

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	0270102171	
法人名	有限会社 協栄会	
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 桃源	
所在地	青森県青森市造道3丁目21-21	
自己評価作成日	平成28年10月10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	
----------	--

【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28年11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)】

<p>看護職員を5名配置しており、重度化した際や緊急時また終末期、介護職員の不安・疑問等を解消できるよういつでも話し合いが出来る態勢にしている。さらに、インスリン施注者、胃瘻の方も受け入れ可能となっている。</p> <p>ご利用者には、過去に体験したことがある役割を担っていただくなどして、潜在的な力に働きかけ、失われかけた能力を再び引き出し、生活にハリが生まれるように働きかけている。</p>

【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>ホームには多くの看護職員が配置されており、利用者で医療的処置が必要な方、重度化や終末期を迎えられる方も、家庭的な雰囲気の中、本人及び家族にとっても安心して生活できる体制を整えている。</p> <p>また、職員の資格取得等の支援や待遇向上等にも力を入れており、職員の人材育成に取り組んでいる。</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	開設当初、職員一同で考えた理念に地域密着型サービスの内容を踏まえた文言も盛り込み、各ユニットの事務室や台所に掲示している。	理念は玄関や事務室等、ホーム内の至る所に掲示しており、常に理念を意識したサービスが提供されるよう、職員への意識付けを行っている。また、勉強会やカンファレンス時にも理念に触れるようにし、地域密着型サービスの役割を反映させ、一人ひとりの生活歴が尊重されるよう、日々のサービス提供に努めている。	
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	日頃から近隣住民と気軽に挨拶を交わしており、町内会のゴミ拾いに利用者と職員が参加している。また、近所のスーパーに日用品の買い物に出かける等、日常生活の中で地域とのつながりを維持できるよう支援している。	日頃から、近隣住民との挨拶や会話は勿論、ホームの草取りの際には隣家の軒先まで行ったり、冬場にはホームの小型ブルドーザーで除雪をし、逆に近隣住民がホーム前の除雪をしてくれる等、お互いに助け合い、良好な関係を構築している。	
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	職場体験や実習生を受け入れ、認知症について学んでいただいている。		
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践、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、運営推進会議を開催しており、議題は事前に前回の議事録と一緒に参加者へ郵送している。町内会長・町内婦人会会長・地域包括支援センター職員・家族代表・利用者代表等の委員から、いろいろな提案や助言をいただき、サービス向上につなげるように努めている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しており、市職員や地域包括支援センター職員、町内会長、利用者、家族、職員等で構成されている。また、できる限り会議の欠席者が無いよう、会議開催時にメンバーのスケジュールを調整して次回の開催日を決め、会議案内文書には前回の会議議事録も添付している。	
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	市の生活福祉課職員がホーム利用者を訪問した際に話をしたり、疑問な点は市に問い合わせしている。また、運営推進会議には地域包括支援センターまたは市職員が毎回参加しており、困難事例等があれば随時相談し、アドバイスを受けている。2ヶ月に1回、「桃源だより」を作成し、事業所内外の活動状況を家族・地域に配布している。	市へはホームのパンフレットや2ヶ月に1回発行している「桃源だより」を配布している。他、自己評価及び外部評価結果等を提出している。また、苦情への対応に困った時や困難な事等に対するアドバイスをいただく等、課題解決に向けて、日頃から行政との連携を図っている。	

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
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	禁止対象となる具体的な行為を盛り込んだ「身体拘束マニュアル」を作成して、身体拘束は行わないというホームの方針を全職員が共有し、日々のケアを行っている。やむを得ず身体拘束を行う場合は、家族に説明した上で同意を得て、理由・方法・経過観察等を記録に残す体制を整えている。	身体拘束についてのマニュアルを整備しており、職員一人ひとりに配布し、いつでも振り返りや学習ができるようにしている他、研修や勉強会も行い、全職員で身体拘束の内容やその弊害についての理解を深めている。また、身体拘束は行わないというホームの方針を定め、日々のケアを行っている。	
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	虐待防止マニュアルを作成している。また、勉強会を実施している。		
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	勉強会を実施し、職員が学ぶ機会を設けている。		
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	契約の締結、解約は文書と口頭による説明を行い、疑問点がないか、その都度確認している。また、同意を得ている。		
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	重要事項説明書に苦情相談窓口及び処理体制を掲載し、玄関にも掲示している。利用者の暮らしぶりや要望、受診状況等は、2ヶ月に1度発行している広報誌と一緒に、別紙に記入して郵送で伝えており、家族面会時には意見や要望を聞けるように働きかけている。また、出された意見は管理者・職員で話し合い、改善に向けた取り組みを行っている。また、ご意見箱も設置している。	玄関に意見箱を設置している他、利用者が日々の生活の中で意見や苦情を話しやすいように働きかけている。また、メール等による意見も受け付けており、状況に応じて緊急職員会議を行う等、速やかに解決へとつなげるような体制を整えている。	
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	毎月、話し合いの場を設け、意見交換できる場を設けている。業務の中でも随時、職員同士で情報交換したり、管理者に直接話ができ、出された意見を全職員で共有し、ケアに反映させている。	月に1回、職員からの意見を聞く場を設けている他、日々の業務の中でも職員間で情報交換をしたり、管理者に相談することができる。また、出された意見等は全職員で共有し、業務に反映させている。	

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
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	スキルアップに伴う昇給等、職員が理解できるように、文書・口頭による説明を行っている。また、各職員がやりがい・向上心を持って、各自に担当者をつけ、意見をプランに反映させ、モニタリングを実施している。		
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	事業所内の職員同士で2ヶ月に1度、勉強会の資料作りから発表までを行っている。また、外部研修への参加により、個々の職員がスキルアップできるよう努めている。		
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	グループホーム協会の懇親会等にも参加し、他のホームの職員と交流を持つことにより、連携の強化につながる機会を設けている。		
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	利用開始前に、本人・家族・各関係者から要望・不安・困っている事がないか、情報を得ることにより、利用者の安心を確保するよう努めている。また、様式を作成しており、聞き取った内容は記録して、台帳にまとめている。		
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	利用開始前に家族からの希望等を受け止めている。入居後も話し合いの場を設けている。		
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	その時必要な支援を見極め、柔軟に対応できるよう努めている。		
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	利用者と職員が共に喜怒哀楽を共有し、互いの理解を深めている。また、自立支援の観点に留意しながら、暮らしを共にする者同士の関係を築くよう努めている。		

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
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	毎月、家族に利用者の状況等を報告し、面会に来た際には家族とできるだけ話をする機会を設け、思いを汲み取るよう努めている。また、毎月会議を開き、管理者・職員間で情報を共有し、利用者・家族の意向を取り入れ、生活の質の向上につながるよう努めている。		
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	生活歴、日々の会話の中から行きたい場所、馴染みの場所にお連れするよう努めている。また、面会時はゆっくりお話ができるよう、居室にお連れしたり、お茶をお出している。	入居時の利用者調査票や家族からの情報を基に、日々のコミュニケーションからも、利用者がこれまで関わってきた人や馴染みの場所を把握している。また、電話をする時はホームの子機を居室へ持って行き、利用者が自由に会話できるよう支援している。	
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	利用者同士の関係、個性を把握し、共同作業を通じて、より良い人間関係を築けるよう働きかけている。また、利用者が孤立しないよう、職員が間に入り、利用者同士で何気ない会話等ができるよう支援に努めている。		
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	サービス終了後も相談等がある場合は、気軽に連絡していただくよう、本人・家族にお伝えし、今までの関係を継続するよう努めている。また、退去先の関係者にも、利用者の状況・ケア等を記載した情報提供書をお渡ししている。		
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	日々の生活の会話や日常の生活状況の中から、思いや暮らし方の希望等を毎月の会議等で管理者・職員間で共有すると共に、その人らしい、望む生活ができるよう検討し、実施につながるよう努めている。	日々のコミュニケーションや一人ひとりの生活状況の中から、利用者の思いや意向を把握するよう努めており、利用者の生活歴を尊重して生活できるよう支援している。利用者の意向が十分に把握できない場合は、カンファレンスや業務の中で情報交換をして、利用者の意向の把握に努めている。	

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
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	利用者のこれまでのライフスタイル・サービス利用の経過等を、家族・知人・関係機関等から情報収集し、記録(様式有)している。また、日々の生活の中から個人の価値観等を把握するよう努めている。		
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	事前に情報収集をすると共に、できる事、そして、新たにできそうな事を日々の生活を通して発見・把握し、継続できるよう努めている。		
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	その人らしく生活できるよう、本人・家族・関係者・職員から情報収集し、また、日々の利用者の生活状況から得られる気づきや全職員の意見を参考に、プランを作成している。モニタリングの際も、家族・全職員・各関係者からの意見を収集している。	日々のコミュニケーションの中から得た情報を基に、全職員や家族、関係者等の意見や気づきを反映させ、利用者のその時々々の身体状況に合わせた個別具体的な介護計画を作成し、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	日々の様子やケアの実践等を個別に記録すると共に、毎月、管理者・職員間で会議を開き、実践状況・気づき・工夫等を共有し、プランの見直しに活かすよう努めている。		
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	同一敷地内の通所介護事業所と協力し、カラオケ教室や利用者の孫、従業員の子供、ボランティア等を交え、ピアノ演奏会等を行っている。		
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	ボランティアによる慰問、地域のゴミ拾いへの参加、買い物等、社会参加できる機会を増やし、日々の生活に張りが生まれるよう努めている。		

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
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	入居時に今までの受診状況を把握すると共に、入居後の受診方針について確認し、家族にも可能な範囲で協力をお願いして、希望に沿った受診ができるよう支援している。2週間に1回の協力病院の往診と、近医や他科受診の介助も行っている。また、必要に応じて家族にも付き添っていただき、情報の共有化を図っている。	2週間に1回の協力医療機関の往診の他、利用者や家族が希望する医療機関を受診できるよう、家族の協力をいただきながら支援している。また、受診結果は電話で随時報告しており、利用者や家族等と連携し、情報の共有化がなされている。	
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	5名の看護職員(兼務)と連携を図っている。介護職員は看護職員に気軽に相談し、利用者が適切な受診や看護を受けられるよう支援している。		
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。	入院した際はケア方法等記録した情報提供書を提出し、安心して治療できるよう支援している。また、できるだけ、医師からの説明を家族・職員が同席の下に受け、情報共有できるよう努めている。		
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	看護職員を配置しており、職員間の不安・疑問等を解消できるよう、その都度話し合いをしている。終末期の在り方については早期の段階で家族と話し合いを行い、医療機関にも伝えている。また、実際の終末期には家族・本人の意向を基に、医師・家族の話し合いに職員も参加し、意思の統一を図っている。	「重度化した場合における対応に係る指針」を定め、ホームの方針を明確にしている。また、看護職員を5名配置し、利用者や家族、医療機関等で十分な話し合いを行い、意向を踏まえた上で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	急変時、直ぐ管理者・看護職員に電話連絡できるように、連絡網を作成している。		

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
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	年2回、業者立ち合いの下、避難訓練と防災設備の点検を行っている。年2回の訓練では、消防署に訓練計画及び報告書を提出している。災害時、地区会長・民生委員等に災害時の協力をお願いしている。また、災害時に備え、簡易ストーブ・卓上コンロ・燃料・懐中電灯・水・食料等を、3日分準備している。	具体的な避難誘導策を作成し、年2回、避難訓練を行っている。災害発生時に備え、食料品については賞味期限を確認し、3日分確保している他、おむつやコンロ、反射式ストーブ等を準備している。また、停電時にも30分間は自家発電できるようになっている他、隣接する法人のデイサービス事業所との連携体制もとられている。	
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	受容する姿勢でケアに取り組んでいる。利用者の羞恥心や自尊心に配慮した声かけ・言葉遣いを心がけており、気になることがあった時は職員同士でも注意し合っている。また、個人情報に関する書類は扉の付いた場所に保管しており、広報誌等への写真掲載については、必ず同意を得ている。	着替えは居室で、トイレの際は必ず戸を閉めて行う等、介助時や声かけ時は利用者の羞恥心へ配慮している他、守秘義務や個人情報の取り扱いについても配慮している。また、利用者へ対する声かけや対応で気になる事があった場合は、ホーム全体で改善に向けた取り組みを行う体制である。	
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	利用者の力量に応じて、自己決定を促す場面をつくり、十分に意思表示できない場合は表情や仕草から読み取り、自己決定を促している。		
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	利用者の生活歴を基本とし、一人ひとりのペースに合わせて生活できるよう努めている。		
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	利用者の個性・好みを尊重し、利用者の好みで衣服を選んでいる。また、美容院や、衣類等の購入に行きたい等の希望があれば、外出支援等を行っている。		
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	調理師が献立を作成し、苦手な食材等を考慮して、代替食も用意している。個々の能力や希望に合わせ、できる範囲で食材の下拵えや配膳、下膳等を手伝っていただき、職員は利用者が楽しく食事ができるよう、会話をしたり、食べこぼしのサポート等も行っている。	利用者の希望や好み、アレルギー等を把握し、代替食も用意して対応している。また、職員とのコミュニケーションを大事にしながら、利用者の残存能力を活かし、調理の下拵えや配膳・下膳等を行っている他、食事の際は職員が必ず一緒に席に着き、楽しい食事の時間となるよう支援している。	

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
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	栄養バランスに配慮した献立としている。水分摂取量が少ない利用者に対しては、各利用者が好む、ジュース・ゼリー・アイス・果物を提供している。		
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	各利用者に合わせ、口腔内ケア及びや義歯洗浄を毎食後行っている。		
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	自排泄できない利用者には排泄パターンの記録を取り、できるだけトイレで排泄できるよう、トイレ誘導をしている。	個人ファイルに排泄を記録してパターンを把握しており、そのパターンに合わせたトイレ誘導等により、自立に向けた支援を行っている。また、尿意や便意の確認、誘導、失禁時の対応については、他の利用者の目に触れないよう、羞恥心やプライバシーに配慮しながら、速やかに行っている。	
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	乳製品、果物等を朝食に取り入れ、工夫している。また、食後にトイレに誘導し、スムーズに排泄できるよう援助している。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	個々の入浴習慣を把握し、体調に支障がない範囲で、希望に沿って入浴を楽しめるように支援している。利用者の羞恥心に配慮して、一対一の同性介護を基本としている。また、入浴を拒否する時は声がけを工夫したり、無理に勧めず、柔軟に対応している。	家庭的なユニットバスを設置し、一番風呂、熱めの風呂が好き等、利用者の様々な入浴習慣へ対応しながら、入浴支援を行っている。また、入浴を拒否される利用者については、日にちをずらす等の工夫を行っている。他、入浴できない方については足浴や手浴を行い、失禁時は陰洗を必ず行っている。	
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	医師や家族と眠剤等の相談をしているが、原因を探り、利用者が安心して眠れるよう、日中の活動を増やしたり、精神的に安定するよう支援に努めている。		
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	薬は一包化し、名前や日時等を記入して、飲み込むまでを確認している。		

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
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	個々の力量等を把握し、家事等を一緒に行っていただいたり、生活歴・日々の関わりの中から、楽しみ・嗜好品等の情報を収集し、生活に張りが出るよう支援するよう努めている。		
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	個々の希望に沿い、周辺の散歩、馴染みの場所への外出支援等に努めている。	日頃から、散歩や洗濯物を干しに外に出たり、暖かい時期は畑いじりを行う等して、利用者がリフレッシュできるようにしている。また、外出の際の移動は同じ法人のデイサービスのバスを利用し、利用者の行きたい場所へ出かけられるよう支援している。	
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	個々の能力に合わせ、買い物に出かけた際は使え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	家族から電話がかかって来た際等、プライバシーに配慮し、子機を居室にお持ちして、落ち着いて話ができるよう支援している。		
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、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	廊下の一角に椅子とソファを設置し、自由に寛げるようにしている。各居室は冷暖房完備で、適宜確認し、適切な環境を保てるよう工夫している。	ホーム内は明るく、窓からは大きな川が臨め、渡り鳥が川面に浮かんでいる様子等を、ホームに居ながらにして楽しむことができる他、季節に合わせた飾り付けも行っている。また、ホーム内の至る所に温度・湿度計が設置されており、適度な空調管理に努めている。	
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	共用スペースにソファを置いたり、また、気の合う利用者同士が居室でゆったり過ごせるよう、その都度椅子を運ぶ等している。		

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
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	生活環境の変化に少しでも早く馴染んでいただくよう、慣れ親しんだ物を持ってきていただくようお願いしている。入居後も必要であれば、その都度家族と連絡を取り、心地よく過ごせる居室づくりを支援している。	家族への働きかけ等を行い、入居前から使用していた物、家族の写真、テレビ等を持ち込んでいただき、少しでも早くホームの生活に馴染み、また、利用者が安心して暮らしていただけるよう、居室づくりを行っている。	
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	個々の能力に合わせ、ベッド・椅子の高さを調節したり、居室内に手すりを増設し、自立した生活ができるよう支援している。		