

### 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	0290100189		
法人名	社会福祉法人榮総会		
事業所名	グループホーム和の家		
所在地	〒038-0042青森県青森市新城字山田109-3		
自己評価作成日	令和元年6月23日	評価結果市町村受理日	

※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	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ2階		
訪問調査日	令和元年8月30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)】

利用者とのコミュニケーションを密に取り合い、それぞれの思いに合わせた外出レクリエーションを実施している。ホーム内に見守りのための監視カメラを設置しており、家族からの要望があれば閲覧することができる。職員は定期的な研修や勉強会で適切なケアについて学んでおり、職員間の調和やコミュニケーションを大切に、チーム全体のケアに対する方向性の統一を重要視している。ミーティングのほか、記録票を用いて日々の業務改善や専門性の向上に努め、より良いサービス提供に努めている。また、誤嚥性肺炎予防のため、毎食後の口腔ケアと嚥下体操に取り組んでいるほか、看取りを意識した介護展開を行っており、24時間体制で医療機関へ相談、受診している。看取り対象の方は1階で対応しており、家族の意向や医療、職員間で話し合いながら、連携して対応している。

【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)】

法人理念である「おもてなしを形に」を掲げ、職員は利用者個別の希望を把握し、外出を行う等、希望を叶えられるように努めている。また、日頃から地域との交流を大切にしており、町内会を通じてさまざまな行事に参加して、地域に開かれたグループホームとなっている。  
ホームでは重度化や看取りの対応も行っており、最期までその人らしく過ごせるよう職員一丸となり、支援を行っている。

**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 (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	利用者や職員が、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. 全くいない
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

[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	「おもてなしを形に」という理念を全職員が理解、共有できるように取り組んでいる。また、職員間での送りやり情報共有体制の強化を図っているほか、行事への参加を通じて、地域との交流を図っている。	法人独自の理念があり、地域密着型サービスの役割を反映させたものとなっている。理念はホーム内に掲示しており、管理者や職員は理念を共有し、毎日の利用者のケアに反映できるよう、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	地域行事への参加や広報を通じて、認知症の理解を深める機会を作っている。また、AED講習会やホーム行事のチラシを回覧して、参加の声がけをしている。	町内会に加入しており、回覧板を活用してホームでの勉強会への参加等を働きかけている。また、地域の祭り等へ参加しており、日常的に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	地域行事への参加や広報を通じて、認知症の理解を深める機会を作っている。	/	/
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回開催し、ホーム内の近況報告や地域全体のコミュニティーについて等、地域住民・行政・事業者が集う場と捉え、話題は限定せずに意見交換している。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しており、毎回多数の参加があり、利用者やホームの運営状況について報告し、委員から様々な意見をいただいている。出された意見は今後のサービス向上に役立てていくように努めている。	
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	利用している方の要介護認定更新の手続きや業務連絡、問い合わせ等で協力していただいている。また、利用状況等について地域包括支援センターとの連携も行っている。	運営推進会議に地域包括支援センター職員が参加しており、市へは自己評価及び外部評価結果の報告等を行っているほか、課題解決のために日頃から連絡を取り合っており、良好な関係を構築している。	
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	定期的に身体拘束についての会議を行いながら、身体拘束の及ぼす影響を正しく理解し、全職員で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束についての勉強会や研修会へ参加しているほか、3ヶ月に1回会議を開催して話し合っている。職員は身体拘束の内容やその弊害についても理解しており、身体拘束をしないケアの実践に努めている。また、やむを得ず身体拘束を行う場合に備え、書類を整備している。	

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
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	ホーム内に見守りの監視カメラを設置しており、家族から要望があれば閲覧することができる。定期的な研修や勉強会があり、不適切なケアについて学んでいる。		
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	成年後見制度について学習し、必要な利用者には制度を活用できるように支援している。		
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	入居契約書や重要事項説明書の該当箇所を示しながら、口頭で説明している。特に自立支援に関する事項とそれに伴うリスクに関しては、契約前の見学時と契約当日の面談時に十分な説明と同意を得てから契約を結んでいただくように配慮している。また、制度改正がある場合等は、再度説明し、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	要望等は利用者個々に合った落ち着いた時間帯に耳を傾け、日常会話の中から汲み取っている。家族には面会時や運営推進会議等で要望等を伺っているほか、作成した議事録を家族に送付している。	日頃から利用者とのコミュニケーションを大切に、意見や苦情を出しやすい関係を築いている。玄関に苦情箱を設置しているほか、運営推進会議には家族代表も参加しており、外部に意見を出せる機会を作っている。出された意見は速やかに対応する体制を整備している。	
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2回以上行っている定例会議や日常業務の中で随時話し合い、意見、提案を出し、連絡ノートを活用しながら、情報共有している。	管理者は利用者の受け入れについても職員の意見を聞く機会を設けているほか、月2回の職員会議を行っており、全職員が意見を出せる環境づくりに努めている。出された意見は日常のケアやホームの運営に反映させる仕組みとなっている。	
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	職員募集に関しては、性別・年齢等の基準は設けていない。働いている職員については、職員個々の特性や能力を把握し、活かせる仕事を任せている。		
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	勤務ローテーションの調整を図りつつ、全職員が研修を受ける機会を得られるように配慮している。研修後に報告書を提出してもらい、他職員との共有も図っている。		

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
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	地域密着型サービス連絡協議会主催のレベルアップ交換研修や相互研修に参加し、交流、意見交換の場となっている。		
<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	事前面接以外に入居後も日常の会話の中から本人の希望や要望を傾聴し、本人の望む事を少しでも可能にしていくことで、安心できる空間を確保し、より良い関係づくりに努めている。		
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	家族とは面談時に十分に話し合い、家族の希望を受け止め、説明を行い、信頼関係を築いている。また、入居後もお便り等で利用者の状態を報告したり、状態に変化があれば都度連絡、相談し、関係づくりに努めている。		
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	相談を受けた際には現在の状況を聞き、早急な対応が必要な際には法人内外と連絡を取り、利用できる所を紹介する等、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	職員はホームを家と考え、家族の一員として言葉がけにも配慮している。アットホームな雰囲気大事にしながら、お互いが助け合って生活していると思っただけのよう、自分でできる事はお願いし、暮らしを共にしている。		
19		○本人と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	家族の面会の際には利用者の表情等、普段と違っている事を伝えることで、家族との絆を大切にもらっている。また、毎月の手紙や写真を家族に渡すことで喜んでいただいている。		
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	家族や知人、友人の面会時には、ゆっくりと過ごしていただくよう、雰囲気作りも心がけている。	入居時に利用者や家族等から聞き取りし、生活歴や馴染みの人、場所等の把握に努めている。また、電話の取り次ぎ等の支援で、これまでの交流が継続できるように支援しているほか、利用者が希望する場所への外出支援も行っている。	

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
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	気の合う人や面倒見の良い人等が隣の席になるように配慮している。困っている人がいると職員を呼んでくれる人や話したい人がいると移動していたり、利用者同士の関わりが多くある。		
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	入居契約時や退居時には、継続して相談できることを説明している。関係機関や家族から情報提供があった時には個人情報に配慮し、提供している。		
<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	日々の関わりの中で声をかけ、言葉や表情等から利用者の意思を推測し、さりげなく確認している。意思疎通が困難な人には、利用者の表情や動き以外に家族や関係者から情報を得ている。	職員は日頃のケアを通じて、利用者の思いや意向の把握に努めている。利用者の意向が十分に把握できない場合は、家族や関係者等からの情報収集を基に全職員で話し合い、利用者の視点に立ち、利用者本位で検討している。	
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	入居前にキーパーソンとなる家族から生活歴を伺うほか、ホームで暮らしている中で知り得た利用者の暮らしの一端を記録に残し、全職員で共有し、活用している。情報が足りない場合には以前利用していた施設・病院と随時、連絡を取り合っている。		
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	利用者一人ひとりの生活リズムを理解し、行動や言葉、表情からチームとしてその人全体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	職員が記録した個人別の介護日誌と利用者からの聞き取り、家族の意向を反映させた介護計画を作成している。	介護計画は利用者や家族、担当職員等、さまざまな関係者からの意見や気づきを反映させており、個別で具体的な計画となっている。実施期間を明示し、期間終了時は見直しを行っており、利用者の現状に即した介護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	利用者毎のケースには日常生活で利用者同士や職員との関わりの様子、自ら発した言葉、行動を記録し、その中で気付いた事柄に関しては職員間の申し送り等にて共有している。		

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
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	面会時間は特に設定せず、家族は随時、面会することができる。利用者や家族の状況に応じて、受診援助や帰宅支援、買い物支援等、柔軟に対応している。		
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	地域資源を把握し、活用している。利用者一人ひとりが安全で豊かな暮らしを楽しめるよう、努めている。		
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	入居契約時に利用者や家族の要望により、他の医師による診察を希望する場合、受診できるようにしている。専門的な診療は専門医療機関を、風邪等の日常的な診療にはホーム協力医を活用する等、状況に合わせた診療体制を取っている。	入居時にこれまでの受診歴を把握し、入居後も利用者が希望する医療機関を受診できるようにしている。歯科や眼科等の専門医の受診もホームで通院支援をしており、受診結果の伝達方法等について利用者や家族の納得を得ている。	
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	月2回、訪問看護ステーションの看護師が利用者や職員との関係を築きつつ、連絡・相談を随時行い、支援している。日常的に情報交換を行い、状態変化等の場合は相談し、受診の必要性の判断や助言を得ているほか、24時間連絡の取れる体制となっている。		
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。	入院時は日常生活の留意点を情報提供書で伝達し、入院中は可能な限り職員が面会して関わり、認知症状の緩和に努めている。家族・医師と相談しながら、服薬と通院程度に回復した場合は退院へ繋げるように働きかけ、スムーズな利用復帰に努めている。		
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	利用者や家族・主治医・ホームが常に連絡を取り合いながら、現状を受け止めていくように話し合いを持てる。段階を追って、その都度、意向を確認している。	重度化した場合の指針を定めており、入居時に説明している。協力医院や訪問看護師との連携により、看取りの体制を整備している。日頃から重度化や看取りの対応について、医療機関や利用者、家族と情報を共有し、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	急変・事故のマニュアルを作成し、発生時に備えている。また、救命講習に参加し、最新の技術の習得に努めている。		

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
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	災害に備えた避難訓練を定期的を実施し、消防署にも協力していただき、日中・夜間を想定した訓練と避難方法の確認を行っている。	年2回、職員と利用者が一緒に避難訓練を行っており、消防署の協力を得て、夜間にも備えた避難訓練を行っている。また、災害発生時に備え、飲料水や缶詰等の非常食のほか、暖房器具等の物品も用意している。法人本部が近いので、非常時には連携が取れる体制となっている。	
<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	生活全般において、プライバシーに関する支援については、個人情報の保護や利用者尊重した声かけを行い、対応している。	利用者を「さん」付けで呼び、利用者一人ひとりの人格を尊重した支援に努め、声かけや対応についてはホーム全体で改善に向けた取り組みを行っている。職員は研修や勉強会を通じて、守秘義務や個人情報の取り扱いについても理解を深め、日々のケアに努めている。	
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	物事が複数ある場合は必ず選択していただくように配慮している。判断・決定の機会を捉えて、活かすように普段から気を付けている。		
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	利用者との共同作業を通じて、共に歩むケアに取り組んでいる。どのように過ごしたいか、何を行えば集中できるか、楽しんでもらえるか、笑顔を見せてもらえるか、できる事、できない事、その他の精神状態にも配慮しつつ支援している。		
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	自宅から持参した好きな服を着用していただいている。可能なら自由に着こなしをしていただき、できない方はイメージや天候、行事を考慮して職員が支援している。また、理・美容は利用者の選択に任せているが、馴染みの訪問美容師を心待ちにしている方がほとんどである。		
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	宅配業者から食材が届けられ、調理方法に基づいて調理し、幅の広い献立を提供している。できる事を手伝っていただき、テーブル拭きや調理の下ごしらえを共に行っている。	利用者の好みや苦手な物に配慮した、家庭的で栄養バランスの取れた献立となっている。職員は食べこぼしのサポートをしながら利用者とは会話する等、楽しく食事ができる雰囲気作りを心がけている。	

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
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	宅配業者を利用しており、栄養士による献立作りとなっており、バランスの良い食事を提供している。水分量も主治医に確認し、利用者個々に応じた水分量を提供している。水分量の少ない方には容器や飲み物を工夫し、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	職員は口腔ケアの重要性を理解し、毎食後の口腔ケアは、利用者個々の力量に合わせて、声がけや見守り、介助を行っている。また、義歯の定期的な洗浄等、配慮している。		
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	排泄周期に合わせたトイレへの誘導・声がけ・介助を行っている。また、利用者の仕草・落ち着かない様子等のサインを読み取り、支援している。自分でトイレに行ける利用者には、さりげなく見守りを行っている。	利用者一人ひとりの排泄記録を付け、パターンを把握している。日中はなるべくトイレでの排泄を心がけ、それぞれの身体状況に合わせた運動計画を作成して実施する等、排泄の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	個人の介護日誌に便秘の日数や水分量を記録して、職員間で共有している。散歩・体操・牛乳等、便秘の改善に良さそうなものは随時、取り組んでいる。また、時には腹部のマッサージを行っている。		
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	週2回の入浴とし、利用者一人ずつ、ゆったりと入浴できるように介助している。希望があれば毎日入浴できる体制を取っているほか、入浴しながらいない方には声かけや日を変えて行っている。	入浴は週2回であるが、希望があれば毎日入浴できる体制となっており、夕食後の入浴を希望する方もいる。利用者の習慣等に配慮しながら、それぞれの希望に沿った入浴支援を行っている。	
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	生活のリズムを考慮し、昼夜逆転にならないよう、メリハリを付けて過ごしていただけるように支援している。日中は思い思いの場所でテレビを視聴したり、他者との会話を楽しんだり、居室で休息したりしてストレスにならないよう、安心して過ごせるように努めている。		
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	内服薬に関しては、利用開始時や内服薬変更時に必ず情報をいただき、個別にファイルし、全職員で共有している。服薬時も飲み込みまで確認している。		



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
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	お互いの関係を調整しつつ、生活歴に合わせた仕事や役割を行っている。職員と1対1で居室で対話をしたり、風船バレーをして遊んだり、近所へ散歩に出かけて花を見たりして、気分転換を図っている。		
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に支援している	天候や気候に左右されるが、できるだけ屋外に出て周辺を散歩したり、地域の方と交流を図りながら菜園を観たり、花をいただいで帰ってくることもある。	日常的に散歩へ出かける等、利用者が気分転換できるように努めているほか、利用者の行きたい場所を把握し、個別外出で墓参り等にも出かけている。面会時や運営推進会議で家族等にも協力を呼び掛けており、利用者の希望を叶えられるように支援している。	
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	法人で「預り金規程」があり、家族の了承のもと、事務所管理となっている。利用者の希望に応じて残金と照らし合わせながら、買い物支援を実施している。		
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	リビングに子機を置き、いつでも自由に使用できる。自分で電話をかけることができない利用者には職員が代わりにかけたり、伝言を伝える等している。		
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	ホームには季節を感じられる飾り付け等、利用者と一緒にしている。共有の空間には必要最低限の物しか置かず、整理整頓を行い、利用者がゆったり過ごせるように配慮している。	共有スペースにはテーブルと椅子があり、利用者は思い思いに寛いで過ごしている。オープンキッチンのため、調理しながらコミュニケーションも取れるようになっており、利用者は家庭的な雰囲気の中で穏やかに過ごしている。	
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	窓等にイスやソファを置いて1人になったり、気の合う方とのお話を楽しんでいただいている。仲の良い関係を職員は把握しており、話しやすい席等の配慮をしている。		
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	食堂兼リビングは自然と利用者が集まる場所になっており、料理の音やにおい、談話やテレビの音等も心地良い環境となっている。また、壁には季節に合わせた装飾をすることで、外気を感じる事が少なくとも季節を感じてもらえるよう、努めている。	入居時になるべく慣れ親しんだ物や思い出の物を持って来てもらうように働きかけており、仏壇や冷蔵庫、写真等の持ち込みがある。利用者の意向を確認しながら、利用者一人ひとりに合った居心地の良い居室づくりを支援している。	

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
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	廊下・トイレ・浴室に手すりを設置しており、利用者の状態に合わせて歩行器を活用している。また、歩行の不安定な利用者でも階段を使いたい場合は、職員が同行し、安全に配慮しつつ昇降していただいている。		