

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	1791500018		
法人名	株式会社アイアス		
事業所名	グループホーム志雄(ユニット名:もも)		
所在地	石川県羽咋郡宝達志水町柳瀬レ105-1		
自己評価作成日	平成24年12月25日	評価結果市町村受理日	平成25年3月13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	https://www5.pref.ishikawa.jp/kaigosip/Top.do
	https://www.wam.go.jp/kaigo/

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人金沢市社会福祉協議会		
所在地	石川県金沢市高岡町7番25号		
訪問調査日	平成25年1月15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)】

今までの生活を重視して、季節に応じた行事(初詣、節分、味噌作り、夏祭り、雛祭り、花見、紅葉狩りなど)を取り入れている。また、季節を感じてもらうため、共に農作物の成長を喜び、大根、白菜などの収穫を楽しんでいます。畑から収穫した食材を使っの食事作りは大変喜ばれている。利用者の保有能力に応じて、時間がかかってもできることを見つけて、利用者の居場所作りに努めている。回想法などで話題を提供して、笑顔で穏やかな時間を過ごせるように支援している。また、嚙下機能を維持するため、歌を歌ったり、目的を持ったレク活動を行っている。

【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)】

理念である「その人らしさを尊重します」、「安らぎと喜びのある生活を送っていただきます」、「人と人、人と地域のつながりをたいせつにします」が、毎月のユニット会議や職員勉強会を通して全職員に浸透し、日々の利用者への支援の中で実践されている。
利用者一人ひとりの思いや暮らし方の意向とあわせ、心身の状況を丁寧に把握し、日常の申送りやユニット会議・職員勉強会などで職員全体が情報を共有しチームで支援を行っている。特に、栄養バランス・水分補給の確認や排泄の自立支援、歌などのレクリエーションを通して、その人らしい暮らしを続けられるよう取り組んでいる。また、地域の文化祭へ参加する、緊急時に地域のの人に協力いただくなど、地域との関係を大切にしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~59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
60	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)	67	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)
61	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:18,42)	68	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)
62	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	69	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
63	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:40,41)	70	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
64	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:53)	71	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
65	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)	72	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
66	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)		

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
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	全職員が理念を理解し、共有している。ユニット会議、勉強会において、話し合いがもたれ、理念の実践に向けて取り組んでいる。	ユニット会議や職員勉強会での話し合いを通して、代表者・管理者・職員は理念を共有している。 日々、目のつきやすい場所に理念が掲示しており、職員に意識づけされている。	
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	散歩時に近所の方々と挨拶を交わしたり、野菜のおすそ分けを頂いたり、気軽に立ち寄っていただいている。また、出かける方は、地域の文化祭等の行事に参加したり、近所でぶどう狩りをさせてもらったり、図書館を利用したりしている。地元の秋祭りには、獅子舞や神輿を招待している。	自治会の区長との連絡を密にし、秋祭りや文化祭などの地域行事に参加している。 獅子舞や神輿を招待することで、近隣の住民や子ども達と交流を図り、事業所を理解してもらうよう努めている。	
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	地元の「女性の会」の方々や、地域の(来訪する)方に認知症高齢者に対する対応や、支援の方法等を説明したり、事業所内を案内している。		
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	事業所の利用者状況、活動状況を報告し、地域からの情報、意見を受け、サービスの向上に活かしている。	2か月ごとに、区長・家族代表者・市町村担当者で構成された運営推進会議を開催している。会議では、グループホーム新聞を基に行事や事業所の取り組みなどを報告し、話し合いをしている。 認知症の症状などについても情報提供を行い、理解してもらうよう努めている。	
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	2ヶ月に一度の運営推進会議に市町村担当者、区長さん、利用者家族に出席してもらい、連携を図っている。	運営推進会議での情報交換の他、対応が困難なケースなどについて、町・地域包括支援センターに協力してもらえるよう連携を図っている。	
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「介護保険法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	身体拘束について勉強会を行っている。玄関の施錠はやむを得ず行っているが、利用者の状況をみて散歩、外出支援を行っている。	研修受講や身体拘束防止マニュアルに基づく職員勉強会を通して、身体拘束をしないケアについて全職員が理解し、実践している。 利用者の安全確保のため、医療関係者の助言や本人、家族の理解を得て、玄関の施錠を行っている。	玄関の施錠について、人権を守るという観点から利用者、家族、事業所内で、そのあり方について、引き続き検討されることを期待する。
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	管理者及び職員は虐待の防止に関する勉強会を行っており、虐待が見過ごされることがないように全職員で注意を払っている。		

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
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	以前に支援事業を利用していた方がおり、職員は順次、研修、勉強会にて、「成年後見制度」「日常生活自立支援事業」について学んでいる。		
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	契約時には必ず管理者が、ケアや費用等の重要事項を十分に説明し、不安や疑問等に対し、できることを説明、理解を得ている。契約解除時においても、話し合う機会を設けている。		
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	不満、苦情に対しては、管理者が窓口となり対応している。意見や要望等は全職員が話を聞くようにしており、聞いた場合はすみやかに主任、管理者に報告し、対応している。	家族・知人が面会に来た時に、意見や要望を聞くようにしている。特に行事の際には、利用者や家族の会話の中から気づいた点、良かった点、悪かった点を記録に残すことで、次回行事に反映させるようにしている。 また、利用者アンケートの結果や日頃寄せられた意見は、ユニット会議で報告し、対応策を検討するなど運営に反映させている。	
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	月に一度ユニット会議を行なっている。会議には運営者、管理者も出席して、職員の意見を聞き、運営に反映している。	ユニット会議において、職員から意見・提案を聞いている。 昼食時のスタッフ体制や入浴方法などを改善するなど、運営に反映している。	
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	運営者は数時間でも現場に入り、職員の努力を見守り、把握している。勤務状況を把握し、疲労をためないように配慮している。年に数回、親睦会を開催し、職員の交流、ストレス解消に努めている。		
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	参加できる研修は全員受けってもらうようにしている。会議は全員出席し、その時に研修内容の報告をする。また、随時、勉強会を行い、認知症ケアの向上に努めている。		
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	通所介護の見学、各種研修、医師会主催の講演会などに参加して、情報交換を行っている。		

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
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	入所前に家族の許可を得て、本人に会う機会を作り、顔をあわせて現在の状況を少しでも把握できるように努めている。		
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	相談に訪れた時に、本人の状況はもちろん、家族が何を思い、希望されているかを聞き取り、信頼関係を築くことに努めている。		
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	利用者さんに入居前に見学してもらったり、希望があれば、1、2日家族と一緒に泊まっていたい。できるだけ、利用者または家族の希望に添えるようにしている。		
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	本人ができることは、できるだけしてもらっている。また、一緒に過ごすことによって、学ぶ事や気遣ってもらう事もあり、支えあう関係を築いていこうと努めている。		
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	本人にとって家族が一番大切な方であることを常に説明し、情報交換を密にして、一緒に支えていけるよう配慮している。		
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	友人や遠縁の方々の面会を本人同様、歓迎し、次回の面会につながるようにしている。また、行事の日時などを知らせ、参加をお願いしたり、一緒に行動できるように支援している。なじみの食料品店に買い物に行ったり、周辺をドライブして、馴染みの関係をたもっている。	これまでの生活と同じように、散髪などは馴染みの所に行き関係を保っている。 また、利用者自身が友人を呼びやすいような雰囲気作りにも心掛けている。	
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	利用者同士の相性を把握し、テーブルの配置など、孤立しないようにしている。また、暴言等が見られる場合は、職員が間に入って対応するが、それ以外は割り込まず、お互いの個性が発揮できるよう配慮している。		

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	退所されても、家族と一緒に遊びに来てくれるようお願いしている。他の施設に移る場合は、本人の状況や好み、ケアの工夫等の情報を提供している。また、入院した場合は、お見舞いこいたり、家族と話し合える機会を大切にしている。		
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	本人の思いや、好きな事など理解できた時は職員間で情報交換をする。困難な場合は、本人の日々の行動、表情、しぐさから、くみとるよう努めている。	日頃の行動パターンなどから得た情報をユニット会議や職員勉強会で報告し、情報の共有を図ることで、利用者一人ひとりのサインや思いをくみとるよう努めている。	
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	入所時は、本人、家族によく話を聞き、フェイスシートを作成している。ケアマネージャーやソーシャルワーカーから情報提供をお願いしたり、本人のこれまでの生活歴を把握できるよう努力している。		
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	一人ひとりの生活リズム(食事、睡眠、排泄)を把握できるよう努めている。本人のできる事が見つかったら、できる場面を作っていくよう配慮している。		
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	本人の意思、家族の希望を取り入れ、日中の状況、夜間の状況を把握しながら作成している。ユニット会議等で担当職員、ケアマネージャー、管理者等が意見を出し合い、本人及び家族の意向に沿った介護計画となるよう作成している。	利用者の行動・表情・言葉などから得た気づきや家族の意向を記録し、その情報を基にユニット会議でケアマネージャー・管理者・担当職員が意見交換し、介護計画に反映している。また、計画は利用者の変化に応じて臨機応変に見直しをしている。	
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	個別の介護記録には、体調の変化や印象に残る本人の発言などを記録し、ケアプラン作成時に役立てている。会議時には担当職員が評価シートやカンファレンスシートを用いて、気づき、工夫、意見交換を行い、情報を共有している。		
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	親類が集まる場所として、応接室を提供したり、本人の要望で実家や畑を見に行ったり、できる限り要望に沿えるよう努めている。また、家族が遠方であったり、急変時で家族が対応できない場合は、職員が病院受診に同行している。		

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	地域の方(民生委員、理容室、女性の会)、家族、ボランティアの方々が訪問して、利用者の生活を豊かなものにしていく。		
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	かかりつけ医は本人と家族の希望を尊重している。遠方の病院で不都合などの相談を受ければ、協力医療機関を案内させてもらっている。また、医療機関からは診療情報提供書や、退院してきた場合はサマリ等の提供を受けている。	本人や家族の意向を尊重し、かかりつけ医による受診を基本としている。通院は家族同行が基本だが、必要に応じて職員が同行している。その際には、利用者の通院歴や内服状況などをまとめた受診計画ファイルによって統一した支援が受けられるようになっている。	
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	事業所に看護師が勤務しており、看護師が健康管理パスを作成し、健康管理等で相談、助言をもらっている。また、往診を受けている利用者においては、地域の訪問看護ステーションに相談する場合もある。		
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。	入院に際しては、家族、医療機関としっかり連携が取れている。その際、本人の情報は必要な限り提供している。また、退院に際しては、医療機関と連携して情報を提供してもらい、円滑に利用者を受け入れるよう配慮している。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合は、本人、家族、主治医と相談しながら対応している。状態が変化することに関し話し合っている。	契約時に、「重度化した場合の看取りの指針」について利用者・家族に説明している。 重度化した場合は、利用者・家族・主治医などの関係機関と話し合い対応している。	
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	看護師による勉強会や消防の指導による救命救急の講習会に参加し、訓練を定期的に行っている。		
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	緊急時マニュアル、緊急連絡網はいつでも見えるところに掲示しており、職員は事故時それに従い対応している。	緊急時対応マニュアル、緊急連絡表が事務所と各ユニットに掲示しており、職員は日頃から意識し、緊急時にはマニュアルに従い対応出来る体制を整備している。	

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
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	医療機関とは常に連携を図り、いつでも対応可能である。介護老人福祉施設には、移動時に利用者の状況を伝達するなどの連携を図っている。	協力医療機関2か所、介護老人福祉施設1か所をバックアップ機関としている。 協力医療機関の管理栄養士の指導の基、栄養計画を立てており、利用者の状況報告を行うなど連携を図っている。	協力介護老人福祉施設との研修などを通じ、連携がさらに強化されることを期待する。
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	夜間は各ユニット1名で、常時2名確保している。緊急時には互いに協力し、緊急時マニュアルに従い対応している。協力医療機関が近くにあり、管理者、または近隣職員が応援に駆けつける体制になっている。	夜間は各ユニット1名、事業所内で計2名の職員体制となっている。 緊急時には、近隣に住む職員が応援に駆け付ける体制となっており、緊急時対応マニュアルにも明記してある。	
38	(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	毎年、避難訓練を行っている。緊急時、近隣の方々に援助してもらえるように、協力をお願いし、緊急時の連絡先の一つとさせてもらっている。地域住民代表の方に連絡し、協力をお願いできるようになっている。	年2回の避難訓練を実施している。 区長や近隣企業の寮などが緊急連絡先となっており、地域との協力体制をとっている。	夜間の時間帯の災害など、様々な状況を想定した訓練に取り組まれることを期待する。
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	災害時は災害対策マニュアル、緊急連絡網を活用し、避難経路は職員が周知している。食材や簡単な医薬品を備蓄しており、定期的に点検している。	災害対策マニュアルがあり、各ユニットに備えてある。避難訓練はこのマニュアルに基づき行っている。1週間分の水、非常食、医療品を備蓄している。備蓄品は定期的に期限を確認している。	
40	(18)	○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	利用者の誇りを尊重し、プライバシーの確保を職員同士で心がけており、お互いに気づいたことは声かけするようにしている。キーパーソン以外には、本人のプライバシーは話さないようにしている。	理念に基づき、利用者一人ひとりのその人らしさを尊重したケアに努めている。 また、言葉づかいに関する研修を職場内で行っている。	
41		○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	自分で決めることができない方には、表情、動作等から、本人の希望や関心事を考えながら、本人が自分で選べる場面を作れるよう心がけている。		
42		○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	利用者優先とし、本人が嫌がる事は無理にせず、本人のペースを大切に支援を心がけている。		

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		○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	外出時はもちろん、日常的にそのときにあった洋服を自分で選んでもらっておしゃれを楽しんでもらっている。不十分なときは、さりげない声掛けを心掛けている。		
44	(19)	○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	買い物に出るときは、利用者さんの希望を聞いて、献立を考えている。野菜の下準備、配膳等を手伝ってもらったり、食後の台ふき、後片付けを手伝ってもらっている。	利用者の嗜好、その日の体調、栄養摂取量、残食記録などを考慮し、献立が作られている。また、利用者同士の相性を考慮した座席配置がされている。 利用者一人ひとりの状況や性格をふまえ、配膳、食台拭きや後片付けなどの役割が考えられている。	
45		○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	新鮮な食材を使用し、一日30品目を目標にバランスの良い献立になるように心掛けている。全員の残量をチェックし、好みやカロリーを考えて工夫している。水分は1日6回(毎食時とおやつ)、また、状態に応じて個別に対応し、夜間もいつでも水分補給できるように常にポットを用意している。		
46		○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	利用者全員に毎食後、口腔ケアを実施し、確認している。自分でできない方には介助を行っている。夜は義歯を預かり、消毒している。		
47	(20)	○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	一人一人の排泄パターンを把握し、トイレ誘導やおむつ交換は個別に行っている。移動が困難な方には、尿瓶の使用、ポータブルトイレの使用などの支援を行っている。一旦オムツ使用になっても、身体機能が回復すれば、パット使用になるよう支援している。	排泄、水分補給、栄養摂取量を記録し、一人ひとりの排泄パターンを把握している。記録をもとに、利用者一人ひとりの生活リズムに合わせたトイレ誘導を行い、排泄の自立支援を行っている。	
48		○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	毎日、排便状況のチェックを行っている。水分補給や植物繊維、乳製品を取り入れた食事作り、散歩、体操等の運動による自然排便を促しているが、それでも困難なときは主治医に連絡をとり、指示を受けている。		
49	(21)	○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	毎日入浴できるように対応しており、本人の意向を確認し、無理強いをしないように支援している。また、柚子湯、菖蒲湯、温泉の素などを利用し入浴を楽しんでもらっている。	利用者の希望や状況に合わせて毎日入浴できるように対応している。 入浴を嫌う利用者には無理強いにならないよう、家族にも協力してもらい最低週2回の入浴ができるよう努めている。	

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
50		○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	一人一人の睡眠パターンを把握し、各自にあった生活リズムを作り、安心して眠れるよう支援している。昼夜逆転の方には、日中のレクリエーション等、本人に活動的になってもらえるよう支援している。安眠できない日が長期に及んだ場合は、家族、主治医と連携をとり、指示をもらっている。		
51		○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	利用者全員の内服機関の一覧を掲示し、また、個人別に薬の内容一覧表を各自のファイルに表示している。利用者に状態変化が見られた場合は、主治医に相談している。また、自分で内服できる方には手渡し、内服の様子を確認する。内服できない方には、確実に内服できるよう支援している。		
52		○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	本人、家族からの情報をもとに生活暦を把握し、負担にならない程度に役割(掃除、洗濯物たたみ、料理等)と楽しみごと(唄、塗り絵、体操、散歩、ドライブなど)をもてるように支援している。		
53	(22)	○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	利用者の希望を聞いて、買い物、ドライブなどその日の状態に応じて出かけている。また、隣のユニットまで散歩し、会話を楽しんでいる。普段いけない場所には、家族の協力を得ている。	利用者の希望に合わせて、買い物・散歩・ドライブなどの外出支援を行っている。文化祭や敬老会などの地域の行事にも、家族や地域の人々の協力を得て出かけている。	
54		○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	金銭管理できない方については、家族から決められた金額を預かっており、買い物時には職員が同行している。金額にもよるが、使用时には、事前に家族に相談して、後でトラブルにならないよう支援している。		
55		○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	本人が希望する場合や必要なときは電話をできるように支援している。携帯電話を所持している方には、使用方法を説明するなどの支援を行っている。手紙やたよりなどは希望があれば支援している。		
56	(23)	○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	玄関及びホールでは、季節の花を飾ったり、季節を感じられるように、正月飾り、雛人形、五月人形、クリスマスなどの飾り付けを利用者と共に行っている。また、壁面には、利用者さんの写真や、レクリエーションで作った作品などを飾り、居心地の良い空間となるよう配慮している。	居間は、ゆったりと明るい空間となっている。壁面には行事や時節に合わせた利用者の作品や写真などを掲示し、季節を感じられるよう工夫されている。	

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
57		○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	テレビ周辺には、同時に6人程度座れるソファを配置し、ゆったりとテレビを見られるよう配慮している。たたみコーナーがあったり、職員の机付近にもソファを配置しており、利用者同士、思い思いに過ごせるよう配慮している。		
58	(24)	○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	入居の際に、本人の使い慣れたもの(テレビ、タンスなど)を持参してもらい、馴染みのものに囲まれて過ごせるよう配慮している。	入居の際、利用者が使い慣れたものを持ち込めることをパンフレットや契約書に明記し、説明している。 入居後も、これまでの生活と同じように寝起きができるよう、ベッドの部屋を畳に交換するなど工夫、配慮している。	
59		○身体機能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	建物はバリアフリーとなっており、安全に移動できるよう各箇所に手すりが設置されている。事業所に歩行器と車椅子が用意しており、必要に応じて、歩行器や車椅子などの利用を勧めたり、状態に応じて対応している。		