

### 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	0272400789		
法人名	有限会社さくら		
事業所名	グループホームさくら		
所在地	青森県北津軽郡中泊町中里字亀山777-164		
自己評価作成日	平成26年10月10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)】**

<p>自己の状況判断や選択すべき方向性に迷いが生じた場合は、常に理念に立ち返り、初心と自信を持って判断を進めることができるように、法人の根本理念を基にしている。又、職員ミーティング等に付属した形での知識習得の機会や、外部講師によるセミナー実施、外部研修参加により、福祉に関わる者としての基礎知識や、向上心、自己を見つめなおす機会の構築と、引き続きヒヤリハット報告の積極的な提出に力を入れている。</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>地域との交流は盛んであり、特に年1回7月に行われる警察の「交通安全週間」に参加され、事業所自らマスコットを作り、利用者参加のもと公道で運転者に配っている。(警察官・消防隊も参加)共同スペースには、近くのお寺さんからの寄付で足置き台(木製)を利用し、利用者の身体的面も考慮している。若い頃地元で仕出し屋を営んできた方が、現在職員として働いて食事の提供をしている。利用者も若い頃はその方の味を覚えており、昔からのなじみの関係も継続されている。利用者の介護はもとより、色々地域との交流が盛んで、その人らしい暮らしの継続が期待できる事業所である。</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、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、安心して暮らせている (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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	「第二の我が家」という創業理念、ホーム名「さくら」の花言葉より「笑み」を基本理念とし、地域の中の和を大切に、慈しみ支え合う暮らしの支援を目標にしている。	事務室に理念が書かれた紙が貼られており、職員は毎日出勤時に確認している。また、各種書類の一部分には、理念が印刷されているため、常日頃から理念を意識したケアの実践ができています。	
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	地域の空き缶リサイクルの収集場となっている。又、近くに保育園が有り、散歩の保育園児が訪問したり、保育園の行事に招待されて出掛けるなど、日常的に交流している。	近隣の保育園とは相互に交流が取れており、定期的な訪問や、園児が事業所の付近を散歩する時には、利用者と一緒にお茶を飲むなどの交流が図れている。また、地域交流として、毎年7月に利用者が作成した交通安全のマスコットを、警察や消防と一緒に、地域住民に配布する活動を行っており、地域と事業所が一体となっている様子が感じられる。	
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	併設サービスの認知症を有する利用者に対するアプローチや、今後の悩みを抱え相談にみえる家族等への導きかたに活かしている。		
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	入居者の方の日々の暮らしぶり、ホーム検討事項について報告をし、問題点や意見を頂きサービス向上に活かしている。	役場職員、民生委員、地域包括支援センター、家族が参加し、2か月に1回定期的に開催している。事業所内の改善点や、地域に関する事など、多岐にわたる内容を話し合い、ケアに活かす取り組みが見られている。	
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に取り組んでいる	積極的に出向き、情報交換、相談、報告を行い、その都度アドバイスを頂く姿勢を大事にしている。	日頃から法改正に伴う動向や、受け入れ困難者に対する対応など、お互いを助け合う協力関係が構築されている。	
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	職員は身体拘束について、研修、勉強会を行い、玄関施錠も含めて、身体拘束をしないケアに取り組んでいるが、生活に伴うリスクが考えられる時は、「切迫性・非代替性・一時性」をふまえた理由を家族に説明、同意を得て行う事も有る。	身体拘束をしないケアの周知・徹底のために、毎月開催している職員会議内で、勉強会を実施している。その勉強会で、自分たちが行っている介護について、常に振り返り、適切かどうか所長も含めて、研鑽を深めている。玄関の施錠については、夜間は施錠しており、日中は基本施錠はしていないが、利用者の状態に応じて、安全確保のため施錠する事もある。	
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	高齢者虐待御防止法についての勉強会を開催し、事例検討等を重ね、虐待に対する職員意識を高め、防止に努めている。又、入浴時の身体観察による変化の早期発見に努めている。		

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
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	成年後見制度を必要とするケースはないが、可能性がある場合はスムーズに行えるように研修等で学び、職員会議等で勉強会を行う予定である。		
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	重要事項説明書記載内容以外の不安点や疑問点を尋ね、説明責任を果たし、甲乙ともに理解の共有が出来たことを確認後の契約としている。		
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	利用者から日々の会話の中から意見や要望を伺っている。又、ご家族からは面会時など、随時意見を聞き、家族の思いや意向の把握に努めて意見箱を設置しているが、できるだけ言い難い事も言って頂ける関係性の構築に努めている。	意見箱を設置し、家族や外部からの訪問者の意見を伺う体制を整備し、意見の収集に努めている。その他、家族からの意見は、面会時に直接言える関係性が構築されており、家族の意見をケアに反映している。家族からの意見や対応後の様子は、全てケース記録に記載し、職員間で周知するように努めている。	
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	何時でも報告書による職員の意見提示の機会がある。申し送り、連絡帳等で情報の共有を図り、運営やケアの改善が必要なものについては、代表者に意見や提案を行っている	良い・悪いに関わらず、全ての事において、報告書を用いて所長に相談する体制が整備されている。相談を受けた所長も時間を作り、職員と一緒に考え、時には指導しながら、職員と関わっている。職員からも、風通しの良い職場で、働きやすい環境だと、聞かれている。	
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	労働条件通知書等に、その詳細が記入されており、前向きに就業し続けて頂けるような条件揭示に努めている。資格取得による希望者への勉強会の開催、研修での研修費、宿泊費、手当支給等で向上心を持ち働けるよう整備している。		
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	働きながらの資格取得ができる行政からの補助事業を取り入れたり、内外研修の参加機会をできるだけ設け、参加しやすい勤務体制の工夫と協力に努めている。		
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	地域グループホーム間で定期的に交流会を持ち意見交換をしている。又、地域のサービス事業所が集うケア会議への参加を行い、他職種の方と連携を持ち相互間の活動を強化している。		

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
<b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	急激な環境変化に対しスムーズに移行できるように、事前の見学や、面談で個々の生活歴や習慣を傾聴し、継続出来るように支援し、安心感を得る生活が出来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	事前の見学、面談等でご家族の要望、不安を伺い、できる限り取り除き、時にはご理解頂ける説明を行いながら、何時でも来所していただける環境にしている事などで、信頼関係を築き上げるように努めている。		
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	本人、家族等に対するアセスメントと入所前の関係機関等からの情報提供を基に、地域にある居宅サービス事業所と連携した柔軟な対応に努めている。		
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	職員と利用者は、同じ空間を過ごす一員として、互いの尊厳を支え合う関係を築いている。		
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	家族には担当職員の連絡先を開示し、24時間対応できるようにしている。面会時は昼食を家族と共に食べて頂いたり、行事参加による家族との絆を大切に共に支援する姿勢を示している。		
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	「お家に帰ろう」を年1回では家族協力のもと実施。地域に支えられ、支え合う関係を継続する事を目的に「交通安全のマスコット」を作り、年1回配布している。又、地域行事には住民多数参加するため、積極的に出向く事で再開の場ともなる。	家族の協力の下、年に1回自宅へ帰り、家族と過ごす取り組みを実践している。その他、地域交流として、交通安全のマスコット配布は、地域の一大行事として定着しており、住民からも好評の声が聞かれている。また、利用者の友人が、近くの病院帰りに事業所に寄って交流を楽しむなど、入居してからも馴染みの関係が継続されている。	
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	集団的、個別的なレクの取り入れや、その方にあつた方法で、不安や孤独を軽減し、共同生活への参加がしやすくなる工夫をしている。		

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	契約が終了しても、終了時の面談で相談や支援に応じる姿勢を示している。		
<b>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</b>					
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	日々の言葉や表情から、本人の視点に立ち受容し、リスクの把握を行った上で、基本的に本人の希望や意向のあるがまを受け入れ実現できるように努めている。	「利用者の思いに寄り添う」を基本に、意向の把握に努めている。また、外部研修に参加した職員から、色々なツールやアセスメント方法を学び、日々のケアから収集した情報は、毎日の申し送りで確認している。	自ら意向を伝える事が困難な方に対して、職員がどのように関わっていけば良いか、所長や現場責任者から具体的な方法を示し、実践していける事に期待したい。
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	必要な情報提供を受け、アセスメントを行いながらそ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	個々の生活リズムの理解やバイタル表、排泄表の状況確認を行いながら、本人の出来る力を重視した全体像の把握に努めている。		
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	本人や家族の思い、意見を反映しながら、職員間で問題点を見出し、現状に必要な支援を根拠に基づいて実施できるような介護計画を作成するべく、会議等の場で努めている。	ケアマネジャーを中心に、担当職員から利用者・家族の要望を聞き出し、ケアプランに繋げている。毎月の職員会議でも、全職員から利用者に関する情報を収集し、モニタリングへ繋げている。担当者会議には、可能な家族には参加していただき、意見を頂いている。	
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	個別ファイルは全職員がいつでも閲覧できるようにしている。勤務開始前の記録確認、職員間の連絡帳の確認は徹底するよう捺印をして情報を共有している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	既存にとらわれないことを現場で築いていくのがグループホームの役割のひとつでもある。ということは会議での周知により職員も意識し始めている。		

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
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	地域資源の把握に努め、本人の持つ心身の力を発揮し、安全な暮らしの土台である権利行使の支援を行っている。		
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	本人、家族が希望するかかりつけ医を受診している。状況に応じ、他医療機関の受診を進められた場合でも、その結果、報告を随時行い適切な医療を受けられるように支援している。	基本、入居前と同じ病院を継続して受診している。状況に応じ、他医療機関を受診する場合も、職員が付き添い、受診内容を家族へ報告しており、その都度適切な医療が受けられるよう努めている。	
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	看護職員の管理者がおり、職員は日常の情報、気づきを伝え、適切な受診、医療連携が受けられるように支援している。また看護技術の新たな情報収集にも努めている。		
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。	入院中は可能な限り、病室に出向き、本人、家族の不安が軽減できるように支援する。病院関係者とは、早期退院に向け、お互いに情報交換を行っている。		
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、事業所の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	重度化、終末期については、入所時にホーム方針を示している。ホームで対応出来る最大の支援を検討し、ご本人が望む場所で最後まで暮らしていけるように、家族、医療関係者と連携、協力して対応できるよう図っている。	入居時に、看取りや最期についての意向を確認している。状態低下時は、確認した意向を基に、再度相談をしながら、医療機関や地域の介護保険施設と連携を取りながら支援している。また、事業所内で看取った事もあり、職員への看取りケアや死生観に関する勉強会開催も、意欲的に取り組んでいる。	
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	急変時の対応についてのマニュアルを作成し、連絡網、対応方法について随時確認を行っている。職員は定期的に救急法の受講を受けている。		
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	消防署と連携を取り、避難訓練を行っている。又、地域消防団との協力体制が整備されている。	年2回実施しており、毎回消防団と連携して開催している。また、有事には地域の指定避難所に指定されており、常に1週間分の食料が備蓄されているなど、防災に関する意識の高さが伺える。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	人生の先輩であるという事を職員は共有している。誇りを損なわない言葉かけや対応を意識しているが、利用者の状況に応じ、地域の言葉を活かした個別的なアプローチを用いたりしている。	人生の先輩であり、人格を尊重した利用者への言葉かけを実践しているが、地域性を考慮し、利用者が解りやすい声掛けをするなど、柔軟な対応をしている。日々のケアの中でも、不適切と感じられる声掛けがあった際は、現場のリーダーがすぐに指導し、改善するように努めている。	
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	日々のコミュニケーションの中で本人の希望や、五感の状態による選択肢の提案を考えたり、自己決定が出来る工夫を図っている。		
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	基本的な一日の流れはあるが、本人の状態や気持ちを尊重し、柔軟に支援している。		
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	着替え時は本人の希望を聞き入れ着用をして頂き、自分で選べる方は自由に選べるように支援している。理、美容院も本人、家族と相談し希望に応じている。		
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	食事前は利用者主体で口腔体操を実施し、昼食は職員も一緒に会話を楽しみながら食べている。野菜や、山菜の皮むきは手伝ってもらったり、食後は個々の能力に応じ、下膳、テーブル拭き、茶碗拭きをしている。	敷地内にある菜園から取れた野菜などを、職員と利用者が一緒になって準備・調理に取り組んでいる。食事中は、職員も一緒に食事をとり、和やかな雰囲気の中で食事を楽しんでいる。また、地元で有名な仕出し屋で勤めていた職員が調理を担当しており、慣れ親しんだ味付けに利用者も喜んでる様子である。食事前に口腔体操も行っている。	
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	基本献立表を基に、時期の工夫をしながら食事提供をしている。食事量に変化が見えた時、病状により水分量の制限がある時等は個別チェック表を用いて状況に応じた支援をしている。		
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	毎食後、声掛けをして、本人の力に応じた口腔ケアに努めている。就寝前には洗浄剤を用い義歯の洗浄を行っている。		

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
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	排泄チェック表を用い、一人ひとりの排泄パターンを把握し、利用者の能力に応じ排泄の自立に向けた支援を行っている。	個々の排泄パターンを把握し、本人にあった排泄ケアが提供されている。入院していた利用者が事業所に帰ってきた際、日常生活動作(ADL)の低下によりおむつ対応やバルーンカテーテルが留置していたとしても、以前の排泄状況に回復させようと、介護・看護職員が連携している取り組みが伺える。必要に応じて、入院先の看護職員と事業所の看護職員が、処置方法等について情報交換をしており、高い意識が伺える。	
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	排泄チェック表を用い、一人ひとりの排便周期を把握しているため、個々に応じた水分補給で予防に努めている。便秘と感情の関係性など研修で得た内容を共有している。		
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	いつでも対応できるように支援している。又、立位困難な方でも入浴を楽しんで頂けるように簡易リフトを設置している。足浴支援や、併設サービスの浴室利用もタイミングによって可能である。	入浴日を固定せず、希望の曜日・時間帯に、週3回入浴できるよう支援している。利用者の状態に合わせて、リフト浴も実施している。また、気分転換を兼ねて、併設のデイサービスにある大浴場に入浴するなど、利用者の意向を尊重した支援が行われている。	
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	本人の生活習慣により昼寝、休息をしている方もいるが、体操、レクリエーション等で日中の活動を促し、夜間安眠出来るように支援している。		
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	看護職が管理している。処方箋は個人ファイルに綴り、全職員が薬の内容を把握できるようにしている。処方変更時は服薬後の様子を詳細に記録し、症状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	洗濯畳み、食器拭きなどの役割分担をしている。又、「昔話しの読み聞かせ」を毎日定時に行ったり、居室で過ごす方には、好きな音楽を聞いて頂くなど、気分転換を図り、楽しんで頂けるよう支援している。		
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支援している	近隣の散歩、買い物、銀行など個別の外出希望にも柔軟に応じている。又「1年に1回はお家へ帰ろう」を目標に、ご家族と協力しながら、墓参り、自宅、知人との出合いを支援している。	利用者個々の要望を聞き出しながら、柔軟に対応している。定期的な通院後に外食をしたり、家族の協力を得ながら自宅への外出・外泊も実施している。また、年金支給月には、必ず自分で引き出しをしたいという利用者へも、職員が付き添い実施するなど、個別支援を大切にしている。	



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
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	自己管理が困難な利用者が多いが、自己管理が可能な方には所持して頂き、自分で買い物が出来るように支援している。		
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	携帯電話を持っている方は自ら電話をして話したり、掛けられない方には電話を繋げたりして支援している。又、ご家族から荷物が届いた時には、ご本人ににお礼のハガキを書いて頂く等の支援をしている。		
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	共有空間には、家族、本人の作品を展示したり、季節感の持てる装飾を施して、居心地よく過ごせるように図っている。	広い共有スペースには、利用者が作成した作品や季節を感じられる装飾を施しており、とても過ごしやすく落ち着きがある空間に感じられる。廊下等の動線には、十分なスペースが確保されており、居心地よく過ごせる工夫が感じられる。	
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	テレビ前にはソファが用意されているので、定時に一人で連続ドラマを見る方、気の合った利用者同士でビデオを見る方、テーブルで新聞を読む方と思い思いに自分の居場所を決め過ごしている。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具類は取り付けの為、馴染の調度品は少ないが、位牌を持って来られた方には、毎朝ご飯を供えたり、お盆、お正月には供物を供え、穏やかな気持ちで過ごせるように支援している。	入居時に、本人・家族から趣味・嗜好を聞き取り、本人が過ごしやすい居室作りを実践している。自宅にある馴染みの物は、積極的に持参していただき、活用していくよう促している。また、居室内で少しでも不便が生じた場合は、活用できそうな福祉用具も準備し、少しでも本人が居心地よく暮らせる居室作りを考え支援している。	
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	居室、食堂テーブルは同形状の為、混乱しないように、本人の好きな花の名前を目印にして、「できること」「わかること」を意識して工夫している。		