

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	0272701202		
法人名	有限会社サンライズ		
事業所名	グループホームふくち		
所在地	〒039-0815 青森県三戸郡南部町大字福田字町頭8番地1		
自己評価作成日	令和元年10月17日	評価結果市町村受理日	

※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	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	令和元年11月14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"> ・入居者様一人一人のリズムで生活して頂けるように、個別性を尊重し、支援を行っている。また、入居者様の個々の能力を最大限に活用出来るように、個別の介護計画に自立支援を取り入れて実践している。 ・行事の際には、地域のボランティア様やご家族様に参加して頂き、事業内容や認知症についての理解が深まるように努めている。 ・専門学校等の外部実習を積極的に受け入れて相互間のスキルアップを行いながら、介護人材の育成を意識している。 ・他事業所等との連携を重視した取り組みを行っている。
--

【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)】

<p>自然豊かな四季の移り変わりが感じられる地域の中に、3年程前建て替えられた2階建て、2ユニットのグループホームである。共有スペースは大きな窓があり陽の光が十分に入ってくる。また、2階ベランダからは豊かな景色も楽しむこともできる。そんな温かい空間の中で、利用者・家族の要望をできる限り反映しようとする工夫がされた支援が行われている。また、町と協同での認知症カフェ開催やグループホームの行事を地域住民へ参加を呼び掛けたり、災害時の消防団との連携を検討するなど地域との関わりを重要視した活動も行われている。</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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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くらいと 3. 家族の1/3くらいと 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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)	○	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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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くらいが 3. 職員の1/3くらいが 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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 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	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くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 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

[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
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	・運営理念を掲示し、個々の職員に理解、自己啓発を促すように努めている。	介護計画作成時に、地域密着型サービスの意義をふまえた理念を確認、意識することで共有し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	・行事などで地域のボランティア様に積極的に声を掛けて参加して頂いている。 ・認知症カフェを開催し、地域の方に参加して頂いている。 ・地域の行事(お祭りや盆踊りなど)へ参加、近所のスーパーへ買い物へ行くなど施設への理解を深めて頂く様に努めている。	敬老会やクリスマス会などの大きい行事等に地域のボランティアサークルに声がけし参加してもらっている。また、認知症カフェを二ヶ月に1回開催し地域住民にも発信している。また、近所の神社の霊大祭にも参加し地域とのつながりを重要視している。	
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	・認知症カフェを開催し、地域の方に認知症への理解を深めて頂ける様に努めている。 ・行事などを通じて、地域ボランティア様や地域の方との関わりの中で実践出来ている。		
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	・会議参加者との意見交換を行っている。 ・事故報告を行い、意見を頂き再発防止に繋げている。 ・意見、要望に関しては、職員会議の場などで協議してサービス向上に繋げている。	運営推進会議において、地域参加の小さな夏祭りのようなものを開催したらいいのではないかという意見があり実現している。近所の方の参加もあり、利用者も楽しむことができサービス向上に活かされている。	
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取り組んでいる	・運営推進会議で運営状況などを報告し、町役場担当者から助言を頂く機会がある。 ・町の包括支援センターに協力して頂き認知症カフェを開催している。	町役場担当者とはいい関係性を築けており、困った時や相談したい時は気軽に連絡できている。認知症カフェの開催にあたっては、町の地域包括支援センターと協働で実施するなど協力関係が築かれている。	
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	・身体拘束適正化委員会を設置し、3か月に1回は委員会を開催している。また、身体拘束についての勉強会を行っている。	身体拘束の指針に基づき委員会が開催され、検討された内容は全職員に回覧し共有することができている。その他、内部で開催された研修に参加し、現場職員にフィードバックしている。玄関にも施錠はせずセンサーで対応するなど身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	・身体拘束適正化委員会で虐待を含めて話し合いをしている。 ・虐待についての勉強会を行っている。 ・虐待防止マニュアルをいつでも閲覧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
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	外部研修などで各職員が学んでいるが、全職員が理解しているとは言えない状況であるため、勉強会などを行い周知に努める。		
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	・その都度、ご利用者様に説明し納得して頂いた上で契約を締結している。 ・不明な点などがある場合は、いつでも連絡頂く様に説明を行っている。 ・面会時に積極的に声を掛け、困っている事や疑問に思っている事を伺う様にしている。		
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	・玄関に苦情箱を設置している。 ・面会時に入居者様の生活状況などを報告し、意見を聞く様にしている。 ・契約時に苦情を受け付けている外部の窓口などを紹介している。	苦情箱は玄関に設置しているが、面会時に意見・要望が聞かれる事が多い。その際は、シートに記入し会議などで共有し、反映している。	
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	・日々の業務、ケアに対する職員個々の意見や提案をアンケート形式で作成し、月一回の職員会議の場で検討している。	職員目線や利用者目線で記入できるシートを用意し、会議前に配布している。意見を徴収した上で会議で検討を行い、疑問や要望に応じている。その中で、カラオケ機器の導入や小上がりの設置が実現したり、仕事を円滑に進めるために書類の改善なども行われるなど職員の意見が反映されている。	
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	・運営者は頻りにホームへ来所し、ホームの円滑な運営に対し助言すると共に、職員個々に対してコミュニケーションを図る時間を大切にしている。 ・月一回運営会議を行っている。 ・親睦会の開催		
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	・外部研修への参加の機会を設けている。 ・職員個々の能力に合った研修へ参加するように勧めている。 ・研修等で得た知識や技術を職員会議や勉強会で報告している。		
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	・グループホーム協議会等で開催される研修会や親睦会などへの参加を進め、他事業所の職員等と情報交換を行う機会に参加している。 ・2か月に1回開催される南部町GHネットワーク会議に参加し、情報共有を行っている。		

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
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	・利用開始前に、本人やご家族に必ず面会し、自宅での生活状況や生活環境などを把握してリロケーションダメージが少なくなる様に配慮している。 ・日々のケアを通じて、コミュニケーションを積極的に取るようにし早期に信頼関係の構築や環境に慣れて頂け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	・利用開始前に必ず面会をし、ご家族の要望等を伺い、本人様の意向を踏まえた上で職員で協議し、ケアプランの作成に役立てている。 ・利用開始前に、ご家族に要望等についての書類を記入して頂きケアに役立てている。		
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	・利用者から収集した情報を基に、センター方式等のアセスメントツールを使用してプランニングを行い、カンファレンスを実施し利用者説明している。 ・満床時の入所申し込みや他施設が適切と判断した場合には他施設を紹介している。		
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	・生活支援や日々のコミュニケーションを通じて、利用者が持ち得る知識や能力を活かし、自分自身の生きがいややりがい、人に感謝されて生活する事に重点を置き、残存能力を活かせる様に支援している。 ・礼儀を忘れず接する様にしている。		
19		○本人と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	・面会や来所時などに本人と家族の時間を楽しく過ごして頂ける様に配慮し、気付いた点等を伝えて頂けるような関わりを心掛けながら、近況報告を行っている。 ・毎月、生活状況などを記載したホーム便りを書く担当職員が作成して家族へ報告している。 ・家族へ行事参加を勧めている。		
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	・自宅へ外出や外泊をする機会がある。 ・知人等の面会を自由に受け入れ、一人一人の関係継続に努めている。	近所の人が面会に来所されたり、定期的(お盆、お正月)に自宅に戻って外泊するなど、馴染みの人や場所との関係継続が支援されている。また、利用者からの希望があれば、自宅付近をドライブなどの外出支援も行われている。	
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	・ケース会議や職員会議で利用者同士の関係性を職員間で共有し、座席の位置などにも配慮している。 ・生活支援や行事を通じて利用者同士が協力し合える場面を作っている。また、その場面では職員があまり介入せずに危険がない限り見守る様にしている。		

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
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	・退所時に困った事がある時にはいつでも相談に応じる旨を説明している。 ・入院にて退所となった方の面会などで病院に伺い、状況を把握し、繋がりを作るようにしている。		
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	・センター方式を活用し、日々の関わりの中での言動や表情の真意を推し測り、意向の把握に努めている。 ・日々の状況を記録し、職員間で情報共有して生活を支援している。	毎日の生活状況が個別に一枚のシートに記録され職員間で共有されている。また、利用者との会話の中から出た要望や意向も一緒に記入されており個々の意向把握に努めている。	
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	・利用開始前に面接し、事前に利用者の情報を記載して頂き、職員間で情報を共有している。 ・他サービスの利用経過については担当であったケアマネに連絡し情報の把握に努めている。		
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	・介護記録に活動内容や心身の状態を記載して現状を把握し、職員間で共有している。 ・共有した情報をアセスメントに役立て、本人のニーズをよりの確に引き出すように努めている。		
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	・計画は利用者、家族に意向を確認し、カンファレンスを通して課題や改善点の話し合いを行い、日々の暮らしの様子や気づき、本人からのサイン等を記録し共有している。また、個々の状態変化にも合わせ見直している。	家族が、面会に来た際に日々の状況を報告し、具体的な要望を聞く事で、関係者の意見が反映された介護計画の見直しや作成が行われている。	
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	・利用者毎の記録を作り、生活の様子や認知症の症状についての職員の気づき等を記載している。介護計画を作成する際、その情報を役立てたり、申し送りで情報共有を図っている。		
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	・ご家族の都合により、病院受診の対応が困難な時には職員が受診に付き添っている。 ・ご家族の負担を軽減する為、訪問診療を受ける事が出来る体制がある。		

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	・地域ボランティアの訪問や認知症カフェの開催により、地域の方との交流機会がある。 ・消防隊員の指導の下、消防訓練を実施している。		
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	・協力病院の往診もあるほか、かかりつけ病院への継続支援が出来ている。家族が付き添う場合は連絡票を作成し、医療機関へ情報提供し、主治医からの指示や相談も気軽に受けられるように対応出来ている。	往診は月2回、かかりつけ医への受診を行う時は、家族へ連絡し、協力しながら送迎や診察時の付き添いを行っている。また、家族が対応する場合は、医療機関との連絡票を作成し、スムーズな受診が行えるよう工夫されている。	
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	・看護師を配置し、利用者の健康管理を行っている。また、職員が看護師に相談し、医療面の助言を受ける体制がある。 ・24時間オンコール体制があり、助言や看護師の処置を受けられる体制がある。		
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、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。	・入院した際にはホームでの生活の様子や入院までの状態などを医療機関へ情報提供している。 ・職員が入院中の利用者に面会へ行き、病状や身体状況の把握に努めている。また、看護師等に話を伺い、退院時期などを確認している。		
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	・入所契約時に重度化や看取りについて本人、ご家族へ説明している。状態の変化に合わせ、意向を確認しながら支援している。 ・重度化した場合でも安心してサービスが受けられる体制作りをし、安楽な最期を迎えられるように支援している。 ・勉強会を行い、職員が不安なく対応出来るように取り組んでいる。	看取りに関する指針が作成されており、入居時に意向確認が行われているだけではなく、状態変化等があった場合は、その都度意向の確認が行われている。また、実際に看取りが必要になった時には改めて指針について説明を行い同意を得た上で家族と職員間、医師との連絡を密にし、看取りが近づいた時は家族に宿泊してもらうなどして対応している。そのため内部研修も行き、看取ったあとは職員会議などで振り返りを行っている。	
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	・緊急時の対応マニュアルがあり、緊急時でも見やすいように掲示している。 ・職員が救急救命講習を受けている。 ・救急通報訓練を実施している。		
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	・消防指導のもと、年2回の避難訓練に取り組み、職員全体が避難方法を身に付けるように努めている。 ・避難場所の確保、食料品や日用品、寒さをしのげる物品の準備をしている。 ・消防団との協力体制を検討中	年2回の防災訓練は主に夜間を想定して行っている。避難誘導の際に夜勤者だけでは時間がかかるため、消防団と緊急時の体制づくりができるよう努めている。食料品などの備蓄は1週間ほど用意されている。また、今後停電等の2次災害に備えた発電機等購入ができるよう進める予定である。	

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・センター方式のアセスメントツールを使用することで、日々のケアの際にでも瞬時に思いやニーズを把握しその状況にあった適切な声掛けや対応を個別に行うよう努めている。 ・居室に入る際にはノックをしたり、本人に断ってから入室するように配慮している。 	日々の業務の中で、状況に応じた声掛けや個別対応が指導されており、人格を尊重した配慮ある支援がなされている。朝礼などの申し送りの際にも気づいた事がその都度確認されている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・日常的にその方の状態に合わせ、ご自分で決定できるような声掛け方法を実践し取り組んでいる。 ・思いを傾聴した上で介護者目線の押し付けなどではなく、入居者様が自己選択できるような声掛けを心かけている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・個別に日課の目安となる時間は決まっているが、自己決定を基本とした声掛けや提案を行っている。 ・一日の業務は決まっているが、入居者様のケアを優先する体制にあり、業務が出来なかった場合は申し送り、次の日に行う事になっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・起床の際など、自分で服を選んで着て頂くよう、個別に必要な支援をしている。 ・在宅で生活していた時の習慣や物品等、継続できるように支援している。 ・訪問理容室を利用して頂いているが、馴染みの理容室の利用も選択できる体制にある。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の能力や、自己選択を基本として食事の準備や後片づけを職員と一緒にしている。 ・食事の盛り付けなど見た目にも配慮している。 ・食べたいものに関しても、入居者様の声を聞いてメニューに取り入れている。 	食事管理委員会が設置されており、そこで利用者の要望を検討している。季節の食材を取り入れながら利用者と調理法を相談して決めており、利用者から要望があった時は後回しにせずその日のうちにメニューの変更が行われている。また、要望があれば外食の機会も行事として提供されている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・食事量や水分量の管理が必要な方は記録をして把握に努めている。 ・入居者様の状態に応じた食事形態で提供している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者様の習慣を考慮したうえで、個々の状態に合わせた支援を毎食後に行っている。 ・必要に応じ訪問歯科医に来ていただき、口腔ケアの指導を受けている。 		

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	(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	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄記録にて一人ひとりの排泄パターンを把握し、カンファレンス時に協議し、排泄の自立や清潔の保持に役立てている。 ・失禁の種類等を把握して、夜間帯はポータブルトイレを居室に設置して尿失禁が少なくなるようにしている。 	排泄記録表を用いて、個人の日報に転記していくことで日々の排泄パターンを把握している。把握できたパターンに合わせてトイレ誘導を行ったり、排便を促す支援を行ったりしている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・勉強会などで便秘について理解し、できるだけ服薬しないで排便できるように行っている。(腹部マッサージや冷水の飲用等) ・食物繊維を意識してメニューに取り組んでいる。 ・医師や看護師に相談している。 		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴日や時間は決まっているが、入居者様に希望を伺いながら順番に入浴して頂いている。入浴日に入らなかった方に対しては翌日入浴して頂けるような体制にしている。 ・入浴以外には足浴を行っている。 	週4回入浴日を設定していることで、入浴日の変更がスムーズに対応できたり、一人一人がゆっくり入浴できるよう時間が確保されている。また、入浴剤を利用して、お湯を楽しめるように取り組んだり、利用者個人の要望に合わせて好きな音楽をかけて入浴したりとできる範囲で要望に応えている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	<ul style="list-style-type: none"> ・生活空間で傾眠がみられた場合等には居室で休むかを自己選択できるよう職員は声掛けを行っている。 ・休まれるときには光や音など個別に配慮し、安眠に繋げるようにしている。 ・自宅で寝間着に着替える習慣があった方には、着替えて休んで頂くよう支援している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の内容をファイリングしており、いつでも確認できるような体制にある。 ・薬について不明なことがあれば、薬剤師に直接連絡し相談できる体制である。 ・薬の内容が変わった場合は、職員が注意深く観察し、様子を記載し申し送る体制や医師に相談できる体制もある。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居時に入居者様から伺った情報を元に個々の能力や能力や状況にあった役割等カンファレンスで話し合い、入居者様の主体性や希望、その人らしさを大事にし、個別に支援できるよう配慮している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・1か月に1回は外出の行事を行っている。 ・行事計画の際は、入居者様の希望や意見を取り入れ計画を立てている。 	季節や地域の行事に合わせてながら年間計画を作成しているが、その都度利用者の希望に合わせてラーメンを食べに行ったり、回転寿司を食べに行ったりと要望に合わせて行事が追加されている。また、利用者個人の誕生会を誕生日に開催するなど個々の記念日が尊重された支援が行われている。	

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
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	・買物や食事会の際、支払いを入居者様に行って頂く支援をしている。 ・希望がある際などには、職員と入居者様とご家族と協議、ご自分で管理して頂く体制である。		
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	・入居者様からの希望時や、ご家族からの電話があった際には電話で会話して頂く支援を行っている。		
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	・家庭的な雰囲気合った設備、備品を設置している。(ひな壇飾りや、畳の小上がり等) ・大きな生活音(掃除機)は事前に入居者様に声をかけてから行うよう心掛けている。 ・入居者様の意見を元に、温度や明るさの調整を行っている。	利用者で作成した季節を感じる作品を共用スペースに掲示したり、利用終了後も遊びに来てくれる地域の方が提供してくださる花の写真を掲示するなど居心地の良い空間がつくられている。また、オール電化で過ごしやすい温度管理を行っていたり、窓が大きく開放感のある空間など明るさにも配慮されている空間である。	
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	・ホールにソファや小上がりを設置し、仲のよい入居者様同士が座れるよう配慮している。 ・廊下にも椅子を置き、開放的な空間の中にも、プライバシーを保つことができるよう配慮している。		
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	・ご自宅から愛着のある家具等の持参をお願いし、少しでも早く、ホームの生活に慣れて頂けるよう工夫している。 ・入居者様が必要と思った物品に関しては、ご家族に相談し持ってきて頂くケースがある。	テレビやラジオをはじめ位牌を持ち込んだり、長年使用したタンスを持ち込んだりと愛着のあるものに囲まれている居室が作られている。希望する方は、コップや箸なども馴染みのものを持ち込んで使用してもらっている。	
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	・入居者様の状態に応じた移動手段や、移動の際の器具等(てすり)を設置している。 ・入居者様の能力に応じた物品(シングルハンガー)を設置し、自分のことはできるだけ行って頂くように配慮している。		