

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(ユニット1)		
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23年1月16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23年2月18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)】

今年度より働く環境委員会を立ち上げた。職員の不安やストレスが軽減する事、虐待予防、誇りに思う自分の職場を自分達でつくる事を目的としている。職員の悩み、わからない事、今更聞けないと思っている事、働いて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書いて毎月提出。委員会と管理者で取りまとめ、解決できる内容は職員名をふせて全体会議で報告。全員で協議した方が良いものは会議で話し合い早期解決を目指している。この活動を始め、離職者がなくなった。

【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)】

事業所は閑静な農村地帯にあり、利用者が地域のクリーンアップに参加するなど、地域との交流を深めている。利用者を主体とした理念を定め、管理者、職員が一丸となり取り組んでいる。管理者は、職員の働く環境の改善に取り組むなど、前向きな運営を行っている。職員は、利用者や家族の望みをくみ取り、質の高いサービスの提供に努めているほか、利用者と職員が家族のように触れ合い、ゆったりと安心した生活となるよう支援している。職員と利用者が一緒に作った料理を、彩りの良い食器で楽しんでおり、食事を大切にしていることが確認できた。

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させている (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				

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、自分が入りたいと思う場、利用者家族の思い等を考え、定期的に理念構築している。	全職員で話し合い、利用者主体の理念を定めている。現在の理念である「家族とのふれ合いを大切にし、おだやかに安心できる生活を送れるようお手伝いいたします。」を、日々の支援の中で実践に努め、利用者にも喜ばれている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	町内会長や親子会長に地域の運動会参加の協力をいただき、毎年運動会前に参加する競技の相談をしている。運動会では地域の方々からも声をかけていただいたり、つけものや寒天等いただいたりしている。	開所以来、利用者と職員が地域のクリーンアップに毎月参加し、地域の方と交流しているほか、年2回事業所の広報紙を発行し理解を得ている。町内会長等からも、地域の行事等で協力をいただき交流を深めている。	
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住人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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	定期的に事業報告をし、ホームで悩んでいる事等気兼ねなく相談し協力をいただいている。	会議では、事業所の活動状況、利用者の生活状況等が丁寧に報告されている。また、家族や市の担当者、町内会長からの意見も多く、会議をとおして地域のイベントへの参加等、交流を図っている。	
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	運営推進会議に参加いただき、情報を伝えている。悩み事も気兼ねなくいつでも相談している。	市の担当者とは、運営推進会議等をおして情報を共有するとともに、相談に応じてもらうなど、指導・協力を得て連携を深めている。	
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かぎ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書面で説明し理解を得ている。早期解除を目指している。全職員へ毎月の会議で説明し周知している。	事業者は、身体拘束をしないケアに積極的に取り組んでいる。職員は、日常生活の中で想定される身体拘束の具体例をまとめているほか、毎月の勉強会で確認し拘束の防止に努めている。	
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がないように注意を払い、防止に努めている	虐待についての勉強会を行い、全職員へ周知している。虐待につながらないようにと、今年度から働く環境委員会を立ち上げ、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。		

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	自立支援事業や成年後見制度を利用している方がいるので、後見人等からどのような事を行っているかを教えてもらったり、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点を尋ね意向も考慮し、出来得る範囲で対応。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。	職員は、日々の会話等から、利用者の望みをくみ取り、家族からは、来訪時などに意見等を聞き出し、記録し運営に反映している。対応したことについては、必要に応じ家族等に報告している。	家族との関係は良好である。運営推進会議で、家族から交流の場がもっと欲しいとの要望があり、今後、さらに交流をすすめていくことが期待される。
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	働く環境委員会を立ち上げ、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、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。	全職員が何らかの委員会に所属し、協力して運営していく体制を整えている。働く環境委員会では、職員からの意見・要望をまとめて管理者に報告し、職員の意欲・意識の向上につなげている。	利用者や家族、職員の意見等を運営に活かす工夫がされているほか、毎月勉強会を行うなど職員教育にも取り組んでいる。今後、全職員が協働し、さらにスキルアップしていくことが期待される。
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。		
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ときは、ホームへも連絡がある。		

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	一つ一つ利用者に確認をとったり、生活暦を考慮した会話をしたりと、なじみの関係に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得る範囲で早期解決を図っている。解決方法等その都度家族へ報告。家族からも協力をいただき、感謝の言葉を伝えている。いつでも気兼ねなく話せる事、匿名でも大丈夫である事を伝えている。		
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見習い指導いただいている。食器拭き等利用者職員と一緒にやり方等アドバイスいただいている。		
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	ホーム内行事への呼びかけ、利用者との外出等をおし、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、お茶を出し一緒に談笑いただいている。家族交流や協力等、運営推進会議でも話題となり、更に検討し来年度から実施予定。		
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、く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。	利用者の家族や近所の方等の訪問があり、面会時はくつろげるよう配慮している。また、利用者の思い出の場所等を訪問するほか、馴染みの関係を記録に残し、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	利用者間に職員が口論の仲裁に入ったり、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、職員が近くにいる見守りをしている。		

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	契約終了後も家族と話す機会のある時に、ホームでの暮らしを再度伝えている。家族の現在の思いを傾聴し、いたわりの言葉を伝えている。		
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、生活暦、ホームでの暮らし、現状をふまえ、利用者担当職員が、利用者の立場になって考え代弁し検討している。	職員は、日常のさりげない会話等から、利用者一人ひとりの思いや意向を把握し、事業所独自の「わたしの望み」シートに記録し共有している。利用者との信頼関係も良く、話しやすい雰囲気が確認できた。	
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している。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、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、全体会議で報告し、会議録を全職員へ周知している。		
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入居者個々にケアで悩む事、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。	利用者、家族の要望を日頃から聞き取っているほか、毎月モニタリングを行い、利用者の状態の把握に努めている。介護計画の作成は、全職員が参加し取り組んでおり、記録も良く行われていることが確認できた。	
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、毎月モニタリングとケース会議を行い、全職員が出勤時記録を読んで把握する事としている。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			

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されている。		
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し、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。	医師、歯科医師、看護師と連携し、利用者の通院支援、健康管理が行われている。通院には、職員が付き添い、診察結果は家族に報告されている。嘱託医からは、終末期ケアにおいても協力してもらっている。	
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上での相談等を用紙にまとめ、看護師へコピーを渡し合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。	嘱託医と入院機関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。入院時は職員が週に2、3回面会に行き、洗濯物の回収や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。面会后家族へ電話で連絡し、その際家族からも情報をいただいたり、家族の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、入居後にホームで出来る事を説明し、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急変する場合、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。	利用者、家族に「重度化対応、終末期ケア対応指針」に沿って説明し、話し合いながら、安心が得られるよう支援している。これまで、家族の要望により嘱託医、看護師、家族等の協力を得て4名の方の終末期ケアを行っている。	
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職員へ伝えてきたが、全体での勉強会をまだ行っていませんので、救命講習を含め今後予定している。		
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	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っている。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依頼している。近隣の方からも声をかけていただいている。	毎月、様々な場面を想定した避難訓練を行っているほか、消防署の指導を受けての訓練も年2回実施している。近くに住む職員の緊急時の対応や、地域の消防団の協力体制も整備されている。	

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
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。	管理者は、職員に「利用者には人生の先輩としてまたは自分の祖父母のように思い接するように」と指導している。職員も利用者の状況をよく把握し、一人ひとりを尊重することに努めている。	
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	利用者のその時々のおいを言葉や動き等で表していただき、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	起床時、昼寝後、毎食後の歯磨き時、トイレ後の手洗い時等、好きなだけ鏡を見て身だしなみを整えていただいている。衣類や化粧後等素敵である事を伝え意欲を引き出している。職員が衣類化粧品等購入を依頼された時は嗜好を考慮し購入。外出時も一緒に悩みながら着ていく物を決めて楽しんでいる。		
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	旬の食材をフルに活用。利用者個々に嗜好を聞き、代替等も行っている。なじみの献立になるように利用者や職員の家庭料理等参考にして調理。利用者から味見や調理指導等もいただく。食後は競い合って片づけをされている。	食事を楽しむことを大切にしており、利用者の嗜好を取り入れ、旬の食材を使った献立としている。また、食欲がわくように、食器も彩りの良いものに工夫し、台所も利用者が入りやすいように配慮されていることが確認できた。	
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している。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いないようにしている。食事水分摂取量が少ない時体調不良時、利用者の嗜好を聞き提供。こわけにし、すすめる等工夫している。		
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	毎食後必ず口腔ケアを行っている。職員で歯科医経験者があり、毎年年度初めに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。日々のケアに活かしている。年2回歯科医の健診あり、医師からも助言をいただいている。		

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
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。オムツにほぼ排泄される方でも、体調良く、座位が保てそうな時は職員2人で体を支え、トイレに座っていただき、すっきりと排泄できる介助を行っている。	職員は、チェック表で利用者の排泄状況を把握し、プライバシーに配慮しながら、トイレでの排泄を支援している。おむつからリハビリパンツに変わったり、皮膚疾患が改善した利用者があることが確認できた。	
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の繊維物をすすめ食していただいている。日中出来る範囲で軽体操を実施。主治医からも利用者個々にアドバイスをいただき実施。		
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をする前に、入浴されるか、いつ入るか等声をかけて対応。	希望により夜間入浴も実施し、くつろいで入浴できるよう配慮している。入浴を好まない利用者には、適宜声かけし支援している。	
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全職員が把握。穏やかに声をかけ、休めるよう努力している。		
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	全職員が出勤したら必ず見る書類やノートのある所に、処方書の都度説明書をおき、確認できるようにしている。また、申し送りをしている。薬に関して相談できる薬局があり、活用している。		
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	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。台所に立つのが大変でも、食事用テーブルで食器拭きをしたり、あみもの、茶のみ話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	外出希望がある際は、早期に出かけている。受診のついでに本人の嗜好を考慮し寄り道したり、イベント等に外出する企画を立て出かけている。買い物が好きな方は毎月出かけている。遠出が大変な方には、近所の方が自分の庭の花をと声をかけてくれる。	毎月近隣の名所等を訪れるほか、希望があれば個別の外出を支援している。外出に使用する車は常に準備されており、買い物や美容院等に出かけ、気分転換や楽しみにつなげている。	

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	利用者家族と相談し所持金を決めて持っていた。支払いの際、職員が声かけしても、自分で払いたくない又は忘れる場合、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。		
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	電話したいときは居室で時間に制限なく、気兼ねなく利用していただいている。利用者一人ひとりに担当職員がおり、年賀状は一緒に書いている。		
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、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	さわがしくない程度に、手作りカレンダーや掲示物を、利用者の目線内に掲示。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。	ホールや廊下、玄関等の共用空間には季節の花が飾られている。また、利用者が制作した絵画や押し花のほか、昔の写真等も飾られ心地よい空間となっている。掃除等もよく行われており、快適であることが確認できた。	
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、廊下、洗面所、外の物干しスペースにイスを設置。一人でくつろいだり、他利用者と談笑する等活用いただいている。		
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、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、見学時に利用者と家族へ伝え、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。	利用者の自宅の居室を再現することを家族にお願いし、自宅で使用していたものを持ち込んでもらっている。居室には、写真等の思い出の品が置かれ、安心して居心地よく過ごせるよう工夫していることが確認できた。	
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できるよう、共有の家具類台所は低めに作られている。		