

### 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	3290400039		
法人名	医療法人 エスポアール出雲クリニック		
事業所名	認知症高齢者グループホーム おとらと		
所在地	島根県出雲市小山町362-1		
自己評価作成日	令和1年 7月 1日	評価結果市町村受理日	

※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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/32/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3290400039-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/32/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3290400039-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市米原2丁目7番7号		
訪問調査日	令和1年 8月 9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)】

毎日の生活の中で物忘れを認め合う雰囲気を作り、プログラムの名前で共有し合える場を提供し、物忘れへのストレスや不安を和らげ共に支え合う環境づくりに取り組んでします。慣れ親しんだ地域で馴染みの関係性を継続させるためにも、地域へ出て行く取り組みを多く行っています。家族の持つ力を大いに発揮できるように、職員が間に入り家族会や環境作りなど働きかけています。

経営母体は医療法人であり医療と介護のサービスが受けられ家族は安心されています。利用者の長期利用に伴い、重度化も進み、職員の負担も増加してきていますが、ホーム利用者を、日中同じ階の同一フロアの小規模多機能事業所の利用者の方と一緒に生活やサービスの支援を行なうなど取り入れ工夫されています。利用者同士が馴染みの関係となっており、利用者は不安感もなく、小規模多機能利用者や食事やお茶、会話、レクリエーションを楽しまれておられます。職員は小規模多機能と連携しながら支援が行なわれています。

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)	<input type="radio"/> 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	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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	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)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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している (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	認知症を患っても、住み慣れた地域で生き生きと暮らし続けられる社会の実現を目指し、地域に向けた認知症理解の勉強の場として“出前交流塾”(法人主催)を行っている。ご利用者とは、お互いに物忘れを認め合い話し合える場を設けている。個々の活動の場も設けている。	認知症を患っても住み慣れた地域で生き生きと暮らし続けられる社会の実現を目指し職員は理念の共有の基ケアを実践されています。職員も月1回法人主催の出前交流塾に参加され、認知症理解の場を持たれています。	
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	地域の行事やイベントには、声がかかり参加している。地域の小学校との交流も継続、訪問の受け入れや行事を見学に出掛けている。日常的に、ご近所や地域の方、お出掛け先などで出会った方に、明るく挨拶をし、スタッフ、利用者共に認識して頂けるよう、心掛けている。	日常的に、散歩の際のご近所の方や地域の行事やイベントに参加した時等挨拶を行い交流されています。地域の小学校との相互交流も継続して行われています。	
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	誰もが住み慣れた地域で暮らし続けられる社会の実現を目指し、月に一回、地域に向けた“出前交流塾”(法人主催)を通し、認知症の理解や接し方の勉強を行っている。		
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	日頃の活動状況、ご利用者のご様子などをレターにして報告している。地域とつながり続けるために地域での行事やイベント等の情報も頂く場ともなっている。	2ヶ月に1回併設の小規模多機能事業所と合同開催で行っています。活動状況、利用者の様子、行事などをレターにして報告されています。統合ケアの支援で利用者の笑顔が増えています。地域代表の方から地域の行事やイベント等情報を頂かれています。	
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	グループホーム連絡協議会で、市との話し合いの場を設け現状を伝えたり、一緒に課題に取り組んでいる。運営推進会議では、市職員に参加してもらい、実践や現状を伝えたり、情報・助言を頂いたりしている。	運営推進会議にも、市の介護担当職員、高齢者あんしん支援センター職員にも参加して頂き、情報や意見等頂いております。市内のホームによるグループホーム連絡協議会にも市職員に参加頂き、勉強会、人材不足の現状や情報交換等が話し合われています。	
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	スタッフ会で日常的な場面でありがちな静止言葉などを取り上げ、職員間で考える場を持っている。また法人内外の研修に参加し理解を深めている。	身体拘束廃止委員会を3ヶ月に1回開催され部署内で虐待や身体拘束をしないケアの検討され取り組まれています。スタッフ会では日常的に使われる静止言葉などについて職員間で検討されています。職員は法人内の身体拘束をしないケアの研修に参加し理解されています。	

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
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	拘束やプライバシーの侵害、虐待については、スタッフ会で考える時間を持っている。特にスピーチロックには意識し防止に努めている。法人内外の研修に参加し理解を深めている。		
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	”出前交流塾”(法人主催)成年後見制度について学び、考える場を設けている。そして本人の関係する機会(家族や親せきの関係が主になるが)を把握することに努め、いつでも制度の利用を提案できるようにしている。		
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	契約時には、契約書・重要事項説明書に記載されている内容を分かりやすく伝えて、同意を得ている。改定時には、家族会を開催し、わかりやすく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	運営推進会議には、ご家族、ご利用者に交代で参加して頂いている。玄関先に、意見箱を設置している。ご家族とは思いや要望等を言いやすい関係作りにも努めている。	意見箱の設置もあります。家族、利用者は管理者、職員に直接意見・要望を話されます。また、話しやすい関係作りにも努めておられます。運営推進会議にも家族、利用者が交代で参加され意見・要望等話されます。遠方の家族や面会が少ない家族にはおんぼろと・おちらと便り送付やケアプラン更新時に意見・要望を伺われています。	家族の希望を伺い便りや写真をメールでお知らせする事も良いと思います。
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	月に一回開催のスタッフ会とカンファレンスで、意見や要望を言ってもらっている。また、発信しやすい様に、スタッフと日頃からコミュニケーションを取っている。	月1回のスタッフ会とカンファレンスで意見や要望を聞かれています。院長もホームに來られスタッフとコミュニケーションを取られています。また、認知症やケアについてアドバイスをされます。管理者も日々職員とコミュニケーションを図り、意見を言いやすい雰囲気作りにも努められています。	
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	代表者は、月に一回開催されるカンファレンスに出席し理念に対応したケアを行なうためのアドバイスをしたり、スタッフのモチベーション等を意見交換しながら確認出来ている、また、キャリアデザインできるようにキャリアパス制度導入している。		
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	職員の勤務年数や力量に応じた研修に参加してもらっている。また、キャリアパス対応研修も参加してもらっている。		
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	グループホーム連絡協議会や各種外部研修等の機会を通じ、他の施設職員との交流や意見交換を図るよう努めている。また、自主活動グループの勉強会に参加し学び、院内の介護福祉士会の勉強会に役立っている。		

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
<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	事前に訪問調査に出向く、もしくは来所して頂き、ご本人の思いを傾聴しながら暮らしぶりをアセスメントしている。また、ご家族同伴でグループホームに漢学に来て頂き、他の利用者野スタッフとの交流の場等を設けている。		
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	調査の時には、時間をかけてご本人の思いを聞き正しく理解すると共に、ご家族が求めていることを理解し、状況把握に努めている。		
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	ご本人、家族の想いを傾聴し、必要であれば、本人、家族が選ぶ事が出来る様に様々な選択肢が出せるようにしている。		
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	ご利用者の方々は人生の先輩でもあるという考え、相手から教わるという気持ちを大切にしている。共に楽しみをもって過ごしている。そして専門性を持った視線でつねに見守り、必要な時に必要な事だけをさりげなく支援している。		
19		○本人と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	家族とも信頼関係を深めながら、家族の役割りを明確にしている。		
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	地元地域の行事などに参加することで、馴染みの人との出会いや場を大切にしている。知り合いの方の訪問など機会には、関係性が継続していけるよう、心地よく過ごしていけるような声掛けや雰囲気作りに関心している。	地域の行事等に参加され馴染みの人や出会いの場を大切にされています。家族の面会が多い方もおられ関係の継続がスムーズな方もおられます。知り合いの面会の時は心地良く過ごさせるように声掛けや雰囲気作りに関心しておられます。	外出しづらい利用者の方には、家族や友人に電話や手紙を出すなど関係の継続をされると良いと思います。また、関係継続の際に回想法に繋げて行かれると良いと思います。
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ご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	物忘れを認め合いながらの仲間作りやさっきの事を忘れてもその時を大切に過ごしてもらえるように空間・雰囲気作りをしている。		
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	病院等の見舞いに出向いたり、退所された方のご家族にも、「またおちらとへ寄って下さい」と、声掛けをしている。墓前に手を合わせに行ったりしている。		

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
<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	認知症を患っている人ではなく、一人の人として関わりながら、担当スタッフを中心に、ご利用者に直接思いや希望を尋ねたり、ご家族やご親戚などから情報を得たりして、意思決定支援に役立っている。	担当スタッフを中心に一人の人として関わりながら思いや希望を伺われたり、家族や親戚などから生活歴などを伺い把握され支援につながられています。	思い、意向、希望より生きがいを持てる思いや意向把握に繋がると良いと思います。
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	情報提供書に合わせて入居時等にご家族に聞き取りをしている。そして共に過ごしながら情報収集し、全スタッフで共有している。ご家族の面会時や家族会なども情報収集の場となっている。		
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	共に暮らしながら、専門性を持った視線で本人を見つめ、日常生活記録に記入し情報を共有している。落ち着いて過ごしている方であれば、利用状況を三ヶ月に一回まとめを作りカンファレンスで共有。必要なら介護計画を変更している。		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	共に暮らしながら、専門性を持った視線で本人を見つめ、日常生活記録に記入し情報を共有している。落ち着いて過ごしている方であれば、利用状況を三ヶ月に一回まとめを作りカンファレンスで共有。必要なら介護計画を変更している。	本人の意向、希望、家族の希望等を取り入れ計画作成担当者がケアプランを作成されます。モニタリング月1回、3ヶ月に1回利用状況のまとめ、カンファレンスで共有され支援を継続されています。同時に、見直し、評価も実施されています。状況の変化の時はケアプランの変更が行われます。	
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	共に暮らしながら、専門性を持った視線で本人を見つめ、日常生活記録に記入し情報を共有している。落ち着いて過ごしている方であれば、利用状況を三ヶ月に一回まとめを作りカンファレンスで共有。必要なら介護計画を変更している。		
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	病院受診等、ご家族対応が基本であるが、対応しきれない状況の時には、職員が受診同行し対応している。また、移送サービス等の提案が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
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	運営推進会議で繋がりを持った地域住民の方や地元コミュニティセンターの方の協力を得ながら、地域の行事やイベントに参加。慣れ親しんだ地域に出かけ、地域の方との関わりの時間を設けている。		
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、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	かかりつけ医へは、日々の様子を文書又は、受診に同行して伝えている。	協力医やホーム母体のクリニックをかかりつけ医とされ往診、受診が行われています。また、従来のかかりつけ医の方もおられ家族が同行受診されます。歯科、皮膚科は往診を行われます。かかりつけ医受診時は日々の様子を書面で伝えたり、受診時に同行し伝える方等個々の状況により工夫されています。	
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	看護職員を配置し、常に健康管理や状態に応じた支援を行っている。介護職は気付いた事があれば、すぐに看護師に相談、報告している。		
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。	入院中も見舞い時などに病院との情報連携をとり、グループホーム復帰へ向け、相談や質問等で状況を把握しつつ、ご利用者、ご家族共に安心した生活が送れるよう支援している。		
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、事業所の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	ご本人の変化に伴い、ご本人に関わる機関で連携をし(担当者会議)誰もが安心して支援できるように取り組んでいる。	看取りに関する指針があり本人、家族に説明され同意を得ておられます。看取りについて本人、家族、かかりつけ医、看護師、職員と連携し担当者会議を開催し、看取りの支援について話し合われ取り組まれます。看取り研修は外部研修に参加されています。看取り後に振りかえりも行われています。	
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	緊急マニュアルに沿って対応できるように、スタッフ会でマニュアルを確認する時間を設けている。院内研修では医療安全マニュアル研修開催。院外研修では消防職員による救急講習に参加している。		
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	消防署の協力も得て、ご利用者と共に避難訓練を行い、避難経路の確認、消火器の使い方演習を実施している。地元消防団協力のもと、夜間想定避難訓練も実施している。災害に備えた備品(食料品・水)の準備が3日分あり。防火という視点で、毎晩火器点検を行っている。	年2回避難訓練が行われています。消防署の協力の基、利用者と共に避難訓練を行われ避難経路の確認が行われています。消火器の使い方の訓練も行われています。地元消防団協力のもと夜間想定避難訓練も実施されています。毎晩火器点検を実施されています。ホームで食料品、水3日分備蓄されています。	

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>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	法人の理念に対応したケアが行なわれているかどうか月一回開催のカンファレンスで確認している。また、プライベートなケアの場合ではさりげなく、また自然な会話でトイレや入浴等の進めを行っている。	月1回法人の理念に沿ったケア対応が実施されているか、カンファレンスで確認され振り返りも行われています。誇りやプライバシーを損ねないさりげないケアが行われています。自然な会話でトイレや入浴等の勧め方が行われています。入職した職員は法人で1回、外部研修で1回接遇研修が行われています。	
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	集団での関わり、個別での関わりを通じて思いを引き出している。自己決定や医師決定の場面に役立つように個人記録に残すようにしている。		
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	ペースとなる1日の流れはあるが、あまり時間を区切ることなく、一人ひとりの体調やペース、その時の思いに合わせ、柔軟に対応している。職員体制上それが困難な場合は、本人にきちんと過ごし方を一緒に考えるようにしている。		
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	居室から、出かけられる際の髭剃り等、今まで大切にされていたことを継続して支援している。お出掛けされる際の身だしなみを大切に、ご自分で服を選ぶ方には、選んで頂くようにしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	楽しい会話が弾む雰囲気作りに心掛け、楽しい食事の時間に繋げている。日々様子が違う方でも食べやすい食事提供を行なっている。	利用者の重度化に伴い食事の際に支援も増えて来た為、ホームの利用者と職員は同一フロアの小規模多機能事業所の利用者と一緒に食事やお茶、おやつ、口腔体操、レクリエーションと一日を過ごされています。利用者の状態に合わせてキザミ、アラキザミ、ミキサー食と対応されています。正月、ひな祭り、誕生会等行事食も小規模の利用者と一緒に行われ楽しまれています。	
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	食事、水分量を記録して状態把握に努めている。一人ひとりの体調、疾患、体格に応じた食事を提供している。水分摂取が困難な方には、トロミを付けたり、ゼリーなどで、摂取しやすいように提供している。		
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	毎食後口腔ケアの声掛け介助を行い、必要時には磨き直しの介助をしている。本人が違いやすいもの、また、本人の状態に合った道具の提案ができるように研修等で学び、意識を持ってケアにあたっている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、本人の状態にあったオムツや布パンツ、パットを使用している。排泄による不快感を出来る限り軽減するよう努めている。	一人ひとりの排泄パターンを把握し声掛け、誘導トイレ介助、オムツ交換での排泄支援が行われています。車椅子使用の方もトイレで排泄支援の方がおられます。本人の状態にあったオムツ、布パンツ、パットを使用され適切な排泄用品を使用されています。一人ひとりの排泄パターンや排泄用品を把握し不快感を軽減するよう努めておられます。	
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	散歩や家事など、無理なく運動する機会を持ってもらい、自然排便を促す支援を心掛けている。また、本人の嗜好品を知り無理なく水分を摂ってもらうように提供している。		
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	希望される時間帯に出来る限り浴えるよう支援している。統一した介助、プライバシーに配慮した入浴援助を行い、入浴が不安や苦痛なものではなく、心地よい時間となるよう、職員間で意見、情報交換をし、支援している。	週3回の午前入浴が行われています。時間やプライバシーに配慮され、見守り、シャワー浴、二人介助等統一した支援で心地よい入浴が行われています。重度化が進んだ方は週1回シャワー浴と清拭を行われ清潔を保たれています。	
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	日中は少しの昼寝や休息をすることで、午後からの活気のある活動を促している。夜間、眠れない方には、お話や捕食、添い寝など関わりを持って介助にあたる。それでも眠れない、又はせん妄が出る方については、Drと相談し、眠剤の服用をしている。		
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	全ご利用者が薬局による『居宅療養管理指導』を利用されており、服薬の内容、副作用などの把握が出来るよう表にしてファイルに綴じている。日頃の状況変化はDrに紙面、又は口頭にて伝えている。		
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	ご利用者のそれぞれ得意な事を活かして生活できるように、掃除や洗濯、鉢物の世話、好きな歌や運動などを一緒に楽しみながら、力を発揮できる場面を作っている。誕生会には、ご利用者やご家族に尋ね、嗜好品を用意している。		
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に支援している	その日の天候やご利用者の気分、希望などから外出を計画したり、地域の催し物などに参加している。散歩、買い物なども、ご利用者に楽しんで頂けるよう支援している。必要時には、職員の勤務時間の調整等を行い、お出掛け支援をしている。	その日の天候や利用者の気分、希望を聞くなどされ外出の計画が行われます。行事でさくら見物や花の郷、バラ園、菜の花畑、トキ学習センター、トゥーリマキ公園に外出されています。また、地域のイベント等にも参加されています。買い物、散歩は希望を伺い支援されています。必要時職員の勤務時間の調整を行い外出支援もおこなわれています。夫の法事で外出され外食をされる方もおられます。重度の方が多くなり家族との外出は難しくなってきました。ホーム1階にある喫茶ゆう&あいに出かけられ好きな飲み物を飲まれ、ゆったりとした雰囲気をご過ごされています。	

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
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	ご家族と相談の上、お預かり金は事業所の方で管理している。買い物時、ご利用者によってはご自身の財布から支払を出来るよう支援をする。受診等の受付のやり取りもできる限り、本人に受け渡しなどをして頂いている。		
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	電話利用希望者への支援を行っている。職員からご家族へ連絡後、ご利用者との会話や不安時などにはご家族との電話での交流を行っている。年賀状など、書ける方には、書いて頂き、出来ない方は、代筆させて頂いている。		
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	居心地の良い環境づくりに配慮し、ソファやTVを設置し、家庭的な雰囲気作りをしている。壁飾りや、花等植物を育てるなど、季節感を感じられるような配慮を行っている。	同一フロアの小規模多機能事業所のホールでお茶やレクリエーション、職員との会話等楽しまれています。ソファやテレビがありくつろぐ事ができます。壁飾りや季節の花が飾られ季節を感じられるよう工夫をされておられます。明るさはカーテンで調整されています。	
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	落ち着いて過ごすことが難しい方を中心に居場所作りを行い、それに合わせて、共用空間の配置も変化してきている。人の気配が感じられる中で、一人の空間作りを配慮している。		
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	自宅で使用していた馴染みの家具を持参してもらい、ご利用者本人の希望や動きに合わせた配置を行ったり、馴染みの道具を活用している。若い頃やご家族やペットの写真を飾ることで安心し、落ち着ける環境作りに努めている。	馴染みの家具やテレビ、若いころの写真や、ペットの写真等を飾られ、小物等も持ち込まれ本人の希望や動きやすい配置をされ居心地よく過ごせるような工夫をされています。	
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	同じ法人内にあるデイケアを利用していた方が多く、そこで活用されていた似顔絵を用いて居室の認識促進。補助具として白板やカレンダーを多用している。排泄等の正しい把握の為、必要な方には声掛けと張り紙等を用いて、理解を促している。		