

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	青森県八戸市大字大久保字西ノ平25番207		
自己評価作成日	平成24年9月24日	評価結果市町村受理日	平成25年2月28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24年11月7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)】

・認知症について、職員による寸劇隊を結成し、講演をしている・資格取得に向け、有資格者の職員を交えて実技練習をし、見事全員合格できた・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・その人らしいあり方や馴染みの暮らしの継続ができるよう支援している・郷土料理と一緒に作ったり、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、新年会等、年間を通し活動している

【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)】

住み慣れた場所で「あたりまえの生活」を支援することを基盤に、利用者が「今、何をしたいのか」を大切にしたい生活リズムの自由さ、残存能力への信頼感から、利用者はのびのびと過ごされている。地域住民による「そら協力隊」が結成される程、地域との交流が深く、助けたり、助けられたり、相互に良い関係が築かれている。また、認知症を題材にした、笑いを盛り込んだ寸劇が好評であり、学校や公民館等で啓蒙活動を実施している。全職員は研修等に参加して、日々の介護に活かしており、介護計画や地域交流、ホームのあり方等、あらゆる事を全職員で話し合い、前向きに捉え、楽しみながらケアを実践している。

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て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。	「一人ひとりが地域の中でその人らしく、あたりまえに暮らしながら、人間としての尊厳を大切にしていく」という独自の理念を掲げ、職員は、自分が歳をとったらどう過ごしたいかを考えて話し合い、日々のケアに努めている。理念をホーム内各所に掲示したり、折に触れて確認し合う等して共有化に努めている他、職員は各ユニット毎に毎年度の目標を掲げ、支援に取り組んでいる。	
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	町内会へ入り、地域の祭りや花見、いきいきサロン等に参加することで、ホームを理解してもらおうと共に、町内会のボランティアや運営推進会議、家族の集いを行う等、交流を図っている。また、避難訓練に町内会の方々が参加していただいている。	地域住民による「そら協力隊」が結成され、行事や防災等で協力を得ている他、地域住民に「そらの歌」を作曲していただき、その歌を輪にして交流が広がっている。また、ボランティアや小学校の地域活動を受け入れている他、認知症をテーマにした寸劇を公民館や学校で披露し、啓発活動を実践している。	
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	キャラバンメイト職員による認知症サポーター養成講座と、寸劇による啓発活動を行っている。また、婦人部の勉強会で、認知症について講演を行っている。		
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、意見交換を行っている。担当職員は持ち回りで、様々な意見が反映されるようになっている。また、地域の方による「そら協力隊」を結成した。	運営推進会議は家族代表や町内会長、民生委員、婦人部等からの参加を得て、2ヶ月に1回開催しており、ホームの現状や自己及び外部評価結果の報告をし、活発な意見交換がされている。また、会議において、全職員が司会や記録の役割を持ち回りして行っており、広く意見を交換し、サービスの質の向上へ向けて取り組んでいる。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	認知症サポーター養成講座・介護予防教室での講演・寸劇についての意見をいただき、参加を働きかけている。運営推進会議には毎回参加していただけるように働きかけている。	運営推進会議に市の担当課職員が参加しており、自己及び外部評価結果の報告や広報誌の配布等も行っている。また、年1回の家族会にも参加していただき、ホームの現状を理解してもらい、相互に連携が図られている。	

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
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、定期的に会議を開催し、会議録は全職員に回覧している他、ホーム内研修を行っている。不適切ケアをなくすために、ひもときシートを用いて取り組んでいる。	身体拘束・虐待防止委員会を設け、マニュアルの整備や研修等を通し、理解をしている。日中は施錠せず、出入りの自由を確保しており、外出傾向があれば気が済むまで一緒に外出し、付き添う等して支援している。職員は「ひもときシート」を用いて、不適切なケアがないか確認し合い、身体拘束のないケアに取り組んでいる。	
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	身体拘束・虐待防止委員会を設置し、定期的に会議を開催し、運営推進会議・全体会議で報告している。理念にある尊厳を大切にすることが一つの予防策にもなっている。取り決めや対応方法は業務マニュアルにて整備している。		
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度については、虐待防止委員会でホーム内研修を実施している。		
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が一方的な押しつけにならないよう丁寧に説明し、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。退居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	利用者または家族と相談し、利用者の症状に合わせて表情や言動・しぐさ等から、本人の思いをくみ取るよう支援している。また、利用者が町内の行事へ参加し、外部の方と接している。プラン更新時、家族の意見や要望を取り入れ、ユニット会議や運営推進会議にて話し合いをしている他、家族会にてアンケートを実施している。	運営推進会議に家族代表が出席し、意見や要望を出す機会を確保している。更に、家族が集まる機会を設け、市の担当課職員や地域包括支援センター職員、関連する事業所にも参加を呼びかけており、意見や要望を活発に出し合っている。また、出された意見は速やかに検討し、対応できるよう体制を整えている。	

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
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	利用者の受け入れについて職員の意見を聞き、話し合いの場を設けている。全体会議は、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いる。会議録は職員に回覧している。	ユニット会議、全体会議、3つの委員会(事故防止、感染対策、身体拘束防止)等、職員の意見が出せる機会を確保している。利用者の受け入れやホームのあり方、日常業務、介護計画等について活発な話し合いが行われている。	
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	運営者は職員の日々の努力や勤務状況を把握している。勤務希望の受け入れや職員が組織する青空会の活動に協力している。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、意見等を聞いている。		
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	新人研修・各委員会主催研修の年間計画を立てて実施しており、受講後にはレポートを提出している。職員の意見を参考にし、実践に活かせるようグループワーク等を行っている。外部研修参加者は伝達研修を行っている。また、研修の際は、ケアに支障の無いよう勤務体制に配慮している。同法人内に、認知症ケア専門士のスーパーバイザーがいる。		
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	家族会には他の事業者にも参加していただいている。また、認知症サポーター養成講座や介護予防教室の依頼があり、寸劇や講演を通して交流する機会がある。全国グループホーム協会の八戸地区協議会に加入してしる。		
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	利用者と面談する機会を設けている。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を作り、不安や思いを汲み取るようにしている。ホームの生活を理解してもらいやすいよう、また、要望を出しやすいよう、スライドを使って説明をしている。また、見学も受け入れている。		

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
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	家族と面談する機会を設け、家族の不満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。本人と家族の思いのギャップやズレによる課題の整理にも努めている。当ホームの利用がなくても相談にも応じたり、突然の見学も受け入れている。		
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を見極め、他のサービスも紹介している。市担当者や介護支援専門員等とも連携や協力を図っている。		
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努めている。日々の生活の中で郷土料理や漬物作り、畑での野菜作り等の得意分野で能力を発揮してもらい、本人から学んだり、支え合うことで関係を築いている。		
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、家族の思い・要望を聞き、話し合っている他、ケアプラン更新時に、再度家族の希望や要望が無いかを確認している。運営推進会議や家族会を開催し、率直な意見交換に努めている。		
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することなく、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はない。また、新年会や敬老会等の行事に誘い、一緒に時間を過ごすことで関係が途切れないように支援している。	利用者の生活歴を把握し、馴染みの人や場所を大切にしている。ホームの行事に知人を招いたり、必要に応じて電話や手紙のやりとりを支援している。また、利用者の希望で墓参りや友人宅等に同行する等、これまでの生活から急に変わらないよう支援している。	
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、活動の内容や場所等に配慮している。また、利用者の人間関係の変化を見逃さず、孤立しないようにしている。仲が良い、悪いで分けるのではなく、生活歴や趣味、性格等で仲良くなれるよう仲介する等の配慮をしている。		

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
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の集いに招いたり、退去後も遊びに来てもらい、関係を大切にしている。		
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	家族から情報収集を行い、利用者の状況を把握できるように努めている。ケアプラン説明時にも要望を聞き、プランに活かしており、利用者本人からも希望を伺っている。困難な場合は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、本人本位となるように職員間で情報共有している。	利用者へ積極的に声がけし、利用者が「今、何をしたいのか」を大切にしながら支援に努めている。また、家族等から情報収集して思いや意向等の把握に努めている他、日々の生活の中からも、利用者の表情や態度から把握し、全職員が利用者の視点でアセスメントをして、情報を共有している。	
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	センター方式のアセスメントシートの活用や家族、利用者との会話の中から、生活歴やライフスタイル、個性、前施設からのサマリー等で、その人らしさを引き出せるよう、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等から個別の日課表を作成・記録している。できる事やわかる事、支援があればできそうな事を把握するよう努めている。バイタル・食事量・睡眠時間・排泄等から、体調の変化やBPSD(認知症状に伴う周辺症状)の現れる要因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	センター方式を活用している。利用者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についてアドバイスをいただいたり、家族から、それまでの暮らし方からの意見や要望を取り入れるよう努めている。	利用者・家族・関係機関から得た情報を、利用者の担当職員がセンター方式できめ細かくアセスメントし、全職員で話し合いの下、介護計画を作成している。また、モニタリングを行い、3ヶ月に1回見直しており、利用者の現状を反映させ、その人らしく過ごせるような介護計画の作成に努めている。	

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
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こと、対応に分けて記入している。ケアの状況や結果、職員の気づきを記載しており、実践や介護計画見直しに活用している。一日の暮らしの様子や身体状況について具体的に内容をカードックス、申し送りノートに記録すると共に、申し送りにより全職員で共有できている。ヒヤリハットの記入も行っている。		
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	友人や家族の面会時の送迎等、必要に応じて対応している。		
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協力で、ホームでのえんぶり等を行っている。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。シニアボランティアを受け入れ、繕い物、買い物等を行っている。		
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	利用者によっては、以前からのかかりつけ医へ継続して受診ができるよう、家族と協力し、受診支援をしている。かかりつけ医が無い場合は家族と話し合い、適切な医療機関を主治医としている。定期受診の他に体調に変化がある時は、家族と相談し、受診している。また、結果についてはその都度、電話等で報告している。	これまでのかかりつけ医や眼科、歯科等、利用者や家族の希望に沿った医療機関が受診できるよう支援しており、認知症専門医への受診も支援している。医療連携体制を取り、看護師を配置し、利用者の状態変化に対応している。また、受診結果等を記録して、家族と共有している。	
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	看護職員を配置しており、職員は24時間いつでも報告や相談することができ、必要な指示を受けている。医療連携体制を整えている。		

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、認知症の人が安心できるように、毎日面会に行っている。病院の看護師へ状態や変化等をたずね、情報交換や連携を図っている。早期退院に向けて、家族・職員・医師・看護師と話し合い、退院後は介護計画を見直している。		
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。利用者からは、早い段階から日常生活の中の言葉等から、意向や希望を推測し、その気持ちをアセスメントシートに記入して、家族へも伝えている。また、ターミナルケアの研修も行っている。	「本人が普通に生活することを介護・看護が支え、その延長に終末期がある」という考え方から、自然な看取りの支援をホームの方針として明文化し、利用者や家族に説明し、同意を得ている。研修により、全職員が看取りに関する理解に努めており、家族や医療機関と話し合い、意思統一を図っている。	
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。定期的に応急手当や対応の講習を受け、伝達講習も行っている。ホーム内研修で心肺蘇生、AEDの講習を行っている。		
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	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行い、消防、町内の方々に参加していただいている。全体会議で地震対策について話し合い、実行している。非常食と水はユニット毎に準備している。また、マニュアルを見直し、新たに作成している。	昼夜を想定した具体的な避難誘導策の作成や、実情に沿ってマニュアルを見直しており、年2回、消防署の協力も得ながら訓練を行っている。また、地域住民が「地域協力隊」の腕章をつけて訓練に参加しており、災害時の協力体制を構築している他、災害用の備蓄品を各ユニット毎に確保している。	
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	声かけが心理的虐待につながらないように、利用者の羞恥心に配慮したり、研修をしている。言動を否定したり拒否したりせず、対応について、職員で日々の確認や改善の取り組みをしている。	利用者の尊厳を守れるよう、声かけや対応について話し合いを行っており、利用者が希望する呼びかけを確認したり、柔軟且つ適切な対応に努めている。また、職員間で気がついた時には話し合い、意識の向上に努めている。	

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
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	日々の関わりや家族等からの情報により、利用者の希望・関心・嗜好等を把握している。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。意思表示ができない利用者の場合は、表情・しぐさ等から何を希望しているのか、思いを探りながら対応するように努めている。		
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、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	決められた日課はなく、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	訪問理美容を利用し、負担無く、定期的に行えるよう支援している。また、家族や利用者と相談し、好みの髪型を維持できるよう、毛染めやパーマもしている。服装は、利用者の好みに配慮し、季節に合ったものを心がけている。外出時は、化粧やおしゃれをして出かけるよう支援している。		
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	一緒に買い物に行き、希望を取り入れた献立にしている。また、ホームの畑で収穫した旬の物や郷土料理、行事料理を取り入れている。食事準備、片付け、食事は一緒にし、会話を楽しみながら過ごしている。また、食べこぼし等はさりげなく片付けており、利用者の苦手な食べ物を把握し、別メニューを提供している。	チラシを見てから一緒に買い物に行く等、家庭的な流れで献立を決めており、利用者の希望や畑の作物等を取り入れている。利用者はできる範囲で食材の下ごしらえや調理、後片付け、食器拭き等を職員と一緒にやっている。また、職員も一緒に食事をとり、さりげなくサポートし、会話をしながら楽しく食事時間を過ごしている。	
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ている。補食や水分摂取量は、季節・体調等、必要に応じて看護師に相談の上、記録、調整している。		
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、一人ひとりの能力に合わせ、歯磨きや義歯の洗浄等の介助を行っている。また、それを日課表に記入している。		

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	排尿や便の確認は、利用者の羞恥心やプライバシーに配慮しながら、他者へ気付かれないようにしている。オムツ使用時期についても何度も話し合い、安易にオムツ等に変えていない。また、排泄パターンをチェックシートに記入して把握し、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。	排泄チェック表に記録してパターンを把握し、事前誘導で自立を支援している。安易に紙おむつに変えないというホームの方針から、ほとんどの利用者は布パンツを使用している。また、尿意や便意の確認時や誘導時、失禁時等には職員はさりげなく、速やかに対応しており、利用者のプライバシーに十分に配慮している。	
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り組んでいる	薬にだけ頼らず、牛乳、ヨーグルト、寒天、野菜等を使用したメニューの工夫をしている。また、1日2回の体操や散歩等で適度な運動をしている。服薬は主治医、看護師と相談している。		
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	バイタル測定等、健康状態を確認した上で、利用者の希望する時間帯に入浴している。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良く入浴できるよう努めている。利用者の習慣や入浴方法に合わせて、好む湯の温度に調節している。	週3回入浴としているが、日曜日以外は入浴できる体制であり、入浴拒否や失禁による緊急の対応が可能である。一人ひとりの要望に応えながら、危険を回避し、安全で楽しく入浴できるように配慮している。	
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	日中はその日の状態に合わせて、体操・散歩・昼寝等の活動と休息をバランスよく取り入れており、一日のリズムを作るようにしている。一人ひとりの睡眠状態、一日の様子は日課表に記録し、把握している。夜間眠れない方には好みの飲み物を提供したり、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、飲み忘れや誤薬がないか、職員間でダブルチェックしている。薬の変更の際は、カーデックスや申し送り等で全職員が共有できている。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。		

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
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、できることは何か、したいこと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、掃き掃除・ゴミ捨て・料理・裁縫・編み物等、生活に沿った活動や、カルタ・ランプ・オセロ等のレクリエーション、散歩・買い物・ドライブ等の外出を支援している。		
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	天気の良い日は外気浴や散歩、畑や中庭での日光浴、バーベキューを行い、利用者の希望で楽しみや気分転換につながるよう支援している。習慣やその日の気分、能力、身体状況に合わせて、外出の際は、移動方法や移動距離に配慮した支援を行っている。	天気の良い日はホーム周辺の散歩や畑、中庭で日光浴をしている。また、どんな天候でも散歩を日課として元気に出かける利用者もいて、個々のリズムで気分転換がなされている。花見、お祭り、小旅行等の外出行事には家族の参加を呼びかけており、年末年始やお盆、墓参に関して、家族と連絡調整しながら、希望を叶えるように努めている。	
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	家族や利用者の希望、能力に合わせ、小額の金銭管理をしている方もいる。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。		
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。電話の操作介助を行い、プライバシーに配慮して他の利用者には知られないよう、スタッフルームや居室にて話してもらっている。		
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	家庭的な雰囲気を保てるような調度品を配置している。共有空間には窓を多く設け、換気したり、景色から生活感や季節感を感じられるようにしている。カーテンで光を調節している。また、行事毎に共同空間へ関連の物品(ひな人形、七夕飾り、お盆用品)を飾っている他、神棚もある。	畳の小あがりやこたつ、古い家具等により家庭的な雰囲気があり、利用者が思い思いに自由に過ごせるように配慮されている。ホーム周辺の雑木林や中庭からは四季の様子を楽しむことができ、利用者の反応を見ながら、季節に応じた飾りつけ等も行っている。また、温・湿度計の設置や乾燥する時期には加湿器を使用する等、快適な空間となるように取り組んでいる。	

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
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	共用空間は家庭的な造りで、気の合う利用者同士、テレビ前のソファで寛いでいる。利用者は中庭やホールで食事や日光浴、外気浴を楽しんでいる。他ユニットの気の合う利用者同士が、相互に訪問し合っている。また、マッサージ機があり、気兼ねなく自由に使える。		
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	できる限り、入居前の状態に近いよう、家族と相談し、利用者本人の使い慣れた馴染みの物を居室に持ち込めるよう努めている。また、本人の状態の変化に合わせて調整している。(タンス・テレビ・布団・化粧品・仏壇等)	入居前の使い慣れた物を持ってきてもらうように働きかけており、筆筒や鏡台、位牌、仏壇等を持ち込んで、ホームの居室を自分の住まいとして暮らせるように支援している。また、利用者それぞれの状態に合わせた居室づくりを支援している。	
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	手摺りや流し台、洗面台の高さ等を入居者に合った高さに調整している。食席や車椅子、シャワーチェアの点検シートを作成し、点検・記録をしている。トイレと便所の表示をしたり、字の大きさ、配色等にも配慮している。		