

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	0292500022		
法人名	有限会社楓プロジェクト		
事業所名	グループホームかえでの森		
所在地	上北郡六戸町大字犬落瀬字柴山55-129		
自己評価作成日	平成30年9月25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)】

<p>災害発生時に備えて、食料や水を用意しているほか、発電機の用意も検討している。また、最低限の暖房器具や照明器具を用意している。</p>

※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)】

<p>地域との繋がりを大切に考え、できるだけ外部との交流の機会を多く持てるよう、保育園児による訪問の受け入れや町の行事・祭りに参加している。 また、重度化してホームでの対応が困難になった時でも、大きく生活環境を変えることなく安心して暮らしていただけるよう、ホームの敷地内にある併設施設と日頃から連携を図り、災害時の備えも十分にできるように検討を重ねている。</p>
--

【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11月22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、その時々々の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	ホーム内(事務所やスタッフルーム等)に理念を掲示し、全スタッフが目にして日々の業務に取り組むことができるようにしている。	利用者に地域と関わりながら生活を続けていただきたいという姿勢を取り入れた、理念を作成し、ホーム内に掲示している。管理者や職員は日々、理念に沿ったケアの実践を心がけ、ユニット会議やミーティング等で理念を振り返る機会を作っている。	
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	食材の購入は町内の店舗を利用している。また、町内会長が来所して交流を図ったり、町内の行事へ参加している。	周辺に民家が少なく日常的な交流が難しいため、町主催の行事や祭りへの参加、保育園児の訪問を積極的に受け入れる等、交流の機会を作っている。また、ホームで必要な食材の買い物は道の駅等、地元の店を利用しており、地域との交流を図っている。	
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	いつでもホーム内の見学ができるようにしている。また、認知症ケアに関する相談を受けた時は、日常の実践経験を基に助言している。		
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	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、近況報告や認知症についての情報等を提供し、参加者よりアドバイスを受けている。	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、できるだけ多くのメンバーに集まってもらえるよう、必要な時は送迎対応もしている。また、会議ではホームの現状や行事について報告し、今後の取り組みへの意見・提案等をいただいて、サービスの向上に役立てている。	
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	課題内容に応じて相談や報告をし、問題解決に向けて連携を図っている。また、運営推進会議でも現場の状況や課題について相談している。	町担当課職員が運営推進会議に出席し、地域の情報や制度に関する情報等を提供してもらっている。また、日頃から町や地域包括支援センターとの情報交換を密にし、業務に関する相談も積極的に行い、関係の構築を心がけている。	

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
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	2ヶ月に1回、身体拘束適正化委員会を開催し、身体拘束の有無について検討や勉強会をして、全スタッフが身体拘束の内容や弊害を理解できるように取り組んでいる。また、やむを得ず身体拘束を行う場合は、マニュアルに沿って行っている。	2ヶ月に1回、身体拘束適正化委員会を開催し、運営推進会議でも毎回、報告をしている。また、マニュアルを作成し、会議等で職員が勉強できる機会を作り、身体拘束は行わないという姿勢で日々のケアに取り組んでいる。やむを得ず身体拘束を行う場合に備えて、同意書や記録を残す体制を整えている。	
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	外部研修への参加やホーム内での勉強会で施設虐待のニュース等の情報を基に、検討し、虐待の有無を意識したケアを行うように取り組んでいる。		
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、全スタッフが理解できるように勉強会を開き、家族状況の変化に応じて必要な情報を提供している。また、成年後見制度を利用している方がいるため、後見人との連携を図っている。		
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	契約を締結する際にホームの運営理念や料金等の説明を行い、利用者や家族の意向や不安を確認し、理解や納得を得ている。また、退居が決まった時は関係機関に必要な情報提供を行っている。		
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	家族には毎月、利用者の生活状況を書面で報告している。また、面会や電話を受けた際も状況を報告し、今後の支援方法について家族と一緒に考える等、家族も意見を出しやすい環境を作っている。	日頃から利用者が自由に意見・要望を話せるような関係づくりに努め、家族の面会時には近況を報告しながら、意見を聞けるように働きかけている。また、意見・要望があった時は早急に話し合い、改善策を検討する体制を整えている。	
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	月1回、ユニット会議やミーティングを設け、スタッフの意見や気づいた事を話し合い、共有している。時には異動もあるが、スタッフの気持ちを聞きながら配慮している。	ミーティングや月1回のユニット会議には施設長も出席し、出された意見については結果や方向性を示している。また、隣接する施設も含めて年1回程度、職員の異動を行うがケアのバランス等を考慮しつつ、職員の希望や利用者への影響にも十分に配慮している。	
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	管理者は就業規則に則った給与にしているが、実績や勤務状況に合った給与体制に至っていない。今後、見直していきたい。		

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
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	スタッフ一人ひとりの能力に応じて希望を聞き、研修受講を実施している。研修後は報告書を提出してもらい、ミーティングの機会に発表の場を設けている。内部研修の実施はできていないが、年内に実施の予定がある。		
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	2ヶ月に1回、町内の同業者が集まり、話し合うことで地域課題の有無も視野に入れ、解決に向けて検討している。		
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	初回訪問の際に利用者と面接し、心身の状況やニーズ・困っている事を把握している。		
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	利用の相談を受けた時は現在の状況や困っている事、生活歴、家族の思い等を面接で聞いている。また、ホームの見学をしていただき、生活環境を確認していただいている。		
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、関係機関からの情報収集により、必要な支援や環境の変化で予測される状況に対し、家族やスタッフで話し合い、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	利用者の生活歴や能力に応じて、日常の家事を一緒に行っている。		
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	日々の利用者の状況を家族に報告し、家族の思いを確認している。また、認知症の進行により、必要な支援が行えない状況になった時は家族と一緒に専門医へ相談し、対応法について一緒に検討したり、状況に応じて家族の協力を得ている。		

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
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	入居前から利用していた病院を継続することにより、馴染みの方と交流する機会を持っているほか、利用者の希望があれば自宅や畑等を見に出かけている。	入居時アセスメントのほか、入居後も日常的に、馴染みの場所へ外出の希望等を話してもらえるように働きかけている。また、希望があれば自宅や畑を見に行ったり、病院の帰りに自宅へ寄って家族と会える機会を作る等、関係の継続を支援している。	
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	利用者の力量に応じて、利用者同士が支え合える環境づくりをしている。また、利用者同士の関係を把握し、ホール内の席替え等を行い、トラブルにならないようにしている。		
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	継続して必要なサービスが利用できるように、退居後の関係機関に情報を提供している。また、退居後も相談に応じることを説明し、家族より相談を受け、対応している。		
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	利用者の目線に合わせ、気持ちや意向を把握している。また、把握が困難な時は課題について、家族や関係機関より情報提供を受けている。	日々、利用者に寄り添う姿勢で接し、必要な時は1対1で気兼ねなく話ができる場を設定して、利用者の思いや希望の把握に努めている。また、家族からも情報を収集できるように面会時や電話連絡時に積極的に働きかけ、申し送り等を利用して情報の共有を図っている。	
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	利用者や家族、関係機関から生活歴や入居に至るまでの情報を収集し、生活習慣や価値観等を把握している。		
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	利用者に合った生活ができるように、ADLの状況や生活のリズムを観察し、利用者の現状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	月1回はスタッフと話し合う時間を作り、実施期間に関わらず、ADLの変化等も含め、介護計画の内容の変更の有無や対応法について検討している。	利用者や家族から意見・希望を聞き、ホーム看護師のほか、必要に応じて主治医や訪問看護師からも意見をいただいて、利用者個々の状況に合った介護計画を作成している。また、6ヶ月毎に評価を行い、状態変化等により随時、見直しを行っている。	

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
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	日常の様子や変化が見られた時、薬が変更した時等の状況は個別記録に残している。また、朝・夕の申し送りや申し送りノートを活用し、全スタッフで情報を共有している。		
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	利用者や家族の意向を理解した上で、家族と関わりを持つ機会（病院受診や外出、面会時間の調整等）を作っている。また、健康面では訪問看護師や医師と連携を図っている。		
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	警察等の地域の資源を活用できる働きかけを行っている。また、外部のケアマネジャーと連携を図り、必要に応じてホーム以外のサービスに繋げている。		
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	受療状況を把握しており、健康状態に応じて利用者や家族に確認して、必要な医療機関を受診している。また、医師には日常の様子や薬の効果等を報告して、連携を図っている。	入居時に受療状況を聞き取りすると共に、入居後の受診についても相談し、利用者や家族の希望に沿った受診ができるように支援している。また、受診結果に変更点等があれば、すぐに電話で連絡し、必要な時は家族にも受診に立ち会っていただいて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、訪問看護師が来所しており、看護師とのやり取りは介護スタッフが代行し、日常の様子や受診状況、健康状態等を情報提供し、日頃から相談できる環境を整えることで連携を図っている。		
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。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。	相談員や看護師と相談・連絡できる体制を作っている。また、入・退院時は情報交換を行い、退院後の支援体制についても家族を含め、話し合える環境づくりに努めている。		

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
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	重度化や終末期の対応は行っていないことから、契約の際に説明している。また、重度化した場合に備えて、早期の段階から利用者や家族、医療機関と話し合い、緊急時の体制を整え、急変時や予測されるリスクについて介護スタッフや訪問看護師と情報を共有し、対応している。	ホームで重度化や終末期の対応は行っていないため、できる限りの対応となる事や重度化した際に希望があれば隣接する施設への移動も可能であることを入居時に説明している。日常の健康管理はホームの看護師が中心となって行い、週1回来所する訪問看護師と相談や情報交換を行いながら、状態の変化に応じて主治医や家族と話し合い、対応を検討す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	急変時や事故発生時に応急手当や救急救命ができるよう、介護スタッフは普通救命講習を受講している。		
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	年2回、夜間想定での避難訓練を実施している。また、消防署より救急救命の研修を受講しているほか、業者に依頼して設備点検を定期的に行っている。	日中・夜間を想定した避難誘導策や緊急連絡網を作成し、年2回、職員と利用者が一緒に避難訓練を実施している。消火器やスプリンクラー等の設備点検は業者委託で行っている。また、災害時には隣接する施設へ集合して対応することとなっているが、ホーム内にも数日分の食料品や日用品を用意している。	
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	認知症の症状によって、利用者に分かりやすい言葉で呼びかけている。また、対応について日々の確認やミーティングで話し合っている。	利用者一人ひとりのペースに合わせ、プライバシーに配慮したケアができるように心がけている。「笑顔・優しさ・思いやり」の姿勢で利用者と接することを目標とし、ホーム内の数ヶ所に掲示すると共に、ミーティング等で振り返る機会を作っている。	
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	利用者が言葉で意思表示できない場合でも、表情や行動等を観察し、発言できるようにコミュニケーションを図っている。		
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	利用者個々の生活リズムやその日の心身の状況に合わせ、臨機応変に対応でき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
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	散髪や白髪染め、髭剃りは出張訪問を利用し、利用者個々の希望スタイルに合わせて対応してもらっている。また、外出時や入浴等の着替えは利用者の好みで衣類を選び、化粧をする等、その方らしい身だしなみができるようにしている。		
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	利用者の力量に応じて、食事の準備や片付け等を行っている。また、嗜好や体調に応じて代替食も用意し、食事を楽しめるように支援している。	味噌汁以外は隣接する施設の栄養士が献立を作成し、利用者の好みや体調に配慮して代替食を用意したり、食事形態を工夫して提供している。職員は利用者が安全に楽しく食事できるように目配りをし、必要な介助を行っている。また、利用者個々の希望や身体状況に合わせ、テーブル拭きや茶碗拭き等を手伝ってもらっている。	
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	1日の活動量と食事摂取量の評価をしているほか、健康状態や気温の変動に応じて水分摂取量を調整している。また、ADLの状況に応じてトロミ剤を使用したり、食器等も工夫して、自力で摂取できるように支援している。		
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	全ての利用者へ毎食後の口腔ケアを促し、力量に応じて支援している。		
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	排泄のリズムを記録・把握することで、利用者の自尊心に配慮しながらトイレ誘導等の支援を行っている。	利用者個々の排泄状況を記録し、パターンに合わせたトイレ誘導を行い、できるだけトイレで排泄ができるように支援している。また、日々の観察により、排泄用品の変更等が必要な時には随時、職員間で話し合い、利用者や家族の意向を確認しながら、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	毎日、牛乳や乳製品の摂取、運動への参加を促している。また、排便の頻度や形態・量を確認し、排便が困難な利用者は医師に相談している。		

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
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	入浴をしたがらない利用者に対しては、表情や行動等からタイミングを見て、時間や入浴日を変更する等、入浴を楽しめるようにしている。また、入浴が困難な時は足浴や着替えの支援を行っている。	入浴中は常に職員が見守り・声がけをし、体調に支障がない範囲で利用者の希望に沿った入浴を楽しむことができるように支援している。また、入浴したがない場合は声がけの仕方を工夫する等、週2回は入浴できるようにしているが、どうしても入浴できない時は足浴等で対応している。	
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	日中の活動状況や休息時間を観察し、夜間の睡眠時間を確保できるように対応しているが、困難な方は医師に相談し、生活リズムを整えるように支援している。		
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	利用者の薬の内容を全スタッフが把握できるようにしている。また、処方薬が変更した時は申し送りノートの記録と口頭で申し送り、服用後の変化を記録に残し、全スタッフが医師や家族に報告できるようにしている。		
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	長年の生活習慣から洗濯物干しや食後の片付け、掃除等の日常の家事を役割として行っている。		
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支援している	買い物やドライブ、外食等の外出行事の参加を促している。また、盆や正月・遠方の家族が帰省した時等は外出し、家族と一緒に過ごす時間を作っている。	天気の良い日はホームの敷地内を散歩したり、近くの公園までドライブする等、できるだけ気分転換の機会を作っている。また、日々の会話を通して利用者の行きたい場所を把握し、職員が1ヶ月交代で行事担当となって季節毎の外出や行事への参加・外食等を計画し、事前に家族にもお知らせしている。	
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	買い物行事では利用者の欲しい物を選び、購入できるように支援している。		
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	家族から電話が来た時、利用者が電話で話をしたい時は支援している。		

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
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	共有スペースは南側にあり、開放感がある。窓からは外の景色が見え、季節の移り変わりを感じることができる。また、ホール内や居室の入り口は季節に合わせた装飾をしている。	天窓と大きな窓から十分な陽ざしが入り、明るい印象である。共有スペースと各居室に温・湿度計を設置し、暖房による乾燥対策として加湿器の設置や濡れタオルを干す等して、快適な空間づくりに努めている。また、ホーム内には利用者が季節を感じることができるよう手作りの装飾を施しているほか、可動式の畳のスペースを用意する等、利用者が穏やかに過ごせるように配慮している。	
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	ホールの上り座敷に横になったり、腰を掛けて新聞を読んだり、気の合う仲間と会話を楽しむ等、共用空間を活用している。		
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	家族の写真や人形、花を飾っている。また、洗濯物を干したり、利用者が居心地良く過ごせるような居室づくりを支援している。	入居時に馴染みの物を持って来てもらうように依頼しており、テレビや人形、花等を持ち込んで居室づくりをしている方もいるが、持ち込みが少ない場合は、利用者と相談しながら安心して過ごせるような居室づくりを支援している。	
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	自分の居室や目的が分からなくなる利用者には、目印となる物を飾り、できるだけ自立した生活を送れるように工夫している。		