

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	0272400524		
法人名	有限会社 山宝産業		
事業所名	グループホームすこやか		
所在地	青森県五所川原市金木町芦野84番地441		
自己評価作成日	平成30年8月1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30年10月12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)】

ホームの周りには民家・公園・畑等あり、地域に密着できています。 『安らぎと喜びのある毎日、住み慣れた場所、地域でその人らしく最後まで』の理念のもと、散歩をしながら畑の様子をみたり、公園に行ったり、職員と草取りをする等、家庭に近い生活支援を目指しております。 日課として、利用者個別に考えたりハビリや皆でできる体操、口腔リハビリ、脳トレを行い、健康を維持できるように支援しております。
--

【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)】

ホームでは「利用者権利を守る方針(コンプライアンスルール)」を掲示しており、具体的な内容を記載し、日々の支援、コミュニケーションに役立てている。 毎月の勉強会では職員が順番に担当となり、学習テーマを決めて、全職員でスキルアップに取り組んでいる。 また、地域住民の認知症の相談も受ける等、地域との絆を深めており、地域密着型サービスの役割を担っている。

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	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. 全くいない				
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、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. 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

〔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	住み慣れた地域で、安心してその人らしく生活ができるようにお手伝いさせていただいている。また、毎日の散歩は特に大事にしている。	ホーム独自の理念を作成し、事務室に掲示する等して職員間で共有しており、管理者及び職員は地域密着型サービスの役割を理解している。また、利用者が尊厳を持ちながら、楽しく安らぎのある生活ができるよう、日々、理念を反映させた支援に努めている。	
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	地域の方を行事に招待したり、ホームの家庭菜園作りに協力していただく等、良好な交流ができています。また、散歩の際は気軽に挨拶でき、顔馴染みの方も多く、ホームを見守っていただいている。	日頃から地域住民が気軽にホームを訪問し、野菜の提供や世間話、認知症の相談等を行っている。また、地域の高校の三味線や地域の会の歌・踊りの披露があるほか、ボランティア活動の受け入れを行う等、地域住民との交流に取り組んでいる。	
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	運営推進会議や相談があった際、認知症について説明している。また、毎日の散歩中に地域の方から相談があった際は、認知症の支援の方法等をアドバイスしている。		
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	年6回開催し、ホームの状況や行事・防災訓練等を報告して、アドバイスを受けている。「すこやか便り」を発行しているため、資料として見てもらったり、会議を行事の日に合わせて開催し、実際に行事を見てもらっている。	市担当課職員や町内会長、町内会役員、民生委員、学識経験者等が委員となり、2ヶ月に1回運営推進会議を開催している。会議では、利用者の生活状況やホームの活動等の報告のほか、地域に関する情報を交換し、委員から意見やアドバイスをいただきながら、運営改善やサービス向上を図っている。	
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	運営推進会議に市担当課職員が毎回参加し、助言や意見、情報をいただいている。その他も疑問な点は電話で相談し、協力関係を築けるように取り組んでいる。	運営推進会議に市担当課職員の参加を得ており、ホームの実情を理解していただき、適時、メールや電話で相談している。また、市役所で開催される勉強会に出席して意見交換を行う等、行政との連携を図っている。	

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	管理者は職員会議等で身体拘束の内容を説明し、全職員が理解して、身体拘束のないケアを実践している。また、やむを得ず身体拘束を行う場合は、その理由や方法、期間、経過観察等について記録を残す体制を取り、家族等に説明を行い、同意を得ている。	身体拘束廃止に関する指針やマニュアルを整備し、ホーム内外の研修等で管理者及び職員はその内容や弊害について理解しており、身体拘束は行わない方針でサービス提供を行っている。また、やむを得ず身体拘束を行う場合に備え、同意書や記録を残す体制を整えているほか、無断外出時に備えて、近隣住民から協力を得られる体制となっている。	
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	管理者は職員の日々のケア提供場面を観察し、入浴時に身体状況の確認等しながら、虐待はいけないということを徹底しており、勉強会等で虐待防止や発見した場合の対応方法等について話し合っている。		
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	管理者は制度の活用支援を行うと共に、職員に対しても日常生活自立支援事業や成年後見制度に関する勉強会を行い、説明を行っている。		
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	入所契約時は分りやすく丁寧に説明し、利用者や家族の疑問や意見を引き出すようにしている。また、契約内容の改定や退所の際も十分な説明を行い、同意を得ており、退所後の相談にも応じている。		
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	ホーム内外の苦情窓口を明示し、ホーム玄関に意見箱を設置している。また、家族にも電話連絡や毎月送付する「すこやか便り」に一筆添え、面会時は意見等を話しやすいように声がけに努めている。	運営推進会議への参加等により、家族が外部に意見を出せる機会を確保しているほか、意見箱を設置やホーム内外の相談・苦情窓口を重要事項説明書に明記している。また、電話やホーム便り等で利用者の近況等を報告し、出された意見等には速やかに対応している。	
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	代表者や管理者は職員会議で職員の意見や提案を聞く機会を設けており、運営にも反映させている。	毎月の勉強会の際に、職員の意見を聞く機会を設けている。ホームでは職員が積極的に意見や提案ができる環境となっており、出された意見はホームの運営等に反映させている。	
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	代表者は現場の状況のほか、職員の日々の努力や勤務状況等を把握しており、職員個々の能力を活かして、やりがいや向上心を持てるようにしている。		

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
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	代表者は職員の研修受講を積極的に進めており、年間研修計画を作成し、職員一人ひとりに合った研修の機会を確保して、勤務体制にも配慮している。		
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	代表者は全国・県・西北五グループホーム協会への加入等により、職員に対し、同業者間の交流や研修参加を積極的に勧め、サービスの質の向上を図れるようにしている。		
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、利用希望者と面談し、直接話を聞く機会を設けて、思いや不安等への対応に努め、信頼関係を築けるようにしている。		
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	サービス利用の相談があった時には、家族と面談し、直接話を聞く機会を設けて、思いや不安等への対応に努め、信頼関係を築けるようにしている。		
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	利用者や家族の思いを汲み取れるよう、十分に話し合っている。		
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	介護する人、介護される人という関係でなく、人間として、人生の先輩として尊敬する姿勢を持ち、利用者に得意分野で力を発揮してもらおう等、共同しながら生活している。		
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	「すこやか便利」や電話で近況を家族に伝えながら、家族の思いを把握している。また、連絡を取り合い、家族と共に利用者を支えていく関係を築いている。		

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
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	仲の良い人の面会を現在も続けてもらっている。また、行事にも参加を求め、協力してもらっている。	入所時の聞き取りや利用者との日々の会話等から、利用者一人ひとりの馴染みの方や場所等を把握している。また、地域には利用者の友人や知人が多いことから面会も多く、交流を継続しているほか、通院介助や行事等の機会を利用し、馴染みの場所への外出支援にも努めている。	
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	職員は利用者同士の仲の良し悪し等、人間関係を理解しながら、利用者が良好な関係を保てるようにしている。		
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	サービス終了後も必要に応じて利用者と面会したり、家族の相談に応じている。		
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	日々、利用者とは話し、思いや希望、意向を把握できるように努めている。また、意向の把握が困難な場合には、家族や関係者から情報を得たり、ケアカンファレンス時の職員の意見等を基に、利用者の視点に立って意向等を把握するように努めている。	職員は利用者との日々の会話等から、思いや意向を把握している。また、意向等が十分に把握できない場合は利用者の表情や仕草を観察し、利用者本位に思いを把握するように努めているほか、家族等から電話や面会時に聞き取り、情報を収集している。	
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	利用時、利用者や家族等から聞き取っている。また、利用後も折に触れて聞きながら、把握に努めている。		
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	利用者一人ひとりの生活リズムを把握し、全体像を毎日の状態として記録している。また、日々の生活等を通じて、利用者のできる事や分かる力を把握するように努めている。		
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	介護計画作成時には、利用者がその人らしく暮らせるように、利用者の意見を聞いている。また、家族等から情報収集した上で、会議で職員の気づきを出し合い、介護計画を作成している。	利用者との日々の会話等から希望や意向を把握し、利用者個々に合った介護計画を作成している。また、利用者や家族等の希望に変化がないか面会時に確認しているほか、日々のケアを通して利用者の状況を観察し、職員間で情報を共有している。	

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
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	個別にファイルを作成し、毎日の様子や体調等を24時間記録している。また、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	利用者や家族の状況、要望に応じて、柔軟に支援、対応をしている。		
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	運営推進会議のメンバーに民生委員等の地域の方々が参加しており、協力してもらっている。また、必要に応じてホーム以外のサービスに繋げるよう、他の事業所等とも連携している。		
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や納得を得た医療機関への受診を支援している。また、協力医療機関等と連携しながら、利用者の相談に応じて体調管理に努めており、受診結果はその都度、家族等に報告している。	利用者のこれまでの受療状況を把握しており、必要に応じて家族等の協力も得ながら、希望する医療機関等への受診を支援している。また、家族等には受診結果をその都度、電話で報告し、情報を共有している。	
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	週1回、訪問看護ステーションより看護師が来所し、利用者の状態や持病等を理解しながら健康をチェックしている。介護職員は利用者の身体状況に変化があった場合は、訪問時に伝えていたほか、状態変化時はいつでも電話相談ができる体制である。		
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。	利用者が入院した際は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、担当医師と情報交換や相談をしている。		
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	重度化や終末期に対応する指針を作成し、利用者や家族等に説明を行い、同意を得ている。また、入所時や状況変化時に説明を行い、利用者や家族・医療機関との意思統一を図っている。	「重度化した場合における(看取り)指針」を作成してホームの方針を明確にしており、入所時にホームの対応を説明し、同意を得ている。また、協力医療機関や訪問看護ステーション、家族等との連携を図りながら、方針の再検討を行う等、体制を整えている。	

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
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てマニュアルを作成し、職員会議や勉強会で確認合っている。また、消防署による普通救命講習を受け、修了証をいただいているが、全職員が実践力を身に付けるまでには至っていない。		
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、消防署立会いの避難訓練のほか、随時、利用者と職員と一緒に避難練習を行い、対応を身につけている。また、運営推進会議等でも地域の協力を得られるよう、働きかけを行っている。	避難誘導マニュアルや災害対策マニュアル、防災方針、市のハザードマップ等をホーム内に掲示しているほか、消防署の協力を得て、年2回、利用者と職員と一緒に避難訓練を行っている。また、災害発生時に備え、運営推進会議の委員や近隣住民との協力体制を築いているほか、食料や飲料水、ポータブルストーブ等を用意している。	
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	利用者の言動を否定したり、拒否をせず、耳を傾けることを全職員が実践している。利用者一人ひとりの人格を尊重し、羞恥心やプライバシーにも配慮しながら、個人情報の取り扱いにも注意を払い、対応している。	職員はホームのコンプライアンスルールに沿って、丁寧な対応を心がけており、利用者の羞恥心やプライバシー等に配慮した声かけ、ケアに努めている。また、職員会議で利用者への声かけや対応についての確認、介護方法等の改善、個人情報の取り扱い等の話し合いを行っている。	
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	利用者が言葉で十分に意思表示できない場合でも、選択方法を工夫する等により、自己決定を促し、表情や反応を読み取るようにしている。		
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	利用者一人ひとりの言動を急がずことなく、利用者優先のケアを行っている。また、利用者のその日の希望や身体的状況に配慮し、柔軟な姿勢で支援している。		
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	職員は利用者に聞きながら、身だしなみやおしゃれができるように支援している。また、利用者の希望により、美容院も利用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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者へ食べたい物を聞いたり、旬の物を提供し、一緒に食事の準備をお願いする等して、食事を楽しめるようにしている。	入所時の聞き取りや利用者との会話の中から、好みや苦手なもの等を把握し、専門調理員と職員が協力しながら、利用者の状況に合わせた食事を提供している。また、無理のない範囲で、利用者に野菜の皮むき等をお願いしている。	
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	個別の好みを把握しており、食べる量や飲む量も把握している。また、水分量は1日1,000cc以上の摂取ができるように心がけている。		
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	朝の歯磨きや食後の入れ歯洗い、口腔うがい等、利用者一人ひとりの力に応じた支援を毎日行っている。		
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	排泄サイクルや利用者の癖等を職員が把握している。ほとんどの利用者がトイレ誘導で排泄を試みており、尿意・便意がない方には時間を見てトイレ誘導している。	利用者一人ひとりの排泄状況をチェック表に記録・把握し、事前誘導しながら、排泄の自立に向けた支援に取り組んでおり、紙オムツ使用についても随時、検討し、見直している。	
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	便秘予防のためにお茶等の水分量を多くしたり、食事を工夫しているほか、リハビリ等で体を動かしている。		
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	原則として週4回(月、火、木、金)を入浴日としているが、曜日や時間帯も含めて、利用者個々の希望等に応じて入浴の支援をしている。	ホームでは各ユニット週2回ずつ、計4回の入浴日を設けており、どちらのユニットのお風呂でも入浴が可能で、利用者の希望や習慣を取り入れながら、利用者個々に応じた支援を行っている。また、長湯になりそうな時は数を数えるように声がけし、湯あたりしないように配慮している。	
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	日中に体を動かし、夜の眠りに繋がるようにしている。寝付けない利用者には付き添ったり、飲み物を提供する等の対応している。また、その日の体調や利用者一人ひとりの生活リズムを把握し、柔軟に休息も取り入れている。		

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
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	個人の記録に薬の調剤表を配布して、職員が確認できるようにしているほか、ホーム長や看護師が説明し、全職員が利用者の薬を理解できるようにしている。また、服薬支援と症状の変化の確認にも努めている。		
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	日々の関わりや家族・関係者からの情報を基に、利用者の力量を把握しながら、モップがけや洗濯物畳み、調理の手伝い等をお願いしており気持ち良く引き受けてくれている。		
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	天気の良い日は散歩に出かけたり、日常的に外に出る機会を設けている。また、利用者の意向を取り入れて、買い物等の外出を計画しており、外出の際は利用者個々の状態にも配慮している。	日々の会話の中から、利用者の意向を把握するように努めており、利用者の希望を取り入れた年間の外出行事を計画し、支援に取り組んでいる。また、天気の良い日は近くの公園を散歩する等、積極的に外に出る機会を設け、利用者の気分転換を図っている。	
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	社会性を促す意味でも、利用者の力量や希望、家族の希望等に配慮しながら、お金の所持や使うことの支援を行っている。		
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	遠方にいる家族に電話して声を聞かせたり、会話をしてもらっている。また、手紙のやり取りも手伝っている。		
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	食事を作る音・匂い・話し声等、家庭的な雰囲気が出るように工夫している。ホーム内は季節毎に飾り付けに変え、花を置いたり、季節感を出している。また、室温・湿度をこまめに確認し、調整している。	ホーム内は全体的に木造の和風の造りであり、利用者が居心地良く過ごせるよう、家具の配置や飾り付け等に配慮し、家庭的な雰囲気となっている。また、ホームからは周辺の花壇や樹木を鑑賞でき、季節の移り変わりを感じることができる。	
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	共有のスペースにカーペットを敷いたり、ソファ等を置いて、利用者同士が思い思いに談話して過ごせるようにしている。		

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
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	利用者それぞれが自分の馴染みの物や好みの物を持ち込んでいる。作品等も利用者と話し合って飾りつけ、居心地良く過ごせるような工夫もしている。	利用者が居室で居心地良く過ごせるよう、使い慣れた物やこだわりのある物等の持ち込みを働きかけており、テレビや家族写真、位牌等の持ち込みがある。また、持ち込みが少ない場合等は、利用者の意向に沿った手作りの作品や写真の飾り付けの手伝い等を行っている。	
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	新しい利用者に場所が分るように目印を付けたり、利用者の身体状況に応じたベット交換等、安全かつできる限り自立した生活を送れるように工夫している。		