

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	令和4年12月15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	令和5年1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)】

「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、生活の質の向上につなげています。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)】

コロナ禍においても地域との関わりを継続しようと、感染対策を行いながら、ほぼ継続して対面での運営推進会議を開催しており、緊急時の連絡網にはメンバーも含まれ、協力関係を構築している。利用者の思いにゆとり・ゆたさと寄り添い、傾聴するゆとりを持ってケアサービスに臨もうと、外部講師によるリモート研修や内部の勉強会を行い、更に、職員自らがケア場面を振り返って理解度テストに取り組む等、研鑽を重ねている。

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. 全くいない
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、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

[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	ホーム独自の理念を作成して、事務所内に掲示している。理念は地域密着型サービスの役割を反映させ、職員は理解しながらサービス提供に努めている。	職員は地域密着型サービスの役割を理解しており、家庭的な環境の中で、利用者がその人らしく、居心地よく暮らせるよう、理念を反映させたサービス提供に取り組んでいる。	
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	法人開催の行事等で、ホームを理解してもらえるように積極的に交流を図り、地域とのつながりを作っている。	コロナ禍前は、法人の行事や町内のゴミ拾い、花植え等で地域住民との交流を図っていた。また、感染対策を講じて運営推進会議を対面で開催する等、メンバーである地域住民との関わりを継続している。	
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の職員や民生委員等が参加し、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、有識者、行政職員、ホーム職員がメンバーとなっている。会議ではホームの活動状況を報告し、意見を交換している。ヒヤリハット事例も報告して、現場検証を行う時もある。委員から情報提供があり、サービスの質の確保・向上につなげる努力をしている。	2ヶ月に1回の運営推進会議は、感染対策を徹底しながら、ほぼ継続して対面開催を続けてきた。会議では、ホーム内の様子や身体拘束・虐待防止への取り組み状況等の報告の他、ケア場面を振り返りながら、ヒヤリハットの検証等も行っている。また、自己評価及び外部評価結果は全家族に送付し、ホームの取り組みを報告している。	
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。	町の担当課職員が運営推進会議に参加しており、利用者の個別事例への助言や指導を通じて、相互の協力関係を構築している。また、地域ケア会議や地域密着型連絡会へ参加する等、行政と共に課題解決に取り組んでいる。	

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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 ○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、身体拘束廃止委員会を中心に、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、自由に暮らせるように支援している。毎月、職員会議の際に、身体拘束廃止委員会を開催している。	月1回、両ユニット合同で行う職員会議の中で、身体拘束廃止委員会を開催している。ホームではマニュアルに沿った内部研修やオンライン方式で外部研修を受講しており、研修後は職員会議で報告会を行っている他、年1回、虐待理解度テストを実施して職員の理解を深めている。また、職員は帰宅願望のある利用者の散歩に付き添ったり、気分転換する等、支援を行っている。	
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ないよう注意を払い、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、サービス利用につな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	サービス利用時の契約の際に、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	利用者や家族が運営推進会議の委員になっている他、ホーム内に苦情受付箱を設置して、意見等を話せることを周知している。また、出された意見や苦情等については、法人本部長や事務長、施設長、管理者、職員と話し合って解決している。	職員は日々の関わりの中で、利用者一人ひとりの表情や言葉から、意見等を察するよう努めている。家族からの要望や意見は、直接口頭や電話等で受け付け、出された意見等は苦情処理検討委員会の中で話し合い、解決策を講じている。また、ホーム便りでも利用者の暮らしぶりやホームの現状等を報告している。	
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	毎月の職員会議に法人本部長や事務長も出席して意見を述べたり、職員から意見・要望を聞き、意見交換をしている。日頃生じる事柄については、毎月の職員会議を待たず、ミーティングや申し送りで話し合いの場を持ち、臨機応変に対応している。	月1回、職員会議を開催し、ホームの運営事項の共有の他、職員の意見や提案を聴取している。また、個人面談も行い、職員個々の希望や意向を把握している他、定期的にレクリエーションを行う等、職員が意見等を話しやすい環境作りに取り組んでいる。	

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
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。資格習得のための支援をし、研修受講の勤務調整や休暇付与、受講料の一部免除を行ったり、有給休暇を取りやすく、働きやすい職場環境作りを行っている。		
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、座談会や事例検討会等の活動について、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、相談に乗りながら、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、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、サービスの利用につなげている。		
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・洗濯物干し・洗濯物たたみ・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。		
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。		

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
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	アセスメントにより、今までの生活状況や友人、地域との関係等を詳しく聞き取り、その中から馴染みの人や場所を把握している。面会時に家族に了解を得て友人と交流したり、希望に応じて馴染みの場所に出かける等、関係が途絶えることのないように支援している。	家族等からの情報の他、利用者との日常会話から、馴染みの人や場所を把握している。職員は、墓参りを希望する利用者と一緒に墓掃除に出かけたり、空き家となった利用者の自宅に行き、利用者と一緒に草取りを行ったこともある。	
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中に入り、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乗っている。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。	職員は利用者の意に沿わない事を見極め、日々の関わりの中で思いや意向、希望の把握に努めている他、必要に応じて、家族等からも情報収集をしている。また、職員は利用者の思いに寄り添って気分転換の散歩をする等、その時々利用者の思いに応じた対応を行っている。	
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	その方の生活歴や暮らし方、環境について情報収集し、その人らしいサービス、支援ができるようにしている。		
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	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。		

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	全職員の意見や気づきを基に職員間で十分話し合い、介護計画を作成している。利用者の身体状態に変化があった場合には、随時見直しをしており、家族からも面会時や電話連絡時に意見を聞いて、確認をしている。変更がある際にモニタリングを行うと共に、必要に応じて再アセスメントを行っている。	利用者の思いや家族の希望から課題を分析して、短期3ヶ月、長期6ヶ月の目標を設定して介護計画を作成している。職員は利用者一人ひとりにしっかりと向き合い、求めている事や大変な事は何か、どのように改善するか等、個々に具体的な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、情報を共有している。また、担当者会議で利用者の状況を話し合い、介護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、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	現病歴・既往歴等を把握して上で、希望する医療機関の受診を支援している。また、認知症の専門医や歯科、眼科等の受診を支援している。通院は殆どホームで対応しているが、医療機関から指示がある場合や検査結果を聞く場合は、家族と一緒に対応している。	これまでの受療状況を把握した上で、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おり、受診毎の通院記録表により、全職員で情報が共有される仕組みとなっている。また、週1回の訪問看護師による健康管理により、かかりつけ医との連携が図られている他、希望によって町内の歯科医院による往診や検診も利用されている。	
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	協力医療機関や医療連携体制を確保しており、個々の利用者が適切な受診が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乗っており、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
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	「重度化した場合における対応及び看取りに関する指針」を定めている。入居時に内容について利用者や家族に説明し、同意書ももらっている。状態変化がある場合には随時話し合いをし、確認して、変化に適切に対応することとしている。また、ホーム内にAEDを設置しており、職員は講習を受けている。	利用者が重度化した場合や終末期の対応について、指針を作成してホームの方針を明確にしており、入居時に、指針に基づき個別に意思確認を行っている。ホームでは、医療行為を要さない重度化や看取り対応について、これまでに2件の看取りを経験しており、医療機関や家族との意思統一を図って取り組んでいる。	
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 ○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、そのうち1回は消防立ち合いで実施している。ホームでは災害発生時に備えて発電機を設置し、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。	年2回、日中を想定した火災避難訓練を実施している。また、災害発生時に備え、発電機や寒さをしのげる物品等の他、長期保存用の水や缶詰、ご飯等を3日分程備蓄し、リスト化して管理している。	
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	職員は利用者一人ひとりの心に寄り添い、人格やプライドを損ねることのないよう、声かけに注意して日々の支援に取り組んでいる。居室入口やホーム内の掲示板等に氏名や写真を掲示することについて、同意書をもっており、職員の守秘義務の遵守については書面で確認し、徹底を図っている。	職員はゆったりとした気持ちで利用者と向き合い、傾聴により思いの把握に努めながら、日々のサービス提供に取り組んでいる。ホームでは、職員自らがケア場面を振り返り、意識改革できるようにテストを実施しており、利用者本位のケアサービスと人格を尊重した対応に努めている。	
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	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。菜園作り・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。		

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	着る服の選択や化粧や髪染め、パーマ等、理・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	食事は椅子席や畳敷きの小上がり等、各利用者の好みの場所で摂っている。職員も一緒に席に着き、サポートしながら、楽しい時間となるように支援している。	利用者一人ひとりの嗜好や禁忌食品等を把握し、代替食やおかゆ、刻み、ミキサー食等、個々に応じた食事形態で提供している。	
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	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、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	一日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	排泄パターンに応じて事前誘導を行う等、自立に向けた支援を行っている。紙おむつの使用については、継続するか否か等の見直しを随時行っており、退院直後の場合は利用者の状態や意向を踏まえ、見直しをしている。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、それぞれに相応しい事前誘導を行っている。また、個々の事例についてカンファレンスで意見交換を行い、利用者の自尊心を損ねない支援に取り組んでいる。	
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	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ず、個々に応じた支援をしている	週2回、午後の入浴としている。入居時のアセスメントから入浴習慣や好みを把握するようにしている。リフト浴を主としており、職員の負担も軽減している。浴室での入浴介助は職員二名体制で行っており、転倒による事故に注意しながら、安全で楽しい入浴となるように支援している。	基本的に週2回の入浴を行っており、一番風呂や好みの温度等、利用者の希望に対応できるように取り組んでいる。また、入浴の拒否があっても無理に勧めず、時間や日にち、対応する職員を変える等、工夫をしながら対応している。	

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
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	内服管理は訪問看護ステーションで行っている。一週間分の服薬実績に関する表を準備し、服薬拒否や覚醒ができなかった等の理由で服薬されなかった場合、その旨記載する。施設長または管理者のサインを確認後、訪問看護師は確認済みの押印をし、所定記載欄にサインする。利用者の一週間分の内服薬を、それぞれのカレンダーにセットする。臨時薬の処方や変更があった場合は、法人所属の看護師に依頼している。誤薬等防止の観点から、一包化に努めている。各利用者毎に通院記録表、検査結果、薬情をファイルし、いつでも確認できるようにしている。服薬介助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	散歩や外気浴、菜園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。	春から秋にかけて日常的な散歩や日光浴、菜園の手入れや草取り等を行っている。また、感染対策をしながら、車窓からのお花見や近隣までのドライブ等も実施している。	
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	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する等、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。		

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	ホールを中心に各ユニットを配置している。ホールは広く、天井が高く、開放感のある造りにしている。ヒバ材を使用して、家庭的な雰囲気を保っている。利用者は大きな窓から見える風景から、季節の変化を感じ取ることができる。	ホールは広く、窓からは日差しが差し込み、明るく開放的である。また、エアコンや床暖の使用、温・湿度計や加湿器等を設置して、快適な空調となるように調整している。	
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	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している。廊下に長椅子を設置し、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	居室にもヒバ材を使用し、介護用ベッドを備え付けている。馴染みの物等を持ち込んでいただき、利用者の居心地の良い生活空間、居室作りをしている。	利用者が居室で落ち着いて過ごせるよう、馴染みの品や愛用品の持参を働きかけている。また、職員が利用者毎に行事等の写真をアルバムに保存し、いつでも見ることができるようにしている。	
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	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、工夫をしている。		