

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	0272300740		
法人名	有限会社メープルの里		
事業所名	グループホームメープルの里ときわ		
所在地	〒038-1214 青森県南津軽郡藤崎町常盤字三西田8-8		
自己評価作成日	平成26年8月28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26年10月1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)】

本人の行きたい所、日常の買い物やドライブ、季節を感じる事が出来る様にと四季ごとに桜・ねぶた・蓮・紅葉・雪まつり等様々な所へ出掛け、外出支援を多く取り入れ、一人一人の楽しみを実現できるように心掛けている。また地域との交流では、保育園児とのさつま芋植え・収穫、町内会の夏祭りへの参加、ホームの行事バーベキュー・もちつきは町内会の行事としても組み込んで頂いており、町内会・子供会の協力を得られる体制になっている。また、緊急連絡網に町内会の人でも登録されており、入居者様が安心して生活できるよう協力を得られている。

【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)】

グループホームは住宅街に位置し、周囲は住宅やアパート、幼稚園、小学校、工場等があり、人通りも多く活気溢れる環境にある。利用者が地域住民の1人として生活維持出来るよう、地域との繋がりに重点を置き、積極的に催しに招待し関わりを継続する事で、グループホームの行事が地域の催し物の中に組み入れられる位に、信頼関係が構築され、相互交流が図られている。利用者の個性を大切に、それぞれのペースで、穏やかに生活されるよう、専門職の視点と生活協同者としての視点で課題を捉え、本人が望む生活の在り方を模索しながら、サービスの振り返りを行い、サービスの質の向上に繋げている。管理者を中心に、心身機能の維持も視野に入れ、尊敬を持って、その人らしい生活が送れるように、ハード・ソフト両面でアプローチが行われ、有用感をもって、落ち着いた生活が展開されている。

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、生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	ホールや休憩室に理念を掲げており、目に付く場所にある事で、いつでも振り返る事が出来、再確認している。	会社の理念をベースに、全職員で自分達が望むグループホームの在り方を検討し、独自の理念を掲げている。利用者の安定した生活、地域との関わり、職員の対応姿勢を盛り込み、日々の生活の中で実践されている。	
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	町内会からは外れたものの、町内会の年間行事の中にホームの行事であるバーベキュー・もちつきが組み込まれており、町内会や子供会と一緒に楽しむ機会がある。また町内会の夏祭りのお手伝いや近隣保育園児との交流も行っている。	地域の団体や住民との交流は活発であり、夏祭り参加やグループホームの行事にも参加していただき、地域に開放し理解に繋げ、活発に相互交流が行われている。保育園児とは、さつま芋の苗植えと収穫を一緒にやり、地域住民として交流している。	
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	地域へ向けた広報を作成し、町内会・駅・交番・センター・近くのスーパーへ配布し、認知症の人への関わり方や初期症状・対応等を記載する事で知って頂けるようしている。		
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	役員・包括・ご家族様・民生委員・住民代表(元入居者様ご家族様)が参加して下さり、会議資料を基に話し合いをしている。また昨年からは包括支援センター職員が加わった事で別の視点や助言を頂いている。	参加メンバーは定着しており、リスクも含めたグループホームの状況報告や地域からの疑問に回答したり、行政への問い合わせにも適宜回答を得たり、積極的な意見交換が行なわれ、現場に反映されている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	いつでも電話にて相談できる環境にある。また地域密着型サービス事業所の意見交換会でも役員より1名参加しており、その際にも話を聞いて頂ける場面があり、助言を頂く等の協力を得られている。	行政との関係は良好であり、職員配置の確認や制度改正に伴う事務処理等、不明な点は気軽に確認できる状況で、担当者側も必ず回答を頂き、相互のやり取りは良好である。	
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	日中では施錠しないが、センサーを玄関に設置している。常に所在確認をし、事故に繋がらない様にリスクを考え、必要と思われるもの以外(布団や戸に付けている鈴)は使用せず、目で見ると拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束の弊害は職員間でも周知されているものの、食欲不振で入院し退院が検討された時点で、点滴を自己抜去する為の対策を講じるよう看護師より助言を受け、安全を優先する目的でミトンを使用した経緯がある。	安全を優先する目的で、一時的に拘束に至るケースがあるが、正当性の要件を押さえ、対外的に明確にする為、身体拘束廃止委員会を設置し、本人・家族に充分説明し同意を得、経過を記録に残し、実施するよう期待する。
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	外部研修へ参加し虐待について学ぶ機会を設けている。又、勉強会を開き、スタッフ全員が虐待についての情報を共有し自らが虐待者にならない様取り組んでいる。		

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
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	成年後見制度を活用している入居者様を通じて、制度を知る機会を持つ事が出来ている。また自立支援事業に関して分からない事などは、包括支援センターに伺うなどし、入居者様に活用出来る事は行っている。		
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	説明の際には不安にならないように、なるべく分かり易い言葉を使い、専門用語を使わず話すように心掛けている。		
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	2か月に1回の運営推進会議の中で、事業所内の報告(行事・事故・お知らせ等)をし、ご家族様から意見や感想を伺い、また要望等確認し、積極的に意見交換や情報交換が行われ、その一つ一つを取組んでいる。	面会や連絡の際、又、運営推進会議で意見を頂いている。会議では、顔なじみの方が多く、意見も出し易い環境にある。家族より、職員の顔と名前が一致しないとの意見があり、貼り付けのネームを付ける事で解決した事例もある。	
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	毎月の会議時に上がった事は都度電話やホームに来られた際に伝えると共に、事務所内に意見箱があり、気兼ねなく意見を聞いてもらえるようになっている。	職員は、毎月の会議に意見を出しており、日常的にも気付いた点は都度、管理者に伝え、改善出来る部分は、早急に対応している。日頃から、意見の吸い上げに努め、職場内で、意見を出し易い雰囲気作りに努めている。	
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	資格取得のための研修へ参加できるように勤務調整を行い、学ぶ事が出来る様になっている。また手当を支給する事で職員のやる気に繋げている。		
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	勤務時間内にて研修へ参加できる体制になっている。また様々な外部研修へ参加し、研修報告会にて、聞いてきた事を他の職員へも伝える場面を設けている。		
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	藤崎町のグループホーム意見交換会には管理者と職員が参加するように取り組み、直接話を聞く事が出来るようにしている。また様々な意見の中で、良いと思われる事は自施設に於いて実践している。		

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
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	ご家族様・関係機関からも情報収集した上で、入居者様と会話を多く持ち、その会話の中から言葉を拾い、気持ちを伺うよう心掛けている。		
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	ホームへ来られた時やお宅訪問時、ご家族様からお話を聞く時には、受容・傾聴・共感すると共に、今までの苦労をねぎらい、安心して頂ける様に心掛けている。		
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	ご本人様との面談時には実際目で見ての本人様の状態を確認し、またご家族様の要望等も伺い、どこでの生活がご本人様にとって一番良いのかを一緒に考えている。		
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	本人の意思を尊重し、家で生活しているような感覚でいれる様な雰囲気作りを心掛けている。また出来る事を一緒に行ないながら、様々な場面で相談しながら助言を頂き、優しい言葉を掛けて頂いている。		
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	毎月のお便りで、受診時の主治医の話し、日常生活での様子、また本人や職員が困っている事などを相談し、一緒に考え、ご家族様にもご協力頂けるようお話している。		
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	馴染みの場所等の情報をご家族様やご本人様との会話から伺い、行きたい所、会いたい人等を把握し、行く事が出来る様に心掛けている。	入居前からの行きつけの美容院や床屋の利用継続を支援し、グループホームの車輛で職員が送り、帰りは店側で送り届けてくれる協力体制が出来ている。又、地元の総合病院は、顔なじみの方々と交流出来る場所であり、通院で交流する場面が多い。	
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	日常生活での役割を一緒に行ったり、職員が仲介役として間に入る事で入居者様同士のコミュニケーションが上手く行く様に心掛けている。		

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
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	入院時には様子を伺いに行き、ご本人様・ご家族様とこれからどうしたいのか、どうなる事がベストなのかを話をしたり、ご家族様の思いをソーシャルワーカーへ相談するなどしている。		
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	本人の日常生活を見ながら、どんなことを必要としているのか、又本人へ伺い、希望を出るだけ尊重している。	日常の会話の中で聞かれる言葉から、個人の思いを汲み取り、出生地や若い頃通った喫茶店等に出掛けている。家族からも情報を引出し、本人の思いを把握し、実現する事で心の安定に繋げている。	
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	本人・家族から情報を収集し、これまで生活してきた事を把握し、ケアに繋がられるようにしている。		
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	記録を書き、申し送りをして、その人ひとりひとりの状態を職員同士で話し、共有できるようにしている。		
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	日常会話からも入居者様の意見・要望を出来る限り聞きだし、職員一人一人が気になる事・必要と思われる事を日誌・記録へ記載、またご家族様来園時等積極的に意見・要望ないか伺っている。これを踏まえ、会議での意見交換などを経てカンファレンスへと繋げている。	担当者が中心になり、個々の課題を明確にし、関係者から聞きとった意見も加え、出勤職員全員でカンファレンスを実施し、計画が立案されている。実践とその記録、モニタリングも定期的に行われ、支援に反映されている。	
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	毎日の利用者様の行動や一日の動きを細かに記録し職員間で共有しながら、その方に必要なケアを把握出来る様努めている。		
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	周りの状況を確認し合いながらスタッフ間で話し合い、行動するような体制が出来ている。また大人数での外出の際には温泉のバスを利用する事が出来、また温泉には(2か所)いつでも入る事が出来るようになってきている。		

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
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	近くの保育園児と交流できるように年間行事の中に取り入れ、地域での様々な催し物・祭りへお出掛け、地域の子供達のサークルへ慰問依頼、また民生委員・町内会の協力を得る事が出来ている。		
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	出来る限り、かかりつけ医を変える事は無いが、ご家族様からの要望がある時には検討し、また状態変化により専門外来を受診した方が良いと判断した際には、ご家族様に状態を説明し、今後の方針も含めて日常の様子や状態を報告している。やむなく事業所の近くの協力医療機関の医師をかかりつけ医とする場合は本人・家族の同意を得てからにしている。かかりつけ医でなくとも近くの協力医療機関へ緊急時やその時の状態に応じて受診している。	基本的にはかかりつけ医の継続を支援しているが、認知症状の進行で精神科受診が必要と判断された場合は家族の同行を得て、地区の総合病院で診断を受けている。複数の病院受診で環境変化が混乱を招く恐れがあり、家族の希望で内科治療も転院した方がある。	
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	訪問看護来園時には身体状況や食事摂取量・排泄状況を伝え、適切に看護・往診出来る様支援している。利用者の状態に応じ受診できている。		
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。	ご家族様の要望を伺いながら病院のソーシャルワーカーを通じて話し合う事により、早期退院しホームへ戻る事が出来る様になっている。またホームで出来る事を病院へ伝える事で、退院してからの事での助言を頂く事が出来ている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所の時にはご家族様へホームで出来る事を話し、その時の状態にて病院へ入院となる事や、入居者様の状態に変化が見られた際には都度説明している。また病院のソーシャルワーカーへ相談し、その時の状況でホームで出来る事を再検討し話し合っている。	現状では、人的、環境両面に対処困難で、重篤となった場合は殆どが医療機関に移っている。但し最近、余命2ヶ月と宣告された方を、このまま病院で最期を迎える事を忍びなく思い、終日病院側の協力を確約した上で、グループホームで対応しているケースがある。今回の経験を踏まえ、終末期への取り組みの再考も視野に入れている。	
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	ホーム内にて勉強会を通じて救急救命の再確認を行っている。緊急時の対応マニュアルも見える所に置いてある。		
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	災害時には緊急連絡網にて連絡が行き協力を得られる体制となっている。また避難訓練の実施は年に2～3回行っており、地域の消防訓練にも参加している。	有事の際の周辺住民の協力を打診し、了解された3名の方を緊急連絡網に組み入れ、電話連絡訓練を行なっている。年2回の避難訓練と、役場主催の訓練にもグループホームで役割を持ち参加、3日分の備蓄物と、長期化の際は給食センターのバックアップが確保されている。	

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
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	利用者個々に配慮した対応を心掛けている。トイレ誘導時には「ちょっとそこまで一緒に行きませんか」や「手を洗いに行きませんか」と食事前後に声を掛け誘導している。	日頃から傾聴と様子観察に努め、顔色や動きから思いを把握し、安全を優先し対応、居室前の表札や広報誌の写真掲載は家族の了解を得ている。支援の場面で、不適切な言動があった場合は都度管理者が指導している。	
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	利用者が何をしたいのか伺い、また会話の中から思いをくみ取り可能な限り応じている。		
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	その日の職員で話し合い、出来る限り対応できるようにしている。		
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	ファンデーション入りの乳液を顔に塗り、口紅を差し、一緒に洋服を選んだりしている。また敬老会での顕彰者は着物を着て出かけている。		
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	役割が決まっており、副菜の盛り付け・お盆拭き・食器拭き・食器後片付け・洗濯たたみ・ホール廊下のモップ掛けを一緒に行っている。	食前・食後の諸作業は、分担が明確になっており、自分の仕事として定着し、有用感をもって行っている。食器洗いにも協力したり、意欲的で活気のある生活が送られている。	
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	水分チェック表を基に、1日1ℓを目安に水分を摂れるようにしている。また水分は水以外にもジュース・ゼリー・牛乳寒天等、味の付いている物も準備し、少しでも飲んで頂ける様にしている。また食事を一度に食べ切れない場合には、1日4～5食に分けて提供している。		
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	声掛けにて行える人は場所を伝え、うがいのみでも行えるようにしている。また口腔内に残差物が残らない様に、食事の後にお茶や水を飲んで頂くなどしている。		

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
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	個々の排泄時間は排泄チェック表を見ながら間隔が遠い時には声掛け促している。また、排泄の状態に応じてリハビリパンツから布パンツへ変えたり、オムツからリハビリパンツへ変えている。	可能な限りトイレでの排泄を目指し、意思表示が困難な場合も、定期的に誘導したり、表情や動きから予測してトイレ利用を支援している。排泄のレベルは改善され、一定の効果が得られている。	
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	なるべく毎日排便が得られる様にと朝に冷たい牛乳を提供したり、日中にもヨーグルトやヤクルトなどを提供している。また、下剤服用の検討時には便の状態が良い漢方薬で、服用量を個々に合わせている。		
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	時には気の合った人同士が入る事が出来るようにしたり、入浴前には温泉等の話題で会話をもち、気持ちが向かえる様に促している。また男性スタッフを嫌がる入居者様にはその日の女性スタッフが対応している。	当日の担当者が専任で、午前・午後を通し誘導から着脱・入浴介助を行なっている。仲の良い利用者が共に入浴したり、同性介護も予め確認し、入浴の障害を少なくする配慮がなされている。	
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	状態を見ながら居室誘導し臥床促している。また夜眠れない時にはホールでホットミルクを飲んで頂きながら心が落ち着くまで会話し過ごしている。		
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	主治医に情報提供し、治療・服薬の調整に活かしている。また調剤薬局の先生には処方された内服薬についての作用・副作用の確認をしたり、様々な症状についても話を聞いている。飲み忘れや誤薬を防ぐ為に夜勤・深夜勤・日中のスタッフ、複数の目で確認し、手渡す時には名前・日付を声に出し手渡し、飲み込むまでの見守りしている。		
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・家族からの情報を基に、日々の会話からも入居者様の好みや出来る事を把握し、畑の手伝い・買い物・ドライブ・茶碗拭き・洗濯物たたみ・モップ掛け等の役割を持っている。		
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	受診のない日・入浴日以外には買い物・ドライブなど出掛けられる様にしている。また受薬時にもお誘いし一緒に出掛けている。また地域のイベント・祭りの時にはご家族様へもお話しし、一緒に楽しむことが出来る様にお誘いしている。	日常の会話の中で、外出希望が聞かれた際は、可能な限り対応している。基本的にマンツーマンの支援で、出身地や若い頃利用した店等、柔軟に出掛けられる環境にある。季節毎の遠出の行事も年間で計画して実施し、楽しみ事になっている。	

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
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	殆どの入居者様はホームで管理しているが、状況に応じて、買い物や病院の会計の時に財布を手渡し、支払い出来るようにしている。		
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	希望時にはスタッフが電話を掛け、繋がった事を確認し本人へ受話器を渡しお話し出来るようにしている。		
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	大きな字で表示した張り紙で場所が分かる様になっている。四季を感じられる様な物を一緒に作り飾っている。ホーム内の室温は温湿度計を見て調整している。	大振りのソファが置かれ、ゆったりと寛げる環境であり、温湿度計の設置で、空調管理し快適に過ごせるよう配慮されている。外部行事の写真もふんだんに飾られ、会話の糸口になっている。又、ひと目で分かるように場所を明記し、混乱を防いでいる。	
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	気の合う者同士一緒にソファへ座りテレビを見たり、会話を楽しんでいる。		
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	使い慣れた家具を持って来て頂けるようお話ししている。また、ご家族様と一緒に撮った写真や入居してからの写真を貼り飾っている。	個々の管理・意思決定能力により差異はあるも、使い慣れた家具の持ち込み、仏壇を備え毎朝の御供えを行ったり等、個々のライフスタイルが伺える落ち着いた、心地良い空間になっている。	
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	廊下・浴室・居室等に手すりを設置している。また夜間帯はトイレまでの動線に椅子を置き、背もたれに掴まる事が出来る様に置く事でトイレに向かう事が出来るようにしている。		