

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	0270100977		
法人名	医療法人 白鷗会		
事業所名	まちだ第1グループホーム		
所在地	青森県青森市大字羽白字沢田5番地2		
自己評価作成日	令和元年6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	青森県青森市中央三丁目20番30号		
訪問調査日	令和元年7月18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)】

医療と福祉が連携して開設したホームは、協力医療機関と24時間連絡できる体制を確保しており、健康面で安心して生活していただいております。利用者や家族の希望があれば、看取り介護が可能であり、現在までほとんどの方が他施設等へ移転することなく、住み慣れた場所で最期まで過ごしています。
また、ホームからの働きかけにより、地域の方にはホームの行事や運営推進会議に参加していただき、交流の輪が広がっています。今後も気軽に立ち寄ってもらえるような、地域に溶け込んだホームを目指していきたいと思っております。

【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)】

「地域とのふれあいを大切に、一緒にゆったり、楽しみながらその人らしく暮らしていくことを支援します」という理念のもと、地域との交流を積極的に行い、介護の相談を受ける等、地域から必要とされる事業所となっている。
母体法人が医療機関であるため、利用者は健康管理や医療面で安心して生活を送ることができる環境である。また、看取り介護を当たり前のこととして受け入れて実践し、利用者や家族が安心して最期を迎えることができる体制を整備している。

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 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 3. 家族の1/3くらい 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	地域とのふれあいを大切にし、地域の一員であることを全職員で共有している。	「地域とのふれあいを大切にし、一緒にゆっくり、楽しみながらその人らしく暮らしていくことを支援します」というホーム独自の理念を作成し、廊下やホール等に掲示している。また、月1回のミーティングや毎朝の申し送りや意識付けを行い、周知・共有化に取り組み、日々のサービス提供に反映させている。	
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	散歩や買い物に出かけ、近隣の方と立ち話をする等、ごく普通の関わりを大切にしている。ホームの新年会や納涼祭等の行事にも参加していただき、ホームを知っていただく良い機会となっている。	地域とのふれあいを大切にし、近隣の方と挨拶や世間話をしたり、ホーム行事に参加していただいたり、介護の困り事の相談に応じる等、良好な関係を構築している。また、市民センター祭りや宵宮に出かけ、地域との交流を大切にしている。	
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	運営推進会議に参加する地域の方に認知症を理解していただき、社会資源や相談機関があることを情報提供している。		
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	運営推進会議では利用者の状況や年間行事等の活動報告を行うと共に、助言をいただき、サービス向上に役立っている。また、自己評価及び外部評価結果は家族及び参加した委員へ報告している。	運営推進会議は偶数月に開催し、町内会長や民生委員の他に地域推進委員として地域住民も参加している。会議ではホーム内外の行事や出来事、入退去の状況、ヒヤリハットの報告等を行い、意見交換や情報交換を行っている。出された意見等は今後のサービス向上に役立っている。また、家族には広報誌を利用して参加を呼びかけているほか、会議の様子を広報誌へ掲載し、報告している。	

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
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	運営推進会議に地域包括支援センター職員が必ず参加し、情報提供していただいている。また、市へ「自己評価及び外部評価」「目標計画」を提出し、ホームの現状を報告している。	運営推進会議には地域包括支援センター職員が出席し、情報提供や意見・助言をもらっている。日頃から連携を取っており、問題が生じた時は解決に向けて相談している。また、市へ自己評価及び外部評価結果や目標達成計画を提出・報告している。	
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	年間の研修計画に取り入れ、定期的に身体拘束の理解と意識付けを行い、全職員で周知に努めている。やむを得ず身体拘束を行う場合は随時観察し、必要性を検討している。	職員は身体拘束の内容や弊害について理解して、身体拘束は行わないという姿勢で日々のケアを提供しているが、利用者の重度化により医療面の治療に伴ってやむを得ず行う際には、家族の同意を得て記録を残している。また、居室や玄関は施錠していないが、夜間は施錠している。	
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	定期的な研修で虐待は決して行ってはいけないという考えが全職員に浸透している。管理者や職員は日々のケアの方法や声かけの仕方を話し合い、禁句用語を掲示し、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	「日常生活自立支援事業」や「成年後見制度」を利用している方がいるため、職員が学ぶ機会となり、全職員が知識として理解している。		
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	利用者や家族に重要事項説明書の内容について十分に説明を行い、署名、捺印をいただき、同意を得ている。サービス終了や料金の改定についても契約時に説明し、事前に書面で同意を得ている。		

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
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	入居契約時に苦情担当窓口を設けていることを説明しているほか、ご意見箱を設置し、苦情・意見を出しやすいように働きかけている。また、家族の訪問時には、気になる事はないか声を掛けている。	利用者との日常会話を通して、意見や要望を出しやすいように働きかけている。意見等を上手く表出できない場合には居室で話を聞いたり、表情や行動、コミュニケーションの中から察知するように取り組んでいる。また、家族の面会時は利用者の近況報告をしながら、意見や希望を聞けるように働きかけているほか、面会簿の下段に意見欄を設けている。	
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	毎日の申し送り時や毎月行っているミーティング時等、日常的に意見・提案を自由に出してもらい、検討し、業務に反映させて改善している。	月1回の職員会議はホームの運営に関する事や利用者の事を話し合い、意見交換をしている。代表者は毎月、法人全体の業務報告会に出席して報告を受け、意見等を聞き、必要に応じてホームの運営に反映させている。また、利用者との信頼関係や馴染みの関係を重視する考えから、ユニット間や法人内の異動は行っていない。	
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	毎月、法人内で業務報告会を開催し、代表者に業務内容や職員の状況等を報告している。また、資格取得を奨励し、向上心を持って働けるように努めている。		
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	年1回、外部研修に参加できるように計画を立てている。研修後は研修内容をミーティング時に発表してもらい、業務に反映できるようにしている。		

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
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	年2回、地域包括支援センター圏域のグループホームと内容を決めて、研修会を開催している。同時に情報交換の場となっている。		
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	入居前の生活の様子を家族や担当者から情報提供していただき、利用者が新しい環境に早く慣れ、その人らしく暮らしていけるように生活全般に気を配り、安心して生活できるように支援している。		
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	家族の要望や不安な事等を傾聴し、できるだけ家族の意向に沿えるように職員間で話し合い、情報を共有している。また、家族と職員の間で良好な信頼関係を構築でき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	入居申し込みの相談依頼者が抱えている問題には緊急性・切迫性があり、ホームで対応できない場合(満床等により)は、居宅介護支援事業所や他のサービス機関と連携し、支援している。		
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	職員は利用者と一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、利用者から学んだり、支え合う関係を築いている。利用者の身体状況に合わせて、家事作業を一緒に行っている。		
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	利用者がより良く生活できるように、報告・連絡・相談を密に行い、家族と一緒に支援していく働きかけに努めている。		
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	利用者や家族との会話から、馴染みの場所や友人・知人を把握し、関係が途切れないように支援しているほか、利用者が長年利用している馴染みの商店等への外出支援を行っている。	入居時の聞き取りや日々の会話、親しい方、関わりのあったサービス事業所から情報を収集し、これまで大切にしてきた人や場所、馴染みの店等を把握して、関係が途切れないように支援している。また、ドライブの途中で自宅周辺の様子を見に行ったり、部屋での子機を使用した電話や手紙の支援をして、いつまでも今まで通りの関わりを大切に行っている。	

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
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	座席や場所の配慮を行い、利用者個々の性格や精神状態を把握した上で見守りを行っている。また、利用者同士が楽しく会話できるように、職員が仲介することもある。		
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	今までの縁を大切に、利用者が転移先でも不安なく生活できるように、担当者に今までの支援内容や生活歴、心身の状態等について、情報を提供している。		
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	利用者に対して担当者を配置し、思いや暮らし方の希望・意向の把握に努め、介護計画作成担当者に情報提供しており、どのように支援していくべきか、その都度、検討している。	職員は日常の積み重ねから、利用者の意向等の把握に努めている。十分に把握できない場合は、生活歴の再確認や情報の再収集を行うと共に、積極的に声がけをして本人の視点に立ち、意向等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	入居時、利用者や家族からヒアリングをし、「基本情報シート」に生活歴や生活状況、家族情報を記載して、全職員で情報を共有している。		
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	ケース記録から利用者の生活リズムを把握すると共に、その日毎の身体・精神状態に合わせたケアを提供している。		
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	職員間で話し合い、ニーズを明確化し、実行可能な具体的な介護計画を作成している。利用者や家族へ説明を行い、同意を得た後、署名・捺印の上、介護計画書を交付している。	利用者や家族等から聞き取ってニーズを把握し、職員間で十分に話し合い、利用者が「その人らしく暮らしていくこと」ができるような具体的な介護計画を作成している。実施期間終了時や見直し時に随時、モニタリングを行っているほか、見直しの際には必要に応じて、再アセスメントを行っている。	
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	毎日、利用者一人ひとりの生活の様子や身体状況をケース記録に記入している。特記事項については全職員が共有できるよう、申し送り時に伝えている。		

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
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	利用者や家族のニーズに応じて、受診援助や薬の受け取り、希望する場所への外出支援を行っており、入居前の生活を継続できるように対応している。		
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	民生委員や地域包括支援センター職員より、利用者が参加できる催し物や地域の情報を提供してもらっている。また、法人内のケアマネジャーと月1回、会議の場を持ち、情報交換を行っている。		
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	受診はほとんど協力医療機関を利用しているが、状態に応じて利用者及び家族、かかりつけ医と相談の上、適切な医療を受けられるように医療との連携に努めている。	希望する医療機関やかかりつけ医への継続受診や病状による適切な医療機関を受診できるように支援・アドバイスを行っている。専門医は協力医療機関で対応しているが、遠方の医療機関を受診する場合は、家族に同行を依頼している。その場合は診察状況の報告を受けており、無い場合は訪問看護ステーションから聞く等して、通院結果をファイルに記入して、全職員へ周知できる体制を整えている。	
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	毎日バイタル測定し、協力医療機関に報告しているほか、看護師の巡回時には利用者について報告し、指示を受けている。また、訪問看護ステーションと契約し、週1回健康チェックを受けている。		
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。	入院中は職員が訪問し、看護師から様子を伺ったり、退院後について相談している。退院後は看護サマリーをいただき、生活上で注意する事等、指示を受けている。		
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	入居契約時、協力医療機関との連携が取れているため、看取り介護が可能であることを利用者や家族に説明している。ほとんどの利用者が最期までホームで過ごしている。	看取りに関する指針があり、入居契約時に説明を行っている。利用者や家族の意向を踏まえた上で、医療機関や家族と連携を図りながら支援していく体制としている。また、利用者の状況変化に応じて、家族の意向を再確認する等、指針を基に随時、話し合いを重ね、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	急変や事故発生時に備えた連絡対応マニュアルがあり、全職員へ周知し、日常的に実践している。		

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
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、地域との協体制度を築いている	火災避難訓練は年2回、日中と夜間を想定し、隣接する法人内の職員と消防署の協力を得て行っている。近所の方にも参加を依頼し、協力していただくこともある。	災害時対応マニュアルを作成し、年2回、夜間も想定し、職員と利用者が一緒に火災避難訓練を行っている。訓練では避難集合場所まで退避する時間を計測し、実施後に全職員で評価し、次の訓練に活かしている。また、地域住民に対する訓練実施のお知らせは運営推進会議を通して行い、実施状況については、運営推進会議で報告するほか、広報誌で家族にもお知らせしている。	
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	利用者と職員の信頼関係が重要であることを全職員が認識している。また、入浴や排泄介助については特にプライバシーに配慮し、速やかに行っている。	管理者は職員の声かけや話し方、言葉遣いについて配慮し、食事・排泄・入浴時に関わる禁句用語を掲示しており、職員自身が気をつけると共に、互いに注意し合っている。また、職員は研修やオリエンテーションで個人情報取り扱いについて理解している。	
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	ほとんどの事を利用者に確認し、決定している。意思表示ができない利用者については、本人の立場に立ち、職員が決定している。		
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	入浴や食事以外は時間が決まっておらず、利用者は家庭的な環境のもとで生活を送れるように配慮しているほか、なるべく利用者の希望に沿っている。		
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	清潔を第一に考慮しながら、利用者の好みで選んで着ていただいている。意思表示ができない利用者には、職員が利用者の好みに合わせて選んでいる。		

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
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	献立で嫌いな物がある場合は調理方法を変えたり、代わりの物を用意している。また、利用者に野菜の皮むきや食器拭き等を依頼し、共同で行っている。	献立は法人栄養士が作成しており、利用者の好み等に合わせて適宜変更を加えて対応している。食材は配達してもらい、調理の準備や手伝い等を利用者と一緒に行っている。職員は会話をしながら食べこぼしや介助等の必要なサポートをし、楽しい食事となるよう、雰囲気づくりを行っている。	
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	栄養士がカロリーや栄養バランスを考えた献立を作成している。嗜好品を把握し、利用者の状態に応じた食事形態で提供している。		
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、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、口腔ケアを実施している。自分でできる利用者には行っていたり、できない利用者は介助している。		
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	身体状況を考慮しながら、利用者個々に合った排泄パターンを選択している。排泄チェック表に回数や量等を記入している。	個人ファイルの排泄表へ記入し、各利用者の排泄パターンに合わせた事前誘導を行う等、排泄の自立に向けた支援を行っている。尿取りパッドもその方に合わせた物を検討し、紙オムツ等の使用については随時、見直している。また、羞恥心やプライバシーに配慮し、さりげなく声がけ誘導し、速やかに行っている。	
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	食事の時間以外に午前・午後1回ずつ、水分補給をしている。また、排便の有無を毎日チェックし、便秘が続く時は医療機関に相談している。		
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	入浴は週2回、利用者の身体状態や希望に沿うように、入浴の順番・時間を考慮している。	入居時に各利用者の入浴習慣や好みを把握し、週2回、入浴をしている。長湯を好む方には声を掛けながら、常に手の届く範囲にいて見守る等、対応を行っている。また、入浴時は職員が必ず付き添っており、重度の方には職員2名が付き添う等、利用者の負担感を理解した上で支援している。	

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
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	居室やソファ等、利用者個々のスタイルに合わせて自由に休憩している。夜間眠れない状態が続いた場合は、日中の活動量を検討したり、医療機関と相談して対応している。		
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	薬や与薬の管理は徹底している。職員間で連絡や申し送りを確実にし、状態が変化した時は速やかに医療機関に報告し、指示を受けている。		
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	アセスメントや日々の会話から、利用者の「していた事」「得意な事」「やってみたい事」「できる事」を把握し、役割や気分転換等の支援に努めている。		
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	日常的に外出することは難しいため、年間行事等で外出を計画したり、近所の店へ買い物に出かけている。また、身体状況に配慮しながら、無理のない行き先を選んでいく。	ホームの家庭菜園では、利用者から野菜の育て方を教えてもらいながら多種類の野菜を植え、育ち具合を見るために外に出る等、利用者の楽しみとなっている。また、近くの商店には頻繁に買い物に出かけて楽しんでいるほか、年間の行事計画には利用者の希望を取り入れながら、出かけている。	
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	商品購入時に支払いができる利用者には、支払っていただいている。家族より金銭を預かり、金庫保管としているが、不安にならないように適宜、その旨を利用者へ伝えている。		
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	利用者から依頼があれば、職員が電話をかけて、家族や知人と連絡を取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
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	安全に配慮し、カレンダーや装飾等は季節が分かる物にして、居心地の良い空間づくりを心がけている。	ホールや小上がりでは、利用者がテレビを観たり、会話を楽しんでおり、それぞれが好きな場所で過ごしている。全室エアコン仕様で、全居室には温・湿度計があるほか、ホールにはエアコン、空気洗浄機、加湿器を設置して適切な温度を保ち、毎日確認し、記録をしている。また、ホールや廊下には毎月装飾を工夫しており、手作りの季節感のある作品を飾っている。	
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	ホール内にソファを置いたり、窓辺に椅子を置く等して、利用者が思い思いの場所でリラックスして過ごせるように工夫している。		
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	入居前に使用していた家具や家族の写真を居室に置く等して、利用者が過ごしやすいように心がけている。	馴染みのある物を持参してもらうようお願いしているため、家族写真や気に入っている椅子等を持ち込んでおり、その方らしく暮らすことができるように支援している。また、持ち込みが少ない場合には作品や行事写真を飾る等、適宜、職員と一緒に居室づくりを行っている。	
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	利用者の状況に応じて、安全な生活ができるように配慮し、できる事を継続する支援を行っている。		