

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	0270301385		
法人名	有限会社 ゆき		
事業所名	グループホーム そら		
所在地	八戸市大字大久保西ノ平25-207		
自己評価作成日	平成30年11月7日	評価結果市町村受理日	

【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)】

認知症について内部研修を行い、ケアの振り返りと向上に繋げている。年1回、家族の集いを行い、職員や家族の思い等を話し合ったり、コミュニケーションを図っている。その人らしい在り方や馴染みの暮らしの継続できるように支援している。御家族様の来訪時に近況を報告し、話やすい環境を整えている。

春は花見や花植え、畑等、夏はバーベキューや中庭でのグリーンカーテン、プランター作り、秋は野菜の収穫や日帰り旅行等、冬は漬物作りや餅つき等、年間を通して活動している。

また、ボランティアの受け入れと町内のいきいきサロンに参加する活動を積極的に取り入れている。

※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	
----------	--

【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)】

利用者一人ひとりが尊厳を守りながら、住み慣れた地域の中で自然体で暮らそうという思いを理念の中に盛り込んでいる。ユニット毎の目標のほか、事故防止検討・身体拘束虐待防止・感染症対策委員会の3つの委員会を持ち、毎年度の目標を掲げ振り返りを重ねている。また、毎月のユニット会議や全体会議、2ヶ月毎の各委員会会議のほか、内部研修で幅広い学習と自己評価を実践しており、運営推進会議と併合し、自主訓練を含めて年6回の避難訓練を実施し、「そら協力隊」を含む連絡網も作られている。更に、利用者の力量や快いと感じる事、健康面、夜間対応の3つの見通しに沿った計画目標を設定し、毎月の評価を継続し、その方らしい暮らしの追及を続けている。

【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12月6日		

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	独自の理念をホーム内に掲示したり、会議や研修、介護計画に盛り込み、全職員で理念の共有に努めている。定期的な研修もを行い、振り返っている。	利用者一人ひとりが地域の一員としてその人らしく生きていことを理念を掲げ、毎年度ユニット毎の目標も設定し、職員は自己研鑽を重ねながら、理念の実現に向けて取り組んでいる。	
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	町内会に加入し、ホームのイベントや小旅行、いきいきサロンに参加していただき、ホームを理解してもらおうと共に、町内会のボランティアや運営推進会議、家族の集いを行う等、交流を図っている。避難訓練にも町内会の方々に参加していただいている。	町内の一員として利用者と一緒に回覧板を廻したり、地域の祭り等の行事や集会所で開催される「いきいきサロン」にも積極的に参加している。また、ボランティアや専門学校の実習生を受け入れたり、職員が地域に出かけて認知症介護の寸劇を披露する等、地域に開かれたホームを目指し、交流を図っている。	
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	認知症サポーター養成講座や実習生の受け入れ、見学、相談を行っている。家族会では町内、家族に寸劇を鑑賞していただき、理解や支援方法を考える場を作っている。		
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	会議では日々の生活やサービス内容、各委員会の活動を報告し、介護とは別の視点での改善策についても意見交換を行っている。外部評価の結果も報告し、出された意見を持ち帰って会議を行い、日々のサービス向上に活かしている。	町内会役員や家族代表、行政職員のほか、消防署員も加わって避難訓練と併せて実施したり、無断外出対策を協議する際は警察署員にも参加していただき、対応策を講じている。また、各委員にお茶会や餅つき、ミニ運動会等にも参加していただき、利用者との関係の築きながら、避難誘導時や無断外出時等に協力していただけるように働きかけている。	
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	家族の集いと運営推進会議に参加していただけるよう、案内で出欠の有無を確認している。自己評価及び外部評価、目標達成計画も提出し、報告している。	運営推進会議で介護保険制度等に関する最新の情報を提供していただいたり、家族会への参加も得ている。また、市主催の各種研修会に参加したり、認知症サポーターとして職員が協力する等、日頃から連携を図っており、ホームの運営や利用者に関する事等について助言を得ている。	

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
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	施錠はせず、利用者は自由に出入りができている。そのため、利用者に合わせて生活を送っている。身体拘束・虐待防止委員会を設置し、定期的に会議を開催して、会議録は全職員に回覧したり、ホーム内研修を行っている。	「身体拘束・虐待防止委員会」を2ヶ月毎に開催し、身体拘束マニュアルやケア場面の再確認を行っているほか、内部研修を定期的に行い、職員の認識を新たにしている。玄関の施錠は行わずにチャイムで察知しており、帰宅願望のある利用者には職員が付き添う等の支援を行っている。	
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	身体拘束・虐待防止委員会を設置し、定期的に会議を開催して、運営推進会議・全体会議で報告している。研修も行き、不適切なケアや認知症の基本的理解等、職員の理解に努めており、取り決めや対応方法は業務マニュアルに入れている。		
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については、虐待防止委員会でホーム内研修を実施し、周知することで活用につなげている。また、成年後見制度を利用している利用者がいる。		
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	契約時は利用者や家族にホームの理念や方針について、一方的にならないように丁寧に説明し、意見を伺っている。入居時は文書と口頭で説明し、話し合いの場を設けているほか、退居先へは情報提供を行っている。また、不安や疑問を話された時は十分に説明を行い、理解に繋がるように努めている。		
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	利用者や家族と相談し、利用者の症状に合わせ、利用者の思いを汲み取るように支援している。また、意見を出しやすいよう、玄関に意見箱を設置し、家族の集いや運営推進会議でアンケートを募り、話し合いを行っている。	コミュニケーション技術について内部研修でも取り上げ、職員は利用者が何を訴えたいのか、寄り添って聞く姿勢で接している。また、毎月の便りで利用者の近況を報告しているほか、家族会でアンケートを実施しており、出された意見を会議等で検討しながら、より良いサービス提供に向けて取り組んでいる。	
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	職員面談の際にも意見を聞く機会を設けている。全体会議については、事前に行ったユニット会議で職員から出された意見や提案が活かされるようになっている。また、会議録は全職員に回覧している。	ユニット毎の会議で話し合われた事柄や職員の提案等は全体会議に提出して、ホームの運営やサービス改善に活かされるようになっている。	

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
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	代表者は職員の日々の努力や勤務状況を把握しており、勤務希望の受け入れや職員が組織する青空会に理解を示している。年2回の職員健診を実施しているほか、職員一人ひとりと面談を行っている。また、平成27年就業規則の改正で資格取得支援制度を設けている。		
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	定期的な内部・外部研修を行い、トレーニングに努めている。新人研修、各委員会主催研修の年間計画を立てて実施し、受講後にはレポートを提出している。実践に活かせるよう、ロールプレイやグループワーク等を行っており、外部研修参加者は伝達研修を行い、OJTも行っている。また、認知症ケア専門士上級者がいる。		
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	口から食べる幸せを守る会による勉強会に参加し、質の向上を目指している。		
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	信頼関係を築くことを意識し、利用者が自由に話せるような雰囲気を作り、不安や思いを汲み取っている。		
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	家族の困っている事や不安な事、思いを表出できる雰囲気づくりを行い、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	現在の心身状況やニーズを見極め、できる事やできない事を明確にし、必要に応じたサービス機関の紹介等を行っている。		

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
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	利用者と毎日一緒に食事を作り、同じ食事をして生活を共にし、理解するように努めている。生活の中で食の得意分野で能力を発揮してもらい、利用者から学んだり、共に支え合うことで関係を築いている。		
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	家族来訪時や電話等で、利用者の様子や職員の気づきを伝えており、家族の思い・要望を聞き、話し合っている。また、介護計画更新時に再度、家族に希望・要望が無いか確認し、反映している。運営推進会議や家族会を開催し、意見交換に努めている。		
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	家族や知人と気兼ねなく、面会や電話での連絡ができるように支援しており、面会時間の取り決めはない。いきいきサロンや敬老会の行事に誘い、一緒に時間を過ごすことで、関係が途切れないように支援している。	入居時の聞き取り等で利用者がこれまで関わってきた方や馴染みの場所等を把握しており、友人や知人の面会は快く受け入れ、電話もいつでも使えるようにしている。	
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	利用者間の関係を把握し、利用者同士が交流できるよう、ホームの活動内容や場所等を考慮している。また、利用者の人間関係の変化を見逃さず、孤立しないようにしている。仲が良い、悪いで分けるのではなく、生活歴や趣味、性格等で仲良くなれるように仲介したり、配慮している。		
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	サービス終了後も家族の集いに来ていただくように誘っている。		
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	家族から情報収集を行い、利用者の訴えや日常生活の中での言葉や表情、これまでの暮らし方等からアセスメントし、利用者の状況を把握しながら、利用差y本位となるように職員間で情報を共有している。	利用者と職員が一つの家族として日々過ごす中で、何気ない会話から利用者の希望や思いを発見することが多く、盆踊りが上手だった利用者の思いを叶えようと夏祭りに参加する等、利用者の力を引き出し、思いに寄り添った支援に努めている。	

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
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	アセスメントシートの活用のほか、家族から生活歴、本人との会話の中から生活歴、ライフスタイル、個性、前施設からのサマリー等で、その人らしさを引き出せるよう、これまでの暮らしの把握に努めている。		
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	生活歴等から個別の日課表を作成・記録している。体調や生活リズムの変化の把握に努めている。		
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	アセスメントシートを使用し、生活場面での言葉や表情、全職員の気づきや意見からケアの在り方を話し合い、作成している。看護師の意見のほか、受診時に医師より日常生活や食生活についてアドバイスをいただいたり、それまでの暮らし方から家族の意見や要望を取り入れるように努めている。	利用者の言葉や表情から希望を吸い上げ、家族の意向を聴取した上でケース会議で話し合い、介護計画書を作成しており、毎月、サービス計画実施報告書で評価しながら、3ヶ月毎に見直しを行っている。また、全職員がそれぞれ利用者の評価を担当しており、計画の見直しに活かしている。	
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	個別のケース記録や日課表がある。記録は介護計画に沿って行った事と対応で分けて記入している。ケアの状況や結果、職員の気づきを記載しており、実践や介護計画の見直しに活用している。1日の暮らしの様子や身体状況について具体的に記録し、内容はカードックスや申し送りノート、申し送りにより全職員で共有できている。		
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	介護保険サービスのうち、医療連携サービスは整っている。敬老会や行事への送迎、近隣の親戚宅へ行けるように見守りをしている。		

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
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	民生委員や婦人部の協力を得て、いきいきサロン等の催し物に参加しているほか、地域の方の来訪でえんぷりを行っている。消防訓練は運営推進会議で地域消防署の協力を得て行っているほか、町内のボランティアの受け入れで、旅行にも行っている。運営推進会議時は1人で散歩に出る方が戻って来られなくなった事について、警察や地域の方に意見をいただいたり、対応方法について話し合っている。		
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	利用者によって以前からのかかりつけ医へ継続して受診ができるよう、家族と協力して受診を支援している。定期受診のほか、体調に変化がある時は家族と話し、受診をしている。結果については特変がない時は毎月の便りで報告している。	協力病院の受診のほか、希望に沿って入居前からのかかりつけ医へ継続して受診できるように支援している。また、看護師を配置しており、日常の健康管理やかかりつけ医への受診時の引き継ぎ等を円滑に行っている。	
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	医療連携体制を整えているほか、看護職員を配置しており、職員は24時間いつでも報告や相談することができ、必要な指示を受けている。また、看護師に伝えるポイントを管理日誌に明記し、職員は理解している。		
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。	利用者が入院した際は認知症の人が安心できるように、毎日面会に行っている。病院の看護師へ状態や変化等を尋ね、情報交換や連携を図っている。早期退院に向けて家族や職員、医師、看護師と話し合い、退院後は介護計画を見直している。		
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	終末期の指針や取り決めがあり、入居時に家族へ体制を説明して、同意を得ているほか、重度化した場合の事前調書を取っている。利用者からは早い段階から、日常生活の中の言葉等から意向や希望を推測し、その気持ちをアセスメントシートに記入して、家族へも伝えている。また、ターミナルケアの研修も行っている。	指針を掲げ、利用者が重度化した場合や終末期の対応について、入居時にホームの方針を明確にしている。また、利用者や家族の希望を確認する事前調書も取り、思いの把握に努めているほか、研修等を通じて職員の理解を深め、体制の充実を図っている。	

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
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、救急対応マニュアルがあり、定期的に応急手当や対応の講習を受けている。また、応急手当普及員を受講した職員により、毎年研修で心肺蘇生とAEDの講習を行っている。		
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	避難訓練を定期的に行い、持ち回りで参加している。運営推進会議も兼ねて行い、消防や町内の方々に参加していただいている。研修にて災害時について話し合い、非常食と水はユニット毎に準備している。また、避難訓練は自主訓練も含め、年6回、消防訓練を行っており、緊急連絡網があり、訓練にも参加していただき、地域との協力体制を築いている。	定期的に運営推進会議と併せて避難訓練を実施しており、委員を中心とした「そら協力隊」による連絡網も作成している。また、自主訓練も実施し、2階からの避難方法等を検討しているほか、発電機を準備して停電時にも備えている。	
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	不適切なケアに繋がらないよう、委員会を中心とした定期的な研修のほか、排泄、入浴介助時のプライバシーにも配慮している。声かけが心理的虐待につながらないよう、職員で日々の確認や改善の取り組みを行っている。	尊厳の重要性を理念の中核に位置付けており、職員は日々のケア場面を振り返り、お互いに声をかけ合いながら確認合っている。また、虐待防止委員会の目標にも掲げ、言葉による拘束を減らそうと努めているほか、内部研修でも法令順守や接遇を取り上げ、ホーム全体でより良いサービス提供に向けて取り組んでいる。	
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	日々の関わりや家族等からの情報により、利用者の希望や関心、嗜好等を把握している。一緒に嗜好品を買いに行き、自分で選択や決定ができる場面を作っている。また、意思表示ができない利用者の場合は表情やしぐさ等から、何を希望しているのか思いを探りながら対応するように努めている。		
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	一人ひとりの希望やペースに合った生活となるように努めている。利用者の訴えは受容、共感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
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	訪問理容を利用し、負担なく定期的に行えるように支援している。また、家族や利用者と相談し、好みの髪型を維持できるよう、毛染めやパーマもしている。服装は利用者の好みに配慮し、季節に合った物を心がけているほか、外出時は化粧やおしゃれをして出かけるように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒に買い物に行き、希望を取り入れた献立にしている。また、食事準備や片付け、食事は一緒に行い、会話を楽しみながら過ごしている。食べこぼし等はさりげなく片付けている。	献立は利用者の希望を取り入れて決めており、足りない食材を買いに、利用者と一緒に出かけることもある。また、職員の声がけと見守りにより、利用者は食事の準備や後片付け等を行っているほか、利用者と職員が同じ席に着き、和気あいあいと食事を摂っている。	
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	献立・食事量は全て記録している。補食や水分摂取量は季節・体調等、必要に応じて看護師に相談の上、記録・調整をしている。栄養バランスは食材が重ならないように工夫し、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	食後は職員が声かけし、利用者一人ひとりの能力に合わせ、歯磨きや義歯の洗浄、介助を行っており、それを日課表に記入している。受診に行けない利用者は訪問歯科を利用している。		
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	排尿や便の確認は利用者の羞恥心やプライバシーに配慮しながら、他者に気づかれないようにしている。排泄パターンを観察、把握し、事前誘導を行う支援を行っている。	毎日の排泄チェックにより、利用者一人ひとりに合わせた声がけと事前誘導を行っている。また、誘導方法や紙オムツの使用については介護計画にも載せ、見直しを行っている。	
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	薬にだけ頼らず、牛乳やヨーグルト、果物、野菜等の食材や献立を工夫している。また、服薬は主治医や看護師と相談している。体操や散歩で身体を動かしたり、自立に向けた支援を行っている。		

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
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	バイタル測定等、健康状態を確認した上で、利用者の希望する時間帯にしている。入浴を拒否する方には効果的な声かけのほか、タイミングをみて気持ち良く入浴できるように努めている。利用者の習慣や入浴方法に合わせて、好む湯の温度に調節している。	相性の良い利用者同士で入浴したり、湯加減や時間にこだわる方には丁度良い頃合いで利用できるように調整し、基本的に週3回の入浴を支援している。1対1の介助をしているが、利用者の状態に合わせて職員2名で介助したり、利用者の気が向かない時は柔軟に対応できる体制となっている。	
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	日中はその日の状態に合わせて、体操・散歩・昼寝等、活動と休息をバランス良く取り入れながら、1日のリズムを作るようにしている。利用者一人ひとりの睡眠状態や1日の様子は日課表に記録し、把握している。夜間眠れない方には好みの飲み物を提供したり、話を聞き、寄り添い、安心できるように対応している。		
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	分包や服薬介助の際、飲み忘れや誤薬がないか、職員間でダブルチェックしている。薬の変更の際はカードックスで全職員で共有している。また、服薬による症状の変化については家族や主治医と相談し、調整している。		
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	利用者独自の今までの暮らし方から、できる事は何か、したい事は何か、把握するようにしている。一人ひとりの希望や状態に合わせて、掃除・ゴミ捨て・料理・裁縫・編み物等の生活に沿った活動、かるた・トランプ・オセロ・習字等のレクリエーション、散歩・買い物・ドライブ等の外出を支援している。また、移動スーパーも活用して、利用者を選んでもらっている。		
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	季節に合わせて市内外にドライブに行き、楽しみや気分転換に繋がるように支援している。習慣やその日の気分、能力や身体状況に合わせて、外出の際は移動方法や移動距離に配慮した支援を行っている。	利用者と一緒に回覧板を廻したり、近くにあるホームの畑まで散歩に出かける等、日頃から外に出る機会を設け、利用者の気分転換を図っている。また、年間を通じて外出行事に取り組み、利用者のゆかりの地を訪れたり、希望を聞いて外食等にも出かけている。	

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	利用者の希望や能力に合わせ、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	利用者が家族や知人等に電話しやすい雰囲気づくりをしている。電話操作を介助し、プライバシーに配慮しながら、他の利用者に知られないよう、スタッフルームにて話してもらっている。		
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	家庭的な雰囲気を保てるよう、調度品を配置している。共有空間には窓を多く設け、換気を行い、景色から生活感や季節を感じられるようにしている。カーテンで光を調節し、行事毎に共同空間へ関連の物品を飾っている(春や秋の花、七夕飾り、お盆用品)ほか、神棚もある。	ホーム内には手作りのカレンダーや外出行事等の写真を掲示しているほか、ホール中央の畳敷きの小上がりにはコタツがあり、家庭的な雰囲気である。また、ホールや居室には洗濯物や濡れたバスタオルをかける等、乾燥を防ぐ工夫も行っている。	
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	共用空間は家庭的な造りで、気の合う利用者同士、テレビ前のソファや小上がりでくつろいでいる。中庭やホールで食事や日光浴、外気浴を楽しまれている。また、他のユニットより気の合う利用者の訪問があったり、訪問をしている。マッサージ機があり、気兼ねなく自由に使える。		
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	できる限り入居前の状態に近いよう、家族と相談し、利用者の使い慣れた馴染みの物を居室に持ち込めるように努めている。また、利用者の状態の変化に合わせて調整している。(タンス・ベット・鏡台・化粧品・仏壇等)	家族の協力を得ながら、利用者が落ち着いて居心地良く過ごせるような居室づくりに取り組んでおり、使い慣れたベットやタンスを置いたり、鏡台と化粧品道具を揃えて毎日化粧をする方もいる。また、持ち込みが少ない場合は写真等を飾り、その方らしい居室となるように支援している。	
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	手すりや流し台、洗面台の高さ等、利用者 に合った高さに調整している。また、トイレの表示をしたり、字の大きさや配色等にも配慮している。		