

### 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	0570809822		
法人名	グリーンステージ有限会社		
事業所名	グループホーム大仙大曲		
所在地	秋田県大仙市大曲福辺内3-1		
自己評価作成日	平成24年10月25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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/05/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/05/index.php</a>
----------	---

【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11月16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)】

広い建物ではありませんが、9人一人ひとりにあわせ、希望にそった生活ができるように支援しています。近くにはスーパー等の商店が多いため、いつでも買い物に出かけ、季節ごとに外出して気分転換をはかりなるべく、自宅と近いような環境作りを行っています。職員の資質向上のため、社内研修、外部研修に積極的に参加させ、随時研修報告をすることで職員の意識向上させるようにしています。

【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)】

昨年に床上浸水の被害を受けた体験から、地域との連携、特に日頃からの付き合いの重要性を改めて認識した。2ヶ月に一度開催の運営推進会議が、地域との架け橋的な役割を担おうと位置づけ、地域への理解促進や救急救命講習や行事への住民参加につなげている。スタッフから運営代表者や管理者に意見要望を気軽に出しやすい環境にあり、経験豊富な管理者の指導のもと、「自分だったら」の利用者の視点で支援を展開している。「アセスメントとモニタリングをしっかり行うことが利用者の支援には欠かせない」との管理者の言葉が印象的で、家族からも「気配りや心遣いが嬉しい。在宅時よりも良い状況に変化している」と好評のホームである。

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	代表者、管理者、職員が理念を共有できる よう、皆が見えるところに掲示している。理念 に基づいたカンファレンスを行い、実践でき るようにしている。	従来の企業理念と行動指針を踏まえて、本年度の 10月までの期間、全スタッフ間で話し合い、「その 人のペース・思い・寄り添い・明るく・楽しく・健康・ 笑顔・穏やか」といったスタッフ個々の思いを反映 させたグループホーム独自の理念を新たに作成し 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	散歩等で顔なじみになり、気軽に挨拶し会話 している。近所の方が野菜や花などを持って 立ち寄ってくれる。行事がある時は町内に案 内を出して参加していただいている。	地域で活動しているフラダンス、民謡、踊り等のボ ランティアの他、保育園児の遊戯を通して住民との 交流が図られている。ホームの畑作業を通して、 収穫物を利用しての鍋っこ交流も行われている。 当日の朝に近所から頂いた食用菊を、利用者皆で 仕分けをしている様子が確認できた。	
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	事業所前の道路が、買い物コース、散歩 コースとなっている。そのため、買い物帰 りの方が炎天下、家がわからない高齢者を連 れてきてくれて無事保護することができ、迎 えにきた家族に引き渡すことができました。 地域の方々に浸透されてきていると感じてい 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	定期的に開催し、日ごろの様子や入退居状 況を報告し、家族や地域の方々、行政の方 から意見を伺い、実践できるようにしている。	行政・家族・町内会長・住民・利用者・運営代表者・ 管理者・スタッフがメンバーの、運営推進会議が2 ヶ月に一度開催され、地域との架け橋的な役割を 担っており、会議そのものが、地域への理解促進 や救急救命講習や行事への住民参加に直結して 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	運営推進会議に行政から必ず出席してい ただいているので、日々の報告をしている。地 域包括支援センター主催の研修に参加し、 情報交換を行う事で協力関係を築いてい る。	会議の席上で、アメリカシロヒトリの発生がたまた ま話題になったが、毎回参加してくれる行政担当 者が早速市の担当に連絡調整してくれ、すばや い防虫駆除につながったということがあった。些細な ことでも互いに情報を交換していることが確認でき た。	
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	身体拘束をしないのが前提でケアに取り組 んでいる。ある施設から入居された方が、お むつの拘束帯を持参されたが必要はないと 自宅に持って帰っていただいた。年間研修 の中に身体拘束の研修を取り入れている。 夜間は別として玄関や裏口には鍵をかけて いない。	利用者個々の心身の特性やサインを把握す ることにより、できる限り自立に向けた支援に つなげることがスタッフの専門性向上につな がっている。身体拘束防止に向けたマニユ アル、様式、研修の実施が確認できた。現在動 作制限の対象者はいない。	

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逃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	社内研修で高齢者虐待について研修を行っている。それに連結して言葉づかいなどの介護の基本について研修を行い、意識の向上に努めている。また、職員のストレスを把握するようにし、食事会等発散できるような環境をつくっている。		
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	権利擁護の外部研修を受講後、職員会議を利用し研修報告をし、パンフレットを全職員所持している。成年後見制度を利用の方はまだいないが、地域福祉権利擁護事業を利用する方がおり、職員は制度を理解している。		
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	4月の料金改定には家族に説明し、了解を得ている。入居前に重要事項説明書にて説明し、疑問点を尋ね、不安を解消できるようにしている。契約時にも同じ対応をしている。		
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	毎月、家族へ日ごろの様子を報告し、意見や要望が伺えるようにしている。面会時にも意見を述べやすくて環境をつくっている。また、玄関に意見箱を設置して気軽に投稿できるようにしている。本人や家族からの意見や要望はカンファレンス等で話し合い、改善できるようつとめている。	行事のみならず、日常の様子や食事メニューの写真などが掲載されたグループホーム通信を、毎月家族に発送している。また、担当スタッフからの状況報告も必ず添付されている。意見箱への投函は今までないが、家族からの些細な意見要望もスタッフ間で共有し、支援につなげている。	
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	月1回の職員会議を行い、職員から意見を聞き、話し合いを行い、問題解決を図っている。代表、管理者、介護主任は常に話し合う機会を設けている。	朝の申し送りの他、定期の職員会議、随時の会議を開催している。運営代表者や管理者に意見要望を気軽に出しやすい環境にあることが確認できた。	
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	代表は時間をつくり職員とコミュニケーションを図る事で、各自向上心を持って働けるように職場環境を整えている。そして労をねぎらい、ストレス発散できるよう食事会をもうけている。		
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	代表は職員のスキルアップのため、社内外の研修参加を積極的に推進し、受けたい・受けさせたい研修に参加させている。職員個々の力量が違うため、個々に合ったケアを推進し、目的を持たせるようにしている。		
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	地域密着型介護事業者連絡会主催の研修に職員を参加させ、情報交換を行っている。お互いの施設を訪問し刺激し合うことで、サービスの向上につなげている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前に本人と面接し、要望や困っている事、望む生活を確認して不安なく入居できるように耳を傾け信頼されるようにしている。入居してからも本人の発する声に耳を傾け、不安なく生活ができるようにしている。		
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	相談の時から不安な事や困っている事を傾聴し、入居後の生活をどうケアしていくか相談して決めている。面会時にはかならず職員が現在の様子を説明して要望や不安な事等を聞き取り、家族の意向に添うようにしている。		
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	信頼関係を築き、同じ目線を持ち、これまで培ってきた経験や知識に教わりながら支え合って共に生活できるようにしている。		
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	家族に毎月の状況を手紙で報告し、面会時には日ごろの様子を伝えている。本人の意向も大切に、家族と情報を共有しながら支えている。		
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	なじみの理髪店に行き、入居前に買い物していた商店に出かけている。子供や親戚、兄弟との連絡も本人が電話できる環境をつくっている。外出した際は、なじみの場所を訪れたりもしている。	居室に個人電話を設置している利用者以外は、事業所の電話の子機を利用し、各居室からでも電話を利用できる環境を整えている。できる限り入居前の社会資源の利用の継続に努めており、デイサービス利用者がホーム入居中の知人とお茶を飲んで過ごす場面も多い。	
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者の中には介助がなければ歩けない方もいますので、歩ける方がお茶やおやつを配ってくれている。タオルたたみでは出来ない方の代わりにたたんでくれたり、出来ない方には他のできる事をさせていただきようにしている。		

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	サービス利用が終了前に本人・家族と相談し、受け入れ先が決まるよう関係各所に調整を行っている。入院中も定期的に面会し洗濯物や必要な物を届けている。退居してからも本人・家族がいつでも相談できるような体制と関係を築いている。		
<b>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</b>					
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	一人一人が思うような生活ができるように意向を把握し、希望に添えるよう職員同士が常に話し合いやカンファレンスを行っている。	本人の希望や意向を汲み取り、食事内容に反映させたり、角館、農業科学館、菊祭り、芝桜鑑賞へ出かけたりしている。短歌、編み物、畑作業等の趣味活動や煮干しの内臓取り、もやしの下ごしらえ、食材の皮むきも利用者の役割として定着している。	
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	入居前に、本人・家族・居宅ケアマネからアセスメントして生活歴や馴染みの暮らし方の把握に努めている。職員は入居後もアセスメントし情報を共有し日々のケアに生かしている。		
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	アセスメントの情報をもとに一日の過ごし方や心身の状況の把握に努めている。そして毎日健康チェックと様子観察し、異常があれば担当医に相談し指示を受け対応している。		
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	本人の意向確認や家族への意向確認と受診時の医師の指示を受け、カンファレンスで意見やアイデアを出し合い、理念の下、自立に向けた介護計画を作成している。	毎月のカンファレンスでケース検討を実施しており、利用者個別のケアプランの内容一つひとつについてチームで検討し、その継続、追加等につなげている。アセスメントとモニタリングをしっかり行うことが利用者の支援には欠かせない、との管理者の話があった。	
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	日々の個別記録をもとに、本人や家族の思いを受けとめ、職員間で情報を共有し、日々のケアに活かしている。状態に変化が見られる場合には、介護計画を見直している。		
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	なじみの商店で買い物することで有効な関係ができ声をかけられている。親戚との関係も把握し、訪問ができる支援をしている。		
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	本人の病気も考慮しかかりつけ医で適切な医療を受けられるようにしている。かかりつけ医、薬局、歯科医とは日ごろ相談出来る関係を築いているため、適切な指示の下、医療を受けられるように支援している。	協力医療機関である内科医師が訪問診察に来訪していることから、希望に基づき利用前のかかりつけ医から協力医療機関に変更するケースもある。薬局や歯科についても、ホームとの協力関係が密なことから、希望があれば変更が可能である。	
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	併設されているデイサービスの看護師とは常に相談できる環境にあるため、相談・助言が得られ、適切な対応ができています。		
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。	入院時には、病院側に適切な情報提供を行い、適切な治療ができ本人が安心できるように援助している。入院中も定期的に面会し、病院関係者と情報交換をしながら退院後のケアを確認している。		
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	重度化した場合、事業所として出来る事、できない事を十分説明している。いろいろな選択肢をあげ、本人・家族が選択しそれに向けてスムーズに移行できるよう他事業所とサービスの調整を行っている。	ホームとしてのターミナルケア指針は作成しておらず、退居まではホームで支援する体制である。しかし、長期入院や寝たきりのケースが発生し、このホームでしか対応できないと判断されれば、その時点で、ホームとしての終末期対応を検討したいと考えている。	
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	研修で応急処置や緊急時の対応の仕方を学んでいる。常日ごろから想定し、対応の方法を確認している。		
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	昨年の水害を教訓とし避難訓練を重視している。地域消防団、消防署と協力し、日中及び夜間を想定した訓練を行っている。緊急連絡網も活用している。町内会長さんや隣家、向かいの家との交流もあるため協力体制はできている。	床下浸水の被害を受けた体験から、地域との連携、特に日頃からの付き合いがいかにか大切かを実感しており、その実践に努めている。消防署の立ち入り検査による指摘事項数件について、消防署への報告書により改善されていることを確認した。	昨年度外部評価結果を踏まえて、災害時に備えた食料品や介護用品の備蓄を実施していることが確認できた。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	職員は一人一人の情報や性格を把握し、人格を尊重した言語でさりげなく介助して支援している。特にトイレ誘導の時は声掛けに気をつけている。	利用者を「さん」付けで呼ぶことが日常的に定着している。利用者の自尊心を尊重しつつ無理のない柔らかい自然な表情で接するスタッフの様子が観察できた。	
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	信頼関係を築き、本人の思いを引き出せるように雰囲気作りをし、自己決定できるよう、簡単な言葉をかけるなど環境づくりをしている。		
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	本人のペースを大切に要望に耳を傾け優先している。どう過ごすかを話せる環境をつくり、希望に添うようにしている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	月1回訪問理容を利用する方もいれば、なじみの店で理容を希望される方がいるので個々に合わせた対応をしている。また、衣料品店で一緒に服を選び、自己決定できるようにしている。日常的に身だしなみに気をつけている。		
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	入れ歯や咀嚼の度合を考え、個々に合わせた食事形態にしている。希望を聞き、好きな物が食べられるようなメニューにしている。食材の下ごしらえや盛り付け、食器拭き等を利用者と一緒に行っている。	肉じゃが、太めのうどん等、日頃の会話の中から利用者の希望を聞き、できる限り献立に反映している。食材の下ごしらえ、テーブル拭き、食器洗いも毎日利用者が手伝っている様子が確認できた。手づくり弁当を持参してのドライブも楽しんでいる。	
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	食事の摂取量や水分量を記録し把握している。そして食欲がでるよう色のバランス、栄養のバランスに気をつけている。水分補給は個々の好みの飲み物を提供し必要な水分量を確保している。		
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	一人一人声をかけて行い、毎食後、口腔ケアを行っている。出来ない方には介助にて行っている。寝る前に義歯洗浄剤を使っている。		

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
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	排泄パターンを把握し、定期的にトイレ誘導することで失禁を減らし、尿取りパットや紙パンツ使用が減っている。紙パンツの方は綿パンツに切り替えるようにしている。	経験豊富な管理者の指導のもと、「自分だったら」の視点で排泄支援を行っている。たとえわずかの変化でも、特に日中は尿取りパットの使用を減らし、布パンツに移行できるようにするなど、排泄の自立にホーム全体で取り組んでいる。	
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	薬に頼らず、食物繊維を多く含む食事や乳製品、水分摂取で予防に取り組み、腹部マッサージをすることで腸の活動が活発になるようにしている。それでも出ない場合にはかかりつけ医に相談して対応している。		
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	入浴が希望にそった時間帯となるようにし、ゆっくりと楽しめるようにしている。入浴時間も個々で違うため、長風呂が好きな方には体調不良にならないように声をかけ支援している。	毎日午後に入浴時間を設定しているが、希望があれば出来る限り随時の入浴に対応する体制にある。本人なりのこだわりから、入りたがらない利用者に対しては、試行錯誤を重ねながら、その対応に努力している。	
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	一人一人の生活のリズムを把握し、日中の活動を活発にし、夜間は良く眠れるように支援している。音や照明にも気をつけている。		
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	職員は薬が処方されると、目的を把握し、薬局から出される薬の説明書を読み理解している。薬が変更になった場合は必ず申し送りしている。特に精神科のお薬を飲んでいる方は日ごろの様子を観察し受診時報告している。		
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	各自の楽しみ、興味、趣味を大事にし、ピアノを弾く方や編み物をする方など個々に楽しめるようにしている。生活の中で役割を持たせ、生活に張りが出るようにしている。		
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。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	天気が良い時は、一緒に散歩している。食材などの買い物がある場合は一緒に買い物に行き気分転換を図っている。受診の帰り、気分転換のためドライブや買い物をして時には外食(ラーメン)をしている。レクリエーションで公園や花見に出かけている。	通院の帰りに外食することが利用者の楽しみの一つに定着している。天候に応じ、声掛けをしては、希望者で散歩や日光浴を楽しんでいる。あまり遠くへは行けないが、近場の観光地等へのドライブを楽しんでいる。声掛けを工夫しては、外出に誘っている。外出等で外食や買い物をする機会が多い。	預かり金管理について、重要事項説明書により説明を行っているが、個人別台帳(出納簿)と預かり金管理規定(要領)の文言の整合性を再確認し、規定に基づいた説明を行うことが期待される。



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	おこずかいは多額にならないよう注意もたせ、自分で支払えるようにしている。大量に買い過ぎる事があるので計画的に使用できるよう支援している。		
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	電話に固執している方は居室に電話を設置していつでもかけられるようにしている(常識の範囲内)。それ以外の方は施設の電話で電話をかけられるようにしている。家族から電話があれば取次している。		
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	自室から外が眺められるように窓ごしに椅子を置いている。廊下、ホール、トイレ等を換気し、臭いのないようにしている。各場所に四季のちぎり絵等を貼っており目で楽しみながら移動できるようにし、日差しが強い時はカーテンを活用して居心地よい環境を整えている。	気になる臭いや音は感じられない。加湿器や空気清浄機が随所に設置され、温度や湿度の調整をこまめに管理している。網戸は設置しているが、夏は蚊の存在を意識したことがない。	
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	個々の居場所づくりのため廊下やホールに椅子を置いている。食堂の椅子でおやつを食べる方もいれば一人でゆっくり座って食べる方もいる。		
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	使いなれた家具や寝具を持参している。そして一人一人使いやすいように家具の位置を決めている。	ベッドも含め家具は全て持ち込みとしている。使いなれた、タンス・布団・写真やアルバム・本・編み棒・電話・ラジカセ・テレビ等が持ち込まれていることが各居室で確認できた。	
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	お部屋がわからない方の居室には表札をかけ、トイレ・風呂・洗面所等には、目印になる物をつけわかりやすくしている。廊下にははてすりがついているので歩行が不安定な方が掴まりやすくなっている。		