

1 自己評価及び外部評価結果

事業所番号	0272200247		
法人名	社会福祉法人 嶽陽会		
事業所名	グループホーム パインの森		
所在地	青森県弘前市大字百沢字小松野87-173		
自己評価作成日	平成23年6月15日	評価結果市町村受理日	平成23年10月13日

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、閲覧してください。(↓このURLをクリック)
(公表の調査月の関係で、基本情報が公表されていないこともあります。御了承ください。)

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	青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ2階
訪問調査日	平成23年8月23日

(ユニット名)

【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)】

事業所所在地が豪雪地域である為、春から秋に外出を多く行っている。また、ドリカム(夢を叶える)と称し、本人、担当職員、家族の協力を得て、行ってみたい所、やってみたいことなどを協議して実施している。昨年度は夫の命日に墓参り、宵宮に自宅で過ごしたい、寿司を食べに行きたい、昔の職場に行きたい、娘と食事がしたい、大きいお風呂に入りたい等、利用者の希望をかなえ、実施している。

【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)】

ホームでは「あなたはホームで夢が実現できます!」「職員は利用者の夢実現にお手伝いします!」を「ドリカム(夢を叶える)」と称し、利用者の生きがいある生活の支援を行っている。また、スーパーバイザーによる事業所のサービス内容の評価事業を行っており、評価所見を「スーパーバイズ報告」として当該事業所に還元し、職員や提供サービスの質の向上へ取り組んでおり、ホームで発生した事故についても、発生経緯や再発防止策等を詳細に記録し、職員間で共有し、リスク管理を行っている。

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ます (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ったり深まり、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

※複数ユニットがある場合、外部評価は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

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	
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	<p>○理念の共有と実践</p> <p>地域密着型サービスの意義を踏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</p>	<p>理念は普段より玄関、リビングに掲示しており、利用者や家族、職員、誰でも見られるようにし、利用者にもわかりやすい内容を掲げている。</p>	<p>管理者及び職員は地域密着型サービスの役割を理解し、毎日のミーティングや勉強会等で地域との関わり方について話し合いをしている。また、「夢をかなえたい」を理念に掲げ、利用者の希望や意向に沿ったサービス提供に努めており、朝礼や夜勤引継ぎ時に理念を唱和している。</p>	
2	(2)	<p>○事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>地区の行事や保育園、小学校の行事へ参加したり、地区住民からりんご狩りへ招待される等、交流を行っている。</p>	<p>職員は地域との交流目的、必要性、地域で果たすべき役割を理解しており、日頃から町内の催し物に積極的に参加し、利用者と地域住民との交流を支援している。また、地域住民への認知症に関する理解を促し、実習生・ボランティアの受け入れも行っている。</p>	
3		<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>利用者の作成した籠や折り紙等の作品を弘前地区作品展へ出品している他、百沢町内への法人広報紙の配布、隣接する特養ホームと合同の地域交流会等により、地域の人々にホームの取り組みを理解してもらうよう努めている。</p>		
4	(3)	<p>○運営推進会議を活かした取組み</p> <p>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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</p>	<p>2ヶ月に1回開催し、利用者の状況及び活動報告をしている。また、その場で行われた意見を日々のサービスに取り入れており、会議内容はホーム内に掲示している。</p>	<p>2ヶ月毎に開催される会議には、利用者や家族の他に、市職員や地域包括支援センター職員、民生委員等が参加している。その際、避難訓練や地域住民との交流活動の様子をはじめ、外部団体の施設訪問受入や自己評価及び外部評価結果等の報告をしている。また、会議の内容は前年度分も含めてホールに掲示し、透明性の確保とサービスの質の向上に努めている。</p>	
5	(4)	<p>○市町村との連携</p> <p>市町村担当者とは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</p>	<p>包括支援センター主催のネットワーク会議に参加したり、また、包括職員も推進会議に毎回参加し、情報提供やホームの実態把握に協力していただいている。</p>	<p>主に地域包括支援センターを窓口にして市との連携を図っており、ネットワーク会議には知的障害者施設関係者等も出席している。権利擁護やケア困難事例の照会の他、事業所の運営や推進会議の内容、自己評価及び外部評価結果等の報告を行っており、1年に4回発行している広報誌は百沢地域全戸に配布している。</p>	

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)	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる</p>	<p>法人全体で身体拘束は行わないことを前提にケアを行っている。事業計画の中にも記載し、研修も予定している。</p>	<p>身体拘束の弊害については会議や勉強会を通して理解を深め、法人全体で研修も予定している。また、利用者と家族にも運営規程や重要事項の説明の際、身体拘束を行わない旨説明し、同意を得て記録している。ホームは夜間以外は施錠せず、職員は利用者の外出傾向を察知し、広い施設内を1周する等、気分転換できるよう支援している。万が一無断外出のあった際も民生委員等、住民からの協力が得れるよう体制を整えている。</p>		
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>事業計画の中に研修を毎年取り入れ、勉強する機会を設けている。</p>			
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>毎年地域包括支援センターに講師を依頼し、研修会を実施している。</p>			
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>契約の際に説明は行っているが、年月が経つと忘れる為、年1回個別懇談を行い、家族に疑問点がないか確認し、質問や意見を確認するようにしている。</p>			
10	(6)	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>家族の毎月の面会時に広報紙を渡し、その際に意見等を伺うようにしている。また、玄関に苦情意見箱を設置しており、重要事項説明書には相談や苦情申し立てが出来る旨明記している。</p>	<p>重要事項説明書等に苦情や意見等の申出ができることを明記しており、苦情意見箱を玄関に設置している。また、利用者のホームでの暮らしぶりや受診状況等を毎月の支払いや面会時に報告し、年1回の利用者家族との個別面談時にも要望等の把握に努めている。</p>		

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	
11	(7)	<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>会議の場や内部研修の際に意見を述べたり提案が出来る場を設けている。</p>	<p>ホームでは、利用者に提供するサービスの重点目標を毎年設定し、運営向上に関する内部研修でも職員からの意見表出の機会を設けている。また、職員育成面においては、研修へ参加するための資金援助や資格取得への有休による支援を行っており、優良サービス提供事業所の見学や正職員への登用等も行っている。</p>		
12		<p>○就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>年2回の人事考課を実施し、日々の勤務状況を賞与等へ反映させる等、向上心につながるよう取り組んでいる。また、資格取得も奨励し、正職への登用につなげている他、法人にてキャリアパスを設け、一人ひとりが到達するレベルを明らかにしている。</p>			
13		<p>○職員を育てる取組み</p> <p>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</p>	<p>内部、外部の研修へ参加し、復命書等にて内容についての情報を共有している。</p>			
14		<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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組みをしている</p>	<p>法人内に他にグループホームが3ヶ所あり、普段から情報交換を密に行っている。また、地区のグループホーム協会に加入し、情報交換を行っている。</p>			
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援						
15		<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居前にホームの見学ができ、事前に本人や家族と面談し、直接意向を確認するよう努めている。また、信頼関係を築く為にも家族、担当ケアマネの協力を仰ぎ、本人が安心して生活出来るような取り組みを行っている。</p>			
16		<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居前にホームの見学ができ、事前に家族や本人と面談し、直接意向を確認するようにしている。また、入居前に重要事項説明書にて説明しながら、本人の状態や困っていること、質問等にも答えるようにしている。</p>			

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	
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	相談があった場合は、担当ケアマネと一緒にこれまでの状態を確認しながら協議し、本人がより良いサービスを受けられるよう努めている。			
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	本人の生活歴を把握し、本人の生活を重視し、出来ることを職員と一緒に見つける取り組みを行っている。また、新しい事へチャレンジできるよう支援している。			
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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1回は面会をお願いし、直接家族に利用者の状態を報告し、家族からの要望や意見も伺うようにしている。			
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	家族、知人等との関係が継続出来るよう支援している。また、病院も入居以前のかかりつけ医への通院が継続出来るように支援している。	職員は家族等から利用者の詳しい生活歴や社会歴を聞き、ホームでの人間関係をはじめ、穏やかに生活できるよう支援している。また、廊下でつながっている法人の他施設へ歩行訓練を兼ねて行き来し、利用者同士で交流し、社会性の維持を図っている。		
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	利用者同士の関係を把握し、孤立しないように職員が間に入り、支援している。また、共同で作品作り等を行い、支え合えるような支援を行っている。			
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や支援が必要な場合の体制を整えている。また、本人や家族の経過のフォローにも努めている。			

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	
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	利用者と担当者が話し合い、本人の夢を叶えるような取り組みをしている。また、担当者は本人の意向を十分に汲み取るように努めている。	地域住民との交流や外部ボランティアによる紙細工教室等を通じ、利用者一人ひとりが自分らしく、自らの夢を実現できるように支援している。また、家族や知人からも情報収集して意向の把握に努めており、ドリカム(夢を叶える)と称し、1年に一度好きな所に行けるように支援している。		
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	利用者本人や家族から、生活歴や趣味を把握するように努め、普段の活動や生活に活かしている。			
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	日々の生活の中から、利用者の生活リズムや出来ることを見つけ、新しいことにチャレンジすることで新しい発見が出来るように取り組んでいる。			
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	本人の意見や希望をはじめ、家族の意見や職員の気づきも取り入れた上で、現在の利用者本人に必要なことを明らかにし、介護計画を作成している。	毎日のミーティング等で担当職員の意見を聞いたり、全職員で日常生活の中で変化がないか観察し、一人ひとりに合わせて介護計画を作成している。また、3ヶ月に1回は話し合い、6ヶ月に1回計画の見直しを行っており、家族の意見も反映させたものとなっている。		
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	担当者による毎月の利用者の状態のまとめと、計画作成者によるモニタリングによって、見直しを行っている。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 (小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載) 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	車椅子利用者が帰省する際の送迎は、早期に相談してもらうことで対応し、宿泊を希望する家族の寝具や食事の提供も可能である。			

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
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	家族や包括支援センター、保育所、小学校等、地域との交流を行いながら、協力体制のもと、安全で豊かな生活が出来るよう支援している。		
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、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	利用者本人や家族が希望する医療機関を受診し、適切な医療を受けられるように支援している。	これまで利用者の多くが母体の施設を利用しており、受診状況は把握されている。また、通院や受診結果については、毎月発行している連絡帳以外にも、その都度、電話で連絡するようにしている他、個別記録等により職員間での共有が図られている。	
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	週1～2回、隣接する事業所の看護師が訪問し、バイタル測定をしながら状態の確認をしており、職員へ相談やアドバイスをしている。また、病気や感染症等についての勉強会を利用者や職員に行っている。		
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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	医師や家族、ケアマネと情報交換をしながら、本人や家族にとってより良いケアになるように協議している。		
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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	医療連携体制を整え、看護師とも24時間協力体制がとれている。また、年1回家族と個別懇談を行い、終末期の方針について毎年確認している。	利用者の重度化や終末期の対応について入所時に家族へ説明し、同意を得ている他、年1回の個別面談でも確認している。また、職員は研修等を通じて対応を学び、全職員で身体状況の変化を見逃さず、迅速に対応できるよう、医療機関や家族との連絡方法等、体制を整えている。	

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	
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	緊急時や事故発生時に備えたマニュアルがあり、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	年2回、利用者も参加した避難訓練を行っている。また、災害時に備えて非常食も準備し、地域住民との協力体制も出来ている。	昼夜を想定した避難誘導策や対応手順、役割分担を定めたマニュアルを作成しており、警察や消防からの協力が得られるように働きかけている。また、土石流災害をも想定して避難訓練を年2回実施し、併設特養職員と毎夜勤前に災害時の対策を確認している他、ホームの屋根に設置した大型スピーカーから近隣へ災害警報を鳴らしたり、他施設や地域住民との協力体制が整えられている。		
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	常に相手の立場に立った声掛けや対応を心がけている。また、他事業所へ定期的に交換実習へ行き、勉強している他、毎年スーパーバイズを実施している。	職員は研修等で認知症や個人情報の取り扱い等を学び、毎日のミーティングや月に1回の会議で対応について話し合いの場を設け、利用者の呼称についても、意思の確認ができる人には希望に沿った呼び方をしている。また、排泄介助時は羞恥心に配慮している。		
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	ドリカム(夢を叶える)を行い、ショッピングや外食も定期的に行って、選ぶ楽しみ等を支援している。			
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	生活歴、趣味、得意分野を把握し、その人らしい生活が出来るように支援している。			
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	外出時には洋服を選ぶ支援をしたり、毛染め等を希望する人への援助も行っている。			

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	
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	嫌いな物がある場合は代替食を提供し、同じ食材でも利用者から希望があった場合はメニューを変更している。また、食材切りや配膳、食器拭き等を一緒に行っている。	献立と食材の納入は本部の栄養士が行い、職員は利用者の好みに合わせて調理し、配膳・下膳等を利用者と一緒に行っている。食事時のBGMに、朝は民謡、昼はクラシック、夕方は童謡を流し、生活のメリハリを意識し、職員は利用者の食べこぼし等をさり気なく支援しながら、和やかな雰囲気と一緒に食事を摂っている。		
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	栄養士が栄養バランスを考えた献立を作成しており、午前と午後におやつと飲み物を提供し、水分の確保に努めている。			
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	毎食後歯磨きの声掛けや援助を行っている。また、外出から帰った際もうがいの声掛けをし、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	排泄表をつけて便秘への対応をし、トイレへの声掛けの援助をしている。また、排泄の訴えのない人にも定期的なトイレ介助にて排泄を促している。	職員は利用者の排泄表を記録して状態の把握に努めており、排泄のサインを見逃さないようにしている。これまで、紙おむつから布パンツに変更した利用者もあり、排泄の自立に向けた取り組みが行われている。		
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	排泄表をつけて早めに牛乳や多めの水分補給、腹部マッサージ、運動等を促し、出来るだけ薬に頼らない援助を心がけている。			
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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	一人で入浴出来る利用者が入浴を希望する場合は、ほぼ毎日入浴ができ、必ず職員が見守りをするようにしている。	職員は家族から利用者の入浴習慣や好みを聞き、希望に応じて、ホームの天然温泉に毎日入浴できるように対応している。また、入浴を拒否する利用者には状況をみながら声がけを工夫し、入浴時は同性が介助して、利用者の羞恥心に配慮している。		

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	
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	日中を活動的に過ごすことにより、夜間の安眠につなげているが、食後の臥床や、休息の時間を設け、疲れない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	服薬の処方箋を常にファイルして、いつでも確認出来るようにしている。中には食品と合わない薬もあるため、常に職員同士で確認している。			
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	農家出身者が多いため、菜園づくりや花を育てるなどの支援をしている。また、これまで日常的に行っていた家事全般についても一緒に行い、支援している。			
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	外出行事を計画し、天気をみてドライブに出掛けたり、買い物等の希望がある際は出来るだけ対応している。	職員は利用者の身体状況を考慮し、事前に交通状況やトイレの場所等を確認した上で、日常的に外出支援を行っている。また、家族の協力が困難な場合は母体の特養施設から看護師が付き添いをし、ショッピングセンターで日用品を買い物したり、墓参りや水族館見学をする等、利用者の安全に配慮し、満足できるよう支援している。		
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	少額でも自分のお金を持つことで安心する利用者もいるため、家族と話し合い、その人に合わせて所持できるように支援している。また、ショッピングでも嗜好品等を購入出来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	
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	家族が遠く離れて生活している場合は、定期的に電話で連絡が取れるように支援している。			
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	リビングには家庭でも使用しているような応接セットやテレビを置き、日中はリビングで過ごす習慣がつくように援助している。	食堂兼リビングの大きな広い窓からは木々の緑が望め、身近に季節の移ろいを感じることができる。また、施設内は空調設備によって快適で、テレビや音楽の音量は適度であり、利用者同士の語らいと良好な関係構築のための空間づくりに配慮している。		
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	リビングと食堂が一緒になっているため、テレビ視聴をしたり、手工芸、会話を楽しむ等、一人ひとりが自由に過ごせるように支援している。			
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	居室にテレビを持参したり、テーブルの設置や写真を飾る等、一人ひとりが過ごしやすいようにしている。また、位牌を持ってきている人には毎朝、ご飯とお茶をお供えする等、支援している。	居室には、利用者が長年慣れ親しんできた家族の写真や位牌等を思い思いに飾っており、窓から木々の緑が望める。また、利用者間の洗濯物のトラブル防止と日常生活機能の維持を目的に、各居室に物干しを設置している。		
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が送れるように工夫している	洗濯物を自室で乾かせるよう支援をしている他、対面式の台所で一緒に食事の準備を行っている。			