

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	有限会社 ゆき		
事業所名	グループホーム そら		
所在地	八戸市大字大久保字西ノ平25-207		
自己評価作成日	平成28年12月6日	評価結果市町村受理日	平成29年3月15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29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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・その人らしいあり方で、地域の中で当たり前暮らしさせるよう、尊厳を大切にすることを理念に掲げ、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。 ・春は花見や花植え等、夏はバーベキューや馴染みの場所等へのドライブ、秋は野菜の収穫や日帰り旅行等、冬は漬け物作りや初詣、新年会等を行い、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>地域住民とのつながりが強く、行事以外でも気軽にホームに立ち寄っていただいている。利用者や顔馴染みになれるよう、運営推進会議メンバーからの要望で、利用者と一緒に「お茶会」や「ミニ運動会」を行っている他、災害発生時に備え、地域住民との協力体制を構築し、避難訓練への参加を得て、避難した利用者の見守りを担っていただいている。また、旅行の付き添い等でも協力いただき、日常的に地域住民との交流が行われている。</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)	○ 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 3. 家族の1/3くらい 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)	○ 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

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。	管理者及び職員は地域密着型サービスの意義を十分に理解し、地域貢献に力を入れ、理念の実践に努めている。また、会議の中で確認したり、ホーム内に掲示する等して、職員間で理念の共有を図り、利用者が地域の中で安心して暮らせるよう、日々の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	町内会へ入り、お花見やいきいきサロン、栄養教室、ゴミゼロ運動に参加することで、ホームを理解してもらうと共に、町内会のボランティアや運営推進会議、家族の集い、畑仕事を行う等、交流を図っている。避難訓練や旅行の付き添いに町内会の方々が参加、協力して下さっている。また、シニアボランティアによるリズム体操も行っている。	地域住民とのつながりが強く、行事以外でも気軽にホームに立ち寄っていただいている。また、町内会に加入して、様々な行事に参加している他、避難訓練への参加や旅行の付き添い等、ホーム運営にも協力いただき、日常的に交流を行っている。	
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る認知症サポーター養成講座や、実習生の受け入れ、見学、相談を行っている。家族の集いにて認知症の寸劇を行っている。		
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	2ヶ月に1回行っている。会議では、資料やスライドで日々の生活、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。また、利用者を交えてのお茶会、ミニ運動会も合わせて取り入れている。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。	町内会役員や行政職員、家族代表等がメンバーとなり、2ヶ月に1回、運営推進会議を開催している。会議では、ホームの活動報告や委員会報告等の他、自己評価及び外部評価結果等も説明し、意見交換を行っている。また、メンバーから要望により、利用者や顔馴染みになれるよう、利用者と一緒にお茶会やミニ運動会も行っている。	
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	家族の集いと運営推進会議には毎回参加していただけるよう働きかけており、市の職員にも定期的に参加していただいている。自己評価及び外部評価票を提出し、報告を行っている。	地域包括支援センター職員が運営推進会議に参加しており、密に連携を図っている。また、ホームの家族の集いにも参加していただき、家族や職員の思いを理解していただきながら、協力関係を築いている。	

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て、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。玄関や居室に施錠していない。ドアチャイムは付けている。また、外出したい利用者は所在確認し、自由に出入りできるようにして、付き添いをしている。	研修への参加等を通じて、職員は身体拘束の内容や弊害について理解を深めている。利用者が自由に出入りできるよう、玄関や居室は施錠せず、職員間で連携を図りながら、声がけや見守りを行っている。また、運営推進会議でのお茶会やミニ運動会を通じて、メンバーに利用者顔馴染みになっていただき、いざという時に協力が得られるよう働きかけている。	
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	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て、運営推進会議・全体会議で報告している。取り決めや対応方法は業務マニュアルにあり、ホーム内研修にてケアの振り返りを行っている。また、外部研修に参加して、伝達研修を行っている。		
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。成年後見制度は必要に応じて、利用者や家族に事業についての情報提供や事業利用につなげる支援を行っており、制度を利用している利用者がある。		
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一方的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	本人または家族と相談し、利用者の症状に合わせ、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、利用者は町内の行事へ参加し、外部の方と接している。玄関に意見箱を設置して、家族の集いや運営推進会議にてアンケートを募り、話し合いをしている。	職員は利用者の表情や行動に気を配りながら、要望や不満等を汲み取り、全職員で共有している。家族とは、年1回の家族の集いで意見交換を行ったり、親睦を深めている他、ホーム便りを送付して利用者の生活の様子等を報告し、意見等を出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
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。また、会議録を回覧している。	全体会議やユニット会議を実施し、行事や研修、利用者の受け入れ等について話し合いを行っている。出された意見等は、実践を通して検証を行い、より良いケアに向けて反映できるように取り組んでいる。	
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	代表者は職員の日々の努力や勤務状況を把握している他、勤務希望の受け入れや職員が組織する青空会に理解を示している。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い、資格取得支援制度も設けている。		
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、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、ロールプレイや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い、OJTも行っている。認知症ケア上級専門士がいる。		
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	認知症ケア学会に参加し、交流する機会がある。他県のグループホームの見学も行っている。		
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	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。		
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、家族が不満や思いを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。また、本人と家族の思いや困っている事等、課題の整理にも努めている。		

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
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	本人や家族のニーズを見極め、できる事、できない事を明確にし、必要に応じたサービス機関の紹介等を行っている。		
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、同じ食事をして、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、得意分野で能力を発揮していただき、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、家族の思いや要望を聞き、話し合っている他、ケアプラン更新時には再度、家族に希望や要望が無いか確認している。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おり、面会時間の取り決めはない。いきいきサロンや敬老会の行事に誘い、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。	入居時のアセスメントや日頃の会話等から、利用者の馴染みの人や場所を把握している。職員は利用者の希望に応じて、電話のやり取りや馴染みの場所に出かける等、関係継続の支援に取り組んでいる。	
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を考慮している。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したり、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、本人は亡くなっているが、家族の集いに来ていただくようお誘いした。		

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
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、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、本人の状況を把握しており、本人本位となるように職員間で情報を共有している。	利用者が安心した気持ちで自然と思いを表せるような雰囲気づくりを心がけ、職員は利用者とのコミュニケーションを図りながら、思いや意向の把握に努めている。	
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	センター方式のアセスメントシートの活用や家族から生活歴、本人との会話の中からの生活歴、ライフスタイル、個性、前施設からのサマリー等で、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、体調や生活リズムの変化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	センター方式を使用し、本人の生活場面での言葉や表情、全職員の気づきや意見から、ケアのあり方を話し合い、作成している。看護師の意見の他、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いただいたり、それまでの暮らし方からの家族の意見や要望を取り入れるよう努めている。	利用者や家族の意向、職員の気づきを基にセンター方式を使用し、入居前の生活リズムに近い介護計画の作成に努めている。また、利用者本人の言葉や行動をそのまま組み入れた具体的な介護計画を作成しており、達成可能な目標を立て、利用者がその人らしく暮らし続けることができるよう支援している。	
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	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、対応と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、実践や介護計画の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。		

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
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、医療連携サービスを整えている。敬老会や行事の送迎、付き添い、近隣の親戚宅へ行けるよう見守りをしている。		
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	地域の方の来訪でえんぷりを行っている。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の受け入れで、織い物やリズム体操を行っている。また、民生委員や婦人会の協力により、いきいきサロンにも参加している。		
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に、家族と協力して受診支援をしている。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。結果については、特変がない時は毎月の便りで報告している。	利用者のこれまでの受療状況を把握し、利用者や家族が希望する医療機関を受診できるよう支援している。通院方法は職員介助の他、家族が同席することもあり、受診結果の伝達方法についても納得が得られている。	
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	看護職員が配置されており、職員は24時間、いつでも報告、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。		
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、毎日、面会に行っている。病院の看護師へ状態や変化等を尋ね、情報交換、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。重度化した場合の事前調書を取っている。本人からは早い段階から、日常生活の中で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。	緩和ケアによる自然死を看取することを目的とし、「重度化した場合における対応に係わる指針」や「看取りに関する指針」を明確にし、入居時に説明している。また、事前調書を取り、状態に変化があった場合の対応について話し合いを持ち、利用者や家族の意向を確認している。	

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
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り、定期的に応急手当や対応の講習を受け、毎年、ホーム内研修で心肺蘇生と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、持ち回りで参加している。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。研修にて災害時について話し合い、非常食と水はユニット毎に準備している。年6回、消防訓練を行い、緊急連絡網があり、訓練にも参加していただきながら、地域との協力体制を築いている。	消防署立会いの訓練も含め、日中・夜間を想定して、年6回の訓練に取り組んでいる。地域住民との協力体制を構築し、訓練への参加を得ており、避難した利用者の見守りを担っていただいている。また、ホームでは利用者の移動方法や声かけ確認、行方不明リスク等を記載した写真入りのリストも作成している。	
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、利用者の羞恥心に配慮したり、研修を行っている。言動を否定したり、拒否せず、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。また、個人情報に関する書類等は、人目につかないように管理している。	職員は利用者一人ひとりの尊厳を重視し、行動や言動を否定することなく、利用者の気持ちになって考えるようにしている。また、職員間でお互いに声をかけ合える職場環境づくりを大切にしている他、利用者への声かけや対応については研修の課題に挙げて学び、理解を深めている。	
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	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。また、意思表示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	日課はなく、起床・食事・入浴・昼寝・就寝時間等、利用者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、共感するよう努めている。		

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
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、家族や本人と相談し、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。服装は本人の好みに配慮し、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。食事準備や片付け、食事は一緒に行い、会話を楽しみながら過ごしている。職員は食べこぼし等をさりげなく片付けている。	利用者と一緒に買い物に行き希望を取り入れたり、ホームの畑で収穫した食材を使用して、嚥下状態にも配慮した食事形態で提供している。ホームでは正月の赤かぶ漬けや鯨汁の提供も恒例となっており、利用者が食事を楽しめるような支援に取り組んでいる。	
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、調整をしている。栄養バランスについては、食材が重ならないよう工夫し、提供している。		
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	口腔ケアの重要性について職員が理解し、食後は声がけをして、利用者一人ひとりの能力に合わせ、歯磨きや義歯洗浄、介助を行っており、それを日課表に記入している。また、歯石取りのために、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、他者に気づかれぬようにしている。排泄パターンを観察、把握して事前誘導を行う等、利用者の自立に向けた支援をしている。	排泄の記録を取り、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握しており、事前誘導を行い、排泄の自立に向けた支援に取り組んでいる。また、誘導時等は他者に気づかれないように声がけし、利用者の羞恥心に配慮している。	
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、果物、野菜等の食材や、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。		

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
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	バイタル測定等で健康状態を確認した上で、本人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、効果的な声かけを行い、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たり、好む湯の温度に調節している。	利用者一人ひとりの入浴習慣や好みを把握し、職員の都合に合わせず、利用者優先で対応している。入浴は基本的に1対1で対応し、利用者の意向を大切にして、羞恥心や負担感に配慮して支援している。	
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、活動と休息をバランスよく取り入れ、一日のリズムを作るようにしている。利用者一人ひとりの睡眠状態、一日の様子を日課表に記録し、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、服薬する時間毎にマーカーで色分けし、飲み忘れ・誤薬がないか、職員間でダブルチェックをしている。薬はカーデックスで全職員が共有している。また、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、やりたい事は何かを把握するようにしている。利用者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・編み物等の生活に沿った活動や、カルタ・トランプ・オセロ・習字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支援している	季節に合わせて、市内外にドライブに行き、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。	季節を感じる年間行事を企画して実施している他、町内会の回覧板を届けたり、花摘みや散歩に出かける等、日常的に気分転換できる機会を設けている。また、日々の会話等から利用者の行きたい場所を把握している他、常に利用者の状態、気分に合わせて対応している。	

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
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	家族や本人の希望、能力に合わせ、紙幣ではなく小額の小銭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。電話の操作を介助し、プライバシーに配慮して、他の利用者に知られないよう、スタッフルームや居室にて話していただいている。		
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、調度品を配置している。共有空間には窓を多く設け、換気、景色から生活感、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。湿度計を設置し、加湿器等で湿度調整を行っている。行事毎に共同空間へ関連の物品を飾っている(春や秋の花、七夕飾り、お盆用品)。神棚もある。	広いホールには食事テーブルや椅子、ソファが置かれ、利用者が思い思いの場所で寛げようとしている他、各ユニットの畳の小上がりにはコタツがあり、落ち着いた雰囲気である。ホーム内は季節毎に装飾を変え、利用者が季節を感じるできるよう工夫している。	
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	共用空間は家庭的な造りで、気の合った利用者同士、テレビ前のソファや小上がりで寛いでいる。中庭やホールで食事や日光浴、外気浴を楽しまれている。他ユニットより気の合う利用者の訪問があったり、訪問している。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、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、調整している(ダンス・ベット・鏡台・化粧品・仏壇等)。	居室には以前から使い慣れた小物や家族の位牌等が持ち込まれ、利用者の安心につながっている。また、利用者の好みに合わせ、利用者が使いやすいように工夫しながら、家具等を配置している。	
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、利用者に合った高さに調整している。トイレと便所の表示したり、字の大きさ、配色等にも配慮している。車イスや介助チェア等を用意し、安全且つ自立した生活が送れるよう工夫している。		