

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	0572709541		
法人名	有限会社 クリーンマジック		
事業所名	グループホーム大雄		
所在地	秋田県横手市大雄字上田村東38番地		
自己評価作成日	平成24年1月4日	評価結果市町村受理日	

※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	http://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 秋田県社会福祉事業団		
所在地	秋田市御所野下堤五丁目1番地の1		
訪問調査日	平成24年1月25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)】

昨年から設けている働く環境委員会にて、自分の職場を自分たちでつくる事を目的として、働いて気づいた事や改善した方が良い事等、何でも良いので紙に記入し、毎月取りまとめ、会議で話し合い早期解決を目指している。また、今年度後期から、若い職員が多いため介護技術レベルアップを図るために、目標、改善、振り返りシートを毎月記入してもらい、リーダー、管理委員がコメントを残し全職員が目を通しお互いにアドバイスできるようにしている。目標を持ち振り返ることにより、少しずつだが気づきが出てきて行動にも表れている。

【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)】

管理者と職員が話し合い、家族とのふれあいを大切に、利用者本位の理念を構築し、実現に向けて取り組んでいる。管理者は「働く環境委員会」を組織し、職員の業務分担などの働く環境の改善に努めている他、職員を9つの委員会に割り当て、毎月の全体会議で意見や改善点を話し合い、サービスの向上に活かしている。また、家族への毎月の報告に『家族の望み』用紙を同封し、家族からの意見や要望を伺い、利用者や家族の橋渡しを行えるよう、毎月の全体会議で話し合い、サービスの改善に活用している。職員は日常の会話や支援の中で、利用者が穏やかで安心した生活ができるよう心掛け、取り組んでいる。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ったり深まり、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
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

[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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	全職員が介護の経験や自分が入りたいと思うホーム、利用者、家族の思いを考え理念構築し実践できるように努力している。	家族との関係を大切なものとした利用者本位の理念を、全職員で作成した。全体会議や新人研修を通じて共有されており、日々の生活支援の中で実践できるよう努めている。	
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	町内会長や親子会会長に地域の運動会参加の協力をいただき参加している。また、冬期間を除きホーム周辺のクリーンアップに出かけた際は声をかけていただいている。	地域の運動会や小学校の学芸会などに参加したり、事業所周辺のクリーンアップを行い、近隣の方々や挨拶を交わすなど、日常的に地域の一員として交流を深めている。	地震や、災害時にも近隣住民の協力が得られるよう、地域との更なる関係づくりが期待される。
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	年2回ホームの広報を上田村地区へ全戸配布しており、広報評価をいただけるようになってきている。運営推進会議に参加される民生委員からも地域の方々へホームの情報を発信しますと協力をいただいている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	定期に事業報告をし、悩んでいること等気兼ねなく相談しアドバイス、協力をいただいている。	運営推進会議は年6回開催し、利用者の状況や事業所の取り組み等を報告し、理解を深めてもらえるよう努めている。会議では、家族や行政から感染予防についての意見があり、それがサービスの向上に活かされた事例が確認できた。	
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	運営推進会議に参加いただき情報を伝えている。悩み事等も気兼ねなく相談しアドバイスをいただいている。	市町村担当者とは、運営推進会議を活用し情報を共有すると共に、日常的に気兼ねなく相談しており、協力関係が築かれている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	一般の家と同様に夜寝る時に玄関等に鍵をかける他は施錠していない。ベッド上の構造と利用者の安全を考え、やむを得ず拘束となる場合は事前に利用者や家族へ口頭で説明し書面でも了解を得て行い早期排除を目指している。全職員へ毎月の会議で説明し周知を図っている。	事業所では、身体拘束をしないケア・虐待防止の研修会を受講し、全体会議で復命研修を行うなどして全職員へ周知している。やむを得ず行う場合は利用者や家族にも書面で了解を求め、定期的に改善する話し合いがなされており、拘束しないケアの実践に努めている。	

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
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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のないよう注意を払い、防止に努めている	虐待についての勉強会を行い全職員へ周知を図っている。虐待につながらないように働く環境委員会にて、毎月悩みや気がついた事、今更聞けないと思っている事等何でも良いので全職員から意見を出してもらっている。		
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	自立支援事業や成年後見制度を利用している利用者があるので、後見人等からどのような事を行っているか教えていただいたり、目に見て学んでいる。		
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	契約前にホーム見学、重要事項内容の説明。契約時も再度説明。解約時協議。契約、解約時、利用者や家族の不安疑問を尋ね意向も考慮し出来る範囲で対応。改定時、全家族へ文章通知し書面で承諾をいただいている。いつでも問い合わせできることを伝えている。		
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なら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	利用者からは、日常の会話の中と毎月必ず要望を話してもらい早期解決を図っている。利用者の望みと解決方法等は毎月家族へ報告している。家族からは、面会時に家族の望みを伺い早期解決を図っている。家族へ毎月意見書を送っており活用いただいている。	毎月の家族への報告に「家族の望み」の用紙を同封し、家族の意見や望みを伺っている。そこでの意見や要望等を、各委員会で検討し、全体会議で話し合い、書面で報告している。また、利用者からは日常のさりげない会話を通じて意見や要望を聞き、改善を図るようにしている。	
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	働く環境委員会にて、毎月、意見や悩み、大変な事等なんでも良いので用紙に書いて取りまとめし、解決方法を委員会や全体会議で相談。代表者からも協力をもらい早期解決を図っている。	昨年度から「働く環境委員会」を立ち上げ、毎月職員の意見や要望を書面で提出するように取り決めている他、管理者は職員が話しやすい環境作りに努めている。意見や課題は全体会議等で話し合い、解決しており、職員の役割分担や、利用者の代替食等、職員の意見や提案が運営に反映されている。	
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	管理者から都度報告し、働く環境の改善に取り組んでいる。定期で代表者、参与、総務がホームへ訪問し現状確認と職員の面談等行っている。		

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
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	研修には気兼ねなく参加でき、資格取得も支援体制あり。法人内研修を行ったり、社会福祉に関する情報をホームへ届けたりしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	他施設の見学、相互勉強会を行っている。同業者から代表者が情報をいただいた時は、ホームへ連絡してくれる。		
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 サービスを導入する段階で、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	一つ一つ確認をとり、生活歴を考慮した会話をしたりと馴染みの関係となれるよう努力している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	入居前後に家族の話や望みを伺い出来る範囲で早期解決を図り、解決方法等その都度家族へ報告している。家族からも協力をいただき感謝の言葉を伝え、いつでも気兼ねなく話してほしい事を伝えている		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者へ自分の思うとおりの暮らしをしても大丈夫であることを日常の会話で伝えている。家事等、若い職員が利用者に尋ね教えていただき一緒にやっている。		
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おかず、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	ホーム内の行事への呼びかけ、利用者との外出等を通し交流していただいている。面会時、ゆったりくつろげるよう、お茶を出し一緒に過ごしていただいている。		

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
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	友人、知人、親戚、お世話になった方の面会時つろいでいただけるようお茶を出し利用者の思いを伝えている。入居前に利用していた店へ外出したり、思い出の場所への外出をしている。	利用者の友人や親族などの面会時には、ゆっくりつろいで過ごせるよう配慮している。また、墓参りや、入居前から利用していた理髪店等への外出により、馴染みの関係が途切れ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	利用者間の口論の仲裁に職員が入ったり、利用者の長所を他利用者へ職員が伝えたりし穏やかな場作りをしている。利用者間で介助しあっている場合は、職員が近くにいて見守りをしている。		
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	契約終了後も家族と話す機会のある時に、ホームでの生活を再度伝えている。家族の現在の思いを傾聴し、出来る範囲で支援に努めている。		
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	日常の会話の中から要望を聞きだしたり、毎月必ず望みの聞き取りを行い早期解決を図っている。自分で話せない方は、生活歴、ホームでの暮らしや現状をふまえ、利用者担当が利用者の立場になって考え代弁し検討している。	毎月、利用者一人ひとりの要望や意見、思いや希望を話し合う機会を設けている。また、日常のさりげない会話から思いや意向をくみ取り、できる限り希望に沿うよう支援している。	
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前の面接で情報を収集。入居後家族や親戚、知人等面会時にも情報を伺い、記録に残し職員へ周知を図っている。介護支援専門員や医療関係者、生活を支援されていた方からも情報をいただいている。		
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	現状を記録に残し申し送りをし全職員が把握できるようにしている。毎月ケース会議を行い申し送りをし会議録を全職員が確認している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	毎月、利用者担当職員が望みの聞き取りと解決方法等を用紙に記入。あわせて毎月のモニタリングを行っている。ケース会議前に全職員から全利用者個々のケアで悩む事、気づき等用紙に記入してもらいケース会議につなげている。家族の望みも含め介護計画を作成している。	担当職員の利用者との毎月の話し合いと、「家族の望み」用紙等の情報を、全体会議等で話し合い、チームで、思いや家族の望み等を反映した介護計画を策定している。	

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
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	毎日、個別に介護記録記入。毎月、モニタリングとケース会議を行い、全職員が出勤時に記録を読んで把握することとしている。介護計画作成前に情報を取りまとめ利用者家族の望みを含め作成につなげている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	利用者個々に、利用される場所を職員が把握し要望時または定期で職員が声をかけ利用している。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	入居前にどこを利用されるか確認している。利用者が状態低下した場合、今までのかかりつけ医が往診対応できるか等相談し困難であればホームの嘱託医を利用している。受診可能であれば今まで利用されてきた医療機関へ出かけている。	事業所の嘱託医の往診の他、利用者や家族の希望に応じ、今まで利用していたかかりつけ医の受診を支援している。また、利用者一人ひとりの緊急時カード(保険証、かかりつけ医、既往歴、服薬情報等)を作成し、適切な医療を受けられるようにしている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	毎週1回訪問看護師が来るので、利用者個々に1週間分の状態や対応するうえでの相談等を用紙にまとめ看護師へコピーを渡しあわせて報告している。嘱託医と看護師間で連携がとれているので、利用者個々に必要な医療看護を受けられている。		
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、又、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。	嘱託医と病院と連携がとれているので、入院治療や情報交換が速やかにできている。入院時は職員が週2、3回面会に行き、洗濯物の回収、オムツ補充等を行い医師、看護師、医療相談員から情報をいただいている。面会后家族へ電話連絡し、家族からも情報をいただいたり望み等を医療機関へ伝えたりしている。		
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	入居前、契約時、入居後にホームでできる事を説明し利用者家族から今後の方向を伺っている。利用者家族の望みが変わった場合、嘱託医、訪問看護師、その他の医療機関の医師、看護師、医療相談員等へも状況を説明し、望みをかなえられるよう協力いただいている。	終末期における対応マニュアルを作成し、入居時に事業所でできることを説明しており、利用者および家族の意向を確認している。また、実際に重度化や終末期のケアが求められる時は、家族や職員、嘱託医や関係機関と話し合い、共通理解の上で支援する体制を整えている。	

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
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急時対応について、その場その場で個人指導と申し送りで職員へ伝えてきたが全体での勉強会はまだ行っていない。緊急時対応マニュアルは各ユニットの目につくところに置いている。		
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	雪のない間、毎月、日中火災、夜間火災、もらい火、地震を想定し避難訓練を行い、年2回は消防立会いで行っている。万が一災害が発生した場合、地域局、消防団へ協力を依頼し駆けつけていただけるようにしている。近隣の方からも声をかけていただいている。	緊急時対応マニュアルを作成し、随時必要に応じて見直しがされている。毎月、災害想定を変えての避難訓練の他、年2回は消防署の立ち会いで実施し、災害に備えている。さらに、利用者一人ひとりの緊急時カード(かかりつけ医、保険証、既往歴、服薬情報等)を備え緊急時に対応できるよう努めている。	スロープのある出入り口は玄関のみとなっている為、玄関以外の避難路にも、車いす利用者の避難ができるスロープ等の設置が期待される。
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	利用者個々の性格、生活歴、嗜好等を把握し、人生の先輩または自分の祖父母のような関係で全職員が接している。気分を害さない声かけを心がけている。	職員は、利用者一人ひとりを人生の先輩または自分の祖父母の関係のように接し、利用者に配慮した声掛けに努めている。訪問時は、利用者の食べこぼし等に、さりげなくティッシュペーパーを差し出し対応しており、尊厳を傷つけない対応をしていることが確認できた。	
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	利用者のその時々を思いを言葉や動き等で表わしていただき早期解決できる環境に気を配っている。家族のように何でも言い合える関係を目指し、利用者を選択してもらうように声かけしている。		
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	ホームで何時に何をやるという取り決めは特になく、気兼ねなく思い思いの暮らしをしていただけるように声かけしている。利用者個々の生活の流れに沿って声かけ誘導介助を行っている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	離床時には身だしなみを整えていただき、一人でできない方には介助を行っている。職員が衣類や化粧品等購入を依頼された際は、嗜好を考慮し購入している。外出時は、職員と一緒に衣類を選び楽しんでる。		

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
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	旬の食材を活用し、利用者の嗜好に合わせた家庭料理の献立にしている。利用者から味見や調理指導等もいただいている。食後は利用者同士で協力し合い片付けを行っている。	毎月行う利用者からの希望の聞き取りや、日常のさりげない会話から、利用者の嗜好や食べたいものを確認し、献立に反映している。また、味見や、後片付け等を職員と共に行い、楽しい食事となるよう努めている。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎日、1日の食事水分摂取量をチェック。利用者個々の盛り付けの目安、食事形態を台所に貼り間違わないようにしている。食事水分摂取量が少ない時や体調不良時には、利用者の嗜好を聞き提供。小分けにし、勧める等工夫をしている。		
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	毎食後、必ず口腔ケアを行っている。職員で歯科勤務経験者がおり、毎年口腔ケアの実習と利用者個々の口の状態やケアの物品等を指導。年2回歯科医の健診があり、医師からも助言をいただいている。		
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むけた支援を行っている	利用者個々の排泄チェックをし、サイクルを把握し介助している。自力で立てない方でも職員がトイレへ移乗し、すっきり排泄できる介助を行っている。	利用者個々の排泄パターンや、排泄習慣を把握し、さりげない声掛けや誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。介助が必要な方に、排泄の自立にむけ支援した結果、改善が図られた事例を確認した。	
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	食事水分摂取量、排便の有無を毎日チェック。水やお茶を飲みたくない方へはお茶やポカリゼリー等を勧め摂取していただいている。日中、出来る範囲で軽体操を実施している。		
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や健康状態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、個々にそった支援をしている	職員が毎日入浴準備する前に、入浴されるか、いつ入るか等声をかけて対応している。	希望により夜間入浴を実施していたが、東日本大震災後に災害時の対応について検討した結果、夜間入浴は対応が難しいとの結論に至り、現在は、利用者へ希望を聞き、日中の好きな時間帯に入浴出来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	利用者個々の体調や生活の流れ等を把握し、穏やか声かけし、ゆっくり休め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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	出勤後に必ず見る書類や連絡帳に、処方薬の都度薬の説明書を置き確認できるようにしている。また、申し送りを行っている。薬に関して相談できる薬局があり、協力をいただいている。		

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
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	昔行っていたことを出来る範囲で行っていただいている。台所に立つことが大変でも、食卓用テーブルで食器拭きをしたり、編み物、茶飲み等自由に行っていただいている。		
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。又、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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	外出希望時には、計画を立て出かけている。受診の際にドライブをしたり、イベント等に外出を企画を立て出かけている。買い物好きな方は、毎月出かけている。遠出が大変な方には、近所を散歩し、花を見たり近所の方と話をしたりしている。	事業所としては、年に数回の外出を計画している。また、利用者の希望に沿い、馴染みの床屋や買い物等を支援している。家族の面会時には、家族と共に夕食等の外出をしている。	
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	利用者家族と相談し、所持金を決めていただいている。買い物に出かけた際、利用者が所持金で払うと言う以外は、職員が預かり金から支払っている。管理できない方は職員が対応している。		
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	電話したい時は、気兼ねなく利用していただいている。手紙も自由に書いていただき、職員が利用者にとりかわり投函をしている。		
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、臭い、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	騒がしくない程度に、手作りカレンダーや掲示物を利用者の目線内に掲示している。また、毎月季節の花を飾っている。温度、湿度、音、においにも気を配っている。	玄関、ホール、廊下などの共用の空間は明るく、整理されている。手作りカレンダーや時計が利用者の目線で飾られており、見やすいものとなっている。廊下の中間の位置にソファが置かれており、居心地よく過ごせるよう工夫されている。	避難口前に物干し台が置かれており、災害時の避難に影響を及ぼす可能性も考えられる為、物干し台の設置場所を工夫されることが望まれる。
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	食堂の一角と談話室に畳間を、廊下、洗面所、外の物干しスペースに椅子を設置している。1人でくつろいだり、他利用者と談笑する等活用していただいている。		
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	自宅での部屋をそのまま再現することを目指し、見学時に利用者や家族へ伝え、出来る範囲で協力をいただいている。馴染みの物や写真等も持ってきていただいている。	家庭と同じように居心地よく過ごせるように、利用者が使い慣れたものや好みの物を持参するよう利用者や家族に伝えている。居室には、衣装ケースやちゃぶ台、思い出の写真、ラジカセ、テレビなどが、使いやすいよう配置されている。	
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」「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	歩けていた方が車椅子になっても家事作業等ができるよう、共有の家具類、台所は低めに作られている。		