

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	0272300732		
法人名	有限会社みや・コーポレーション		
事業所名	グループホーム岩木望(いわきぼう)		
所在地	南津軽郡田舎館村大字畑中字樋口158		
自己評価作成日	平成26年9月10日	評価結果市町村受理日	平成27年1月28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)】

利用者が安心して地域で暮らせるようにとの思いで、ケアサービスを提供している。保育所や商店街と連携を図り、行事に参加したり、四季を通じた作品を作ることで季節を感じ、楽しんでいただいている。
職員の退職も少なく、資格取得や休日希望に配慮しており、職員と利用者の馴染みの関係が構築できている。

※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26年10月9日		

【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)】

ホームからは岩木山が一望でき、自然豊かな環境の中、四季折々の季節を感じて生活ができる場所になっている。
近隣の保育所が季節毎のイベントに招待してくれたり、施設長が率先して地域の消防団に入団し、商工会にも加盟する等、地域との関係を密にしながら、地域住民として関わりを持ち、連携・交流を図っている。
また、個人面談等を通じて、管理者と職員が直接話せる機会を設けており、職員の意見を取り入れ、ホーム独自の理念の下で職員一丸となり、利用者が安心して地域で暮らせるよう、日々のケアを行っている。

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	「安心」「家族」「元気」をホームの運営理念としている。パンフレット・玄関及び職員休憩室・応接室に運営理念を掲示し、毎朝の申し送りで理念の唱和を行い、共有を図っている。利用者、職員共に地域の一員として、家族的な雰囲気の下、安心して元気に過ごせるよう、日々のケアや地域交流を実践している。	ホーム独自の理念を掲げ、ホーム内へ掲示したり、ミーティングの時間を利用して、職員間で共有化を図っている他、パンフレットにも掲載し、広く周知を図っている。また、職員は理念に込められた意味を理解し、利用者が地域住民として、安心して元気に過ごせるよう、日々の支援を行っている。	
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	地域の保育園の行事に招待されたり、ねふた合同運行にも参加・協賛している。地区総代に運営推進会議のメンバーになっていただけたことや、村商工会、地元商店街に加盟したことから、地域の盆踊りに参加する等、交流も増えてきている。また、地元消防団との合同避難訓練も実施している。	ホームでは村の商工会に加盟したり、施設長が消防団の団員になる等、積極的に地域との関わりを持ちながら、交流を図っている。また、保育所の四季の行事に参加したり、ボランティアによる三味線の訪問を受け入れている他、近隣住民からも野菜等の差し入れがあり、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	入居相談のために来館する方々の認知症に対する悩みに共感し、相談にのっている他、社会資源を紹介する等の支援を行っている。キャラバンメイトの職員もおり、村の地域包括支援センターの地域ケア会議参加の際も情報を提供している。		
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回のペースで運営推進会議を開催しており、入居状況やホームが実践しているケアに関して報告、話し合いをしている。行政、地域包括支援センター、地区総代、地区民生委員、近隣の方や消防団の方等にも参加していただき、意見をいただいている。また、自らのケアを省みると共に、サービス向上につなげている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しており、事前に年間計画を作成して通知し、メンバーに参加を働きかけている。会議では、自己評価及び外部評価結果や目標達成計画、ホームの日々の取り組みや入居状況、ケアの状況等の報告を行い、出された意見を日々の支援の向上のために活かしている。	
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	運営推進会議をはじめ、行政にパンフレットを配布している他、困った事案等がある際は、いつでも連絡できる体制が整っている。	運営推進会議には、行政職員や地域包括支援センター職員が参加している。ホームの実態等を理解してもらうために、自己評価及び外部評価結果、目標達成計画等を提出、報告している他、日頃から行政及び地域包括支援センターとの連携体制を構築し、課題解決に向けて取り組んでいる。	

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
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	代表者及び全職員は身体拘束の内容や弊害について、「介護保険指定基準において禁止の対象となる具体的な行為」を明記した、身体拘束排除マニュアルに則って理解しており、勉強会も開催している。身体拘束をしないという意識で、日々のケアを実践している。また、やむを得ず拘束をしなければならない場合の記録様式も作成、整備している。	マニュアルを作成し、定期的に勉強会を開催しながら、身体拘束は行わないという姿勢で日々のケアを行っている他、万が一、やむを得ず実施した場合に備え、様式を作成し、経過を記録する体制も整えている。また、施設長が消防団員になる等、日頃から地域との信頼関係を構築しており、利用者の無断外出があった場合には、随時、連絡してもらえる環境が整備されている。	
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	管理者は利用者に対するケア等を細かくチェックし、気がついた場合には声がけする等、未然に防ぐように心がけている。また、外部研修や勉強会で虐待について知識を深めると共に、職員間のコミュニケーションを密にし、お互いに虐待を防いでいこうという心構えでケアを行っている。		
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	管理者や職員は外部研修や勉強会を通じて、制度の概要を理解する機会を設けている。必要に応じて事業利用の支援ができる体制をとっている。		
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	契約時は利用者や家族等に事業所の理念やケアの方針、取り組み等について、ゆっくり時間をかけて説明を行っている。また、契約改定時や退居時にも利用者や家族等に不安を生じさせないように、十分な話し合いにより、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	職員は家族等が意見や要望を出しやすいよう、気軽に話しやすい雰囲気をつくり、会話の機会を多く持つようにしている。また、苦情受付窓口や外部への苦情の仕組みについても周知し、出された意見等については、日々のケアに反映させている。	普段から、利用者及び家族が意見や要望を話しやすい雰囲気をつくり、うまく表せない利用者には、日頃の表情や態度等から察するように努めている。玄関先には意見箱を設置し、意見や要望を出せる環境を整えている他、出された意見等はミーティング等で周知し、よく話し合い、今後のより良い利用者への支援、ホームの運営のために活かすように取り組んでいる。	
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	代表者や管理者は全体会議や日頃の申し送りの際、職員から挙げられた意見を検討し、運営に反映するように努力している。また年1～2回の個別面談で、意見を聞ける体制に努めている。	全体会議や日頃のミーティング時に挙げた意見を集約し、管理者とも検討しながら、運営に反映させるように努めている。また、職員の個人面接を行っており、職員が管理者に意見を話せる機会を設け、その意見を日々の支援や運営に活かしている。	

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
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	代表者は管理者や職員の勤務状況を把握し、個々のやりがい、私生活の充実のために、資格取得による勤務の優遇や休日希望を勤務に反映させる等、努力をしている。		
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	代表者は管理者や職員のケアの実際と力量を把握し、質の向上を図るために、できる限り外部研修に参加させている。内部研修については外部の研修報告会や勉強会を実施している。		
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	管理者や職員は地域包括支援センターにて開催される地域ケア会議で勉強会や意見交換をしている。村内の介護サービス事業者が集まり、交流の機会となっている。また、日本認知症グループホーム協会（施設長は日本認知症グループホーム協会青森県支部理事兼中弘南黒地区会長）に加入し、研修への参加の機会を持っている。		
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	相談があった際は訪問やホーム内見学を勧め、ホームを知っていただき、その際に直接お話を聞く機会としている。まずは本人の不安に感じていることや困難に感じていること等、思いの把握に努めている。		
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	相談があった際は訪問やホーム内見学を勧め、ホームを知っていただき、その際に直接お話を聞く機会としている。まずは家族の不安に感じていることや困難に感じていること等、思いの把握に努めている。		
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	入居前や入居時の聴き取りやアセスメントを行い、本人と家族等が必要としている支援を入居後初期計画に反映させ、サービスを提供している。必要であれば、他のサービスを利用することも含め、支援を検討している。		
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	人生の先輩として敬意を払い、喜怒哀楽を共感しながら、家族的な雰囲気の下、何でも言い合えて、様々な場面を共有していく関係づくりに日々、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	家族の思いや意見を受け入れ、共有できるよう、面会時・電話連絡時に報告・連絡・相談・聴き取りを行い、利用者だけではなく、家族も含めて支援していく姿勢でサービスを提供している。		
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	ホーム内の面会は自由であり、手紙や電話での連絡も働きかけている。また、住み慣れた自宅へ行ってみたいという希望がある時は、家族と相談し、協力を得て、一時帰宅できるように働きかけている。	入居時及びその都度、利用者や家族から馴染みの人や場所等の聞き取りを行い、把握するように努めている。日頃から利用者の外出等の希望を把握し、必要に応じて家族の協力を得ながら、外出できるよう支援を行っている他、電話や手紙等の交流についてもできる限り支援し、関係が途切れないようにしている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者一人ひとりの性格・意思・能力を尊重した上で、孤立せず、無理せずに生活できるよう、座席に配慮したり、食事・掃除といった役割分担等、様々な場面で配慮するようにしている。		
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	いつでも遊びに来てもらえるように、こちらから声がけ等をしている。出入りも自由である。退所後も面会や見舞いをして取り組んでいる。		
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	職員は普段から利用者とのコミュニケーションを大切にし、思いや意向を把握するように努めている。また、日々、利用者の言動や行動を観察し、職員間で情報を共有し合い、家族や関係者等からも情報収集を行っている。	利用者に対して担当職員を配置し、日頃の会話や表情等から、利用者の思いや希望の把握に努め、記録している。また、記録された情報や意見は職員で共有化を図り、必要に応じて家族からも情報収集する等、できる限り、利用者の意向に沿った支援を行っている。	
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	入居時のアセスメントや家族等からの情報、日々の関わりの中から把握しており、ホームでの生活においても、これまでの本人の生活のペースを尊重している。		
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	利用者一人ひとりの日々の観察や関わりの中で、個々の生活のペースや心身状態を把握している。体調不良や精神状態によっては、できることと、そうでないことにも変化が見られるため、現状の能力を把握をした上でケアを行っている。		

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
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	利用者本位の介護計画を作成するために、可能な限り、利用者の意向を聞くように努めている。また、職員の気づきや、必要に応じて、家族や利用者をよく知る人達の意見等を反映させた介護計画を作成している。	日々の会話から利用者の意向を把握し、家族には面会時等に意見を確認しながら、利用者本位の介護計画となるように努めている。また、介護計画はミーティング等で職員の気づきや意見等を踏まえて作成し、3ヶ月に1回、定期的に見直しを行っている他、利用者の状態変化や家族の意見により、随時、見直しを行っている。	
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	利用者一人ひとりの日々の生活の様子や実施したケアは、毎日、記録している。特に変わったこと、重要なことに関しては申し送りノートを活用し、職員間で情報の共有に努めている。また、毎日の申し送りの時間等で職員同士で意見を交換し、ケアや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	利用者・家族の希望、ニーズに応じて対応するように相談し、取り組んでいる。通院・外泊、外出等も支援している。		
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	地区総代や民生委員の方々を通じて、協働できるように働きかけている。運営推進会議の開催や地域包括支援センターの開催する地域ケア会議に出席し人材ネットワーク組織の構築に向けて協働している。		
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	これまでの受診状況は利用者や家族からの情報により把握し、希望に応じた医療機関を受診できるよう、柔軟に対応している。また、状態の変化がある場合、専門医の受診も行い、必要時は家族にも協力していただいている。更に、医療機関や家族を含めた話し合いを行い、情報の共有を図っている。	入居時に利用者や家族からこれまでの受療状況を確認し、入居後も希望するかかりつけ医や専門医等を受診できるよう、家族の協力も得ながら支援している。また、受診結果は随時連絡をして、情報の共有化を図り、変化があった場合は家族と医療機関を含めた話し合いを行っている。	
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	ホームに看護職員がいないため、利用者一人ひとりの健康管理に関しては、個々の主治医、病院の看護師に相談し、適切に受診を受けられるように支援している。		
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。	体調不良時や急変時はいつでも受診できるように、利用者個々の主治医やホームの提携病院との情報交換・相談に努めている。また、入院時や退院時には、利用者に関して情報提供し合い、円滑な入院、治療、退院につなげるようにしている。		

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	ホームでは看取りを行っていないが、重度化や終末期の対応を明確にし、入居時にはホームの方針を説明している。また、重度化や終末期に移行した場合には、利用者や家族、医療機関との話し合いを持ち、意思統一を図っている。	重度化した場合や終末期のあり方について、ホームの方針として看取りの支援を行わないことを重要事項説明書に明記し、説明している。また、日常的な健康管理については、利用者や家族等、医療機関との話し合いを行い、意思統一を図っている他、重度化した場合には地域の施設等と連携を図り、対応するように努めている。	
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	ホーム内にAEDを導入している。今後も交代で定期的に訓練を行い、急変時や事故発生時に備えたい。そのために、消防署の協力を得て、救命の勉強会も行っている。		
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	災害発生時に備え、食料や飲料水、寒さをしのげる物品等は用意している。また、年2回、避難訓練を行い、災害時に地域住民から協力が得られるよう、働きかけを行っている。東日本大震災の時も、配備している発電機を有効活用することができた。施設長が地域の消防団員であり、密接に協力体制を築いている。	消防設備を定期的に点検している他、火災等の非常災害時に備え、日中・夜間を想定した避難訓練を年2回実施しており、訓練には地域住民にも参加してもらうように働きかけている。また、施設長が地域の消防団に入団しており、地域との協力体制を密に築いている他、食料や飲料水等も準備している。	
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	全職員は言葉による虐待もあるということを理解し、利用者一人ひとりのケアを行っている。利用者を「さん」付けで呼んでいる他、プライバシーにも十分に配慮した対応を心がけている。また、勉強会を通して、確認の機会を持っている。	職員は利用者に対し、年長者として常識的かつ適切な声がけに努め、日々のコミュニケーションを図っている。失禁時は羞恥心に十分に配慮し、周囲に気づかれないように自室に誘導して対応している。また、利用者の個人情報ファイルは戸棚に保管し、守秘義務や個人情報の取り扱い等に十分に配慮している。	
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	職員は利用者一人ひとりとコミュニケーションを積極的にとり、何でも言える雰囲気づくりを心がけ、選択できる場面を持てるようにしている。また、本人の思いや希望を引き出す支援をしている。うまく言葉で表現できない利用者に対しては、日々の観察や家族等からの情報を参考にし、本人の希望をなるべく汲むように努めている。		
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し、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	体操やリハビリ、食事や入浴の時間等、おおまかに決められてはいるが、利用者一人ひとりの体調や精神状態、意向に沿うようにし、無理強いはしていない。余暇活動には何をしたいか、利用者に希望を聞くようにしており、一人ひとりが楽しんで生活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
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	服装は、利用者一人ひとりの意向に沿って決めるようにしている。整髪や髭そり等、気付かない場合もさりげなくサポートしている。理・美容院については希望に応じ、事業所で送迎・連絡・調整し、可能な方は家族の支援もある。		
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	個人的に好みの物を準備している。職員は見守りしながら食事介助を行い、会話を楽しみながら食事ができるように支援している。また、無理のない範囲で、一緒に準備・片付けを行っている。ゆったりとした雰囲気ですぐに食事ができるよう、食事の際にはBGMを工夫している。	献立は外部の栄養士が作成し、栄養バランスに配慮されたものとなっており、苦手な食材がある場合は別な物を準備する等、柔軟に対応している。職員は利用者と一緒に食事をとりながら、さりげなく支援している他、利用者の負担にならない程度に、下ごしらえや後片付け等も一緒に行っている。	
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なっている他、一日の総カロリーについて、利用者一人ひとりの食事形態に応じて把握している。また、原則として、利用者の食事量を記録し、低栄養にならないようにしている他、水分摂取量は一日1,200cc以上の摂取にて、脱水にならないように徹底している。病状や状態にて個別対応をしている。		
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	職員は外部研修等を通じて、口腔ケアの必要性を理解している。毎食後に口腔ケアを促し、必要に応じて介助する等、能力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	介助が必要な利用者には、個々の排泄の状況を観察、記録し、排泄のパターンに応じてトイレ誘導を行い、排泄の失敗や安易なおむつの使用を防いでいる。また、利用者が尿意や便意を訴えたら、すぐに対応することで、排泄に関する利用者の自尊心を傷つけないように配慮している。	利用者の排泄パターンを記録し、パターンに応じてトイレ誘導を行い、オムツ等に頼らずに、自立に向けた支援を行っている。失禁した場合も利用者の羞恥心に配慮し、他の利用者につづかれないように、自室のトイレに誘導する等、プライバシーに十分に配慮した対応を行っている。	
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	適度な食事や運動、水分摂取を促し、快適な排便につながるように支援している。また、個々の利用者の排便の状態に応じて、乳製品の提供や、おなかのマッサージをし、必要に応じて主治医の指示の下、下剤を適切に服用している。		

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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	入浴日や時間帯は決まっているが、利用者の意向を取り入れ、柔軟に対応している。また、入浴に対する利用者の羞恥心や負担感を理解した上で支援しており、入浴を拒否する利用者に対しては、無理強いせず、入浴日を変更したり、清拭をする等の工夫を行っている。	利用者の羞恥心に配慮し、信頼関係ができるまでは同性職員が支援している他、つかりすぎ等にも十分に注意しながら、利用者の好みに合わせた入浴支援を行っている。また、入浴を拒否される利用者にも無理に勧めることなく、声かけや時間帯、入浴日を変えたり、柔軟に対応している。	
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	利用者は、体操やリハビリ、レクリエーションの合間、食後等、希望する時に、居室にて休息をとっている。また、普段は活動されている方でも、入浴や外出の後等は疲労に合わせ、休息を取り入れている。また、夜間よく眠ることができるように、日中、適度な運動をする時間を設けている。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	職員は服薬の間違いが引き起こす危険性を十分に理解しており、利用者一人ひとりが使用している薬の目的、副作用、用法や用量の周知を徹底し、症状の変化を見逃さないよう、観察を重視している。また、服薬ミスがないように、最低でも3回のチェックを行っている。		
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	入居時のアセスメントや家族等からの情報、日々の関わりの中から把握している他、掃除、テーブル拭き、おしぼりたたみ等、一人ひとりに合った役割や、季節に応じた作品作り等、季節毎の楽しみを味わうと共に、支えながら、共に喜び、楽しみにつながるような支援や働きかけを行っている。		
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に支援している	外出先には利用者の希望や習慣を取り入れており、馴染みの理・美容院やスーパーでの買い物、季節のイベント等へ、ドライブを兼ねて出かけるようにしている。また、利用者の身体状況に合わせて、移動方法や移動距離に配慮した支援を行っている。	利用者の楽しみや気分転換につながるよう、季節のイベント等にドライブを兼ねて外出している他、希望を聞きながら、スーパー等に買い物に出かける機会を設けている。また、利用者の身体状況に合わせて移動方法等に配慮し、状況に応じて家族にも協力していただきながら、支援をしている。	
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	利用者の管理能力に応じて、お小遣い程度は本人が所持している。多額の金額や保険証等の重要物は家族もしくはホーム管理となっている。職員は本人がお金を持つこと、使うことの大切さを理解しており、利用者個々の力に応じて、買い物の会計を利用者本人が行うようにしている。		

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	希望時は本人が電話をしたり、本人の傍で伝言を代わりに伝える等の支援をしている。家族からかかってきた電話を取り次ぎ、会話されている。また、家族への手紙を投函する支援をしている。		
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	玄関には季節の花が飾っている他、季節感を出す装飾を施し、共用空間であるリビングには畳敷きが設置され、家庭的な雰囲気となっており、利用者が好きな場所で寛げるように配慮している。職員が立てる物音や声は騒がしくなく、テレビの音量、ホーム内の明るさも適当であり、利用者が落ち着いて過ごせる環境になっている。	室内は日差しや照明で適切な明るさを保ち、共有スペースには家庭的な調度品を準備して、配置は利用者同士がコミュニケーションをとりやすいように配慮している。また、ホーム内には季節を感じられる空間づくりを行い、利用者の作品等を掲示する等、居心地良く過ごせるように工夫している。	
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	共有空間は食堂(ホール)、浴室等があり、ホールには畳敷きの場やソファ、ベンチを設けており、利用者はそこで新聞を読んだり、テレビを観たり、並んで座って話をしたり、自由に利用している。		
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	これまで使い慣れ親しんだ家具、寝具、テレビ等が持ち込まれおり、職員と利用者が一緒に、利用者一人ひとりに合った居室づくりを行っている。	家族等に積極的に働きかけて、入居する前から愛用している使い慣れ親しんだ家具や寝具等を持ち込んでもらっている。持ち込み少ない利用者には、入居後に作った季節の作品を掲示したり、本人の意見を聞きながら、居心地よく過ごせる空間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を送れるように工夫している	各居室にはベッドからトイレまでの間に手すりを完備し、安全に行き来できる他、玄関の下駄箱には個々の名前を明記し、自分で靴の出し入れをすることができるようにしている。居室内はもちろんのこと、その他の共有部分においても、安全かつ自立した生活を送ることができるように、これからも快適な環境づくりに配慮していきたい。		