

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	0292400017		
法人名	大東株式会社		
事業所名	グループホーム 鶴泊の家		
所在地	青森県北津軽郡鶴田町大字鶴泊字前田99-1		
自己評価作成日	平成27年12月1日	評価結果市町村受理日	平成28年3月11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28年1月18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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・ホーム敷地内には馴染み深い温泉があり、いつでも利用者の希望時に利用していただいている。 ・足湯・あずまやは地域に開放しており、利用者と地域の方が一緒に利用し、交流が保たれている。 ・月一度の合同レクリエーションを実施している他、本人の気分や天気の良い日は、ドライブや買い物等に出かけるように働きかけている。 ・全職員が県内外の研修に参加し、全職員のレベルアップを図り、利用者の自立支援の実施に向けて、日々、取り組んでいる。 ・排泄・浮腫・入浴委員を構成し、月1回の会議内容を全職員に報告・確認し、意見交換しながら、ケアに取り組んでいる。

【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)】

<p>ホームでは、可能な限り利用者がその人らしい生活を送れるような環境づくりに努めており、排泄の自立に向けた取り組みや入浴を楽しむための支援に対して委員会を設け、日々、職員一丸となって支援に取り組んでいる。</p> <p>年1回、納涼祭を行い、利用者の家族やボランティア団体、地域住民等、総勢200名程が参加しており、日頃から全職員が地域とのつながりを大切にしている思いが伺われる。また、殆どの利用者がホーム敷地内に設置している温泉棟を利用しており、外の空気を肌で感じ、四季を感じることができる他、隣接されている足湯を地域住民へ開放していることから、利用者と地域住民との交流の場ともなっている。</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 3. 利用者の1/3くらい 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、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. 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
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	開設時より「共に暮らし生きることへの支援」を理念に掲げ、人と人とのつながりを大切にしたい支援に努めており、利用者が住み慣れた地域で、一住民として、より良い暮らしが続けられるように支援している。	地域住民と共に暮らし、生きることの大切さの思いを独自の理念として掲げ、ホーム設立時から大切にしている。また、理念はホーム玄関の掲示板に貼っている他、理念について全職員が目標達成計画を立て、共有化を図っている。	
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	町内会に加入し、地域便りも回覧している。町の運動会や祭り、地域の法要、草刈り、泥上げ等にも積極的に参加している。また、敷地内の足湯を一般開放し、地域とのつながりを大切にしている。	町内会へ加入しており、草刈りやお祭り、側溝の泥上げ等に積極的に参加している他、管理者が地域住民のお通夜に出席する等、地域住民との関わりを継続している。また、ホームの敷地内には足湯が設置され、地域住民がいつでも利用できる状況となっており、利用者との交流の場となっている。	
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	納涼祭や地域活動への参加を通して、認知症の人への理解を求めたり、2ヶ月に1回発行している地域便り「共に生きるための架け橋」を各所に掲示し、地域の方々に認知症への周知を図り、交流を深めている。		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議では、行政や社協、家族、地域の方に参加していただき、サービスについての意見交換やアドバイス、ホーム内の状況や行事、研修報告等も行っている。	2ヶ月に1回開催する運営推進会議のお知らせは、管理者が直接メンバーへ文書をお届け、積極的に参加を促しており、参加率は良好である。また、会議では毎回テーマを掲げて意見交換を行い、サービスの質の向上へつなげている。	
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	運営推進会議に参加していただき、利用者の生活支援について助言や指導等をいただいている。また、施設運営に関して、日頃から相談して協力関係を築いている。	運営推進会議へは町役場の職員や地域包括支援センター職員が参加しており、自己評価及び外部評価結果、目標達成計画を提出している。また、必要に応じて、利用者の課題解決のために相談に応じていただき、連携を深めている。	

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)	○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	毎年の内部研修・新人研修では、身体拘束を行わない方針を示し、日々のケアに取り組んでいる。夜間の防犯対策以外は施錠していない。また、利用者が自由に出入りできる環境であり、外出する際はそと寄り添うようにしている。	職員は月1回の職員会議等で、身体及び言葉による拘束の弊害について理解を深め、日々の業務で身体拘束をしないケアの実践に努めている。現在、身体拘束の必要な状況はないものの、マニュアルを作成し、やむを得ず拘束が必要な場合に備えた体制や同意書等の様式も準備している。	
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注意を払い、防止に努めている	内部・外部研修に参加し、全職員が理解・周知している。入浴時は全身の状況を確認に配慮している。また、職員同士が話し合える機会を作り、お互いのストレスの軽減に努めている。		
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	外部研修に参加し、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学んでいる。また、全職員が学習する機会を設け、理解と活用に努めている。		
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	入所時には、利用者本人とご家族から、これからの生活への意見や要望を伺っている。リスク・医療・緊急時等についても十分な説明を行っている。また、入所後も随時、質問・説明・相談に応じている。		
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	来訪時に意見や要望を伺ったり、毎月のお知らせには、ご意見欄を設けている。また、随時、電話受付の対応も行っている。苦情・意見に対しては、職員会議等で話し合っている。	ホーム内外の相談苦情窓口を重要事項説明書へ記載している他、家族等の面会時や電話連絡の際には意見を聞くよう、全職員が心がけている。また、出された意見は随時職員間で話し合いの場を持ち、課題解決へ向けた取り組みを行っている。	
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	リーダー会議・各委員会・職員会議だけでなく、随時、職員が意見を提案できる環境が作られている。	ホームの運営方法や日頃の業務について、職員から意見や提案があった場合には、その場ですぐに対応できるものは実施し、内容によっては会議で話し合い、反映させている。また、必要に応じて、職員がホーム設置者へ連絡を取れる環境となっており、研修会への参加等を相談する等、業務へ反映されるように取り組んでいる。	

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
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	代表者は東京在住であるため、施設長と随時連絡を取っている。キャリアパスにより勤務年数、資格取得状況により昇給している。また、育児休暇等も取得しやすい環境である。		
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	県内・外部研修に積極的に参加することで、レベルアップを図っている。また、全職員に学びの場を提供している。		
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	全国・県のグループホーム協会に加入し、積極的に研修に参加して、意見交換しながら、サービスの質の向上に取り組んでいる。他施設からの見学の受け入れや足湯を開放することで、いつでも交流できる環境である。		
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	入所前、本人やご家族の相談を傾聴し、不安や要望時に話ができる場を設け、信頼関係の構築に努めている。		
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	現在までの生活状況を伺い、不安や要望を汲み取りながら、内容に沿った支援ができるように努めている。		
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	事前調査や入所時の聞き取り、サービス利用状況を確認し、ニーズの優先順位を考慮した上で相談に応じている。また、初期対応を見極め、可能な限り必要な支援を検討し、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	日々の生活の中で、利用者への一方的な関係でなく、共に暮らす者同士、できる事、やりたい事等、意欲を持てるような環境や相互的な関係が築かれている。		

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
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	ホームでの暮らしぶりや気づきを毎月の「お知らせ」で報告し、情報の共有に努めている。職員とご家族が話し合う機会を設け、本人の問題解決や精神面・身体面の安定に努めている。		
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	馴染みの美容院や床屋を利用したり、知人との継続的なつながりが保てるように支援している。また、自宅の近くにある買い慣れたスーパーへ、いつでも出られるようにしている。	入居時より利用者一人ひとりの生活習慣を把握し、馴染みの病院や理・美容院の利用や、知人への電話や手紙のやり取り等の支援を行い、交流が継続できるように支援している。	
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	利用者同士が生活の中で、心身の状況に応じて、野菜の皮むきや洗濯物たたみ、食事の準備等、お互いに助け合うような生活の場の提供を心がけている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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(入院等)しても、家族の相談を受ける等、できる限りの対応をしている。		
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、本人の言葉や態度、表情により意向を把握し、対応している。困難な場合はご家族から情報を得たり、職員間の情報共有のための連絡ノートや申し送りにより、利用者の思いの把握に努めている。	日頃の関わりの中で、表情や言葉等から、利用者の思いや意向を把握するように努めている。また、利用者の意向が十分に把握できない時は、全職員で情報交換を行い、家族からも情報を得る等して把握に努めている。	
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	入所時、本人やご家族からこれまでの生活歴を聞き取りしている。新しい気づきが見られた時は、随時、アセスメントシートやケースに記録し、全職員が把握できるように努め、ご家族にも報告している。		
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	一日の流れの中で、一人ひとりのその日の体調に合わせて生活できるように支援している。また、カレンダーめくりや新聞取り、洗濯物たたみ等、一人ひとりの状況で継続できるように支援している。		

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
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	本人の現在を考えながら、本人やご家族と話し合い、同意を得た上で介護計画を作成している。状態が変化した場合は、随時、介護計画を変更する等の対応をしている。	介護計画作成は、毎月1回開催される職員会議を利用し、職員間での気づきを基に十分に話し合い、利用者主体の暮らしを反映させた計画を作成している。	
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	個別ファイルに記録し、日々の様子や身体状況、通院状況等、職員が把握できるようにしている。また、ヒヤリハットを確認し、支援内容を共有して、リスク回避につなげている。ご家族の確認の上、本人の意向に沿ったケアプランを作成し、実践に取り組んでいる。		
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、その時々にも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	本人やご家族と相談しながら、要望に応じて、通院や家族との外出時送迎等、必要な支援に対応している。		
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	ねぶた囃子や踊り等で地域のボランティア活動があり、楽しませていただいている。		
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	入所前からのかかりつけ医を継続して利用し、受診結果については、電話や「お知らせ」にて報告している。本人やご家族が転院を希望される時は、受診に同行していただき、医師や本人、ご家族、職員との連携が図られている。	入居時にこれまでの受療状況を確認し、利用者の希望する医療機関を受診できるように支援している。受診時は職員が付き添い、受診結果については都度報告を行い、家族の納得が得られている。	
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	毎日の健康管理や状態の変化に対応するために、24時間の看護体制が整えられており、随時、連絡や指示を受けら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
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。	入院時は毎日見舞いに行き様子を観察する他、家族や医師、看護師との情報交換を怠らないように努めている。洗濯物はホームで行っており、退院後の対応がスムーズにできるように努めている。		
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	終末ケアの医師の確保はできており、身体的リスクが予想されている場合はご家族へ連絡し、適切な対応を相談しながら、医療関係者と支援に取り組んでいる。また、終末期の方針について定めている。	「利用者の重度化した場合における対応に係る指針」を定め、家族へ説明をしている。協力医療機関との連携や看護職員の配置により、24時間対応可能な体制を整えており、利用者が重度化した場合に備え、本人や家族の意向等を尊重し、職員間で意思統一を図っている。	
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	全職員が消防署において救急法講習を受講しており、急変や事故発生に備え、技術と知識を習得している。		
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	月1回の避難訓練を行い、年2回の夜間想定訓練も実施している。消防署や地域の方々の指導訓練も行われており、地域連絡網を作成し、協力を得ている。	ホーム独自に月1回の避難訓練を実施している他、年2回の夜間想定訓練、年1回の地域消防署と合同の避難訓練を実施している。災害時には近隣住民や消防署から協力が得られる体制となっている他、設備点検は年1回、業者委託で行っている。また、災害に備えて食料や飲料水、毛布等も用意している。	
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	プライバシー保護については、内部研修を行い、コミュニケーション講習を開催した他、ミーティング等で話し合い、人格尊厳とプライバシー確保に努めている。	排泄誘導時には他の利用者へ聞こえないように声がけする等、利用者の羞恥心へ配慮している。また、職員に気になる言動等があった時は、その都度注意し合い、ホーム全体で改善するように努めている。	
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	個々の表情を読み取り、思いが伝えられやすい対応や声がけを心がけている。また、服装や入浴等は押し付けるのではなく、利用者自身で決定できるように支援している。		

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
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	職員は利用者一人ひとりの希望や意向を優先し、その日食べたい食事作りや過ごし方に配慮している。		
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	その日の天候や気分で、工夫したおしゃれを楽しんでいる。季節に合った服装を選べるように配慮し、自分で鏡を見て、身だしなみを整えていただく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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者一人ひとりの好みを一覧にし、把握している。調理や盛り付けは一緒に行い、苦手なものには代替食を提供している。職員も同じテーブルで楽しく食事を摂り、片付けも積極的に手伝っていただいている。	献立は利用者の意見や食材等の状況をみながら、利用者の苦手なものにも配慮し、職員が作成している。また、利用者は可能な範囲で、下拵えや食器拭き等を職員と一緒にやっている他、食事の際は職員も一緒に席に座り、楽しんで食事ができるように支援している。	
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	バランスを考慮した食事を提供しているが、食欲減退や食事制限等が必要な方については、摂取量・水分量を記録している。必要に応じて、経腸栄養剤を活用する場合もある。		
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に、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	毎食後の口腔ケアは、本人の能力に応じて支援している。支援が必要な方にも介助しながら、清潔保持に取り組んでいる。		
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	排泄委員会が中心となり、個々の排泄表を活用し、全職員が排泄パターンを把握しながら、トイレにお連れし、排泄できるように働きかけている。(おむつは使用していない)	各ユニットに排泄委員を設けており、利用者の排泄パターンを把握して、自立へ向けた取り組みを行っている。現在、尿取りパット使用者は1名のみであり、トイレ誘導時には小声で声がけて、利用者の羞恥心へ配慮している。	
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	スムーズな排泄につながられるように、朝食時にヨーグルトや牛乳を提供したり、日中の運動を多く取り入れている。排泄委員会では、便秘予防や対策について話し合い、自然排便につながるように取り組んでいる。		

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
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	温泉棟・足湯があり、毎日入浴できる環境が整っている。利用者の体調や要望に合わせてながら、いつでも気持ち良く入浴していただけるように支援している。	ホーム敷地内に設置された温泉棟を利用し、毎日入浴できる状況にある。入浴時は利用者の羞恥心や負担感に十分に配慮し、支援している。また、入浴を拒否する利用者に対しては、介助者を変えて、声がけや対応を工夫している。	
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	日常生活の他に、足湯や散歩等、日中の活動を増やしたり、個々の体調に合わせてゆったりと過ごせるように支援している。状況に応じた支援を行っている。		
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	利用者の内服薬の目的や副作用について、職員間で把握している。薬の変更時はケース記録に記入し、申し送り等で全職員が把握して、ご家族に報告している。また、状態変化時は看護師と連携し、医療機関へ報告している。		
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	職員は日頃から、できる事・やりたい事等を話題にして情報収集に努めている。また、表情やしぐさを確認しながら、気分転換が図れるように支援している。		
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	個人的な外出希望に沿うように、時間を調整しながら気分転換を図っている。また、記念日や特別な日は、ご家族と自由に外出できるように支援している。	日々の会話の中で利用者の行きたい場所の把握に努め、希望を取り入れている。また、年間の行事予定を作成している他、天気の良い日にはドライブに行ったり、出先で食事を楽しんだり、日常的に外出の支援を行っている。ホームには車椅子対応の車輛も準備しており、利用者の身体状況に合わせて移動方法を考慮し、全員が参加できるように取り組んでいる。	
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	金銭管理のできる方は自己管理の下に金銭を所持し、自分で買い物していただき、確認が必要な方には、個人に合わせた方法を考慮して、できるだけ所持できるように支援している。		

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
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	本人の希望時、電話や手紙で、自由にご家族や知人と連絡を取り合っている。		
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	ホーム前には野菜畑があり、環境づくりをしている。ホール掲示板には、各月毎に行事(写真)を貼ったり、季節感を感じていただけるような装飾を掲示し、工夫している。また、ホールの天窓で換気ができ、冬は床暖で暖かく過ごせる設備となっている。	ホールは天井が高く、天窓で換気ができ、冬は床暖房で暖かく過ごすことができる。ホールの奥側には掘りごたつを置いた畳の和室があり、利用者が寛げるよう、家庭的な空間づくりがなされている。また、テレビの音量や職員の作業音も適切であり、利用者は穏やかに過ごされている。	
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	小あがりの和室・あづまや・テラス・足湯があり、一人になりたい時や、仲良し同士で寛げる場所として利用している。		
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	居室には使い慣れたタンスやご家族の写真・装飾等、本人らしい部屋づくりがなされ、落ち着いた過ごせるように配慮している。	居室には寝具や写真等が持ち込まれており、位牌を持参して、朝・夕に水やお花を供えている方もいる。また、持ち込みの少ない場合は、職員と一緒に居室づくりをしており、利用者が心地よく穏やかに暮らせ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	身体機能を活かした生活が送れるように、水道の高さが2種類あり、立っても車椅子の方にも利用できるように工夫されている。必要な場所には手すりを付け、トイレにはファンレストテーブルを設置する等、安全・自立への環境づくりができています。		