりの中で意見や提案を聞く機会を設けている			
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	職員の個々の実績や勤務状況などについては報告を受けており、把握は出来ている			
13	(7)	○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	管理者は、職員の勤務年数や、経験年数に応じ、法人内外の研修等を通して職員の教育を行っている。	前回目標達成計画に基づき作成された年間研修計画に沿って、外部研修・法人研修・内部研修が実施されている。外部研修は職員の経験や力量に応じて派遣し、派遣された職員は伝達研修を行っている。法人研修は併設医療機関の医師による「骨粗しょう症」の研修や薬品会社社員による出前講座などが行われている。		
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り組みをしている	県グループホーム協会の研修や、他の外部の研修に参加し、サービスの向上に活かしている	県グループホーム連絡協議会の交換実習や交流会に参加し、情報交換を行い、ネットワークづくりやサービスの向上に努めている。村山ブロックで天童市の「認知症カフェ」への協力が行われ、また交換実習へ参加した職員の報告も予定されている。		

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
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	事前の実態調査や入所時のアセスメントを行い、本人の意向や困りごとなど確認し、安心して生活できるような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	契約時や入居時に、本人だけでなく家族等の意向を確認して、意向に沿った支援が出来る様取り組んでいる		
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	アセスメントを行い、ニーズを確認し自分の事業所以外の介護サービスやその他の資源を視野に入れて対応行っている		
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	出来る事は自分で行っていただき、自立を促すような支援に取り組んでいる。利用者が重度化しており家事等は難しいがたたみ物等出来る事は手伝ってもらいやりがいを持てるよう支援している		
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	受診の対応や、物品の購入、外出外泊の支援等連絡を取りながら協力して行っている		
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	連休時の自宅への外泊や、家族以外にも親類や友人が面会に来られる様になっている		
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	食事や、お茶、レクリエーション等で利用者が集まる際、それぞれの関係を把握しコミュニケーションがとれるように環境の整備に努めている。必要があればスタッフが間に入り良好な関係が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	入院や他の事業所に移り退所する場合には、他の事業所とも協力し相談や支援行っている		
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	入所時や介護計画作成時に本人や家族の意向確認し、可能な限り意向に沿った支援が出来る様努めている。認知症等により本人の意向が判断できない際は本人本位になるよう努めている	アセスメントの書式をセンター方式から一覧表のチェックシートに変更し、利用者の思いや意向の把握に努めている。日常生活の会話・寄り添いからの「気づき」を申し送りノートに記載し、その都度職員で話し合い、ケアに反映するよう努めている。	
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	入所時のアセスメントや普段の生活で本人の生活の把握行っている		
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	毎日の食事や排せつ、入浴等の状態や普段の生活の観察と記録行っている。		
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	各利用者の担当の介護員を決め、毎月のモニタリング行い状態の把握に努めている。ケアプラン作成時の担当者会議行いスタッフ間で意見を出してプラン作成している。	毎月モニタリングを行い、6か月毎のカンファレンスで評価を行っている。変化が見られた場合は、その都度又は6ヶ月毎に見直しを行い、それ以外は12ヶ月毎に再アセスメントのうえ計画の見直しを行っている。見直しにあたっては、家族から事前に意見を聞き取り、スタッフ会議でアイデアを出し合い、現状に即した介護計画を作成している。今後、計画作成担当者は、今できることをプランに位置付けるとともに、評価結果を詳細に記載したケアカンファレンスシートを家族に送付する意向である。	

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	
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	毎日介護日誌や健康管理表に食事や入浴、排せつの状況を個別に記録している。スタッフのユニット会議等で情報を共有し普段のケアに役立っている			
28		○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	入居中のグループホームだけでなく、かかりつけの医院や家族、親類その他のサービス等本人がかかわっている地域資源を把握し連携しながら支援出来る様に努めている			
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し、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	併設の医療機関が主治医の利用者が多く、その医師や看護職員との連携や、他の医療機関でも利用者の情報のやり取り等で連携を行い、適切な医療を受けられるよう支援している	かかりつけ医を継続しているが併設医療機関が主治医となっている利用者が多い。併設医療機関以外の通院支援は原則家族が行うが、市内の場合のみ職員が対応する場合もある。前回目標達成計画に基づき、併設医療機関以外への通院の場合も利用者の生活の様子や健康状態を文書で医師に情報提供し、結果を記録している。職員が支援した場合は電話で家族に連絡し、情報を共有している。また、併設医療機関の常駐する看護師に24時間連絡が取れる体制が敷かれ、適切な医療を受けられるよう支援している。		
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	グループホーム内には看護職員はいない。併設の医療機関の看護職員に随時、利用者の報告や相談し情報の共有に努めている			
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。	入退院時にはサマリーや、退院時には実態調査等行い情報の共有行っている。併設の協力医療機関や家族とも協力し入退院の支援行っている			

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	
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	入所時や状態に変化あった際に、急変時や終末期の意向を確認している	契約時に重度化した場合の対応について説明を行い、終末期対応に関する同意書もいただいている。重度化した場合は、その都度、医療機関・家族・職員で相談しながら方針を決定し、共有しながら対応している。		
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	緊急時や事故発生時のマニュアルがある。消防署での心肺蘇生訓練に参加しているが定期的ではない			
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	年2回防災訓練行っている。併設の医療機関や福祉施設と協力体制を取っている	法人全体で年2回、うち1回は消防署の協力を得て、昼・夜、火災・地震など様々な事態を想定した災害訓練のほか、職員の召集訓練などを実施している。水害についてはハザードマップで確認し、同建物の3階を避難場所に指定していることから、今後は1階からの移手段、方法など実践的な訓練を予定している。更に運営推進会議で地区会長に地域住民の参加を要請していく意向である。有事に備え、法人として食糧の備蓄や自家発電装置の設置などが行われている。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
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	言葉使いや目線、対応の際の接遇や、排泄や入浴時のプライバシーの配慮等人格を尊重した支援を行えるよう努めている。	理念に「尊厳ある生活」を掲げ、接遇研修を通して人格の尊重を周知している。排泄や入浴時には誇りやプライバシーに配慮した声かけや対応をしている。不適切な対応があった場合は管理者・職員間で注意し合いながら「利用者第一」の対応を行っている。		

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	
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	食べたいものや、着たい服等本人の希望に沿って支援している。また、意思表示が難しい利用者でも、うなずきや目線等で自己決定出来る様働きかけている			
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、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	食事や入浴の時間は決まっており、体調や面会等でずらす事はあるが、個々のペースにはなっていない。その他の、お茶や午睡等はそれぞれ自分のペースで生活出来ている			
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	気温に合った服装で、本人の希望で服を選んだり整容の介助行っている			
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	エプロンたたみや、テーブル拭きを手伝ってくれる事もあるが、食事の準備については全て職員が行っている。本人の嗜好や、食事の能力に合わせた食事形態になっている。ミル食や、刻み食の人が多いが、何を食べているか声掛けし楽しんで食事が摂れるよう支援している	おかずは配達食を利用し、ごはんと味噌汁を事業所キッチンで調理している。利用者の摂食・嚥下機能に合わせた食事形態に変更している。利用者も「できること」に参加し、職員と会話しながら食事を楽しんでいる。誕生日のケーキ作りや家族との外食なども取り入れ、食事が楽しみなものになるよう工夫している。		
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	食事量や水分量の観察や記録行っている。定期的な体重測定を行い栄養状態の観察行っている。咀嚼や嚥下に合わせた食事形態、栄養に合わせて高カロリー食を提供する等、状態に合わせて支援している			
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、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	起床時や毎食後口腔ケア行っている。状態に合わせて歯磨きやうがい、口腔内の清拭、義歯の洗浄等行っている			

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
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	自尊心に配慮して排泄ケアを行っている。立位の取れない方はオムツ対応している。	排泄チェック表を活用し、表情や仕草から排泄パターンを把握し、適時の声かけ・誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。おむつの利用者も日中はリハパンを着用し、便座に座ることで排泄を促すなど排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	水分や乳製品をとり排便を促している。排便の状態記録したり、本人に確認し排便の把握を行い便秘の予防に努めている		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	週に2回入浴行っている。体調不良や用事によっては日をずらしたり、全身清拭で対応する事もある。個浴の対応はしておらず、スタッフや人数等により事業所の都合で変更して頂く事もある	ディケア利用者と共同使用になる檜の大浴場が整備されており、できるだけ利用者の希望に沿って日時を変更したり、体調を考慮しながら週2回の入浴支援を行っている。浴槽との段差が高いため、跨ぎが困難な利用者には2人介助やかけ湯などで対応している。	
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	居室の環境の整備や空調等調節し、休息や安眠がとれるようにしている。フロアにソファを設置し休息出来る様にしている		
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	介護職員が薬の管理行っている。スタッフのすべてが薬の知識があるわけではないが、薬情での確認や主治医、薬局、併設の医療機関の看護職員等に相談、確認し行っている		
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	たたみ物やテーブル拭き等手伝ってもらい役割ややりがいのある生活を支援している		

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	
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	季節ごとの行事で外出の機会を作っている	散歩や買い物、季節のドライブ、花見や紅葉狩りなどで外出するほか、自家菜園の側で外気に触れる機会を確保している。市報で情報入手し、「かかし祭り」や「カセ鳥」見物などにも出かけている。また家族の協力を得て、通院支援などの際に買物・外食などの支援を行っている。		
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	金銭の管理が困難な利用者が多く所持していない			
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	現在手紙や電話をする利用者は入所していない			
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	季節感のわかるような掲示物や壁紙を工夫している。その日の天候や気温に合わせて空調や照明を調整し快適に生活出来る様環境の整備に努めている	広い共有空間は、適切な温度・湿度管理がなされ、利用者も参加して掃除が行き届き清潔に保たれている。3階の窓からは市街地の風景が一望できる。壁には季節を感じさせる飾り付けが施され、居心地よく過ごせるよう工夫されている。冬期間は濡れバスタオルなどで湿度調整に努力しているが、感染症対策のためにも加湿機の設置が望まれる。		
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	フロアで本を読んだり、ソファでTVを観たり、利用者同士で話が出来る様環境の整備や人間関係の支援に努めている			

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	
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	TVや写真、棚やラジオ等本人の好きな物や使い慣れた物を配置し居心地よく過ごせる様支援している	フローリング床の居室と畳敷きの居室が選択できるようになっている。馴染みの調度品、家族の写真、TVなどを持ち込み、好みの配置・飾り付けを行い、居心地よく過ごせるよう工夫されている。		
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	各居室入口に名前を表示したり、トイレの位置がわかるよう表示している。			