

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 A棟・B棟)

事業所番号	027201137		
法人名	有限会社 赤ずきん		
事業所名	グループホーム赤ずきん		
所在地	青森県三戸郡南部町大字大向字泉山道28-1		
自己評価作成日	平成23年8月9日	評価結果市町村受理日	平成 年 月 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)】

食事の支度・家事等を職員と利用者が一緒に行っている。また、月に1度はバイキングを行い、楽しんでい
る。町内のグループホーム同士で交流を図り、2カ月に1回ネットワーク会議を開催している。年に1度秋ま
つりを開催しており、利用者全体での出し物もあり、地域との交流を行っている。

※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	
----------	--

【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23年9月21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)】

ホームはレング調の近代的な造りであるが、周囲がりんご畑で、安らぎと落ち着きを感じさせてくれる。ま
た、敷地を囲む垣根も季節の色づきを映し、眺める人々へも時の流れを感じさせてくれる。ホーム内は、
ホール、事務スペース、キッチン、居室が一望できる構造で、常に利用者職員との距離感が近いので、利
用者へは安心を与え、職員は利用者とのふれあいやすさやサービス提供がしやすい環境である。理念の共有浸
透のために、職員は名札を携行し、いつでも確認できるように努めており、利用者の地域交流や外出に積極
的に取り組んでいる。また、希望に添った医療機関への受診支援を行い、医療機関と家族との橋渡しの役割を
担っている。

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 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)	○	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、地域住民や地元の間 接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)	○	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	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	管理者、職員は地域密着型サービスの役割を理解して事業所独自の理念を作成している。	「その人らしく地域の中で暮らし続けていけるよう、一人ひとりを尊重し、輝かしく生きることを支援する」という独自の理念を掲げている。玄関やホール、職員の名札の裏面へも理念を記載し、常に確認できるよう努めており、地域との関係構築やサービス提供に反映させている。	
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	町内会や商店街等の地域資源に関わりながら、事業所を理解してもらおうとともに、交流を図るための働きかけを行っている。	町内会へ加入しており、近隣住民が花や野菜、古新聞等を届けてくれる。地域清掃や回覧板を届けに利用者と一緒に回り、挨拶や顔見知りになる機会を日頃から意識的に設けている。また「赤ずきん祭り」を開催し、地域住民の憩いの場としても提供している。	
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	見学や実習生、ボランティア等を受け入れ、外部の人を受け入れる際には利用者のプライバシーに十分配慮している。	/	/
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	会議では自己評価、外部評価の結果を報告し、意見交換、情報交換を行い、今後のサービスの質の確保、向上につなげている。	運営推進会議は利用者、家族、町内会長、町職員、社協職員、ホーム職員の参加により、2ヶ月に1回開催している。議題についてそれぞれ発言をいただくよう努め、活発な意見交換の場となっており、大震災を機に、不備を改善する話し合いをしている。また、自己及び外部評価の結果を報告し、いただいた助言を運営上、有効的なものとするよう努めている。	
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	運営推進会議には、市町村職員、地域包括支援センター職員が参加している。また、自己評価、外部評価票を提出し、報告を行っている。	運営推進会議へ町職員、社協職員が参加しており、利用者の権利擁護について相談する等、連携を密に取っている。また、南部町の10グループホームの連絡会があり、町との円滑な連携も図られているが、広報誌等の配布には至っていない。	ホームの広報紙やパンフレット等は町の窓口には置けないとのことであるが、住民への情報提供の必要性を考慮してもらい、町内の10グループホームと連携して働きかける等、今後の対応に期待したい。

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	
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>身体拘束は行わないという姿勢で日々のケアを行っている。玄関や居室等は利用者が自由に出入りできるように工夫している。やむを得ず身体拘束を行う場合は家族に説明、同意を得て理由や方法、期間、経過観察等について記録を残す体制となっている。</p>	<p>職員会議でマニュアルを基に学習したり、外部研修に参加し、職員間で報告書を回覧する等、情報の共有に努めている。やむを得ず身体拘束を行う必要がある場合は、同意書をとったり、経過等を記録する体制を構築している。また、施設の環境としても、施錠をしないケアの実践に努めており、シルバーカーへ鈴をつける等、利用者の動きがわかるよう工夫しており、職員間で連携を取りながら外出傾向の察知に努めている。</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>外部評価への取り組み、実施等を通じて、職員が理解し、日々のケアを提供している。</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>外部評価への取り組みや内部研修の実施等を通じて、全職員が理解を含める取り組みを行っている。</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>契約時は利用者家族等に事業所の理念、ケアの方針や取り組み等について説明している。利用料金等、契約を改定する際には家族等に十分説明を行い、同意を得ている。</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>利用者と職員が馴染みの関係を保てるよう、勤務体制や職員の異動を検討している。職員の異動等を行う場合は、利用者にも与える影響を最少にするための配慮を行っている。</p>	<p>玄関への意見箱の設置と共に、南部町健康福祉課や国保連等の窓口について入居時に説明し、苦情相談窓口の明示をしている。また、日々の関わりから利用者の声を聞きとるよう努めており、運営推進会議では家族から要望・意見が活発に出され、サービス提供へ反映している。利用者のホームでの暮らしぶりや行事予定等を記載した便りを請求書と共に送付している他、利用料の清算時等、毎月家族と話をする機会を設け、意見や要望の把握に努めている。</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	毎月職員会議を行い、意見が反映される仕組みを整えている。	月1回の職員会議で活発な意見交換をしており、利用者の受け入れやサービス提供、運営に関する見直し等、話し合いを重ねて決めている。また、職員と利用者の馴染みの関係を大切にし、異動は主にホームのユニット間で行うようにしており、利用者に不安が生じないように配慮している。		
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	職員の日々の努力や勤務状況等を把握している。また、健康診断の実施等、職員の心身の健康を保つための体制を整えている。			
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	年間研修計画を作成している。研修受講後は報告書を作成し、報告会を行う等、全職員に周知している。			
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	同業者の協議会やネットワークに加入する等、交流、連携の機会が確保されており、日々のサービスの向上や職員育成につなげるために具体的に取り組んでいる。			
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	相談時必ず直接話を聞く機会を設け、設備、居室等を見学して頂き、利用希望者の身体状況や思い、希望、ニーズ、不安等を把握す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	利用希望者や家族の思いや希望、ニーズを把握するように努め、家族との信頼関係を築くことを意識しながら対応を行っている。			

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	
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	対応できることについては柔軟に実行し、すぐに対応できない事に対しては職員間で話し合いを十分に持ち、検討している。			
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	利用者には得意分野で力を発揮して頂けるよう、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	家族との情報交換を行う事により、利用者の様子、家族の思いや気付きを共有する取り組みを行っている。			
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	利用者が知人と電話したり知人等が気軽に訪ねてきてくれる環境作りに努めている。	親戚や友人等との馴染みの関係を把握し、電話や年賀状、暑中見舞い等のやりとりができるよう支援している。家族等が面会に来た際は次の来所も促し、関係性の維持に努めている。また、要望に応じて、美容院や銭湯等の馴染みの場所へ外出できるよう支援しており、家族と連絡を取ってお墓参りに出かける等、柔軟な対応をしている。		
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	利用者の持っている力、個性を活かしてもらうことにより、利用者同士が共に助け合い、支え合うことで、より良い人間関係作りにつなげる働きかけを行っている。			
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	退居先の関係者に対し、利用者の状況や生活歴、これまでのケア等の情報を伝え、これまでのケアを継続してもらえるよう働きかけている。			

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
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	職員は利用者の思いや希望、意向を把握するように努めている、必要に応じて家族や関係者から情報収集を行っている。	利用者との日常会話を大切にしており、思いや希望の把握に努め、必要に応じて家族や関係者からも情報収集をしている。また、職員間で気づきや問題点を話し合い、利用者本位のケアに努めている。	
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	利用者の生活歴やライフスタイル、個性、価値観等を把握し、必要に応じて利用者をよく知る親類や友人等からプライバシーに配慮しながら情報収集している。		
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	利用者の1日の生活リズム、生活習慣、体調変化等を把握するよう努めている。		
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	利用者がその人らしく暮らし続けることが出来るように、利用者の意見を聞くよう努めている。介護計画は全職員の意見や気づきを職員間で十分に話し合い、作成している。また、利用者の状態や家族の希望等に変化がないか、常に観察や把握をする取り組みを行っている。	介護計画は利用者の希望や家族の要望・意見を取り入れ、月1回のケア会議で全職員が話し合いをした上で作成している。6か月ごとのモニタリングで再アセスメントしているが、利用者の生活の変化や希望・要望の変化へ常に気を配り、必要に応じて随時見直しを行っている。	
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	一人ひとりについて日々の暮らしの様子や身体状況について記録している他、職員の気づきや工夫を記録している。		
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			

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	地域のボランティア団体等の存在を把握し、協力を呼び掛けている。			
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	本人及び家族等の希望を大切にし、状況に応じて必要な医療機関を受診できるよう支援を行っている。	入居時に利用者のこれまでの受診状況を把握し、可能な限り継続受診や、利用者や家族が希望する医療機関での受診を支援している。受診の際には職員が付き添い、利用者の生活の様子や変化を伝えており、医療機関と情報交換をしている。また、受診の結果については、便りや電話、面会時を利用して家族等に報告している。		
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	利用者の状況を十分に把握した看護師を配置し、協力医療機関との連携体制を整えている。			
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。	入院時には情報提供票を作成し、利用者に関する情報交換を行っている。また、状況に応じて退院に向けた支援体制について、家族も含めて話し合いを行う体制を整えている。			
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	重度化や終末期の対応について研修会等に参加し、事業所で出来ること、不安なこと等について話し合っている。終末期の対応については、利用者・家族・医療機関と早期から話し合いを行い、意思統一を図っている。	利用者や家族には入居時に重度化についての対応を説明した上、同意を得ている。利用者の状態の変化に応じ、早期に家族、医療機関との話し合いの上、意思統一を図るよう努めている。また、看取りの経験を活かし、ホームでの可能な対応や職員の不安についても医師と情報を共有し、連携体制の充実に努めている。		

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
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	急変・事故発生に備え、全職員が応急手当や救急救命の訓練を行えるようマニュアルを作成し、定期的に見直しをしている。		/	
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	災害時に備え、定期的に避難訓練を実施し、(特に夜間想定)消火器等の設備点検を定期的に行っている。また、災害発生に備え、備蓄品を用意している。		年2回、消防署立会いの下で避難誘導、通報訓練を実施しており、2ヶ月に1回、夜間を想定した自衛の避難訓練も実施している。定期的に避難通路の確保や設備点検を実施し、紙おむつや防寒用品、非常食も備蓄しているが、地域住民等へ働きかけるまでには至っていない。	非常時に備え、地域住民に避難訓練実施に参加してもらう等、協力が得られるような働きかけに期待したい。
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	羞恥心やプライバシーに配慮し、人格を尊重して介助、声かけを行っている。また、対応の仕方について、職員全体で確認、改善に向けた取り組みを行っている。		日々、利用者一人ひとりのペースやリズムを尊重してケアに努め、名前を呼ぶ際にも、それぞれの人格を尊重し、意向を確認した上で、苗字や名前での呼称を決めている。排泄や入浴の際は、特にプライバシーへの配慮を全職員が心がけている。	
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	利用者が自己決定できるよう積極的に働きかけている。また、言葉で十分に意思表示できない場合でも表情や反応を読み取り、自己決定出来るよう支援している。		/	
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	その日の利用者の状態に合わせ、出来る限り自分のペースで過ごせるよう、柔軟な対応を行っている。		/	
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	利用者の希望を聞きながら美容師が訪問して定期的に散髪を行っている。(希望があれば馴染みの美容室に出かけられるよう支援を行っている。)また、衣類や整容の乱れにはさりげなくサポートを行っている。		/	

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	
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	利用者の状況に応じて食事の準備・片付け等を促し、職員と一緒にしている。可能な限り職員も利用者と一緒に席に着き、サポートやコミュニケーションをとりながら食事を摂っている。	食事は利用者の好みの物や季節感のある物を取り入れるよう心がけ、栄養士が確認をしている。食事の下準備や片付けが可能な利用者は職員と一緒にしており、食事の際には音楽をかけ、利用者と職員で食卓を囲み、会話を楽しんでいる。		
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日の食事摂取量、水分量を記録に残し、概ね把握している。食が進むように体操や盛り付け等、工夫を行っている。			
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	口腔ケアの必要性を全職員が理解し、毎食後に各利用者の口腔ケア・義歯の手入れを支援している。必要があれば歯科医師が訪問し、義歯の調整・口腔ケアの指導を行っている。			
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	一人ひとりの排泄パターン・回数を記録し、概ね把握している。その上で一人ひとり工夫を行い、自力でトイレにて排泄を行えるよう支援している。	職員は排泄の自立支援は重要であると認識しており、それぞれのタイミングで事前誘導し、トイレでの排泄自立に向けて支援している。一人ひとりの排泄パターンを把握して記録をし、おむつ使用についてはケア会議で検討している。		
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	便秘の原因や及ぼす影響を理解しており、利用者一人ひとりの体調を注意深く観察したり、運動や飲食物等を工夫する等、出来る限り自然に排便できるよう支援している。必要があれば家族・医療機関と相談し、下剤等で調整を行っている。			
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	羞恥心や負担感に配慮し、快適に入浴できるよう支援している。	週2回の入浴日としており、職員は利用者の習慣や好みを把握し、気分に応じた入浴ができるよう支援している。入浴の拒否がある場合は、無理強いせず、声かけ誘導する等、羞恥心や負担感へ配慮している。また、利用者の要望で、銭湯での入浴支援も行っている。		

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	
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	その日の出来事や体調に応じて柔軟に休息を取り入れている。眠れない利用者に対しては付き添う等の適切な対応を行い、必要があれば家族・医療機関と相談しながら眠剤の服用等、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	一人ひとりの服薬内容を全職員が把握できよう取り組みを行っている。服薬が利用者の心身の安定につながっているか、副作用がないか日常的に確認している。			
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	利用者の生活歴や力を把握し、一人ひとりに合った役割や楽しみ事を促すような働きかけを行っている。また、その日の体調等にも配慮し、柔軟に対応している。			
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	利用者の楽しみや気分転換につながるよう、日常的に外に出る機会を作っている。身体状況に合わせ、移動方法や移動距離に配慮した支援を行っている。	お花見、牡丹園散策、南部祭り、りんご狩り、ドライブ等のホームの行事や、散歩、買い物等の日常的な外出の機会を多く設け、気分転換に努めている。また、利用者や家族の希望を確認し、お墓参り等にも対応している。外出の際は、身体状況に応じて、車いす車両や大型バスを使用する等、配慮している。		
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	利用者が自ら金銭管理を行えるよう支援している。金銭管理を行っていない利用者でも買い物時には支払いを行ってもらえるよう支援している。毎月小遣い帳にて金額、使途に関する報告を家族等に行い、合意を得ている。			

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	
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	年賀状・暑中見舞い等を作成し、家族や知人に送れるよう支援している。また、利用者が電話をかけやすいような雰囲気作りに努めている。			
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	生活感・季節感を取り入れ、利用者が過ごしやすい空間づくりを心掛けている。	ホーム内は窓が多く、日差しが入ることで明るく、暖かい。利用者が集うホールの大きな窓の目前にはりんご畑が広がり、季節を実感し、行き交う車や人の動きで一日の流れも感じることができる。また、床暖房の設備等、室温や湿度にも配慮しており、流れる音楽やテレビ音は適切で、利用者と職員が笑顔で楽しく会話できるような、心地良い空間となっている。		
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	共同空間に利用者が一人で、あるいは数人で過ごせる場所を確保している。利用者同士の関係性に配慮した居場所づくりや環境作りを行っている。			
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	利用者の意向を確認しながら、職員と利用者が一緒に個々に合った居室作りを行っている。	居室への持ち込みの物は比較的少ないものの、各居室はシンプルに整っている。利用者や家族と相談し、装飾物や収納棚、ベッドのレイアウトを決め、一人ひとりの居心地良い居室づくりに努めている。		
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	一人ひとりの身体状況に合わせ、安全で、自立した生活が送れるよう工夫している。必要があればその都度手すりの増設等を行っている。			