

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	まちだグループホーム		
所在地	青森市大字羽白字沢田5番地2		
自己評価作成日	平成26年8月15日	評価結果市町村受理日	平成26年11月25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10月13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グループホームは、協力医療機関と24時間連絡できる体制が確保されており、健康面で安心して生活していただいております。利用者様、ご家族様が望まれば、ホームにおいて看取り介護が可能であり、現在までほとんどの方が他へ転居することなく、住み慣れた場所で最期まで過ごされています。  
また、ホームからの働きかけにより、地域の方には行事や運営推進会議に参加いただき、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グループ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)】

同一敷地内に同法人の医療機関があるため、利用者の健康管理面において安心でき、重度化や終末期まで対応している旨、ホームの方針を明確に掲げながら、利用者が最期まで過ごせるよう、全職員が前向きに取り組んでいる。  
また、職員一人ひとりが「自己チェックシート」により、自身の振り返りを行うと共に、職員間で話し合いたい事や意見等も出し合いながら、職員の意見をより良いホーム運営のために活かせるように取り組んでいる。

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	地域とのふれあいを大切にし、地域の一員であることを職員全体で共有している。	地域密着型サービスの役割を反映させた独自の理念を掲げており、ホーム内に掲示して共有化を図っている。職員は理念に基づき、地域との触れ合いを大切にしながら、利用者がその人らしく過ごせるよう、日々の支援に取り組んでいる。	
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	近隣の方と普段から挨拶を交わしている他、夏祭り・クリスマス会等の行事に参加していただき、グループホームを知る良い機会となっている。	町内会に加入しており、町内の行事に積極的に参加したり、ホームで行う夏祭りやクリスマス会等に近隣住民を招待し、交流を図っている。また、日頃から近隣住民と挨拶を交わし、良好な関係を構築している。	
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	ホームの入居を希望され、見学に訪れた家族に対して、相談を受けたり、運営推進会議に参加される地域の方に、認知症に関して色々な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	毎回、活動報告を行い、「外部評価」の結果は家族及び参加メンバーに配布している。調査員からいただいた意見を参考に、課題を見つけて「目標計画」につなげ、家族アンケートについても全て公表している。	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催しており、開催案内を持参する等して、積極的にメンバーに参加を促している。会議では利用者の状況や年間行事等の活動報告をしている他、自己評価及び外部評価の結果も報告している。	
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	運営推進会議に地域包括支援センター職員が必ず参加され、情報を提供していただいている。市へ「自己評価及び外部評価」「目標計画」を提出し、現状を報告している。	運営推進会議には毎回、地域包括支援センター職員が参加しており、ホームの実態等を理解していただいている他、認知症の現状等の情報も得ている。また、市へ自己評価及び外部評価や目標達成計画を提出している。	

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	玄関に感知センサーを設置して施錠はしていないが、利用者の帰宅願望が強く、不穏状態が続き、無断外出が予測される時は施錠することもある。経管栄養のチューブ抜去防止のため、拘束を行うことはあるが、必ず家族へ説明し、同意を得ている。	身体拘束のマニュアルを作成している他、研修等を通じて、職員はその内容や弊害について理解している。玄関は夜間以外は施錠せず、外出傾向を察知した時には職員と一緒にホーム周辺を散歩する等して、支援している。ホームでは安全を第一に考え、危険が予測される時等、やむを得ない場合に、車いす利用者への安全ベルトの使用等を行うことがあるものの、家族へは口頭で伝え、同意を得ている。	利用者の安全を確保しつつ、抑圧感のない暮らしができるよう、更なる支援に取り組まれると共に、車いすの安全ベルトの使用等、利用者の安全確保のためにやむを得ず拘束を行う場合に、家族から同意が得られたことを、書面として記録に残すことにも期待したい。
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	虐待は決して行ってはいけないという考えが職員全員に浸透している。「高齢者虐待防止」の研修を職員が受講し、全職員に周知するために、研修資料及び研修記録を回覧している。		
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」を利用されている利用者があり、職員が自然と学ぶ機会が与えられ、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	利用者または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、署名と押印をいただき、同意を得ている。サービスの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。		
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	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他、目安箱を設置し、苦情・意見を出しやすいように働きかけている。	利用者の言動や表情等を観察する等して、不満や要望等を把握するように努めている。また、目安箱を設置したり、ホーム便りを通じて利用者の暮らしぶりやホームでの出来事を伝えている他、家族の面会時には話しやすい雰囲気づくりを心がけ、意見等の把握に取り組んでいる。	
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	朝の申し送り時やミーティングの他、毎月、仕事の振り返りやミーティングで話し合ってもらいたい事を自己チェックシート等により随時意見を聴きながら検討し、仕事に反映させている。	毎朝の申し送り時や必要時に行うミーティング等を利用し、介護内容を話し合う等、利用者の意見・提案を聞く機会を設けている。また、職員に「自己チェックシート」を記入していただき、その中でも意見を出してもらいながら、職員の意見をホーム運営に活かせるように取り組んでいる。	

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
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。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	職員が年1回、外部研修に参加できるように年間計画を立てている。研修後は研修記録を作成し、受講内容を業務に反映できるよう、全職員に回覧している。		
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	年1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。		
<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	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ながら、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、職員間で話し合い、情報を共有している。また、家族と職員との間で良い信頼関係が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、当事業所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	全職員が利用者と職員は対等な関係であるということを前提に、支援に努めている。食事づくりの際は利用者に野菜の皮むき・配膳・食器拭き等をお願いし、共同で行っている。		

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
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	家族への報告・連絡・相談を心がけ、利用者がより良く生活できるように努めている。		
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の中から、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。	入居時に家族や関係者等から聞き取りし、買い物先等の馴染みの場所を把握し、外出支援をしている。また、利用者の希望に応じて、電話や手紙のやりとりができるように支援し、馴染みの人々との関係が途切れないよう努めている。	
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	日中、利用者が一人、居室で過ごすことがないように声がけし、利用者同士が楽しく会話できるよう、職員が仲介しつつ、トラブルを未然に防ぐように目配りや気配りをしている。		
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	今までの縁を大切に、利用者が転居先でも不安なく生活できるように、担当者にこれまでの支援内容・生活歴・心身の状態等を情報提供している。		
<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	利用者に対して介護担当者を配置し、思いや暮らし方の希望・意向の把握に努め、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。	職員は日々のケア提供時の関わりを大切にしており、利用者の思いや意向の把握に努めている。また、各利用者の担当職員が毎日、気づいたことを記録し、介護計画作成等にも役立てている他、職員間でも情報を共有している。	
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	入居時、利用者及び家族からヒアリングし、「基本情報シート」に生活歴・生活状況・家族情報等を記載して、職員全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、毎朝必ず利用者に声をかけ、普段と変わった様子が見られないか観察している。		

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	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計画を作成している。本人または家族へ説明を行い、同意をいただけたら、署名・押印の上、計画書を交付している。	利用者、家族、担当職員からの情報を集めて共有し、利用者がより良く暮らすための個別具体的な介護計画を作成している。また、明示している実施期間に関わらず、利用者に変化があった時等は随時、見直しを行い、利用者の状態に応じた実行可能な介護計画作成に取り組んでいる。	
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	毎日、利用者一人ひとりについて、ケース記録に生活の様子や働きかけた事、身体の状態を記入している。特記事項については全員が共有できるよう、申し送り時に伝えている。		
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	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、法人内のケアマネージャーと月1回の会議があり、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し、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、本人及び家族の希望があれば、主治医より紹介状をいただき、他医療機関を受診している。	入居前に受診していた医療機関を把握しており、入居後はほとんどがホームの協力医療機関を利用しているものの、これまでのかかりつけ医を希望する場合は受診できるように支援している。また、受診結果はその都度家族に連絡し、共有がなされている。	
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、バイタルを測定し、協力医療機関に報告している他、看護師の巡回時、利用者について報告をして、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。		

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
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、利用者及び家族に協力医療機関との24時間連絡体制が確保されているため、看取り介護が可能であることを説明している。ほとんどの利用者が最期まで当ホームで過ごされている。	入居時に、重度化や終末期に向けた支援についての対応が可能である旨、ホームの方針を説明している。協力医療機関とは24時間体制での連携があるため、利用者や家族の希望を尊重し、随時、話し合い、柔軟に支援できるように取り組んでいる。	
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、全職員へ周知していると同時に、日常的に実践されている。		
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	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お願いし、協力をいただくこともある。	年2回、利用者と職員と一緒に、日夜を想定した訓練を行っており、訓練時は隣接している法人内の医療機関職員や消防署の協力が得られている。また、災害発生時に備えて、食料品や水、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	利用者と職員は対等な関係であることを職員全員が認識している。入浴介助・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。	利用者の名前を呼ぶ時も本人や家族から意向を聞き、日頃から、利用者を尊重した対応に努めている。また、入浴や排泄の介助時は、特にプライバシー保持に努めている他、個人情報の取り扱いにも配慮している。	
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	ほとんどのことを利用者本人に確認し、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、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・食事以外は時間が決まっておらず、利用者はスケジュール管理のない自由な生活を送っている。なるべく本人の希望に沿うようにしている。		
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	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。意思表示できない利用者には、職員が本人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	献立の中で嫌いなものがある場合は、代わりのものを用意している。また、利用者に野菜の皮むきや食器拭き等をお願いし、共同で行っている。	利用者の嫌いなものや食べられないものには別メニューにする等、配慮の上、食事を提供している。また、利用者の体調や希望に応じて、食事の下ごしらえや後片付け等、可能な範囲で職員と一緒にしている。	
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	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。利用者の状態に応じて、キザミ食・ミキサー食にしている。		
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だき、できない利用者には介助している。		
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、その人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、量等を記入している。	利用者一人ひとりの排泄パターンを観察・記録をしており、パターンに応じた排泄の事前誘導を行い、可能な限り自立できるように支援している。また、介助時には利用者の羞恥心に配慮しながら行っている。	
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	食事の時以外に午前・午後1回ずつ、水分補給をしている。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、午前中に行っている。入浴の順番は利用者の希望に沿うようにしている。	週2回の入浴を実施しており、利用者の状況や希望により、シャワー浴や清拭等でも対応している。また、利用者の入浴習慣等に配慮しながら、浸かり過ぎ等がないように支援している。	
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	夜間眠れない状態が続いた場合は、医療機関と相談して対応している他、昼夜逆転傾向のある方には日中活動していただく等して、安眠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
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	その日の体調や精神状態に配慮しながら、新聞たたみや雑巾縫い、洗濯物たたみ等を一緒に行っている。		
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	日常的に外出することは難しいため、年間で外出行事を計画したり、数名で買い物へ行ったりしている。身体状況に配慮しながら、無理のない行き先を選んでいる。	天気の良い日は日中、敷地内を散歩する等して、外に出ることで利用者の気分転換を図っている。また、ドライブの計画をしたり、希望により買い物に出かける機会も設けている。	
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、支払いのできる利用者には、本人に支払っていただいている。現金の紛失防止のため、原則として、利用者の現金はホームの金庫に職員が責任を持って保管している。		
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	利用者から依頼があれば、電話をかけてあげたり、手紙の代筆をして、家族や知人とのつながりを支援している。		
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	安全に配慮し、居心地の良い空間づくりを心がけている。カレンダーや装飾等は季節感がわかるように、利用者の目線に合わせて配置している。	共用空間は家庭的なテーブルや木目の物が中心であり、居心地の良い場所となっている。また、手作りの日めくりカレンダーや季節の飾り物等により、利用者が季節を感じられ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	ホール内にソファを置いたり、窓辺に椅子を置いたりして、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。		

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
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、本人が過ごしやすいように心がけている。	入居前から愛用している物を自由に持ち込んでいただき、利用者一人ひとりにとって、馴染みのある居心地の良い居室となるように工夫している。	
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	利用者個人の状況に応じて、安全な生活ができるように配慮している。カレンダーの日付を変えていただいたり、配膳を手伝っていただいたりして、できる事を継続する支援をしている。		