

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	0292500147		
法人名	社会福祉法人 優希会		
事業所名	グループホーム やまゆり		
所在地	青森県上北郡東北町大字大浦字唐虫沢44番地100		
自己評価作成日	平成29年8月4日	評価結果市町村受理日	平成29年11月28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	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成29年9月29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)】

「家庭的な雰囲気」の中でゆっくり・ゆったり過ごせ、尊厳のある生活・生きがいのある生活・生きがいの発見・心身の安心・地域とのつながりを大事にし、生活の質の向上に繋がっています。
 終末期や重度化に対する指針を整え、それぞれの家族や本人の希望に応じた最善のケアを提供できるように取り組んでいます。

【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)】

ホームは辺り一面に畑が広がる、のどかで閑静な場所に立地しており、モダンな外観も周囲に馴染むよう、配慮された色調・造りとなっている。
 大ホールからは農作業の風景や木々の彩の変化が眺められ、利用者は季節を感じることが出来る。
 また、食事の喜び・充実を重視し、献立委員会や調理専従職員が組織されている他、敷地内に菜園を設け、利用者と職員がたくさんの食物を作って食する等、より食事を楽しめるような工夫がなされている。

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	地域密着型サービスの役割を反映させた理念を作成し、事務所に掲示して、全職員で理念の理解・共有に努めている。利用者が慣れ親しんだ環境で、家族や地域住民と関わりながら生活を継続できるように、理念に沿ったサービス提供に努めている。	ホームでは独自の理念5ヶ条を掲げており、職員が折に触れて確認できるよう、事務室内に大きく掲示している。管理者及び職員は地域密着型サービスの役割を理解しており、地域とのつながりを大事にしながら、利用者が尊厳ある生活ができるよう、日々、理念を反映させ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	職員と利用者が一緒にクリーン活動や行事に参加する等により、地域の一員として交流している。また、法人内のデイサービスや介護予防の利用者と花壇作りをしたり、保育園行事に参加して交流を図っている他、認知症への理解を働きかけている。	町内会へ加入し、地域の一員として、祭り等の行事や清掃活動へ参加している。また、保育園児との交流やボランティアの受け入れを行っている他、花壇作りやそば打ち体験等も行いながら、積極的に地域とのつながりを作っている。	
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	運営推進会議に役場職員や民生委員等が参加し、地域の認知症の方々の色々な問題の相談等に関わっている。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、利用者や家族、民生委員、役場職員が参加している。会議ではホームの状況報告や意見交換、メンバーからの情報提供があり、サービスの質の確保・向上に繋げる努力をしている。ホームの看板や玄関がわかりにくい等の意見を反映させ、新たに看板を設置して改善を行った。	利用者や家族、地域代表者、有識者、行政職員、ホーム職員がメンバーとなり、2ヶ月に1回、運営推進会議を開催している。会議では、必須の議題をヒヤリハット報告や環境整備面等とし、毎回有意義な意見交換を行っており、出された意見はサービスの質の向上に役立っている。	
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	運営推進会議には毎回、町役場担当課職員の参加があり、報告や情報交換を行っている。利用者の状況や運営状況等も理解していただきながら、連絡や相談をしやすい関係を構築している。毎月、役場福祉課から相談員が来訪し、利用者から悩み等を聞き、結果を受けている。	役場の担当課職員が運営推進会議のメンバーである他、介護相談員が毎月来訪することから、些細な事でも行政に確認や報告がしやすい環境にある。また、物盗られ妄想への対処等について助言をいただく等、必要に応じて連携を図りながら、課題解決に取り組む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	内部研修等で理解を深め、委員会を中心に、身体拘束を行わない姿勢で日々のケアに取り組んでいる。外出傾向の利用者には納得するまで付き添い、無断離所には玄関のセンサーで察知できるように工夫している。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、記録等に残す体制を整えている。	居室や玄関への施錠はなく、外出傾向があれば、利用者が満足するまで付き添う他、センサー感知で対応する等、利用者が自由に暮らせるように支援している。また、職員は研修への参加等により、日頃のケアと意識を再確認するように努めている他、必要に応じて身体拘束委員会で対応を検討する体制も整えている。	
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	内部研修等で虐待について勉強会を行い、全職員が理解を深めている。また、虐待を決して行わないという意識を持ち、日々のケアを提供している。		
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	内部研修等で勉強会を開催し、理解を深めている。必要に応じて本人や家族へ情報提供し、サービス利用に繋げる支援を行っている。		
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	サービス利用の契約の際に、事業所の指針等について説明し、利用者の同意を得ている。また、退去時には家族の希望に沿えるように、情報提供や支援を行っている。		
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	利用者や家族が意見や要望を出しやすいように働きかけ、出された意見は会議等で話し合い、可能な限り叶えられるように取り組んでいる。出された意見を基に、リハビリのために外部の理学療法士に来てもらった実践例がある。また、ホーム便りを発行し、利用者の暮らしぶりを家族に報告している。	職員は日頃の会話の中で、利用者の意見や要望等を把握するように努めている。家族からは面会時の聞き取りの他、毎月の請求書送付時にも呼びかけ、意見等の把握に努めている。また、毎月来訪する介護相談員が利用者から聞き取った意見や要望等も確認し、ホームの運営等に反映させるように努めている。	
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	職員は月1回の会議で意見を出し合い、出された意見は管理者から法人の代表者へ伝えられ、運営に反映される仕組みとなっている。職員の休日や有給休暇の希望にも配慮している。	ホームでは職員の意見を日頃から伝え合えるよう、申し送り書等を活用している。また、毎月の職員会議では、利用者やホームの運営に関する事等を話し合い、職員から出された意見を、必要な見直しや業務の改善に活かせ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
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	福利厚生が充実している。定期的に職員との食事会を開催したり、外出レクリエーション時には職員の金銭的な面にも配慮し、負担にならないようしている。また、資格習得のための支援を実施し、研修受講のための勤務調整、休暇付与、受講料の一部免除を行っている。		
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	法人内外の研修を受ける機会を確保し、日々のケアに活かせるよう、全職員に周知している。また、職員一人ひとりのケアの力量等を把握している。		
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	地域密着型連絡会において、また、座談会や事例検討会等の活動において、情報交換や意見交換を行い、サービスの質の向上に取り組んでいる。		
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	初期の段階で、まず施設見学をしていただく。困っている事や不安に思っている事等を傾聴しており、問題解決に努め、安心していただけるように努めている。		
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	初期の段階で、困っている事や不安に思っている事等の要望を傾聴し、相談にのりながら、不安なく利用していただけるように努めている。		
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	初期の段階で、家族や本人、担当ケアマネジャーや利用していたサービス機関からも情報提供をしていただき、ニーズを見極め、サービスの利用に繋げている。		
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	日常生活の中で、利用者の残された能力を見極めており、掃除・茶碗洗い・洗濯干し・洗濯たたみ・テーブル拭き等の役割を持っていただき、職員と一緒にいる。		

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	面会時に本人の状況を報告している他、必要に応じて電話でも報告等を行っている。		
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	家族からの情報の他、利用者の意向等を日々の生活の中から聞き取りをして、把握に努めている。また、行事の時は家族へ参加の声かけを行い、一緒に過ごしていただくように支援している。馴染みの美容院に行けるように、職員が同行支援を行う等、馴染みの交流を継続できるように取り組んでいる。また、外泊希望者の送迎も支援している。	入居時の聞き取りや日々の関わりの中で、利用者の行きつけの場所や親しい知人等を把握しており、利用者や家族とも相談しながら、関係性の継続支援に努めている。また、希望に応じて、外出や外泊の支援、電話連絡の仲介等を行い、可能な限り利用者がこれまで関わってきた人との交流を継続できるように努めている。	
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	利用者が孤立しないように職員が間に入り、利用者同士が円滑な信頼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	家族より相談があった場合は、サービス終了後も相談にのっている。また、必要に応じてサービス機関を探す場合もある。		
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	入居時のアセスメントや入居後の生活の中から、利用者とのコミュニケーションを通して、思いや意向、希望を把握するように努めている。職員は利用者寄り添い、安心感が得られるように努めると共に、表情・言動から思いを汲み取り、担当者会議で話し合っている。また、選挙時は投票所に出かけ、投票できるように支援する等、利用者の意向に沿った支援に取り組んでいる。	職員は利用者の日頃の言動や家族からの情報等を基に、利用者の思いや意向の把握に努めている。また、職員は日頃から観察力の向上に努めており、意向の把握が困難な場合でも、利用者の表情の変化を見落とさず、思いや意向を汲み取るようにしている。	
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	その方の生活歴や暮らし方、環境についての情報を収集し、その人らしい支援ができるようにしている。		

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
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	入居時の情報や家族からの聞き取り、または入居後の日々の観察等により、個々の状態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	担当者を中心に、職員の気づきや申し送りでの情報を基に全職員で話し合い、家族の意見や希望も取り入れ、利用者本位の介護計画を作成している。状態に変化がなければ、3ヶ月毎の見直しをしている。利用者の状態の変化時や家族の希望に変化がある時は、随時見直しを行っている。	カンファレンスで全職員で話し合い、職員の気づきや申し送り書の記述、利用者や家族の希望を加味した介護計画を作成している。また、3ヶ月毎のモニタリングを行い、必要に応じて随時見直しを図りながら、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	毎日の申し送りや記録にて情報共有をしている。また、担当者会議で利用者の状況を話し合い、計画書に反映させている。		
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	その都度話し合いを行い、一人ひとりのニーズに柔軟に対応できるように努めている。		
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	地域のボランティアの受け入れや、運営推進会議に地域の民生委員に出席していただき、交流や地域資源の把握に努めている。		
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し、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	かかりつけ医を把握し、職員が受診介助を行っている他、検査等がある時は家族にも同行をお願いしている。受診後、特に変わりがなければ、面会時に報告している。変化がある時には電話で報告をしている。また、健康状態に不安がある時には、近隣にある法人のデイサービスの看護師に相談できる体制を取っている。	利用者のこれまでのかかりつけ医を把握し、継続して受診できるように支援している。ホームでは、受診支援が利用者や家族にとって安心材料となるよう、状況提供と結果報告を正確に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
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	協力医療機関や法人内のデイサービスの看護師に相談し、利用者個々が適切な受診をでき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。	入院時は医療機関に情報提供を行い、家族との連携を図りながら、状況の把握や相談にのっており、安心して治療を受けられるよう、早期退院に向けた支援を行っている。		
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	「利用者の重度化及び看取り介護に関する指針」を掲げ、重度化や終末期に対応していることを入居時に家族に説明している。職員は問題や不安な事はミーティング等で話し合い、ユニット会議で共有する仕組みがあり、終末期についての研修や勉強会で理解を深めている。これまでもホームで看取りを行っている。	ホームでは重度化や終末期の対応を行っており、入居時に家族へホームの方針を説明している。また、必要時には早い段階から、医療機関、職員、家族で連携を図る必要性も認識しており、定期研修や勉強会により体制を整備している他、職員のメンタルケアも重要と考え、プログラム化している。	
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	利用者の急変時に備え、AEDを備えている。また、応急手当や初期対応に備えてマニュアルを作成し、訓練や講習を行っている。		
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	年2回の避難訓練を行い、安全に避難できる方法を身につけるように取り組んでいる。また、災害発生時に備えて発電機を設置し、食料・飲料水を備蓄している他、簡易トイレ・オムツ・布団・カセットコンロ等も準備して、点検・補充しながら、適切に管理している。	年2回、避難・誘導・通報の訓練を行っており、その内1回、消防立ち合いで実施している。ホームでは災害発生時、緊急連絡網により職員へ周知され、急行・対応する流れを確立している。	
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	職員は利用者を「さん」付けで呼び、介助時は自尊心を傷つけないような声かけをしている。また、守秘義務や個人情報の取り扱いにも十分に配慮している。	職員は年長者を敬う意識、姿勢を忘れないように心がけ、利用者の呼称は「さん」付けで統一し、日々のサービス提供に取り組んでいる。また、ボランティアの受入れ時にも同意書を必須とし、個人情報の取り扱い等に配慮している。	

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
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	利用者個々の希望を尊重している。また、日々の生活の中で、利用者が思いや希望を表出したり、自己決定しやすいような働きかけを行っている。		
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	各利用者の残された能力を見極めながら、本人の希望に合わせた生活を支援している。茶碗洗い・掃除・洗濯物干し・洗濯物たたみ・散歩・日光浴等、希望に合ったケアを心がけている。		
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	着る服の選択や髪染め、パーマ等、美容院を利用できるように支援している。		
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	季節の食材や畑で収穫した野菜等を使い、手作りの食事を提供している。刻み調理やお粥等、その人に合った食事を提供している。食事は彩りよく盛り付け、職員も利用者と一緒に食事を楽しんでいる。	食事が利用者の喜びとなるよう、菜園で野菜作りをして食したり、苦手なメニューへは代替食を提供している。また、職員も一緒に食卓に着き、会話をしながら食事を摂っている他、食事の準備等も利用者と職員と一緒にやっている。	
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	利用者一人ひとりに応じた量・栄養バランス・水分量・塩分量・嗜好等に配慮している。代替食品も用意して提供している。また、一日の水分量をチェック表にて把握し、水分制限や脱水に配慮している。		
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	1日3回、食後の口腔ケアを実施している。自力でできない所は介助にて行っている。状態に応じて、歯科受診、または往診していただく。		
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	利用者の排泄状況を記録してパターンを把握しており、職員間で連携しながら誘導する等、排泄の自立に向けた支援を行っている。また、夜間に関しては、睡眠の確保を優先しており、オムツの使用についても家族に説明し、了解を得ている。	排泄状況の記録・把握から事前の声かけ誘導に結びつけることで、排泄の自立支援に取り組んでいる。また、失禁時においても、職員の優しく、さりげない声かけが、利用者の安心感につながるよう努めている。	

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
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	個々の排泄パターンを把握し、水分量の確保や適度な運動を取り入れて対応している。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	利用者の入浴習慣を把握しており、午後の時間帯に週2回は入浴できるように声がけし、羞恥心や負担感、安全に配慮した支援を行っている。また、入浴の拒否に対しては無理に勧めず、次の日にずらす等、柔軟に対応している。	基本的に週2回の入浴とし、本人本位で都合の良い日に移行できるように支援している。また、負担軽減のため、主としてリフト浴としており、好みの入浴時間や介助者の対応となるように支援している。	
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	レクリエーション等、日々の活動を多くするようにしている。午後は、入浴やそれぞれのペースで過ごしていただき、夜間に安心して眠れ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	利用者毎に薬の説明書をファイルしており、いつでも確認できるようにしている。服薬時は必ず職員間でダブルチェックし、名前・日付・朝・昼・夕の確認をしてから口の中に入れ、飲み込みまでの確認をしている。		
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	利用者の残された能力を見極めて、それぞれに合った役割をしていただいている。		
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	天気に合わせて、散歩や外気浴、菜園作りや山菜採り等で外に出て、利用者の気分転換を図っている他、希望を取り入れて、外食やドライブに出かけている。家族に行事の参加を呼びかけたり、外泊の希望についても、家族の協力を得ながら支援している。また、買い物希望がある時には、近隣の商店へ行く支援を行っている。	敷地内の菜園へ出たり、周辺の山林で山菜採りをする等、日常的に外出や散歩を行い、利用者の気分転換を図っている。また、3ヶ月に1度程度の外出行事により、リンゴ狩りや買い物、外食を楽しめるように支援している他、外出行事の際は家族にも参加を呼びかけている。	

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
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	お小遣いを預り、外出の際に使ったり、自販機で好きなジュースを購入したり、支援を行っている。		
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	手紙のやり取りができる利用者については、手紙を預かり、職員はポストに投函する支援を行っている。手紙が書けない人には電話での支援を行っている。		
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	ホールには畳があり、利用者がお気に入りの場所で外を眺めたり、テレビを観て寛げるようになっている。また、季節の花や手作りの作品で季節感を取り入れる工夫もしている。	2つの棟からの中間部に緩やかな曲面の大ホールが配置され、事務スペースと調理場から、職員の見守りができる造りとなっている。また、一日の多くをホールで過ごせるように、テーブルと畳のスペースがある他、天井が高く、床暖房の温もりが快適さを感じさせる。	
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	相性の悪い利用者は座る場所に配慮し、トラブルにならないように配慮している。廊下に長椅子を設置して、ゆったり過ごせるような雰囲気作りをしている。		
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	備え付けのベッド・整理タンスは好みに応じて設置している。馴染みの物を持ち込んでいただくよう、家族に働きかけている。毛布・ぬいぐるみ・花・机・椅子等の持ち込みがあり、写真や作品を飾ったり、ベッドやタンスの位置を好みの位置に変える等、それぞれに合った居室作りを行っている。	居室の広さと色調から、落ち着きと衛生的な印象を受ける。また、それぞれ好みのレイアウトでベッドやタンスが配置されており、利用者が心地良く過ごせるように配慮されている。	
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	施設内はバリアフリーで、手すりも設置しており、安全に移動することができる。目印は個々に合わせて表示を付ける等、工夫している。		