

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	0270101561		
法人名	一般社団法人 慈恵会		
事業所名	社団法人 慈恵会 グループホームあおいもり		
所在地	青森市大字大谷山ノ内16番地3		
自己評価作成日	平成26年11月4日	評価結果市町村受理日	平成27年2月19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	http://www.kaisokensaku.jp/02/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kan=true&JizyosyoCd=0270101561-008&PrefCd=02&VersionCd=022
----------	---

【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12月5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)】

精神科病院に併設したホームであるため、認知症の方の受入に積極的に取り組んでいる。また、状態に変化が出た場合には、主治医の診察を速やかに受けることができる。
 職員研修も内・外部共にあり、職員のスキルアップにつなげている。
 行事は月1回の食事会または外食を行っており、夏祭り、敬老会、クリスマス会等には家族の参加もあり、御家族同士や、利用者、御家族、職員との交流の場となっている。
 その他、動物セラピーや地域の方による読み聞かせ、地域住民や小学校、児童館との交流もある。

【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)】

母体が総合病院で、隣にも精神科病院が併設されていることから、利用者の日常的な健康管理や急変時の対応等、協力体制を構築し、利用者の安心・安全な生活を支援している。
 ホームでは、利用者のできる事は少しの動作でもお手伝いしていただき、利用者職員がお互いに協力し合って暮らしている。また、地域密着型サービスの役割を十分に理解して、日常的に地域住民との交流を行っている。

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 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	優しさと思いやりの気持ちを大切に、地域社会とのつながりを深め、利用者の皆様が穏やかに生活できるよう援助することを理念として、毎朝の申し送り時に復唱し、共有している。	地域密着型サービスの役割を反映させたホーム独自の理念を掲げ、毎日の朝礼時に唱和している他、ホーム内に掲示して全職員で共有している。職員は、利用者が家庭的な雰囲気の中で、穏やかで安らぎのある生活が送れるよう、理念を意識したサービス提供に努めている。	
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	月1回の外出支援に加え、他事業所や小学校の行事に参加し、地域との交流を図っている。また、ホームの広報誌の町内配布や、地域の廃品回収への参加、読み聞かせのボランティアの受け入れを行っている。	学習発表会や運動会等、小学校の行事へ参加して交流を深めている。また、地域の行事に進んで参加している他、ホームの行事に地域住民を招待し、地域住民とのつながりを大切に考え、日常的に交流が行われている。	
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、地域の人々に活用している	認知症に関する相談の窓口を設けている。地域の方へは月1回の広報誌を発行して、行事等へも参加していただき、ホームを理解していただく機会を設けている。		
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	運営推進会議の連絡は事前に行い、家族や町会長、地域包括支援センター職員等に出席していただき、各ユニットでの出来事やサービス内容を報告し、第三者としての意見をもらい、今後のサービスに反映させている。	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催しており、メンバーは広く意見を出し合い、活発な会議内容となっている。また、自己評価への取り組みや外部評価の結果も報告して意見をいただき、サービスの質の向上やより良いホーム運営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	運営推進会議の議事録や広報誌を提出し、活動内容の報告を行っている。その他、集団指導、感染症対策等の指導を受けている。また、市社協や生活保護の担当者の来訪の際は相談等を行っている。	地域包括支援センター職員が必ず運営推進会議に出席しており、ホームの実情を理解していただき、何かあった際は気軽に電話で相談できる関係が構築されている。	
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	身体拘束防止委員会を設置し、身体拘束の内容やケアの実践についてマニュアルを整備し、資料等で研修会を行い、身体拘束をしないケアを実践している。やむを得ず身体拘束を行う場合に備え、家族にも説明し、記録を残す体制を整えている。	マニュアルや研修等で身体拘束の弊害や内容について理解し、全職員が、身体拘束は行ってはいけないとの認識の下、日々の支援に取り組んでいる。また、やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合に備えて体制を整え、記録に関する書式も用意している。	

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	虐待防止についての内部研修を行うと共に、日常のケアの中での注意深い観察、言動や行動へ注意を払うこと等を指導している。		
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	権利擁護に関する制度についての内部・外部の勉強会に参加し、学んできた事が全職員へ伝わるよう申し送り等で報告し、情報を共有している。		
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	入退去時に契約書や重要事項説明書の説明を十分に行い、御家族等の疑問や質問を引き出すようにしている。また、ADL低下により日常生活が困難になった場合や入院が長期に及ぶ場合は、入居の継続ができない旨を御家族に説明している。		
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	苦情委員会を設けている他、玄関に意見箱を設置している。合同ミーティングやリーダー会議では、小さな出来事でも苦情になり得る可能性を意識しながら話し合っている。また、話し合った意見については運営推進会議等で反映させている。	利用者に日々寄り添い、些細なことでも話せる関係を構築し、意見の把握に努めている。ホーム内外の相談苦情窓口をホーム内に提示し、重要事項説明書にも明記して入居時に説明している他、玄関に意見箱を設置したり、苦情委員会を設けている。	
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回の合同ミーティングやユニットミーティングの場を設け、意見交換し、日頃の業務に反映させている。また、毎日の申し送りや連絡帳等で、職員に意見や提案を出してもらっている。	管理者と職員は気軽に何でも話せる関係を構築しており、出された意見を検討し、ホーム運営や業務改善に反映させるよう取り組んでいる。また、職員同士の食事会を設ける等、日頃から些細な意見も出しやすい環境づくりに努めている。	
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	職員は各委員会に必ず所属させ、責任と向上心を持って仕事に臨むよう指導している。また、年2回の健康診断とストレスチェックを行い、事後指導により受診してもらい、心身の状況を把握している。		
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	年間計画を作成し、職員個々の力量や経験に応じた外部・内部研修へ参加してもらっている。また、研修後には報告書を作成し、報告の場を設け、知り得た知識を他の職員へ伝達してもらう体制である。		

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	グループホーム協会(東青地区)に所属しており、同業者と交流する機会がある。また、近隣のグループホームや地域包括支援センター職員との交流もあり、情報交換をしている。		
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	申し込み時にホーム内の見学や説明を行っており、ゆっくり話ができる時間を設け、御家族や本人からの要望が聞けるよう、コミュニケーションを図っている。		
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	相談を受ける際は、御家族との信頼関係を築くことを意識し、関連施設との連携調整を行っている。		
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	入居時に御家族から要望を聞き、今、必要としている支援を見極め、対応している。他のサービスへの移行が必要と思われる場合は関係機関との連携を図り、速やかに対応している。		
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	清掃や調理等の家事を利用者と職員が一緒に行い、利用者の持っている可能性や潜在的な能力を引き出しながら、共に信頼関係を築いている。		
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	面会時に、利用者の身体や精神状態について、御家族に近況報告を行っている。また、月行事や誕生会への出席を呼びかけ、参加していただき、ホームでの生活のあり方を知る機会を設けるようにしている。		
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	電話や手紙での知人等への連絡を取り持ち、必要に応じて、利用者がこれまでに関わってきた人と交流ができるように支援しており、馴染みの人や場所との関係が途切れないように努めている。	入居時のアセスメントや利用者との日々のコミュニケーションを通じて、利用者がこれまで関わってきた人や馴染みの場所等を把握している。また、馴染みの美容院やお店へ出かける等、馴染みの関係を継続できるよう支援している。	

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
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	日常生活を通して利用者個々の性格を把握し、利用者同士がコミュニケーションをとりやすいよう仲介しながら、良好な人間関係を築けるように支援している。		
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	関連施設や他事業所のケアマネジャーと連携を図り、研修等で情報交換をし、必要に応じて、利用者本人・御家族の相談や支援に努めている。		
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	職員は利用者の思いや希望に耳を傾け、把握するように努めている。また、誕生会、外出、買い物等の際には、利用者の意向や家族からの情報を支援に活かしている。	アセスメントや家族・関係者からの情報を参考に、また、利用者との日々の会話や表情等からも、本人の思いや希望を把握するように努めている。意向等を十分に把握できない時は、全職員が利用者の視点に立って話し合い、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	入居時や面会時に、利用者のプライバシーに配慮しながら、御家族や担当のケアマネジャーから情報提供してもらい、これまでの利用者の状況把握に努めている。		
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	日々の生活を通して、利用者の一日のリズムを把握し、その日の状態に合わせて対応している。また、利用者のできる事、わかる力を把握し、無理なくできるように、家事や趣味活動を支援している。		
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	介護計画作成時に、利用者が自分らしく暮らし続けることができるような援助項目を挙げている。また、介護計画変更時には、変更点を連絡ノートに記入し、申し送り時に率先して伝達し、職員間の情報共有をしている。	利用者がその人らしく暮らし続けることができるよう、利用者や家族の希望や意向を確認し、全職員の意見や気づきを話し合いの上、現状に即した介護計画を作成している。また、日々のケアを通じて、利用者の状態等に変化がないか把握するよう努めている。	

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
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	一人ひとりについて、日々の暮らしの様子や身体状況等を個人記録に記入し、状態や状況がわかるよう、日付や時間を明確にしている。		
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	協力病院の受診時には職員が付き添い、受診後は御家族に報告している。また、要望があれば、御家族の宿泊にも対応できるようにしている。		
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	行事(日本舞踊、フラダンス、動物とのふれあい、手品、読み聞かせボランティアとの交流)や、運営推進会議、消防署による火災予防訓練を通して、災害時や利用者の無断外出時に協力が得られる体制を構築している。		
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	協力病院に青森慈恵会病院と青い森病院や歯科があり、受診により内服薬変更や異常があった際には、御家族に電話連絡をしている。また、急変時の協力病院への連絡・受診体制を整えている。	入居前のかかりつけ医や、利用者や家族が希望する医療機関を受診できるように支援している。母体法人が病院で、隣にも病院があることから、急変時に連絡して対応の指示を仰ぐ等、協力体制が構築されている。	
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	協力病院である青森慈恵会病院及び青い森病院の担当看護師に相談できる体制があり、必要時には連携をして、利用者が速やかに受診できるようにしている。		
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。	ケースワーカーやケアマネジャー等と頻繁に情報交換や相談を行い、病院側と御家族が話し合いをして、管理者や計画作成担当者との検討会議を行っている。		

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
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	入居前には、ホームでは重度化や終末期の対応は行っていないこと、日常的な健康管理、急変時の対応、寝たきりになった場合は他施設へ移行していただくことについて説明している。次の施設が決まるまでは関連病院に入院できるように支援している。	重度化や終末期に対応していないことを入居時に、利用者や家族に説明している。また、かかりつけ医や協力病院、利用者、家族、ホーム間で急変時の対応の話し合いが行われている。	
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	夜間の対応も含めて、緊急時のマニュアルが作成されており、協力病院の看護師からの助言により、応急手当を行っている。		
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	日中だけでなく、夜間も想定した具体的な消防訓練を年3回行っている。また、運営推進会議の委員に連絡網を配布し、消防訓練や無断外出等の訓練を行い、協力を得られる体制を整えている。	日中・夜間を想定した具体的な避難誘導策を作成して訓練を実施しており、夜間想定訓練にも利用者が参加して行われている。また、運営推進会議や町内会の広報誌を通じて、地域に非常災害時の協力体制の依頼を行っている。	
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	利用者への声がけや対応について、事業所内で勉強会を行い、日々の確認や改善に向けた取り組みを行っている。管理者は申し送り時やケア実践の場でも、利用者一人ひとりの人格尊重と利用者主体のケアを心がけている。	利用者が自分らしく、生き生きと暮らしているように、職員は穏やかな口調で、人生の先輩として尊敬の意をこめた声がけを行っている。また、個人情報の取り扱いに関する研修を行い、プライバシーに配慮したケアが実践されている。	
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	利用者が言葉で十分に意思表示できない場合でも、表情やジェスチャー等で意思を確認しながら対応している。また、食事のメニュー選びや買い物等で自己決定の機会を作るようにしている。		
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	日常生活における清掃等の家事に、無理のない範囲で参加していただき、個々の人格を尊重して、その人に合わせた対応の仕方を工夫しており、利用者と共にできる業務を考えて行っている。		

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
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	利用者の個性や希望を尊重し、外出時の衣服を選んだり、美容室での髪カットや髪染め等を行い、昔馴染みの理容院へ出かけることも行っている。		
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	栄養士が作成したメニューを提案し、利用者と共に調理の準備や後片付けをしている。食事の際には職員が可能な限り一緒に席につき、会話等をしながら食事をしていただいている。	法人の栄養士が利用者の希望や嗜好を考慮しながら献立を作成している。食事の準備や後片付けは、利用者が楽しみながら力量を発揮して、職員と一緒にっており、家庭的な雰囲気の下、食事が楽しくな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	一日の食事摂取量と水分量をチェックし、個人記録に記入し、把握している。また、不足だと感じた場合は、栄養補助食品や経口補水液で栄養分を確保するようにしている。他、禁忌食の方には代替食も用意している。		
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	口腔内の清潔保持の方法を研修等で学び、毎食後の義歯洗浄や歯磨き、うがいの声かけ、一緒に行う等、一人ひとりに合った支援をしている。		
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	一人ひとりの排泄パターンを記録し、把握した上で、ケアプランに排泄プランを取り入れ、プライバシーに配慮しながら、失禁やオムツ使用量を減らすよう、自立に向けた取り組みをしている。	排泄表に記録し、個別に利用者の排泄パターンを把握している。また、声かけや介助時等は利用者のプライバシーに細心の注意を払い、支援している。	
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	一人ひとりの排泄パターンを記録し、把握して、事前指導をしている。便秘や下痢の場合は下剤等で調整している。職員は便秘の原因や及ぼす影響を理解している。		
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	入浴を拒否する利用者に対して、声かけや対応を工夫して行い、一人ひとりに応じた入浴の支援をしている。また、入浴の時間帯や方法等は利用者の意向を取り入れている。	週2～3回の入浴日を設けており、利用者個々の状況に合わせて、清拭や足浴、シャワー浴等での対応も行っている。また、職員は利用者の羞恥心や負担感を理解した上で、適切な支援に取り組んでいる。	

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
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	一人ひとりの睡眠状態を介護記録に記入し、必要に応じて御家族や医師と相談しながら、眠剤等を調整している。また、一人ひとりの生活リズムを把握し、休息の時間に配慮している。		
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	薬の種類や用量が変更された時は、連絡ノートに記入し、申し送り時に報告している。また、薬の内容がわかる用紙をいつでも見られるように、職員室にまとめて置いている。投薬箱は職員2名で再確認し、服用時は名前と顔を確認している。		
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	一人ひとりの生活歴や力量等を把握し、利用者の役割分担(茶碗拭き、洗濯物たたみ、清掃全般、花の水やり、食事の準備等)を決めて支援している。その他、外気浴や小レクリエーション等を行っている。		
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	月1回の外出の他、必要に応じて御家族に外出の協力を呼びかけている。また、外気浴や散歩、買い物等を行っている他、御家族参加の屋外でのパーベキューやホテルでの食事会を行っている。	地域の行事や季節を感じる場所、利用者の希望する場所へ出かけ、気分転換や楽しみとなるように取り組んでいる。また、行事の際は家族にもお知らせし、参加や協力を呼びかけている。	
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	自己管理のできない方に対しては、御家族の理解を得て、3千円位までは本人の所持金としている。		
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	利用者が電話をかけたり、手紙を出す場合や、御家族や友人からの電話があった場合に取り次ぎをしている。		
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	共同生活の場にゆったりと座れるソファを置いたり、季節に合わせた壁紙等の装飾作りを一緒に行っている。また、加湿器を常備し、湿度管理に配慮している。	ソファを置いたり、利用者の手作りの作品等を飾る等して、共有スペースは家庭的な雰囲気、利用者が好きな場所で寛げる空間となっている。また、採光も心地よく、温度や湿度も毎日測定し、利用者が快適に過ごせ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
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	利用者同士の関係性に配慮してリビングの席を決めたり、一人ひとりが自由に座れるよう配慮している。		
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	入居前から使用し、愛用していた馴染みの物を御家族に持ってきていただき、自室には居心地良く過ごせるように写真等を飾り、歩行に支障がない程度にソファを置く等、心身の安定に努めている。	馴染みの物が持ち込まれ、利用者一人ひとりに合った居室となるように取り組んでいる。また、ベット等の家具は利用者に合わせて配置され、利用者にとって安心して過ごしやすい空間となっている。	
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	居室やトイレ等の場所間違いを防ぐために目印を設置したり、要所には手すりを取り付け、車椅子対応の洗面所やトイレを設置し、自力でできるよう支援している。		