

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	0272400573		
法人名	有限会社 ひら岡		
事業所名	グループホームひら岡		
所在地	青森県北津軽郡鶴田町大字廻堰字東下山1番地1		
自己評価作成日	平成29年12月11日	評価結果市町村受理日	平成30年2月26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30年1月16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)】

住宅地に立地しているため、日頃から地域住民と挨拶を交わす等、地域との交流を大事にしており、ホームの行事にも参加・協力を得ている。利用者には、家庭的な雰囲気の中で、その人らしい生活が送れるように、個々の希望を聞き取っている。また、馴染みの家具や寝具等を持ち込んでいただき、心地良く過ごせるように支援している。園庭には果物や野菜を植え、利用者と一緒に、草取りや収穫を楽しんでいる。また、居室でテレビ、ラジオ等で自分の時間を楽しんでいる他、ゆっくり休んだり、整理整頓や洗濯物たたみ等をして、それぞれが自由に過ごせるように支援している。

【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)】

鶴田町の住宅街に立地し、開設から15年以上が経過した、地域に密着したグループホームであり、地元の鶴田祭りへの参加や、保育園児の訪問の受け入れ等を通じて、日頃から地域住民との交流を図っている。  
ホーム内は、家具等の調度品も落ち着いた素材・色合いで、利用者にとって過ごしやすい環境となるよう、整備している。  
また、家族が面会に来た時に一緒に見られるように、ホームの行事や外出時に撮った写真をアルバムにして、居室に置く等、家族も安心して暮らせるように支援している。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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

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	理念は玄関やホール、職員室に掲示している。また、職員会議やミーティング時に話し合いの機会を持ち、日々、意識付けをしながら理念を共有し、実践に取り組んでいる。	ホーム設立時に、全職員で独自の理念を作成し、職員間で共有している。理念は玄関やホールの見やすい場所へ掲示している他、勤務表へも明記することで、職員が常に意識し、理解を深めながら、日々のサービス提供場面に反映させるように努めている。	
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	散歩時に挨拶を交わしたり、花や野菜、山菜のお裾分けをいただいている。また、保育園や小学校との交流の他、地域行事に積極的に参加している。	地域住民とは顔馴染みの関係を構築しており、野菜等の差し入れもある。また、町内会に加入し、地元の祭り等への参加や保育園児の訪問等を通じて、地域住民との交流を図っている。	
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、地域の人々に向けて活かしている	見学や認知症に関する相談等は、いつでも受け入れている。また、個人情報について説明し、利用者のプライバシーに十分に配慮している。		
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践、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回開催し、利用者の状況報告や取り組んでいる内容、日常の様子、自己評価及び外部評価結果を報告している。会議での意見交換の内容は、職員会議で話し合い、サービスの向上につなげている。	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催しており、ホームの行事や避難訓練、自己評価及び外部評価結果等を報告している。また、活発な意見交換を行い、メンバーから出された意見を、今後のサービスの質の向上に役立てていくように努めている。	
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	その都度、わからない点や疑問点等を相談したり、運営推進会議に出席していただき、ホームの取り組みを伝え、意見や助言をいただいている。また、自己評価及び外部評価結果を持参し、ホームの現状を伝えている。	運営推進会議には、町役場の職員か地域包括支援センター職員、どちらかが必ず参加し、ホームの実態等を理解している。また、町役場とは日頃から連絡を取り合い、ホームの運営等について相談し、課題解決に向けて、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
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	全職員が勉強会等で理解しており、拘束のないケアを行っている。見守りにより、玄関に鍵をかけなくてもすむよう、外出傾向がみられた方には付き添い、同行している。	管理者及び職員は外部研修への参加や勉強会等を通じて、身体拘束の内容や弊害について理解を深め、身体拘束は行わないという共通の認識がある。外出傾向がある利用者には、職員が散歩に付き添う等、個別に対応しており、日々、身体拘束を行わないケアに努めている。	
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	研修会に参加したり、勉強会を行い、日常的に話し合いながら、理解に向けた取り組みを行っている。また、日常生活の中で異変がないか、常にチェックし、虐待防止に取り組んでいる。		
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	研修会に参加したり、勉強会を行い、職員の理解を深めており、その内容をファイルにまとめ、閲覧できるようにしている。		
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	利用料金や起こり得るリスク等を十分に説明し、家族の希望も取り入れながら、理解を得ている。改定する際には十分に説明を行い、同意を得ている。また、解約後も家族と話し合い、退所後の生活の場が決まるまで対応している。		
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	利用者には随時、困っている事や要望等を聞き、言動や表情から、思いを察するように努めている。家族が意見を出しやすいよう、利用者の暮らしぶりや通院状況、金銭管理状況を毎月報告している。	日々のケアを通じて、利用者が気軽に意見等を出せる関係を構築している。また、玄関に意見箱を設置している他、利用者や家族も運営推進会議のメンバーとなっており、外部へ意見や要望を話せる機会を確保している。	
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	月1回の職員会議で、意見や提案を聞く機会を設けている。必要に応じて、随時、意見交換を行い、運営に反映させている。	月1回、職員会議を行い、利用者の受け入れや運営に関する事等、職員が意見を出せる機会を設けている。また、職員から出された意見や要望で、トイレを改修する等、ホーム運営等に反映できるように努めている。	

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
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	職員の状況を把握しており、職員が向上心を持って働けるよう、外部研修に参加する機会を設けたり、資格取得を奨励している。社員旅行や親睦会等を設け、福利厚生の実に努めている。		
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	学習会や研修会には、多くの職員が受講できるようにしている。研修の報告は職員会議等で発表し、職員間での話し合いや資料等の閲覧を行っている。		
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	町のグループホーム協議会、西北五グループホーム協会の研修や親睦会に参加し、意見交換や交流の機会を持っている。		
<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	相談があった時は、介護支援専門員から情報収集し、必ず本人や家族と面談をして、不安や困っている事を聞き入れ、安心して過ごせるよう、関係づくりに努めている。		
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	相談があった時は、家族から不安や困っている事を聞き、本人の心身の状況等を受け止め、密に連絡を取り合い、安心してもらえるような関係づくりに努めている。		
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	早急な対応を求められることもあるが、何に困っているのか、何を必要としているのか、本人や家族の思い、状況等を考慮し、本人に合ったサービスができるように努めている。		
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	職員は利用者を自分の親、祖父母であるという気持ちで接している。洗濯物たたみや新聞折り等を協働しながら、コミュニケーションを多く持ち、人生の先輩として、利用者に昔ながらの知恵を教えていただき、家庭的な雰囲気の間面づくりをしている。		

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
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	家族の本人を思う気持ちや在宅での経緯等を受け止め、家族との情報交換を密にし、気軽に、何でも話せる環境づくりを心がけている。面会時には近況を報告し、些細な事でも報告できる体制を築いている。		
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	かかりつけの病院受診や美容院の利用を継続している。知人が面会に来た際は、居室でゆっくり過ごせるように支援している。	入居時、利用者のこれまでの生活について、本人や家族から聞き取りを行い、生活歴や馴染みの関係の把握に努めている。また、年賀状や手紙のやりとりを支援する等、利用者がこれまで大切にしてきた関係が途切れない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	日頃から注意深く見守り、利用者の生活歴や性格、認知症の症状の把握に努めている。また、コミュニケーションを多くとるようにしており、利用者間の関係がスムーズになるように支援している。		
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	入所時から、サービス終了後も相談や支援することを伝えている。また、退所先の関係者との連携の他、家族の支援に努めている。		
<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	日々の暮らしの中で触れ合い、利用者の会話や様子を観察し、把握するように努めている。意思疎通が困難な方には、家族等から情報を得たり、表情や態度等から汲み取っている。	職員は利用者の話をじっくりと聞き、日々のケアを通じて、本人の思いや意向の把握に努めている。利用者の意向が十分に把握できない場合は、家族や担当職員からの情報を基に、全職員で話し合い、利用者の視点に立って支援している。	
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	入所時や面会時には、家族等に、生活歴等を把握することの意味と重要性を十分に説明し、情報収集を行っている。日常の中でも、随時、聞き取りを行い、状況の把握に努めている。		

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
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	一人ひとりの水分・食事量、バイタルチェック、排泄の時間帯、起床・就寝の時間帯を記録し、利用者の表情や行動を観察しながら、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	利用者や家族から意見を聞き、センター方式で3ヶ月毎に見直し、ケアプランを作成している。月1回、ケア会議を行い、職員の気づきや意見、アイデア等も聞きながら、介護計画を作成している。	介護計画は利用者及び家族、職員等の意見を反映させて作成し、個別具体的な計画となっている。また、利用者の状態に変化があった時等は、その都度、見直しを行い、現状に合った介護計画の作成に努めている。	
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	日々の様子や言動、状態の変化等を個人記録に記入し、申し送り事項は業務日誌に記入して、全職員が把握できるようにしている。通院や家族等の連絡は別に記録し、介護計画作成にも活用している。		
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	医療連携体制(訪問看護)や自宅等への送迎支援を行っている。		
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	地元の小学校の運動会や学習発表会に参加したり、保育園児の訪問等で楽しんでいる。また、消防署の協力で、防災訓練や救急救命の訓練を実施している。		
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	利用者や家族の希望を尊重し、これまでのかかりつけ医への受診を支援している。受診状況はその都度、本人や家族に報告している。必要に応じて、家族同行で医療機関と話し合い、連携を図っている。	入居時に、利用者のこれまでの受療状況を把握し、入居後も希望する医療機関を受診できるように支援している他、歯科や眼科、耳鼻科等への通院の支援も行っている。また、受診結果は家族や訪問看護師と共有し、連携を図っている。	
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	医療連携体制委託により、週1回、看護師が訪問し、利用者の健康管理や職員への助言・指導を行っている。利用者の状態が急変した場合は、24時間、いつでも相談でき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
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。	入院の際は、家族と共に必ず立ち会い、病院側と情報交換を行っている。訪問看護師とも情報を共有し、入院中は職員が何度も見舞うようにしており、本人や家族が安心してできるように支援している。		
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	終末期のケアについては、早い段階から、家族や医師と何度も話し合い、医師の判断により、対応できる医療機関との連携を図りながら支援している。重度化した場合は、日常的な健康管理や急変時の対応について、家族やかかりつけ医、訪問看護師と、繰り返し話し合いを行っている。	看取りに関する指針を作成しているが、現在は終末期の対応は行っていない。利用者が重度化した場合は、家族や医療機関、訪問看護師と連携し、意思統一を図っている。	
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	緊急時対応マニュアルがあり、職員は内容を理解している。年1回、消防署員による救急救命(心肺蘇生法・AED)等の訓練を行っている。		
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2回、消防署立会いのもと、通報、避難、消火の総合訓練を実施しており、近隣住民にも協力してもらえよう働きかけている。町との災害時における相互協力支援協定があり、協力体制を築いている。	年2回、利用者と職員と一緒に、夜間や水害等も想定した避難訓練に取り組んでおり、消防署の立ち合いを得ている他、町内会にも参加を呼びかけ、災害発生時の協力体制づくりに努めている。また、災害発生時に備え、非常食や暖房器具等も用意している。	
<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	一人ひとりの人格が違うことを念頭に置き、介護時や声がけ時は羞恥心に配慮して、自尊心を損なわないように対応している。居室は本人の家と考え、無断で立ち入りせず、一声かけてから入るようにしている。	職員は利用者を「さん」付けで呼び、一人ひとりの人格を尊重した支援に努めており、声がけや対応について、ホーム全体で、確認や改善に向けて取り組んでいる。職員は研修や勉強会等を通じて、守秘義務や個人情報の取り扱いについて理解を深めている。	
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	利用者との会話を通じて、希望や好み等を把握し、日常生活の中の些細な事でも、本人が決める場面づくりを行っている。(飲み物・洋服選び等)		

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
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	日課表は定めているが、身体状況や精神状態に合わせた支援を行っている。買い物や散歩等、要望に配慮しながら、その人らしい生活が送れるよう、柔軟な対応を心がけている。		
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	髭剃りや季節に合った洋服選び等を一緒に行っている。床屋や美容院に行けない方や職員にお願いする方には、好みを聞き、その方に合った髪型にしている。		
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	一人ひとりの好き嫌いを概ね把握し、折に触れて、食べたいメニュー等を聞き、提供している。野菜の筋取りやお盆拭き、テーブル拭き等を一緒に行い、食べこぼし等は気にせず、食後に拭き掃除をしている。	利用者の好みを把握し、家庭的な献立となるように工夫している。職員は利用者と一緒に席に着いて食事を摂り、会話をしながら、楽しく食事ができるような雰囲気づくりを心がけている。	
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	毎食後、一人ひとりの食事・水分量をチェック表に記入し、食べる量や栄養バランスを概ね把握している。水分量が少ない方には、好みの飲み物を提供したり、お粥や刻み食、トロミを加える等の工夫をして、個々に合わせた支援を行っている。		
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	毎食後のうがいや歯磨きの習慣ができている。本人ができない場合は、職員が一人ひとりに応じたケアを行い、口腔内のチェック、義歯の手入れ等の支援をしている。異常がみられた際は、かかりつけの歯科を受診している。		
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	一人ひとりの排泄チェック表を記入し、時間や習慣を把握して、本人に合わせたトイレ誘導により、排泄を促している。随時、おむつ使用の見直しを行い、利用者の羞恥心やプライバシーに配慮し、対応している。	利用者一人ひとりの排泄記録を作成し、パターンを把握している。失禁のある利用者に対しては、羞恥心やプライバシーに配慮の上、事前に誘導して排泄介助を行う等、自立に向けた支援に取り組んでいる。	



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
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	排泄チェック表に記入し、時間や習慣を把握しながら、個々に腹部マッサージを取り入れたり、適度な運動を日々の生活の中に取り入れている。また、食材やメニューを工夫して、便秘予防に努めている。		
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	入浴は週2回、午後に行っているが、希望があれば、いつでも入浴できる体制である。入浴の順番にも配慮し、一人ひとりが寛げるような入浴を心がけている。また、重度の利用者には職員2人で介助する等、安全面にも配慮している。	利用者一人ひとりの入浴習慣や入浴方法等の意向を取り入れ、基本的に週2回の入浴を行っている。また、希望に応じて、入浴の時間や曜日の変更にも対応できるようにしている。	
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	一人ひとりの睡眠パターンを概ね把握しており、日中の活動を促して、生活のリズムを整えている。寝付けない時は、話し相手になったり、水分補給等により、安心して眠ってもらえ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	個別の服薬ファイルを作り、職員は内容を理解している。薬には名前を記入し、朝・昼・夜と色分けをして、誤薬がないように確認している。症状の変化がみられた時は記録に残し、早急に通院対応をしている。		
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	毎朝、仏前にご飯を供える手伝いをしたり、草取りや裁縫等、個々の趣味や関心のある事を把握しながら、役割や楽しみの支援をしている。		
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支援している	本人の希望で園庭に出たり、散歩や買い物等の支援に努めている。車椅子の方や意思疎通が困難な方も、体調や精神状態に合わせて、戸外に出かけることを心がけている。また、家族と外出できるよう、協力を呼びかけている。	利用者の楽しみや気分転換につながるよう、日頃から、天気の良い日はホーム周辺を散歩したり、ドライブに出かけている。また、定期的に外出行事を企画し、秋には富士見湖パークで炊事遠足を行う等、利用者の行きたい場所へ出かけられるよう支援している。	

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	本人や家族の希望により、ホームで管理しているが、買い物等の支払いは本人ができるように支援している。自己管理が可能な方は、家族と相談して、少額のお金を所持してもらっている。		
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	希望に応じて、事務室で電話をかけたり、届いたハガキを読んであげる等の支援をしている。家族や知人からの電話や手紙等を歓迎している。		
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	共用空間には食卓やソファがあり、絵画を飾る等、家庭的な雰囲気となっている。季節毎に、利用者と一緒に壁画を作成して、廊下に飾ったり、花等で季節感を取り入れる工夫をしている。また、適度な温度や湿度が保たれるようにしている。	ホーム内は窓から入る光で程良い明るさに保たれており、利用者はホールでゆったりと過ごされている。また、温・湿度計を設置して、快適な環境整備を行うと共に、廊下には福笑いや書初め等、季節に合わせた飾り付けを行い、利用者が季節を感じる事ができるように工夫している。	
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	居間のソファでテレビを観たり、お茶を飲んだり、横になる等、思い思いに過ごされている。必要に応じて、畳も用意し、家庭的な雰囲気づくりを工夫している。		
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	入所時に、使い慣れた馴染みの家具や寝具等を持って来てもらうよう、家族に積極的に働きかけている。また、家族の写真を飾る等、居心地良く過ごせるようにしている。	入居前から使用していた馴染みの物を持って来ていただくように働きかけており、家族の写真や人形等の持ち込みがある。また、持ち込みが少ない場合は、行事で撮った写真をアルバムして居室に置いたり、手作りの作品を飾る等の支援を行っている。	
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	居室に表札をかけたり、本人がわかるような目印を付け、場所間違いを防ぐための工夫をしている。ホールや廊下、トイレ、浴室には手すりがあり、浴槽の中や床には滑り止めマットを敷き、安全に配慮している。		