

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	2391400070		
法人名	旭日産業株式会社		
事業所名	グループホームあさひ鳴海		
所在地	名古屋市緑区鳴海町字向田151		
自己評価作成日	平成29年 3月10日	評価結果市町村受理日	平成29年 4月21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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JizyosyoCd=2391400070-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成29年 3月24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)】

事業所理念「ユアライフ～あなたらしい生き方を～」に基づき、利用者様主体として基本三大介護はもとより、残存能力の維持、生活の質の向上に力を入れている。具体的には、
 1.『手作りごはん』三食とも、利用者様との手作りとしている。
 2.極力薬に頼らず、ご本人の本位の生活の支援を心掛けている。
 3.利用者様の動きを基本的に制止しない。さりげなく見守りしたり、付き添ったりして安全を確保している。

【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)】

理念に謳う「あなたらしい生き方」をどう実現していくのかを皆が考えている。自己決定を尊重し、利用者が生活の全ての面で関わり、自主的な暮らしを営むよう支援している。利用者同士のいさかきも些細な事には介入せずに見守り、共同生活の中で互いを認め合う関係が築かれている。食事の席の指定もなく、その日の気分で利用者が決め、外出の希望には可能な限り即座に対応している。
 管理者と職員から別々にヒアリングを行ったにもかかわらず、同じ思いを聞くことができた。ホーム全体が目指す方向を明確にし、思いを一つにしてケアにあたっている。地域に根付き多くの支援が得られており、ホームも地域貢献に注力している。管理者、職員とも外出機会を増やし、外部の人々との関わりを増やしていきたいとの強い思いがある。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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	事業所理念である”ユアライフ～あなたらしい生き方を～”を会議ごとに唱和している。また、職員の目の届くところに掲示し、いつでも確認できるようにしている。	ホームの理念に沿ったホーム独自の行動指針を定め、職員会議で振り返っている。職員からは「いつも理念を意識して利用者に接している」との言葉が聞かれ、自由を尊重し行動を遮らないケアを目指している。	
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	町内会への加入。また、運営推進会議での情報より地域行事への参加や施設行事(秋祭り等)へのご招待など交流の機会を持っている。また今年度より当法人が1階で月1回認知症カフェを実施。全利用者様も参加し、交流を図っている。	ホームの行事や併設事業所で開催される認知症カフェは、地域に十分周知されている。ロコミで、ホーム行事に中学生がボランティアとして訪れ、近隣スーパーでは利用者を理解しての配慮がある。全利用者様も参加し、交流を図っている。	
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	当施設の施設長が、運営推進会議を通じ、認知症についての講演等の依頼を地域より受けて実施している。また、前認知症カフェにて、「介護相談所」としての機能を果たすべく、認知症介護実践者研修修了職員等にて対応できる環境を作っている。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	管理者の参加にて、現状の様子を報告。また、情報交換、アドバイス等を頂き、サービスに反映している。	運営推進会議を年6回、地域から多くの参加者を得て併設小規模多機能事業所と合同で開催している。調理担当者の募集には、参加者から「チラシを作成すれば自分たちが配布する」との心強い言葉も出ている。	地域からは多彩な人材の参加があるが、家族の参加が得られていない。ホーム運営には家族の助言も重要である。家族の参加を促し、更に有意義な会議となることを期待したい。
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	該当いきいき支援センターの職員にも毎回運営推進会議への参加をお願いするが、なかなか参加して頂けない状態である。併設事業所のケアマネより情報を提供してもらっている。また、管理者は必ず「なごや介護ネット」の確認をし、常時必要な情報を得るようにしている。	施設長が市の認知症介護指導者であり、市主催の研修会、いきいき支援センター主催の「家族教室」等の講師を引き受ける等の協力関係がある。また、介護支援専門員がいきいき支援センターとの連携に努め、地域の高齢者についての相談があったり、ホームへ入居紹介があったりと相互の連携がある。	
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	虐待・身体拘束防止の勉強会を年に一度実施して意識の確認を行っている。また、実際のケアにおける虐待・拘束に繋がる「不適切なケア」の気づきや防止を直接現場で指導・アドバイスを行っている。	定期的な勉強会を通じ、常に職員意識の向上を図っている。車いす利用者はソファへの移乗を心がけ、スピーチロックは意識の問題と捉えてその場で指導している。ドラッグロックへの職員の意識は高く、代替手段を皆で考えて減薬に取り組んでいる。	
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	上記		

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	随時外部研修参加の機会を伺っているが、なかなか参加できない状況である。該当の利用者様がおられるため、その方に関しての情報や知識は共有している。		
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	入居前の段階で見学をしていただき、その際に簡単に契約内容(利用料等)をご説明し、更に契約時には必ず読み合わせを行い、その都度ご質問を伺うようにしている。		
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・入口に意見箱を設置。また、ご家族様の面会時に必ず出勤職員がお声をかけ、話しやすい環境を作るように努めている。また、利用者様には、必ずお返事を頂けるコミュニケーションをとり、ご本人の意思確認を行っている。	多くの家族はホームを頻回に訪れ、その都度家族意見の聞き取りを行っている。ホーム行事へも家族の参加があり、意見交換の機会が多い。職員の手伝いを買って出る家族もあり、良好な関係が築かれている。	
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	月1回のフロア会議には管理者は勿論、本社の部長も参加し、職員からの意見や提案を聞く機会を設けている。また、日ごろのコミュニケーションや管理者との面談により意見を言いやすい環境作りに努めている。	月1回のホーム会議とハウス全体での会議、随時の個人面談等、職員意見の聞き取りの機会が多い。職員からは、「管理者は職員意見を受け止め、改善策を打ち出してくれる」との声が聞かれた。	
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2回の職員慰労会へ代表者も必ず参加し、コミュニケーションをとるように心がけている。また、本社所属の常務・部長も事業所への訪問を多くしてくれている。		
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	外部研修の情報を積極的に活用したり、資格取得支援として、研修情報の提供等を行うなど、初任者研修取得の推進を積極的に行っている。		
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	同業者で組織されている団体等への加入や、名古屋市認知症介護指導者である施設長より行政や指導者同士の情報を得たり、共有したりしている。		

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	よりよい信頼関係構築の為、24時間生活変化シート等のセンター方式シートの活用や本人の言葉をそのまま介護記録に記載することで、ご本人の言動に隠された思いを探るよう努めている。		
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	入居前に必ず、ご家族様の思いや当事業所で出来る事・出来ない事ははっきりご説明し、いつでもご相談に応じられる体制を作っている旨をご説明している。		
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	サービス導入以前に、ご本人及びご家族様の生活への要望やお困りごとに耳を傾け、当事業所のサービス導入が適切であるかどうかをチームで検討し、具体的な方法を共に考えている。		
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	各利用者様の「出来る事・出来ない事」「わかる事・わからない事」等の情報を共有し、できる事・わかることはご本人に、「出来ない事・わからない事」は職員と共に行うことに努めている。		
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	介護計画作成時及び更新時には必ず来所頂き、情報提供やご要望の確認を行っている。また、行事にはお声を掛けご参加頂ける際には、ご参加頂き、共に楽しんだり、ご本人の支援に繋がっている。		
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	歩いて5分ほどのスーパーに利用者様と買い物に出かけたり、前出の認知症カフェへの参加にてつながりを維持できるように努めている。	自宅が近い利用者は郵便物を取りに行ったり、庭の柿を収穫したりしている。友人の来訪や、家族支援で墓参りや馴染みの店へ出かける利用者もいる。卓球やノンアルコールビール等、趣味・嗜好も継続されている。	
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	昼間はお部屋に閉じこもることなく、ほぼ全員の方がフロアで過ごされている。また、時としてトラブルになることもあるが、その都度仲介に入ったり、定期的にしつらえを変えたりして利用者様同士が関わり合えるように配慮している。		

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	ケアマネを通じて退去されたご本人やご家族様のご様子を伺っている。また、退去されたご家族様のカフェへのご協力も頂いている。		
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	ケースカンファには極力ご本人に参加して頂きご意見をケアプランに反映させている。また日常の会話、様子から本人の意向を汲み取り介護記録に記入し情報の共有を図りケアに繋げている。	日常のケアの中で聞き取った意向はその場で情報共有し、併せて記録に残してカンファレンスで話し合い、実現に繋げている。意思の表出が困難な利用者は、生活歴や家族からの情報を参考に推察している。	
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	ご本人、ご家族より聴取するとともに、家族版センター方式の活用、生活歴などを把握しケアプランに反映させている。		
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	日々の状態変化を見逃すことが無いように、介護記録・業務日誌・申し送り・コミュニケーションファイルを活用し職員間の情報共有に努めている。		
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	ご本人の状態変化に応じ随時ケアプランの見直しを行っている。情報元となる介護記録にはご本人の様子は勿論の事、ご家族の意見も記入している。ケースカンファは本人、家族にも参加していただき話し合い、プランに反映、確認していただきケアを行っている。	ライフサポートプランを活用し、意向の実現に繋げる計画作成に努めている。記録を基に月1回モニタリングを行ってカンファレンスで話し合い、利用者と家族も参加した担当者会議で集約して介護計画に反映させている。	
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	介護記録・コミュニケーションファイル・申し送りを通じて、職員間での情報共有を図っている。プランの見直しについては本人の状態変化に応じ随時行っており、介護記録をもとにプランに反映させている。		
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	必要な情報をチームとして共有し、ご本人・家族の意向をサービスに反映している。サービス提供に置いては常にご本人の主体性を重要視している。		

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
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	町内会・運営推進会議を通じ地域行事への参加、または地域の方々を施設の行事へ誘い交流している。要望によっては地域で認知症に関する講習なども行い理解を深めていただいている。		
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、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	2週に一度、提携医の往診を受けている。緊急時も24時間、迅速な対応をしていただいている。本人、家族の要望によっては専門医を紹介し連携してご本人を支えている。	看護職員による週2回の健康管理と、月2回の協力医の往診がある。町内会長も務める協力医は、24時間の対応がある。必要に応じて歯科、眼科、マッサージの訪問もあり、その他の専門科は家族対応としている。	
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2回看護師が勤務し、適切な指示、処置、看護が受けられている。医師への相談、受診などへの対応も担っている。利用者のケースカンファにも参加し医療的な見地での意見もいただいている。		
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。	入院した場合の情報交換に努めている。カンファレンスにも参加し利用者の状態に合わせたケアに繋げている。		
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	介護、医療、ご家族間でご本人の様態を把握し、ご本人らしく終末期を過ごしていただけるように十分な協議が行われる。看取り時には他の利用者にもお伝えしお見舞いに行ったり、お亡くなりになった際にはお見送りしたりと施設全体で看取りを行っている。	入居時に書面をもってホームの方針を説明し、必要な時期に協力医も立ち合って、家族の意向を尊重した方針を決めている。家族の希望で病院からホームに戻り看送った事例もある。職員対象の終末期ケアの研修があり、ホーム全体で取り組んでいる。	
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	AED設置。対応マニュアルを備え緊急時の対応方法を掲示している。職員は救急救命講習の受講で実践に備えている。		
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	防災訓練を実施している。運営推進会議にて協力体制を告知している。	年2回火災、地震、夜間、昼間と、様々な想定での避難訓練を行っている。通報、消火、避難誘導の訓練を、職員間の連携や役割分担を重視して行っている。運営推進会議の議題にも上がり、地域の助力も得られている。	3日分の非常食の備蓄はあるが、ローリングストックを活用した1週間分の備蓄の検討を望みたい。非常食は利用者が摂取可能であるか、試食の機会も検討されたい。

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
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	「ユア・ライフ～あなたらしい生き方を」を理念とし、利用者主体の介護を心掛けている。居室の清掃などで入室が必要な場合でもご本人に意思を確認し了解を得たり、不在時にはノックして伺っている。また「ちゃん」「君」付け、あだ名での声かけは強く禁止している。	親しみをこめながらも敬語を基本とし、利用者個々に合わせた話し方をしている。ホーム理念に沿って、その人がしたい暮らしを支援し、その人の意思を尊重している。希望があれば、同性介助にも配慮している。	
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	ご本人の意向は介護記録に記入し情報を共有するとともに、プラン作成、レクリエーションにもご本人の意向をはんえいさせている。		
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	職員は安心、安全な環境維持に努めご本人の意向に沿った生活を尊重している。起床・就寝・入浴に関しても強制することなく、可能な限りその人らしい暮らしになる様支援している。		
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	整容に関してはご本人の意向を尊重するとともに、楽しく行えるようご本人と一緒に行うことがある。その際も強要せずご本人の意思決定を尊重することとしている。必要に応じ買い物や移動理美容にてパーマを依頼したりもする。		
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	献立決定の際、利用者の意見が反映されるよう日々の関わりにて情報を収集している。誕生日ではご本人の好物が提供される。調理・片づけは一緒に行っている。	献立は利用者の希望を聞いて一緒に考え、ネットスーパーで食材調達している。調理から片付けまで、利用者の活躍の場は多い。誕生日にはケーキと好みの食事を、季節行事には行事食をと、利用者を楽しませている。	
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	毎日の食事の様子や分量、水分摂取量を記録管理し体調維持に努めている。また脱水傾向、栄養不足時は医師と連携し栄養補助剤を提供している。個々の嚥下の状態に合わせてロミ剤利用・食事形態の工夫を行っている。		
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	毎食後口腔ケアに誘い必要に応じ仕上げの介助を行っている。要望により歯科医の往診を受け、治療、維持ケアを行っている。		

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
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	排泄チェック表を活用し個々の排泄パターンや傾向を把握し、事前の声かけ誘導で失禁率の軽減に努めている。	本人の意思を尊重し、自身が行きたいと言った時に支援することを基本とし、必要に応じて声かけしてトイレへ誘導している。本人の希望で、夜間のみポータブルトイレを使用する利用者もいる。	
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	排泄チェック表で個々の排泄の状態を把握している。日々の食前体操、腹部マッサージ、飲水(ヨーグルト・牛乳)などで便秘にならないような努力をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	施設の都合により入浴日は予定されているが、ご本人の意向に合わせ柔軟に対応している。入浴剤を入れたり、季節の花々を湯船に浮かべたりして楽しんでいただいている。	週3回の入浴を原則とし、拒否のある利用者には無理強いすることなく、清拭やドライシャンプーで清潔保持に努めている。必要最低限の支援に留め、自分の好みのシャンプーやボディソープを使用する利用者もいる。	
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	ご本人の意向に沿って随時休んでいただいている。その時の体調、要望により、いつでも休んでいただけるような環境づくり、関わりをしている。		
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	バイタルチェック表に個々のお薬説明を綴り、いつでも確認できるようにしている。処方追加、変更時には介護記録に記入し目的、内容の周知を行っている。服薬介助はルーティン化され事故防止に努めている。		
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	ご本人の経験、趣向を汲んだ関わりを生活の中で提供できるよう努めている。		
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	定期的な行事(花見・外食など)で季節感を味わっていただいている。散歩は随時行っており、要望によっては趣向品の買い物にも出かけている。ご本人の希望は家族と連携して実現できるように努めている。	散歩や買い物等の希望には可能な限り対応し、個別に支援している。季節を感じる桜や梅、蓮等の花見や外食、喫茶と、随時の外出もある。年2回の日帰り旅行には、家族も参加して利用者と楽しい一日を過ごす。	

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
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	施設側の立替払いが基本だが、本人の要望があればご家族と連携し所持や買い物を行っている。		
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	手紙と一緒に確認したり、要望があった際には連絡できるように努めている。		
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	テーブル席は利用者の意向に合わせ固定せず自由に選べるようにしている。リビングフロアをエリア分けしテーブル席・ソファ席・こたつ席(冬季)を用意している。壁面には季節を感じられる掲示物、廊下には月々の行事写真が貼ってある。居室・トイレなど迷わないように案内版を整えている。	広々としたリビングや廊下には、利用者の日常を撮った写真が数多く貼り出され、利用者や家族の会話のネタとなっている。利用者は自分のお気に入りの場所を確保し、各々の自由な時間を穏やかに過ごしている。	
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	上記記載のように共用エリアを分割し「非ホール型」の環境づくりに努めている。		
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	ご家族と連携し「馴染み」の生活を維持できるように努めている。	使い慣れた和ダンスや椅子等の家具、家族の写真アルバム等、思い思いの品が持ち込まれ、ベッドを好まない利用者は床に布団を敷いて就寝している。居室の掃除やシーツ交換は、利用者と職員が一緒に行っている。	
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」「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・トイレ・お風呂には案内板、室内にはナースコール設置。立位・歩行などが不安定な利用者様の居室には床センサーを設置し事故防止に努めている。		