

### 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29年9月19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29年10月17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>①平成27年度から看取り支援を開始したこと。                  ②年間ヒヤリハット提出数の700枚超えを複数年継続できたので、年間1000枚超えを目標とした。提出をもとに、リスク管理の底上げにつなげる提案工夫を施しながら、現場の質を高める仕組みと実践を、現場でできるという組織を目指していること。                  ③6割以上の職員が、認知症実践者研修の修了者であることを維持していること。</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>ヒヤリハット報告書をリスク管理のみに限定せず様々な内容が記載できるものとしており、そこから得られた情報を共有、検討することで入居者の個別ケアが展開され、その他施設運営、衛生管理にも有効活用し3年間離職者がなく職員の定着にも効果がみられている。また、地域との関係性が良好であり近隣住民から防災、救命、機能訓練等様々な協力が得られ、入居者が安心して地域で暮らせる体制となっている。</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。	日頃から理念を共有する手段として書類に理念を記載し、各職員が理念と照らし合わせてケアするよう取り組んでいる。また職員会議等の場で日頃のケアと理念を照らし合わせて振り返るようにしている。	
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	地域の空き缶リサイクルの収集場となっている。又、近くにこども園が有り、散歩の園児が訪問したり、ホーム行事や、こども園行事では、相互に招待し合い交流を図っている。	敷地内が近隣のこども園の散歩コースとなっており、日常から声をかけあう関係が築かれている他、互いのイベントに関する情報交換、参加が盛んに行われている。	
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	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、相談に見える家族等への導きかたに生かしている。		
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	入居者様の日々の暮らしぶり、ホーム検討事項について報告をしたり、行事に参加して、直接入居者様とふれ合って頂く等で、問題点や意見を述べて頂き、サービス向上に活かしている。	2か月に1度のペースで会議を開催している。施設運営やサービス提供に関する報告、ボランティアの利用について等有識者と検討し、サービスの質の向上に努めている。また、参加者からは制度に対する質問やその他の相談も多く地域福祉の拠点として役割を果たしている。	
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	積極的に出向き、法改正に伴う動向や、受け入れ困難に対する対応などの情報交換、相談、報告を行い、その都度アドバイスを頂き、協力関係を構築している。	所長が行政へ出向き制度等に関する情報収集を行っている。そこで得られた情報を地域の他事業所へ情報提供し、協力体制をとっている。その他、困難事例においても相談や受け入れを前向きに検討する等、行政と密に連絡を取っている。	
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、計画的に勉強会を行い、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ある。	人の出入りがわかるよう引き戸の音が大きいレールを使用し、玄関の施錠はしていない。また、ヒヤリハット報告書から得られた情報をもとに入居者の心身状況を会議や引き継ぎで検討し、やむを得ず身体拘束を行う場合には経過を観察し、解除に向けての定期的な検討もされている。	
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	高齢者虐待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	利用者様からは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いる。言い難い事も言ってもらえる関係性の構築に努めている。	入居者からの生活に対する意向は個別に話を聞ける環境づくりに努めて、何うようしている。また表出されにくい意向については、入居者と職員それぞれの関係性を活用することで引き出し、情報を職員間で共有する。家族からは面会時等、グループホームを訪れた際には必ず意向の確認をしている。また、職員並びに外部者へ向けて表出できる機会を設けている。	
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	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。	情報共有ツールとしてヒヤリハット報告書を利用している。内容についてはリスク管理のみではなく、様々な情報が表出されるものとなっており、入居者の処遇、施設運営、衛生管理に関する職員の意見が記載され、実際のケアや労働環境改善に活かされている。	
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・研修費、宿泊費の手当支給で向上心を持ち、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	評価者講習を研修、受講し、介護技術を基礎とした、人材育成を行い、介護キャリアアップに繋げている。又、ユニット間で職員交流を図り、より高いレベルで支援できるように職員の向上心を高めている。		
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、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、何時でも来所して頂ける環境にしている事で、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、1年に1回は「お家へ帰ろう」を目標に家族との絆を大切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	家族、友人の冠婚葬祭への出席、お盆の墓参り、美容院、馴染みの寿司店に出かける等、希望に応じた対応で支援を行っている。又、地域と支え合う関係を継続する事を目的に「交通安全マスコット」を作り、年1回配布している。	年度始めには個別に外出したい場所の希望を確認している。その際、家族の協力が得られた場合は年に1回、自宅へ帰る取組みが行われている。その他、日頃の会話からそれぞれ希望を確認し、馴染みの場所への外出支援を行っており、地域性から皆が馴染み深い寿司店への外出希望が多く、入居前の暮らしが継続されている。	
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	定時に利用者様主体で「般若心経」読経の時間を設けたり、個別的にリハビリ運動の時間を設けるなど、その方にあった方法で、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	[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。意向を伝える事が困難な方に対しては、行動、言動をリスク報告書として提出。問題点を見出す事でその方の思いを把握できるよう図っている。	介護職員全員が日頃のケアにおいて気づいたこと等、様々な内容をヒヤリハット報告書に毎日記載している。得られた情報は職員会議や申し送り等で共有し思いの把握に努めている。	
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	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、定期職員会議で、利用者様に関する情報を収集し、ニーズの把握、モニタリング、ケアプラン作成に繋げている。	入居者、家族の意向を確認し、定期的にサービス担当者会議が行われ、ケアマネジャーがケアプランを作成する。また、介護職員もプランを基に作成された活動表の内容を実施し、状況を支援経過に記載している。実施状況からモニタリングを行っている。	
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	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	馴染みの接骨院のマッサージ師が週3回ホームに向出し、希望者は、リハビリを兼ねた、マッサージを受ける事が出来る等、既存のサービスに捉われない柔軟な支援をしている。		

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
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。	適切な医療を受けるため、看護職員が付添いし、受診結果を家族へ報告している。また、病状等によっては他医療機関との連携も図り、入居者の健康管理に努めている。	
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。又、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、事業所です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	入所時に、看取りを含めた終末期の意向を確認している。状態低下時は、確認していた意向を基に、再度相談、確認を行い、ホームで対応できる最大の支援を検討し、最後迄、自分らしく暮らして頂けるように、家族、医療関係者と連携、協力して対応が出来るよう図っている。	状態低下等がみられた場合は改めて家族の意向を確認し、看取りケアを行っている。ケア開始となった場合は各ユニットに配置されている看護職員が24時間のオンコール体制で主治医との連携を図っている。看取りケア終了後には振り返りを行い、回数を重ねるごとにマニュアル化されチームケアが行われている。	
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	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、蘇生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、避難訓練を年2回行っている。又、有事には地域の指定避難所になっており、常に一週間分の食糧の備蓄がなされ、地域消防団との協力体制が整備されている。	年2回の訓練を実施しており、地域住民にも参加を促し行っている。また、訓練の際には近隣住民の消防署員や救急隊員から防災、救命(喀痰吸引実施)に関わる協力が得られている。	

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
<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	人生の先輩である事を共有している。誇りを損なわない言葉がけや対応を意識している。個別状況に応じ、認知症実践者研修でのコミュニケーション技法を基本にして意識している。	認知症介護実践者研修で学んだことを職員会議等で共有している。また、日頃から不適切と思われる声掛け等があった場合は、その場で互いに注意し合う関係性が築かれている。その他ヒヤリハット報告書からは僅かな心身状況の変化に気づき、情報を共有し統一した対応をすることで不適切なケアとならないよう未然に防ぐことを心掛けている。	
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て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、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、テーブル拭きをしている。	入居時に食事の嗜好について個々にアセスメントしている他、日々の食事状況を観察し、食事提供に反映させている。また、グループホームからの提供が難しいものに関しては、個別に購入していただき、入居者のペースに合わせて適宜提供している。	
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。食事チェック表を活用し、食事量に変化が見えた時は、症状により、栄養補助食品や、経口補水液を摂取して頂く等、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を行い、口腔状態を確認している。就寝前には洗淨剤を用い義歯の洗淨を行っている。		

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、個々の排泄パターンを把握。能力に応じた排泄支援を行っている。ADL低下により、オムツ、パルンカテール留置になっても、医療機関と連携を図り、トイレでの排泄に向けた取り組みを個別に確認しながら努めている。	観察の視点を全体で整理し、統一して排泄チェック表を記入している。得られたデータから排泄量を把握し、的確な時間でのトイレ案内、適切な排泄用品を使用することで安眠に対しても効果が得られている。その他、近隣住民の柔道整復師が週3回訪問して機能訓練を行い、身体機能の向上により排泄のレベルアップにもつながっている。	
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	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ず、個々に応じた支援をしている	希望があれば、いつでも対応できるように支援している。又、職員の介護負担を軽減し、立位困難な方でも入浴を楽しんで頂けるよう簡易リフトを設置している。	基本的な入浴日は決めているが、個々のリズムに合わせて行っている。また、希望があれば随時入浴できる体制をとっている。	
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、日中の覚醒水準を高めることを意識して、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が、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	個々の能力に応じ、洗濯量み、新聞紙の整理などの役割分担をしている。又、「昔話し読み聞かせ」「レクリエーション」を毎日定時に行って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に支援している	近隣の散歩、買い物、墓参り、銀行、コンサート、家族との夕食、本人の希望する夕食、遠方の親戚に会いに行く、自宅片付け、選挙投票等、できるだけ個別の思いや権利を損ねないように柔軟に支援している。	外出したい場所の希望を聞き、家族の協力も得ながら、随時外出している。	



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は所持して頂き、自分で買い物をしたり、光熱費の支払いをする等の支援をしている。		
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、自分で電話をしている。掛けられない方には電話を繋げて支援している。		
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	共有空間には、本人、自宅、家族の写真、作品を展示したり、季節感のある壁画を装飾して、明るく、楽しめ、かつ安全で居心地が良い空間作りを工夫している。	リビングは日の光が差し込みやすい窓に設計され明るい環境となっており、食事スペース、くつろぐ場所がそれぞれに確保されている。また、ユニット廊下にもゆったり過ごせるように椅子を配置するなどの配慮もされている。	
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	テレビ前にはソファー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て、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、馴染みの調度品は少ないが、位牌を持って来られた方には、毎朝ご飯を供え穏やかな気持ちで過ごせるように支援している。居室内で、不便が生じた際は、福祉用具を準備し、安全に暮らせるよう工夫している。」	自宅で使い慣れた家具の持ち込みを積極的に行っている。また、家具の配置についても入居者がそれぞれ使いやすいように配慮されている。	
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	居室、食堂テーブルは同形状の為、混乱しないように、「できること」「わかること」を意識し、本人の名前を目印にしている。		