

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	0270102171		
法人名	有限会社 協栄会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 桃源		
所在地	青森県青森市造道3丁目21番地21号		
自己評価作成日	平成30年12月5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>看護職員を配置しており、重度化した際や緊急時、終末期に介護職員の不安・疑問等を解消できるように、いつでも話し合いができる態勢にしている。さらに、インスリン施注者や胃瘻の方も受け入れ可能となっている。</p> <p>ご利用者には過去に体験したことがある役割を担っていただく等して、潜在的な力に働きかけ、失われかけた能力を再び引き出し、生活に張りが生まれるように働きかけている。</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>地域とのふれあいを大切にしながら生活できるように、日々支援している。重度化や終末期に対応しており、職員も利用者が最期まで家庭的な環境の中で暮らして欲しいという思いも強く、利用者や家族にとって安心できる体制を整えている。</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31年1月16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
<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	開設当初、職員一同で考えた理念に地域密着型サービスの内容を踏まえた文言も盛り込み、各ユニットの台所や職員トイレ、休憩室に掲示している。	職員の目に常に触れ、念頭に置けるよう、理念はホーム内の至る所に掲示しており、職員への意識付けや周知徹底を図っている。また、時には理念を振り返り、利用者の心に寄り添いながらサービス提供に努めている。	
2	(2)	青森県青森市中央3丁目20番30号 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	日頃から近隣住民と気軽に挨拶を交わしており、町内会のゴミ拾いに利用者と職員が参加している。また、地域のスーパーに日用品の買い物に出かける等、日常生活の中で地域との繋がりを維持できるように支援している。	日頃から近隣住民との挨拶や会話はもちろん、冬場には近隣住民が雪片付けに訪れ、ホームの除雪に協力する等、良好な関係を構築している。また、町内の草取りやゴミ拾いに利用者や職員が参加しているほか、学生等の実習の受け入れも積極的に取り組んでいる。	
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	職場体験や実習生を受け入れ、認知症について学んでいただいている。		
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ており、議題は事前に前回の議事録と一緒に参加者へ郵送している。町内会長や町内婦人会会長、地域包括支援センター職員、家族代表者、利用者代表者等の委員から様々な提案や助言をいただき、サービス向上に繋げるように努めている。	運営推進会議を2ヶ月に1回、開催している。会議終了後、次回の開催日時を委員で決めており、前回の議事録や今回の検討議案文書を同封し、案内を郵送している。参加者も多く、会議を通じて繋がりを深め、認知症への理解や協力を得ており、サービスの向上に繋がっている。	
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に取り組んでいる	市生活福祉課職員が利用者を訪問した際に話をしたり、疑問点は市に問い合わせている。また、運営推進会議には地域包括支援センターや市職員が参加しており、困難事例等があれば随時、相談し、アドバイスを受けている。2ヶ月に1回、桃源便りを作成し、ホーム内外の活動状況を家族や地域に配布している。	地域包括支援センター職員が運営推進会議へ出席しており、情報を提供していただいたり、ホームの現状を把握してもらい、連携を図っている。行政とは問題が生じた際に随時相談し、アドバイスをいただいて解決に至っており、良好な関係を構築している。	

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
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	禁止対象となる具体的な行為を盛り込んだ「身体拘束マニュアル」を作成して、身体拘束は行わないというホームの方針を全職員が共有し、日々のケアを行っている。やむを得ず身体拘束を行う場合は家族に説明した上で同意を得て、理由・方法・経過観察等を記録に残す体制を整えている。また、本年度からは身体拘束適正化委員会を設置し、実践している。	身体拘束マニュアルや虐待防止マニュアルを作成しているほか、身体拘束適正化委員会を設置している。また、勉強会・外部研修へ参加し、理解を深めている。身体拘束は行わないという姿勢で取り組んでいるが、やむを得ず利用者の生命や身体の安全を確保するために行う場合があることを重要事項説明時に伝えており、一連の書式を整備している。	
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に注意を払い、防止に努めている	虐待防止マニュアルを作成している。また、研修委員による勉強会の実施や外部研修に参加させたり、職員への周知に努めている。		
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	研修委員による勉強会を実施し、職員が学ぶ機会を設けている。		
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	契約の締結、解約は文書と口頭による説明を行い、疑問点がないかその都度、確認している。また、同意を得ている。		
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	重要事項説明書に苦情相談窓口及び処理体制を掲載し、玄関にも掲示している。利用者の暮らしぶりや要望、受診状況等は、2ヶ月に1回発行している広報誌と一緒に郵送で伝えており、家族の面会時には意見や要望を聞けるように働きかけている。また、出された意見は管理者や職員で話し合い、改善に向けた取り組みを行っているほか、ご意見箱も設置している。	ほとんどの利用者が意思伝達が可能であるが、日常のしぐさや表情等に注意し、思いの汲み取りに努めている。また、玄関に意見箱を設置しているほか、利用者が日常生活で意見や苦情を話しやすいように働きかけている。利用者や家族からの希望・意見等があれば、毎日のミーティングで話し合う等、早急に検討して日々のケアに反映させている。	
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	毎月、話し合いの場を設け、意見交換できる場を作っている。業務の中でも随時、職員同士で情報交換したり、管理者に直接話ができて、出された意見を全職員で共有して、ケアに反映させている。	毎月ユニット会議やカンファレンスを開催しており、ほとんどの職員が参加している。話し合う案件は事前に提出しているため、会議はスムーズであり、ホーム内で生じるあらゆる事例に関して意見交換をすることができ、サービス提供に反映させている。	

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	スキルアップに伴う昇給等、職員が理解できるよう文書・口頭による説明を行っている。また、各職員がやりがいや向上心を持てるよう、各職員に担当利用者を付け、意見を介護計画に反映させ、モニタリングを実施している。また、出産や子育て等により普通業務が困難な際は本人と話し合い、希望する部署への異動も可能としている。		
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	組織の中に研修委員会があり、ホームからも代表委員を参加させ、その会で企画する2ヶ月に1回の勉強会の資料作りから発表まで行っている。また、外部研修への参加により、職員個々がスキルアップできるように努めている。		
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	グループホーム協会の懇親会等にも参加し、他のホームの職員と交流を持つことにより連携の強化に繋がる機会を設けている。		
<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	利用開始前に利用者や家族、各関係者から要望・不安・困っている事がないか、情報を得ることにより利用者の安心を確保するように努めている。また、様式を作成しており、聞き取った内容は記録し、台帳にまとめている。		
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	利用開始前に家族からの希望等を受け止めている。入居後も話し合いの場を設けている。		
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	その時必要な支援を見極め、柔軟に対応でき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	利用者と職員が共に喜怒哀楽を共有し、互いの理解を深めている。また、自立支援の観点に留意しながら、暮らしを共にする者同士の関係を築くように努めている。		

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
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	毎月、家族に利用者の状況等を報告し、面会に来た際には家族とできるだけ話をする機会を設け、思いを汲み取るように努めている。また、毎月会議を開き、管理者・職員間で情報を共有し、利用者・家族の意向を取り入れ、生活の質の向上に繋がるように努めている。		
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	生活歴や日々の会話から、行きたい場所や馴染みの場所に外出するように努めている。また、面会時はゆっくり話ができるよう、居室に案内したり、お茶を出している。	入居時、利用者や家族から聞き取り等を行い、情報を収集している。また、日々の会話等からも馴染みの方や場所を把握しており、希望に応じて馴染みの場所へ出かけたり、知人と電話のやり取り等を支援して、交流を継続できるようにしている。	
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	利用者同士の関係や個性を把握し、共同作業を通じ、より良い人間関係を築けるように働きかけている。また、利用者が孤立しないよう、職員が間に入り、利用者同士で何気ない会話等をできるように、支援に努めている。		
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	サービス終了後も相談等がある場合は、気軽に連絡していただくよう、利用者や家族に伝え、今までの関係継続に努めている。また、退居先の関係者にも利用者の状況・ケア等を記載した情報提供書を渡している。		
<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	日々の生活の会話や状況から、利用者の思いや暮らし方の希望等をユニット会議等で管理者・職員間で共有すると共に、その方らしい望む生活ができるように検討し、実施に繋がるように努めている。	日々のコミュニケーションや利用者一人ひとりの生活状況から、利用者の思いや意向を把握するように努め、生活歴を尊重し、生活できるように支援している。また、利用者の意向が十分に把握できない場合はカンファレンスや業務の中で情報を交換し、利用者の意向把握に努めている。	
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	利用者のこれまでのライフスタイルやサービス利用の経過等を家族や知人、関係機関等から情報収集し、記録している。(様式あり) また、日々の生活の中から個人の価値観等を把握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
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	事前に情報を収集すると共に、できる事や新たにできそうな事を日々の生活を通して、発見・把握し、継続でき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	その人らしく生活できるよう、利用者や家族、関係者、職員から情報を収集し、日々の利用者の生活状況から得られる気づきや全職員の意見を参考に介護計画を作成している。モニタリングの際も家族や全職員、各関係者からの意見を収集している。	利用者個々のペースを大事にしながら生活を送ることができるよう、サポートに努めており、日々の生活の中から得た情報を基に、全職員や家族、関係者等の意見、気づきを反映させ、利用者の身体状況に合わせた個別具体的な介護計画の作成に取り組んでいる。	
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	日々の様子やケアの実践等を個別に記録すると共に、毎月、管理者や職員間で会議を開き、実践状況・気づき・工夫等を共有し、介護計画の見直しに活かすよう努めている。		
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	同一敷地内の通所介護事業所と協力し、カラオケ教室や利用者の孫、従業員の子供、ボランティア等と交え、ピアノ演奏会等を行っている。		
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	運営推進会議に民生委員に参加をいただき、意見交換を行ったり、利用者や家族の状況の変化に応じて支援している。		
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、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	入居時に今までの受診状況を把握すると共に、入居後の受診方針について確認し、家族にもできる限りの範囲で協力を依頼して、希望に沿った受診ができるように支援している。2週間に1回の協力病院の訪問診療と他科受診等の支援も行っている。また、必要に応じて家族にも付き添っていただき、情報の共有を図っている。	利用者のこれまでの受診状況を把握し、希望する医療機関やかかりつけ医への継続受診を支援しているほか、症状により適切な医療機関を受診できるように支援している。また、2週間に1回、協力医療機関で往診も行っている。通院結果については毎月の状況報告書の送付で伝え、変化があった場合には電話で報告している。	
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	看護職員(兼務含む)と連携を図っている。介護職員は看護職員に気軽に相談し、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。		

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。	入院した際は速やかにケア方法を記録した情報提供書を提出し、安心して治療できるように支援している。また、できるだけ医師からの説明を家族や職員が同席のもとに受け、情報共有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、事業所です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	看護職員を配置しており、職員間の不安・疑問等を解消できるようにその都度、話し合いをしている。終末期の在り方については早期の段階で家族と話し合いを行い、医療機関にも伝えている。また、終末期には家族や利用者の意向を基に、医師や家族の話し合いに職員も参加し、意思統一を図っている。	「重度化した場合における対応(看取り)に関わる指針」を作成し、ホームの方針を明確にしている。利用者や家族、医療機関、ホーム等で十分な話し合いを行い、意向を踏まえた上で意思統一を図っている。看護職員が在籍しているため、利用者や家族との信頼関係も構築しており、職員も安心して支援でき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、直ぐ、管理者や看護職員に電話連絡できるように連絡網を作成している。マニュアルを作成し、全職員が日頃から不安にならないように努めている。		
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	水害時避難訓練を年1回実施しており、火災については年2回業者立ち合いのもと、避難訓練と防災設備の点検を行っている。年2回の訓練では消防署に訓練計画及び報告書を提出している。災害発生時、地区会長や民生委員等に協力を依頼しているほか、簡易ストーブ・卓上コンロ・燃料・懐中電灯・水・食料等を3日分準備している。	年2回の避難訓練は夜間を想定し、利用者職員と一緒にしており、うち1回は消防署の立会いのもとで実施している。そのほか、年1回、水害時の訓練も行っている。また、災害発生時に備えて非常用の食糧や飲料を数日分用意して、賞味・消費期限表を作成して管理しているほか、地域住民へ協力を働きかけている。	
<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	受容する姿勢でケアに取り組んでいる。利用者の羞恥心や自尊心に配慮した声かけや言葉遣いを心がけており、気になる事があった時は職員同士でも注意し合っている。また、個人情報に関する書類は扉のついた場所に保管しており、広報誌等への写真掲載については、必ず同意を得ている。	利用者への対応は言動を否定したりせず、受容的な姿勢を心がけている。介助時の声かけは利用者の羞恥心に配慮して行っており、ホーム全体で日々の確認や更なる質の向上に向けた取り組みを行っている。	

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
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	利用者それぞれの力量に応じ、自己決定を促す場面をつくり、意思表示できない場合は表情や仕草から読み取り、自己決定を促している。		
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	利用者の生活歴を基本とし、一人ひとりのペースに合わせて生活できるように努めている。		
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	利用者の個性・好みを尊重し、利用者の好みで衣服を選んでいる。また、美容院・衣類等の購入に行きたい等の希望について、担当職員が積極的に働きかけ、外出支援等を行っている。		
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	調理師が献立を作成し、苦手な食材等を考慮して代替食も用意している。利用者個々の力量や希望に合わせ、できる範囲で食材の下ごしらえや配膳・下膳等を手伝っていたり、職員は利用者が楽しく食事ができるよう、会話をしたり、食べこぼしのサポート等もしている。	利用者の力量を把握し、できる範囲で食事の準備や後始末を職員と一緒にいき、会話をしながら家庭的な雰囲気で行っている。また、行事食や希望の献立を盛り込んで提供しているほか、おやつ作りは利用者の楽しみ事となっている。	
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	栄養バランスに配慮した献立としている。水分摂取量が少ない利用者に対しては、各利用者が好むジュースやゼリー、アイス、果物を提供している。		
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	各利用者に合わせ、口腔内ケア及び義歯洗浄を毎食後に行っている。		
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	自力排泄できない利用者には排泄パターンの記録を取り、できるだけトイレで排泄できるよう、声をかけて介助を行ったり、居室で気軽に自立した排泄ができるようにポータブルトイレの設置して、支援している。	排泄表を活用し、紙オムツを利用している方でも日中はトイレ誘導して、排泄支援を行っている。排泄の自立に向けて、居室へポータブルトイレの設置や食後のトイレ誘導等に取り組んでいる。また、誘導時や失禁時の声は周りの人に気づかれないように配慮している。	

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
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	乳製品や果物等を朝食に取り入れ、工夫している。また、食後にトイレへ誘導し、スムーズに排泄できるように援助している。		
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、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	利用者個々の入浴習慣を把握し、体調に支障のない範囲で希望に沿った入浴を楽しめるように支援している。利用者の羞恥心に配慮して1対1の同性介護を基本としている。入浴したがる時は声がけを工夫したり、無理に勧めず柔軟に対応している。また、リフトを導入し、安全に浴槽を利用できる支援を行っている。	週2回、入浴できるようにしているが、毎日入浴できる体制を整えており、利用者一人ひとりの入浴習慣や希望、体調や羞恥心に配慮しながら、個々に合わせた入浴を支援している。同性介助を基本として、安全に入浴できるように職員2名体制で対応している。	
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	医師や家族と眠剤等の相談をしているが、原因を探り、安心して眠れるよう、日中の活動を増やしたり、精神的に安定するように支援に努めている。		
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	薬は一包化し、名前や日時等を記入し、声に出して読み上げを徹底しており、飲み込むまで確認している。また、受診により内服等に変更があった際には速やかに報告し、副作用についても説明を行っている。		
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	利用者個々の力量等を把握し、家事等を一緒に行っていただいたり、生活歴や日々の関わりの中から、楽しみや嗜好品等の情報を収集し、生活に張りが出るよう、支援に努めている。		
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	利用者個々の希望に沿い、周辺の散歩や馴染みの場所への外出支援等に努めている。また、家族の行事への参加や自宅への外泊等、支援に努めている。	近隣への散歩や買い物、畑作業等、日頃から外へ出る機会を設けている。日々の会話から希望を聞き取り、地域の行事や季節を感じる場所へ外出行事で出かけており、馴染みの場所へは個別に対応し、外出している。	
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	利用者個々の力量に合わせ、買い物に出かけた際は使え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	家族から電話がかかって来た際等、プライバシーに配慮し、子機を居室に持っていき、落ち着いて話ができるように支援している。また、贈り物のお礼の電話等、利用者の希望があれば支援している。		
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	廊下の一角に椅子やソファを設置し、自由にくつろげるようにしている。各居室は冷暖房完備で、適宜確認し、適切な環境を保つように工夫している。また、居室で休まれる際の環境も考慮し、その都度、室温や明るさ等にも配慮を行っている。	ホームの各所に温・湿度計を設置して定期的にチェック・管理しており、利用者が快適に過ごせるようにしている。共有部分や廊下には行事の写真や作品等を飾っているほか、窓から近くの川に飛来している鳥を眺めることができ、季節を感じることができる。	
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	共用スペースにソファを置いたり、気の合った利用者同士が居室でゆったり過ごせるよう、その都度、椅子を運んだりしている。		
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	生活環境の変化に少しでも早く馴染んでいただくよう、慣れ親しんだ物を持って来ていただくように依頼している。入居後も必要であれば、その都度、家族と連絡を取り、心地良く過ごせる居室づくりを支援している。	入居時に馴染みの物を持ち込む必要性について説明し、以前から愛用していた物を持ち込んでいる。持ち込みが少ない方も多く、担当職員と一緒に生活しやすい、居心地の良い居室づくりを行っている。	
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	利用者個々の力量に合わせ、ベッドや椅子の高さを調節したり、居室内に手すりを増設し、自立した生活ができるように支援している。		