

# 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	4070200854
法人名	医療法人 若愛会
事業所名	グループホームけやきの杜
所在地	福岡県北九州市若松区西小石町17-27
自己評価作成日	平成27年9月25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/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益財団法人 福岡県メディカルセンター		
所在地	福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号		
訪問調査日	平成27年10月21日	評価結果確定日	平成27年11月30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)】

御利用者様が安心・安全に生活できるよう、身体的・精神的状況を考慮し、御家族様の意見も反映できるよう、随時連絡・相談をおこなうことで、個人様にあったサービスが提供できるように取り組んでいる。また、電子カルテを導入し、情報伝達の徹底化と効率化が図れている。職員研修も月1回の勉強会を実施。認知症への理解と対応の指導・教育を実施している。また、環境・設備に関しても、浴室には床暖房があり、特殊浴槽・リフト浴も設置している。防災に関しては、スプリンクラーや緊急時の一斉通報システムもある。

## 【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)】

母体の医療法人を中心に地域総合ケアネットワークが築かれており、認知症介護の役割を担っている事業所である。電子カルテを導入したことによって全職員が全利用者の健康管理、生活状況の情報を共有できている。また、常に質向上に向けて改善課題などに対して検討事項会議を開き、施設長及び職員全員で地道に取り組んでいる。ボランティアの受け入れ、定期的な介護教室の開催、職場体験で学生を招くなど、様々な行事に積極的に取り組むことで地域住民との交流が深まっている。地域に開かれた事業所として、利用者や家族からの信頼感の強い事業所である。

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～57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 3. 利用者の1/3くらい 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:20,40)	○ 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の拡がりや深まりがあり、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
61 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: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、生き生きと働いている (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
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、安心して暮らしている (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	地域密着型サービスの意義を踏まえ理念を作成している。理念は、目につく場所に掲示し、職員の意識向上に努めている。	事業所理念は利用者本位に作られている。スタッフ会議などで新人職員を含め、全職員で理念の共有を図り、利用者の立場に立ったケアを心がけている。	
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	ボランティア・学生の職場体験・行事等で、地域の皆様との交流を深めている。同グループ共同で、2ヶ月1回介護教室を開催し交流を深めている。	地域行事に積極的に参加している。また、2ヶ月1回、介護教室を開催しており、利用者が地域の方との交流を深める場となっている。	
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	運営推進会議・職場体験・介護教室等で認知症についての正しい理解をして頂けるよう取り組んでいる。		
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践、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回会議を開催し、地域の方・民生委員・地域包括・御家族様等に参加していただき、現状報告・事故報告等を行い意見を頂きサービス向上に活かしている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催している。利用者の状況、事業所の取り組み、ヒヤリハットなどの報告を行い、話し合いで出た意見をサービス向上に活かしている。	参加メンバーからの率直な意見、特に利用者と家族からの質問や意見、要望が聞ける場となることに期待したい。
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	市の研修・地域連絡会等に参加し、協力関係を築くようにしている。必要があれば直接連絡を取っている。	市開催の研修、連絡協議会などに積極的に参加しており、何かあれば市担当者には報告・連絡・相談を行い、事業所の運営に活かしている。	
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	月1回の委員会や職員会議等で、職員教育をおこなっている。精神的・身体的な状況により、拘束の必要があれば、御家族との話し合いを持ち、同意を頂いた上で職員全員へ周知させ、必要のない拘束が行われないようにしている。	日中は玄関を施錠せず、月1回の身体拘束委員会、スタッフ会議などで十分学習している。身体拘束の弊害は、言葉の拘束を含めて理解しており、「ちょっと待って」など、利用者の行動を制限するようなことを言わないようにし、待たせないケアの実践に努めている。	

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
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	月1回の委員会・職員会議・勉強会等で職員の教育を行っている。また、入浴時など身体チェックを行い、内出血・傷を発見したら、報告するように指導している。		
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	権利擁護・成年後見人制度を利用していた御利用者がいた。研修・勉強会等で職員にも周知している。必要な方がいれば、その都度説明を行っている。	連絡協議会の勉強会などに積極的に参加し、制度について職員の理解が深まるように機会を設けている。必要な利用者がいる場合には、パンフレットを用いながら説明をしている。	
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	入居前に重要事項説明書を用いて説明を行っている。また、入院等で状況が変わった場合も、御利用者様に迷惑がかからないように説明を行っている。		
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	御家族様来所時など、声かけを行い意見が言いやすい環境を提供している。また、1年に1回ケアカンファに参加していただき現状報告したうえで、ご意見を頂いている。	家族来所時、コミュニケーションを密に取るようにしている。また玄関には意見箱を設置して、意見収集に取り組み、集めた意見をスタッフ会議などで検討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	月2回職員のための定例会を行い、意見交換している。また、職員の提案募集をおこなっている。	職員定例会を開催し、意見や要望などを気軽に出せるよう配慮している。出された事柄は事業所の運営に反映できるよう努めている。	
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	勤務状況や職員個々の努力・実績など評価表を用いて代表者に報告し、給与等に反映している。		
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、その能力を発揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している	現在10代から70代の男女が勤務している。職員は、人柄・意欲を持った方を優先して採用している。職員の資格取得は、勉強会を開くなどし応援している。	性別、年齢に関わらず採用している。職員の配置や教育訓練の機会にも分け隔てはない。内部新人研修をはじめ、外部研修への参加を支援しており、職員の社会参加や自己実現の機会がある。	

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
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	研修・勉強会等で、職員教育をおこなっている。	連絡協議会、内部勉強会などで人権について十分に学習している。言葉使いなど、注意が必要な時はその場で注意喚起し、職員に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる。	
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	勉強会・研修など積極的におこなっている。入社時にプリセプターによりマニュアルに沿って指導をおこなっている。		
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	地区の連絡会等のネットワークに参加し、情報交換・勉強会をおこない、サービス向上に努めている。		
<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	入居前の面接時、ご本人様だけでなく、御家族・ケアマネジャー・ソーシャルワーカー等の関わっている方からたくさんの情報を得ている。		
18		○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	入居前の面接にて、アセスメントを行い、御家族の思いを聞き、話しやすい雰囲気を作るようにしている。また、ケア内容を書面にて表し、御家族に理解していただけるようにしている。		
19		○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	相談があった際に、内容に応じて他のサービスの情報を紹介するなどおこなっている。		
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	御本人の生活歴・好まれる事や物を把握し、出来ること・出来ないことを見極め、日々の生活に取り入れるようにしている。		

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
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	毎月家族の手紙で、一か月間の報告を写真付きで送っている。また、面会時・状況変化時など報告している。ケアプラン作成時は、ケアカンファを開き、項目別に記入した表を用いて、詳しい内容を説明し御家族の意見を反映させている。		
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	馴染みの品物があれば、持参していただいている。また、散歩やドライブ等で、馴染みの場所を訪れたり、訪問者があれば、話しやすい環境を提供している。	事業所への友人の訪問や散歩、ドライブを利用して馴染みの場所へ出かけられるように取り組むなど、関係が途切れないよう支援している。	
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	お一人お一人の性格・レベルを考慮し楽しく生活できるように環境作りを行っている。孤立される方に関しては、職員が間に入り関わりを持てるように対応している。		
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	御家族の意向に合わせ対応をおこなっている。また、運営推進会議に出席していただき、ご意見を頂いたりしている。		
<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	御本人の希望を重視しているが、希望を言えない方もいるため、御家族の要望や、日々の生活の中から把握に努めている。	日常の関わりの中で、会話や表情、行動から利用者の思いや意向の把握に努めている。また、家族からの意見、要望からも把握できるようにしている。	
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	御家族に生活歴の情報をとったり、ケアマネージャーや、利用していたサービス事業所などから情報を得ている。		
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	実施モニタリング表にて1日の評価を行っている。それを元に、アセスメントを行い出来ること・出来ないことや、興味のあるものなど把握している。		

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
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	担当・計画作成担当・看護師・主治医・御家族・本人からの意見をもとに、ケアカンファ表を作成し、ケアプランを作成している。状態の変化があれば、その都度計画の見直しをしている。	利用者と家族の要望や意見を聞き、他の職員からの気付きも取り入れながら、担当者と共に計画作成担当者が介護計画を作成している。また、必要に応じて計画の見直しが行われている。	
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	本人の言動・行動など個人記録に記入し、申し送り事項に挙げて、情報の共有を行っている。また、状況に応じて援助方法の変更があれば、問題点・対応の変更を書き周知している。		
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	個人のペースに合わせてながら、対応方法を決定している。また、デイサービスを併設しているため、デイサービスの御利用者との交流も行っている。		
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	2ヶ月に1回、地域の方・御家族・民生委員・地域包括の皆さんに参加していただき現状報告を行っている。地域の方御家族にボランティアをお願いし、行事等行っている。		
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	御本人・御家族の希望によるかかりつけ医の往診・通院をおこなっている。異常があれば、御家族・主治医に報告し適切な医療を受けられるよう支援している。	利用者、家族の希望のかかりつけ医を受診しており、利用者が安心して適切な治療が受けられるよう支援している。また、受診後は家族への連絡もその都度するなど、相互連携に努めている。	
33		○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	管理者が看護師であるため、1日を通しての情報交換を行い、御利用者の身体的・精神的な方面から検討し、早期発見・早期治療を心掛けている。		
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	入院の際は、ケアマネージャー・計画作成担当者が中心となり、面会や医療関係者からの情報交換をおこない、早期に退院できるよう対応している。		

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
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	入居時より、看取りに関する説明を重要事項にて行っている。また、状況の変化に応じて御家族・主治医と情報共有し、その後の支援について対応している。	入居時に家族と利用者に説明している。主治医や利用者、家族と話し合いをしながら介護の方針を決め、看取りを行っている。職員の意識の共有、病院との協力体制も整っている。	
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	緊急対応マニュアルを用い、勉強会等を定期的に行っている。また、急変や事故発生時においても、定例会等で反省・報告を行い、職員の意識を高めてもらうようにしている。		
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回避難訓練をおこなっている。火災の際、消防署に通報すると、自動的に近所の職員・他施設に連絡されるようになっている。	消防署と連携し、夜間を想定した訓練を含めて年2回の避難訓練を行っている。近所の職員、他施設からの応援があり、協力体制が作られている。消防計画書も作成している。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
38	(17)	○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	勉強会・研修等に参加し、意識付けをしている。個人情報の保護については、全職員・ボランティアを含め誓約書をとっている。	一人ひとりに合わせた話し方で、タイミングを計りながらゆっくり対応している。言葉使いにも注意し、安心される言葉かけを心がけ、尊厳を大切にしながら接している。	
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	重度の認知症の方が多く、希望を言うことが困難であるため、日頃より御本人の言動等から意向を観察し、御家族の意見も取り入れながら対応している。		
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	個人記録・実施モニタリングにて1日の評価を行っている。それをもとに、お一人お一人の時間の流れを検討し、支援している。		
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	御本人・御家族の希望により、理容サービスの提供をしている。御自分で出来ない場合は、職員が御本人と一緒に衣類を選ぶなどしている。		

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
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	好き嫌い等御家族より情報を聴き、お一人お一人の好まれるものをお出ししている。また、嚥下・咀嚼の状態から食事形態を変えたり、1品ずつお出ししたりして、本人が混乱しないように工夫している。	利用者の好みの物や嚥下、咀嚼の状態に応じて食事を提供しているが、職員は支援のみとなっており、利用者と一緒に食事をしていない。	利用者と職員との関係作りなどの点から、一緒に食卓を囲んで、色々な話をしながら同じものを楽しく食べ、さりげなく支援することに期待したい。
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	毎月1回体重測定をおこない、体重増減チェックし食事量の調整をおこなっている。水分チェック表を用いて、1日の飲水量をチェックし必要量が摂れるようにしている。		
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	毎食後口腔ケアを徹底している。出来ることは、御自分でしていただいている。ケアが難しい方や、御家族が希望される方は、訪問歯科による口腔ケアを行っている。		
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	排泄チェック表を用いて、排泄パターンを把握し、御本人の動きなど観察しトイレでの排泄を心掛けている。また、泌尿器科に受診することもある。	毎日、排泄チェック表を記録し、一人ひとりの排泄パターンを把握して誘導している。また、さりげない声かけや見守りを行い、排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	朝食のごはんに繊維の多い麦を混ぜたり、乳製品・水分補給し自然排便を促しているが、調整が困難な方は主治医に相談し、排便コントロールをおこなっている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	身体状況・御本人の意向など考慮し、2・3日に1回は、入浴できるようにしている。身体的に重度の方は、特殊浴槽・リフトを使用し入浴していただいている。	利用者の体力、気力に配慮しながら支援している。拒否のある利用者には、タイミングを見て声かけを行い、入浴の心地よさを感じてもらっている。	
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	身体的に重度の方がいるため、昼間も時間を決めて横になって頂いている。夜間不眠な方は、日中活動していただくなど工夫している。		



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
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	内服の内容をまとめて目につく場所に設置している。内服薬変更があれば、内容と観察ポイントを指示事項と書面に挙げて、周知している。		
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	生活歴や、日々の活動の中から情報収集し、食器拭きやお菓子作りのお手伝いなど役割を持っていただいている。		
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	行事計画をたて、戸外に出られるようにしている。また、御家族にも声をかけをし、ドライブに協力していただいている。	近隣の公園や神社に行くなど、日常的に外出を楽しめるように努めている。定期的にドライブへ行き、グリーンパークに季節の花を見に行ったり、渡船場に行ったりして、気分転換を図っている。	
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	お金を所持できると判断した方に限り、管理していただいている。出来ない方に関しては、お金を使用する際は、ホームが立て替えるようになっている。		
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	御本人に希望があれば電話をかけて頂くこともある。手紙を書かれる方は、現在いないため、年賀状作りをして御家族に送っている。		
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	温度・照明など快適に過ごせるように、空調管理・遮光カーテン等で管理している。また、全体的に木を使用しているため、温もりがあり安心してくつろげる作りになっている。	ホーム内は木造作りで、食堂も兼ねた居間は日当たりが良く、明るく清潔感のあるスペースとなっている。また、季節に応じて花が飾られており、ゆっくり寛げる空間となっている。	
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	居室・居間・食堂・畳の間など御本人が好きな場所で過ごせるようにしている。		

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
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	御家族に協力していただき、使い慣れた家具等を持参していただいている。	これまで使用してきた思い出の物が持ち込まれている。事業所で作成されたフラワーアレンジメントも飾られており、利用者の好みを活かした、居心地良く過ごせる居室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」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	出来ること・出来ないことをアセスメントし、その状態に応じて対応している。出来ない部分に関しては、職員と一緒に起こさない混乱しないようにしている。		