

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福田字町頭8番地1		
自己評価作成日	平成25年11月20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	平成25年12月12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)】

<p>・入居者一人ひとりのリズムで生活して頂ける様、個別性を尊重し、支援している。また、入居者様の個々の能力を最大限に活用できる様、日常的に自立支援を行い、また、個別の介護計画を策定して実践している。</p> <p>・行事の際には、地域のボランティアさんやご家族様に参加して頂き、事業内容や認知症という病気についての理解が深まる様、努力している。</p> <p>・社会福祉専門学校等の外部実習の受け入れを行い、相互間の学びの場としていながら、介護人材の育成を意識して行っている。</p> <p>・他の地域密着型サービスや介護保険事業所などの連携を重視した取り組みを行っている。</p>
--

【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>ホームの理念も職員と話し合いしたもので分かりやすく、事務所と食堂に掲示されている。外出支援も充実しており毎月外出している。その外出支援の中で社会との関わりを途切れない様に、外食先では自分で金銭のやりとりも行えるように自立支援している。地域との関わりも積極的にい行いボランティア活動を行っている。また、今後に向け、地域との関係性を活かし地域の方の参加型避難訓練を実施できるように努力している。アセスメントツール(日本語版CPAT)とセンター方式を使用し、家族からの情報を取り入れ、入居者のニーズに合わせた介護計画を作成し実施している。</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、活き活きと働けている (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	・職員全員で構築した理念を毎朝唱和する事で共有し、実践にむけて取組んでいる。	開設当初からの理念を変更している。3年前にBS法(会議方式の一つ)を用いて職員で話し合い分かりやすい理念になっている。事務所、食堂に掲示している。	
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	・利用者様との外出時など、率先して挨拶する事等、気軽に声を掛け交流に努めている。・地域の行事(神社のお祭り、盆踊り)へ参加し、施設の理解を求めるよう努めている。・施設行事など、地域のボランティアを募り、参加して頂いている。・ゴミゼロ運動の実施。・近所の方から野菜等をいただく機会があり、そのような付き合いを職員が大事にしている。	月1回外出している。利用者の帰宅願望時には1対1で外出している。その時に地域の方と挨拶などを交わしている。近所に卵を購入しに出かけたり公民館で行う行事に参加して地域との関わりを持っている。	
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	・南部町主催の地域住民に向けた、認知症高齢者の関わり方に対する模擬訓練に参加し、認知症の病気に対する理解を深めている。 ・行事などを通じ、地域ボランティアさんとの関わりの中で実践している。		
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	・運営推進会議を実施し、参加者との意見交換を行っている。 ・意見、要望に関しては、職員会議の場などで協議しサービスの向上へとつなげている。	2か月に1回運営推進会議を行い、区長、民生委員、家族が参加されている。運営推進会議ではホームから報告をし、推進会議で出た要望、意見は職員会議で話し合いサービスにつなげている。	
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	・事業運営等に関する相談等で、市町村担当者に電話し、助言を受ける機会がある。 ・2ヶ月に1度、運営推進会議で運営状況等を報告し、市長村担当からそれについて助言を頂く機会がある。	南部町の10ヶ所のグループホームとネットワークがあり意見交換している。役場主催の研修に参加したり、入居者の更新時や運営に関する事など都度相談している。	
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	・玄関ドアの施錠時間を決める等し、それ以外の時間は一切施錠しないよう実践している。 ・身体拘束のマニュアルが作成しており、いつでも閲覧できる環境にある。 ・身体拘束がいかに人権を無視する行為であるかを周知している。	日中は鍵をかけていない。20時の就寝時には遅番が玄関のカギを掛けて朝には鍵を開ける。身体拘束の勉強会を行っている。日常業務の中でも注意し合う事ができている。	
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	・外部研修や勉強会などで、学ぶ機会がある。 ・日々のケア中で、不自然な傷や痣などがなか注意深く観察している。 ・虐待防止マニュアルを作成し、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	・以前、外部研修等で学んでいるが、中々活用する事例がなく、忘れてしまっている事もある為、再度、外部研修や勉強会などで復習する。		
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。 ・不明な点等ある場合は、いつでも連絡いただき様説明を行っている。		
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。 ・契約時に苦情に関して申し立てる、外部の窓口等を紹介している。	玄関に意見箱を設置しているが、これまで意見箱を介して意見等を表す方はいない。だが面会時に直接、使用している調味料が良くないという意見を頂いたことがあり、その後の調理では注意するようになるなど、サービスに反映させている。	
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1回開催される職員会議の場で、検討している。	職員会議の前に、事前アンケートを使用し、職員から改善課題と取り上げてほしい議題について意見をもらい、会議で話し合っている。その時に解決できなくても未解決のままにせず次回の会議にて検討している。	
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	・運営者は、度々ホームに来て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。 ・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勧めている。 ・研修等の得た知識等、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、他施設職員等と情報交換などを行う機会に参加している。 ・2ヶ月に1回開催される、南部町グループホームネットワーク会議に参加し情報の共有を行っている。		

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・生活環境などを把握し、極力、リロケーションダメージが少なくなるよう配慮している。 ・日々のケアを通じて、コミュニケーションを積極的にとるようにし早期に信頼関係を構築できるよう努めている。		
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、本人の意向を踏まえた上で職員で協議しケアプランの構築に役立っている。 ・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っている。		
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元に、J-CPAT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、職員全員でカンファレンスを実施し利用者に説明している。 ・当ホーム満床時に入所申込みがあった場合には、他施設などを紹介している。		
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、利用者が持ちえる知識や能力を活かし、自分自身の生きがい、やりがい、人に感謝されて生活する事に重点をおき支援している。		
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	・面会等の来所時など、本人と家族の時間を楽しく過ごして頂けるよう配慮している。また、職員との雑談の中で、近況報告などを行っている。 ・毎月、生活の状況などを記載したホーム便りを各担当職員で作成し家族へ報告している。 ・家族へ行事への参加を勧めている。		
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	・自宅へ外出している。 ・昔、通っていた馴染みの商店等に行き、買い物をしている。 ・遠方で面会が困難な際には、電話で話をしている。 ・ご家族、知人が面会に来られた際には、記念撮影を行ない、写真を部屋に飾る等している。	入居者の自宅の近所に家族と一緒に梅漬けを貰いに出掛けたり、職員が付き添い自宅へ冬物を取りに行ったり行きつけの床屋に出掛けるなど、昔馴染みの関係を継続できるように支援している。	
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	・ケース会議や職員会議で利用者様同士の関係性を職員で共有し、皆が仲良く過ごせるよう配慮している。 ・生活支援や行事を通じて利用者様同士が協力しあえる場面をつくっている。また、その場面では、職員があまり介入せず、危険な状況がない限り見守るようにしている。		

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
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、利用者様に困ったことがあればいつでも相談に応じる旨をその都度説明している。 ・入院退所になった方の面会などに病院に伺い、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	・日常的な会話の中から、希望や意向を聞きアセスメントに役立てている。また、自分の思い等を上手に伝えることが難しい方に対しては、センター方式を使用して本人の思いに近づけるよう努めている。 ・アセスメントツール(J-CPAT、センター方式)を使用し、日頃のケアやプラン作成に役立てている。	アセスメントツール(日本語版CPAT)を使用し本人の思いを引き出し、更にセンター方式を使用し本人のニーズを介護計画に盛り込み実施している。	
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	・利用開始前の面接し、事前に情報収集の為、利用される方に対し必要書類に記載して頂いている。 ・他サービスの利用の経過に関しては、担当であった介護支援専門員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現状を把握し、職員で共有している。 ・共有した情報など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	・3ヶ月に1回、また、必要に応じてケース会議を開催し、カンファレンスにおいて、意見・情報交換をし、個別に介護計画を作成している。 ・面会時や、ケアプラン作成時に家族から意見を聞き、利用者の計画作成に役立てている。	入居契約時に家族にも生活状況を記入してもらい、それをもとに担当者が介護計画を作成している。3ヶ月に1回ケースカンファレンスを行っている。家族にも説明している。	
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	・入居者様毎の記録を作り、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に、その情報を役立てている。		
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	・本人の希望により、自宅へ外出する支援を行っている。 ・ご家族の都合により病院受診の対応が難しい時には、職員が受診に付き添っている。 ・家族の介護負担を軽減する為、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	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅の隣人への訪問、馴染みの店、地域の図書館等へ外出している。 ・消防隊員の指導の下、消防訓練を実施している。 ・日常的に民生委員や地域の方々と交流がある。 		
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、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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居する際に、利用者様にかかりつけ医を選択していただいている。 ・ホームの協力医療機関以外のかかりつけ医の方に対しても、定期受診の際には、体調面等の情報を受診時に伝えるよう努めている。 ・電話にて相談や指示を受け、対応する体制がある。 	入居契約時にかかりつけ医の確認をし、家族の要望を尊重し、希望に応じてかかりつけ医を受診している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・非常勤の看護師を配置し、利用者様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。	<ul style="list-style-type: none"> ・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様に面会に出向き、病状や身体状況の把握に努めている。また、看護師に話を伺い、退院時期等を確認している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・重度化した場合や終末期における対応の指針を掲げ、家族の意向を踏まえた上で方針を決定している。 ・事例はないが、かかりつけ医と話し合い、体制は整えている。 	状態が変化した場合には、都度家族に確認をし、急変時には、かかりつけ医と相談出来る体制となっている。だが看取りはしておらず、その内容について入居契約時に説明をし、同意書をもっている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・すべての職員が救急救命講習をうけている。 ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・火災や地震等の災害を想定した避難訓練を入居者様に参加して頂き実施している。 ・消防隊員指導の下、消防訓練を実施し協力体制を構築している。 ・地域の消防団主催のお祭りに参加し、消防団との交流の機会がある。 	年2回夜間想定避難訓練を実施している。備蓄の管理も整備されており、常に確認、補充している。ホームの避難訓練には地域の方は参加していないが、公民館主催の訓練にホームから参加している。	今後、地域住民にもホーム内での避難訓練に参加してもらえるような体制づくりに期待したい。

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
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行うよう努めている。 ・居室に入る際はノックをしたり、本人に断ってから入室するように配慮している。 	<p>入居者一人ひとりへの声掛けが来ている。不適切な声掛けの場合には、その都度注意したり申し送り伝えて周知している。</p>	
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て、自分で決定できるような声掛け方法を実践し、日々取組んでいる。 		
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	<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、次の日に行うこととしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・起床の際など、自分で服を選んで来て頂くよう、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、継続できるよう支援している。 ・訪問理容室を利用して頂いている。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、自己選択を基本にして食事の準備や後片付けを職員と一緒にやっている。 ・食材の買い出しに、一緒にスーパーへ出かけて、食材の選び方を教わっている。 ・食事の盛り付け方など、見た目にも配慮している。 	<p>野菜を切ったり、食器の片付けをしたりと入居者の能力に合わせて職員と一緒にやっている。食材を購入するために入居者と職員と一緒にスーパーに出かけている。</p>	
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"> ・おおよそのカロリーを計算し、管理栄養士の指導の下で作成されたメニューで食事提供している。 ・食事量や水分量の管理が必要な方は記録している ・その方の状態に応じた食事形態(刻み、トロミ、ミキサー)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上で、個々の状態に合わせた支援を毎食後行っている。 ・必要に応じ訪問歯科医に来てもらい、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っている。 ・失禁の種類等を把握して、夜間帯はポータブルトイレ等をお部屋に設置して尿失敗が少なくなるようにしている。 	排泄の失敗を軽減するためにベッドの下に感知センサーを設置し、早めのトイレ誘導をして自立支援に向けて支援している。	
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、出来るだけ服薬しないで排便できるよう行っている。(腹部マッサージ、冷水の飲用等) ・食物繊維を意識してメニューに取り入れている。 ・医師や看護師に相談し、取り組んでいる。 		
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、利用者の希望を伺いながら順番に入浴していただいている。入浴日に入らなかった方(体調不良等)に対し、次の日に入浴して頂ける体制がある。 ・入浴以外の日には、足浴を行っている。 	週に2回の入浴日は決まってはいるものの入居者に希望を聞きながら行っている。体調不良で入浴出来ない場合も翌日に入浴したり清拭にて対応している。入浴日以外は足浴を実施している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・生活空間で居眠り等が見られた場合等、職員が居室で休息するか自己選択できるよう、配慮した声掛けを行っている。 ・休まれる際には、光や音など安眠できるよう個別に配慮している。 ・自宅で寝巻きに着替える習慣があった方は、着替えて休んで頂けるよう支援している。 		
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体制にある。 ・薬について不明な事があれば、取引先の薬剤師に直接連絡し、相談できる体制がある。 ・薬の内容が変更になった場合等、職員が注意深く観察、記載し申し送る体制や医師に相談する体制もある。 		
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"> ・入居時に利用者様から伺った情報を元に、個々の能力や状況にあった役割等を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"> ・食材の買い物など、職員と一緒に行って社会との接点が無くならない様心がけ支援している。 ・1ヶ月に1回は、外出の行事を行い、地域のボランティアさんにも参加して頂き、交流の場としている。 ・行事計画の際などは、入居者様の意見も取り入れ、計画を立てている。 	毎月ドライブ、外食、ボーリング大会などで外出している。外出先で外食した時には、金銭のやり取りを自分で行い、いつまでも社会との関わりを持てるように支援している。	

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
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	・買い物や食事会の際、支払いを入居者様に行って頂く支援をしている。 ・希望がある際などは、職員やご利用者様と協議、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	・入居者様から希望時や、ご家族様から電話があった際に、電話での会話の支援を行っている。 ・入居者様直筆の年賀状を大切な人に出す支援を行っている。		
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。(ひな壇飾り等) ・大きな音が出る時(掃除機)は、事前に入居者様に断りを入れてから行うよう、心がけている。 ・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。	住宅を改装したホームのため自宅にいるような雰囲気があり、時季にあった装飾は季節を感じることができる。食堂や部屋にストーブや加湿器を設置し温度・湿度の管理がされている。	
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	・ホールにソファを設置し、仲の良い入居者様同士が座れる様に、配慮した席順となっている。また、状況に応じて、席順等を変更できる体制にある。		
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	・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様、工夫している。 ・入居者様が必要と感じた物品(扇風機)に対し、ご家族様に相談して持ってきて頂くケースがある。	ベッドとタンスだけが備えつけである。部屋で洗濯物を干す方は、小さい物干しを持参しており、自分で洗濯物を干している。また、自宅で使い慣れた布団やテレビを持参してもらい、馴染みのものを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	・利用者様の状態に応じた移動手段や、移動の際の器具等(手すり)を設置している。 ・入居者様毎に能力に応じた物品(シングルハンガー等)を設置し、自分の事は出来るだけ行って頂くよう、配慮している。		