

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	0270301039		
法人名	医療法人 平成会		
事業所名	グループホームりんごの家		
所在地	青森県八戸市湊高台2丁目6-4		
自己評価作成日	平成26年8月31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	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)】

<p>地域交流が多く、近隣の方々との接触も多い。 また、外出先(特に飲食店)での理解も得られており、声をかけられることが多い。 家族交流の機会もあり、スタッフとご家族とのコミュニケーションも良好である。</p>
---

【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)】

<p>「地域に根差した施設の運営を目指す」を目標に掲げ、利用者一人ひとりの個性や能力を活かすと共に、その人らしい生活ができる家庭的なホームづくりに、日々取り組んでいる。また、町内会へ加入して行事等に参加する等、近隣との交流の場を通して、ホームを理解していただく働きかけを行っている。事業所母体が医療機関であり、緊急時の体制が整えられ、環境に恵まれていることから、利用者や家族が希望する医療機関での受診を支援し、看護師も配置している。また、定期的な職員会議や個人面談等、職員の意見を聞く機会を設けている他、職場内外の研修会への参加等を通じて、職員の資質向上にも取り組んでいる。</p>
---

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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、安心して暮らせている (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
<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	スタッフが各自の名札の裏に、理念を掲載したものを携帯している。入口付近にも掲示している他、スタッフルーム内に基本姿勢も掲示している。また、ケアプランに反映されるよう、カンファレンスを行っている。	地域に根差したホーム運営を目指し、利用者や地域への思いを込めた独自の理念を掲げている。また、理念はホーム内の目に付きやすい場所に掲示している他、職員は名札に入れて携帯し、折に触れて理念を確認しながら、日々、実践につなげている。	
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。	運営推進会議には町内会から参加を得ており、町内会への加入もしている。イベントへの参加や季刊紙の配布等も積極的に行っている。	日頃から近隣を散歩し、商店に立ち寄って一休みさせていただいたり、挨拶を交わす等、地域とつながりながら生活をしている。また、町内会に加入し、地区のゴミゼロ運動や運動会等に参加して地域住民との交流を図ると共に、季刊誌を配布してホームを理解していただくように働きかけている。	
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	季刊紙の中に必ず認知症に関するトピックスを載せて、読んでいただいている。また、地域行事に参加し、理解をしていただいている他、キャラバンメイトとして、認知症の理解に向けて活動している。	/	/
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回開催される会議を利用し、日々の活動報告を行い、問題点の話し合いや相談も行っている。また、地域にこちらから貢献できる事の話合いもなされている。	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催しており、町内会長や協力員、家族等の参加を得ている。会議ではホームの運営状況や自己評価及び外部評価結果等を報告し、メンバーから意見や要望を出していただき、意見交換を行う等、質の確保につながるよう取り組んでいる。また、ホームとして地域に貢献できる事は何か、常に心に留めて取り組んでいる。	
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	運営推進会議や外部評価、情報提供書等の記録は、市へ提出しており、運営推進会議に参加していただいた際には助言も受けている。利用者に関する相談も必要時に行っている。	行政に自己評価及び外部評価の結果等を報告している他、運営推進会議にも参加していただき、ホームの実態を理解していただいている。また、必要に応じて相談したり、助言をいただける体制となっており、日常的に行政と連携を図っている。	

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
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	委員会が設置され、マニュアルも整備されている。拘束廃止に関する標語を掲示し、職員のみでなく面会者にも理解していただくようにしている。玄関の施錠については、ご家族からの要望が大きいため実施しているが、利用者の状況をみながら、戸外へ連れて行っている。	身体拘束のマニュアルが整備されており、研修会等を通じて理解を深め、身体拘束を行わないという姿勢で日々の支援に取り組んでいる。また、施設内の死角部分には鏡等の設置による工夫がなされる等、見守り体制を図ると共に、利用者には外出傾向が見られる時は散歩を取り入れて対応している。	
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	カンファレンスで話し合うと共に、学習会を設けている。マニュアルの見直しも行いながら、注意喚起をしている。		
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	学習会を利用し、知識を持ち、ご家族が必要とされる時には情報提供している。		
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	契約時には、契約書の他に重要事項説明書、情報提供に関する同意書、重度化医療に対する説明を行い、今後の不安の確認を行うと共に、いつでも相談や確認事項にはお答えする旨を申し添えている。		
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	満足度調査の内容は毎年検討され、年2回実施しており、ご家族の意見をカンファレンスで検討し、回答を添えて開示している。また、契約時に苦情申し立てについての説明もしている。	年2回のアンケート調査を実施すると共に、重要事項説明書にホーム内外の苦情受付窓口を明記し、意見や苦情を出せる機会を設けている。また、日常の健康状態や日々の暮らしぶり等は定期的に家族宛に報告されている。	
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	各自がバランススコアカードを用いて目標や行動の設定をしており、面接時に確認し、話し合いが行われている。カンファレンスも、施設運営に関する事と利用者に関する内容をそれぞれ月1回実施し、話し合いが行われている。	定期的に職員会議を開催しており、職員が意見を出せる機会を設け、日々のケアに反映されている。また、グループホーム協議会の研修会等に参加し、サービスの質の向上や職員の育成にも取り組んでいる他、異動等についても職員の意見を聞きながら検討している。	

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	バランススコアカードの活用と面接により、個々との話し合いや評価の内容が把握でき、人事考課から把握もできる。		
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	法人の教育委員会を中心に、それぞれの部署での学習や研究の取り組みを行っている。外部研修においてはレベルに合った内容を検討し、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	グループホーム協議会に加入しており、研修を通して交流し、キャラバンメイトの活動で行政との連携や、市の家族会等の意見の伝達等を行っている。		
<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	ご家族にはすぐに帰っていただくず、一緒に食事をしたり、施設内を探索していただき、不安を和らげる配慮を行っている。また、馴染みの茶碗や箸、湯呑み等は、最初から準備いただき、利用者の戸惑いを避けるようにしている。		
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	契約時に説明をしながら家族の反応を見て、不安な点を確認するようにしている。相談や確認はいつでもお受けできることを申し添えている。		
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	事前にケアマネージャーやご家族、本人とお会いし、確かめるようにしている。		
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	フェースシートの活用により、少しずつご家族に情報をいただき、できる事とできない事を見極め、継続できる事は強要することなく、自然に行えるように配慮している。		

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
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	季節の行事や感謝の気持ちを伝える場を大切に、お互いの関係が、自然に関われる関係となるように配慮している。		
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	墓参りや身内の臨終への立会い、親戚へのお見舞い、年賀状や暑中見舞いのはがきを送付する等、支援を行っている。誕生日にはご家族と相談し、身内が集まったり、遠方からお越しの方には宿泊も可能な旨をお伝えしている。	利用者や家族の会話等から、行きつけの美容院や飲食店等の馴染みの場所等を把握しており、外出の機会を設け、日常的に支援している。また、利用者がこれまで関わりを持って来た人との交流の継続的な支援に努めており、利用者の意向に沿って、電話での会話等を支援している。	
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、ケアプランにおいて、トラブルを避けるためのプランが作成されている。すぐに間に職員が入ってトラブルを回避できるよう、職員の居場所も確認されている。		
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	道でお会いした際にはお声がけをしており、近況を聞いたり、思いの確認をしている。また、通所サービスを利用されている方へのお声がけや、家族学習会へのお誘いもしている。		
<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	ケアプランの作成前には、必ず本人とご家族の意向を確認している。情報収集は主介護者からのみとせず、関わる方々からも行っている。	職員は利用者を温かく見守り、意向や思いを把握するように努めている。また、利用者の意向等が十分に把握できない場合は、全職員が利用者の視点に立って話し合い、把握するように努めている他、必要に応じて家族等からの情報収集も行っている。	
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	フェースシートの活用と取り巻く方々からの情報を基に、プランに反映できるように努めている。		
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	記録の中に日々の生活に必要な項目をチェックしたり、週刊予定表を作成している。全てカルテ内に情報を記載し、共有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
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	プラン作成前には本人とご家族の希望が確認され、職員の意見をきちんと文書に残せるようにしている。説明は、本人の同席の下で行われる。	利用者や家族の意見や意向を把握すると共に、会議で職員が意見を出し合い、介護計画作成に反映させている。また、必要に応じて家族等から情報収集を行い、利用者本位の暮らしを支援するための計画となるように努めている。	
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	記録は1冊にまとめられ、カルテの順番の規定もある。内容については、全ての職員や家族にも理解できるよう、開示できるように伝えられている。		
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	外泊や外出等は、本人やご家族の意向を汲めるようにしている。特に、看取りの対応については、柔軟な対応を心がけ、意思の尊重に重きを置いている。		
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	地域行事への参加や外食等は積極的に行われており、馴染みとなっている。災害救援隊の方々との総会にも出席しており、協力を仰いでいる。有事の際は、協力を仰ぐだけでなく、地域の認知症の方の手助けも行えるように進めている。		
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	日々の生活の記録を基に、主治医への情報提供がなされている。治療方針や内服に関する情報交換も行い、記録に残している。	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他、看護師を配置し、対応できる体制となっている。また、受診結果等は家族に報告し、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	看護師は常勤であり、常に相談に応じることができる。また、併設病院は24時間体制であり、常時、相談可能である。		
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。	サマリーの記載や情報交換により、看護師を中心に連携をとっている。入・退院についても、マニュアルの利用や看護師の指示により、迅速に動くことができる。		

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、事業所ですることが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	重度化指針マニュアルが作成されており、明確化されている。早い段階でご家族や病院との情報共有ができるため、事業所での受け入れ準備はしやすい体制である。	利用者の重度化や終末期のケアに対応しており、指針を掲げ、ホームの方針を明確にしている。また、利用者や家族の意向を踏まえた上で、医療機関等と話し合い、意思統一が図られている。	
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	急変時マニュアルに沿って行動できるようにしている。救急手当のフローシートもあり、参考にできる。また、併設病院は24時間体制のため、応援を受けやすい。		
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	災害救援隊が地域にあり、訓練の際も一緒に行っている。また、併設事業所と共に、応援体制の確認のため、合同訓練を実施している。災害時マニュアルは毎年見直され、チェックシートの確認は毎月行われている。	日中・夜間を想定した避難誘導策を作成・提示しており、避難訓練時には町内会長や協力員も参加して、いざという時には地域の協力が得られる体制を築いている。また、様々なケースを視野に入れながら訓練に取り組み、適切な避難誘導ができたか評価・振り返りを行っている他、食料や飲料水等を定期的にチェックし、災害発生時に備えている。	
<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	特に、排泄や入浴、着替え等の介助時には配慮している。個別の声かけが必要な場合には、プランに記載されている。	利用者への声かけや接し方、ケアのあり方について話し合い、研修を重ねながら、利用者一人ひとりを尊重した支援に努めている。職員は個人情報・プライバシー保護の重要性を理解し、日々のケアで利用者の言動を否定したり、拒否しないように努めている。	
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	日常生活の中での会話や反応等に気配りし、観察している。思いの汲み取りには、満足度調査の意見もかなり参考になることが多いため、意見を共有できるようにしている。		
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	体調や気分はそれぞれ違うことを念頭に置き、個別対応や利用者優先を心がけている。業務に支障が出た場合には、業務分担表にて各フォロー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
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	お出かけや行事参加の際は、お化粧をして、さりげないおしゃれをしている。理・美容はご家族と相談し、場所の設定をしている。また、季節の変わり目には、ご家族と一緒に洋服の入れ替えを行っている。		
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	食事をレクリエーションの一環と考え、楽しめるように配慮している。メニューの決定、調理、季節の食材の下ごしらえ等、利用者を楽しんでもらえるようにしている。個別の好みにも配慮し、代替えも準備している。また、職員も利用者と同じメニューで、利用者の反応を観察できるようにしている。	利用者の意向を取り入れながら献立を作成しており、利用者が食べ慣れた食材や郷土食も取り入れ、苦手なものにも配慮している。また、利用者の状況・状態に合わせて、食材の確認や茶碗拭き等を職員と一緒にやっている他、食事は職員も一緒にテーブルに着き、見守りやさりげなく食べこぼし等のサポートを行っている。	
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	毎食、摂取量が記載され、体重も月1回測定しており、指標としている。各受診の際に血液検査により、栄養状態がチェックされている。水分量は把握されており、チェックが必要な時には計測している。		
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、口腔ケアがなされており、異常がある時には、個々のかかりつけ医の指導を受けている。		
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	排泄パターンを把握し、個別に対応している。また、オムツの選択についてもご家族と検討し、選択している。	個人台帳で排泄パターンを記録・把握し、一人ひとりの自立に向けた支援に取り組んでいる。また、排泄シートから事前誘導して、布パンツへと自立支援し、オムツ使用の継続をすすめるか否か等を家族と話し合い、見直しを随時行っている。	
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	繊維性の多い食材も使用している他、運動、朝一番のミルクの摂取、ヨーグルトやヤクルトの摂取等を実施している。		

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	最低でも週2回の入浴を行っている他、毎日、準備はされており、希望に応じて入浴をしていただいている。また、夏季は個別にシャワー浴を毎日行い、汚染時にはその都度、入浴をしていただいている。	アセスメントや、家族・利用者から入浴習慣や好みを把握する取り組みを行っている。基本的に週2回の入浴となっているが、要望に応じて随時対応可能な体制を整え、利用者の入浴時間や方法等の意向を取り入れながら支援している。	
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	体調や生活習慣に応じて、休憩がとれる場所を確保している。夜間不眠に関しては、プランで個別対応している。		
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	管理は看護師が行っており、説明書の保管場所は、スタッフが確認できる所定の場所が決まっている。かかりつけ医への情報提供がなされており、異常時には報告、受診している。		
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	外食や季節に応じた行事参加、地域のイベント参加、散歩等、集団もしくは個別対応ができるようにしている。		
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支援している	外出は多く、気分転換を兼ねた散歩等を行っている。また、近隣で季節の花や食材をいただいたり、誕生日や家族のイベント等には出かけることもある。	利用者の楽しみや気分転換につながるよう、利用者が行きたい場所を把握し、外出の機会を多く設けている。また、家族に行事等を案内して参加を呼びかけ、利用者と家族が一緒に出かける機会を設ける等、協力を得られるよう取り組んでいる。	
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	自己管理能力に合った管理方法をご家族と検討し、行っている。出かけた際には職員と一緒に支払を行う。		
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	希望に応じて、電話の利用をしていただいている。はがきや手紙で送られてきた写真は居室内に飾り、本人の目に留まるようにしている。		

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
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	調度品は一般家具とし、家庭的な雰囲気となるように配慮している。また、大人の生活空間として、幼稚にならないような配慮もしている。	玄関やホール等の共有空間には、それぞれ季節感を取り入れた工夫がなされており、ホーム内は適切な明るさや温度が保たれている。また、年表を作成して、その時の出来事や利用者の年齢を意識させるような工夫も行っている。	
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	定位置と呼ばれる、本人の安心できる場所があれば、その場所で寛げるようにソファを配置したり、椅子を置いて、ゆっくりできるようにしている。		
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	なるべく自宅の個人の部屋を再現できるように、ご家族と検討しながら、飾り付けや配置の検討を行っている。排泄介助に必要な物品は、目に触れない場所へ保管している。	入居前から愛用していた椅子等を使用し、居心地良く過ごせるような工夫が行われている。また、持ち込みが少ない利用者には、職員と一緒に、利用者の好みに合った居室づくりを行っている。	
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	居室前に見慣れた方と映った写真を張り付けたり、氏名の掲示や暖簾により、区分けができるようにしている。また、居室の変更は避け、混乱を防いでいる。		