

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	0272600420		
法人名	倉石ハーネス株式会社		
事業所名	グループホームさい荘		
所在地	青森県下北郡佐井村大字佐井字原田川目19-19		
自己評価作成日	平成25年8月31日	評価結果市町村受理日	平成25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25年10月19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)】

地域に根ざしたグループホームとして、地域との交流、つながりを大切にしています。当ホームの夏祭りには、毎年100人以上の地元の方が参加し、協力をさせていただきます。また、当ホームでは創設からのスタッフが大半を占めており、お互いに助け合い、補い合い、気心の知れた家族のような関係を目指し、実践しております。

設立時の理念を振り返り、地域密着型サービスの役割について更に検討し、新たに「地域の輪の中で意気・生き」という理念を掲げ、日々のサービス提供に努めている。ホームは村内唯一のグループホームであり、ホームの夏祭りは地域における夏場の一大イベントとなっており、参加者が利用者と交流することで、認知症についての理解に役立っている。また、利用者・職員共に設立当初からの顔馴染みであり、信頼関係も保たれ、心穏やかな日々を過ごしている。
--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと				
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと				
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度				
			3. たまにある				3. たまに				
			4. ほとんどない				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	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)	○	1. 大いに増えている				
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている				
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない				
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が				
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが				
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが				
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが				
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが				
			4. ほとんどいない				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せている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが				
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが				
			4. ほとんどいない				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

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	理念は職員全員で考え、話し合いをして決めており、地域密着型サービスの役割を理解して、独自の理念を作成している。常に理念を掲げ、ケアを見直し、姿勢を保つように努めている。	利用者が家庭的な環境と地域住民との交流の下、自分の意思を持って生活できるように、ホームが目指す姿勢を全職員で考え、設立時の理念をわかりやすいものに作り変えている。職員は理念の意味を考え、ケアの見直しや振り返りを行い、再確認して日々のケアに取り組んでいる。		
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、近隣の住民に気軽に立ち寄っていただけのように声をかけ、働きかけている。地域行事にも積極的に参加している。	ホームの夏祭りでは保育園児によるオープニングの踊りや中学生のブラスバンド演奏がある他、地域の婦人会の踊り披露もあり、毎回100名前後が参加する地域の一大イベントとなっている。また、地域の行事にも積極的に参加し、交流を図りながら、ホームに気軽に立ち寄っていただくように働きかけている。		
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	地域で唯一のグループホームとしての自覚を持ち、認知症の理解を広める活動に取り組んでいる。パンフレット、広告誌に掲載している。			
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	運営推進会議では自己及び外部評価の結果を報告し、改善策について意見交換を行い、職員のサービスの確保・向上に活かしている。	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、地域での徘徊や一人暮らしによる孤独死等の相談事も聞きながら、お互いに情報交換を行っている他、メンバーから出された意見を参考に、今後の取り組みへとつなげている。また、自己及び外部評価結果について説明し、ホーム内にも掲示している他、目標達成計画として掲げた課題については、期間を設定して早急に取り組み、説明がなされている。		
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1回発行する広報誌を配布している。事故があった場合等、状況を即時報告している。外部評価の結果を報告している。	運営推進会議へ役場の福祉課職員が出席している他、地域包括支援センターとは緊急時等にも直ちに対応していただける体制にある。認定調査時は勿論、それ以外の相談にも対応していただき、課題発生時には解決に向けて連携を図っている。		

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	拘束をしないという姿勢でケアを提供している。やむを得ず拘束する場合の手順を明確にし、行う場合は家族に説明し、同意を得ている。玄関のチャイム、鍵はしていない。夜間のベット柵使用の場合は安全性を本人に説明している。	研修等を通じ、言葉による拘束を含めた具体的な内容・弊害について理解を深めており、身体拘束・束縛をしないケアに努めている。無断外出時に備え、駐在所や消防団等に日頃からホーム便りを配布したり、避難訓練やホーム行事への参加を呼びかけ、協力を働きかけている。また、行方不明対策マニュアルや行方不明時の緊急役割分担も作成している他、生命・身体を保護するために、やむを得ず拘束する場合に備え、一連の記録様式や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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待に関する内部・外部研修に参加している他、虐待発生時のマニュアルも作成している。虐待をしない意識を強く持ち、ケアに取り組んでおり、無意識に言葉による虐待をしないように気をつけている。		
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	内部研修等で制度の理解に努め、職員会議等で伝え、周知している。		
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	利用者や家族等にホームの方針や取り組み等について説明し、理解していただいている。退居時は契約に基づき、十分に説明を行い、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	利用者の言動から本人の不満や意見等を把握し、職員で話し合い、対応するようにしている。利用者が遠慮や我慢をしていることも考えられ、職員の対応の見直しについて話し合っている他、ホーム内に意見箱を設置している。	利用者の表情・言動から要望を察知するように努めており、家族の来訪時にも声がけし、不安な事や要望がないかを問いかけ、その都度、早急に対応している。利用者の暮らしがわかるように、ホーム便りには日常生活や行事関係の写真を掲載し、それぞれコメントを記入している他、運営推進会議には家族や利用者の代表が参加し、意見等を話せる機会を設けている。	
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	毎月、全体会議、ユニット会議で話し合い、検討している。職員の意見や希望を聞きながら、勤務体制を検討している。月1回、各事業所の福祉部会議を開催し、職員が意見を提案できる。	毎月、職員会議を開催しており、職員から出された意見はその都度検討し、今後の運営に反映されるように努めている。勤務体制や休暇を取得しやすいように労働条件の整備に努め、定期的な研修会の開催や年2回の健康診断の実施等、心身両面から職場環境の保持に努めている。	

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
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	職員の労働条件を整えている。年2回、健康診断を実施し、健康を保つための体制を整えている。就業規則があり、資格手当への支給や有給休暇が取りやすい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	質の確保・向上に向け、研修や講習に参加し、その後に報告会を行い、職員に周知している。内部研修も計画されており、定期的に開催されている。		
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	同法人、他ホームの相互訪問を行っており、いこくま荘・ゆうなぎの里と交流があり、行事の参加や招待も行っている。資格取得の研修や講習会を通じて、職員育成に取り組んでいる。		
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	利用者の希望等を把握し、家族の思いや希望を受け止め、入居していただけるように信頼関係を築くことを心がけている。		
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	本人のニーズや家族が「これからこうであって欲しい」という要望を聞き取り、対応をしている。連絡等を密に行い、報告、相談を多く持つように心がけている。		
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	ニーズを見極め、必要なサービスに応じて、地域包括支援センター等の関係機関との連携を取っている。		
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	本人の楽しい事、辛い事等に共感している。利用者には自身でできる部分のお手伝いをお願いし、日常生活の習慣として実施していただいている。また、得意分野で力を発揮してもらう等、利用者と職員が共同しながら生活している。		

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
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	家族とは情報交換を入居時から常に行い、ケアプランを共有し、共に支える関係を作っている。必要に応じて受診への協力をお願いし、相互理解の下に健康管理している。		
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	希望に応じて、馴染みの場所や友人、知人、自宅に電話で連絡を取り合い、家族の希望外出、外泊がある場合は外出支援を行っている。手紙のやり取りの際には宛名等の代筆も行っている。	利用者がこれまで培ってきた人間関係や社会との関係を把握し、その関係を断ち切らないような支援に努めている。希望に応じて、電話の取り次ぎや手紙・年賀状の代読・代筆に対応している他、家族の協力を得て、馴染みの場所・買い物・冠婚葬祭への外出ができるように支援をしている。	
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	気兼ねなく、安心してホームでの共同生活ができるように、利用者同士の関係づくりには特に配慮し、全体を把握しながら、利用者が孤立しないように努めている。共に助け合い、支え合って暮らしていただけるようにケアしている。		
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	関係を断ち切らない付き合いを意識して行っている。サービス利用終了後も家族に来荘してくださるよう声がけをしている。		
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	利用者と1対1でゆっくり話をし、希望や意向にはできる限りの対応に努めている。必要に応じて家族等から情報収集し、参考にしている。	ホールでの体操が終わった後には職員が隣に座り、一緒に作業をしながらゆっくりした時間を持つ等、話しやすい雰囲気づくりに配慮し、できる限り、1対1で接する時間を持ち、利用者の思いや意向の把握に努めている。また、過去の生活歴の再確認や関係者の意見も参考に、利用者の視点に立って把握するように努めている。	
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	各担当を中心にアセスメントを行い、ケアカンファレンスにて検討している。アセスメント変更時は家族より新たに情報収集を行い、また、ユニット会議にて利用者一人ひとりのモニタリングをしている。		
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	日々の暮らしの中で、職員は現状を把握し、記録している。生活リズムや心身状態の把握に努め、職員間の申し送りを密にし、共有している。		

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
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	利用者本意であることを確認し、本人の意見を尊重し、介護計画を作成しており、家族にも説明している。実施期間を明示しており、状況の変化に応じて話し合い、見直しをしている。また、介護計画に基づいたケアが行われるように習慣づけている。	利用者本位の具体的な介護計画を作成し、実施期間は3ヶ月と定め、必要に応じて随時の見直しを行い、現状に即した支援となるように検討している。また、各担当職員を中心として、ケース記録・業務日誌を基に情報交換し、全職員で共有してケアに取り組んでいる。	
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	一人ひとりの日々の暮らしの様子や身体状況等について、具体的に記録している。ケアの実践状況はユニット会議や申し送り等で報告し、全職員が共有する仕組みを整えている。		
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	本人や家族との暮らしの継続性を支援するための柔軟な対応を行っている。また、要望には利便性に配慮の上、職員の業務を限定せず、柔軟に支援している。		
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	各行事等に民生委員、ボランティア、地域等の協力が得られている。消火・避難訓練は消防署及び地域の連携部隊に協力をお願いしている。また、救急救命も実施している。		
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、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	定期受診をはじめ、これまでの診療状況を把握している。必要に応じて家族と医療機関との話し合いを行っており、受診結果はその都度報告し、家族との共有が図れている。また、必要に応じて、本人の状態を家族に理解していただき、同行をお願いすることもある。	希望する医療機関や病状に応じた専門医への受診に対応しており、遠方への通院は基本的に家族にお願いしているが、必要に応じてホームで対応することもある。不調・急変時には協力医療機関に連絡・相談して対応していただいている他、受診結果についてはその都度電話で報告し、共有化が図られている。	
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	現在、看護職員は配置されていないが、適宜、利用者の健康管理に努めている。不調、急変時にはかかりつけの病院の看護師に連絡、相談し、早期受診を心がけている。		

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
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。	入院経過や早期退院に向けた医療機関との話し合いが行われている。また、利用者の状態に応じて、家族も含め、話し合う場を設けている。		
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	日常的な健康管理や急変時の対応について、家族や医療機関と話し合いを行っている。重度化した場合の対応に関わる指針はあるが、終末期の対応について、方針の共有ができていない。利用者の今後の変化に備えて対応を検討し、できる事、できない事を見極めていきたい。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」を掲げ、ホームとしての方針を明確にしておき、今後も終末期の対応について検討していくこととしている。重度化して医療的治療が必要となれば、医師からの助言により、対応可能な施設への入居を勧めたり、終末期には訪問診療や訪問看護、状況によって救急車搬送もあることを伝えた上で、家族と一緒に本人が満足するような看取りの支援をしていく体制であることを説明している。	
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	応急処置対応の実施、急変、事故発生時のマニュアルを作成し、職員は実践している。		
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、利用者と職員全員で訓練を行っており、日中だけでなく、夜間を想定した避難誘導を行っている。協力体制については、地域住民や消防署等から理解と協力が得られている。また、非常食もストックしている。	年2回、日中・夜間を想定した訓練を行っており、地域消防団の協力を得て実施している。具体的な避難誘導策を作成し、緊急時の消防署や警察への連絡手順・緊急対応表・連絡表も整えている他、防災設備関係は専門業者へ依頼して、定期点検を実施している。また、玄関先に懐中電灯を常に準備したり、数日間対応可能な非常時用の持ち出し袋を準備しており、隣接する倉庫には卓上コンロ・石油ストーブ・布団・ランタン等の物品を十分に保管している。	
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	言動を拒否、否定せずに、また、利用者のプライバシーに配慮した業務を心がけ、対応している。	利用者の言動を受け入れ、年長者として敬意をはらい、人格を尊重する対応を心がけている。声がけ時は基本的に名字に「さん」付けとしているが、場合により、本人の希望・納得する呼び名にしている。職員は研修を通じて、守秘義務・個人情報取り扱いを十分に理解しており、年1回は接遇全般の研修を実施し、話し合いの機会を設けている。また、広報誌への写真掲載についても了承を得ている。	

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
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	自分の思いを表現できるように働きかけたり、意思・自己決定できるように対応している。		
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	一人ひとりに応じた柔軟な支援、また、状況に合った支援を心がけている。職員は業務を優先することがないように気をつけている。		
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	利用者の好みに応じて衣類を選んだり、着脱の手伝いをしている。また、店に行き、購入もしている。本人が希望する理容店を利用したり、ホームに出張していただいている。外出時はおしゃれを促したり、行事等は髪の設定や化粧等も手伝っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	季節の調理法や準備等を利用者と職員が一緒に行い、食事をしている。また、皮むき、きざみ等の準備や後片付けも一緒に行っている。	希望・好み・苦手な食品に配慮し、固い物・苦手な食材には調理法を工夫したり、旬の食材や差し入れの野菜も組み入れて、できるだけ食欲のわくような献立を作成している。当日のメニューをホーム内に掲示し、利用者の中の当番の方がメニュー発表後に「いただきます」の挨拶をし、食事タイムを楽しんでいる。また、1日の水分量・摂取量を概ね把握・記録し、体重測定・健康診断により、栄養状態の把握に努めている。	
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	1日の水分量、食事は概ね把握している。カロリー計算はされていないが、食欲のわく献立や旬のものを取り入れたり、好物等を利用者に聞き、取り入れるようしている。また、体重測定、健康診断等の結果を栄養状態の参考にしている。		
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	食後の口腔ケアを毎食時行っており、舌ブラシの活用指導と介助をしている。週2回、洗浄剤を使用している他、ブラッシング指導も行っている。		

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
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	失敗や失禁をされても、さりげなくプライバシーに配慮しながら支援をしている。排尿・排便記録を基に声がけし、無理のない排泄を促している。排泄コントロールが低下している利用者については、医師と相談している。	排泄を記録してパターンを把握し、事前誘導をする等、排泄の自立に向けた支援に努めている。おむつ使用は夜間のみで、骨折した方でも日中は可能な限り、トイレでの排泄を試みている。また、排泄失敗時は他の利用者に気づかれないように、居室やトイレ、汚染状況によっては風呂場へ誘導し、迅速に対応している。	
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	なるべく自然排便に努め、散歩・体操等を促している他、食材やメニューの工夫も行っている。また、個々に合わせて下剤の使用をしている。		
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、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2回を目安に、体調や本人の希望を踏まえて対応しており、声がけや自己決定にて入浴していただいている。入浴ができない場合は、清拭・足浴で清潔保持している。また、受診前日にはできる限り入浴していただいている。	毎日、入浴可能な体制を整えており、清潔保持・身体的負担感に配慮しながら、週2、3回位を目安に入浴をしていただいている。受診日前日はできる限り入浴をするようにしている他、本人のペースを尊重しつつ、習慣・疾患等を考慮して、浸かり過ぎないように、また、入浴が楽しみとなるようなサポートに努めている。	
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	一人ひとりの睡眠パターンを把握し、利用者の状態に合わせて柔軟に対応している。寝付けない時は寄り添い、会話をしたり、飲み物を提供している。		
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	服薬内容については利用者の個人ファイルに綴っており、いつでも確認できる。変更時は申し送りをし、誤薬がないよう職員2名で確認している。服薬による変化時は記録し、医師・薬剤師に報告・相談している。		
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	軽作業等の仕事の役割を持っただき、行事等への参加や見学を促し、全利用者または、少数でのドライブを行っている。気分転換ができるように、散歩や日光浴の支援をしている。		
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	自宅、知人・親戚宅等への送迎等は、日常的に希望があれば支援し、外に出る機会を設けており、可能な限りの支援に努めている。随時、気晴らしのためのドライブも行っている。また、月に数回の買い物デイを設けたり、受診の帰りも対応している。	外出の希望があれば、その時々心身状態を見極め、支援に取り組んでいる。昼夜逆転や眠れない方には生活リズムを戻せるよう、また、車椅子利用者にもホーム内の中だけで過ごさず、できる限り周辺への散歩や日光浴を促して、生き生きと過ごせるように努めている。月に数回、買い物デイを設けている他、花見や紅葉見物等を計画し、家族への参加・協力も呼びかけている。	

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
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	利用者の力量や希望に応じて、金銭管理が行えるように支援している。可能な場合には買い物等の支払いをしていただいている。		
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	希望に応じて、電話がけを手伝うこともある。広報誌や写真等の送付も促し、支援している。		
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	四季の花や飾りを工夫し、アットホームな空間づくりをしている。室内の明るさは照明やカーテンで適宜調節している他、過ごしやすく、室内の温度にも気を配り、調節している。また、トイレや居室等の位置がわかりやすいように工夫している。	大きな窓からは周辺の山々の様子が眺められ、居ながらして季節が感じられる環境下にある。天候状況に応じて、陽射しをカーテンで調整したり、照明により適切な明るさに調節している他、温・湿度計を設置したり、加湿器の使用や濡れタオルにより、乾燥を和らげている。時には食卓テーブルやソファの配置換えをして雰囲気を変え、利用者間の人間関係の円滑化を図ったり、各自が居心地のよい場所でゆったりできるように工夫している。	
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	利用者がそれぞれに落ち着ける場所を確保している。食卓テーブルやソファの位置を変える等、自由に過ごせるように工夫している。また、季節に応じて、ひざ掛けやクッションも使用し、寛いでいただいている。		
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	利用者によっては馴染みの物を置いている。家族の位牌を居室に置き、朝ごはん等のお供えを毎日の習慣にしたり、好きな時間に手を合わせることができる。自宅で愛用されていた物の持ち込みを家族に促し、働きかけている。	入居前からの愛用品を持ってきていただくように働きかけ、家族の位牌を持ち込んでいる方には職員がご飯やお水を用意し、利用者がお供えをして手を合わせられるように支援している。また、利用者の希望を取り入れ、心地良く過ごせるような居室づくりを職員と一緒にやっている。	
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	居室の場所の間違いを防ぐため、利用者一人ひとりの表札を掲示し、写真を載せたり、個々に合わせて扉にも工夫している。トイレ・洗面所の使用注意を見えやすい場所に掲示している。手すりの設置や洗面所の高さ、水圧を調整・工夫している。		