

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	0290300110		
法人名	医療法人 仁泉会		
事業所名	グループホーム 妙水苑		
所在地	八戸市大字妙字分枝43		
自己評価作成日	平成28年10月10日	評価結果市町村受理日	平成29年2月24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 <http://www.aokaigoivouho.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0290300110&SCD=320>

【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28年11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)】

・定期的に認知症カフェや季節に応じた行事を開催し、事業所を開放する機会を持ち、利用者様と地域の方との交流が深まるよう取り組んでいる。また、ボランティア・実習生等の受け入れや随時介護相談・見学等を行い、認知症の方の理解・対応方法等をお伝えし、地域社会へ貢献できるよう努めている。

・毎月行われている会議の中で認知症の勉強会を開催し、全職員の専門的知識と技術の向上に取り組み、利用者様により良いケアを提供できるよう努めている。

【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)】

地域に根差したグループホームを目指し、新田城祭りや530(ゴミゼロ)運動等の地域行事に参加したり、法人内行事への招待等を通じて、交流を大切にしている。一人暮らしや高齢者の増加等の地域の特性を踏まえて、ホームを開放して「認知症カフェ」を開催し、情報交換や学習会の機会を設けており、回を重ねる毎に参加者が増えてきている。法人母体の医療機関による訪問診療や訪問看護を利用し、24時間のサポート体制が整っており、安心感が得られている。また、利用者のケア内容や業務内容について、職員は意見を出し合い、より良いホームの運営に向けて全職員で取り組んでいる。

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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

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	事業所理念は地域交流を目指した内容も含まれ、職員も理念に沿った個人目標を掲げ、日々のサービス提供場面に反映させている。	全職員で話し合いを持ち、「利用者の個性」や「地域交流」を重視した理念に更新している。職員は地域密着型サービスの役割を理解し、理念を共有しながら、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	地域の総会への出席や地域の行事へも参加し、事業所を理解してもらうと共に、交流を図るための働きかけを行っている。定期的に認知症カフェを開催し、施設を開放して、利用者と地域の方とが交流を図れるよう取り組んでいる。	新田城まつりや盆踊り、530(ゴミゼロ)運動等の地域の行事に参加したり、法人施設との合同の夏祭りや文化祭に地域住民を招待し、交流を図っている。また、独居高齢者の多い地域の特性を考え、「認知症カフェ」を開催し、参加者も少しずつ増えてきている。		
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	事業所の見学、認知症の相談を随時行い、認知症の方に対する理解や支援方法を地域に還元できるよう取り組んでいる。また、実習生やボランティアの受け入れも行っている。			
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施設での暮らしぶりや実地指導等の報告を行っている。また、意見を交換し、より良いサービスを提供できるよう努めている。	町内会長や民生委員、地域包括支援センター職員等の参加を得て、2ヶ月毎に運営推進会議を開催している。会議では、ホームの現状や行事、研修等の取り組みを報告し、出された意見等はサービスの質の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に取り組んでいる	運営推進会議や認知症カフェの開催時は市の担当者へ参加していただき、事業所の実情等を報告し、相談している。また、市で発行している情報誌へ事業所の取り組みを掲載させていただいている。	運営推進会議に地域包括支援センター職員が出席しており、ホームの現状を伝え、情報交換をしたり、意見や助言をいただいている。また、「認知症カフェ」開催のポスターを市の福祉課の掲示スペースに貼ったり、様々な連携が取られている。		

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
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	職員は施設内での勉強会や講習会に参加し、内容を理解して実践している。やむを得ず身体拘束を行う場合は、家族に同意を得た上で必要な記録を残し、最小限の拘束を行い、利用者の健康と安全確保に努めている。	マニュアルを作成している他、研修でも理解を深め、身体拘束は行わない姿勢で日々のケアに取り組んでいる。外出傾向の方には、敷地内を散歩したり、話をしながら一緒に行動して、気分転換を図っている。また、やむを得ず身体拘束を行う場合に備えて、同意書や経過観察等を記録に残す体制を整えている。	
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	勉強会（内部研修・外部研修を含む）を定期的に開催し、全職員が高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、サービス提供の際、虐待のないよう努めている。		
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	勉強会（内部研修・外部研修を含む）を定期的に開催し、権利擁護の必要性を理解し、制度が必要な家族には活用できるよう支援している。		
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	契約時はインフォームド・コンセントを徹底している。退去時には退去先の情報提供を行い、利用者や家族に不安を生じさせないように取り組んでいる。		
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	本人や家族からのアンケート（満足度調査）を定期的に実施している。また、意見箱を設置し、意見や要望を反映しやすい環境づくりに努めている。	面会時に利用者のホームでの様子を伝えながら、家族からの話を聞けるように働きかけている。また、満足度調査の実施や運営推進会議への参加等を通じて、意見・要望を出せ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	年2回、目標管理シートへ記入してもらうことにより、職員の意見を聞く機会を設けている。施設内に数ヶ所意見箱を設置し、全職員が意見等を随時、投函できる環境となっている。	合同会議では勉強会やホーム運営、各委員会報告等を話し合い、終了後は各ユニットでケアカンファレンスや業務内容について話し合いを行っている。また、職員から出された意見は、ケアに反映す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	評価の高い職員は正職員へ登用する制度を設けており、向上心を持って働ける環境を整備している。		
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	各職員の能力に応じて、必要な研修に参加できるよう努めている。また、勉強会で伝達し、他の職員も実践できるよう努めている。		
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	外部研修会等への参加やグループホーム協会主催の懇親会等があり、他事業所と交流、意見交換をする機会を持っている。		
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	サービス利用の相談があった時には、可能な限り利用希望者と直接面談を行い、話を聞く機会を設けている。また、身体状況・希望・ニーズ等を把握するよう努めている。		
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	サービス利用の相談があった時には、家族と直接面談を行い、話を聞く機会を設け、希望やニーズ等を把握し、不安を軽減できるよう取り組んでいる。		
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	面談時に希望等を確認し、対応できる事は実施して、対応できない場合は他のサービスをお伝えし、本人や家族のニーズへ対応できるよう努めている。		
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	センター方式を活用し、本人のできる事を見極め、自尊心を傷つけないよう、注意してケアを提供している。		

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	月1回のお便り以外でも、電話連絡を密にし、お互いに相談し合える関係づくりに努めている。		
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	家族や本人の聞き取り(アセスメント)で得た情報を基に、居室へ関連性のある写真を掲示したり、家族へ面会時、日常の会話に出てくる人物を伝えて確認し、可能であれば面会できるよう相談している。	親戚・知人の来訪時には楽しく過ごせるように配慮し、希望に応じて電話の取り次ぎや年賀状のやり取り、手紙の代筆・代読等を行い、これまでの関係を継続できるように支援している。また、自宅や墓参り、正月外出等、家族と連絡を取りながら対応している。	
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	利用者の性格等を把握し、利用者同士が交流し易いよう職員が介入し、トラブル等がないよう努めている。		
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	サービス利用が終了した家族からの相談、問い合わせに対しても、これまでと変わらず親身に対応、支援するよう努めている。		
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	センター方式を活用してアセスメントを行い、本人の希望、意向に沿えるよう努めている。また、必要時には随時カンファレンスを行い、新たな課題の変化を把握できるよう努めている。	利用者への声がけを大切にして、会話や表情の中から思いを汲み取り、「どのように過ごしたいのか」を確認している。また、ケアカンファレンスで話し合い、職員間で利用者の意向・思いを共有している。	
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	生活歴については面談時、本人や家族から情報収集し、個人ファイルを作成して、全職員が把握し易いよう努めている。		
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	センター方式を活用し、個々の心身状態や有する能力の現状把握に努めている。また、介護記録へ本人の心身状態の変化を確実に記録し、全職員が情報を共有できる環境となっている。		

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
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	まずは本人の訴え等に耳を傾け、ニーズ等の再確認を行っている。また、随時、カンファレンスを実施し、関係者と十分に話し合い、作成している。	家族や関係機関から情報収集し、センター方式でアセスメントをしており、毎月のケア会議では利用者の思い・要望について全職員で話し合い、個別具体的な介護計画の作成に取り組んでいる。また、家での過ごし方等、家族からの情報を大切にしている。	
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	本人の日々の様子を観察し、気づいた事を確実に記録し、職員間で情報の共有ができるよう努めている。また、必要時には随時カンファレンスを実施し、介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人や家族への聞き取りをまめに行い、ニーズに変化がないか再確認をしている。外出や食事会等のイベント開催や、必要に応じて受診等への付き添い等を行い、あらゆるニーズに柔軟に対応して、本人や家族に満足していただけるよう努めている。		
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	定期的に施設で認知症カフェを開催し、地域の方との交流を図ったり、ボランティアとの交流を通じて、一人ひとりが地域とのつながりを感じ、施設での生活を楽しめるよう努めている。		
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	訪問看護や訪問診療の他、24時間のサポート体制や診療体制ができている。必要に応じて、歯科・皮膚科の医師へ訪問診療を依頼し、利用者の健康を維持できるよう努めている。	利用者や家族が希望する医療機関を受診できるようにしている他、法人内の訪問診療や訪問看護と24時間のサポート体制が整っている。また、必要に応じて、歯科や眼科、皮膚科等の受診も支援している他、受診結果・服薬変化等の情報を家族と共有している。	
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	一人ひとりのバイタル、食事量、排泄状況を毎日記録して健康管理を行い、医療と連携して、看護師と24時間相談できる体制ができている。		

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。	入院時は同行し、家族が来れない場合でも本人が安心できるよう努めている。また、入院中も病院関係者との連絡を密に行い、本人の状態を常に把握できるよう努めている。		
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	重度化、看取りの指針について、入居時に家族へ事業所でできる事を説明し、書面でも同意をいただいている。また、健康状態が悪化した時は医療機関や家族等と面談を行い、方針を共有し、お互いに納得した上でチームで支援できる体制が整っている。	「住みなれた街でその人らしく最期まで」を基に「重度化及び看取り介護の指針」を明示し、入居時に説明している。今までに経験はないが、今後の受け入れのために、研修、環境整備を行っている段階である。	
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対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	救命研修(AEDの社内・外)を定期的に行い、利用者の急変時や事故発生に備えたマニュアルがあり、全職員が実践できるよう取り組んでいる。		
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	消防署からの指導を含めた避難訓練を定期的に行い、全職員と利用者が災害時に対応できるよう努めている。また、非常食を準備して定期的に点検し、被災時の準備も整っている。	年2回、消防署立ち合いの避難訓練や消火訓練を利用者も参加して行い、町内会長の参加・協力も得ている他、ホーム2階からの車イス利用者の避難誘導を課題としている。また、災害発生時に備えて、食料・水・ストーブ・発電機等を用意している。	
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	BPSD等への対応方法の勉強会を定期的に行い、個々の職員の知識、技術の向上を図っている。毎月、委員会の担当が、職員の利用者に対しての接遇態度が適切であるかの様式を作成して確認している。	理念にも掲げている「おもてなし」の精神で、利用者の言動を否定せず、年長者であることを意識して、名字に「さん付け」で呼びかけている。また、接遇について学習の機会を持ち、職員はお互いに気がついた際に話し合っている。	
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	日常生活の中で、自分の気持ちを言葉で表現できない利用者は特に気をつけ、状況に応じて複数の選択肢を提示する等して、自己決定しやすい対応をしている。		

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
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	本人とコミュニケーションをとり、要望を把握し、時間を作り、希望に沿った対応ができるよう努めている。		
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	週2回の入浴を基本とし(汚染時は随時)、清潔の保持に努めている。床屋さんに来苑してもらい、本人の好みのヘアスタイルにしている。また、髪の毛の長い方は編み込んだりして、その人らしいおしゃれができるよう支援している。		
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	食事の時は利用者の要望に応じて、クラシックや童謡を聞きながら、職員と一緒に食事をしている。利用者と一緒に後片付けを行い、コミュニケーションを図っている。	法人の栄養士が献立を作成し、当日の担当が畑で採れた野菜も使う等して調理している。ホームでは利用者の状況に合わせた食事を提供し、職員も同じ席で食事を摂っている他、後片付けや茶碗拭きを、利用者の状況に合わせて一緒に行っている。	
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	利用者の体調やADLに応じて食事形態を変え、本人が食事を摂取しやすいよう支援している。利用者の献立は管理栄養士によって作られ、カロリーや栄養バランスに配慮されている。		
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	食事前に口腔体操を行い、食後は本人のADLに応じた口腔ケアを行っている。過去に勉強会を開催しており、口腔ケアの重要性を職員一人ひとりが理解している。		
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	各利用者の排泄パターンを把握し、表情や行動からも読み取り、失禁等をなくして快適に過ごせるよう支援している。また、適切なトイレ誘導を行うことにより、トイレでの排泄が自立できるよう支援している。	排泄パターンを把握し、事前誘導でトイレでの排泄を目標にしている。ホームでは月間の使用料を数値化して、オムツ使用継続について見直しを行い、自立に向けた支援に努めており、介助の際はさりげなく、静かに声がけをしている。	

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
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	ラジオ体操や身体を動かすレクリエーションで、適度な運動ができるよう心がけている。また、必要に応じて主治医にも相談し、内服薬でも調整している。		
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	洗体時等、本人のできない部分は手伝い、本人が気持ちよく安全に入浴できるよう努めている。入浴拒否のあった場合は日時を変え、本人が納得してから入浴できるよう努めている。	週2回のペースで、利用者の希望を聞きながら、入浴支援を行っている。また、入浴の拒否が強い利用者には、声がけや時間を工夫して対応し、安全に入浴を楽しめる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	各利用者の心身状態に応じて、就寝時間以外にも適切な休養をとれるよう心がけ、水分摂取量等にも注意し、快適に安眠できるよう支援している。		
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	個々の介護記録へ服薬カードを挟んでおり、全職員が容易に用法、副作用等の確認ができるようにしている。また、全利用者の内服薬の管理をしており、服薬介助時もしっかりと薬を飲み込むまで確認している。		
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	一人ひとりの心身の状態を見極め、ADLに合わせて、洗濯物たたみ等や散歩、将棋、トランプ、塗り絵等をしていただき、施設での生活の中で楽しみを持っていただ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	暖かい日は敷地内の畑や近隣の公園へ出かけている。寒い季節を除き、最低月1回は外出イベントを計画し、実施している。	季節が感じられる花見やお祭り、ドライブ、外食等の年間計画を立てている。天気の良い日は広いデッキでお茶会をしたり、畑仕事、散歩等で外に出る機会を多く設け、利用者の気分転換を図っている。また、イベントの際は家族にも参加・協力を呼びかけている。	

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
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	本人のお金は施設側で管理し、外出時等、使いたい時には職員が付き添い、希望に沿えるよう支援している。		
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	電話は本人に職員が付き添い、手紙は本人が書けない時は代理で行い、本人の希望に沿えるよう支援している。		
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	季節の移り変わりがわかるような絵や装飾品を掲示している。また、室内の温度や湿度が常に快適な状態を維持できるよう、換気や暖房機器の調整を行っている。	ホールにはテーブルやソファが置かれ、利用者が寛げる空間となっている他、広い廊下ではウォーキングやゲーム等で楽しまれている。ホーム内は物音や声、明るさ、温・湿度も適切に管理されている他、文化祭に向けた秋の飾り物や菊花を飾り、季節感を大切にしている。	
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	一人一室であり、自由に出入りができる環境である。廊下にソファを設置し、利用者の憩い場となっている。		
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	家具等の配置も、本人や家族の意見を聞きながら好みに合わせて設置し、居心地の良い環境を提供できるよう努めている。	その人らしい居室となるよう、入居前に使用していた物の持ち込みを働きかけている。利用者の状態や意向を聞きながら、家族写真や作品等を一緒に飾り、安心して過ごせるような居室づくりを支援している。	
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	センター方式を活用し、各利用者の可能性を引き出すよう努めている。また、過剰な介助にならないよう注意し、残存能力を維持できるよう努めている。		