

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	0270101827		
法人名	株式会社 ライフセーバーコーポレーション		
事業所名	グループホーム ミントつくだ		
所在地	青森市中佃3丁目18-9		
自己評価作成日	平成26年12月1日	評価結果市町村受理日	平成27年3月17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27年2月10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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・月1回、音楽療法を開催し、専門的な分析や助言をいただき、ケアに活かしている。 ・利用者様一人ひとりの能力に合わせたケアを行い、機能維持に努めている。 ・季節に合わせた風習や行事を、利用者様一人ひとりと職員と一緒に取り組み、活気ある生活を送れるように努めている。 ・年1回、夏祭りを開催し、利用者様やご家族様、地域の方々が交流できる機会を設けている。 ・職場体験やボランティアの受け入れを通じて、認知症介護の啓発に努めている。

【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)】

<p>利用者の高齢化が進み、外出が困難になっている中で、ホーム内で少しでも季節の移ろいを感じていただけるよう、随所へお花見や紅葉等の写真や季節毎の手作りの作品を展示している。また、雑祭りや誕生会、クリスマス会等を開催して、利用者楽しんでいただき、活気ある日々を過ごせるように努めている。</p> <p>認知症ケアの一端として音楽療法を導入しており、唱歌や懐かしい曲を耳にしながらかみさんたり、リズム運動等も取り入れながら、利用者の心身の活性化へつなげている。</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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらいが			<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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	玄関、廊下、休憩室等に掲示し、周知に努めている他、毎月開催するカンファレンスや勉強会等の折に話し合って共有化を図り、ケアに取り組んでいる。	地域密着型サービスを謳うことの必要性を検討し、その役割を反映させた項目を開設当初から掲げていた理念に追加している。理念は玄関や廊下、休憩室に掲示している他、朝の申し送りで話題にしたり、カンファレンスで事例に合わせて理念を取り上げる等、全職員で共有化するための取り組みを行っている。	
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	毎月のホーム便りを回覧板にて地域に配布し、ホームの日常や取り組みを理解していただけるよう取り組んでいる。年2回、近所のお宅を訪問し、直接意見や要望を伺っている。	町内会に加入しており、ホーム便りを回覧板で配布することにより、ホームの周知を図り、介護について発信することで見学者も増えている。また、野菜のお裾分けをいただいたり、納涼祭にも訪れていただき、日頃から地域住民との交流を図っている。	
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	毎月のホーム便りを回覧板にて地域に配布し、介護保険の仕組みや認知症の種類、症状等を理解していただけるよう取り組んでいる。職場体験やボランティアの受け入れを通じて、認知症介護の啓発に努めている。	/	/
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	ホームの様子や行事を報告し、地域代表の方々に理解を深めていただけるよう努めている。また、その際に出た意見や情報を活かし、サービス向上に活かしている。	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催しており、案内状を送付後に電話により出欠を確認し、メンバーに参加を促している。会議では、自己評価及び外部評価結果やホームの現状、行事等の説明をしている他、行政関係者からの情報提供や、地域住民からは地域における一人暮らし高齢者の実状や問題提起等が行われ、忌憚のない意見交換がなされている。	
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取り組んでいる	運営推進会議への参加の際に、ホームの現状を伝える他、ホームや地域から出た問題を相談して助言を得る等している。	市へは、広報誌を発行する度に配布している他、運営推進会議の記録や自己評価及び外部評価結果、目標達成計画を提出し、ホームの実態を理解していただけるように働きかけている。	

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
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	外部研修への参加や、マニュアルに沿って定期的に勉強会を開催する等して、全職員で身体拘束を行わないという姿勢でケアを提供している。	定期的に研修会を開催し、多岐に渡り、より具体的な話し合いを行いながら理解を深め、「身体拘束はあってはならない」という姿勢で日々のケアに取り組んでいる。開設時から現在に至るまで拘束の事例はないものの、緊急時やむを得ない場合の体制も整備し、詳細なマニュアルも作成している。また、日中、玄関は施錠しておらず、利用者が自由に入ることができるようにしている。	
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	外部研修への参加や、マニュアルに沿って定期的に勉強会を開催する等して、全職員で虐待に関する理解を深め、虐待を行わないケアを目指している。		
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	外部研修への参加や定期的に勉強会を開催する等して、全職員で制度に関する理解を深めている。また、必要と思われる利用者・家族には積極的に紹介し、必要であれば相談・手続きを代行している。		
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	入居契約時、十分に説明を行い、同意を得ている。また、退居時に関わる事項についても、入居時及び退居時に十分に説明を行い、同意を得ている。		
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	入居契約時に説明を行うと共に、ホーム内やホーム便りにて案内している。意見・要望があった際は全職員に周知し、検討する機会を設けている。	日頃から利用者と信頼を構築し、利用者の表情・言動・所作等から意見等を把握するように取り組んでいる。また、家族が来訪した際は、利用者の日々の暮らしぶり等を報告し、意見や要望等を気軽に出していただけるよう、聞き役にまわりながら働きかけている。	
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	年2回、個別面談を行うと共に、申し送りやカンファレンスの際に話し合いを行い、出された意見・提案は管理者会議の際に検討している。	年2回、代表者・管理者との個別面談を行い、職員の希望や率直な意見交換の機会を設けている。また、資格取得や異動、シフト調整等にも職員の意見を反映させるように努めており、職場環境や職員の意識向上へとつながっている。	

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
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	優秀なスタッフは給料をアップしたり、パートから常勤にする等、職員が向上心を持てるようにしている。		
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	キャリアパスに則り、スタッフ個々に学んでほしい事を定め、研修を受ける機会を設けている。		
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	グループホーム協会等で主催されている研修及び親睦会へ参加する機会を設けている。		
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	相談時から入居決定までの期間に数回の面談を行い、直接話をする機会を設けている。		
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	相談時から入居決定までの期間に数回の面談を行い、直接話をする機会を設けている。		
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	可能な限り対応を行うが、対応が困難なケースにおいては、サービスの種類に関わらず紹介している。		
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	申し送りやカンファレンス、勉強会等の折に、「敬う心」を踏まえた上で、「支え合う」ことについて話し合いを行い、全職員で良い関係を築け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
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	面会の折に日々の様子を報告すると共に、毎月、月次報告にて利用者の様子をお知らせしている。また、定期的な面会や行事への参加を依頼し、共に過ごせる機会を設けている。		
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	馴染みの店や場所に出かけられるよう支援している。電話や手紙での交流をはじめ、面会で交流を図れるよう支援している。	地域包括支援センターの紹介による入居が多く、在宅時のサービスからの申し送りがある他、入居後の日々の聞き取りから、これまでの関わりを把握している。また、独自のフェースシートを作成し、馴染みの人や場所を聞き取りの都度記録し、交流を継続できるように支援している。	
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	リビングにソファを配置し、寛げるスペースを設けている。また、個々の状態に合わせ、利用者同士が支え合う場面の提供に努めている。		
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	入居当初より、サービス終了後も必要に応じて相談や支援を行えることを説明している。		
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	入居時に、本人のこれまでの生活や習慣の把握に努めると共に、できる限り多くの希望、意向を取り入れるように努めている。	ホームとしての基本的な一日の流れはあるものの、利用者個々の生活リズムも考慮しながら、その時々々の心身状態に応じた対応に努めている。職員は利用者の視点に立って思いの把握に努めており、毎日の衣服の選択やおやつ時の希望の飲み物等、できるだけ自己決定へ導く方向で支援している。	
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	担当ケアマネや家族から、生活歴や習慣、サービス利用の経過等、多くの情報をいただき、把握に努めている。また、家族の面会の折に情報をいただく等している。		

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	日々の記録や関わりから、全職員で情報収集すると共に、情報の共有に努めている。		
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	3ヶ月毎に担当を決め、利用者の状態把握に努めると共に、計画作成者と協力し、モニタリングをしている。また、毎月カンファレンスを開催して情報交換を行い、プラン立案に繋げている。	3ヶ月毎の職員交替による担当制を用いることで視点が変わり、計画作成時には更なる気づきも参考にしている。主に担当職員が日々の心身状態の変化や多岐に渡る情報を集約し、その後の話し合いで検討することにより、個別具体的な計画作成へとつながっている。	
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	個別ケア記録の他、業務日誌等に記録を残し、情報を共有できるよう工夫している。		
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	外出支援をはじめ、受診の際は職員が付き添っている。また、必要に応じて、家族の送迎も行っている。		
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	中学校のボランティアや職場体験等を受け入れ、利用者との交流の場を設けている。年1回、夏祭りを開催し、利用者、家族、地域の方々が交流できる機会を設けている。		
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	本人・家族の希望を基に、かかりつけ医での受診を継続できるよう支援している。	これまでの受療状況を把握しており、かかりつけ医への継続受診や希望する医療機関、病状による専門医への受診等も支援している。協力医による往診の他、週1回、24時間対応体制にある訪問看護師が訪れ、利用者の健康チェックや状態観察を行い、その都度アドバイスを得ている。	
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回、訪問看護による健康チェックを行うと共に、必要時は助言をいただいている。主治医見解の下で、医療保険による訪問看護を利用でき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
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。	入院中から定期的に面会に出向き、本人の状態を把握し、ホームでの対応可能な状態を明確に伝えながら、今後の受け入れ体制を整え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、事業所です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	入居時に、終末期や看取りについて、家族に説明を行っている。	重度化や終末期に関する指針・マニュアルを作成し、入居時に具体的に説明すると共に、状況に変化がある時にはその都度、方針について話し合いを行う体制であり、同意・誓約書等へも署名・捺印をいただいている。職員は看取りの経験があり、研修会を開催してこれまでの事例を基に話し合いを行ったり、管理者が職員の不安軽減のためのフォローに努めている。	
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	年1回、消防署の指導の下、救命救急法を学ぶ機会を設けている。		
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、避難訓練を実施している。また、運営推進会議において、地域への協力を働きかけている。	年2回、避難訓練を行っており、内1回は消防署の立ち合いの下で行われ、終了後には反省点や視点の異なるアドバイスをいただくこともあり、今後に役立てている。また、運営推進会議のメンバーや町内会の回覧板を介して、日頃から地域住民に訓練への参加を働きかけている。	
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	トイレ誘導の際の声がけ等、周囲に気づかれないよう配慮している。就寝時や入浴時等、更衣介助が必要な場合は人目につかないように配慮している。	一人ひとりの意見・人格を尊重し、利用者の立場に立って、日々のサービス提供に努めている。また、職員の不適切と思われる発言・対応についてはその都度注意を促し、改善に向けて話し合いの場を持ったり、研修会等で振り返りながら、より良いサービスや職員の意識向上に向けて取り組んでいる。	
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	個々の状態に合わせ、本人が自分で選べるよう場面作りを行っている。		

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
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	基本的な生活リズムはあるが、個々の状態に合わせることができるよう、時間に幅を持たせている。		
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	着替えは個々の状態に合わせ、本人が自分で選べるよう場面作りを行っている。身だしなみはできる限り本人が行い、職員が注意し、整えている。		
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	準備の段階から料理に参加していただいたり、敷地内で育てた作物を使ったメニューを取り入れている。また、季節に合わせたメニューや、冬期間は月に1回、バイキング形式を取り入れている。	入居時の聞き取りや日々の会話、嗜好調査等を通じて、個々の嚥下状態や医療面にも配慮した献立を職員が作成しており、法人内の栄養士からの助言も得ている。また、行事食や季節感を盛り込み、外食や外出を控えがちな冬期間は月1回、バイキング形式を採用したり、ホーム菜園の収穫物や近隣住民からいただいた野菜も取り入れながら、バラエティに富んだメニューを提供し、利用者が食事を楽しめるよう工夫している。	
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	毎食毎に記録を残し、摂取状況を把握できるようにしている。本人の摂取状況に合わせてミキサー食にする等、食べやすい工夫を行っている。また、水分補給には個々の嗜好品も取り入れたり、形状を工夫して、水分補給量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、声かけや誘導、見守り、介助を行っている。		
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	排泄チェック表を用いて、個々の排泄パターンをつかめるようにしている。また、個々の状態に合わせ、声かけや誘導を行っている。	排泄チェック表を作成し、パターンを把握している。職員は声かけや事前誘導等により、トイレでの排泄に向けた支援に努めている。	

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
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	水分補給の確保や、乳製品を召し上がっていただく等、自然排便を促せるようにしている。		
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	基本的に週2回の入浴を行っている。本人から希望があれば、その都度、対応している。	利用者の入浴習慣や好みの湯温度、順番への希望等を把握しており、清潔保持の意味合いもあり、最低週2回は入浴できるよう支援している他、申し出があればその都度対応できる体制を整えている。	
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	申し送りにより前夜の睡眠状態を把握し、その時の状況に合わせて、休養時間の調整を行っている。		
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	個々の入れ物に保管して、処方箋はファイルし、全職員がいつでも確認できるようにしている。		
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	個々の能力に合わせ、日常的に役割の提供を行っている。また、園芸や手芸等、入居前からの趣味を継続して行えるよう支援している。		
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	近隣を散歩したり、月に1度外出行事を企画し、出かける機会を作っている。	天気の良い日には中庭に出て花壇や畑を見たり、町内を散歩している。また、花見会やミニドライブ、通院の帰りに買い物をしたりと、利用者の楽しみや気分転換につながるよう外に出る機会を設けている。	
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	個々の能力に合わせ、可能であれば所持していただいている。また、希望があれば職員が付き添い、買い物に出たり、外出行事の機会を設けて買い物の機会を作っている。		

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
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	電話は常に利用できるよう配置している。手紙も希望があれば、個々の希望に応じて支援している。		
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	季節に合った装飾品や昔ながらの郷土品等を飾っている。	共用ホールには食卓テーブルやソファを配置し、気の合う利用者同士でテレビを見たり、お茶の時間を共にして、おしゃべりをしながら楽しいひとときを過ごしている。また、ホーム内は冷暖房管理がなされており、随所へ温・湿度計を備えたり、必要により加湿器を利用して乾燥対応も行いながら、快適な住環境づくりを行っている。	
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	リビングにソファを配置している。ホール以外にもテーブル・イスを配置し、馴染みの利用者同士で過ごせるよう工夫している。		
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	自宅で使っていた馴染みの物を持ってきていただくようにしている。また、家具等の配置についても、自宅と同じ配置を取り入れる等している。	早くホームの生活に馴染んでいただけるように、自宅とあまり違和感が生じないよう家具の配置に配慮している他、慣れ親しんだ物品の持ち込みもお願いしている。また、居室への持ち込みが少ない場合には、誕生日に飾り物をプレゼントしたり、手作りの飾り付けを行っている。	
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	ホーム内はバリアフリーである。また、サービス計画に基づき、個々の状態に応じた工夫を行っている。		