平成　27　年度

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	0292700085		
法人名	社会福祉法人吉幸会		
事業所名	グループホーム　みろくの郷　　かぐぢ		
所在地	〒039-1313　青森県三戸郡田子町大字茂市字茂市仲田2-4		
自己評価作成日	平成27年度10月1日	評価結果市町村受理日	平成27年3月19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27年10月26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）】

毎日、ゆっくりゆったりとした時間と空間を提供し、家に居るような感覚で自分のやりたい事をして過ごしていただいている。自治会に入り、地域の住民として行事や清掃作業等にも参加し、地域の方も野菜や山菜を持ってきてくれるなど、地域に密着した事業所づくりをしている。

【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）】

事業所は地区の一員として町内会活動に参加するとともに、地域住民との交流も盛んである。事業所が実施する祭りは地域の祭りとなるなど、地域に溶け込んでいる様子が伺える。一方、利用者に対しては、入浴の曜日・時間を設定していない等、一人ひとりの思いを尊重した介護を行っている。

Ｖ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時々の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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
66	職員は、活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
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
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

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	系列ホームの理念を継続しつつ、ホーム独自のケア理念を掲げている。会議等で理念を確認している他、ホーム内に掲示し、全職員に周知している。また、理念の意味を意識しながら、日々のサービス提供に努めている。	理念は常に見えるところに掲示しており、会議等職員が集まる際に、意味を再確認している。	
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	地域の自治会に加入し、一戸の家として扱って頂き、地域や町の行事予定等の広報を配布して頂いている。又、自治会の総会や新年会にも参加している。当事業所の祭りの際には、地域の方の協力があり準備から参加してもらっている。	クリーンアップ作戦や町内会の総会等、町内会の一員となり、地域に溶け込んでおり、近隣住民とも交流が行われている。	
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	ボランティアやアルバイトを受け入れている。当事業所の祭りでは、地域の人達や中学生、高校生のボランティアに協力してもらったり、地域の保育園の慰問等、ふれあいの機会を設けており、交流の中からグループホーム・認知症への理解が深まるよう取り組んでいる。		
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	広報や資料を作成し、活動状況、入居者の状況等現場の様子が分かりやすいよう努め、多くの意見を頂くようにしている。又、外部評価結果等も報告している。グループホームからの議題ばかりではなく出席者から提案を頂き、出された意見は法人、全棟会議で話し合いサービスの向上につなげている。	参加者は保健師、自治会長、利用者家族、民生委員等充実している。また、会議では状況報告を行うとともに運営に対する意見を求めている。	
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	外部評価結果を報告し、グループホームの実態を理解してもらうよう努めている。必要に応じて、指導や助言を受けるなど意見交換を行っている。	職員不足の相談をしたり、身寄りのない利用者の支援をお願いしたり、町役場とは密接な連携が行われている。	
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	日中は鍵を掛けず、自由に出入りできるようにしている。外出傾向が察知できるように見守りを行い、察知した場合には付き添うなどの支援を行っている。また内部研修で身体拘束の内容や弊害について理解し、日々、身体拘束をしない姿勢で支援をしている。やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合に備えてマニュアルがあり、家族に説明し同意を得る体制を整えている。	出入り口の施錠は夜間のみ行っており、日中利用者は自由に出入りできる状態となっている。現在身体拘束は行っていないが、身体拘束に関するマニュアルは整備されている。	
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注意を払い、防止に努めている	研修に参加し、高齢者虐待防止法について理解し職員同士お互いに気になることは注意しながら、未然に防ぐよう努めている。虐待を発見した場合の対応についてマニュアルを整備し、報告の流れ、対応方法についても全職員が理解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
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	研修に参加し制度について勉強している。詳しい内容は誰でも見れるように掲示し利用者や家族に情報提供出来るようにしている。		
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	契約書、重要事項説明書をもとに、理念や運営方針等を十分に説明している。利用者や家族の意向を傾聴するよう心掛け、疑問や意見を引き出せるよう働きかけている。退居の際には不安を生じさせないよう居宅介護支援センター等を紹介したり、入院などの個々に合わせた支援を行っている。		
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	意見箱を設置し利用者や家族が意見や要望を出しやすいような働きかけを行っている。また利用者の言動、表情から不満や苦情等を察するようにしている。面会時には、家族と話す時間を持ち、不満や要望がないかを常に観察し、出された意見については全職員に周知し話し合っている。	意見や要望については面会等の際に聞き取りができるように努めている。また、最近では部屋移動の要望があり、実施している。	
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	運営方法や利用者の受け入れ等の決定事項については会議を経て主任、管理者から話をしている。職員の意見は、ユニット会議、全棟会議、主任会議、法人全体会議を行っており、その都度意見や提案が反映できるようになっている。	職員からの意見については、年2回の人事考課時の面接で聞き取っており、実施可能なものは反映している。	
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	代表者は、現場の状況や職員の日々の努力や勤務状況を把握し、保有資格者を生かした職員配置をしている。年2回人事考課を行い、職員一人一人が課題を持って働けるようにしている。また、法人の研修委員会が資格取得、内部研修の支援しており、向上心を持って働けるように努めている。		
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	年間研修計画を作成し職員の希望や経験、力量に応じた研修を平均的に受講できるように努めている。研修後は報告書を作成し伝達研修を行っているほか、会議や日常的な会話を通じて、主任、管理者、副主任、中堅職員が助言や相談をしている。法人の事例発表会も行い、他部署の取り組みを知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	地区グループホーム協会に加入しネットワーク作りや意見交換を行っている。研修会への参加もネットワークづくり、意見交換の場としても認識し、参加させている。法人内外のグループホームとも連携をとり、日々のサービス向上や職員の育成に取り組んでいる。		

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
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	入居前に利用者、家族、担当ケアマネジャー等から直接話を聞き、できるだけ本人の希望や思いに沿うよう努力をし信頼関係を築けるように意識しながら対応している。		
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	入居前に家族より困っている事、サービスに対する要望等を細かく聞き、希望や思いに沿うよう努力をし信頼関係を築けるように意識しながら対応している。		
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	利用者や家族のニーズに対して、その時点で何が必要かを見極め、必要に応じ地域包括支援センター等の関係機関と連携を図り、他のサービス機関に移行する支援を行っている。		
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	利用者のできること、できないことの把握に努め、役割を持って生活できるよう支援している。また、利用者同士が協力したりできるように、意識した声がけを行い、本人が必要な存在であることを認識してもらえる関係づくりをしている。		
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	利用者と家族の関係や双方の思いを把握し、面会時には、心身の状態を伝え情報の共有に努めながら、家族との触れ合いを大切にし、意見など話しやすい関係づくりを心掛けている。また遠方に住んでいる家族とも電話連絡や、行事参加を通じて会う機会をつくるようにしている。		
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	家族の協力を得て馴染みの人が面会にきてくれたり、職員はコミュニケーションを図っていくなかで関わってきた人や馴染みの場所を把握し、利用者の生活歴と合わせながら、希望に応じて出掛けられるような支援を行い関係が途切れないようにしている。	町の敬老会に参加して、入居前の友人等と再会できるよう支援している。また、馴染みの床屋がある場合には、送迎等の支援を行っている。	
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	出来る事、出来ないこと、利用者同士の関係を把握し、家事やリハビリを中心に利用者同士が声を掛け合い協力できるよう支援している。他者との関係づくりが苦手な方へも、座る位置や距離を考慮し、その方の思いを大切にしながら、馴染んでいけ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
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	買い物時、通院時など事業所の外で会う事も多く、その際に近況を確認している。		
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	日常の会話や表情から、思いや希望を把握するように努めている。1対1での会話、世間話での言葉から思いを把握することも念頭においている。分からない時は家族からの聞き取りも行いながら、意向に沿えるようにしている。	普段の様子から思いが把握できるよう努めたり、若いころの話を聞いて推測や把握に努めている。	
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	利用者や家族、担当ケアマネジャー等から情報収集を行い把握す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	申し送り、会議等で利用者の現状を把握している。一日の暮らし方、生活のリズム、分かる力などを情報交換し話し合いを行っている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者の意向、家族等の意向を聞き、入所者がその人らしく暮らし続けることが出来る様に、担当者を中心に全職員で話し合い介護計画を作成している。	利用者一人に付き、担当職員を1名設定し、介護計画の策定にあたっている。介護計画の立案に当たっては、面会時に家族等から意向を伺い、計画作成担当者と介護職員が協働している。	
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	一人ひとりについて、日々の暮らしの様子や身体状況について具体的に記録に残している。申し送りノートやユニット会議、サービス担当者会議で共有化し、随時見直しをしている。		
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、その時々に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	法人の車両を使用し、利用者や家族の希望を聞き受診時の送迎や外出支援を日常的に支援し、自宅の様子・周辺を見に行ったりと柔軟な支援を行っている。可能な限り、行きたいと希望があった日に出かけるようにしている。		

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
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	利用者が安心して暮らせる為に、本人の意向や必要性に応じて、地域の自治会、小学校、保育園、警察、消防、医療など協力してもらい支援している。		
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し、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	これまでの受診状況を把握し利用者や家族が希望する医療機関を受診し、定期的な受診のほか体調の変化や心配事などがある時はいつでも医療機関へ相談したり受診したりしている。通院方法や受診結果についても報告し、必要時には話し合いを行っている。	協力医療機関はあるが、利用者や家族が希望する場合は、他の医療機関への受診も支援している。	
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	医療連携体制として訪問看護師が週一回訪問し、利用者の日常的な健康管理や体調の変化、心配ごと等について相談し、指示や助言をもらっている。		
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。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。	入院時には定期的に病院に行き治療内容・経過など把握するよう努め、家族と一緒にカンファレンスを受け退院等の調整を行っている。		
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組んでいる	体調に変化あるときは家族と相談の上、かかりつけ医や訪問看護師との連携を図り、早めの受診や必要に応じて入院・治療を行い重症化しないような対応に取組んでいる。今まで終末期を迎えた利用者はいないが、法人として看取りに関する指針を定め、医療機関とのより密接な連携を図る為、町内の訪問看護ステーションとの医療連携している。	重度化や看取りについては町内の訪問看護ステーションと連携したり、特別養護老人ホーム等の入居事業所を紹介し、対応している。	
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	応急手当や救命救急等の内部・外部研修を受け全職員に周知し事故発生時や緊急時に備えている。夜間対応も含め緊急時対応マニュアルを掲示し全職員に配布している。		
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	毎月避難訓練を行っている、年2回消防署へ依頼し消防訓練を行い総評してもらい今後に役立てている。また地域の方からも協力を得られるようにお願いしている。災害時に備えた備品や非常食を準備している。	災害発生時における、職員各々の役割を設定するなど、体制の整備に努めるとともに、地域住民も参加した訓練も実施している。	

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
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	一人ひとりの個性を大事にしながら、適切な声かけを心掛けている。会議等でも利用者の接し方について話し合いを行っている。個人情報は適切な場所に保管している。	マニュアルを整備し、研修も実施している。また、職員各々はトイレや居室の扉をこまめに閉める等、細やかな気配りを行っている。	
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	利用者との日々の関わりや家族等からの情報により、思いや希望を把握しながら自己決定が出来る様にコミュニケーションを図り、話しやすい場面作りに心がけ、意思表示が出来ない場合でも表情や態度から思いを把握するよう努めている。		
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	利用者の体調を観察しながら、一人ひとりのペースや要望等に配慮し、利用者の訴えを後回しにしないよう心がけ、利用者に合わせた支援をしている。		
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	利用者の個性や希望等を尊重し、お店に行って好みの服を選んだり、おしゃれが出来る様に支援している。衣類や身だしなみの乱れにはさりげなくサポートしている。理美容は、希望のする店に行ったり、施設に来てもらうなどの体制を整え支援している。家族の協力のもと衣類の入れ替えも行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の希望、好み、苦手なものに配慮し、状況、意思、力量に応じて調理の準備や後片付けを促し職員と一緒に行っている。職員も同じテーブルで食事をとり、食べながら食べこぼし等へのサポートを行い、会話を楽しみながら食事時間を過ごしている。また、月2回は利用者の希望に沿った自由献立の日があり、楽しみを持ってもらう機会を設けている。	食事に当たっては、おしぼり配りや後片付け等、利用者にできることは手伝ってもらい協働している。また、季節の野菜を近隣住民から頂いた際には、メニューを変更する等、柔軟に対応している。	
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	外部の栄養士に栄養等のバランス・旬の食材を使った季節メニュー、郷土料理などを取り入れた献立を立ててもらっている。摂取量や体重も報告し、給食会議を月1回開催し栄養士との話し合いも行っている。また、高カロリー食やミキサー食などできる範囲でその人に合った食事提供をしている。		
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	一人ひとりの習慣や意向を踏まえ、声掛けや一緒に行う等、能力に応じた支援を行っている。		

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
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	一人ひとりの排泄を記録し、排泄パターン、習慣、サインに応じて事前誘導を行う等、自立に向けて支援を行っている。便意や尿意の確認、誘導、失敗をしたときなどは、羞恥心やプライバシーに配慮し他利用者に気づかれないよう速やかに行っている。	排泄を記録し、利用者各々のパターンを把握し、自立に向けた支援を実践している。	
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組んでいる	便秘の原因や及ぼす影響を職員が理解し、一日の食事量や排泄チェックを行い、水分補給や運動を促している。下剤服用者や便秘ぎみの方は医療機関、医療連携先の看護師に相談・指示受けをして下剤の使用量や頻度を調整している。		
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	入浴習慣を把握し利用者の意見に沿い、いつでも入浴できるよう努め、利用者の羞恥心や負担感、安全面に配慮している。拒否のある利用者には声掛けや対応等を工夫し臨機応変に対応している。	回数は週2回以上とだけ決めて、特に曜日・時間は設定せず、柔軟に入浴できるよう支援している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	一人ひとりの生活習慣を理解し、状況にあった声掛けやコミュニケーションを図るよう努めている。外出や面会、その日の状態に応じて柔軟に休息が出来るよう支援している。入居前から眠剤を服用している方も、睡眠状態等観察し、家族や医療機関と相談しながら薬を調整し、生活リズムを整えるようにしている。		
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	職員は利用者一人ひとりの薬の内容を把握できるよう取り組み、飲み忘れや誤薬が無いよう体制を整えている。薬の変更時には家族へ報告し、職員にも周知し服薬による状態変化も記録に残し、家族や医療機関に報告、相談をしている。		
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	利用者の生活歴・希望・力量等を把握し、気分や体調、季節等も考慮しながら、行事や畑仕事、食事の準備など、本人の楽しみごとを促し利用者も役割を理解し生活している。		
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	利用者のその日の状態を把握し、希望や習慣を取り入れ、買い物や日常的に外出する機会を設けている。外出する時は、身体状況に合わせ移動方法や移動距離に配慮したり、家族の付き添いやお小遣いなどの協力も得て出掛けられるよう支援を行っている。	定期的及び、随時に外出機会を設けている。また、利用者が敷地内を自由に散歩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
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	利用者一人一人の力量や希望、家族の希望等に配慮し、本人管理と施設管理に分けている。紛失やトラブルを考慮し全額預かっている人もいる。外出時にはお金を使えるように支援をしている。		
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	利用者自ら電話を掛けられる方は掛けている。出来ない方の場合でも、職員が電話し、本人と変わるなどの支援をし自ら連絡できるようにしている。		
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	共有空間には食卓やソファを設置し家庭的な雰囲気づくりをしている。窓から入る日差しはカーテンで調節し、室内の明るさも配慮している。職員の声やテレビの音量も適切にし、心地よい空間づくりに努めている。	共用空間は明るさや暗さに配慮しており、テレビの音量も控えめで、落ち着いて過ごせるようになっている。また、利用者及び職員はスリッパを使用せず、家庭的な雰囲気が出せるような工夫もみられる。	
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	それぞれの過ごし方や過ごす場所を把握し、思い思いに過ごせるよう、座布団や枕、趣味の道具等を置いておくなど一人ひとりの居場所が確保され穏やかに過ごせるよう心がけている。		
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	なじみの物を持って来てもらうよう働きかけながら、基本的には利用者の好きなように居室を使用してもらっている。テレビや鉢植え、すだれなど、その人の意向を確認しながら、家族と相談し職員も一緒に居室づくりを行っている。	利用者や家族には馴染みのものを持ってきてもらうよう伝えている。また、ベッドは持参してもらうことを原則としており、タンスや位牌を持参する利用者もみられる。	
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	利用者の安全や使いやすさに配慮し、手すりの設置、洗面所は車椅子対応、共有スペースは活動しやすいように広く、車椅子の方も自走できるように動線も考慮し家具を設置するなど、暮らしやすいよう工夫している。		