

1 自己評価及び外部評価結果

グループホーム なずな (鶴さん家)

事業所番号	0670700525		
法人名	合資会社 喜助		
事業所名	グループホームなずな(鶴さん家)		
所在地	山形県鶴岡市友江町2番21号		
自己評価作成日	平成 21年 8月 24日	開設年月日	平成13年 7月 1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)】

認知症になられても街の中で、その人らしく生活できるようサポートしています。日々、生活を送る中でも役割を持っていただくことで、ご希望に添った、張りのある生活ができるよう支援しています。また、お一人おひとりの特徴や性格を把握し、馴染みの関係づくりにも力を入れています。個々のご利用者に合ったアセスメント・ケアプランを作成・実施し、身体機能の維持・向上に努めています。

【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)】

利用者の従来の生活の延長として、事業所で生活が送れるよう気配りがなされており、利用者や地域の住民との融和も良好である。事業所内においては、利用者はそれぞれの役割を持ち、働けることの喜びが感じられるように配慮されている。職員に対する教育も熱心に組み込まれており、常に全体のレベルアップを図っている。防災面においても訓練は年間計画の下、頻繁に行われており、利用者の安全、安心のできる生活が送れるよう取り組みがなされている事業所である。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、閲覧してください。(↓このURLをクリック)
(公表の調査月の関係で、基本情報が公表されていないこともあります。御了承ください。)

基本情報リンク先 <http://www.kaigo-yamagata.info/yamagata/Top.do>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(株) 福祉工房		
所在地	〒981-0943 仙台市青葉区国見1丁目19-6-2F		
訪問調査日	平成 21年 10月 28日	評価結果決定日	平成 21年 11月 27日

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、活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				

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

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、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	認知症になられても、住みなれた地域の中でその人らしく生活(街の資源の活用・交流など)できるようにホーム独自の運営理念をつくり、スタッフが実践につなげている。	現在の理念は利用者や事業所の状況に合わせて、以前のものから作り変えられてきている。会議の時に復唱し具体的なケアに結び付けられるよう職員に意識付けられている。	
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	買い物や散髪等の地域資源の活用、ホーム外の行事へ参加等、地域の方との交流の場を図っている。また、ボランティアやホーム見学の受け入れ等も行っている。	利用者は日常的に散歩や買い物に出かけたり、理髪店や、美容院に出かけ、地域の人やお店の人と挨拶を交わしたり、話をしたり、地域に溶け込んだ生活を送っている。又、地域の方の防災訓練への参加や、ボランティアの来所等といった交流が行われている。	日常的な利用者と地域との結びつきは非常に良好な関係が保たれている。更に一歩進め、今後は地域の方の認知症に関しての理解促進の為に、認知症のサポーター養成や相談窓口といった、より積極的な地域との関わりを持つ事が期待される。
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	管理者は、地域内の介護事業所や婦人会等で、認知症に関する研修を実施している。また、運営推進会議を通し、事業所からの働きかけについて、検討している。	/	
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	ご利用者の暮らしの様子等、報告し、幅広くご意見をいただいている。また、防災に関しては、計画・実施・反省のいずれについても参加とご意見をいただき、より良くなるよう取り組んでいる。	年間計画が立てられており、基本的に2ヶ月に1回開催されている。参加者は家族、地域住民、民生委員、市の介護サービス課、知見者と事業所関係者等。今後更に地域の高齢者のケアサービスの推進を考えながら進めていく計画を持っている。	
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	介護相談員の受け入れ、見守り支援員養成の実習受け入れ、ケースワーカーの訪問等と、連携・協力し、ご利用者のサービスの質の向上に努めている。	月2回の介護相談員の受け入れ、見守り相談員養成等の実習を受け入れて、行政とは常に良好な関係性を保っている。	
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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	外出希望が強いご利用者に対し、鍵をかけ閉じ込める、声かけで抑えるのではなく、スタッフ間の連携を密にし、できる限り外出のサポートをしている。禁止する声かけ(ご利用者に失礼な声かけ)等、ユニット内で常に意識し、その都度、話し合いを行っている。また、毎月のスタッフ会議、スタッフ面談、研修等で、拘束しないための話し合いを行っている。	職員に対しては頻繁な研修を通じ、身体拘束をしないケアに関しての教育を行っている。外出希望の利用者に対しては散歩、買い物などで職員と一緒に外出する等の対応をしている。	

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
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	毎月のスタッフ会議で、認知症の理解を深めることと共に良いケア・悪いケア等、具体的に研修を行ない、虐待防止に努めている。また、そのような行為があった場合には、個別面談を行ない、その都度、話し合いを行っている。		
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	地域福祉権利擁護事業については、ご利用者の中で実際に利用されている方がおり、定期的に訪問等対応にあたり、制度についても利用時に話をしている。又、研修会の案内がある場合は、回覧、参加を促している。		
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、解約時、利用料の変更等、ご家族に來訪いただき、重要事項やご不明な点を説明し、ご理解いただいている。また、1ヶ月毎の暮らしの様子を報告の他、随時、連絡をとり、状況を説明している。		
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並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	ご家族には、日頃から何でも話していただけるような雰囲気づくりを心がけている。要望などが出された場合、管理者へもつながるようにし、スタッフ会議など全スタッフの対応が統一されるよう話し合っている。また、介護相談員についてもポスターを掲示し、周知を図っている。	利用者には献立、外出の希望等を聞いている。家族には年2回アセスメントの時に意見を聞くようにしている。又、面会時に希望、要望を聞き、来られない家族には電話や手紙で希望を聞くようにしている。又、言い易い場作りに心が配られている。	
11		○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	スタッフ会議(月1回)、ケアプランミーティング(月1回)、個別面談(年1回)、研修会(随時)等の意見を聞く機会を多く持つようにしている。		
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	代表者は、スタッフ評価や面談を通し、実績に応じて、待遇面に反映させている。また、親睦会への助成を行ない、働きやすい職場環境に力を入れている。		
13	(7)	○職員を育てる取組み 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	採用時の新人研修はもちろんのこと、個々に具体的に話し合う場を設けている。外部研修については、随時出しており、良い研修がある場合には、研修案内を回覧している。また、研修旅行なども企画している。	採用時の新人研修、認知症ケアについて月1回のスタッフ会議でテーマを決めて勉強会を行っている。職員は「きすけ」の理念をもとに自己評価を行い、主任と相談し自らの課題を設定し、解決に努める等職員全体の質を向上する取り組みは熱心に行われている。	

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	
14	(8)	○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組みをしている	代表者は、市及び県単位の連絡協議会に参加し、交換実習や研修の場を多く持てるよう働きかけている。また、研修が行われる場合には、研修案内を回覧し、参加を促している。	山形県、鶴岡市のグループホーム協議会に参加し、交換実習にも参加し他の事業所との交流を行い、情報の収集に努めている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	事前面接を行ない、生活の様子、生活歴、認知症の状況、健康状態を聞き取り、ご本人が不安を抱えていることなど、ご利用当初から軽減されるよう努めている。			
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	利用申し込み時には、ご本人の状況に留まらず、ご家族の状況もお聞きしている。			
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	ご家族の相談窓口として、本人に合ったサービスの検討を行い、すぐのご利用が困難な場合には、状況に応じて、他のサービスの紹介も行っている。			
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	スタッフは、一方的にケアする(お世話をする)と言う気持ちに立たず、サポートする(ご支援する)という視点で、不安の解消、グループホームでの役割の確保(頼りにされているという気持ち)等に努め、生活の主役として、安心した生活が送れるよう支援している。			
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	ご利用者の支援に留まらず、ご家族の苦労について敬意を払うよう対応している。また、毎月のケアプラン報告を通じて、ご利用者の生活の様子を伝え、認知症の理解など含め、共にご利用者を支援していくように努めている。			
20		○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	知人の方との面会やご利用者・ご家族の方の状況に応じて、外出・外泊等も努めている。			

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	気の合うご利用者同士で過ごせるよう場面づくりや逆にトラブルにつながりやすいご利用者同士が、一緒にならないよう配慮している。			
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	現状としては、利用終了後、長期入院、他界される場合が多く、継続的な関わりを必要とする方は、ほとんどいませんが、必要な場合は、情報提供を含め、対応したいと思います。			
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	日々のサポートの中で、話や表情等を通じて、お一人おひとりの思いを汲取るよう努め、また、ご家族より聞き取りし、アセスメントを行い、ケアプランに活用している。	生活を支える為のアセスメントがなされており、家族からの情報も得て、「本人はどうか」という視点でアセスメントが行なわれている。		
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	事前面接時に大まかな生活歴、暮らし方、サービス利用内容を聞き取りし、利用後においても必要に応じて、ご家族から話を聞いている。			
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	毎月、ミーティングにおいて、ケアプラン評価を実施し、スタッフ会議にて全スタッフと意見交換と共通理解を深め、チームとして対応できるよう努めている。特に利用当初は、サポートメモの記入を促し、できること・納得していただける方法等、情報を密にしている。			
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	日々のケアプランの関わりを記録し、毎月評価を行い、スタッフ会議にてスタッフの意見と関わり方等、検討している。状況に応じて、ご家族からも意見を伺っている。	日々の記録から毎月評価を行いスタッフ会議でモニタリングがなされている。		
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	ユニット毎にケースファイルを1冊にまとめ（直近のもの）、関わったスタッフが記録すると共に全スタッフが出勤時に確認し、情報を共有化している。特に日々記録されたケアプランチェック表やさわやか記録をもとにケアプランが短期目標に近づいた内容になっているか、確認している。			

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	
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 (小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載) 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				
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	ご利用者と一緒に、近所のスーパーや八百屋等に出かけ、一緒に品物を選びながら買い物に参加されている。また、髪を切る際、ご希望に応じて、地域の床屋を利用している。知的障害者施設の工房に出向き、使用した缶を定期的に提供している。			
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、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	ご本人やご家族の希望に応じて、病院等の通院介助やご家族の代行を行っている。ご家族が対応する場合でも、情報を提供し、適切に受診できるよう支援している。また、かかりつけ医師による往診は2週間に1回実施している。	かかりつけ医は協力医が主となっている。往診が2週間に1回行われており、通院の場合も家族が対応できない場合は職員が同行している。通院ノートを作成し適切な情報を提供できるようにしている。		
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	ご利用者の体調の変化があった場合には、看護師に相談し、連携を図っている。また、看護師を通し、ご利用者の状態に応じて、かかりつけ医院、病院と連絡し、対応を検討している。			
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、また、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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	入院によるダメージが少なくなるように情報提供に努めている。また、面会に行き、ご家族とも情報交換しながら、支援している。医師からの説明がある際には、できる限り同席している。			
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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合、その時点で予想される経過や終末期のあり方について、医師の診断及び、治療方針をもとに、ご家族と十分に話し合いを持つようにしている。なすなでできる対応について説明し、最良の方法についてご家族と検討する。状況が変化するたびに、ご家族の気持ちの変化もありうるため、その都度、話し合うようにしている。	指針が作成され、入居時に重要事項説明書と同時に説明、了解をもらっている。状況に応じて、事業所で出来ること、出来ないことの話し合いをしている。家族の意見を最大尊重するようにしている。		

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
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	年1回の心肺蘇生の救急法訓練や応急手当の研修を行なっている。また、その都度、看護師より、ケガの対応や処置方法等、共有化し、実践に活かしている。		
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	運営推進会議を通して、近隣の方の協力を得ながら、夜間想定避難訓練を実施している。今後も連携・ご協力・ご指示をいただきながら、より安全確保が図れるよう、検討している。	年間計画の下に総合訓練、地震訓練、初期消火訓練、通報訓練等年7回実施されている。法人に防災委員会が設置され訓練の具体的な内容を決めている。訓練には地域の方の参加もある。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	ご利用者を傷つけるような言葉・声かけ、呼び捨てになる記録等にならないよう、常に気をつけている。また、スタッフは守秘義務があることを理解し、プライバシーに関わる内容については、一切、口外しないようにしている（新任研修の内容に入っている）	利用者の尊厳を守ることに関しては研修において繰り返し教育が行われており、徹底するよう日常から注意している。	
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	スタッフは、馴染みの関係を築きながら、ご利用者の希望、関心、嗜好など引き出し、嫌がることについても把握し、少しでもご利用者が納得できる対応を心がけている。また、ご利用者が決めやすいよう声かけの工夫や、一緒に選びながら支援している。		
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、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	ご利用者のペースに合わせ、でき得る限り対応するように努めている。（買い物、外出支援、趣味活動、家事等）当然ながら、ご利用者に合わせた対応が求められるため、各ユニットの動きは違ってくる。		
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	ご本人とご家族の意向を確認し、衣類や身だしなみなどを尊重するサポートを行っている。また、好みに応じて理容、美容の利用対応を行っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事・おやつは希望を聞きながら、メニューに取り入れ、スタッフも一緒に同じ物を食べている。また、献立作りは買い物、調理、盛り付け、片付けに至るまで、スタッフは、ご利用者の力と意欲を引き出すよう心がけ、できる限り、一緒に行っている。	献立はあるが週3回は利用者の希望を入れるための自由メニューにして、楽しい食事にする工夫配慮がされている。食材の買出し、調理、後片付けも利用者が参加し行われている。	

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
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	お一人おひとりに合わせた食事の量を調整し、野菜、肉、魚等、均等にメニューに取り入れている。体重の増減がある場合、日々記録し、状態に応じて対応している。また、毎食事、おやつ、夕方、入浴後等、こまめに水分補給を行っている。		
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	ご利用者の意向や習慣を配慮しながら、毎食後に見守り・声かけ、介助を行っている。		
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向けた支援を行っている	お一人おひとりに適したトイレ誘導、声かけを行ない、できるだけ、布パンツで過ごせるようサポートしている。また、個別にさわやか記録(排泄記録)を残し、毎月その状況を確認している。認知症の症状の変化、体調の変化、季節の変化に応じ、トイレ誘導や排便のコントロール等を支援している。	個別にさわやか記録(排泄記録)で詳細に分析され、これをもとに誘導、声掛けが行われ、さわやかに生活できるよう支援されている。	
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	排便の状況をさわやか記録(排泄記録)で個々の状態を確認し、適時に排便があるよう支援している。また、食物繊維が多い物、乳製品・ゼリー・果物等を取り入れたり、家事活動・散歩等活動的に生活することで、自然排便を促している。また、看護師より指示を仰ぎ、下剤の調整を行なっている。		
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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	2日に1回の入浴を基本に、ご利用者の意向を尊重しながら、午前・午後共に、入浴できるよう柔軟に対応している。また、体調に応じて、清拭を行っている。	2日に1回の入浴を基本にし利用者の希望に沿って柔軟に対応されている。又、体調に応じて清拭を行っている。	
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	日中の活動や不安を残さない・引きずらない対応を心がけ、安眠できるようにサポートしている。また、ご利用者の状況に応じて、昼寝も行っている。		
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	処方箋(薬の処方、作用、副作用記載)をケース毎に整理し、内容を把握すると共に、2週間に1回の受診の都度、担当者が体調の変化をまとめ、往診時にかかりつけ医へ報告・指示をいただく体制をとっている。		

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
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	生活歴を参考にしながら、現在のご利用者の状況に合わせて、役割をもつこと、生活の張りや趣味活動の楽しみ等がもてるようにサポートしている。その内容は、ケアプランへも取り上げ、毎月の提供状況を確認し、ご本人の変化等へも対応している。		
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。また、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	天候やご本人の希望に応じて外出し、季節を肌で感じていただきながら、気分転換ができるよう支援している。チューリップ見学や足湯、外食等、季節ごとの行事も企画し、実施している。また、ご家族との外出・外泊の際にご本人の思いを伝え、ご利用者の希望が実現できよう支援している。	年間行事としてチューリップ見学や足湯と季節ごとの企画をして実施されている。日常は買い物や時には物産館に外出し外食を行うなどしている。	
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	お金の管理ができる方、お金を持ちたいと希望される場合は、ご家族の意向も確認しながら、対応している。また、日々の食材などの買い物で、できる方については、レジでの支払いもスタッフの見守りのもと行っている。		
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	ご家族の意向もあるが、電話をかけたいご利用者への支援を行っている。また、荷物や小包等が来た際には、こちらから御礼も含め電話をし、ご利用者も必ず、電話できるようにしている。		
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、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	ダイニングとリビングが一体となっており、調理の音や匂いが感じられるような造りになっている。ホーム内の温度管理もまめに調節し、配慮している。また、玄関へ花を飾ったり、庭木や畑を眺めたりと、季節を感じられるようにしている。	ダイニングとリビングが一体的な作りで、全てが視界に入っているが、ソファやテーブルの配置に配慮して、入居者がくつろげるスペースが出来ている。又、中庭があり庭木が眺められ、季節を感じられるように工夫されている。	
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	多くの時間を過ごすリビングには、テーブルの他にソファを置き、他の人の気配を感じながらも、より少人数で過ごせる環境になっている。庭が見える廊下にもソファを置き、仲の良いご利用者同士が、ゆっくり会話を楽しめるようにしている。		

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	ご利用者の意向やご家族と相談し、個々に使い慣れたタンス類や装飾品等がある場合は、居室に設置し、住み慣れた環境造りに努めている。	本人や家族と相談しながらたんす類、装飾品等個別に工夫がなされている。	
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」や「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	ホーム内の床はバリアフリーになっており、転倒防止への配慮と、玄関の段差があるところやトイレ、脱衣場・浴室には、できる限り自立で行えるように、手すりを設置している。また、トイレや洗面所、個々の居室等に名前を記入し、ご利用者が把握しやすいようにしている。		