

### 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	1070100944		
法人名	医療法人 富士たちばなクリニック		
事業所名	グループホーム あかしの里 I		
所在地	前橋市日輪寺町350-2		
自己評価作成日	平成23年 1月 20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.kaigo-joho.pref.gunma.jp/">http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/</a>
----------	---

**【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2月10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)】**

平成12年から開設しており、入居者の方の身体機能の低下が見られ終末期をホームでむかえる方が多くなってきている。併設医療機関の医師・看護師・訪問看護ステーションとの連携を図りながら終末期においても入居者・そのご家族が満足して頂けるようなサービス提供に努めている。また、地域の行事(祭り・文化祭・清掃活動)に積極的に参加し、地域に根ざしたホームを目ざしている。その一環として、年に一度法人全体で感謝祭を行い地域の人々を招待し施設の認知度を上げる努力をしている。また地震や火事などの災害時に対応できるように地域との自治防災体制の構築を進めている。(車いすの方を非難させる為のリヤカーを2台用意し、公民館に保管。水・保存食の確保)

**【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)】**

法人の病院や老人保健施設などがある敷地内に、グループホーム3ユニットがある。1年に1回利用者の希望を叶えようと「夢叶えツアー」を行っている。毎日「今、会いたい人は誰ですか」「今、行きたいところはありますか」などの11項目のアンケート形式を日記のように書きこんでいただき、その日その日の思いや状態を把握して、ケース記録にキーワードを記載し職員が共有して介護に取り組んでいる。更に日記の中から行きたいところ、会いたい人など思いを叶えるべき計画を立て、準備をして「夢叶えツアー」を実施している。重度化や終末期については、最期までの希望があれば24時間体制の訪問看護ステーションや法人の医師との連携が密に図られており、看取りの取り組みが充実している。

**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広がったり深まり、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
<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	ホームとしての理念を掲げ、スタッフ全員が共通の理解の上業務にあたっている。又、月一回のスタッフ会議の際にも折に触れ理念の実践を心掛ける様話し合いをしている。	地域密着型サービスとしての理念の見直しを行い、ホームの理念を掲げている。玄関やフロアに張り出し、職員全員が共通の理解をして介護に当たるよう心がけている。また、会議や申し送りなど折に触れ、理念についての話し合いを行っている。	
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	日常の挨拶はもちろん、近隣の農家の方から野菜を分けて頂いたりとおつきあいをさせて頂いている。又、地域の清掃活動や避難訓練、町内総会にも参加している。	町内会に入り、清掃活動や防災訓練などに職員が参加し交流を深めている。地域の行事には利用者も参加し、納涼祭への参加、文化祭・作品展への出品参加など、地域の一員として交流が図られている。また、法人の感謝祭には地域の人たちに声をかけ、参加して頂いている。	
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	運営推進会議を通じ、自治会や民生委員の方と定期的に話し合いを行っている。又、医師である理事長が折に触れ地域での講話を行うなどしている。		
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	二ヶ月に一度開催し、市役所の担当者をはじめ自治会の代表、民生委員、その都度出席頂ける全ての御家族を迎え日常生活状況等を報告し、サービスの向上を図るべく話し合いを行っている。	会議は2ヶ月ごとに開催し、自治会長初め民生委員・市介護高齢福祉課・家族などの参加で行われている。利用者の状況報告やスプリンクラーの設置予定が報告され、サービスの向上を図るべく話し合いを行っている。	
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取り組んでいる	法人の事務長はじめ、必要に応じて連絡・相談をFAXやメールを通して行っている。	会議に参加して頂き、意見の交換をしている。困難な事例や相談などはファクスやメールで行っており、最近ではインフルエンザやノロウイルスについての情報を得ている。	
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	事業所全体で身体拘束を行わない事を方針とし、職員室には張り紙等を行い常に注意する様心掛けている。ただし、玄関前は駐車場になっており車の通日も激しく、玄関に通じるドアは死角にあり危険な為ほとんどの時間施錠されているが、テラスにでるドアの鍵は夜間以外は施錠されておらず自由に出入りが出来る状態にしてある。	身体拘束廃止の研修会に参加して、ホーム内で伝達し職員で共有している。玄関前が駐車場になっており、また、一般の車の通日も激しいため、不穏状態の激しい利用者があるなど必要時は施錠するが、その他はいつも解錠されており、ユニットごとの行き来も自由にできる。	
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	社会福祉協議会の主催する研修に参加し、その情報を職員へ伝えるよう努めている。又、法人での定期的な勉強会にて、必要に応じ対応をしている。		

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
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	管理者及びスタッフは研修等にて学んで来た事をスタッフ会議を通じ全職員へ伝えると共に、法人による定期的な勉強会を開く事で、必要に応じて対応をしている。		
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	契約締結の際には事前に入居者本人や御家族と面会を行い、契約書や重要事項説明書も事前に渡し十分な説明を行った上で、理解と納得を得ている。解約に関しても同様に説明等を行っている。		
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	利用者の言葉には常に耳を傾け、運営に反映出来る様努めている。又、意見箱を棟内と玄関に置き自由に投書できるよう対応を図っている。他にも家族会でご意見を頂いたり、苦情受付等の担当者を設け外部者へ表せる機会や、運営への反映に努めている。	利用者の会話に耳を傾けたり、家族の面会時には意見を聴くよう努めている。2ヶ所に、意見箱を設置している。「スタッフの名前が分からない」の意見に、即名札を作成したり、職員全員の顔写真を玄関に張り出すなどの対応が為されている。また、「災害時の連絡網作成」の提案に、現在作成に取りかかっている。	
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	日に二回の業務申し送り時や、月に一度職員会議を開き、意見や提案を聞く機会を設けている。又、スタッフ用の連絡ノートにて必ず管理者に意見や要望が届く様にしている。	月2回の業務申し送りや職員会議などで、意見や提案などが出されている。スタッフ用の「連絡ノート」は、記載して管理者が見るようになっており、意見などが出しやすい状況にある。	
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	五年ごとに永年表彰をするなどして職員の実績を称えと共に能力に応じ給料に反映する様努めている。資格取得希望者には事業所内で個別の勉強会を開くなどして協力している。		
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	定期的な勉強会の実施、必要時での勉強及び外部での研修に積極的に参加出来る様、有給休暇の利用や研修費等を法人で支払う等して支援に努めている。		
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	グループホーム連絡協議会への加盟。グループホーム大会や管理者研修会などに出席し、同業者との交流を図れる様努力している。又、他のグループホームからの見学研修を受け入れ意見の交換を行っている。		

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
<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	入居前には訪問・面接を行うとともに、入居時やケアプラン作成時にご本人から希望や目標を伺い、ケアプランや日々の介護に反映させられる様努めている。又、認知症により会話が成立しない場合などはご家族より出来る限りの情報を得る努力を心掛けている		
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	入居前には訪問・面接を行い、御家族やご本人と信頼関係を築ける様に努めている。		
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	介護支援専門員資格を有する担当者が対応にあたり包括的な支援が出来るように努めている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	認知症で有っても人生の先輩で有る事を忘れず喜怒哀楽を共にし、出来る限り家事などを共に行い、一緒に食事をしたり外出したり生活を共にする様努めている。		
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	ご家族の認知症についての理解や不安と一緒に話し合い、家族会や感謝祭を通じ、少しでもご本人の生活状況を実感していただけるよう努めている。		
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	御家族にもご協力をお願いして、出来るだけ以前と同じ生活が営める様努力している。	利用者それぞれの夢を叶える「夢叶えツアー」を、実施している。会いたいと願う知人を探して電話や手紙を出して会うことが出来たり、お墓参りや句会・赤城山へ行きたいなどの夢を実現している。また、利用者の近所の方の来訪があり、ホールを開放して和やかに会話をされることもある。	
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	食事は同じ場所でみんなで摂り、一緒にレクリエーションや外出をしたりして、利用者間の親睦が図れる様努めている。		

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
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	これまでもサービス終了後に利用者や御家族から相談を持ちかけた事が有り、その都度適切に対応している。		
<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	入居者の希望や意向の把握に努め、毎日二回朝・夕の申し送り時に一人一人の生活状況に付いて検討している。	毎日1枚のシートに、「体調は…」「会いたい人は…」など11項目にわたり日記のように書いてもらい、一人ひとりの思いを把握している。把握した思いや意向は朝夕の申し送り時に検討し、思いを実現する「夢叶えツアー」で実施にむけている。	
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	入居時における情報提供以外にも、日々の生活の中でご本人から情報収集を行うよう心掛けている。又、御家族からは面会時に情報収集する様努めている。		
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	日々あらゆる場面での観察を行い、細かな変化に目を配り対応している。個別のケアプランを基に一日の過ごし方や問題点を記録し、スタッフ全員に申し送りする様努めている。		
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	日々の申し送り時の話し合いや施設ケアマネジャー及び介護担当者を中心としたカンファレンスを月一回行い、日々の介護記録を基にご本人や御家族からの意見や要望を踏まえて、ケアプランを作成している。	利用者の思いや家族の意見を聞き、月に1回のカンファレンスや日々の介護記録を参考にし、また月2回の訪問診療時の医師の指示を反映して、担当者を中心に3ヶ月毎に見直し、6ヶ月ごとに作成をしている。状態変化時は、随時見直しを行っている。	
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	個別のケース記録にご本人の生活状況をただ記録するだけではなく、今後どのようにしていきたいか等の希望やスタッフの感想なども記録しケアプランに反映する様努めている。		
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、その時々にも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	基本的な業務の分担は決まっているが、その都度臨機応変に対応できるよう、職員の判断に委ね尊重している。時には隣接している老人保健施設やクリニックのスタッフの力をかり、柔軟な支援が出来るように努めている。		

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
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	消防署とは、防火訓練の際に立ち会いをして頂き指導などの協力を得ている。又、地域中学校の体験ボランティアを受け入れる等して協力をして頂いている。		
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	入居者は皆併設のクリニックがかかりつけ医となっているため、月に二回の訪問診療も含め随時連携を図っている。	心臓の専門医に受診している方以外は、殆どの利用者が併設のクリニックがかかりつけ医になっており、月2回の往診を受けている。緊急時には24時間体制の訪問看護師が医師との連携を図り、安心できる医療体制がとられている。	
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	週に一度、訪問看護師による健康管理が行われている。又、24時間体制で緊急時等の電話対応をお願い出来る様対応を図っている。		
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。	常に御家族や病院関係者と連絡が取れる状態にあり、又、介護情報提供書を作るなどして情報交換や相談が出来る様努めている。		
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	入居時に書面にて同意を頂いているが、その都度ご本人や御家族と話し合いをし、要望に応じた対応が出来る様体制を整えている。又、終末期ケア等に至った場合に御家族への状態説明等必ず書面に残す様に努めている。	入居時に、重度化や看取りについての説明がなされ指針の同意を得ている。殆どの家族が最期までの看取りを希望しており、一緒に看取ることもある。24時間体制で訪問看護師が対応し、必要時には医師との連絡を密に行い、職員が看取りを前向きに受け止める体制ができている。	
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	管理者は消防署による普通救命講習を受講している。又、緊急時には訪問看護師へ連絡を取り24時間体制で指示を仰げる様になっている。勉強会などにとり事故発生に備えてはいるが、定期的な訓練は行われていない。		
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	年に二回避難訓練等を行うと共に、自治会とも緊急時に協力が得られる様話し合いを行っている。	前橋消防署北分署の指導で、夜間想定訓練を年2回行っている。法人内で夜間の応援体制があり、また、各ユニットごとに食糧の備蓄がある。自治会には、災害時の応援体制について口頭で依頼をしている。自治会に2台のリヤカーが保管され災害時には利用可能であるが、職員には周知されていない。	災害時の自治会の協力体制について、口頭のみで留まることなく運営推進会議等で更に確認し、協力体制が出来てくることを期待したい。

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
<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	親しさのあまり時折言葉遣いが乱れる事があり、引き続き注意して行くと共に、施設内の目に付くところに理念を掲げ、職員室のドア等に啓発を促す張り紙をして、常に気を付ける様心掛けている。	職員の言葉かけは穏やかで、プライドを損ねるような言動は聞かれない。理念は尊厳についても掲げられており、啓発を促す為目につく処に張り出している。トイレにハンドベルが置いてあり、職員を呼べるようになっている。	
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	ご本人の言葉には常に傾聴を行い、ご本人の意思を第一にする事を基本としている。ただ、認知症の進行により段々希望の表出が難しくなっている方に対しては簡単なサゼスチョン等を行い出来る限り希望をご自身に決定していただける様努めている。		
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	基本的に食事以外の時間に制限は無く、ご自分のペースで生活して頂いている。又、トイレ誘導など一斉にはせず個別の時間帯で対応出来る限りご本人のペースで過ごしていただけるよう配慮している。		
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	毎朝毎晩更衣をして頂き、その人らしい身だしなみに心掛けている。又、理美容に関してもご本人や御家族の意向に則した対応をしている。		
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	毎日の献立は隣接の老人保健施設の管理栄養士がたてたメニューや本を参考に職員が考えており、入居者の希望を取り入れながら準備や食事、後片づけを一緒に行っている。	献立は、隣接する老人保健施設の栄養士の献立表を参考にしたり、利用者の希望を取り入れて作成され、調理は各ユニットごとに行われている。利用者は準備や後片付けなどを職員と一緒にしている。職員は介助をしながら、一つのテーブルで食事をしている。	
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	食事量や水分摂取を把握し、状態に応じ細かく記録に残す様に努めている。		
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	毎食後に口腔ケアを実施し個々の状態に応じた支援を行っている。又、必要に応じ御家族の協力を得て協力医療機関の歯科へ受診をお願いしている。		

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
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	ケアプランに合わせ個別の対応をしていると共に、排泄のサインやタイミングを探り常に臨機応変な対応を心掛けている。又、トイレ使用が難しい入居者には必要に応じポータブルトイレを使用している。	トイレでの排泄習慣を大切にして、一人ひとりの排泄パターンを把握している。おむつ使用者も日中はパットに替えたり、トイレ使用が困難な方でもポータブルトイレを使用するなど、排泄の工夫が為されている。	
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	排便の状態に応じ食事や飲み物の提供には気を配り、職員間で水分の摂取量や食事内容の話し合いをその都度行っている。又、医師との連携を図り服薬による改善や必要に応じ体を動かす事等にも配慮するよう努めている。		
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	出来る限り普通のご家庭と同じような状況になる様午前からの入浴はさけ、午後14時以降からの入浴を心掛けている。又、ご本人の希望があれば毎日でも入浴が出来る様ほぼ毎日入浴時間を設けている。但し、安全確保の為夜間帯での入浴は出来ない。	毎日午後に入浴準備をして、希望があれば毎日でも入浴することができる。尿汚染などがあつた場合には、午前中でも待つことなく対応している。拒否が強い時には無理強いせず、タイミングを見て週2回入れるよう配慮したり、男性職員を拒否する時は女性職員が対応したりしている。柚子湯や菖蒲湯などの季節感も取り入れている。	
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	基本的な就寝時間は決めておらず、誰もが自室のベッドやリビングのソファなどで自由に休める様になっている。		
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	入居者一人一人の現在服薬している薬のファイルを作成し、状態の変化を観察しながら影響の有無を確認できるよう心掛けている。		
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	お酒の好きな人には毎晩晩酌をして貰ったり、手打ちうどんを打てる人には職員と一緒に打って貰うなどしてそれぞれの役割や楽しみを持って生活していただけるよう努めている。		
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。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	必要に応じ個々に散歩や隣接の施設への面会に付き添えるよう努めている。又、ご家族と自由に出かけられる様支援し、施設としては月に一度外食やドライブに出掛けるよう努めている。	希望に応じて隣接する施設への面会や季節のお花見・初詣・散歩などを支援し、家族との外出も自由に行われている。また、各ユニットごとに、月に一度回転ずしやレストランなどの外食や敷島公園などへのドライブに出かけている。	



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	現在全ての利用者において、その認知症の状態を鑑み、金銭の所持は行われていない。		
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	希望があれば施設の電話を利用出来、手紙のやり取りも支援出来る体制に有る。		
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	一般家庭に有る物を使用し落ち着ける空間作りを心掛けている。建物自体が静かな場所に有り、騒音等の問題も無く落ち着いている。共用スペースには季節ごとの花を飾ったりして居心地良く過ごせる工夫をしている。	広いホールにはテレビやソファが置かれ、季節の花を飾り、くつろげる空間になっている。ホールにつづく調理室からは利用者の状況も観察しながら食事の準備ができ、また、利用者も職員が見える範囲にいて安心して過ごしている。	
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	リビングにはソファや椅子を置き、自由に過ごせる様工夫している。		
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	ベッド以外は全てご本人と御家族に用意して頂き、自由に使って頂ける様配慮している。	ベット以外の物は、すべて本人が利用していた馴染みの筆筒や仏壇などを持ち込み、家族の写真や本人の作品などが飾られて、思い思いに過ごせるように配慮している。	
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	生活空間には殆ど段差もなく車椅子でも自由に動ける様配慮がなされている。又、要所所に手すりを設け、出来るだけ自立して生活できるよう心掛けている。又、各居室には名札を貼り、トイレや風呂場には見やすい字で張り紙をしている。		