

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	0271301104		
法人名	医療法人 仁泉会		
事業所名	グループホーム しろがね		
所在地	青森県八戸市大字白銀町字田畑6-1		
自己評価作成日	平成26年10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	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26年12月2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>運営推進会議を軸に地域との関わりを深めるように努力している。 事業所の建物は古いですが、今後は装飾等の工夫をしながら清潔感を保ち、利用者の心に寄り添った支援を目指して、楽しみのある事業所になれるよう努めていきたい。</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>地域に愛され、安心して暮らせるホームを目指し、職員は利用者の視点に立ち、思いやりの心で日々のサービス提供に取り組んでいる。 町内の一斉清掃や地区の運動会、納涼会等に参加して交流を図っている他、運営推進会議はもちろん、避難訓練にも多数の地域住民の参加を得ており、相互に意見交換や協力ができる体制が構築されている。</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 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

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	地域密着型サービスの役割を盛り込んだ理念を作成している。ホーム内に掲示しており、職員同士で確認し合うことで内容を理解・共有し、統一した理念の実践に取り組んでいる。	理念は「地域に愛され安心して暮らせる…」と、地域密着型サービスを踏まえたものとなっている。また、理念はホール等に掲示して、職員が共有し、いつでも確認できるようになっており、職員は利用者の視点に立ち、思いやりの心で日々のサービス提供に取り組んでいる。	
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	町内会に加入し、地域活動(清掃等)に参加している。施設の行事、避難訓練、勉強会にも町内会の方々に声をかけて参加していただいている。また、中学生のグッジョブ(職場体験学習)も年間3校の受け入れを行っている。	町内会へ加入し、一斉清掃等の町内行事には、地域の一員として積極的に参加している。また、地区の運動会や納涼会等のイベントがあれば、希望する利用者を引率して参加し、交流を図っている。	
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、地域の人々に活用している	随時、見学や相談等を受け入れている。関連病院の出張勉強会の開催時には町内会にも連絡し、地域への認知症の予防・普及活動に取り組んでいる。また、認知症への理解が高まるように、中学生の職場体験を受け入れている。		
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	2ヶ月に1度、運営推進会議を実施しており、各種報告や研修内容を説明し、各種意見交換や情報交換を行っている。また、自己評価や外部評価の結果を報告し、意見をいただくことで、今後のサービスの質の確保・向上に繋げている。	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催しており、町内会長や民生委員、町内の防災委員、家族等の参加を得ている。会議では自己評価及び外部評価の結果を報告すると共に、目標達成計画を提示し、委員からアドバイスをもらっている。	
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	運営推進会議の開催を連絡し、必要時に参加していただいている。自己評価・外部評価の結果を市介護保険課に提出している。生活保護の利用者は生活福祉課と連携を図っている。	行政職員は毎回、運営推進会議に参加しており、自己評価及び外部評価結果やホームの事業に関するアドバイスをを行うと共に、新しい情報を提供する等、協力体制が構築されている。	

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
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	各勉強会に参加し、マニュアルを確認しながら、ホーム内の勉強会で各職員への周知に努めている。玄関やユニット入り口の施錠は日中は行っていない。また、玄関の開閉時にはチャイムが鳴るようにしている。無断外出時に備え、町内会にも運営推進会議で協力を得られるよう説明している。	職場内で定期的に身体拘束に関する研修を行っており、玄関等に施錠しないことも含め、職員間で身体拘束をしないケアを共有し、日々の支援に取り組んでいる。職員は利用者の外出傾向の察知に努め、一緒に散歩する等の支援を行っている他、無断外出時に備えて、近隣から協力が得られるように働きかけている。	
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	管理者や職員が常に意識を持ち、互いに協力しながら行動している。マニュアルを使用して勉強会を行い、理解・防止に努めている。		
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	日常生活自立生活事業や成年後見制度に関する概要は、研修への参加やその後の勉強会にて理解に努めている。		
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	契約の際は利用者及び家族に十分に説明し、納得をいただいた上で契約を行っている。また、退居の際は退居先(主に病院)と情報交換し、家族と相談・同意の上で行っている。		
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	家族面会時やケアプランの説明時に、家族の意見や要望を伺っている。重要事項説明書にホーム内の苦情受付体制や市介護保険課、国保連にも苦情受付窓口があることを明記し、ホーム内にも掲示している。	運営推進会議に家族が参加しており、ホーム運営等について意見をいただいている他、面会時にも意見や要望の把握に努めている。また、利用者の行動や表情、態度等からも本人の不満や意見等を把握するよう取り組んでいる他、出された意見等は職員会議で話し合い、ホーム運営に反映させている。	
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	毎月のスタッフ会議やケアカンファレンス会議等で、ホームの運営方法等の取り決めを作る際は、職員から意見を出してもらい、協議した上で決定することになっている。	毎月の職員会議で職員から意見等を出してもらい、ホーム運営等の改善に繋げている。また、職員から出された意見や改善事項等は、日々の申し送りで全職員へ伝わる体制となっている。	

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
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	管理者は職員個々の努力や実績、勤務状況を把握できるように努めている。資格習得等のスキルアップも目標に持てるように働きかけている。年2回の健康診断を実施し、職員の健康管理に努めている。		
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	法人内に教育委員会があり、レベル別の研修や外部研修の受講等、スキルアップを図っている。各研修後は報告書を作成し、会議等で説明・発表の機会を設け、他職員にも周知できる環境を整えている。		
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	八戸地区認知症高齢者グループホーム協会に加入しており、協議会の研修等に参加している。また、事業所内でも交換研修を行い、サービスの向上や職員の育成等を行っている。		
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	相談時には利用者本人・家族と必ず面談を行い、直接話をする機会を設けている。本人の現状やニーズの把握に努め、不安を共有することで、本人との信頼関係の構築に努めている。		
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	相談時には利用者本人・家族と必ず面談を行い、直接話をする機会を設けている。家族の現状や不安、ニーズの把握に努め、家族との信頼関係の構築に努めている。また、来所時は積極的に声をかけ、話を聞く機会を持つように努めている。		
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	相談時の内容から、グループホームの利用が最適であるかを見極め、本人や家族と相談し合いながら、他のサービス利用も含めて対応している。		
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	利用者とは日々の生活を共にすることで、双方の安心と喜怒哀楽を共有できるように努めている。利用者が無理のない範囲で手伝いができるように工夫している。		

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	面会時は普段の様子や気づいた事を家族に報告し、家族からも遠慮なく介護への希望やホームへの要望等を出していただき、応えられるように努めている。行事の際は家族へ参加を依頼しており、家族との相互理解を深められるように努力している。		
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	利用者と友人・知人の関係を維持できるよう、面会時等に利用者の人物像やエピソード等を教えていただき、話題を共有することで、関係が途切れないように努めている。また、外出や外泊等も積極的に進めている。	アセスメントや家族からの聞き取り等により、利用者の馴染みの場所や人を把握するよう取り組んでいる。また、電話のやりとり等を通じて、交流を継続できるよう支援している。他、利用者の希望に応じて、以前住んでいた家や墓参り等へ出かけることができるよう支援している。	
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	利用者同士の相性を考慮しながら、手伝い等を分担し、協力し合いながら行えるよう支援・見守りをしている。また、利用者個々の能力に合わせ、できる範囲を説明し、トラブルの無いように協力を得ている。		
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	退居後はいつでも相談が可能なことを説明している。退居先にも利用者の情報を提供し、継続的なアプローチができるよう配慮している。		
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	利用者と積極的に話す機会を持ち、普段の生活や会話の中から、本人の意向や希望を把握できるように努めている。また、家族等にも面会時に声をかけ、本人の情報提供を依頼している。	アセスメントや家族からの聞き取り、利用者のしぐさ等から、希望や意向を把握するよう努めている。また、把握された意向等については、職員会議を通じて、職員間で共有を図っている。	
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	センター方式を使用し、利用者の情報収集、分析を行っている。家族や知人にも情報提供の必要性を説明し、可能な範囲で協力を得ている。		

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
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	1日の生活状態を観察し、記録を活用することで、生活リズムの把握に努めている。また、日々の生活において、利用者ができる事、わかる事を確認し、適切なケアが行えるよう努めている。		
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	記録や職員間の情報共有から、必要時にモニタリングを行い、ケアカンファレンスで利用者や家族のニーズに合わせ、見直しを行っている。カンファレンスには家族の立会いは無いが、ケアプラン説明時にニーズの確認や要望を伺っている。	介護計画は担当職員が原案を作成後、ユニットの全職員による意見交換やカンファレンスを経て、作成している。また、利用者の思いを大切にして、利用者本位の個別具体的な介護計画を作成しており、家族にも確認していただいている。	
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	介護記録は個別に記録しており、職員が個々に情報を把握することで、情報共有に繋げている。また、内容により、申し送りノートや医療ノートを併用することで、より細かな情報確認を行っている。		
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	受診時の移送や外出の事前準備等、家族の協力や意向を確認し、できる限り柔軟な対応ができるよう努めている。協力病院以外の受診時も家族と相談し、必要に応じて適切に受診できるよう、個別に対応している。		
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	地域の民生委員が運営推進会議に参加している。避難訓練時には消防署とも連携し、地域の協力体制を構築している。		
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、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	協力病院がかかりつけ医になっているが、契約前に利用者・家族の希望を確認し、協力病院以外にも個別に受診できるよう対応している。入居後も必要に応じて適切な医療機関を受診できるように、家族と相談し、支援している。	利用者や家族が希望すれば、かかりつけ医を受診できるよう支援している。特に希望がない場合は法人内の医療機関で受診することとしており、眼科、歯科等の専門病院とも連携を図っている。	

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
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	週1回、訪問看護ケアサポートが来所し、全利用者の健康管理を行っている。それ以外でも健康状態の変化があれば、その都度報告・相談し、協力病院とも連携しながら対応している。		
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。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。	入院時は職員が立ち会い、入院中も定期的に状態確認を行い、医療連携室と連携し、家族とも連絡を取りながら、早期退院に繋がるように努めている。		
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	「利用者の重度化及び看取り看護に関する指針」で契約時に本人・家族に説明し、同意を得ている。入院等で重度化率が高くなる時点で、家族や主治医と相談し、今後の方針を決めている。	重度化や終末期に向けた対応指針があり、利用者や家族にホームの方針を説明し、同意を得ている。重度化した場合は、再度、家族と確認するようにしており、利用者の状況や、家族の気持ちに寄り添った支援体制が構築されている。	
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	緊急時対応マニュアルを設置し、年5回の避難訓練や緊急対応(AED操作)等の勉強会を行っている。毎年、グループホーム協会で開催される救急救命講習会に職員が参加し、受講後に各職員へ伝達講習を行っている。		
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5回の火災想定避難訓練を行っている。年1回の消防署立会いでの避難訓練を行い、職員全員が年間で1回は確実に訓練できるようにしている。また、緊急時に食料や水、必要品等の在庫も計画的に準備している。	定期的に避難訓練を実施して、非常災害時に迅速な対応ができるように取り組んでおり、夜間の火災等を想定した避難訓練も、地域住民参加の下で実施している。また、東日本大震災の教訓から、3日分程度の食糧等の備蓄を行っている。	
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	事業所グループ内に接遇委員会があり、ホームの接遇委員と共に年度目標を掲げ、月別の接遇強化に努めている。職員は、互いに接遇に関して意見を言える環境づくりができるよう努めている。	職員は研修等を通じて、守秘義務や個人情報の取り扱いについて十分に理解している。また、スピーチロックについても意識しながら、日々、利用者の尊厳を守るケアを実践している。	

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
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	利用者がなるべく自己決定できるように配慮し、早急に判断せず、本人の意思で決定することができるように「待つゆとり」を職員に説明している。		
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	できる限り、本人の希望に沿った支援に努めている。急な要求や業務優先にしなければならない場合もあり、対応できない場合が多々ある。本人のペースに合わせ、自由に居室に戻り、それぞれに過ごされている。		
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	地域の床屋さんが依頼時に散髪に来てくれる。利用者も喜んでおり、定期的に依頼している。また、自分で利用が可能な利用者に関しては、ホーム前の美容院を利用されている。		
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	利用者の食事の状態に合わせ、調理を工夫している。利用者が食べられないものは別なメニューに替える等の対応をしている。お昼は職員も利用者と同席し、一緒に食事を摂り、後片付け等を協同で行っている。	食卓には職員も同席して食事を摂っており、利用者との会話も弾み、楽しい食事時間となっている。また、利用者には食事の準備や片付け等、可能な範囲で手伝っていただいている。	
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	毎食の食事摂取量、水分摂取量を確認している。食事量の少ない利用者には主治医と相談し、補食等で対応したり、本人が食べられる時間等に食事を提供する等して、必要摂取量を確保できるように努めている。		
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	毎食後、口腔ケアの声かけを行い、必要時は介助している。利用者個々の能力に合わせ、できる限り、自分で義歯を洗ったり、うがいができるよう促している。		
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	日中はリハビリパンツとパットを使用している。利用者個々の排泄パターンを記録し、定時にトイレ誘導を行っている。夜間は数名オムツを使用しているが、本人の排泄パターンにより、適時に交換ができるよう配慮している。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけや誘導により、自立に向けた排泄支援を行っている。また、日中はリハビリパンツを利用した排泄支援を行っている。	

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
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組んでいる	排便確認を行っている。朝食時には牛乳を提供したり、体操や歩行訓練等により、便秘の改善に繋がられるように努めている。下剤を処方されている利用者は、排便状況により、下剤を調整している。		
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	入浴は個別に行い、湯加減等、本人の意向に合わせて対応している。入浴の際は利用者との会話ができる貴重な時間と捉え、会話をしながら安全に行っている。業務上、入浴の曜日と時間は指定させていただいている。	入浴は基本的に週2回、月曜日と木曜日に実施しており、利用者が希望すれば、入浴日以外にもシャワー浴等を実施できる体制にある。また、利用者の入浴習慣等に配慮しつつ、安全に入浴できるよう適切な支援に努めている。	
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	利用者の体調や希望に合わせ、休息ができるように配慮している。不眠傾向にある利用者には専門医や主治医と相談し、家族に了解を得た上で、睡眠誘導剤や眠剤を処方していただいている。		
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	利用者個々の内服薬に関して、薬の処方箋を職員が確認し、情報の共有を行っている。新規の処方があった場合は内容等を確認し、内服してからの状態を記録に残す等、状態の変化の確認に努めている。		
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	利用者の職歴や生活歴を把握している。裁縫等を日課にしている利用者には、安全に行えるように見守り、必要時に声がけをしている。		
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	各行事や町内会の催し等、レクリエーション活動での外出の機会を作っている。家族へも外出を勧めており、定期的に食事等への外出をされている利用者もいる。	四季を通じて屋外レクリエーションを実施し、利用者の気分転換や楽しみとなるよう支援している。また、診察の帰りに買い物をする等の支援も行われている。	

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	お金を自分で管理されている利用者には、家族と相談の上、管理できる範囲の金額でお任せしている。ホームでの管理の場合でも出納帳をつけ、毎月家族へ確認をいただいている。		
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	利用者が電話を希望されている時は、家族の意向も踏まえて職員が対応し、円滑に会話ができるように支援している。		
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	季節に合った装飾を心がけている。家族に了解を得た上で、ホーム内に行事や日々の写真を掲示している。また、家族の来所時は利用者と一緒に写真をとっていただけるよう依頼し、利用者の居室や廊下等に掲示している。	ホールにはソファが置かれ、温度も適切に管理されており、利用者が自由にゆっくりと過ごせる環境を整えている。また、壁には、職員の工夫で四季を感じられる装飾がなされている。	
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	リビング以外にも廊下に椅子を置く等して、自由に過ごせる居場所作りをしている。		
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	利用者や家族と相談し、居室には家で使用していた椅子等、本人が使い慣れた物を置けるようにしている。また、居室に家族の写真や利用者が好んでいた品物を掲示している。	居室には利用者が自宅で使用していた物を自由に持ってきていただくようにしており、利用者の中には位牌を持ち込み、毎日、ご飯とお水をお供えする方もいる。	
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	廊下や居室の移動線上に手すりを設置し、利用者が安全に生活できるようにしている。また、トイレやお風呂等、利用者の目線に合わせた案内板を付ける等の工夫をしている。		