

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	0570102624		
法人名	医療法人 久幸会		
事業所名	もみの木の家		
所在地	秋田市下新城の中野字琵琶沼158-6		
自己評価作成日	平成25年10月29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.kaigokensaku.jp/05/index.php
----------	---

【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25年11月22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)】

秋田県内初に開設した6名1ユニットのグループホームです。敷地内に病院、老人保健施設、保育室、配食サービス等、また近くには系列の歯科、整形外科があり、医療、福祉サービスの連携がとられています。職員、入居者とも女性のみで、穏やかに楽しく生活しています。地域のボランティアの協力や研修の受け入れも多く、法人の職員や保育園児、地域の人やご家族の面会もあり、開放的な雰囲気です。

【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)】

医療法人の敷地内に位置し、法人内の各専門職との連携が密に取られることで、利用者の安心につながっている。月4回のボランティア訪問による花や鉢、装飾品が利用者や来訪者の心を和ませている。外出時の付添いには日頃からホームを訪問し、利用者個々を良く知っているボランティアを、法人の担当が派遣依頼している。食事は、3食すべて配食サービスを利用している。また、利用者の希望を反映させた行事食をホームで手作りして楽しむこともできる。清掃業務スタッフが近隣の就労支援事業所より派遣されており、利用者の居場所に影響を与えないよう配慮しながら居心地の良い環境を確保している。外部委託を積極的に活用することで、早番遅番のない日勤と夜勤だけの勤務形態とし、利用者の声に十分に耳を傾け、利用者と過ごす時間の拡大に繋がっている。「とにかく聞いてやるのがとても大事なんです。」というスタッフの言葉が聞かれた。毎月利用者6名全員のカンファレンスを実現しており、スタッフ全員が利用者6名の担当である自覚を持ち、チームケアがいかにか大切に実践しているホームである。

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 3. 利用者の1/3くらい 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. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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	事業所の運営方針と共に理念を作り、玄関に掲示し、出勤時や退社時に常に意識するようにしている。また、ミーティング時や申し送りに話し合う事で理念に基づくケアの実践を目指している。	法人内のグループホーム共有の、地域密着型サービスの意義を踏まえた「理念」「運営方針」が設定され、日常業務の中で具体的に共有が図られている。また、法人内の他のグループホームでは、ホーム独自の「理念」の必要性からその作成に取り組んでいる。	年度毎にスタッフ個々の目標を設定し、それを基に管理者がホームの目標を作成している。目標づくりの実践を活かし、来年度はホーム独自の理念を手作りしたいとの意思が確認できたので、その実現が期待される。
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	地域のボランティアが月4回程訪問し、手工芸やお茶会、茶話会等を行っている。また、近隣や町内の方から家庭菜園の野菜や季節の食べ物を頂いたり差し上げたりというお付き合いをしている。	法人が特別会員として町内会に加入し、地域の総会にも毎回出席している。月に4回定期的に地域の各種ボランティアが訪問しており、利用者を良く知っているボランティアメンバーが外出を伴う行事に付添っている。また、ホームの隣りの家族との交流も確認できた。	
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	高齢者の健康管理や認知症の情報等を運営推進会議の参加者を通じて発信している。また町内用の新聞を作成し掲載している。		
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	年6回開催し、オープンな雰囲気の中で積極的に意見交換を行っている。また時事問題を取り上げ、話し合いを行なうことによりサービス向上を目指している。	運営会議が、2ヶ月に一回の頻度で開催されている。ホーム独自の理念作成の前段階として、スタッフ個々の年度目標とそれを踏まえたホームの目標作成も実施された。また、災害時におけるホームと地域の関係についても活発な意見交換を行っている。	毎回ホームを会場に開催されているが、場所を変えてみることによる効果を考慮し、試験的でいいので、法人の会議室あるいは町内の会場等で開催してみることが期待される。
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	包括支援センターの職員には運営推進会議に出席をしてもらっている。また生活保護受給者には定期的に行政の担当者の訪問がある。	前回の評価結果を踏まえ、市の担当者の出席について働きかけたが、口頭で困難であるとの回答を得ている。そのため、かねてより継続し出席している市の集団指導の際に、直接担当者として協議連携を継続する方向を確認した。	

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
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	玄関は8時半から17時半まで施錠していない。センサーも設置しているが数年使用していない。 法人内外の身体拘束に関しての各種研修に参加し、スタッフ間で共有し、意識を高め防止に努めている。	帰宅の意思が強い利用者に対して、見守りの強化で対応した経緯があるが、現在対象者はない。身体拘束防止に関する取り決めが確立されており、関連する各研修に積極的に参加し、スタッフ間で周知されている。	
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	法人内外の虐待防止の研修に参加し、他の職員にもミーティング時等にフィードバックしている。常に意識を高め、防止に努めている。		
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	法人内外の成年後見制度や権利擁護に関する研修に参加し、他の職員にフィードバックしている。法人の相談員と共に支援に結び付けている。		
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	管理者と相談員と共に説明を行い、理解、納得をいただけるよう努めている。		
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	玄関に意見箱の設置と、公的窓口の掲示を行っている。また日頃から話しやすい雰囲気を作り、気軽に要望を話してもらうよう心掛けている。	もみの木便り(ホーム便り)にスタッフからの手書き欄を設け家族との話題作りに繋げている。家族が付き添っての通院の際や日用品を届けに来訪した時等、些細なことでも家族と話す機会を持つよう心掛けている。利用者本人の状況を、スタッフだけではなく家族にも理解してもらうことの重要性を認識し、日々取り組んでいる。	
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	ミーティング時に意見を聞き柔軟に取り入れている。年間の事業計画の作成時には、全職員と話し合いの場を設けている。	ホームのミーティングの他、法人内のグループホームやデイケアのスタッフが集う会議も開催されている。ホームスタッフの個々の気づきや思い、意見を記入する共有のノートを活用しており、互いにコメントを記入している。また、ノートに記入された気づきが、日常の支援に反映されている具体的な例も確認できた。	

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
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	定期的に自己評価し、個々の状況を把握している。それを基に面接を行って、向上心につながるようアドバイスがある。		
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	経験年数や職員のレベルに応じた法人内外の研修に参加するよう働きかけがある。その際は勤務扱いとなり費用が発生する場合は法人が負担している。 その他OJTも積極的に取り入れている。		
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	秋田県グループホーム連絡協議会や秋田市グループホーム連絡会に所属し、勉強会や交流会に職員は参加している。法人内の5つのグループホームとも行事を通じて交流も多い。		
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	話やすい雰囲気を作り1対1で顔を見ながら話を充分聞くよう心掛けている。初期の段階から信頼関係を築けるよう努めている。		
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	ご家族の話を傾聴、受容する事で、早期の段階から信頼関係を築くよう心掛けている。		
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	本人の得意なことや馴染みの習わし等を学んでいる。料理を一緒に作ったり、裁縫を教えてもらう場面がよくある。		

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
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	希望や意見等を日頃から気軽に言えるような関係を築くよう努力している。		
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	茶話会時に回想法を取り入れ、思い出話を引き出し、外出等のレクリエーションに繋げている。また、馴染みの関係を継続できるよう、退職・異動した職員を招き食事を開催している。	市民市場や五城目朝市、受診時や墓参り等の場面で知り合いと遭遇することが多く、偶然も含め、馴染みの人と触れあえる機会を大切に捉えている。また、利用者の話を聞くことの重要性を常に意識して接しており、外出の行き先等に反映されている。	
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	入居者同士が良好な関係を築けるよう、常に見守りして、場合によっては仲介している。		
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	病棟に入院後や法人内のグループへ移動後は、時々顔を出し様子をみさせてもらっている。		
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	日常の会話の中や毎月のモニタリングで本人の希望を聞いたり、生活歴やご家族からの情報などを通し、本人の立場にたち支援に活かす努力をしている。	モニタリングでは、本人の状態の良好な時を見定め、利用者の個性を吟味しながら、ほぼ全員に直接聞き取りを行っている。また、面会時や電話等で家族からの要望等も聞いている。	
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	家族や本人から、場合により担当ケアマネから生活歴を聞き、1人ずつケースファイルにまとめている。それまでの生活スタイルを可能な限り継続し、自分らしさが引き出せるよう情報を共有している。		
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	日々の申し送りやカンファレンス等で現状の把握に努めている。能力を活かしつつ、安心して、より良く生活できるよう、常に状態観察をしながら支援している。		

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
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	センター方式やケアチェック表等を利用し、アセスメントを行っている。情報はスタッフ間で共有できている。月1回のモニタリングと、必要時と月1回、スタッフ全員でカンファレンスを行い、それを介護計画に活かしている。	毎月利用者6名全員のモニタリングとカンファレンスを実現している。担当制(ケース担当)であるが、スタッフ全員が利用者6名の担当という考えであり、チームケアをととても大切にし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	毎日の行動記録、フォーカスチャータリングを記録している。それを基に申し送りやミニカンファレンスを行い、実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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			
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	定期的な地域ボランティアによる訪問や、レクリエーション時の付き添いをしてもらっている。		
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	入居前に協力医療機関等の説明を行っている。希望を伺い、病状に応じた病院を受診している。受診の際には他部署の送迎車輛の協力を得ている。	医療法人の敷地内に位置し、法人内の連携が確立されている。また、法人の薬剤師が処方内容をチェックしてから近隣の薬局に伝えることが可能であり、利用者や家族の安心に繋がっている。	
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	日常よりささいな変化も見逃さないよう状態観察をおこなっている。毎日看護師に状態報告や相談し、その上で受診している。		

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
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。	担当相談員や看護師と連携し、情報交換を行っている。		
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、事業所です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	入居の段階で、主治医や相談員を交え、終末期ケアについての話し合いがもたれている。変化に対しては、主治医、看護師、相談員等と連携しつつ対応している。	重度化や終末期の対応については、費用面も考慮しながら本人や家族と十分な話し合いを行い、対応を決定するという方針が確認できた。法人内の関係スタッフの連携によって、慎重な対応を図れる環境にある。また、夜間時のスタッフが1人であることを理解してもらい、老人保健施設への移行も視野に入れていたという話が聞かれた。	
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	緊急時のマニュアルを作成しており、対応できるよう勉強会を行っている。また、毎月入居者と共に避難訓練も行っている。		
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	定期的に法人と合同で災害避難訓練を実施している。緊急時には法人からの協力体制もある。ホーム内でも年間計画を立て、避難訓練を実施している。	あえて利用者が午睡をしている時間帯に訓練をする等、緊急時に適切な対応ができるような工夫をしている。夜間想定・地震想定等も含めた実践訓練が確認された。昨年度はスプリンクラーの設置が実現している。	
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	個々の尊厳を尊重した対応に努めている。個々の状況に応じ、言葉の使い方や1対1での対応等工夫して行っている。個人情報には鍵のかかる棚に保管し取り扱いに配慮している。	ホームの構造上、ケースカンファレンスを含むスタッフミーティングについては、ホームリビングで声を潜める等の工夫を重ね、プライバシーを守る努力をしながら実施している。しかし、利用者の昼寝の時間帯に当ててはいるが、時間が延長することもあり、プライバシー保護の観点から疑問が残る。	6人の全スタッフが参加することに意義を見出しているが、年に数回でもいいので、ホームを出て法人内の会議室等でミーティングを実施してみたいことを期待する。

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
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	個々に合わせ、穏やかな対応をして、感情表現しやすい関係を作っている。日々の生活の中から希望を引き出すよう心がけている。		
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	業務内容に余裕をもたせ、業務優先ではなく、個々のペースや希望に添った支援に努めている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	法人内の理容院の利用の援助をしたり、希望によりスタッフが髪染めを行っている。 個々の状況に応じて、本人の希望する洋服を、季節に合わせて着用できるよう支援している。		
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	野菜切りや皮むき、配膳、後片付け等個々に応じて共に行っている。職員は共に食事をし、和やかな雰囲気になるよう会話している。必要に応じ、さりげない援助をしている。	スタッフも含め、全員が同じテーブルで一緒に食事を楽しむことができるよう配慮している。また、盛り付けや茶碗洗い、食器拭き等できる範囲で利用者も参加している。3食配食サービスを利用しているが、利用者の希望を反映させた行事食をホームで手作りし楽しんでいる。	
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	食事量や水分量は毎食事記録し把握している。個々の状態にあわせ、量や形態に配慮した食事を提供できるよう心がけている。		
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	自力で口腔ケアが行えるよう支援し、不十分なところがあれば介助している。		
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むけた支援を行っている	排泄パターンを把握し状況に応じて声掛けや誘導を行っている。	利用者個々の排泄パターンを詳細にチェックし、できる限りの自立に向けた支援を心がけている。個別のチェック票を利用者6名全員の表にまとめ、全スタッフが一目で把握できるよう工夫している。	

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
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	排便習慣を把握し、確実に排便されているか記録している。繊維の多い食品、ヨーグルトや牛乳、軽運動を行い、便秘の予防に日々努めている。		
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	健康状態を確認した上で、週に2～3回は入浴してもらっている。入浴剤を使用し、楽しんで入浴してもらえるよう工夫している。拒否がみられても、声掛けやタイミングの工夫で対応している。	入浴時には入浴剤等を試用し、入浴が楽しめるよう工夫している。利用者6名全員が入浴剤の使用を喜んでくれているので、入浴剤はいつも切らすことがないとのことの話が聞かれた。また、さりげなくやさしい声掛けを心がけている。浴室は温泉のような作りになっている。	
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	昼寝の時間を設けているが、状態に応じて、自室でゆっくり休んでいただけるよう配慮している。		
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	薬の内容を記録し、目的や用法について理解している。看護師との服薬確認を行い、症状の変化がないか観察し、変化を見逃さないよう努めている。		
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	生活歴や、得意とすること、できる事等を把握しながら、生活の色々な場面で能力を発揮でき、自信と生きがいを感じられるよう支援している。また、毎日の体操や季節の行事やレクリエーションを取り入れている。		
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	天気の良い日は、散歩や日光浴をしたり、戸外での茶話会を積極的に行っている。また、地域のボランティアの協力を得て、月平均1～2回外出レクリエーションを行っている。その際には、懐かしい店や馴染みの場所等、希望を取り入れるようにしている。	年間の外出計画に基づいて、毎月のスタッフ会議で利用者の希望を考慮し、具体的な外出支援を実施している。行事としての外出計画は、屋食場所も含め充分な下見を経て計画されている。また、日頃からホームを訪問し利用者個々を良く知っている人を、法人の担当が付添ボランティアとして派遣依頼している。	

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
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	レクレーションでの買い物時や、散歩がてらの病院売店での買い物時には、一人一人の力に応じて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	希望があれば支援しながら電話してもらったり、年賀状等をだしてもらっている。		
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、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	季節の花々や季節感を味わう飾り物、手作りの壁掛けやのれん等で安心して心地よく過ごせる工夫をしている。快適な環境を保つよう日々心掛けている。	土日・祝祭日を除く毎日、契約した清掃業務スタッフが近隣の就労支援事業所より派遣されており、利用者の居場所に影響を与えないよう配慮しながら居心地の良い環境を確保している。また、月4回のボランティアによる花や鉢、装飾品が利用者や来訪者の心を和ませている。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	居間にソファや椅子等を多めに置き、それぞれが気分に応じて過ごせるよう配慮している。少し離れた食卓も使用している。		
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	使い慣れたタンスや、家族の写真、思い出の品等本人が見覚えのある物を置き、心地よく過ごせる居室にしている。	退去された方が「もし良かったら使用して下さい。」と置いていった家具が今も活用されている居室もある。また、自宅から持ち込んだ仏壇や使いなれた家具等が確認できた。	
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	居室やトイレなどには手作りの案内を掲示している。ホーム内はバリアフリーで、廊下やトイレ内浴室には手すりが設置し、安全に身体機能を活かせる環境作りを心掛けている。		