

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	0290100189		
法人名	社会福祉法人栄惣会		
事業所名	グループホーム和の家		
所在地	〒038-0042 青森県青森市新城字山田109-3		
自己評価作成日	平成25年10月26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	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成25年11月12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)】

・利用者とのかかわりを増やすため、個別援助に力を入れている。残存機能の活用とADL(日常生活動作)の低下予防を兼ね積極的にアクティビティに取り組んでいる。
 ・利用者の健康管理のため、月二回訪問看護師の訪問による医療連携を行っている。訪問看護師との連絡は24時間できる体制を構築し、必要時は医療的指示を仰ぎケアにあたっている。
 ・利用者個々の生活リズムに柔軟に対応し、利用者の視点で物事を考えている。
 ・継続的認知症ケアの学習会や、実習生の目を通じて、業務に対する忌憚ない指摘をもらい、業務改善に努めている。
 ・定期的なカンファレンス及びモニタリングで利用者の情報共有につとめている。

【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)】

地域の中で安心、安全に暮らせるように、いつでも迎え入れるという心を大切に「おもてなしを形に」という法人全体の理念を掲げ、職員皆が理解し、日々の業務に取り組んでいる。重度化した利用者が多く、一人ひとりの状態を考慮し、リフト浴を整備する等個別援助に努め、安心して生活できるよう配慮されている。また法人内の訪問看護ステーションの看護師による24時間オンコール体制は利用者、家族の安心感に繋がっている。職員の研修は年間テーマを決め毎月定期的に行われ人材育成と資質向上が図られ、それが利用者のサービスの質向上へと反映されている。法人全体で活用している報告、連絡、相談用紙により全職員で情報共有が図られ、連携を持って利用者を支援されている。

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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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)	○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	「おもてなしを形に」という理念を全職員が理解、共有できるように取り組んでいる。また職員間での申し送りや情報共有体制の強化を図っている。利用者を地域社会の一員と捉え、行事への参加等を通じて地域との交流を図っている。	利用者が地域の中で安心、安全に暮らせるように、いつでも迎え入れるという心を大切に「おもてなしを形に」という法人全体の理念を掲げている。職員は申し送りに確認、共有しあい、日々の業務に取り組んでいる。	
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	運営推進会議や町内の回覧版を活用し、地域行事を把握している。また、町内の老人会への参加等出来る限り地域の行事に参加し、グループホームや認知症の理解等の啓発に努めている。	町会に加入しており、地域の情報は回覧板等で得ている。利用者の方は地域の長寿会へ招待されたり、地域の高中生や大学生が行事のボランティアに来てくれる等交流されている。またAEDを設置しており、いつでも貸出できるようにしている。認知症に関しても地域の方から相談を受ける等地域貢献にも取り組んでいる。	
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	運営推進会議を利用し、民生委員や老人会等地域からの参加者に対して、認知症高齢者の理解を深めてもらっている。		
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践、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	運営推進会議で出た意見、要望、助言には耳を傾け、サービス向上に活かすよう取り組んでいる。また、利用者の生活の様子や活動、施設内での課題、取り組み状況等随時報告している。	2か月に1回定期的開催され、ホーム側からは、利用者の状況や行事、外部評価等についての報告や、認知症高齢者について説明し情報の共有を図っている。また参加されている方からは、ベッドの空き状況の確認や利用者に関する意見、要望が出され充実した会議になっており、サービスの質向上に活かされている。	
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	地域包括支援センターとの情報交換をはじめとした連携及び市町村への必要な報告、相談を行っている。	運営推進会議へは参加されていないが、市の担当者へホームの状況等について伝えたり、課題等についてはその都度相談にのってもらい回答も得られており、協力関係が築かれている。	
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	身体拘束禁止のマニュアルがあり、身体拘束の及ぼす影響を正しく理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束禁止マニュアルがあり、職員は毎月1回認知症ケアの勉強会を行っており、身体拘束にあたる行為に関して意識の確立がされている。また帰宅願望のある利用者へは職員と一緒に散歩をする等工夫しながら対応している。玄関は夜間のみ施錠している。	
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	定期的な学習会、カンファレンス、ミーティングを通じて理解を深め、利用者の尊厳を侵すような不適切なケアについても学んでいる。		

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
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	定期的な学習会、カンファレンス、ミーティングを通じて理解を深めている。既に数名が活用している。活用に向け積極的に働きかけている。		
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	利用前に説明し、報酬・利用料等改定の際には、通知や運営推進会議を通じて意見を求め、その都度説明し、納得と同意をいただいている。		
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	施設内に意見箱を設置している。家族の面会時等を通じて苦情や要望がないかコミュニケーションをとっている。小さいことでも十分に話を聞き上司へ報告している。意見や要望があったときは、施設内で協議の上回答し、運営推進会議を通じて第三者へも報告している。	玄関に意見、要望書を準備しているが、活用する家族は殆どなく、面会時に直接話してくれたり、運営推進会議でも出されたりするため、出された事に関しては迅速に対応し、サービスの質向上に反映させている。	
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	定期的に面談を行い職員から意見等聞く機会を設けている。また、ミーティングや報、連、相用紙の活用で気兼ねなく相談できる環境も整備している。	月2回の職員全体会議、週2～3回フロア毎のスタッフミーティングが行われている。また職員一人ひとりから意見が出しやすいように、業務改善用紙を提出してもらったり、法人全体で使用している報告、連絡、相談用紙を活用し、意見、提案、気づき等を吸い上げられる機会を設け、運営に反映させている。	
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	就業規則は、職員がいつでも閲覧できるように事務所へ置いている。また、職員個々人の努力や実績、勤務状況を把握し、個別に面談を行いながら、各自向上心を持って働ける環境を整備している。		
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	月1回定期的に社内研修を行い、必要に応じて社外研修への参加をしている。他職員への報告を行いながら情報共有し、職員育成に努めている。また、施設内独自での勉強会や技術の向上にも取り組んでいる。		
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	認知症グループホーム協会に加入し、研修への参加、情報収集等に努め、サービスの質を向上させていく取り組みをしている		

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
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	サービス開始以前に本人や家族と十分話し合い、本人の生活の様子を知り、本人が安心して過ごせるよう関係づくりに努めている。		
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	家族の要望や意見を十分に聞き、話しあい信頼関係を築くよう努力している。また、毎月利用者の近況を報告し、積極的なコミュニケーションに努めている。		
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	本人・家族の求めているサービスが提供可能かサービス開始前にニーズを見極め、その対応に努めている。		
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	自立支援を心がけ、本人の体調に合わせ家事の手伝い等行っていただいている。また利用者の立場になって物事を判断し、利用者本位に努めている。行事への参加意思も随時確認をしている。		
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	家族との連携を図りながら意見や要望を十分聞き、場合によっては家族での対応を含みながら役割分担を図り、共に本人を支えて行く関係を構築している。		
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	面会に制限はせず、知人、友人の面会も時間に関係なく可能としている。 また、家族と連携をとりながら本人にとって馴染みの物を持って来てもらい日常生活で活用している。	入居前からの友人が面会に見えたり、町内から入居されている利用者は自ら町会費を支払い、地域で行われるイベントに参加している。また墓参りや美容院へ家族と一緒にいたり、これまでの関係が途切れないように支援されている。	
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	個々の性格や利用者同士の関係を理解し、仲介役としてトラブル防止や孤立しないよう支援している。レクを通じて交流を促進している。		

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
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	利用契約時、退居時には、継続して相談出来る事を説明している。関係機関、家族からの情報提供があった時には、個人情報に配慮し提供している。		
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	本人のニーズを十分にくみ取り、プランへ反映させている。毎月のモニタリングで評価を行い、新たな意向等把握に努めている。利用者目線で物事を考え、その人らしい生活が送れるよう努めている。	日々の関わりの中で、意向の把握に努めている。また意思疎通の難しい利用者場合は、表情、しぐさ等の非言語的コミュニケーションの把握に努め、ケアプランの中に組み入れ、出来る限り本人の意向に沿えるよう支援されている。	
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	本人や家族、関係者からも情報を得て、アセスメントを実施している。一人ひとりの生活歴、施設入所までの経緯等把握に努めている。		
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	日々の生活をよく観察し過去の生活歴と照らし合わせ、本人のペースと生活リズムに合うように努めている。また、個々の残存機能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	毎月のモニタリング実施と家族の面会時等には意向や要望を十分に聞き、情報収集に努めている。定期的に介護支援専門員や担当職員と共にカンファレンスを実施し、ケアのあり方や見直し等を行い随時介護計画に反映させている。	家族からは、日頃面会時に意向の把握に努め、本人からは、日々の生活の中でのアセスメントにより意向確認をしている。また定期的に介護支援専門員、担当職員でのカンファレンスやモニタリングが行われ、利用者本位の現状に即した介護計画となっている。	
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	ケース記録に随時記載し、ミーティングやカンファレンスでの協議やモニタリングで情報の共有を図り、介護計画書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	面会時間は特に設定はしておらず、家族は随時面会ができる。利用者の通院や外出支援時等その時々生まれるニーズに柔軟に対応している。		

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
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	地域の資源を把握し活用している。一人ひとりが安全で豊かな暮らしを楽しめるよう努めている。		
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、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	かかりつけ医は、本人及び家族の希望通りで、特に希望が無い場合は提携病院や情報提供をし判断を仰いでいる。 家族受診に関しては、適切な受診ができるように変化や普段の様子を伝え情報共有をしている。	入居前からのかかりつけ医を継続できるように支援している。利用者の状況に応じて、協力病院へ通院介助しており、利用者、家族の希望を取り入れ適切な医療を受けられるよう支援されている。	
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	月2回訪問看護師の訪問を受けている。その際には看護師に受診内容や医師からの指示事項など日々の様子を報告し情報共有している。判断の困難な時は、指示を仰ぎ適切に対応し、必要に応じて受診を支援している。		
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。	施設内の相談員を通じて、各医療機関と連携し情報の共有を図っている。また、入院時は家族の意向を取り入れ安心した治療ができるように努めている。		
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	契約時に説明し、看取りを意識した介護展開をしている。早い段階から重度化した際の対応や施設内で出来る事を説明している。また、協力機関と連携し他施設入居を含めて支援している。	入居時に看取り介護についての同意書を頂いたり、重度化した場合の対応指針について、ホームで出来ること出来ないことをきちんと説明している。医療的なことが必要になった時は医療機関と連携をし、他施設への入居も含めて支援されている。	
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	マニュアルを整備し、全ての職員が対応出来るよう努めている。また24時間体制で看護師への指示仰ぎができる環境を整備している。		
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	マニュアルを整備し、年2回避難訓練を実施し消防署からのアドバイスを反映させている。 また施設独自の災害対策も実施しており防災対策用品などの備蓄も行っている。	年2回避難訓練を行っている。今年度からは震災時の対応についても計画に入れている。ホーム内にはスプリンクラー、通報装置、消火器、備蓄物等が整備されている。町会長からは防災協力への意向が示されている。また地域消防団に入っている職員もいるため地域の協力は得られる状況にあるが、協力体制として構築されていない。	災害時の対応として、職員だけでは限界があり、地域住民の協力が必要不可欠である。すでに町会長からは協力への意向は示されているため、ホーム側での具体的な支援体制作りへの取り組みを期待したい。

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
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	自尊心を傷つけないよう心掛け、思いやり、丁寧な言葉掛けに注意し、その人らしい人格の尊重に努めている。	利用者一人ひとりの部屋には表札がなく、部屋の入り口は扉の他にカーテンを設置する等プライバシー保護に努めている。また利用者への言葉かけには優しさがあり、自尊心を損ねないよう配慮されている。	
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	利用者の自己決定を優先とし、可能な限り本人が意思表示できるような問いかけに配慮し、利用者の立場になって一緒に考えている。		
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	利用者の日課は決めず、本人の生活リズムに合わせて自由に過ごして頂いている。必要に応じて家事の手伝いや本人の希望に沿って柔軟に対応している。		
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	整容には自立の有無を問わず気を配っている。出来る人には、自ら服を選んで頂いたり、必要に応じて家族と相談の上購入し、常に身だしなみに注意を払っている。また、定期的に散髪できる機会を設けている。		
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	利用者の体調に合わせ、一緒に準備や片づけを行っている。食事が楽しくなるような声掛け、雰囲気や環境の整備を行っている。	利用者は、米とぎ、食事の盛付け、食器拭き、施設の菜園で作った野菜の収穫等職員と一緒に、それぞれ役割を持って行っている。食事は利用者の嚥下状態に応じて形態を工夫し安心して、摂取出来るように配慮されている。	
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	個々にあった食事量と栄養への対応をしている。水分量の観察と一日を通じて必要な栄養素が確保できるように努めている。食事量が少ない方には栄養剤で補助している。		
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	口腔内の清潔を保持する為、起床時、毎食後、就寝前の口腔ケアを行っている。歯間ブラシや舌ブラシを必要に応じて使用し、イソジン消毒薬(うがい薬)を用いて清潔を保持している。		

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
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、トイレでの排泄や自立に向けた支援を心掛けている。訴え時や定期的な声掛けをし、トイレ誘導を行っている。失敗時には自尊心を傷付けないよう配慮している。	利用者一人ひとりの排泄チェック表を作成し、パターンを把握しながら、トイレ誘導やポータブルトイレ介助を行い、排泄の自立に向けて支援している。またトイレ誘導の際は、さりげない言葉掛けでプライバシーに配慮されている。	
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	食事の工夫や乳製品の摂取を通じて、排泄時には腹部や肛門部のマッサージを行っている。また、下剤については、主治医の指示、看護師への相談を行い指示に従って調整、服用して頂いている。		
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	基本的には、本人の希望に応じて随時対応している。体調に合わせて入浴を促し、入浴出来ない時には、清拭や足浴で柔軟に対応し、保清に努めている。	入浴は週2回であるが、週4日を入浴日に設定しているため、一人ひとりの体調や受診、本人の気持ちに合わせて対応している。職員がマンツーマンで対応しているため、ゆったりと安心して入浴できている。また車椅子利用者へはリフト浴が整備されており、負担なく入浴できるよう個々に応じた支援がされている。	
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	本人の体調や生活リズムに合わせて自由に生活できるよう配慮している。利用者本位で対応し、本人の寝たい時間や眠れない時は、付添い等気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	薬品管理担当者を配備し、職員がいつでも確認できるよう個々の薬品情報で内容を把握、副作用等を理解し、状態観察や服薬確認を毎回行っている。		
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	本人の体調に合わせて、家事等の手伝いを促したり、ホーム周辺の散歩や外気浴する機会を設けている。家庭菜園を活用し、毎日の世話を通じて気分転換を図れるよう努めている。		
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回程度外出の機会を設けている。その他、希望に応じて対応している。また、家族と一緒に外出機会も働きかけている。	年2回ショッピングの計画や月1回外出を計画している。また近隣への散歩は頻回に行われ、戸外へ出かけ気分転換していただけるよう支援されている。	

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	本人の能力に照らし合わせ、家族了承のもと事務で管理している。必要な時は、随時使用出来るようにしている。また、個々の認知症状で手持ちがないと不安になる方には、家族の了承を得て小遣い程度自己管理している。		
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	本人の希望があれば、随時電話や手紙等で家族や大切な人とやりとりができるよう支援している。		
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	季節に応じた装飾を行っている。また施設内の気温や湿度に気を配り、居心地の良い空間づくりをしている。状況に合わせてテレビの音を調整し、不快を感じないように努めている。	居間は窓からの採光も良く町並みを覗くことが出来る。また、食卓テーブルやソファも置かれ、利用者はカラオケを楽しんだり、洗濯物を畳んだりと思いの場所で過ごしている。2階は天井も高く開放感がある。対面式のキッチンでは食事を準備する音が生活感を醸し出している。	
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	ソファを配置し、リビング内での居場所づくりに努めている。また気のあった利用者さん達が過ごせるようリビング内の配置にも配慮している。		
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	個々人に馴染みのある家具や写真、小物を設置し安心して生活が送れるよう配慮している。また、利用者の使い慣れた物など家族と相談し施設内でも継続して使えるよう支援している。気温、湿度、日差し等にも配慮した環境整備に取り組んでいる。	居室は明るく、持ち込みの制限もなく、寝具やタンス、仏壇が置かれたり、写真や思い出の品々が飾られたり、自宅に居るような雰囲気、一人ひとりの利用者が居心地良く生活できるよう工夫されている。	
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	利用者個々人の能力に合わせて、残存機能の維持に努め、転倒や怪我など、危険個所の除去、点検を随時行い、安全に自立した生活が送れるよう支援している。		