

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	0270301385		
法人名	有)ゆき		
事業所名	グループホーム そら		
所在地	青森県八戸市大字久保字西ノ平25番207		
自己評価作成日	平成26年10月12日	評価結果市町村受理日	平成27年2月23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11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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・その人らしいあり方で、地域の中であたりまえに暮らせるよう、尊厳を大切にすることを理念として支援している。 ・外部の講習や内部研修を毎年行い、ケアの向上につなげている。 ・年に一度、家族の集いを行い、職員の思いや家族の思い等を話し合ったり、コミュニケーションを図っている。 ・郷土料理を一緒に作ったり、一年の行事、故郷の行事を取り入れている。 ・春は花見、花植え、畑等、夏はバーベキュー、中庭で朝顔のグリーンカーテン、プランターで野菜作り等、秋は野菜の収穫、日帰り旅行等、冬は漬け物作り、初詣、新年会等、年間を通して活動している。

【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)】

<p>「地域の中で尊厳を大切にその人らしく暮らす」ことを理念に掲げ、季節の作業や行事を感じる普通の暮らしをしている。利用者はできる事は自分でするという意欲が感じられ、職員はそれをサポートするために、安全にも配慮の上、何のサポートが必要なのかを全職員で話し合い、共有して取り組んでいる。</p> <p>ホームでは委員会を中心に内部研修や外部研修を多く行い、日々のケアに反映させようと前向きに取り組む姿勢が感じられる。また、利用者の希望でユニット毎に浅虫水族館や十和田湖等にも出かけており、「出かけたがたい」、「食べたい」という利用者の希望を引き出しながら、それを叶えるように日々の支援に取り組んでいる。</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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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、活き活きと働いている (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している (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

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	独自の理念を作成し、ホーム内に掲示したり、研修やケアプランに盛り込み、全職員で理念の共有に努めている。	地域の中で、人間としての尊厳を大切に生きていくことを掲げたホーム独自の理念を作成している。また、理念はホーム内への掲示やミーティング等でも振り返りながら、職員間の共有化に努め、サービスの提供場面に反映させている。	
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	地域の行事等に参加することで、ホームを理解してもらうと共に、シニアボランティアを受け入れ、リズム体操を行っている。運営推進会議、家族会を行う等、交流を図っている。また、町内の方に「そら」の歌、踊りを作ってもらい、行事や活動に活かしている。	いきいきサロンやリズム体操、公民館活動への参加等を通じて地域との交流を図り、散歩の時には地域住民から声をかけてもらったり、野菜をいただくこともある。また、キャラバンメイト職員やそら劇団による寸劇等により、認知症の理解や啓蒙活動を行っている。	
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	キャラバンメイトにより、認知症サポーター養成講座を行っている。実習生やボランティアの受け入れをし、プライバシーに十分な配慮を行っている。		
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	会議では資料やスライドで日々の生活やサービス内容、各委員会の活動を報告し、介護とは別の視点での改善策についても意見交換を行っている。	運営推進会議には町内役員等7～8名、利用者家族や市職員が参加し、2ヶ月毎に開催している。会議では行事や状況報告、自己評価や外部評価の結果についても報告し、意見交換が行われている。また、地域の人が作詞したものに曲をつけ、「そらの歌」を完成し、曲に合わせた体操を楽しんでいる。	
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、家族会には毎回参加していただけるように働きかけている。また、実地指導でケアプランの好事例を提出した。	市の担当職員が運営推進会議や家族会に出席し、ホームの実態を理解していただき、必要に応じて課題解決に向けて行政と連携を図り、取り組んでいる。また、実施指導の時には、ケアプランについて高評価を得ている。	

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	身体拘束・虐待防止委員会を設置し、定期的に会議を行い、会議録は全職員に回覧したり、ホーム内研修を行っている。また、玄関、居室には施錠せずに、自由に出入りできるようにになっている。出入り口が分かるように入口にドアチャイムを付け、見守りをしている。また、家族にグレーゾーンについて説明し、同意を得ている。	マニュアルを作成したり、身体拘束・虐待防止委員会を設置して、身体拘束をしないケアに努めている。入浴や排泄等、細やかな場面想定にてケアの評価を行う等、職員間で確認し合い、理解を共有している。また、外出傾向の利用者はGPS機器を携帯し、居場所が確認できるシステムとなっているため、利用者は自由に外出でき、地域の協力も得られる体制である。	
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	定期的に委員会会議を行い、運営推進会議、全体会議で報告している。また、研修にて高齢者虐待防止法について理解を深め、虐待についてケアの振り返りを行っている。マニュアルは整っている。		
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に支援している	ホーム内研修を実施し、必要に応じて情報提供できるようにしている。		
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	契約時は利用者や家族にホームの理念や方針を説明し、意見を伺っている。入居時は文書と口頭で説明し、話し合いの場を設けている。退去先へは情報提供を行っている。		
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	玄関に意見箱を設置し、家族から意見を出しやすいようにしている。運営推進会議や家族会にてアンケートを働きかけ、話し合いもしている。	玄関に意見箱を設置したり、ホーム内外の苦情受付窓口を明示して、家族が意見を出しやすいように配慮しており、出された意見は速やかに対応する体制がある。また、利用者の暮らしぶりや健康状態、受診状況等はホーム便りでも家族に報告している。	
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	事前のユニット会議での職員から意見や提案が活かされるようになってきている。会議録は回覧し、全体会議に活かされるようになってきている。	職員から出された意見はユニット会議・全体会議で話し合われ、利用者用のマッサージチェアが購入される等、意見が反映されている。職員の異動は利用者へ与える影響を最少にしなが、また、異動による効果も考慮の上、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
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	代表者は職員の勤務状況を把握している他、職員が組織する青空会に理解を示している。また、年2回の職員健診を実施している他、職員一人ひとりと面談を行っている。		
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	新人・各委員会研修の年間計画を作成し、実施・受講後にはレポートを提出している。実践に活かせるようグループワークを行い、採用時、研修後にOJTを行っている。また、研修内容は職員の希望を取り入れている。		
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	全国グループホーム協会等で発表や交流の場を設け、サービスの質の向上へ向け取り組んでいる。		
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	信頼関係を築くことを意識し、本人が自由に話せるような雰囲気づくりをして、不安や思いを汲み取るようにしている。		
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	家族と話す機会を大切にし、不安や思いが表出できる雰囲気を作ることで、信頼関係が築けるようにしている。本人と家族の思い、困っている事等を聞き、課題整理に努めている。		
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	本人のできる事、できない事、楽しい事、生活歴、認知面、身体面、夜間時の支援を見極め、対応に努めている。また、必要性があれば、サービス機関の紹介を行っている。		
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	職員は利用者と毎日一緒に食事を作ったり、同じ食事をし、生活を共にしながら理解するように努めている。また、料理や遊び、縫い物を教えてもらっている。		

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
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	家族来訪時、電話等で利用者の様子や職員の気づきを伝えている。また、家族会にて直接、意見交換をしている。		
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	家族や知人と、気兼ねなく面会や電話での連絡ができるように支援している。面会時間の取り決めがなく、敬老会や町内のいきいきサロンに参加し、家族と一緒に過ごす時間がある。	利用者は散歩の途中に兄弟の家に立ち寄り、敬老会や公民館で行われるいきいきサロンに参加する等、馴染みの人達との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	利用者間の関係を把握し、利用者同士が交流できるよう、活動内容、場所等を考慮している。利用者の人間関係の変化を見逃さず、孤立しないように、生活歴や趣味、性格等で仲良くなれるよう仲介し、配慮している。		
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	サービス終了後も家族が遊びに来られたり、退去後も移行先に情報提供をしている。		
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	本人の日常生活の中での言葉や表情、これまでの暮らし方等からアセスメントし、本人本位の支援となるように職員間で情報共有をしている。	職員は利用者の思いや意向、希望等の把握に努めている。また、状況により、家族や利用者をよく知る関係者からの情報収集を行い、全職員が利用者の視点に立ち、利用者が考えている事、やろうとしている事を把握するように努めている。	
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	センター方式のアセスメントシートの活用や、家族からの生活歴、ライフスタイル、個性、前施設からのサマリー等で、これまでの暮らしの把握に努めている。		
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	情報収集した生活歴から、個別の日課表を作成・記録している。できる事や分かる事、支援があればできそうな事を把握す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
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	本人の生活場面での言葉や表情、全職員の気づきや意見等から、ケアのあり方を話し合い、作成している。看護師の意見や、受診時に医師より日常生活や食生活、栄養面についてアドバイスをいただいている。	センター方式を基に、日々、利用者の言動を観察・把握し、職員の気づきや家族の意見等を十分に話し合い、介護計画を作成している。また、関わっている医師や看護職員の意見も取り入れ、3ヶ月を見直し期間としているが、状態に変化がある時には随時見直しを行っている。	
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	個別のケース記録、日課表がある。記録は介護計画に沿って、行った事と対応した事とに分けて記入している。1日の暮らしの様子や身体状況について具体的に記録し、内容はカーデックス、申し送りノート、申し送りにより全職員で共有できている。		
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	介護保険サービスのうち、医療連携体制は整っている。自主サービスは、敬老会や公民館の行事の送迎、近隣の知り合い宅への送迎支援を行っている。		
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	消防訓練は運営推進会議で地域、消防署の協力を得て行っている。えんぶりや敬老会、地域の病院の夏祭りに参加している。		
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、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	利用者によって、以前からのかかりつけ医へ継続して受診ができるように、家族と協力し、受診支援をしている。また、訪問歯科も受け入れ、家族の希望を叶えている。	利用者の受診状況を把握し、家族の協力を得ながら、希望する医療機関を受診できるように支援している。訪問歯科の利用の他、協力医療機関の配慮により待たずに受診できる環境にある。また、入院時には退院後の対応がスムーズに行えるよう、状態を把握するため、毎日、病院を訪れている。	
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	看護職員がおり、職員はいつでも報告、相談することができる。また、看護ポイントがあり、掲示している。		

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。	利用者が入院した場合は、認知症の人が安心してできるよう、毎日、面会に行っている。病院の看護師へ状態や変化等を聞き、情報交換、連携を図り、早期退院に向けて家族・職員・医師・看護師と話し合い、介護計画の見直しをしている。		
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	終末期の指針や取り決めがあり、入居時に家族へ体制を説明し、同意を得ている。重度化した場合、家族の意向について事前調書を取っている。	重度化や終末期の対応についてホームとしての方針があり、入居時に家族に説明し、同意を得ている。重度化した場合、家族・医療機関と話し合い、意思の確認を行っている。また、終末期の対応についても早期から話し合いを行い、入院となるケースが多いものの、ホームでできる限りの支援に努めている。	
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	緊急・救急対応マニュアルがある。ホーム内研修で心肺蘇生、AEDの講習を行っている。また、搬送法、誤嚥時の対応、止血法についての研修を行った。		
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	避難訓練を定期的に行い、全職員が参加している。運営推進会議も兼ねて、消防、町内の方々に参加していただいている。また、緊急連絡網があり、地域との協力体制ができています。	消防署員参加や夜間想定避難訓練を行っており、地域住民も参加している。緊急連絡網を作成し、連絡後、到着までの時間の確認や、災害時の役割についても説明・確認をしている。また、災害時に備え、食料品や毛布、おむつ等を各ユニット毎に用意している他、発電機やトイレ水用のポンプ等も用意している。	
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	入浴・食事・排泄等、利用者の羞恥心に配慮し、委員会主体の研修を行い、ユニット内で日々のケアの振り返りを行っている。	利用者の言動を否定することなく、安全に十分な配慮をしながら見守り、支援をしている。また、委員会があり、研修等で常に振り返る姿勢を持ち、利用者を尊重し、日々のケアに臨んでいる。	

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
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	一緒に嗜好品を買いに行き、自分で選択・決定できる場面を作っている。意思表示できない利用者場合は、表情やしぐさ等から、何を希望しているか把握している。		
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、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	日課はなく、起床・食事・入浴・昼寝・就寝時間等、一人ひとりの希望やペースに合った生活となるように努めている。利用者の訴えは受容・共感し、待つ姿勢で接している。		
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	好みの美容室を利用し、家族と一緒に外出されている。また、訪問理美容を利用し、負担無く定期的に行えるように支援している。衣類も季節に合ったものを一緒に選び、着てもらっている。		
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	一緒に買い物に行き、希望を取り入れた献立にしている。全てにおいて会話を楽しみながら、調理・食事・後片付けを行っている。	ユニット毎に献立を作成しており、利用者の好みや苦手なものに配慮している。利用者は職員と一緒に食材の買い出しに出かけたり、調理や食後の下膳、食器洗い等の手伝いをしている。また、食事は毎食手作りで、利用者は職員と一緒に会話をしながら食事をしている。	
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	食事量は全て記録し、水分量の把握が必要な利用者は記録している。栄養バランスは食材が重ならないように工夫している。		
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	食後は職員が声がけし、個々の能力に合わせ歯磨き、義歯洗浄や介助を行っている。また、歯石を取ってもらう等、訪問歯科を利用している。		
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	排尿・便の確認は利用者の羞恥心やプライバシーに配慮しながら、ケアプランに載せ、事前誘導を行う等、利用者の自立に向けた支援をしている。	一人ひとりの排泄パターンを記録し、把握しており、タイミングを見て事前誘導する等、トイレで排泄できるように支援している。また、利用者の羞恥心にも配慮し、他の利用者に気づかれぬように声がけをしている。	

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
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	薬だけに頼らず、牛乳、ヨーグルト、野菜の食材等、メニューの工夫をしている。また、1日2回の体操や散歩で適度な運動をしている。		
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	バイタル測定等、健康状態を確認している。入浴を拒否する方には、効果的な声かけやタイミングをみて、気持ちよく入浴できるよう努めている。	利用者の健康状態に合わせ、ゆっくり好きな時間、入浴を楽しめるように支援している。また、散歩等で汗をかいた時にはシャワー浴をする等の支援も行っている。	
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	日中のその日の状態に合わせて、体操、散歩、昼寝等、活動と休息をバランス良く取り入れ、1日のリズムを作るようにしている。夜間眠れない方には、ホットミルクを提供したり、話を聞き、寄り添い、安心できるように対応している。		
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	分包や服薬介助の際、飲み忘れ、誤薬がないか、スタッフ間で声に出し、ダブルチェックをしている。服薬による症状の変化については、家族や主治医と相談し、調整をしている。		
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	利用者独自の今までの暮らし方から、できる事は何か、したい事は何かを把握するようにしている。一人ひとりの希望や状態に合わせて、掃除・ゴミ捨て・料理・裁縫・編み物やレクリエーションを行い、散歩・買い物・ドライブ等の外出支援をしている。		
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	天気の良い日は外気浴や散歩、畑・中庭での日光浴、バーベキューを行っている。近隣の家族の家に行かれたり、季節に合った場所へドライブに出かけている。	利用者は日常的に散歩に出かけ、花を摘んだり、兄弟の家を訪ねる等している。また、希望により、浅虫水族館や十和田湖、航空科学館、外食等にも各ユニット毎に出かけており、利用者の「行きたい」、「食べたい」という思いが意欲につながるという考えの下、外出支援に取り組んでいる。	

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
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	お金の心配が多いことは把握しており、個別に支援している。家族や本人の能力に合わせ、小銭の金銭管理をしている方もいる。		
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	利用者への電話や手紙を歓迎する等、利用者が家族や知人等と電話しやすい雰囲気づくりをしている。		
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	行事毎に共同空間へ関連の物品を飾っている(雛人形、七夕飾り、お盆用品等)他、神棚もある。共有スペースや各居室に温・湿度計があり、心地良く過ごせるように工夫している。	各ユニットに畳の小上がりがあり、コタツが置かれ、ゆっくりと休める空間が作られている。利用者の作った手芸小物や編み物、書等を飾り、コミュニケーションの話題となることもある。また、大根を干したり、鉢花を廊下に取り込む等、冬支度する様子に季節が感じられる他、神棚の下に賽銭箱を置いたり、鈴を下げる等、お参りをしたいという利用者に対する工夫も見られる。	
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	共同空間は家庭的な造りで、気の合う利用者同士、テレビ等を見て寛いでいる。また、小上がりやマッサージ機があり、自由に使っている。		
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	本人の使い慣れた馴染みの物(仏壇、ベッド、鏡台、タンス等)を居室に持ち込んでいる。	畳の居室もあり、ベッドや仏壇、鏡台等、馴染みの物を持ち込んでいる。また、利用者の状態に合わせて、持ち込まれた物品を減らす等の調整もしており、一人ひとりに配慮した居室づくりに取り組んでいる。	
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	トイレの場所が分かるように、利用者の目線に合わせて掲示し、工夫している。手すりとし台、洗面台の高さを、利用者にあった高さに調整している。また、窓のサンを手すりにしている。		