

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	1072100066		
法人名	有限会社 あいあいえす		
事業所名	グループホームあいあいえす		
所在地	群馬県高崎市棟高町 1257-5		
自己評価作成日	平成23年5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	http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成23年6月14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)】

「あなたが、あなたらしく、自由に生きる場の提供を目指します」との変わらぬ理念のもと、個別のニーズ把握に努め、一人ひとりのペースに合わせた支援を心掛けています。

【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)】

職員は、「あなたが、あなたらしく、自由に生きる場の提供を目指します」の理念を心に刻み、「あなたらしい」生活を送って頂くため居室は入居前の生活環境を再現することに努めている。また、常に無断外出者がいないか気を配り、自由な行動を保障している。アセスメントシートを活用し、日々の様子やしていること、できる可能性やできない為の支援等をケア会議で話し合い、福祉ふれあい祭りやマーじゃん大会への参加或いは日常的な外出支援等を通じ、入居者が嬉しそうな表情を絶やさず、ストレスを溜めないよう支援に向け取り組んでいる。また、介護に悩み・課題が生じた時は自分に置き換え推測し、入居者に寄り添い耳を傾け、入居者に合わせて職員が変わって行くようケア会議や申し送り時に話し合い、理念の実践に向け取り組んでいる。

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、安心して暮らさせている (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	「あなたが、あなたらしく、自由に生きる場の提供を目指します」という理念を全職員で共有し大切にしている。この理念に基づき、全職員で課題を話し合い、作成したケアプランを実践している。毎月支援内容をチェックし、利用者個々の変化に応じたその人らしさを考える。	「あなたが、あなたらしく、自由に生きる場の提供を目指します」を理念に実践に取り組んでいる。アセスメントシートを活用し、「していること」「できる可能性やできないための支援」等をケア会議で話し合い、入居者の自由な行動を保証し、ストレスを溜めない支援をしている。また、介護に悩みが生じた時は自分に置き換え推測し、課題等はケア会議で理念を確認し解決に向け取り組んでいる。	
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	自治会費を納め、広報の配布も受けている。人数が多いからと複数部配布されている。地域の催し物にも招待され、毎回参加し、利用者用の席も用意されている。また、日頃の好意に感謝を込めて利用者が時間を掛けて作成した花布巾等を年末に近隣40軒余りに配っている。	福祉ふれあい祭りでは、入居者が制作した刺繍の花布巾の無償配布、入居者の歌や楽器演奏披露、焼き饅頭や焼きそばを賞味している。また、地域の人が集まるふれあいの居場所「近隣大家族」のマージャン大会への参加、地域商工会の会員とその子供達の訪問、地域の人達による無断外出者の見守りなど、地域の人達との交流促進が行なわれている。	
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	ホーム通信や認知症理解の印刷物を配布している他、地域の方、民生委員等に運営会議に参加していただき、認知症に関わる講座の紹介や認知症高齢者の適切な対応についての冊子を配布している。また、認知症に関する相談窓口になる旨を公表し、情報提供を行っている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	頂いた意見は、第三者からの大切な意見ととらえ、煩わしい事と捉えず、気付きの機会として検討し、解決に向けて取り組んでいる。	事業所の業務内容等を知ってもらう機会として全家族に通知し、奇数月に開催している。参加者との質疑応答の他、会議後に近隣の人達も参加する講演会を開催し健康や運動等について講演している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市職員にホーム家族会へ参加してもらったり、介護相談員の受入等を行っている。ホームで見守りしていた近隣の認知症高齢者について包括支援センターに報告・相談している。	市職員に生活保護受給者に関する相談を行ったり、地域包括支援センターに近くに住む認知症の老夫婦に関する事業所職員の見守り状況等について報告や相談を行う等市と協力関係の構築に努めている。	
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	研修に参加し学んでいる。玄関は夜間以外は施錠することは考えられない。外出した時は制止することなく本人が納得するまで付き合っている。また、法人の方針としても身体拘束は行わないものとして契約書等にも記してある。	入居契約時に身体拘束のない介護を説明し、安全面から施錠を希望する家族へ繰り返し説明をするなど、理念に沿った支援の実践に努めている。道路に面した事業所には塀や門扉は無く、日中は玄関に鍵を掛けず、無断外出者の有無について職員は常に気を配り、無断外出者には職員が付き添い歩きリスクの回避に努め、入居者の安全を確保している。	
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	研修に参加して学んでいる。認知症利用者の特性の理解を促し、他意なく掛けた言葉が認知症の人を傷つけてしまう事もある党、意識付けを行っている。		

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
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	過去にも現在にも活用している利用者がいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	重要事項説明の他、質問に当たっての不安が軽減するような応えに努めている。		
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、近況報告と共に意見や要望を書面で尋ねる他、直接伝え難い場合の受付窓口の連絡先を重要事項説明書に記載、ホーム内にも掲示している。介護相談員の訪問がある。	3ヶ月毎に入居者の担当職員替えを行い、担当職員が作成する近況報告書を毎月の利用料請求書に同封している。近況報告書には意見・要望欄を設け、家族の意向を聞いている。家族からの要望に応え一目で分かる散歩表を作成し食堂に掲示したり、部屋の模様替え等を行っている。	
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	運営者は、年2回職員の自己評価報告に併せて意見や提案を受ける他、毎月の会議もその機会となる。管理者は、他の職員について日常的にその機会を持ち、対応している。	毎月開催する定例会議で意見や要望を発表すると共に、自己報告書を年2回提出し、目標とした課題の達成状況や提案を法人代表に伝えている。家族の要望を受け、職員の提案により「散歩表」を作成するなどの話し合いを行い対応している。	
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	年に2回職員に自己評価を求め、今後の個々の目標や希望、勤務状況を把握する機会を持っている。希望者には個別に面談にも応じる。		
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	法人内の研修の他、外部研修、講習の案内等の情報を提供し、参加希望があった場合は、勤務調整し、機会を確保している。		
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	2法人共同の研修・勉強会企画担当者がおり、現場の声からニーズを把握してそれに応じた研修・勉強会を開催している。2法人との合同懇親食事を開催している。連絡協議会の委員会に所属し、ブロック毎の研修や職員の交換研修に参加している。運営推進会議に他法人同業職員の参加がある。		

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	認知症のために思いを上手く表明できない場合にも注意深く言動を観察し、気持ちを押し量るよう努めている。また、コミュニケーションを取ることで信頼関係を作り上げ、安心してもらえるようにしている。		
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	時間を掛けて聴くよう努めており、必要に応じて他の窓口を紹介する事もある。		
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	適切な対応に努めており、他のサービス利用も含めて協議したり、居宅介護支援事業所のケアマネにも相談し、可能な限り情報提供を行っている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	人生の先輩として尊敬し、色々と教えて頂いている。また、利用者から受けた行為に対しては感謝の気持ちを必ず伝えている。		
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	利用者にとって家族の存在は、掛け替えの無いものであり、どうやっても職員は敵わない事を伝え、精神的な支えとなってもらう。生活暦のエピソード等を聞きながら気付いたことをケアプランに取り入れたいと思っている。		
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	馴染みの人が、気軽に訪問できる雰囲気となるよう努めている。	馴染みの美容院を利用したり、訪問した友人と歓談したり、親族と実家を訪問し外食を楽しんだり、家族と北海道旅行を楽しんだり、「近隣大家族」に集う高齢者・若い母親や子ども達と懇談しマージャン大会に参加したりするなど、馴染みの人や場との関係継続に努めている。	
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	利用者同士の相性を考慮し、食事の席や位置等を工夫してまた、一緒にの外出をしたり関わりあいや支えあいの場面が多くなるようにしており、職員は手を出さずに見守るのを原則として利用者同士が関われるきっかけ作り等を支援している。		

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
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	入院のため契約終了となった場合には、職員が交代で見舞う。在宅に戻った場合には、在宅サービス利用の情報提供を行う。別の家族や知人に関する相談にも応じる。もと利用者が退去後も立ち寄ってくれる。		
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	意思を表明する事が困難な利用者には日々の言動を注意深く観察し、それぞれの職員が気付いた事を会議で検討し、推し量るようにしている。迷った時は[自分に置き換えてみる]ところから話し合っている。	日常会話の中から、意向等を把握している。意思表示の困難な人には声かけにより、表情やしぐさから推量している。アセスメントシートに、「していること」「できる可能性のあること」「できないための支援」等を記録したうえ介護計画に反映し、理念である「あなたが、あなたらしく自由に生きる」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、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	申込み時に本人や家族から聴取した事、ホームで暮らすうちにわかってくる事も追加している。最初に入手する情報では不十分な事、現状と異なっている事、家族の気付かなかった事等が多く、時間を掛けて関るに従って把握できる事は増えて来る。		
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	24に同じ		
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	本人から意見或いは同意を得られる事は稀だが、観察から推し量って原案を作成し、家族の意見を伺う。原案は職員全員で協議。モニタリングは全員で行い、変化があれば直に見直し、家族にも意見を伺っている。	毎月行うケア会議で担当職員がモニタリングの項目毎に発表し、全職員がコメントを行い3ヶ月毎の定期見直しを行っている。状態の変化や家族の要望に基づき随時の見直しを行い、介護計画のコピーを家族に渡し話し合い、署名を頂いている。	
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	計画が日々のケアに活かされるよう計画書と見開きになった個別の介護日誌に記録している。		
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	家族による受診が困難な場合に職員が付き添う支援や近隣の居場所へ同行しホーム外で他者と共に過ごす時間を提供する支援等を行なっている。		

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
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	民生委員や他法人の同業職員が運営推進会議に参加。介護相談員の受入。中高生のボランティアや体験学習の受入。子供の訪問を受ける。		
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し、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	入居時に希望の医療機関を訊き、受診についての申し合わせをする。職員が付き添った場合は、直接医師と話し合い、家族にその報告をする。家族が付き添った場合は、受診の様子や医師の指示、処方薬等の報告を受ける。ホームでの看取り希望があった場合は、利用者あるいは家族と十分話し合い医師や看護師との連携を図る。	かかりつけ医の定期受診は、バイタルメモを家族に渡し原則家族が対応している。状況により困難な場合は、職員が送迎している。受診結果等の医療情報は家族と共有し、日々の介護に活かしている。ホーム協力医の受診を希望する入居者には毎週看護師が来訪し健康チェックを行う等、適切な受診ができるよう支援している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとれた情報や気づきを、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	週一回の訪問看護を受けて、その間にあったことや変化したこと等伝え、助言をもらい実行している。また、急な変化が見られた場合は直に連絡を入れて助言をもらい、受診をしている。		
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、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。	認知症状を含めて日常の様子を伝えている。廃用症候群に陥らぬよう、家族と話し合いの上医師の指示や助言を受けながらホームで対応できる段階での退院を申し出る方針をとっている。		
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	当ホームで対応できる状態や対応できない場合を伝え、緊急時の連絡先や搬送機関等は書面で希望を訊いている。重度化した場合は、その段階ごとに関係者と話し合いながら方針を見極める事となっている。	入居契約時に、事業所で対応できる状態や対応できない場合を説明し、緊急時の連絡先や搬送医療機関等を書面にして確認している。重度化した場合に伴ない事業所で看取りを希望する家族には、医師の協力の下に状態の変化に応じ書面にして確認し、職員と共有して対応することとしている。	
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	マニュアルを用意し、各職員が個々に学習している。会議の時間に確認を行っている。救命・救急の研修開催情報を得て複数の職員が参加できた。		
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っている。また、近隣にも避難訓練の実施に伴い、協力を要請している。	年2回の内1回は消防署の指導を受け総合防災訓練を行い、1回は夜間を想定した避難訓練を行っている。近隣の人達には訓練の日時と参加の協力を要請するチラシを配布し避難訓練への参加を呼びかけると共に、災害時の協力依頼を行っている。	

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	尊厳を侵すような対応や言葉掛けは厳に戒めるところ。人生の先輩として、その人に相応しい言葉掛け、対応をしている。	職員は、日常の会話や入浴・排泄等の介助の際、常に年長者としての敬意を払い、入居者がその人らしく自由に生活できるよう支援している。新規採用職員は1ヶ月間の間先輩に付いて実地指導を受け、言葉使い等入居者の尊厳とプライバシーを損ねないよう指導を受けている。
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	買い物で欲しいものを選ぶ等選択する場面や献立に希望メニューをリクエストする機会がある。皆の前では言えないような事や言い出すきっかけがつかめない等にも一対一で関る場面を設定し対応している。	
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し、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	ホームの決まり事は少ない。利用者の体調、仲間の体調、その日の天気、雰囲気による。認知症ゆえに希望に沿ってばかりでは機能低下は免れない。希望に沿うとは、介護怠慢の言い訳につながる事もある。決して無理強いはいらないが、工夫をもって働き掛ける事は必要と思っている。	
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	本人が選べないまたは、選んだ服装がちぐはぐだったりした場合は、さり気なく、その人らしい服装となるよう支援を行っている。理美容も、カットだけではなく、毛染めの希望にも応え、理美容店にも出かけている。	
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	毎週の献立作成時には、料理本の写真を見ながら利用者も参加している。食事利用者と職員と一緒にしている。料理の下ごしらえや調理、下膳、食器拭き等できることを一緒に行っている。	料理本の写真を見ながら何が食べたいかを聞き、献立表を作成している。下膳や下拵えをしたり、特技を活かして天麩羅をあげるなどを職員と共に行う人がいる。職員は入居者との会話を楽しみながら同じ食事を摂っている。
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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食材搬入業者から提供されるメニュー表によりおよその熱量、塩分、たんぱく質、脂質を把握している。毎回摂取量や水分量を記録して確認を行い、不足がちな場合は形態を変えたりして、補えるよう支援している。また、状態に合わせて刻み、ミキサー等の対応をしている。	
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	歯ブラシ、スポンジ、入れ歯洗浄剤等を使用して、個々に毎食後行っている。	

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
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	失敗を予防する工夫を常に行い、自尊心や自信の喪失につながらないように努めている。時間を見計らってトイレに排泄できるよう支援したり、おむつ、パンツ、パットの使用も季節や昼夜に合わせて調整している。	排泄時間等を日誌に記録し、一人ひとりの排泄パターンを把握してトイレ誘導を行い、本人の生活リズムに沿った排泄支援を行っている。失禁時には羞恥心に配慮して入浴やシャワー浴で対応している。	
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	毎日お茶の時にプルーンを提供する他、野菜、きのこ類、さつま芋等便秘に効果のあると言われているものを日常的に取り入れている。午前のお茶の後にラジオ体操と手足の運動を日課としている。		
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、個々にそった支援をしている	お湯の温度はその人の好みに合わせたり、一番風呂を好む方には一番に入ってもらふ。曜日は決めていない。	入浴日は週2日が原則であるが、希望により3日入浴している人がいる。入浴を拒否する人で一番風呂の好きな人には、「一番風呂に入りましょう」と声かけを行うなど入浴ができるように支援している。浴室の入り口には、「老止の湯(おとめのゆ)」の張り紙をする等楽しく入浴できるよう工夫している。	
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	早く休む利用者には、安心できる言葉掛けで入床を見守り、夜長を楽しむ利用者は、職員と茶菓子やおしゃべり、テレビ等で時間を過ごすことが多い。また、体調等もみながら、支援している。		
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	受診記録と共に処方薬の説明書もファイルしたり、個別に記載した情報シートを作成して、それから薬の情報を得て確実な服薬を支援しており、症状の変化についても確認している。		
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	食事、入浴、排泄を含めた体調管理と機能低下を遅らせる支援は必須最低限のこと。その人らしく暮らすには、役割や楽しみごと、張り合いが大切。職員はそれをいかにして見出すか常に心がけている。		
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	日常的には、散歩や庭での賽ぎ、買い物、家庭菜園等。季節毎の花見。催しものや行事に外出。家族との外出、外食。個別支援の外出やカラオケ。	一目で分かる散歩表の記録を行い、買い物の外出や家庭菜園の栽培管理、飼い犬の世話、年間行事計画に基づくバラ園見物や外食行事、「近隣大家族」での地域の人達との交流、また、カラオケ・家族との日帰り温泉などの個別支援など、その人らしく自由に生活できるよう理念に沿った支援を行っている。	

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
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	少し前までには、自らお菓子等買い物に出かけていたが、認知症の進行により、今はお金を使う人はいない。しかし、買い物をしてお金を使うというのはほとんどの人が楽しい事と考え、クリスマス会では、自分で欲しいものは買うという支援を行っている。		
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	家族から掛かってきた電話に対応できる利用者もいる。家族に便りができるように、はがきの用意や書き方の支援を行っている。		
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	日差しが入り過ぎる時間にはカーテンを引く。無意味にテレビをつけたままにしない。利用者の上を越えるような会話を慎む。季節の花を飾る。季節を感じるような設え。	冬はサンルームで日光浴を行い、気候の良い時は庭の芝生でお茶会を行っている。食堂兼居間には入居者の毛筆によるメニューや和歌が掛けられ、庭や玄関先のプランターに季節の花々が植えられる等季節感を醸し出し、居心地良く過ごせるよう配慮されている。	
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	食事テーブルの他にソファコーナーが二箇所あり、好きな場所で過ごすことができるようになっている。		
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	持込が自由な事は入居前に伝えており、使い慣れたものをおいている利用者もいる。個々に応じた工夫をしている。	家具類は、入居者の好みを活かした籐の家具等を事業所で配置している。また、それぞれに位牌や遺影、化粧品、若い時着た和服、趣味の油絵やパレット・絵筆等を配置している。教師をしていた入居者は、国語や数学の教本を持参し、近所の子ども達の宿題を見る計画を立てている人など、入居前の生活環境を再現するよう気を配り、その人らしく生活できるよう工夫している。	
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」「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	手摺の設置、誘導標識、表札の設置。ハード面に依存しすぎず、目配り、気配りを大切にしたい。		