

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 1ユニット)

事業所番号	0272000332		
法人名	有限会社 大三		
事業所名	グループホーム よもぎた		
所在地	青森県東津軽郡蓬田村大字阿弥陀川字汐干116-1		
自己評価作成日	平成22年9月19日	評価結果市町村受理日	平成23年2月25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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・地域の中で交流や貢献できる事業所としてあり続けたいと願っています。 ・利用者や家族に対して今以上に信頼を頂けるように尽力しています。 ・介護等でお困りの方にはいつでも相談、また、手助をするよう尽力しています。

※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.aokaigojyouho.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0272000332&SCD=320
----------	---

【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	青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ2階
訪問調査日	平成 22年 10月 15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)】

<p>「私達は、利用者が家族と共に暮らしているような生活環境を作り『つかず・はなれず・差し伸べる手で、信頼をわかちあう』をモットーとし、地域に溶け込めるような共同生活を維持していきます」という独自の理念を作成している。利用者同士の会話の中から一人ひとりの思いを受け止め、職員同士の連絡帳に記入し、みんなで話し合い、希望・意向の把握に努めている。</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ます (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 3. 家族の1/3くらい 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 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 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	○	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
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	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらい 3. 家族等の1/3くらい 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

※複数ユニットがある場合、外部評価は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)	<p>○理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>事業所の廊下や玄関等、目のつきやすい場所に掲示し、理念に基づいたサービスが行えているか日々確認し実践につなげている。</p>	<p>独自の理念を作成し、事業所内に掲示している。新任職員には研修や日々のケアを通して指導し、全職員は常に理念を意識しながら業務を行い、朝・晩のミーティングで理念に沿ったケアができているかどうか振り返り、確認し合っている。</p>	
2	(2)	<p>○事業所と地域とのつきあい</p> <p>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している</p>	<p>年1回開催しているバーベキュー大会に地域の方を招待したり、村民祭等の村内行事に積極的に参加し、交流を深める働きかけを行っている。また、運営推進会議への参加を促す等して、ホームへの理解を得ている。</p>	<p>村民祭等の行事にも積極的に参加し、コーナーを設け、利用者の作品の展示や事業所に関する質問対応等を行っている。年1回ホーム主催のバーベキュー大会を開催し、地域の方達を招待する他、小学生の事業所見学等ホームの開放に努め、地域とのつながりを大切にしている。</p>	
3		<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>小学校の社会見学等を受け入れ、事業所の持つ専門性を地域に還元している。外部の方を受け入れる際は、利用者のプライバシーに十分配慮している。</p>	/	/
4	(3)	<p>○運営推進会議を活かした取組み</p> <p>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</p>	<p>2ヶ月に1回開催しており、利用者代表にも参加して頂き、情報交換を行っている。また、ひとつの話題が終了した時点で必ず理解の確認と質疑の時間を設け、今後につなぐ話し合いを行っている。</p>	<p>2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、役場職員・地域包括職員・自治会長・民生委員が毎回参加している。民生委員からは村内の様々な情報を得ることができ、家族からは介護に関する質問等が出されている。全てを記録に残し、今後の取り組みに活かすようにしている。</p>	
5	(4)	<p>○市町村との連携</p> <p>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取り組んでいる</p>	<p>行政担当者とは随時連絡を取り、実情と課題解決の為の相談を通じ、コミュニケーションを図っている。</p>	<p>役場内にホーム専用のポストを設置し、週2～3回は役場に足を運んで情報を得、その都度役場職員とも会話し、アドバイスを受けている。運営推進会議には毎回、役場職員・地域包括職員が参加している。</p>	

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)	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>運営者や管理者、職員は身体拘束の内容やその弊害について概ね理解しており、原則として身体拘束は行わないという姿勢で支援しているが、やむを得ず身体拘束を行う場合は、必ず家族の同意を得てから行うようにしている。</p>	<p>代表者および全ての職員は、外部研修・伝達研修を通して身体拘束の内容や弊害についての理解を深めている。こまめな巡回や個々のサインの観察等を徹底し、身体拘束は行わないという姿勢で日々のケアに取り組んでいる。やむを得ず身体拘束を行う場合は、家族に説明し、同意を得た上で行き、書面にて理由・方法・期間・経過等を記録するような体制を整えている。</p>		
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>外部研修への参加を通じて、全職員が高齢者虐待防止法に関する理解を深める取り組みを行っている。管理者は職員の支援の場を観察し虐待を防ぐよう努めている。また、事業所内での対応マニュアルも作成しており、それに基づいて防止に努めている。</p>			
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>管理者と職員は定期的に研修等に参加しており、日常生活自立支援事業や成年後見制度について概ね理解している。また、パンフレット等を用いて、利用者や家族等に事業についての情報提供を行う体制が整っている。</p>			
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>利用者や家族に事業所の方針や取り組みについて説明し、疑問や意見を引き出す配慮をしている。契約、改定、解約時には十分説明し、同意を得るようにしている。</p>			
10	(6)	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>苦情受付箱の設置等、家族が意見、要望を話しやすい環境作りに努めている。また、苦情受付窓口を明示及び掲示し、事業所に寄せられた家族等の意見や苦情等は日常の支援に反映するように取り組んでいる。</p>	<p>ホーム内にご意見箱を設置し、家族面会時等意見・要望を出しやすいよう声かけをしている。重要事項説明書に苦情受付窓口を明記し、ホーム内にも掲示しており、出された意見はミーティング等で話し合った上で、家族に説明し、今後のケアに反映させている。</p>		

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	職員が意見や提案を発言しやすい環境作りをし、代表者及び管理者はそれらの意見や提案を考慮し、運営に反映させている。	日常的にミーティングを行い、話し合いの時間を設けているほか、月1回、職員からケアの方法や人間関係等、困っている事を用紙に記入し、みんなで解決に向けて話し合いを行うことにより今後の運営に反映させている。		
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、やりがい等、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、管理者や職員と随時相談できる体制を取っており、業務改善や異動等で改善できるよう尽力している。年一回の健康診断を実施し、労働基準法に則った労働条件を整えている。少人数の事業所だがそれを基とした就業が行われている。			
13		○職員を育てる取組み 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	管理者が中心となって助言をしている他、外部に相談するスーパーバイザーを確保している。研修受講後は報告書を作成し、伝達研修を行い、周知を図っている。			
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	グループホーム協会に加入し、同業者との交流の必要性を認識しているが、交流や連携の場を設け、事業所のサービス向上や職員育成につなげるまでには至っていない。			
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	利用者が安心してサービスを利用できるように相談受付の段階から利用者本位の支援を行っている。また、利用者の意向に沿ったサービスになるよう、十分な話し合いを行い、調整している。			
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	家族が安心していられるよう、家族等の意向に沿ったサービスになるよう十分な話し合いを行い、調整している。			

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	
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	本人と家族等のニーズを把握するよう務め、対応できる事であれば柔軟に実行している。			
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	職員は利用者の話しをよく聞き、喜怒哀楽を共感し、理解するよう努めている。また、洗濯物をたたむ等利用者のできる力を発揮してもらい、利用者と職員が共同しながら生活している。			
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	緊急時以外でも家族との連絡を密にしておき、生活の様子を説明し安心して共に支える関係を作るよう努めている。			
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	必要に応じて、利用者がこれまで関わってきた人達との関係を継続できるよう、電話をつなぐ等の支援に努めている。	家族や兄弟に電話をかけるお手伝いをしたり、お盆や正月等外泊のために自宅までの送迎を行ったり、馴染みの床屋や商店に行くための支援もしている。家族にできることは協力してもらえよう随時働きかけを行い、関係が途切れないよう支援に努めている。		
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	利用者同士の人間関係を把握している。また、利用者一人ひとりに声掛けし、孤立しないよう配慮している。			
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	サービスが終了しても、必要に応じて相談や支援に応じる旨を話している。			

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	
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	全職員が利用者の思いや希望、意向を把握するよう努めている。また、十分に意向を把握できない利用者に対しては、全職員でコミュニケーションを工夫し利用者の視点に立った意向把握に努めている。必要に応じて家族や関係者から情報収集を行っている。	入居時のアセスメントの他、日々のケアを通して一人ひとりの希望・意向を把握するよう常に心がけている。利用者同士の会話からも情報が得られることがあるため、全職員が連絡を密にして把握に努め、必要に応じて、家族から情報収集を行っている。		
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	利用者の生活歴等を聞き取り調査の時点で確認し、関わりの中で得た情報を加味し、より深く把握する様努めている。			
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	利用者一人ひとりの1日の生活の流れ、心身状態、有する力等の現状や変化について把握、対応できるよう努めている。			
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	介護計画作成時には利用者によく意見を聞くよう努めている。家族や関係者の意見や気づきを反映させた介護計画を作成している。	日常のケアや個別の外出支援時等、利用者から生活に対して要望や意見を聞くチャンスとして捉え情報収集し、計画作成に反映させている。連絡ノートやミーティングで職員の気づきを話し合い、家族面会時等家族の意向も確認した上で計画作成している。		
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	利用者一人ひとりに対してケース記録を作成し、日中にあつた事実と職員の気づき等を個別に記載し、夜間帯においては時間ごとに何があつたかを記載している。その情報を全職員が共有し、介護計画に活用している。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 (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	利用者のニーズに応じて美容院への送迎や買い物、通院等の外出支援等、利用者の意向に出来るだけ対応できるよう柔軟に行っている。			

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	
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	地域の民生委員や自治会長、行政、警察、消防等の各機関と協力しながら行っている。			
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し、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	利用者の入所前の受療状況を把握し、利用者や家族が希望する医療機関を継続して受診できるよう支援している。協力病院では体調変化や心配事のある時は気軽に相談できるほか、家族も含めた情報交換を行っている。	入居後はほとんどの利用者がホームの協力医療機関を受診しており、月1回の往診と24時間の相談体制がとられている。本人・家族の希望があったり、他科受診が必要になった時には、他の医療機関も受診できるよう支援を行っている。		
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	協力医療機関の外来看護師が随時相談にのってくれ、日常の健康管理や医療活用等の相談、支援を行ってくれている。			
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。	入院した際は医療機関と利用者に関する情報交換を行っており、退院後の支援に関しても、家族を含めた話し合いを行う体制が整えられている。			
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	看取り指針を作成し、ホームの対応を明確にしている。また、早い段階から利用者、家族、医療機関と話し合いを行い、意思統一を図っている。	重度化や終末期の対応についてホームの方針を明確にし、入居時に本人・家族に説明を行っている。マニュアルも整備し、職員は家族・医療機関と連携を図りながら対応していくことで話し合いができています。		

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	
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	応急手当や救急救命の研修を受講した職員が講師となり、他職員に対して伝達研修を行っている。			
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	年2回、火災を想定した避難訓練を行っており、掲示してある避難経路の確認、問題点等を反省会の場であげている。また、運営推進会議で地域住民の応援体制を議題としている。	非常災害時の避難誘導策のマニュアルを作成するほか、ホーム内に避難場所と避難経路を掲示している。年2回避難訓練を行い、定期的に消火器・火災報知器・誘導灯の点検も行っている。文書を作成し、自治会や民生委員等に訓練への協力依頼もしている。		
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	職員は日常的に利用者の言動を否定したり拒否せず、利用者の人格を尊重した声掛けを行っている。	利用者のペースに合わせたケアを行うよう心がけ、訴えが重なった時等は、利用者を不快にさせないようきちんと事情を説明し対応している。声かけは羞恥心に配慮し、状況に合わせて小さな声で話したり、場所を変えて話す等している。		
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	利用者が十分に意思表示が出来ない場合でも表情や態度から希望を把握するよう努めている。複数の選択肢を提示する等し自己決定を尊重している。			
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	職員は利用者のペースを大事にし、利用者の言動をせかささないほか、利用者の訴えを優先している。また、日頃の観察を十分に行い、利用者のペースや希望、身体や精神状態に合わせた柔軟な支援を行うよう努めている。			
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	毎朝の整容等必要に応じて介助を行っている。洋服の選択等、出来る人には選択して頂いている。髪が伸びたら床屋さんに来所してもらい散髪している。			

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	
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	献立には栄養面に配慮し、利用者の不得手な物を把握し対応している。お絞りをたたむ等利用者と職員が一緒に行える事は実践している。	カロリー計算や献立・食材の準備は業者に依頼しているが、4日ごとに話し合いの機会が持たれ、持病や嗜好に合わせて代替食を準備している。できる範囲で職員のお手伝いをしてもらい、会話を楽しみながら個々のペースで食事を摂っている。		
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	体調に応じて量やバランスを調整しており、水分補給においては、時間を定め一日に必要な摂取量が補えるように職員が見守りながら支援をしている。			
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	介助が必要な利用者には食後の口腔ケアを実施している。歯科医師に往診してもらい、治療や口腔ケアの指導を受けている。			
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おり、介助が必要な場合は日中は声掛けにてトイレ誘導や後始末の確認を行い、夜間はポータブルトイレ等への排泄介助を行っている。	水分摂取・排泄記録表に記録し、一人ひとりの排泄パターンを把握している。排泄のサインや行動を観察し事前誘導を行い、その時の状況や尿量にあわせて3種類のパットを使い分け、随時見直しを行う等、自立に向けた支援を行っている。		
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	排便記録を通して排便のない日が続いた場合は、水分量を増やしたり、食材の工夫を検討しており、それでも困難な場合は医師処方薬の緩下剤や座薬等で対応している。			
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、事業所の都合だけ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	入浴は本人の希望を取り入れ、対応。拒否された場合は声掛けの人を替えたりし対応している。入浴中は自身で行える事は行って頂き、羞恥心にも十分な配慮をしている。	各ユニットで週2回の入浴日となっているが、交互に実施しているため、利用者の都合・意向により入浴日を変更できる。1対1の介助を行い、利用者同士は脱衣所でも顔を合わせることがないように配慮し、急かさず一人ひとりのペースで入浴できるよう支援している。		

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
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	利用者一人ひとりの状況、体調に合わせて随時休憩時間を設けている。昼夜逆転にならないように、夜間、眠れない利用者に対しては医師指示の下、眠剤服用等の調整を行っている。		
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	飲み忘れや誤薬がないよう職員が管理している。服用時は一人ひとりに声掛けし見守りしている。		
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	利用者の希望により、テレビはいつでも視聴できるよう制限していない。利用者の嗜好品や好きなこと、出来ることを把握し支援している。		
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	外出を希望された時や、好天時には外気浴や屋外散歩を行う等、ストレス解消に繋げている。また、家族にもその意向を説明し協力を得ている。	ホームの行事としてねぶた見学や花見・ドライブ等を行うほか、一人ひとりに希望を聞いたり、利用者同士の会話から行きたい場所を把握し、個別の外出支援も行っている。お墓参りを希望する利用者等は、家族に電話して協力してもらおう等、必要に応じて協力を呼びかけている。	
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	個人で金銭管理をしている利用者もいるが、利用者一人ひとりの小遣い帳を用意し利用時には記載している。		

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	
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	利用者から希望があった場合はボタン入力等の介助をし電話機を渡し、会話して頂いている。			
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、温度等）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	ホールや廊下には利用者が作成した作品や行事の写真等を掲示し、心地よく過ごせる工夫をしている。	居間のソファやテーブル等は、利用者の動きの妨げにならないよう、ゆとりを持って配置されている。利用者の中で弾ける人がいるとことでピアノも置かれ、くつろげる雰囲気を作っている。居間の大きな窓からは日射しがたっぷり入り込み、外の景色が見渡せ、季節の移り変わりを味わうことができる。		
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	ホールには利用者一人ひとりのくつろげる場所を設けており、談話しやすい環境を提供している。			
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	愛用している物やなじみの物を使用してもらうように家族へ働きかけている。起居動作が容易に行えるように固定ベッドを用意しているが、必要に応じて介護ベッドに変更したり、床に布団を敷いて使用してもらっている。	馴染みの物や思い出のある物が環境作りに欠かせないことを家族に話し、できるだけ衣類や寝具・日用品等持ってきてもらっている。持ち込みが少ない利用者も多いが、入居前の生活状況と大きな違いがないよう、職員が工夫して居室作りを行っている。		
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	安全、安楽を最優先して考え、車椅子利用の方でもスムーズな動作が行えるように配慮している。壁周囲には手すりを配置している。			