

# 1 自己評価及び外部評価結果

事業所番号	0290100023		
法人名	株式会社 ヘルスプロモーション青森		
事業所名	グループホーム まりあ		
所在地	青森県青森市大字浅虫字内野53番2 (電話) 017-737-5067		
自己評価作成日	平成22年12月28日	評価結果市町村受理日	平成23年4月14日

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、閲覧してください。(↓このURLをクリック)  
(公表の調査月の関係で、基本情報が公表されていないこともあります。御了承ください。)

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	青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ2階		
訪問調査日	平成23年2月18日		

# (ユニット名 グループホーム まりあ 1F)

## 【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)】

- ・「地域の中で自分らしく生き生きと」の理念のもと、一人ひとりに合わせた細やかなケアを目指しています。
- ・周辺には海・山・ほたる湖があり、季節の移り変わりを目で肌で感じることの出来る環境の中にあります。
- ・代表が医師であり、24時間体制で医療との連携が図れます。
- ・セラピードックの「まりあ」があり、利用者様の癒し、地域の方々との交流に一役買っています。
- ・町内の行事には積極的に参加し、地域との関わりを大切にしています。また、地域において、「認知症」についての理解を深める活動を行っています。

## 【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)】

施設周辺地域の高齢化率は高く、さらに高齢者のみの世帯の多いこの地区にあって、医師でもある代表者は地域医療並びに福祉面で指導的な役割を果たしている。施設の管理者並びに職員は代表者の意思を理解し、利用者には地域住民との社会的交流の中で、認知症の記憶障害がある場合でも、心地良いサービスを受けたその瞬間の思いを大切に、利用者一人ひとりの人格を尊重したサービス提供に努めている。また、設立当初から利用者の重度化並びに終末期における指針を明確にし、利用者並びに家族の大きな安心につなげている。

## 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ったり深まり、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

※複数ユニットがある場合、外部評価は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

自 己 外 部	項 目	自己評価		外部評価	
		実践状況	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踏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	地域の中で一人ひとりが自分らしく安心して暮していただけるような理念となっている。ホーム内の各所に理念を掲示し、会議の場や援助計画作成の場において理念に基づいた計画を立てるようにしている。	理念は「地域の中で自分らしく生き生きと」と策定され、法人代表をはじめ管理者・職員も理念の意義を理解している。入居者に認知症状態があるときも入居者のその時々を大切にサービス提供に努めている。	
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	日常的に散歩や買い物に出掛け近隣の方々と挨拶を交わしており、町内清掃や季節行事等にも積極的に参加している。また、セラピー犬の「まりあ」も地域の方々との繋がりに一役買っており、近くの小学生等も立ち寄ってくれている。	職員は利用者と地域住民との交流の意義、事業所が地域で果たすべき役割を理解し、介護予防・町内清掃・小学児童との触れ合い・他のグループホームとの学習交流等に努めている。	
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	地域包括支援センターと連携し、町内の方や近隣の民生委員の方を対象にした「認知症について」の講義を行っている。講義の際には寸劇も交えてわかりやすくする工夫も行なっている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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、行事・日常の取組み・地域包括支援センターや町会の方との情報交換・自己、外部評価の結果報告と改善への取組みについて報告している。会議で出された意見は積極的に取り入れ向上に努めている。	運営推進会議は2ヶ月ごとに開催され、運営・開催行事、認知症高齢者の機能維持・予防・虐待・ターミナルケア等を報告し、メンバーから出される意見についても検討し、サービスの向上に努めている。	
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	ホームで抱えている課題解決のため、市町村に相談する等、必要に応じて連携を図るようにしている。運営推進会議・自己、外部評価の報告や必要な資料等の提出は確実に行うようにしている。	ホームでは直接的には運営推進会議の場を活用して、地域包括支援センター職員への事業所運営、活動内容・自己評価並びに外部評価結果の報告の他、行政とは随時報告・照会も行い、連携に努めている。	

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	
6	(5)	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる</p>	<p>外部研修・内部研修に参加し全職員が身体拘束を行うことの弊害を理解し、身体拘束を行わないケアを実践している。また、会議や申し送り、マニュアル整備等その都度確認を行うようにしている。今後も身体拘束は行わないという方針に変わりはないが、止むを得ず身体拘束を行う場合に備えた記録や同意書等の書式の整備はしている。</p>	<p>身体拘束を行わないことを契約書・重要事項説明書等に明記し、職員は身体拘束の弊害や拘束が必要となった場合の正しい理解を研修で確認し、運営推進会議メンバーにも説明をしている。また、これまで身体拘束事例はなく、利用者居室の扉は施錠せず、感知装置を設置し、無断外出があった場合は地域住民の協力も得られている。</p>		
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>外部研修・内部研修・マニュアル整備を行い全職員の理解に努めており、職員同士が互いにチェックし合えるような体制作りをしている。また、虐待発見時の報告に関するフローチャートも整備している。</p>			
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>外部研修への参加により職員が学ぶ機会を設けている。また、実際に日常生活自立支援事業を利用されている利用者もおり、その都度管理者を中心に学んでいくようにしている。</p>			
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>契約時には重要事項説明書、契約書に基づき出来る限り時間を掛け説明するようにしている。契約内容に変更がある場合には、書面・口頭により説明を行い、納得を得るようにしている。契約解除の場合には個人情報の取り扱いなども合わせて説明を行うようにしている。</p>			
10	(6)	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>利用者の言葉や行動等からその思いを汲み取り、「自分らしく」の理念に沿った援助を心掛けている。また、利用者の抱える不安や意見等は会議等の場で話し合い、日々のケアに活かすようにしている。</p>	<p>ホームでは利用者の生活の様子を毎月家族に報告すると共に、利用者や家族が施設運営や苦情に関しても意見の申し出ができることを重要事項説明書や隔月発行の広報誌に明記している。玄関に「意見箱」を設置し、苦情が出されたときは、速やかに運営に取り組む体制がある。</p>		

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
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	会議や申し送り等の場において、各職員の意見を聞き出す様になっている。また、日頃から積極的にコミュニケーションを図るようにし、思いを聞き出すように努めている。	職員の年間研修計画・受講・受講内容を職員間で共有し、さらに利用者へのサービス向上を目的とした認知症実践者研修、資格取得等、職員の育成に取組み、職員が施設運営に関する適切な意見を聞く機会を設けている。		
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	現場の状況や勤務状況は把握できている。人事考課を行っており、個々の努力に関しての評価をしている。また、職員の資格取得への支援も行っている。職員が向上心を持ち、考え、実践し、実績に繋げられるように日頃からコミュニケーションを図るようにしている。			
13		○職員を育てる取組み 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	外部研修へは出来るだけ多くの職員が参加出来るように計画を立てている。研修参加後には報告書を作成し、他の職員が研修内容を共有出来るようにしている。また、内部研修の機会も設けている。			
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つくり、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組みをしている	地域包括支援センターの圏域であるグループホームとの交流・情報交換・勉強会を行っている。また、圏域外のグループホームの管理者とも交流・情報交換する機会を持つようにしている。			
<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	必ず本人との面談の機会を設けるようにしている。面談時には、本人の生活状況や今現在抱えている不安や、「〇〇したい」という思い、身体状況を把握する努力をしている。			
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	面談時には、これまでの経緯や苦労した事等も含めて出来る限り時間を掛け話を聞くようにしている。その中で不安や要望、本人の前では言えなかった事なども聞きだす努力をしている。			

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	
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	本人と家族がそれぞれ求めているものを理解し、その思いに基づいた支援計画を相談するようにしている。また、必要に応じて地域包括支援センターなどとも連携して対応している。			
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	人生の先輩として尊敬の思いを持ち、接している。また、利用者一人ひとりの生活歴を把握し、それぞれの得意分野を教えをもらいながら一緒に作業する等、共同して生活出来るようにしている。			
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	利用者の日々の様子や家族への思い、職員の思い等、細かく伝えるようにしている。同時に家族の思いも聞き出し利用者を共に支えていただけるようにしている。			
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	知人・友人の面会・電話の際にはいつでも気兼ねなく遊びに来ていただけるように声を掛けるなど、いつでも来やすい環境作りに努めている。また、馴染みの場所・人へのドライブ・面会に出掛ける等の援助を行っている。	職員は、利用者がこれまでに過ごしてきた生活をホームでも継続できるように、家族とも連絡をとりながら訪問者の受入をしている。菩提寺巡り等、馴染みの人や場所とのつながりが途切れないよう本人の希望に沿った支援している。		
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	利用者同士の仲の良し悪しなどの人間関係を把握し、気の合う同士で過ごせる場面作りをしたり、活動を通して協力し合う場を作る等、孤立しないよう支援している。			
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	サービス終了後も引き続き相談に応じるよう伝えるようにしている。サービス終了後にも手紙をやり取りしたり、行事に参加していただいたりしている。			

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	
<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	日々の関わりの中で、本人の言葉や行動から思いを汲み取るように努めている。困難な場合は理念に基づき検討している。	ホームでは利用者の生活歴について、必要に応じて知人や家族からも収集している。共同生活に慣れていない方や失語症・孤立傾向がある方についても表情や反応に注意しながらその原因等の把握に努め、利用者一人ひとりの個別性を尊重した支援をしている。	
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	利用時には自宅等それまでの生活の場へ訪問するようにしている。また、本人や家族から生活歴について情報収集したり、利用後にも本人と時間を掛け、ゆっくり話す事で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	一人ひとりの生活リズムを把握し、出来る事、困難な事を日々の関わりの中からも探り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	本人・家族の思いを基に職員全員で意見を出し合い介護計画を作成している。そして、月1回は本人の状況・介護計画の確認を行い、状態の変化に応じて計画の見直し、再アセスメントを行っている。	利用者の介護計画は、3ヶ月から6ヶ月の見直し期間を設けている。毎月一回の職員会議では利用者の心身の状態や状況の変化に応じた計画の見直しを行い、管理者や職員は日常生活の中での変化を常に観察している。また、家族の面会時にも積極的に働きかけ、意見を聞いている。	
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	日誌・伝達ノート・個別のケース記録等に本人の様子や状態の変化などを記録している。記録は全職員が確認出来るようになっている。月1回介護計画に基づいたまとめを記録し、計画の確認を行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 (小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載) 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、家族の要望に応じて医療機関との連携・外出・買い物の支援を行っている。		

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	
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	地域の方々や民生委員との交流の機会を設けており、交番や消防へは緊急時等の協力をお願いしている。			
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、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	利用時に希望の医療機関の有無を確認している。また、協力医による定期的な往診を受けており、医療相談や緊急時の対応は24時間体制で適切な医療を受けられるようになってきている。家族への受診結果や状態報告もその都度行っている。	これまでの受療状況を把握している。ほとんどの利用者はかかりつけ医の往診を受け、1週間毎に看護師が訪問している。通院や受診結果については、毎月発行しているお知らせ以外にもその都度電話で連絡を取り、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	協力医療機関の看護師による健康相談が週1回行われている。また、健康相談が行われる日以外にも日常的に相談に応じてもらっている。			
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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には医療機関への情報提供を行っている。また、頻りに面会し、医療機関・家族とも情報交換を行いながら、早期退院に向けて働き掛けを行っている。			
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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	看取り・重度化した場合に関する指針を定め、入所時に説明を行っている。また、実際に対応する場合には再度説明し、本人・家族・医師・看護師を交えて話し合いの方針の共有に努めていく。支援の場においては、本人や家族の気持ちを大切にしながら、医療機関と連携し安心して終末期を過ごせるように対応していく。	「重度化した場合における対応に関する指針」「看取りに関する指針」を作成し、利用者の終末期にも医療と介護の連携で安心して過ごせるような体制を構築している。介護職による利用者の終末期の対応事例はこれまでないが、職員は真摯な姿勢で取り組んでいる。	利用者が重度化や終末期に至った際のこころのケア・医療事故や訴訟に関するリスクマネジメントに関する研修を介護職員にも行うことに期待したい。	

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	緊急時のマニュアル整備をしている。応急手当等の対応についてはその都度、協力医や看護師に指示を受けるようにしている。また、場合によっては協力医の往診を受ける事が出来る体制をとっている。			
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	年に2回、地域の方々や消防の協力のもと避難訓練を行っている。また、関連施設も近くにあるので、災害時には互いに協力し合う体制が出来ている。非常時に備え、食糧と飲料水を備蓄している。	当施設では年2回、消防署・町内会長等の協力も得て、利用者・職員合同の昼夜想定避難訓練を実施している。スプリンクラー・火災報知機・通報装置を設置し、非常時に備えて食料・飲料水の備蓄を行っている。また、非常災害時は関連施設との相互援助体制がある。		
<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	プライバシー保護についての内部研修を行い、声掛けや介助などの際にもあからさまな対応をしないように配慮するようにしている。また、個人情報の重要性や守秘義務についても指導・助言を行っている。	職員は、利用者が認知症の記憶障害が見られる場合でも、心地良いサービスを受けたその瞬間の思いを大切に、利用者一人ひとりの人格や羞恥心・プライバシー等にも配慮ながらサービス提供に努めている。		
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	一人ひとりに合った言葉掛けを心掛けたり、表情や行動から読み取っていくように努めている。選択肢を提案し、利用者本人が決める場面を作るようにしている。			
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、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	利用者の状態やその日の体調を見ながら、本人の気持ち・ペースに合わせて出来るだけ個別に対応するようにしている。			
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	馴染みの理・美容院がある場合には家族の協力のもとで継続して利用していたっている。また、衣類等の乱れがある場合にはさり気なく言葉掛けをするようにしている。			



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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の希望を取り入れた献立作りを行っている。一人ひとりの好き嫌い、盛り付けや調理の工夫を行っており、調理や片付け等を一緒に行っている。	献立は、職員が当番制で作成しているため、日常生活の中から好みの物を取り入れるようにしている。職員は、調理・下膳などの食事の準備を利用者と一緒に行い、食べこぼしが見られる利用者には時間の制限がなく、和気あいあいとした雰囲気の中で支援しながら食事をしている。		
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	毎食事、摂取量を記録し確認するようにしている。また、減塩に努めた調理をし、個々に合わせ工夫して提供するようにしている。必要に応じて連携医療機関の栄養士に助言・アドバイスを受ける事の出来る体制をとっている。			
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	口腔ケアについての外部研修に参加しその重要性について理解・周知に努めている。また、利用者様の状態に合わせて、見守りや介助を毎食後に行い、夕食後には義歯の消毒を行っている。			
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	必要に応じて排泄表を使用し、個々の排泄パターンの把握・支援に努めている。オムツを使用されている方も可能であればトイレでの排泄を促している。	ホームでは利用者の排泄支援にあたって、利用者の昼夜間時の排泄パターン・尿意察知を把握し、利用者の尊厳保持に配慮している。これまで「テープ止めオムツ」から「紙パンツ」に変更された利用者もいる等、自立に向けた支援を行っている。		
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	食事やお茶の時間に繊維質の多い食材や乳製品などを多く取り入れたり、体操や散歩等の運動を行い自然排便を促している。また、個々の排泄リズムを把握し、排泄支援を行っている。薬の使用については主治医の指示のもとで対応し、本人の負担にならないように配慮している。			
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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	利用者の状態や意向に合わせた入浴を行っている。温泉である事から入浴を楽しむにされている方が多い。また、羞恥心にも配慮し、介助の職員を配置するようにしている。	職員は、家族の面会時や日常生活の中で入居者の入浴習慣や好みを把握するように努めている。ホームの温泉入浴は週2回が原則であるが、利用者が希望すれば毎日でも温泉入浴をしていただくよう柔軟に対応している。		

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	
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	一人ひとりの状態や希望に合わせて休息が取れるように配慮している。夜間、眠れない方には寄り添い話をしたり、温かい飲み物を提供する等の対応をしている。			
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	個別の服薬情報をファイルしており、必要時にすぐに確認出来る様になっている。服薬時は見守りの徹底、チェック表の活用により服薬ミスの防止に努めている。服薬内容変更時には必ず伝達を行い状態観察を行うようにしている。			
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	それぞれの得意分野において教えていただいたり、一緒に行う事で感謝の言葉を伝えるようにしている。また、散歩や買い物等の外出により気分転換を図るようにしている。			
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	天気の良い日には周辺の散歩に誘い景色を眺める等している。また、歩行状態によっては車椅子を使用し、外出の支援を行っている。桜や紅葉の時期には、ドライブに出掛けその時々季節を感じていただけるようにしている。	職員は日々の生活の中から行きたいところを把握するように努めている。利用者がホームだけに閉じこもったり、孤立・孤独にならないよう、自然豊かな施設周辺を散策し、季節によっては近郊へのドライブ等、日常的な外出支援を行っている。		
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	自己管理を希望される方には家族の協力のもとで、少額だが、所持していただき、買い物の際に使用されている。また、こちらで管理している方も買い物の際には、出来る限り自分で支払っていただくようにしている。			
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	家族や知人等には、要望があれば自由に電話をかけられるようにしている。家族からの手紙も時折届いており、希望があれば返信の支援も行っていく。			

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	
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>リビングやダイニングの大きな窓から見える景色は季節の移り変わりを目で感じる事が出来るようになっている。また、調理をする音や匂いを感じ、台所を眺めに来て話をする事もある。照明やテレビ等の音量にも気を配るようにしている。</p>		<p>施設の造りは木肌を基調として、家庭的な雰囲気がある。それぞれの階のくつろぎの場ともなっている食堂兼リビングは、明るい日差しが採りいれられ、静かで落ち着いた雰囲気である。施設内に飾り物を掲示し、利用者は季節を感じられる造りになっている。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>リビングには、ソファや小上がりが設置されており、気の合う同士でテレビを見て話をして過ごしたり、小上がりで横になるなど、くつろげる場所作りを心掛けている。</p>		/	
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>家族と相談し、居室には家庭で使っていたタンスを持って来てもらったり、家族の写真を飾る等している。また、ベッドの位置や布団の敷き方等本人の状態と意向に合わせて居心地良く過ごしていただけるように設置している。</p>		<p>幅広の軽いスライド式ドアを開けて居室に入ると、大きな窓からは陽の光が差し込み、居室には水洗トイレ・大きめのギャッジベッドが設置されている。利用者には家具や日用品を持ってくるように働きかけをしており、タンスの上には利用者が永年慣れ親しんできた品を飾る等、利用者の動線に合わせて配置している。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>廊下、トイレ、浴室には手すりが設置されており、バリアフリー設計である。居室内の配置では本人の動線を考慮した設置を行うようにしている。混乱や失敗が生じた場合には職員で話し合い原因を探り環境を整備するようにしている。</p>		/	