

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	0290600030		
法人名	医療法人 仁泉会		
事業所名	グループホーム おいらせ		
所在地	青森県十和田市大字奥瀬字中平155		
自己評価作成日	平成25年12月11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3丁目20番30号		
訪問調査日	平成26年1月21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)】

長年、地域に根差した運営をしていたクリニックを改装したグループホームです。そのため、入居者様のほとんどが併設の通所を利用していた、または、クリニックに通院していた地元の方でありますので、認知症になっても、住み慣れた地域で、継続したケアを提供しています。また、旧十和田湖町の中心部に位置しており、近隣には消防署・駐在所・地域包括支援センターがあり、防災面や防犯面では大きな支えとなっております。

【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)】

ホームは元々、地域医療を支えてきたクリニックで、通所介護事業所を併設しており、利用者は元患者・元通所利用者という馴染みの関係であり、通所介護利用者との交流も継続されている。また、訪問販売車の導入により、地域住民も買い物に集まり、気軽に立ち寄りやすい環境をつくっている。町内会に加入して行事に参加しており、地域との交流を大切にしている他、運営推進会議を通して、災害対策・無断外出時の対応にも取り組んでおり、近隣住民・消防署・駐在所等との協力体制を構築している。また、災害時には、近隣の独居・高齢者世帯からの避難受け入れを考慮した準備も行っている。

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ます (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	「個別性の重視」、「心地よい生活環境(地域での継続した生活)」、安心と尊厳を支える温かい「心のケア」(心に寄り添うケア)の提供を理念に掲げて掲示し、毎朝、就業前に黙読し、意思統一を図っている。	職員は地域との連携や地域でのホームの役割について理解しており、そのことを反映させた理念を作成している。ホームでは、利用者と地域住民との関係が継続されることを意識してケアに取り組み、地域におけるホームの存在も地域住民に理解されている。	
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	元々、地域の診療所であったため、地域に根差した運営を行っている。入居者様のほとんどが入居前より通所サービス等をご利用されていた。現在も通所サービスを利用する方々との交流や地域の行事に参加することで、地域との繋がりが継続できている。	町内会に加入して行事に参加している他、中学校の運動会に招待されたり、奥入瀬ロマンパークのお祭りに参加する等、地域との交流を図っている。また、ホームから相談・依頼をして、スーパーの訪問販売に来ていただくようになり、地域住民も買い物のために集まって、利用者の楽しみとなっている。	
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	今年度は管理者交代のため、行っていない。来年度は何らかの形で実施したい。		
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、運営推進会議を開催し、入居状況やホームで企画した行事、参加した研修について報告している。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しており、ホームの現状や行事、研修等の報告の他、自己及び外部評価結果や目標達成計画についても説明している。会議ではメンバーから活発に意見が出され、具体的な話し合いの場となっており、出された意見をサービス向上に活かしている。	
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	地域包括支援センターを始め、市の介護保険課の方々に気軽に相談し、助言をしていただける関係を築いている。	地域包括支援センターや市の介護保険課には、制度上の疑問や不明な点等を相談し、助言を得ている。また、パンフレットや広報誌を配布している他、自己及び外部評価結果等も提出している。	

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
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	身体拘束についてのマニュアルを把握し、理解を深めている。また、身体拘束に関する研修にも参加し、全部署合同で報告会を開き、身体拘束をしないケアの実践について理解を深めて、日々のケアに活かせるよう努めている。	身体拘束についてマニュアルを作成しており、外部研修に参加後、伝達講習を行って、全職員で理解を深めている。身体拘束は行わない姿勢で日々のケアを提供しており、日中、玄関は自由に出入りができる。また、消防署・駐在所・市役所支所が近くにあり、協力が得られる体制である他、地域住民と共に、認知症高齢者の徘徊を発見した場合の声かけについて学習(徘徊訓練)する等、連携をしている。	今までに事例がなく、身体拘束を行わないケアを実践しているものの、利用者の生命に関わる場合等、やむを得ず拘束を行う事態も想定し、家族に説明して同意を得る体制や記録に残す体制を整備することに期待したい。
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	マニュアルを熟読して理解し、ケアを行っている。身体的虐待・言葉での虐待・放任等にも注意を払い、虐待防止に努めている。		
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	現在、権利擁護制度を必要とする入居者様はいないため、支援していないが、今後は研修に参加し、全職員で学ぶ機会を設けていく予定である。		
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	契約については、ご本人様・ご家族様に書面・口頭にて十分な説明を行い、納得いただいた上で契約をしている。不安や疑問についても、納得いくまで説明を行っている。		
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	日頃より、入居者様やご家族様と積極的にコミュニケーションを図り、意見・要望・不満があった際には話し合いを持って、運営に反映させている。	利用者や家族とのコミュニケーションを積極的に図り、意見や不満を汲み取っている。また、利用者や家族も運営推進会議に出席しており、外部との意見交換ができる環境を整えている。	
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	日頃より、職員とコミュニケーションを図り、月1回の会議を開いて、職員から意見や提案を聞いている。更に年1回、事務長との個人面談を実施している。	月1回の職員会議において、ケア内容、日常業務、研修報告、ホームのあり方等について話し合っている他、職員は日頃から、自由に意見や提案を出し合っている。また、年1回、事務長との個人面談を実施しており、職員の希望や意見を聞いている。	

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	事務長との年1回の個人面談を通して、職員の勤務状況や能力を把握している。なるべく残業が発生しないように配慮し、更に、やりがいや向上心が持てるよう、積極的にコミュニケーションを図っている。		
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	今年度は職員が少しずつ研修に参加し、管理者が11月に「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」のアセッサー講習を修了したため、順次、介護技術の評価とOJTを進めている。		
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	管理者はグループのグループホーム部会に定期的に参加することでネットワークができおり、質の向上の取り組みがなされている。職員は実践者研修や外部の研修に参加することで、他法人の職員と交流する機会を持ち、情報交換をしている。		
<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	契約時よりアセスメントを通し、ご本人様を把握している。また、コミュニケーションを積極的に図り、心配事や要望に耳を傾け、信頼関係を築くように努めている。		
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	契約時より要望や不安を伺い、ご家族様が納得するまで説明をして、信頼関係を築いている。		
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	ご本人様やご家族様の希望・意向を確認し、担当ケアマネとも連携を図っている。		
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	職員は入居者様の思いを受容・共感し、理解するように努めている。入居者様の得意・不得意・できる事・できない事を見極め、共同しながら生活している。		

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	ご家族様との情報交換を行うことで、思いや願いの把握に努めている。また、ご家族様も含めたチームケアに努めている。		
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	入居者様の馴染みの場所や人を把握している。主に、ご家族様や通所サービス利用者との交流を中心に、関係が途切れないよう支援に努めている。	利用者のほとんどが併設の通所介護を利用していたことから、渡り廊下を歩き来し、交流を継続している。家族・親戚・知人との電話の取り継ぎや、年賀状・暑中見舞いに利用者から一筆加えてもらったりして、馴染みの関係継続の支援を行っている。	
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	入居者様同士のトラブルの際は間に入り、影響が残らないように早期に対処している。また、孤立しないように配慮し、対応している。		
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	今年度に関しては事例はないが、家族様より要望があれば、対応していきたい。		
<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	入居者様の思いや意向を把握し、職員間で情報を共有している。また、ご本人様からの意思確認が難しい時は、ご家族様や関係者より情報収集を行い、職員間で共有している。	センター方式を利用し、利用者の日々の表情・行動・言動を観察し、声かけを大切にコミュニケーションを図りながら、思いや意向の把握に努めている。また、全職員で気づきを共有している。	
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	ご本人様やご家族様より話をお聞きして、アセスメントしている。得た情報はプライバシーへ配慮しながら活用している。		
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	入居者様の1日の過ごし方を把握し、状況の変化があった際は職員間で伝達し合い、情報の共有に努めている。また、1日の生活の中でできる事が何かを観察し、力を発揮できるよう、さりげなく援助している。		

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
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	入居者様がその人らしい生活を続けられるようなケアプランの作成に努めている。ADLの変化に伴い、ケアプランの見直しを行っている。	介護計画は利用者がその人らしく暮らせるよう、利用者や家族の意向・要望を基に、個別具体的に作成されている。通常の実施期間は3ヶ月としており、変化に応じて随時見直し、再アセスメントを行い、現状に即した計画となるよう取り組んでいる。	
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	ケアプランを把握し、毎日の生活状況や身体状況について記録を行っている。また、ケアプランに沿ったサービス提供ができたか、記録をしている。		
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	希望した入居者様には個別で外出の支援を行っている。また、受診時の送迎や対応等、できる範囲で行っている。		
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	地域や併設のデイサービス、法人の家族会の行事へ参加し、入居者様が楽しめるようにしている。		
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	入居者様やご家族様が希望している医療機関を、継続して受診できるよう支援すると共に、医療機関との良好な関係づくりに努めている。	利用者や家族が希望する医療機関に、職員が通院介助を行っている。週1回、訪問看護にて健康管理を行っており、必要に応じて、認知症専門医や歯科、眼科等への受診を支援している。また、医師から家族に説明がある場合には同行し、緊急を要する場合はその都度電話連絡をして、家族との情報の共有に努めている。	
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	契約している訪問看護師の週1回の訪問時には、入居者様の状態を申し送り、協同で健康管理をしている。		

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
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。	入院された場合は、ご本人様のこれまでの健康状態を含めた生活状態を伝え、安心して治療ができるよう、病院側に情報提供している。また、入院状態の把握のため、随時連絡を取り合い、情報交換や相談を行って、早期に退院できるように努めている。		
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	入居前の契約の段階で、「重度化した場合の指針」に沿ってホームの方針を明示しながら、説明を行っている。実際に重度化した場合は、再度ご家族様への説明と、今後について十分に話し合い、ケアマネと連携しながら進めている。	「重度化した場合における(看取り)指針」を明示し、入居時にホームの方針を説明している。職員の体制や在宅医療機関の確保等の課題があり、看取り介護への対応は困難な状況にあるものの、利用者の経過に伴って、随時話し合いながら意思統一を図り、医療的管理の必要性が高くなると入院となるケースが多い。	
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	緊急時に慌てることがないように、手順・対応方法を作成し、掲示している。		
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	日中・夜間を想定し、訓練を行っている。強みとしては、近距離に消防署・駐在所があり、救助への協力が得られることである。	日中と夜間を想定し、利用者も参加して避難誘導訓練を行っている。消防署や駐在所が近く、協力体制を構築している他、運営推進会議でも話し合い、地域から協力が得られるよう働きかけている。また、災害時は近隣高齢者の避難所になることに配慮し、物品等を多めに準備している。	
<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	入居者様に十分に配慮し、個々に合わせた声かけを行っている。また、個人情報の取り扱いにも十分に配慮している。	年長者への尊厳を忘れず、理念に掲げた「心に寄り添うケア」に取り組んでいる。外部研修への参加や内部での伝達研修等を通じて理解を深め、プライバシーや守秘義務、個人情報の取り扱いに配慮して業務を行っている。また、サービス提供場面において問題があった場合には、管理者が注意したり、職員会議で話し合う等、改善に向けた取り組みを行っている。	

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
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	個々に合わせた声かけを行い、できる限り、自己決定ができるよう支援している。また、ご本人様がやりたい事を、できる限り行えるよう支援している。		
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、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	個々に合った生活スタイルで過ごせるように努力はしているが、入浴は受診等の関係で、希望に沿えない場合がある。		
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	自己決定できるよう配慮している。着衣の乱れや汚染があった際はさりげなく援助し、清潔保持に努めている。		
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	献立作成時、希望を聞き、好き嫌いを把握して代替えをする等の取り組みを行っている。入居者様には食事前のおしぼりの準備や、洗った食器を拭く作業を行っていただいている。	利用者の希望や好みを取り入れながら、職員が交代で献立を作成し、苦手なものにも配慮して、代替食を用意している。また、利用者の状況に合わせ、きざみ食・ミキサー食等の対応をしており、職員は介助・見守りを重視して、一緒に食事はしていない。茶碗拭き等は利用者の意思に任せ、できる範囲で行っていただいている。	
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	献立は入居者様の希望や旬の食材を取り入れるようにしている。また、個々の水分量・食事を把握し、確保できるよう援助している。		
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	毎日、食後には口腔ケアを行っており、個々の力量を把握して援助している。		
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	個々の排泄パターンを把握し、援助を行っている。おむつ・パット等の使用者は継続する必要があるか、定期的に確認している。	排泄の記録をして排泄パターンを把握し、事前誘導により、排泄の自立を支援している。入院により、オムツ使用となった場合にも、退院後はオムツの使用が減るよう取り組み、随時見直しを行っている。	

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
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	毎朝、体操等の運動を行うよう支援している。また、排便につながる食材を取り入れたり、水分を多めに摂取できるよう配慮している。		
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	表を作成し、週2回は入浴できるよう支援している。受診・食材の買い物等の都合にて時間を変更することもあるが、できる限り、希望に沿えるよう配慮している。	入浴は、通院や買い出し等の都合に配慮しながら計画し、週2回は入浴できるよう支援している。できるだけ希望の時間に合わせ、拒否に対しては無理に勧めず、タイミングに合わせて入浴の支援をしている。	
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	個々に合わせた休息がとれるよう支援している。日中の活動の充実に努め、夜間、安眠できるように努めている。		
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	薬処方時の説明書を各自で確認している。また、医療連携している訪問看護師に助言をいただいている。		
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	生活歴から得意な事、普段の生活から、今できる事を分析し、役割に繋げている。		
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	屋外の行事を企画・実施している。春から秋までは月1回から2回は外出している。また、希望に応じて、個別に買い物へ出かける支援ができるよう努めている。	天気の良い日は広い法人の敷地内を散歩したり、市内への買い物に出かけている。デイサービスのリフト付き送迎車両を利用し、冬期以外は月1～2回、ドライブや外食、買い物等、利用者の希望する場所へ外出をしている。	外出行事の際は家族等にお知らせし、利用者や家族にとって良い思い出となるよう、可能な範囲で、家族等に参加・協力を呼びかけてはどうか。
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	個々(ご家族様)の意向に沿い、所持していただいている。また、管理能力が低下している方には代行し、不憫な思いをしないように配慮している。		

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
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	希望により行っている。また、今年のご家族様へ送付する暑中見舞いに、入居者様の直筆のメッセージを添えて(書けない方には職員が代筆)いただいた。		
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	共用の空間は不快がないよう、音量・匂い・室温に配慮している他、汚れ等で混乱が生じないように、清掃も徹底している。	居間兼食堂は開放的な台所から見渡しがよく、広いスペースとなっており、観賞魚や行事の写真掲示等で楽しめる空間となっている。ホーム内の明るさ・温度・湿度も適切に管理され、ほとんどの時間に流されている民謡や、職員の立てる音や声も適度で、利用者がゆったりと寛げる空間づくりに取り組んでいる。	
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	各居室にソファを設置しており、一人、または気の合う方同士で行き来し、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	居室は自由に使ってもらっている。馴染みの家具や写真、馴染みの物を持ってきていただく等、居心地良く過ごせるよう配慮している。	居室には愛用の家具や寝具、写真等、馴染みの物が持ち込まれている。また、利用者が安全に、居心地良く過ごせるよう、利用者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	入居者様が過ごしやすいように、家具やベッドのレイアウトに配慮している。共用空間も同様に、柔軟に対応し、安全に過ごせるよう努めている。		