

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	0270102346		
法人名	有限会社介護センター太陽		
事業所名	グループホームあさひ富田		
所在地	青森市富田3丁目16番50号		
自己評価作成日	平成24年10月1日	評価結果市町村受理日	平成25年4月18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24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)】

<p>温泉付きのグループホームは、利用者様より好評を得ています。 コミュニケーションを大切に「ご本人様の趣味・趣向を尊重し、清潔な環境の中、安全・安心でハリのある生活を提供します」との理念の下、職員一同が利用者様・ご家族様と信頼関係を築いています。 また、利用者様が安心して生活出来るよう、地域住民の方々や町内会長、民生委員との連携を図り、交流を深めるように努めています。</p>
--

【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)】

<p>利用者の健康管理に努め、医療面で不安なく過ごせるように、協力医療機関による月2回の往診の他、看護師による週1回の健康チェックと急変時における24時間連絡体制が整備されている。また、急変時の対応手順についても、具体的な症例等を分かりやすく図式化し、目に付き易い場所に掲示する等の取り組みも行っている。</p>
--

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	「当事業所では、ご本人様の趣味、趣向を尊重し、地域環境の中、安全、安心してハリのある生活を提供しています。」の理念を掲げ、地域の中でその人らしく生活出来るよう支援している。	開設当初に経営者・管理者・職員が話し合い、ホーム独自の理念を作成しており、地域住民との交流の大切さを理解している。また、ホールの目に付きやすい場所に理念を掲示する等して共有化を図り、職員は理念に沿ったケアが出来るよう、日々振り返りながら業務に取り組んでいる。	
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	なるべく地域行事に参加し、地域の方々と交流を深めている。また、運営推進会議を通し、民生委員より事前に地域行事のお話があり、今秋、地域の防災訓練等、新しい行事にも参加する予定である。	地域住民と触れ合う機会を多く持てるよう、盆踊り大会や敬老会等、地域行事に積極的に参加している。また、町内会の方が毎月「町会だより」や、クリスマスには利用者全員分のプレゼントを届けてくれる他、公民館で行われた地域の防災訓練に地域住民と一緒に参加して、ホームの状況を報告すると共に避難場所の確認等も行っている。また、近隣の幼稚園児がホーム1階にあるデイサービスを訪問した際は利用者と一緒に参加したり、中学生の体験学習等の受け入れも行っている。	
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、地域の人々に活かしている	外部の方がお見えになった際には、利用者のプライバシーに配慮した上で、認知症高齢者についての理解を得ている。		
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	自己評価、外部評価結果を報告し、出席者と意見交換して助言をいただいている。また、話し合いを基に、サービスの向上に努めている。	2ヶ月に1回運営推進会議を開催しており、地域包括支援センター職員・民生委員・町会長が毎回出席しており、家族の代表も時間の都合がつく限り出席している。会議ではメンバーからの積極的な発言があり、ホームからも利用者の状況や行事について報告を行っている他、サービス評価がどのように実施され、どのようにサービス向上に繋げていくかを説明している。	
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	運営推進会議には定期的に地域包括支援センター職員が参加している。市町村へは「自己評価・外部評価結果」、「運営推進会議議事録」等を提出し、報告を行っている。	市職員の運営推進会議への出席はないが、地域包括支援センター職員が毎回出席し、市へも会議録を毎回提出している。必要に応じて、その都度連絡や相談等を行っている他、研修のお知らせ等の情報を提供していただいている。	

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
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	身体的拘束等の排除のための取り組みに関する事業所の理念が記載された文書があり、ホーム内にて掲示し、身体拘束は行わないという姿勢で日々のケアを提供している。また、身体的拘束等の排除のための取り組みに関するマニュアルもある。	身体拘束は行わない方針でケアを提供している。日々のケアの中で、気付かないうちに身体拘束に該当するようなことをしていないか、職員同士で確認し合い、必要に応じて話し合いの機会も設けている。また、無断外出時等に備えて、地域の交番や隣の温泉、スーパー等に協力を働きかけている他、いざという時に備えて、利用者の名前・年齢・特徴等を記載した台帳も準備している。	身体拘束は行わないという方針であり、今まで事例はないものの、今後、やむを得ず身体拘束が必要になった時のために、家族からの同意書や、拘束の理由や方法、経過観察等を記録に残せるよう、書類の整備に期待したい。
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	虐待防止について、管理者からの指導や学習する場を設け、虐待は決して行わないという意識で日々のケアを提供している。また、虐待防止についての対応マニュアルがある。		
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	成年後見制度について勉強会で学び、理解を深めている。		
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	契約の際は、事業所の理念の他、ケアの方針や取り組み等について書面と口頭で説明している。また、項目毎に不明な点がないか、御家族様に確認している。		
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	面会時や電話、投書で苦情や要望に関する受付を行っているが、今年度はまだ苦情がない。利用者や御家族様には行政機関にも苦情窓口がある旨を伝えている。	重要事項説明書にホーム内外の苦情相談窓口を明記しており、契約時に利用者や家族に説明している他、玄関にも掲示している。日々のケアを通して利用者個々の特徴を把握し、態度や表情から不満や意見等を察するように努めている。また、家族の面会時には近況報告をしながら、意見や要望等を聞くように働きかけている。	
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	職員からは主に月1回のミーティングで意見を聞き、反映させている。また、業務の中で気付きがあれば、連絡ノートに記入し、全体に浸透させている。	日々の業務の中で気付いたことがあれば、その都度職員同士で意見交換をしたり、管理者に話している。出された意見はケアの向上やホーム運営等に反映させる体制であり、職員から「見守りの際の死角を解消するためのミラーの設置」の提案があり、実行された例等もある。また、連絡ノート等も活用しながら、情報の共有化に努めている。	

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	個々の能力や実績を見て、その人に合わせた職場環境づくりに努めている。		
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	事業所独自の年間研修計画を作成しているが、業務上の都合により、計画通りに実施出来ていない。		
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	同業者とは相互訪問や懇親会、勉強会等を行い、お互いにサービスの質の向上に努めている。		
<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	利用希望者と御家族様との面談にあたり、不安事や要望に対し、謙虚な姿勢で受け止め、信頼関係を築くことを意識しながら、対応を行っている。		
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	当ホームの環境面やサービス面、または利用者にとって安心出来る生活空間づくりを目指していく旨を御家族様に伝え、安心感をもっていただくように努めている。また、御家族様が抱えている問題や不安事を受け止め、迅速に解消出来るように支援している。		
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	入居前に予め御本人や御家族様の意向を聞き、今何を必要としているのかを見極め、より良いサービスに、または長年馴染んだ生活環境に繋げていけるように努めている。		
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	回想法により、利用者から学ぶことや楽しむことを心がけ、共感的、受容的な態度で臨んでいる。		

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
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	面会時や電話連絡にて御家族様の意向を聞いたり、利用者の希望や要望を伝え、御家族様と利用者との相互関係を築いていけるように支援している。		
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	電話の代行や手紙の代筆を行ったり、御家族様以外の方の面会も自由であり、馴染みの方との関係が途切れないように支援している。	入居時の聞き取りや、入居後も日々のケアや会話等から把握に努め、これまでの関係を継続出来るように支援している。利用者の意思を確認した上で家族や友人等の面会を積極的に受け入れている他、相手先の意向を確認した上で、電話番号をダイヤルしてお手伝いしたり、要望があれば携帯電話を使用していただいている。また、希望があれば、手紙や年賀状の代筆もしている。	
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	利用者同士が関係を持てるように職員が間に入り、話題を提供し、孤立しないように支援している。また、居室で過ごすことが多い場合は、居室で会話する等して、孤立しないように支援している。		
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	退居先に関する事や相談事を受け付ける旨を説明している。		
<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	意思疎通が困難な利用者に対しては、生活歴や価値観、御家族様からの情報等、あらゆる視点から本人本位の生活が出来るよう支援している。	利用者同士の会話から情報を得ることも多く、注意深く見守り、観察をして、思いや意向の把握に努めている。また、意向等の把握が難しい場合には、昔の話から始めて、利用者が徐々に気持ちを吐露出来るようにする等、工夫をしている他、家族や友人等からも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	現在は状況に応じ、利用者の身内より情報を収集し、馴染みのある生活環境へと繋げている。		
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	全職員が利用者の1日の生活リズムを把握している。また、日常生活上変化があった場合は、ミーティングでの話し合いや連絡ノートに気付きを記入し、話し合いの下で改善に努めている。		

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
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	利用者や御家族様の意向を考慮しながら、定期的に職員で話し合い、介護計画を作成している。	利用者が自分らしく、ハリのある生活出来るよう、一人ひとりの思いを聞き取り、介護計画を作成している。担当制ではあるものの、全職員の気付きを連絡ノートで共有し合い、月1回のカンファレンスで意見交換を行った上で介護計画を作成しており、家族からも面会時等を利用して意見を聞くように働きかけている。	
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	毎月のミーティングで、利用者についての気付きや課題となっていること等、職員間で共有し、改善に繋げている。また、この結果を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	通院・買い物等、御家族様の希望・要望を聞き、柔軟に対応出来るように支援している。		
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	運営推進会議や地域ケア会議を通して、民生委員や地域包括支援センター、地域の事業所等と連携・共同を図っている。		
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	1ユニット9名のうち2名は御家族様の希望により個人病院の往診、または御家族様の送迎で病院へ受診している。必要に応じ、ホーム側の送迎により他科受診をしている。	ホームの協力医の往診の他、利用者や家族が希望する医療機関があれば、受診出来るように支援している。受診結果で変化がない場合は家族が面会に来た際に報告し、変化があった時や緊急で受診した時にはその都度電話にて報告を行っている。また、家族が受診介助する場合も、受診結果の報告を受け、共有化を図っている。	
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	看護師(非常勤)が毎週月曜日に健康管理チェックを行っている。また、看護師に利用者の状況を報告し、助言を受けている。		
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。	利用者が入院した場合には病院関係者と情報交換し、入院中は利用者や御家族様の要望に迅速に対応して、早期に退院出来るよう支援している。		

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
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	非常勤の看護師が週に1回、往診が2週間に1回、定期的に健康管理を行っている。急変時は協力医療機関より指示を受け、経過を御家族様に報告している。	ターミナルケアにおける指針を定め、利用者や家族にホームの方針を説明して納得を得ている。これまでに看取りの経験があり、利用者の状態悪化時には家族にもホームに泊まっただき、寝具を提供する等している。また、急変時の対応手順について具体的な症例等を分りやすく図式化し、目の付き易い場所に掲示しており、看護師とは24時間連絡が出来る体制となっている。	
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	緊急対応マニュアルを作成し、急変や事故発生時に備えている。また、定期的な訓練はミーティング時や勉強会時に行う予定である。		
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	夜間を想定した避難訓練等を行っている。運営推進会議で災害対策について出席者より助言や意見をいただき、その意見等を参考にして体制を整えている。	年2回避難訓練を行っており、内1回は消防署員が立ち会い、助言や指導を得ている。非常災害時に備え、警察署や消防署に協力をお願いすると共に、ホーム隣のスーパーと温泉からも協力が得れるよう働きかけている。また、各棟に約2週間分の食料の他、カセットコンロや石油ストーブ、毛布等の寒さをしのぐ物品等も用意している。	
<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	利用者に対して、人生の先輩であり、お客様だということを忘れ、対応してしまうことがある。	利用者への声掛けや言葉遣い等を職員がお互いに確認し合い、日々のケアに取り組んでいる他、気になる言動等があれば、利用者の目を避けた場所で、その都度管理者が注意をしている。また、コミュニケーションに関する研修も行っており、全職員が接遇改善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	日常生活の中で、コミュニケーションをとりながら思いや希望を聞き、実現に結びつけることが出来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	業務を最優先せず、利用者の希望や意見を尊重するように心がけている。		
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	毎月1回、訪問理容を利用していただいている。また、利用者の個性や希望等を尊重し、利用者の好みで衣服を選んだり、おしゃれが出来るよう支援している。		

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	好き嫌いに関しては、定期的に利用者を確認し、考慮しながら調理を行っている。また、利用者と職員と一緒に食事を摂り、準備、片付けも一緒に行っている。	献立は法人全体の事業所持ち回りで職員が作成しているが、適宜ホームの実情に応じて変更する等の対応をしている。利用者には出来るだけ役割を持っていただき、個々の能力や希望に応じて、下膳・食器洗い・食器拭き等を職員と一緒にやっている。また、職員は可能な限り利用者と一緒に席に着いて同じ食事を摂り、食事の介助が必要な利用者にはゆっくりと声掛けをしながら、利用者のペースに合わせて支援している。	
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	食事摂取量は随時記録し、職員が把握出来るようにしている。また、利用者の希望により、朝、昼はパン食にする等、習慣に応じた支援をしている。		
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	自ら出来ない利用者に対しては、介助で義歯洗浄、うがいを促し、口腔ケアに努めている。		
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	現在、リハビリパンツを使用している方に対しては、定時誘導し、トイレで排泄していただき、失禁の軽減に繋げている。	排泄チェック表を基に、個々の排泄パターンに合わせたトイレ誘導を行い、自立に向けた支援を行っている。日頃の観察から、尿意を感じた時のしぐさ等を読み取り、その都度トイレ誘導もやっている。また、おむつやパットの使用を継続するかどうか、使用する種類の変更が必要か等、職員同士で話し合い、利用者や家族の意思も確認しながら対応している。	
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	下剤に頼らず、乳製品で便秘の改善に努めている利用者もいる。便秘がちな方には腹部マッサージや、日課としている健康体操で改善に努めている。		
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	馴染みの利用者同士と一緒に入浴出来るよう支援している。ホーム側の都合で曜日や時間を決めてしまっているが、希望があれば、隣の温泉を利用出来る旨を伝えている。	夏期は週3回、冬期は週2回は入浴出来るようにしている。熱い風呂や長風呂の好きな利用者には体調への影響を説明し、職員が見守りや声掛けをしながら、支障のない範囲で希望に沿えるようにしている他、一番風呂が好きな利用者については、他の利用者の同意を得た上で対応している。	
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	利用者それぞれの生活リズムがあるが、体調管理に努めながら、安心して休息出来るよう支援している。		



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
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	薬の内容は個人ファイルに保管し、把握出来るようにしている。また、医師の指示により薬の内容が変わった場合は、連絡ノートや口頭で報告し、全体に浸透させている。		
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	歩行が自立している利用者は、食後に下膳していただくように支援している。また、食器洗いや食器拭き、たたみもの等、出来る範囲で行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	定期に行う外出レクの他、利用者の希望があれば迅速に計画を立て、隣のスーパーで買い物をしたり、車でドライブや希望の場所に行く等、戸外に出かけられるよう支援している。	毎月、季節毎の行事やドライブ、外食や買い物等を計画し、その月の行事係が利用者の希望や意見を取り入れながら行き先を決めている。車椅子でも安全に移動が出来るよう、必要に応じて法人の大型車を利用したり、トイレの利便性や移動距離等に配慮して、事前に下見をすることもある。また、希望があれば、近隣の散歩や隣りのスーパーへの買い物に出掛けている。	
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	利用者が個人の希望や好みの物は自由に購入出来るように支援している。購入した物はホーム側で立替え、御家族様に請求している。		
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	毎月、御家族様には、利用者の日常生活状況や行事等をお便りにて報告している。また、利用者が御家族様に電話連絡しやすい雰囲気づくりを行っている。		
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	ホーム内には装飾や趣味活動で作った作品、行事の写真を掲示する等、生活感や季節感を取り入れている。	ホールは利用者が好みの場所でゆっくり寛ぐことが出来る空間と、車椅子等でも安全に移動出来る広さがある。玄関や廊下、ホールには手作りの作品や絵等が飾られ、家庭的な雰囲気となっている。各棟ホールや各居室にも温・湿度計を設置して、快適な空間となるようにしており、必要に応じて洗濯物や濡れタオル等で調整している。	
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	ホーム内の2ヶ所にソファを設置し、馴染みの利用者同士が会話する等、自由に過ごしていただいている。		

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
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	ベッドはホーム側で提供しているが、それ以外のものは、入居時に、使い、馴染んだ物等を持参していただけるよう利用者や御家族様に呼びかけている。また、季節毎に趣味活動で行った作品を居室に飾っている。	入居時に、家族に馴染みの物を持って来てもらうよう、お願いをしている。また、入居後も希望する物を備え、その人らしい生活空間を保つことが出来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	当ホームは2階建てのため、階段昇降機を設置し、補えない部分については、福祉用具等を用い、安全対策に努めている。		