

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	0590100343		
法人名	医療法人 久幸会		
事業所名	あじさいの家		
所在地	秋田市山王沼田町4-11		
自己評価作成日	平成23年2月8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://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会		
所在地	秋田市旭北栄町1-5		
訪問調査日	平成23年3月3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)】

秋田市の中心部に位置するグループホームで駅や公共機関が近隣にある都会的な環境の中で生活しています。利用者様一人一人の生活歴を尊重し、コミュニケーションを深めながら、笑いの絶えない明るい雰囲気ของกลุ่มホームです。また、同法人の医療機関と連携を深めながら安心して生活が送れるよう支援しています。

【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)】

官庁街に近い住宅地の中で、スーパーや公園も近くにある比較的恵まれた環境にあり、10年以上地域の宅老所的な役割を担ってきており、母体医療法人で運営する4か所目のグループホームとして昨年事業所の指定を受けている。

法人で病院や介護老人保健施設など多くの医療・介護事業所を運営しており、母体病院を主治医とし、利用者が系列老健施設でのデイケアを利用するなど医療との連携が充実しているため、利用者及び家族の安心を得ている。

また、職員は法人内の老人保健施設などの系列介護事業所等でスキル向上をめざして経験を積み、新任職員に対しては現任職員がマンツーマンで教育・指導するプリセプター制を取り入れている。

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、生き活きと働いている (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
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	事業所の組織全体の理念は入口に掲示して誰からも分かるように意識して取り組んでいる。また、事業所独自の理念も作成し、入口やスタッフルームに大きく掲示して真剣に取り組んでいる。	豊かな心と感性による質の高いケアと「思いやり」「いたわり」「優しさ」を持って接するという法人理念に基づき、今までの人生を大切にして笑顔と真心をこめて接することを事業所の理念に掲げている。 また、職員は利用者の思いを優先に考え、それぞれの個性に合わせた声かけ、接し方に心がけている。	
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	町内総会や公園清掃活動、新年会に積極的に参加して交流を深めている。雪かきに協力したり、散歩の時に近隣のお庭を見せてもらい、お花を頂いたりして自然に触れ合っている。	町内会の総会で事業所の役割や機能を説明し、「あじさい便り」を回覧したり、地域の清掃活動に参加して交流を図っている。 また、町内会長の協力を得ながら事業所周辺の除雪をしたり、緊急時の連絡・協力体制も整えている。	マンションやアパートが隣接する環境で、日常的な関わりを持つことは難しいと思われるが、「介護予防教室」や認知症サポーター養成に取り組むなど、事業所の機能を地域に貢献できるような取り組みを期待したい。
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	町内総会でグループホームの説明を毎年行っている。日頃行っている行事や暮らしを新聞にして地域の回覧板に公表して気軽に足を運んでいただけるよう活動している。		
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	実際に利用者から出た意見を町内会長や地域包括委員、御家族、民生委員の意見を参考にして、サービスの再調整を実施している。	2か月毎に開催し、非常階段の構造改善や系列病院へのデイケアの回数減など委員から建設的な意見が出されており、デイケアの回数を減らすなど前向きに取り組みながらサービスの向上に努めている。	

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
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	運営推進会議に積極的に参加してもらい、地域の実情に合わせた意見をもらって実践に生かしている。	母体法人本部が行政との窓口となっており、困難ケースなどは法人相談室や系列地域包括支援センターと連携して対応している。	系列地域包括支援センターは事業所の管轄外のため、官庁街に近い立地環境を生かして行政や管轄の地域包括支援センターと情報交換するなど、事業所独自の関わりと協力関係の構築に努めてほしい。
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	身体拘束について事業所内の研修に参加して理解を深めている。玄関の施錠は、日勤帯で職員が不足しているときはやむをえず安全面を考慮して施錠しており、御家族や地域にも理解して頂いている。	法人全体で拘束をしないケアや虐待に関する研修を行い、職員の意識や理解を高めている。 また、建物の構造上、玄関が死角となり目が届かないため、利用者の安全面を考慮し、家族の了解を得て一時的に玄関に施錠する場合もある。	過去に無断外出があり、センサー設置など対策を検討しているが、施錠や徘徊対策を運営推進会議の検討課題とし、警察や消防、地域住民による見守り体制の確保についても前向きに検討してほしい。
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	法人内で勉強会があり、参加することで知識を高めている。また、接遇委員会も毎月あり事業所内での問題点を話し合う場を設けて、早急に対策を立てて実施している。		
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	法人内の研修に参加して学習している。法人の相談員との連携を密にし、不明な点は積極的に聞くよう実践に生かしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	相談員と協力しながら説明を行い、利用者や家族の不安や疑問を訴えやすいよう配慮して対応している。		

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
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	事業所内に意見箱を設置して意見を出しやすいように工夫している。御家族等の面会時には積極的に声を聞くように心がけている。また、年1回の家族交流会を開催し、家族の思いや意見を受け止めている。	敬老会を兼ねて家族との食事会を行い、意見や要望の把握に努めており、階段への滑り止め手すりの機能を心配する声が寄せられている。 また、運営推進会議での家族代表の意見から、行事計画の内容にも反映させている。	管理者は家族が気を遣っているのではと捉えていることから、潜在的な思いや要望を把握するための方策を運営推進会議等で検討しながら、今後の取り組みを工夫してほしい。
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	毎月事業所内でミーティングを開催し、職員の意見を参考に業務改善をしており、自由に自分の意見を出しやすいような雰囲気に努めている。	毎月ミーティングを行い、管理者は職員間の意見を参考に法人本部と連絡調整し、備品の購入や利用者のケア内容に反映させている。 また、プリセプター制を導入し、新任職員に対する指導・教育に努めている。	職員の入れ替わりが多く、計画的な研修受講ができていないため、離職の要因分析とともに、一人ひとりの経験や職種、希望や目標に応じた研修計画の策定など、段階的にスキルアップできる仕組みづくりを検討してほしい。
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	法人内の人事課と協力しながら、半年に1回、自己評価用紙に各自記入してもらい、場合によっては面接を実施して気軽に意見交換を行っている。		
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	法人内外の研修に意欲的に参加するよう声をかけている。ミーティング等で司会や書記を担当して傾聴能力やコミュニケーション能力をつけるよう工夫している。担当制にして責任感や自主性を育てている。		
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	法人内の3つの事業所と交流をしたり、意見交換を行っている。秋田市のグループホーム連絡協議会にも積極的に参加し、相互訪問などを実施して実践に生かしている。		

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
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	新しい環境の中でとまどっている利用者に対し、生活歴や職歴を把握してさりげなく声かけをして安心して生活が送れるよう配慮して対応している。		
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	家族の想いを受け止めるよう傾聴し、利用者の状態について家族にきちんと確認しながら対応している。		
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	家事手伝い、洗濯たたみ、モップ掛け等日常的なことをしていただいたり、季節の行事の際にだまこやお萩と一緒に作ってもらっている。		
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	外出レクにボランティアとして参加してもらったり、家族交流会を開いて家族と利用者、職員が同じ時間を共有しながら触れ合い、意見交換を自然に行っている。		
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	知人との外出や面会は気軽に出来るよう配慮して行っている。	家族に確認しながら友人や知人との外出や食事、手紙や年賀状、暑中見舞いなどのやり取りを支援しているほか、家族との外出などで関係性の継続に努めている。	

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
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	利用者同士孤立しないよう、さりげなく職員が仲介したり茶話会時は職員も一緒に参加して安心感が持てるよう配慮している。		
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	入院中は時々面会に行き、様子観察している。家族からの相談については相談員と協力しながら対応を図っている。		
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	毎月モニタリングを実施したり、本人の表情やさりげない会話から本人の想いを汲み取って対応している。また訴えの都度すぐ説明し、納得するまできちんと話し合っている。	利用開始前に法人の生活相談員がアセスメントしており、毎日の何気ない会話や入浴時、デイケアに向かうバスの中などでも本人の意向の把握に努めている。 また、失語症や言語障害のある方には場所や目的など示し、選択できるよう配慮しながら意思疎通に努めている。	
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	個々のケースファイルの情報だけでなく、面会時家族や知人からの情報も大切に、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	申し送りノートを活用し、日勤帯・夜勤帯の心身状態の把握に努めている。介護計画に沿って観察し、変化があれば早期に対応している。		
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	毎月のカンファレンスから本人の心身の現状や今後考えられる経過を話し合い、変化に落ち着いて対応出来るように介護計画を立案している。	利用者の担当制をとり、家族の意向や担当職員の意見を踏まえて毎月の夜間のケースカンファレンスで検討のうえ介護計画を作成している。 また、毎月モニタリングを行い、3か月や随時に介護計画を見直し、職員間で共有してケアの標準化に努めている。	すべての利用者が週3回デイケアを利用しているが、介護計画への記載がないため、介護サービス計画書第3表の週間予定にも明記し、家族にも明示することが望まれる。

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
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	毎月のカンファレンスやモニタリング、記録内容の変化から職員間で話し合い、家族に報告をしながら見直しを行っている。		
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	毎月押し花レクによるボランティアの訪問、法人内の保育室との交流や移動理容室の開催を実施して世代を越えて支援をしている。		
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の説明を相談員を通してきちんと説明を行っている。要望に応じてかかりつけ医等にスムーズに診察できるよう対応している。	利用開始時に説明・同意のうえ母体医療法人の病院を主治医とし、眼科と耳鼻科以外の受診は職員が付き添いながら法人内で対応している。 また、6か月毎の健康診断や看護師との連携もあり、急変時の対応を含めて家族の安心できる医療体制となっている。	
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	申し送りファイルを活用して、個々の状態に合わせた対応を検討している。利用者の状態に変化があれば速やかに看護師へ報告し、診察を検討している。		
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。	看護師や担当相談員と連携し、家族とも十分に話し合いながら情報交換を行っている。入院後も本人が安心して過ごせるように面会に行き、関係づくりに努めている。		

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
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	入居の段階で主治医や看護師、担当相談員などを交えて終末期ケアについて話し合いが持たれている。	重度化した場合の対応指針に基づき、重度化や終末期には主治医と連携し、母体法人の病院や老人保健施設等に対応する仕組みとしており、家族にも説明している。	
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	緊急時マニュアルを作成し、落ち着いて対応できるようミーティング時練習している。		
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	定期的に夜間想定避難訓練をして緊急時に備えている。訓練の際、町内会長や民生委員にも協力してもらい、利用者の状態に応じた対策を町内自主防災隊の連絡網を掲示して連携を強化している。	火災や地震対応の防災マニュアルや、町内会長や民生委員などの協力を得て自主防災隊の連絡網を整備している。 また、日中や夜間を想定した避難訓練を実施し、近隣の会社などにも災害時の応援協力を依頼しているほか、乾パンなどの非常食や紙パンツもサイズ毎に準備するなど災害時に備えている。	町内会長や民生委員などの協力体制を確保していることから、今後は実際に避難訓練への参加を働きかけ、より実践的な災害支援体制の構築に努めてほしい。
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	一人一人の生活歴を尊重した対応と日頃から個人に合わせた声かけを行って落ち着いて暮らせる環境作りに努めている。	個人ファイルは鍵のかかる書庫に保管し、家族との電話は居室で話してもらうなど個人情報やプライバシーに配慮している。	鍵のないトイレがあることから、利用者の人権やプライバシー保護の観点から、トイレの施錠や使用中を確認できるように検討してほしい。
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	一人一人の個性に合わせて対応し、自分の想いを自然と表現できるよう温かい雰囲気作りをして自己決定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
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	利用者の状態に合わせた生活を提供するように余裕を持った業務にて対応している。		
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	定期的に法人内の美容院を利用している。利用者の希望に応じて事業所に美容師が来訪し、移動理容室を開催している。更衣の際、本人の好みに合わせた服を選んでもらっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	盛り付けや皿洗い、テーブル拭きなど本人の状態に合わせて一緒に行っている。	法人で委託している業者が全体の食事を提供しているため、ご飯と味噌汁のみ事業所で調理しており、利用者にはリンゴの皮むきや後片付けなど簡単な手伝いを依頼している。 また、時には出前をとったり外食に出かけているほか、行事時の食事を事業所でつくるなど、食事を楽しめるよう工夫している。	
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	食分量・水分量は食事ごとに記録し、把握に努めている。本人に合わせた量や形態を提供している。		
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、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	毎食後一人一人の状態に合わせて声がけし、自力でゆっくり行えるようさりげなく見守りをしている。		

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
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	個人の排泄パターンに合わせてさりげなくトイレ誘導を行っている。夜間もトイレ回数を記録し、本人の負担にならない時間に合わせて声がけ・誘導をしている。	オムツ使用の方はおらず、排泄チェック表で利用者一人ひとりの排泄パターンや能力を把握し、尿とりパットやリハビリパンツ、居室でのポータブル使用などで自立に向けて支援している。 また、便秘傾向の方には野菜ジュースやヨーグルト、マッサージをしながら自然な排泄を促すよう工夫している。	
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	排便回数・量・性状を記録して変化に早めに気付くよう観察している。ヨーグルトや野菜ジュースを提供したり、日課のラジオ体操を実施して、便秘の予防に努めている。		
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	週二回以上入浴して清潔保持に努めている。本人の体調や希望に合わせて時間帯を自由に変更して支援している。	入浴時間を利用者の要望に合わせて、週2回以上の入浴を促し、足浴や清拭などでも清潔の保持に努めている。 また、入浴を拒否する方には、家族の名前を出して言葉がけしたり、さりげなく誘導するなど工夫している。	
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	落ち着いて休めるよう自室で休んでもらったり、体調に合わせてサロンにあるソファで休息している。		
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・目的・用法・用量を個人の受診ファイルに記録している。変化があったときは看護師に報告し、早めに診察をして対応している。		

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	日課にしているラジオ体操、カルタ取り、ビンゴゲームから季節ごとの行事でだまこやお萩を作って楽しんでいる。また個別で散歩や買い物、園芸をしながら気分転換を図っている。		
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	月1、2回の外出レクを利用者の希望に合わせて企画し、家族やボランティアと協力して実施している。また、天気の良い日は職員と一緒に近くの公園に散歩に行ったり、ゴミだしの手伝いをして地域住民と触れ合っている。	週3回のデイケア利用で外出しているほか、コンビニや大型スーパーへの買い物、季節毎のドライブや近隣保育所との合同レクリエーションなどで気分転換を図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	外出レクや近所のスーパーでの買い物などに個人に合わせてお金を使用している。家族の理解のもとに個人でお金を所持している利用者もあり、本人の希望に合わせて自由に使用している。		
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	本人の希望に合わせて自由に電話を使用している。押し花レクで作成した葉書を家族や友人に郵送している。		
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	季節の花や四季に合わせた飾り物・置き物を飾り季節感を毎日味わっている。壁にはレクリエーションでの集合写真を飾り、話題作りの一つになっている。	2階建てのためエレベーターを設置し、1階には日当たりのよいサロン、2階にもソファやテレビなどを配置し、随所に観葉植物を置いて利用者がくつろげる空間づくりに努めている。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	サロンにソファや植物を置いて落ち着いた時間を過ごせるようにしている。また御家族の面会の場として開放している。リビングではテレビを置いて談笑しやすいようにしている。		

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
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	本人が昔作成した習字や使い慣れたタンス、家族の写真などを家から持参してもらい、居心地良く過ごせるように本人と相談しながら自由に配置している。	ベットは事業所で備え、利用者の馴染みのあるタンスや家族の写真、趣味の絵画や書道の作品などを飾り、落ち着いて過ごせるよう空間づくりを支援している。	居室にクーラーがなく、昨年の猛暑時などは利用者にとって快適な環境とはいええないことから、エアコン設置などの対策を法人本部と調整してほしい。
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	二階建てのつくりになっているが、廊下・階段・トイレ・浴室全てに手すりが設置されており安全かつ安心して身体機能が生かせるように配慮している。		