

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	0270201635		
法人名	社会福祉法人 島光会		
事業所名	グループホーム大森		
所在地	青森県弘前市大字大森字勝山278番地21		
自己評価作成日	平成24年9月1日	評価結果市町村受理日	平成24年12月27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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成24年10月3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)】

<p>地域住民との交流を大切にし、「新しい家庭での生き生きとした生活をめざして」というホームの理念を掲げ、その人らしく生活ができるように、全職員が個性や人権を尊重したケアの提供、支援を行っている。</p> <p>山間部の閑静な場所にあり、法人内の障害者支援施設、居宅介護支援事業所、通所介護事業所、保育園等の連携の下、安心して生活できるような環境となっている。</p>
--

【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)】

<p>法人全体で様々な交流があり、災害時を含む非常時には、通報装置にて施設間で連絡がとれ、連携しながら取り組んでいる。</p> <p>年間計画を定めて研修を実施している他、2ヶ月に1回開催される運営推進会議においても、テーマを決めて利用者に関わる勉強会を実施しており、向上心を持って日々の業務に取り組んでいる。また、管理者による理念の追求がケアに活かされており、職員の成長となって、利用者に安心感を与えている。</p>
---

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 3. 利用者の1/3くらい 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)
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)
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 3. 利用者の1/3くらい 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)
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)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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 3. 利用者の1/3くらい 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
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)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 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
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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない		

## 自己評価および外部評価結果

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	事業所の理念として「新しい家庭での生き生きとした生活をめざして・・・」を掲げ、A・B棟面会室、ホール内に貼り、全職員で周知・共有化をしている。初任者研修時は個別に内容を説明し、理解してもらっている。	ホーム設立時に「新しい家庭での生き生きとした生活をめざして」という独自の理念を作成し、利用者各自ができる範囲で役割を持ちながら、家での生活と同じような生活ができるように支援している。理念はホール、玄関、面会室に掲示して共有化を図っている他、管理者の指導の下、職員は理念の内容を考えながら、日々のサービス提供場面での実践につなげている。	
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	地域の行事や祭りに参加し、交流を図っている。運営推進会議メンバーに町会長、民生委員、老人クラブ代表者が入り、情報交換を行ったり、グループホーム行事に参加していただいている。	地域の行事や祭りへの参加の他、保育園児が誕生会に訪ねてくれたり、研修生の受け入れを行っている。また、運営推進会議のメンバーや地域住民等をホーム行事へ招待しており、ホーム自体が地域の一員となりながら、日常的に交流を行っている。	
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	運営推進会議では認知症についての勉強会を行い、理解し、支援法を学んでいる。法人の保育園との交流があり、自然と接している他、ボランティア募集の案内を玄関に貼り、受け入れ活動を検討している。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回、定期的に開催し、利用者の近況報告や勉強会等を行い、情報・意見交換を行っている。会議では自己評価及び外部評価の結果を報告し、サービスの質の確保、向上につなげている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しており、メンバーが参加しやすいような日程を考慮の上、積極的な参加を働きかけている。会議ではホームからの報告は勿論、毎回テーマを決めて勉強会を行い、有意義な意見交換等ができるように取り組んでいる。また、防火対策の話し合いをきっかけに、町会長が地域の消防団へ協力を働きかけてくれる等、会議で出された意見を今後の取り組みにつなげている。	
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取り組んでいる	運営推進会議に、市役所または地域包括支援センター職員が参加しており、自己評価及び外部評価結果を報告している。また、ホーム便りを配布すると共に、必要時は行政との連携を図っている。	運営推進会議には市の担当課職員が地域包括支援センター職員のどちらかが必ず毎回参加している。また、広報誌の配布や自己評価及び外部評価結果、目標達成計画を提出し、ホームの実情やサービスへの取り組み状況を伝えている他、課題解決に向けて、日頃から連携を図っている。	

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
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、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	身体拘束の内容や弊害について、内部研修により全職員が理解している。 玄関等の出入口は日中施錠しておらず、無断外出防止のため、開閉時には鈴が鳴るようしており、見守りを強化している。 また、危険防止のためにやむを得ず拘束を行う場合に備え、同意書や経過用紙を作成している。	身体拘束のマニュアルを作成し、勉強会を開催して理解を深めている他、ケース会議やカンファレンスでも検討している。職員は日々のケアの中で気づかないうちに身体拘束に該当するようなことをしていないか、お互いに確認し合っており、拘束のないケアを実践している。また、やむを得ず拘束が必要となった場合に備え、家族の同意を得て、記録に残す体制を整備している。	
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	内部研修を実施し、全職員が高齢者虐待防止法に関して理解している。 虐待防止を当グループホームの1番の目標に掲げ、利用者の傷等の異常を発見した場合は、状況を詳細に把握すると共に、記録・観察を強化して防止に努めている。		
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	権利擁護に関する制度理解のための内部研修を行い、理解を深めている。 利用者の中に後見制度を利用している方がおり、概要について理解している。		
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	契約時は利用者や家族等に理念やケアの方針、取り組みについて契約書、重要事項説明書を基に十分説明し、同意を得ている。 また、解約時は、契約に基づき、利用者や家族に十分説明し、不安を生じさせないように、退居先の情報提供を行う等、支援を行った上で同意を得ている。		
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	ホーム内に意見箱を設置し、意見や苦情を出せるようになっている。 家族が面会に来られた時は利用者の暮らしぶりや近況を伝え、要望が出しやすい雰囲気作りに努めている。 出された意見や苦情は速やかに職員で話し合い、対応する仕組みとなっており、苦情に対し、第三者委員会を設置している。	意見や苦情を出しやすいよう、玄関に意見箱を設置したり、面会時には話しやすい雰囲気作りに努めている。重要事項説明書ではホーム内外の苦情や相談の受付窓口を明示している他、第三者委員会を設置していることも説明している。また、日々のケアを通じて利用者個々の特徴を把握し、態度や表情等から意見や不満等を察するように努めている。	

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
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	利用者の受け入れや退居等の決定事項は管理者及び職員が意見交換し、決定している。管理者は申し送り、各行事、会議等の計画書、報告書等を基に、職員の意見を聞く機会を設けている他、勤務体制や異動等は職員の希望、意見を聞きながら、検討している。	業務の中で気づいたことがあれば、その都度職員間で話し合いを行い、朝の申し送りや月1回の会議等でも意見交換をしている。出された意見はケアの向上のために反映させている他、介護日誌や連絡帳を活用しながら、職員間でも情報の共有化を図っている。	
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	就業規則があり、遵守されている。健康診断を定期的に行い、職員の心身の健康を保つための体制を整えている。職員の資格取得時は勤務体制を考慮し、保有資格を活かした職員を配置しており、やりがいや向上心が持てるように配慮している。		
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	内部研修の年間計画を作成し、月1回以上開催しており、会議録は全職員に回覧している。外部評価後は、報告書を作成し、全職員に回覧している。新任研修では理念、倫理、基本的な介護技術、支援法について学び、質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	地域で開催される勉強会に参加し、交流・連携を図っている。他事業所のケアマネに認定調査を依頼した時は、サービス内容について話し合い、サービスの質の向上につなげている。		
<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	サービス利用の相談があった時は利用者や家族等と面談し、直接、身体状況、ニーズ、不安等を伺いながら、信頼関係を築けるように対応している。入居前にはチームケア会議を開催し、本人の身体、ADL状況等の基本情報やニーズ等を把握し、不安軽減に努めている。		
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	サービス利用の相談があった時は家族と面談し、直接家族の思いや希望、ニーズを把握するよう努めている。家族から相談を受けた時は、その都度ニーズを確認し、対応を検討して、不安の軽減に努めている。		

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
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	本人と家族から、身体状況、認知症状等のアセスメントを行い、家族の思いや希望、ニーズ、不安等の把握に努め、対応できることについては柔軟に対応している。 事業所内で提供可能なサービスを本人家族と共に検討し、対応している。		
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	本人らしい生活ができるように、得意とすること、好むことを共に行いながら生活している。 料理の下ごしらえや家事のヒントを教えられたり、献立メニューを話しながら、利用者の意欲向上に努めている。		
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	家族面会時には利用者の様子や近況を伝え、情報交換を行うことで、家族の思い、気づきを共有している。 内容はケアサービスに活かせるように職員間で検討し、支援している。		
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	入居時にアセスメントを行い、利用者の馴染みの場所や関わってきた人等を把握している。 面会、電話は自由で、時間の制限はない。 希望時には一緒に外出できるように支援している。	入居時に、家族や関係者から情報収集し、馴染みの場所やこれまで関わってきた人等を把握している。また、知人等との手紙や電話のやりとりや、馴染みの店での買い物、馴染みの床屋の利用等が継続できるように支援しており、必要に応じて家族の協力も得ている。	
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	気の合う利用者同士で機能訓練や作業、お手伝い、レクリエーション等を行っている。 お互いの居室を行き来したり、車椅子利用者の車椅子を押して散歩をしたり、一緒におやつを食べる等、交流している。 人間関係にトラブルが生じた場合はお互いの話を傾聴し、職員が間に入り、距離をとって、お互いに悪い影響が残らないように配慮している。		
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	入院等によって契約が終了しても、必要に応じていつでも相談を受け、支援できるようにしている。 退居先の関係者に利用者の基本情報を提供すると共に、これまでの入居中の暮らしぶり、ケア等の情報を伝え、環境や暮らし方を継続できるよう働きかけている。 内容によっては担当居宅や医療関係者と連携を図り、本人、家族に適切な支援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
<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	日常生活を支援していく中で、本人のしぐさ、行動等を観察し、利用者の思いや希望、意向を把握するように努めている。利用者の意向等が十分に把握できない場合には、必要に応じて本人の家族や関係者から情報収集を行っており、職員間で共有し、適切な支援につなげている。	日々のケアを通して、利用者一人ひとりの特徴を把握し、思いや希望、意向を把握できるように努めている。また、利用者同士の会話の中から把握できることも多いため、注意深い観察に努めており、職員同士が連携し合い、情報交換を行っている。	
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	入居時、本人、家族、担当居宅ケアマネ、主治医等の医療機関から生活歴やサービス利用状況を情報収集し、把握している。家族には必要性を説明した上でプライバシーに配慮し、情報収集している。		
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	排泄表、食事、水分、睡眠のチェック表を各利用者別に記録し、体調変化や心身の状態が把握できるようにしている。 日々の生活の中で本人の得意とすること、できることを作業やレクリエーションに取り入れ、支援している。		
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	利用者、家族から思いや意向を伺い、必要に応じて主治医等からも情報収集し、職員で検討後に計画を作成し、利用者本位の内容となるようにしている。 計画内容は毎月モニタリングし、変化がみられた時は随時再アセスメントをし、計画に反映させている。	介護計画は、利用者がより良く暮らせるよう、本人や家族の意見、職員の気づきも取り入れており、時には関係者から得た情報も参考にしながら、利用者本位の計画となるように作成している。計画の実施期間を明示し、利用者の状況に応じて随時見直しを行い、現状に即した計画となるように取り組んでいる。	
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	利用者個別のケース記録があり、日々の様子やケアの実践結果、気づきを記録している。 特記事項、病院受診内容、内服薬変更等は連絡帳に記録し、全職員で情報を共有している。担当職員から毎月介護実施報告書を受け、必要に応じて計画内容の見直しをしている。		
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	住み慣れた自宅に帰ってみたいという利用者については、家族の意向を伺った上で、時々自宅に外泊している。 病院受診は職員が法人の車両で送迎し、希望があれば一緒に買い物もしている。		

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	警察や消防との連携体制がとれており、協力が得られている。 運営推進会議に町会長、民生委員、地域包括支援センター職員の参加があり、協力が得られている。		
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	入居前からのかかりつけ医を入居後も継続し、受診している。 定期受診の他、体調に変化がみられた時はすぐに対応し、必要に応じ受診している他、受診結果は家族に報告すると共に記録して、情報を共有している。 また、状況に応じて家族も受診に同伴し、情報交換や話し合いを行っている。	これまでの受療状況やかかりつけ医を把握しており、ホームの協力医療機関への受診の他、希望に応じた医療機関を受診できるように支援している。主に職員が受診介助を行っている他、必要に応じて家族にも協力してもらい、通院方法や受診結果の伝達方法等は納得を得ている。	
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	事業所内に看護師の資格を持った職員がおり、健康管理と状態に応じた早期対応をしている。 不在時は、法人内の看護師がすぐ対応できるようにしている。		
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。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。	入院時はプライバシーに配慮した上で、基本情報、ADL、認知症状等を早急に情報提供している。 入院中は病院関係者と情報交換し、家族と意向や希望等を話し合い、早期に退院できるように努めている。 退院前には病院関係者や家族から状態を伺い、退院後は本人の状態に応じた支援ができるよう、職員間で情報を共有し、対応している。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時や体調の変化が見られた場合は、その都度、重度化や終末期に伴う対応や方針を家族と共に話し合い、事業所が対応し得る最大のケアについて説明している。 状態が悪化した時は家族、医療機関と話し合い、事業所が対応し得るケアについて、意思統一が図られている。	利用者の状態に変化が見られた時にはその都度家族と話し合い、ホームでできる最大限の対応に努めており、家族等の納得を得ている。職員による毎日のバイタルチェックや協力医療機関への受診等により、日常的な健康管理に努めており、急変時には予め把握している医療機関への救急搬送等を行うことで、了解を得ている。	
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	応急手当や緊急時の連絡、対応方法等に関する緊急時対応マニュアルを作成している。 マニュアルを基に内部研修を行い、職員のレベルアップを図っている。		

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
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	毎月深夜想定で避難訓練を行い、適切に避難誘導が行えるよう、職員、利用者が共に訓練している。 年2回消防署、地域住民に連絡して訓練を行っており、火災通報装置は母体施設や同法人の他の施設に緊急通報できるシステムを整備し、応援体制が整っている。 災害発生時に備えて母体施設に食料や飲料水、寒さをしのげる物品の備蓄をしている他、近所のコンビニと緊急時の協力体制ができています。	年2回、夜間を想定した訓練を行っている他、月1回、職員と利用者による自主訓練も行っている。災害時対応マニュアルを作成している他、事務室内に緊急連絡網を掲示し、法人内の他施設に緊急通報できる装置も設置している。また、警察署や消防署、近隣のコンビニに災害時の協力を働きかけている他、町会長を通じて地域の消防団へも協力を働きかけている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者に対する接遇マニュアルやプライバシー保護、個人情報保護のマニュアルを基に内部研修を行い、理解している。 個人ファイルはカウンターの裏に保管し、プライバシーに配慮している。 失禁、食べこぼし等は他の利用者に気づかれないようにさりげなく声がけ、誘導し、羞恥心に配慮している。	介助時の声がけや利用者に対する呼びかけは適切であり、利用者の羞恥心やプライバシー、個人情報の取り扱いにも十分な配慮をしながら支援に努めている。また、毎月全職員が自己評価を提出しており、自己を振り返る機会を設け、ケアの確認と向上に向けて取り組んでいる。	
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	買い物時はできるだけ欲しい物を本人に選んでもらうよう声がけをしている。 おやつや飲み物の時も多種類の中から本人に選んでもらっている。		
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	起床時間、食事、就寝時間の規制はしておらず、利用者の一人ひとりのペースを尊重している。 レクリエーションは集団、個人と希望に沿って行い、内容や参加も自由である。		
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	能力に応じて利用者が衣服を選び、更衣できるように見守り、促し、介助をしている。 衣服や整容の乱れにはさりげなく声がけし、サポートしている他、自らできない方には本人の好み、表情、しぐさを見ながら衣服を選んでいる。		

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
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	入居時、利用者の好物、禁止食品、調理法を一覧表にし、厨房に掲示して、対応している。利用者の能力に応じて、調理の下ごしらえ、盛り付け、後片付け等の役割分担をしている。職員は利用者と一緒に席に着き、会話をしながら食べこぼしのサポート、誤飲、むせ込み防止をさりげなく行っている。	利用者の好きな物、苦手な物、食べられない物等を把握しており、リスト化して厨房に掲示している他、体調も考慮しながら、必要に応じて代替食等も用意している。また、職員は利用者の状況をみながら、生活訓練の一環として、できるだけ何か役割を持ってもらえるように取り組んでおり、調理の準備や後片付け等を職員と一緒にしている。	
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	利用者個別に食事量、水分量のチェック表があり、食事摂取、水分の確保ができています。水を飲みたがらない利用者には、コーヒー、お茶、ジュース等の好みの物を提供している。夏場はペットボトルの水を冷凍し、ベットサイドに置いて水分補給を促している他、食事やおやつ好みも把握しており、献立は法人内の栄養士より助言を得て作成している。		
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	利用者別に口腔ケアのチェック表があり、口腔内洗浄や義歯の手入れを行い、清潔保持に努めている。利用者の能力に応じて声がけや促し、見守りにて対応している他、できない利用者には職員が誘導し、うがい、義歯洗浄を行っている。		
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	利用者個別に排泄チェック表があり、排泄パターンと利用者の行動を記録し、把握している。尿意、便意の確認、誘導時は羞恥心に配慮し、さりげなくトイレ誘導しており、毎日の排泄表にて、オムツをできるだけ使用しないように検討、支援している。	個々の排泄チェック表にて排泄パターンを把握して、事前誘導をしている。オムツやパットを使用している場合は、継続するか否かの見直しをしながら、排泄の自立に向けた支援を行っており、尿意や便意の確認時、誘導や失禁時には利用者の羞恥心やプライバシーに十分な配慮をしている。	
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	便秘予防と対応、便秘が及ぼす影響等のマニュアルがあり、内部研修等により理解している。利用者毎に排泄確認表があり、排便状況を把握し、早期対応できるようにしている他、法人内の栄養士から助言も得ている。		

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
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ず、個々に応じた支援をしている	週3回を入浴日とし、それ以外は足浴を実施しており、利用者の入浴習慣、好み、時間帯、順番等の希望を聞きながら、できるだけ同性介助で職員が対応している。 利用者の能力に応じて洗身してもらい、不足部分は羞恥心に配慮しながら介助をしている他、入浴を拒否する方には無理に勧めず、清拭、足浴を実施している。	週3回の入浴日を設けており、一人ひとりの入浴習慣や好みを把握しながら、同性介助を基本として行っている。また、入浴を拒否する利用者に対しては、個々の状況に合わせて声がけの内容に変える等、工夫しながら支援に取り組んでいる。	
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	起床、就寝の規制はないが、昼夜逆転を防止するため、日中のレクリエーションや軽運動を行っており、参加は自由で、柔軟に休息を取り入れている。 不眠を訴える利用者に対してはホールでゆっくり話を聞いたり、安心感を持たせ、偽薬の対応もしている他、眠剤を服用している利用者でも、睡眠状態をみながら主治医と相談し、調整している。		
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	内服薬チェック表が各利用者別にあり、飲み忘れや誤薬がないような支援体制を整備している。 病院を受診し、内服薬の変更や新たに処方された場合は、付き添いの職員が内容をお薬管理ノートに記録すると共に、介護日誌、各ケース記録、連絡帳に記録し、全職員に周知している。また、新たに処方された内服薬については、副作用に注意し、観察を強化している。		
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	入居時の基本情報、家族等からの情報を基に、日々の関わりの中から本人の役割や楽しみを見つけだし、能力に応じて、継続していただいている。 季節の行事や買い物、ドライブ等の年間計画を作成し、気分転換を図っている。		
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	法人のバスを利用してドライブに出かけ、景色を楽しんでいる他、買い物にも出かけており、好評を得ている。 すぐ近くのコンビニには希望時、職員と共に出かけたり、ホーム周辺の散歩も行うことで、気分転換につなげている。	利用者の楽しみや気分転換につながるよう、ドライブや散歩、受診後の買い物等により、なるべく外出できるように支援している。また、利用者が行きたい場所の把握に努め、年間計画を作成して季節に応じた外出行事を行っている他、毎月のドライブ等も行っている。	

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
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	能力に応じて、ドライブ、買い物時、自らの買い物の支払いをしたり、楽しみが持てるように支援している。 利用者や家族の希望によって小銭を持ち、管理されている方もいる。 使用はできないが、本人がお金をもっているという満足感をもってもらえるよう配慮している。		
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	電話の使用、取りつぎは時間を規制しておらず、利用者の能力に応じて代行している。 手紙は能力に応じて本人に渡し、了解を得た上で読んであげており、その際プライバシーには十分に配慮している。		
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	家庭的な雰囲気与生活が送れるよう、家具は木目調で落ち着いた感じになっている他、共有スペースにはソファやテレビ、絵や調度品にて落ち着いた空間となっている。 窓からは花壇の花や木々が見え、季節を感じられる。 また、温度・湿度計を確認し、窓の開閉やカーテンで調整したり、洗濯物を干したりして湿度を保っている。	共用空間にはソファやテレビ、テーブル等を配置し、飾り棚や壁には手作りの作品や絵等が飾られ、家庭的な雰囲気である。天窓からは十分な日射しが射し込み、場所毎に照明等で適度な明るさを保っている他、冬は床暖房や加湿器、夏は扇風機を利用し、快適な空間作りに努めている。	
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	ホールにソファ、食卓テーブル、椅子を配置し、利用者が自由に交流できるようにしている。 面会室はいつも開放し、日なたぼっこをしたり、季節の花や外の景色を眺め、自由に過している。		
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	入居時に環境の変化による混乱を防止するため、使い慣れている物の持ち込みを促し、テレビや家族の写真等を持ち込んでいる利用者もいる。 利用者の状態に応じ、飾りつけや調度品を高い位置につけるように工夫し、個性ある居室で居心地よく過ごせるようにしている。	職員は、利用者が環境の変化に早く慣れるように、家族等に馴染みの物の持ち込みを働きかけている。居室にはテレビや家族写真、趣味の壁掛け、暦等、一人ひとりの好みに応じた物品が持ち込まれ、居心地良く過ごせるように工夫している。	
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	各居室の入り口やトイレの入り口にはわかりやすいように目印をつけ、混乱を防いでいる。 利用者は身体状況に応じ、廊下等の手すりや玄関のスロープを利用し、安全、スムーズに活動できるように支援している。		