

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 あさがお)

事業所番号	0671200236		
法人名	東北医療福祉会		
事業所名	グループホーム、フラワーさがえ		
所在地	山形県寒河江市大字寒河江字小和田41番5		
自己評価作成日	平成 21年 7月17日	開設年月日	平成 16年 6 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)】

密室のホームにならない様に外部から来所し易い雰囲気作り(玄関に花を飾ったり、散歩がてらに地域の人達と話をしたり、ホームの行事に参加の呼びかけ等をする)や環境整備に努めている。

※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)
(公表の調査月の関係で、基本情報が公表されていないこともあります。御了承ください。)

基本情報リンク先 <http://www.kaigo-yamagata.info/yamagata/Top.do>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	山形県国民健康保険団体連合会		
所在地	山形県寒河江市大字寒河江字久保6番地		
訪問調査日	平成 21年 8月 7日	評価結果決定日	平成 21年 8月 19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)】

地域の方々がホームにも気軽に立ち寄っては、農作物を差し入れてくれたり、お茶のみなどに来てくれることも多く、また、ホームからも散歩、買い物、行事などで地域に積極的に出て行くことにより、「地域の一員」としてのつながりが強くなってきています。
職員は利用者一人ひとりの「想い」に「心を寄せる」支援をも大切にしたいと考えており、「傾聴ボランティア」の訪問を受け入れたり、また、利用者の家族の協力も得ながら、「その人らしい生活」を送ることができる支援に取り組まれています。

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)	○	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)	○	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)	○	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、安心して暮らしている (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				

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	入職時の研修にて、理念についての学習を行い、常に目の届く玄関前や日誌などに理念を掲示している。スタッフ全員が理念を共有する事で自分自身の役割を考えながらサービスの質の向上に努めている。	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業者独自の理念が作り上げている。また、職員は、利用者支援の中でも常に理念を念頭に置きながら、実践につなげられるようにしている。		
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	地域の人達が手作りの野菜を持って来てくれたり、ホームに尋ねて来て談笑をして時を過ごす時がある。又町内会に入会し色々な行事に参加している。	町内会に入会しており、一斉草むしりや公民館の行事への参加、町内に芋煮会の案内状を配布してきてもらう、散歩の途中ホームに立ち寄ってもらうといった交流が日頃から行われている。		
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	ホーム内で企画する芋煮会などのイベントに地域の方々からも参加して頂き認知症への理解を深めていただいている。			
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ヶ月に一度、運営推進会議を行い構成員からの意見や要望など取り入れながら事業所の活動に活かしている。	町内会長、民生委員、市役所職員、ボランティアなどの参加を得て、概ね2～3ヶ月ごとに開催されており、事業所の活動や入所状況の報告などが行われている。また、終末のあり方についての意見が会議で出されている。		
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	市が開催する研修会や連絡会へ参加するなどして事業所の事業所の活動などを理解してもらえるように取り組んでいる。	市開催の研修会に参加したり、市から紹介されたボランティアの受け入れが行われており、また、事業所から家族に話をする際の内容について、市の担当者に相談を行うこともある。		
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	法人の方針として身体拘束は禁止となっており、スタッフも理解している。その中で状況の安全、安定に向けケアを提供している。	職員の入職時に身体拘束についての説明を行うようにしており、資料の配布も行いながら、職員間で共通の理解と認識を図るようにしている。また、帰宅願望等のある利用者には、その方の行動から思いや意向を汲み取り、気を配ることによって、玄関に鍵をかけないようにしている。		

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
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	自治体や関係機関で開催される研修会に参加し知識を得ている。また、研修会に参加できなかったスタッフの為に資料の提供を行い知識の共有をしている。		
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	研修会へのスタッフの参加を行っていくと共に研修会後の報告会、資料配布などを行い全スタッフが学ぶ機会を作っている。		
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	契約時に十分な時間をとって説明している。また、重度化や看取りについての対応やホームでの生活を送る上で、起こりうる事柄などについても説明している。退居時には家族の不安もある事から、十分に話し合いを行い、関係機関との連携を図りながら対応している。		
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	常に話安い雰囲気作りをし、家族会や来所時に意見等があった時は早急に対応して返事をする様に努めている。	家族の面会時や家族会の際に、家族が意見や要望を言えるように働きかけており、家族から出された「好きなものを食べさせたい」という要望を受けて、「週1回外に出て食事する取り組み」などが行われている。	
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	ユニット会議、全体会議を行いその中で意見を聞きながら運営、活動に活かしている。		
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	会議や日々の会活の中で職員の希望などを聞き取りを行なっている。また研修資料を常に目の届くところに置き、介護福祉士や介護支援専門員の資格取得を推奨して各自が向上心を持って働ける環境整備に努めている。		
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	様々な研修会に参加出来るように機会を設け交替で参加しミーティングなどで報告している。また参加時の資料の回覧を行いスタッフ全員で質の向上を図れるようにしている。	認知症研修、看護師研修、新任研修などの外部の研修、また、法人内の救命救急研修等に参加しており、今後は、計画的な内部研修や継続研修についても取り組みたいと考えている。	できるだけ多くの職員の研修参加の機会が確保され、より大きな成果へとつながられるように、現在までの取り組みをさらに充実させていかれることを期待したい。

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
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組みをしている	研修会や交流会に積極的に参加している。同業者との交流はネットワークの構築や日頃の仕事の悩みの解消に結びついていく事なので今後も行っていく。	県グループホーム協議会の交換研修へ参加しており、また、法人内の事業所交流を通して得られた「気づき」や「アイデア」は、利用者支援に実際に取り入れてみるようにしている。	
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	事前面接時に本人の意見や思いを聞くと共に家族からの意見なども参考にしながら受け止める努力をしている。また入居後には本人との信頼関係を築けるように日々の関わりの中で本人の意見や思いを聞くようにしている。		
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	相談時や事前面接時また契約時にこれまでの家族の思いや体験などを聞き又、今後も継続して行ける様に家族会やレクレーションに参加して頂きその際に要望等を聞きながら関係作りに努めている。		
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	相談を受けた時に必ずしも入居出来るとは限らないので地域にあるほかの事業所やサービスなどについても情報として提供している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	これまで培ってきた利用者一人ひとりの経験、知識を活かしながら利用者の希望や思いが出来るだけ実現出来るように支援している。また一緒に行う事で互いに協力支え合える和やかな生活が送れるように場面作りや声かけをしている。その中で共に過ごし学びあい支えあう関係を築いている。		
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	入居後まかせっきりの状態にならないように家族との連絡を密にし共に連携、支援して行くよう努めている。敬老会やバスレクといった行事の際には参加を呼びかけ一緒に活動する機会を持ち共に協力し合いながら利用者を支えていく関係を築いている。		
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	今まで行っていた理容室や美容室を利用したり友人や隣人との関係が途切れないように家族との連携を取りながら面会や外出の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	
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	入居者同士が気軽に話し合えるような雰囲気作りをしている。また互いに助け合いながら関わりを持っていけるように見守り支援している。トラブル等にはスタッフが間に入り穏やかになるように努めている。			
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	関わりを持ちたいがなかなか出来ず大変難しい事である。かかわりや協力を求めている利用者が今ではいらなかったが相談や支援体制は整えている。			
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	その人らしく暮らし続ける支援に向けて思いや希望を聞きまた訴えが困難な方に対しては日々の関わりの中やミーティングなどで本人の立場に立ち意見を出し検討している。	利用者の話をよく聞くことや表情から、一人ひとりの思いや意向を把握するようにはしており、また、困難な利用者についても、家族から話を聞いて本人本位に検討されている。		
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	利用申請時「人生のあゆみ」を記入してもらい事前面接時に話を伺うようにしている。それらを参考に入居後は入居者本人や家族から日々の生活を送っていく中で互いに信頼関係を築いていき一人ひとりの生活歴等の把握に努めている。			
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	毎日の生活の中で一人ひとりの過ごし方を総合的に把握している。個人記録や看護通院記録、連絡帳を活用しながら一人ひとりの出来る事、出来ない事、やりたい事、好きなことなどや生活リズムを把握するように努めている。			
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	本人や家族の要望を聞き、スタッフ全員で意見を出し合いながら定期的にカンファレンスなどを行い本人がより良い生活が送れるよう作成している。また、今まで出来たことが出来なくなったなどの変化が生じた場合、あるいは家族からの要望の変化があった場合にはその都度話し合いを持ち対応している。	本人や家族の要望を取り入れた介護計画の内容となっており、また、月1回のケアカンファレンスを通じたモニタリングも行われ、現状に即した介護計画が作成されている。		
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	個人記録への記入は随時行い情報共有のために連絡帳を使用している。その内容をケアに活かすことで介護計画の見直しにも役立っている。			

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	
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 (小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載) 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				
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	利用者の方々と地域の店に買い物に行くなど地域資源を活かせるケアを行いました、利用者の方と夕食のメニューを一緒に考えながら買い物をするなど利用者の心身の力を発揮出来るような支援を行っている。その他、地域ボランティアにも来所して貰い安全で豊かな暮らしが送れる環境づくりに取り組んでいる。			
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、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	必要な医療支援が出来るように本人、家族の希望する医療機関の受診を行っている。それぞれに定期的な受診を行い医師との連携も図っている。急変や体調不良などの際には常に対応出来るような体制作りが出来ている。	家族や利用者が希望するかかりつけ医に受診できる体制があり、また、緊急時にはホームの常勤看護師の連携のもとに、協力医療機関へも受診できるようにしている。		
31		○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	常勤の看護師を1名配置し、常に看護師と介護職員は連携しながら利用者の日常の健康管理に努めている。介護職員は看護師より医療的なアドバイスを貰うと共に、受診の際には看護師に、医師とのパイプ役になってもらい家族との連携を図り個々の利用者が適切な受診や看護、介護を受けられるように支援している。			
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、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。	入院時には家事区との連携を取りながら対応している。出来るだけ早期退院が出来るようにまた、情報の交換や相談が出来るようにこまめに面会を行うなどして病院関係者との関係づくりを行なっている。			
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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合における対応に係る指針と、看取りに係る指針を作成し入居契約時に家族に説明し同意を得ている。また身体状況の変化があった場合には家族と今後について話し合いを持ちながら、家族がかかりつけ医との連携の下で対応しているが重度化や終末期に向けた支援をする場合にはスタッフの知識、技術共にまだまだ不足しているところがある。	「看取りや重度化における指針」があり、入居時に家族や利用者への説明、また、体調変化時や入院時には、段階に応じて関係者と話し合っ方針を決めるようにしている。更に今後は、「看取りや重度化に関する勉強会」も設けたいと考えている。		

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	
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	ホーム独自の緊急マニュアルを作成し、入職時の研修で学ぶと共に全スタッフへの熟知を図る為にユニット会議などで確認する機会を設けている。また、救命救急の講習会なども実施して実践力を身に付けている。			
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	消防計画を作成すると共に定期的に消防署立会の基避難訓練を行っている又、地区の総会に参加した際に地域の方々へ災害時の時の協力を依頼している。	消防署の協力も得ながら、職員と利用者による火災発生時の訓練が行われており、また、夜間の災害発生を想定した訓練(21年10月)、地域の協力体制確立にも取り組みたいと考えている。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	(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	介護員全員が共通の認識を持ち利用者の尊厳と権利を守ると共にプライバシーの保護に努めている。	入職時に「人格の尊重」についての研修を行っており、また、日頃の支援の場面でも利用者に対する言葉掛けや対応に気配りし、職員同士で確認しあうようにしている。		
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	利用者への支援が過剰にならないよう一人ひとりに合わせたケアを行なっている。訴えや思いをいつでも聞き漏らさぬように努めている。また、気持ちを自由に表現できるような環境づくりに努めている。			
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し、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	スタッフの押し付けにならぬように入居者一人ひとりが思い思いに生活出来るように見守りながら支援している。			
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	その人らしい身だしなみやお洒落が出来るように支援している。また、家族の協力を得る事で馴染みの理容、美容室を利用出来るように支援している。本人が気付くような声かけをする事で自ら訴えられるように支援している。			
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒に買い物に出掛けたり食べたい物を相談しながら食材を購入し食事の準備片付けなどをスタッフと共に行っている。外食や出前なども個々に好きな物を選び楽しんでいただけるように努めている。	利用者が食べたいものを献立に取り入れられたり、また、週1回は外食にも出かけたりにしながら、食事がより楽しいものとなるように支援されている。		

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
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	運営母体の病院の栄養士に献立表のチェックや指導、助言を貰っている。利用者一人ひとりの食事チェック表を作成し食事量に変化がある場合には早期に発見出来るように取り組んでいる。また、茶碗や食器等も入居者それぞれにあったものを使用してもらっている。		
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に、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	毎食後一人ひとりに合った声かけ、支援を行っている。必要な際には歯科受診などを行い対応している。		
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向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てチェック表に記入し記録すると共にトイレの声かけ、誘導のタイミングを検討しながら自立に向けた支援を行っている。	排泄状況を記録に残し、利用者一人ひとりの排泄パターンを見極めながら排泄自立の個別支援に取り組んでおり、「オムツ使用」から「尿とりパットのみ使用」に改善できた例も見られる。	
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	食物繊維や乳製品を多く取り入れた食事や水分補給に配慮し散歩や軽い体操などを実施して便秘の予防に努めている。必要に応じて医師の指示のもと服薬のコントロールなども行なっている。		
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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	一人ひとりの希望、体調管理も留意し、これまでの生活習慣を把握しながら意思を尊重してゆっくりと気分良く入浴できるよう様に支援している。	利用者の希望を毎日聞きながら、週3回は入浴してもらうようにしており、拒否のある方には時間をずらしたり、声かけする職員を変えたりしながら、入浴してもらうようにしている。	
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	具体的に昼食後15～20分ほど横になってお昼寝をして頂くように声かけ、支援している。この事によって夜間帯の安眠が得られようにまた、安心して気持ちよく眠れ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	看護通院記録を作成しスタッフ全員が情報の共有を行い薬変更などあった場合その都度看護師より説明を受け症状の変化などあった場合は速やかに看護師への報告を行なっている。		

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	
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	日常生活の中でこれまで培ってきた得意分野等は積極的にこなしていただき潜在能力を発揮出来る機会をもてるように努めている。家事なども役割を見つけてもらうような支援を行っており、また日常的な外室や本人の希望に合った嗜好品などを楽しんでいただけるようにしている。			
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。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	毎日の散歩買い物へのお誘いをして室内にこもる事の無いように日常的に外出等を促し希望に添って戸外へ外出している。喫茶店へ出かけたり時には家族の方が利用者として外出を行なって下さったりと地域や家族の協力もあって利用者の希望に添った外出が実施されている。事業所のほうでもバスレクの企画実施を行っており普段は行けないような所にも出掛けている。	利用者の体調や天候に配慮しながら、近くのスーパーや近隣への散歩に出かけており、また、公園や隣町の名所までドライブに出かけたりしながら、外出する機会を多く設けるようにしている。		
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	自分で財布を所持している方もいて買い物の際などその財布からの支払いをってもらうなどの支援もしている。家族との連携も図りながら紛失やトラブル防止にも努めている。			
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	家族、知人、本人にとって大事な人などの協力を得ながら本人の希望に添った援助を行なっている。			
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	家庭的な作りになっており馴染みやすい。季節の花を飾ったり年中行事で飾り付けをするなど利用者にとって居心地の良いスペースとなっている。	利用者が集う居間は明るく、いつでも休めるようなソファも配置されている。また、季節の花やちぎり絵なども飾られ、和やかな雰囲気の中で過ごすことができる。		
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	ソファや畳スペースもあり、利用者やスタッフが談笑したりテレビを見たり音楽を聴いたり、カラオケしたりと思思いに過ごせる。テーブル席でも談笑したり新聞を読んだりお茶のみをしたりと安らげる場所となっている。			

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	
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	入居時に使い慣れたものを持参してもらうように家族得依頼し衣裳ケースやダンス布団など使いなれたものを継続して使ってもらえるようにしている。本人や家族との相談をしてそれらの物の配置も工夫している。	居室内には利用者が日頃から使い慣れた、椅子、テーブル、テレビ、寝具などが持ち込まれており、その人らしさを大切にしながら、居心地よく過ごせる居室となっている。		
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」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	日常生活の中で分かる事分からない事の見極めを行い分かる部分は最大限活かし、わからない部分には介助、支援での補助をして自立した生活に近づけるように努めている。			