

1 自己評価及び外部評価結果

事業所番号	0272100942		
法人名	有限会社 ひかりの里		
事業所名	グループホーム ひかりの里		
所在地	青森県西津軽郡深浦町大字風合瀬字大磯195-16		
自己評価作成日	平成22年9月18日	評価結果市町村受理日	平成23年1月10日

※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.aokaigoiyouho.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0272100942&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14日

(ユニット名)

【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)】

どうしてもホームに入ると温泉などに行かなくなりますが、我がホームは温泉に出かけ知っている人との出会いを大切にしています。

【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)】

施設は木々に囲まれ季節の移ろいを十分に堪能できる場所に立地している。ホームの特殊性を地域に還元するため、認知症介護の懇話会を主催したり、また、役場事業である毎週月曜日に地域の集会所で行う保健師の健康教室に積極的に参加協力し、地域の一員として積極的に信頼関係構築に努力している。また、利用者の希望を尊重し、馴染みの友達の訪問を快く受け入れ、お手紙などのやり取りのお手伝いをしたり、地域の方との交流を通じて社会性の維持につとめている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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. 全くいない
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

※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>朝の申し送りの際、理念を理解し、理念に対しての目標を述べ取り組んでいます。気づきノート、振り返りノートを作成し、日々取り組んでいる。</p>	<p>利用者がこれまでの家庭での生活の延長と、生きがいを持って生活できるように『私達は地域のつながりや、かかわりあいを大切に考え、家族に支えられながら、その人らしく健やかで、安心して暮らせる生活を支援します』という理念に基づくサービスを旨とし、理念を施設内やパンフレットなどへ明記し、内外への周知とその実践に努めている。</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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している</p>	<p>近隣を散歩しての声をかけたりされたりホームに遊びに来てくださる方、訪問に来ていただいたり、こちら側から出向くなど日常的に交流をしている。</p>	<p>認知症介護の理解のため、地域懇話会を主催したり、また、役場事業である毎週月曜日に地域の集会所で行う保健師の健康教室に積極的に参加協力し、地域の一員として積極的に信頼関係の構築に努めている。</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>認知症や日頃行っていることで何か役に立つことがあれば講話会を開く。また、ホーム内の状況も知らせたりとオープンにしている。</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>意見交換をすることにより、気づきや良い点を述べてもらう事でサービスの質の確保、向上につなげている。</p>	<p>開催実績は2ヶ月に1回、主にホームから年間の事業計画と自己評価及び外部評価の結果など説明され、テーマを決めて勉強会を地域住民を集めて実施している。</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に取り組んでいる</p>	<p>地域包括ケアセンターの会議に参加し、運営や現場の実情を伝え、サービスの課題、解決に向けて協議し、市町村等とともにサービスの質の向上に向けて取り組んでいる。</p>	<p>運営推進会議には、地域包括支援センターの職員が毎回出席しており、ホームのパンフレットや広報誌を役場に配布、設置をしてもらっている。さらに、自己評価および外部評価結果、年間行事予定をお知らせし、サービスに関する助言が得られている。</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>できるだけ身体拘束をしないという方向で考え、日々のケアの中に工夫や声かけを取り入れてサービスを提供している。やむを得ず身体拘束を行う場合は拘束理由や実施期間等を記録し、家族の同意を得たりするなど体制を整えている。</p>	<p>「運営規程」「利用契約書」「重要事項説明書」などに身体拘束その他の行動制限をしないことを明示し、日々のケアを提供している。身体拘束に該当する行為に対処する必要がある場合には、利用者、家族には拘束に該当する旨を書面で説明し、同意を得て行っている。近隣住民は施設の機能や認知症について理解をしており、過去に徘徊の情報協力を得た例がある。</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>管理者は日々のケアの場面を見て気づきの言葉や話題の切り替えに配慮するとともに、職員に対しても虐待についてのあり方や対応について指導し共有している。</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>管理者や職員は社内研修で権利擁護に関する事を勉強し、理解している。</p>			
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>契約の締結、解約または改定等の際は、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>契約時に利用者や家族等に理念やケアの方針について説明し、納得してもらった上で契約を結んでいる。訪問の際、不安や疑問等について尋ね、十分な説明を行い納得していただいている。</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>事業所内に苦情受け入れ箱を設け面会の際、意見や要望を話していただくようになっている。家族から出された意見や苦情は日々のケアに反映させていく取り組みをしている。</p>	<p>利用者から苦情要望など出された際にはその都度口頭で対応し、申し送りノートに記載し、職員全員で周知の徹底をしている。家族来所時や毎月利用料請求時に施設での暮らしぶり、医院受診状況、金銭管理の収支記録等を報告している。</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	
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	事業所の運営方法や利用者の受け入れ等については職員の意見を聞く機会を設け反映されるようにしている。	利用者情報は、毎日の業務引継ぎ時に口頭と申送りノートにより伝えられ、管理者と意見交換し、よりよいサービスにつなげている。また、月に1度の全体会議でサービスの質の向上に向けて話し合いも行っている。		
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	代表者は良い点に対しては褒め、できないことに対してはアドバイスを与える、それぞれが仲良く働けるような環境、向上心を持って働けるような職場環境に努めています。			
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	管理者は職員の質の確保、向上に向けた育成の必要性を認識し、場面場面においての声掛けや方針を作っている。研修内容は報告し、日々のケアに活かせるよう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	地域包括ケアセンター主催の会議に参加し、交流はもっており、職場にも訪問している。			
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	関わりを多く持ち、心から安心して話してもらえるような関係作りに努める、相手を受け入れ不安や要望、傾聴を重要視する。			
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	家族が困っていること、不安に思っていること、要望などに耳を傾け力になり支えてあげるなど信頼関係作りに努めている。			

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	相談時の利用希望者やニーズに対して、その時点でどんなサービスが必要か見極め説明し家族や利用者を選択していただく。			
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(炊作り、裁縫、掃除、配膳、食器拭き他)で力を発揮していただいたり、介護員が知らないことなども知らせていただいたりと家族的な関係を築いている。			
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	利用者の家族の元に広報やお手紙で利用者の近況を伝える。訪問時には家族の悩みや希望を聞き利用者を共に支える関係作りをしている。			
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	必要に応じて馴染みの美容院や親戚の家に出かけたり、近場の温泉、風合瀬いかやき村、八森山、小学校の運動会への参加など馴染んできた人や場所への外出支援に努めている。	利用者のこれまでの生活スタイルを尊重し、共同生活における作業を通じて利用者の生活意欲を高めることにも配慮している。利用者の希望を尊重し、馴染みの友達の訪問を快く受け入れ、手紙などのやり取りの手伝いをしたり、地域の方との交流を通じてこれまでの関係の維持に努めている。		
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	部屋にひきこもらないよう声掛けし、できるだけ皆と交わり、支え合えるように努めている。一人であるのが好きな時もあるので本人の思いを感じとり対処に努める。			
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	サービス終了後も相談や支援に応じる事は家族に示しています。また、お手紙を差し上げたりしている。			

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	職員は利用者の思いや希望を把握するよう努めているが、十分でない場合は利用者の視点に立ち思いを感じ取る、または、家族や近隣の関係者から情報収集を行う。	利用者の入居時に詳細なアセスメントシートを作成し、利用者の思い、いきがいなどについて家族にも照会しながら情報収集に努めている。また、日常生活の中で利用者の新たな希望や意向を把握するよう努めている。全職員統一したサービス提供のため、管理者と職員間で利用者情報の共有の徹底に努めている。	
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	家族や利用者を良く知っている親類や友人から情報の収集を行っている。		
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	センター方式を活用し、一日の暮らし方や生活のリズムを把握している。		
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	介護計画は、全職員の意見や気づきを元に職員間で十分に話し合い、作成している。	介護計画の作成は、利用者、家族からの意見なども参考にし、介護計画の策定に努めている。計画は3ヶ月毎に見直し、利用者のこれまでの状況と評価結果について記録し、提供サービスについて家族の同意を得て行っている。利用者の身体状況の変化や、利用者や家族等の希望のあった際には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	一人ひとりの介護日誌を毎日記録すると共に気づきや振り返りノートに記入している。		
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	必要に応じて利用者や家族等、地域からのニーズに応えるよう自主サービスの開発を実施している。例えば、ホームへの見学送迎、一日体験サービス等。		

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		<p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>消防署の協力で避難訓練や救命救急等の講習を行っている。ボランティアに訪問に来ていただき、歌や踊り等を披露していただく。</p>			
30	(11)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>入所前からのかかりつけ医に定期的な受診をし、体調の変化が見られた時は、必要に応じて受診できるよう支援している。</p>	<p>入居前と入居後の受診経過を記録し、把握されている。また、医師の受診の際にはホームで見られた症状や観察も添えて報告し、利用者の認知症の進行の予防、改善に努めている。また、家族への受診結果は利用者や家族等の安心が得られるよう毎月報告されている。</p>		
31		<p>○看護職員との協働</p> <p>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</p>	<p>地域包括ケアセンターの看護職員、または、受診時の看護職員に相談している。</p>			
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。または、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。</p>	<p>退院に向けた支援体制について家族を含めた話し合う体制が作られている。</p>			
33	(12)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>利用者の重度化や終末期の対応については運営規定にもりこんでいる。また、健康管理については医療機関と契約を結び対応してもらえるようにしている。</p>	<p>利用者の重度化や終末期における取扱規定はない。医療機関と情報交換をし、重度化・終末期に至った際は、利用者や家族の意向を最大限尊重するようにしている。</p>	<p>医療機関の受診や本人の病状等の確認、記録等の整理を行うとともに、グループホームでできること、できないことについて具体的に利用者及び家族と話し合うことに期待したい。</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	
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	夜間の対応も含めた緊急時対応マニュアルを作成し、全職員が応急手当や救命救急の研修を毎年受講している。			
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	消防署の協力を得て昼夜を想定した避難訓練を実施している。誘導策や地域住民を含めた連絡網を整えている。	昼夜を想定した火災発生時の避難訓練を全員で実施している。また、消防署の協力を得てAEDの使用方法や救命救急の講習会を毎年定期的に行っている。非常時に備え、備蓄品、ポータブルトイレは用意されている。		
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	利用者への声掛けや対応についてコミュニケーション技法を活用し、日々の確認や改善に向けた取り組みを行っている。	職員の会話は穏やかで言動を否定したり拒否されたような会話は無い。職員の守秘義務や個人情報の取り扱い等についてパンフレット・利用契約書・重要事項説明書などに明記し、さらにホーム内にも掲示し、遵守に努めている。		
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	利用者との関わりの中で希望や関心、自己決定を促す場面を積極的に作っている。十分に意思表示できない人に対しては本人の思いを感じ取り、できるだけ満足度の得られる支援をしている。			
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	一人ひとりのペースを大切に考えその人らしい生活を送れるよう希望に沿った支援をしている。			
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	本人の希望を尊重し、買い物に出かけた際に化粧品や好きな食べ物、衣類などを買っている。また、一人でできない人には介護者側が支援し、おしゃれの楽しさを知ってもらうようにしている。近場の理美容室に連れて行っている。			

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	山菜等を介護員が採ってきたのを利用者が皮を剥いたりと分担しながら作り、食事中はそのことについて話をしながら楽しい食事に努めている。(大家族の雰囲気)	管理者がカロリー計算を行い、季節の山菜などメニューにとり入れている。また、利用者の嫌いなものについては栄養面を考慮しながら、刻みにするなど、調理に工夫が行われ食べられるようにしている。調理の下拵えや後片付けには、利用者も職員と一緒に、朝昼夕食ともに利用者と一緒に職員が食べることで食べこぼしなどにさりげなく気配りしながら和やかな雰囲気のもと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	一日の総摂取カロリーを概ね1300～1400kcalとして作っている。水分の摂取量を一日1000～1500cc摂るように支援している。包括の栄養士等から指導、助言を得られるようになっている。			
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、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	口腔内の手入れの必要性を全職員が理解し、毎食後に口腔内の洗浄や入れ歯の手入れを行うよう声掛けや一緒に行うなど、一人ひとりの能力に応じた支援を行っている。			
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を記録し把握している。個々の状態に合わせて事前誘導を促し、オムツはずしの支援を計画の中に盛り込んでいる。失禁時の対応は本人の自尊心を傷つけないようプライバシーに配慮し速やかに行っている。	利用者一人ひとりの排泄状況はきめ細かく記録され、排泄パターンは把握されており、事前にさりげなくトイレ誘導を行っている。利用者の失禁やおむつ交換の際には、利用者の尊厳保持にも配慮されている。		
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	食材やメニューの工夫を取り入れながらも一日の食事や排泄活動状況等を見直し自然排便を促す工夫を行っている。それでも出ない人に対しては医師の指示に従っている。			
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	利用者の希望をできるだけ叶えるように考えているが、人員の都合により一人ひとりの希望通りには至っていない。ただ、温泉に行きたいという希望に対しては対応している。	入浴は、週3回、午後に利用者の当日の心身の状態を観察しながら行っている。また、月に1、2回は地域の温泉等を利用している。入浴を拒否する利用者については、言葉がけに工夫しながら入浴を促している。		

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	気持ちよく寝すぎないように配慮している。寝すぎると夜眠れなくなるので、その場の状況に応じて対応している。			
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	全職員が全利用者の薬の内容を記入した用紙を計画作成に綴じたもので把握している。変化や異変があった場合には申し送りノートに記入し全職員が共有し対応している。必要に応じて医療機関に相談している。			
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	本人の生活歴の中で本人が楽しいと思える役割や場を提供している。			
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	一人ひとりの希望に沿った対応に心がけている。また、天気の良い日はできるだけ外に出かけられるように支援している。(散歩、ドライブ等)		天気の良い日はできるだけ外出し、散歩することにより利用者がホームに引きこもりにならないよう努めている。利用者の希望により、ドライブや買い物にも応じているが、利用者の排便の症状にも配慮しながら、外出における心身の負担にならないよう配慮されている。	
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	職員は個々の状態を把握しており、個々にあった金銭管理が行え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	
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	家族や大切な人に電話や手紙のやりとりができるよう、自ら出来ない人には声掛けしたりの支援に努めている。また、家族に本人の思いを介護者側が代わって伝えている。			
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	調度品はリサイクル製品を活用し、木製の物を使い温かみがある。テレビや音楽等の音量に配慮し楽しく過ごせるようにしている。また、西日が入るのでブラインドカーテン等で対応している。	利用者は居室よりホールでみんなで過ごす時間が多く、利用者はゆっくりとくつろいでいる。各室には寒さ対策としてヒーターが設置され、夏場には施設内の窓の開閉で外気の取り込みと、施設内の温度も定期的に記録され利用者の過ごしやすい環境作りに努めている。施設は木々に囲まれ季節の移ろいを十分に堪能できる場所にある。		
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	居間に広めのソファコーナーが設けられ全員、または、仲間同士で団欒できるスペースがある。			
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	持ち込みは自由となっており使い慣れた鏡、布団、食器類の生活用品が持ち込まれ、馴染みのある居室となっている。	利用者はホールで過ごす時間が多いが、利用者の居室には、馴染みの品が持ちこまれ、安心できる空間の雰囲気作りに配慮されている。		
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	利用者の安全を配慮し、手すりの設置、転倒につながる原因の回避、生活場面での環境改善の工夫をしている。			