

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	0270301575		
法人名	有限会社 永幸園		
事業所名	グループホーム ケア・サポートふたつ家		
所在地	青森県八戸市糠塚字大開20番地32		
自己評価作成日	平成24年10月1日	評価結果市町村受理日	平成25年3月25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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成25年1月11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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・快適な生活が送れるよう、個々の想いを聞き取り、ケアプランに盛り込んで支援している。 ・利用者様個々のADLに合わせた活動を支援し、出来る事は出来る範囲で行ってもらう事で意欲を引き出し、出来る喜びを感じていただけるよう支援している。 ・全職員がケアプランを通して個々に合った対話をする事で、信頼関係を構築し、冗談を言い合ったり、表情豊かに過ごしていただけるよう支援している。 ・認知症予防として、計算ドリルやカルタ、パズル等を取り入れ、頭の体操を行っている。 ・レク活動の一環として、食事前に歌や「ば・た・か・ら」体操を行う事で、誤嚥予防に努めている。 ・日々の健康状態を維持するため、主治医や訪問看護との連携を強化している。 ・栄養面では、管理栄養指導を導入し、個々に合わせた適切なアドバイスをいただいている。
--

【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)】

<p>「誠実、信頼、成長」を基本に「自分らしさや誇りを保てる」支援について、管理者・職員は度々話し合う機会を持ち、各フロア理念を立ててケアを実践している。</p> <p>住宅密集地に立地し、防災に関して周辺住民との連携が取られている。また、高齢化・重度化が現実的に迫っている中、住み慣れたホームで最期を迎えるか(緩和)、病院で最期を迎えるか(医療)のどちらを望まれるかを確認しながら、利用者・家族の要望に応じて支援する体制を整えている。</p> <p>ホーム長・管理者・職員は、あらゆる事を話し合い、楽しみながら、前向きにホームを運営しており、利用者はそれぞれのペースでのびのびと過ごしている。</p>

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りや深まりがあり、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、生き生きと働いている (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

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	事業所理念の他に、全職員で作成したフロア一理念を朝礼時に唱和し、常に念頭に置きながら業務に携わることを意識し、日々のケアを行っている。	設立当初の理念「誠実、信頼、成長」を基本としつつ、ホームのあり方を全職員で話し合い、各フロア一理念を作成している。更に、毎月の目標を立て、日々の振り返りやサービス提供場面に反映させている。	
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	町内会の一員として、盆踊り大会や区民運動会へ参加している。また、近隣の小学校との交流があり、利用者様は子供達と触れ合う事を楽しみにしている。	日頃から近隣住民と挨拶を交わしたり、町内会行事の盆踊りや運動会に参加し、地域住民の一員として暮らしていけるよう働きかけている。また、近くの保育園や小学校との交流を大切にしている。	
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	ホーム長はキャラバンメイトを受講しており、認知症普及活動に参加している。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議では、サービスの取り組み状況や実践報告をした上で評価し、意見や質問・要望等をいただき、より良いサービスが出来るよう活かしている。	運営推進会議は町内会長、老人クラブ会長、市担当課職員、家族の参加を得て開催し、ホームの現状や評価結果、目標達成計画等を報告している。また、近隣住民の協力を得て実施した夜間の避難訓練について検証する等、今後のホーム運営のために積極的に意見交換を行っている。	
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	運営推進会議に参加していただき、必要に応じて市からの情報や助言をいただいている。また、役所主体の集団指導にも積極的に参加している。	運営推進会議に、市の担当課職員または地域包括支援センター職員が参加しており、ホームの様子等を報告している。また、行政の集団指導への参加、感染症等の情報や制度利用の相談等、連携が図られている。	
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	日中、玄関等ドアの施錠をしていない。身体拘束の実態もない。	マニュアルを基に学習し、身体拘束は行わないという姿勢で日々の支援に取り組んでおり、玄関や居室にも施錠していない。帰宅願望や外出傾向があれば、利用者の思いのまま、納得出来るように職員が付き添っている。また、やむを得ず拘束を行う場合は家族に説明し、同意を得て、理由・経過等を記録に残す体制を整えている。	

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	当事業所では、虐待の事例報告はない。高齢者虐待マニュアルを設置し、虐待は悪い事である事を全職員が理解・認識している。		
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	成年後見制度について特に学ぶ機会は設けていない。また、現在必要とされている方もいないが、家族様からの相談やケースによって必要とされた場合は、積極的に活用し、支援していく必要がある。		
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	契約時、重要説明書に基づき、納得がいくまで十分に説明を行い、家族様等が理解・納得して利用出来るように同意を得ている。		
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	面会時や家族様参加型の行事の際に、積極的にコミュニケーションを図り、要望等を引き出してサービスに反映している。	全家族に運営推進会議への参加を呼びかけ、要望・意見を出せる機会を確保している。また、面会や行事等での来所の際、ホームでの利用者の様子を伝えながら、要望等を聞き出すように努めている。職員は、利用者が何を求めているのか、意向に沿う事が出来るのかをミーティング等でも話し合い、日々の支援に努めている。	
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	職員に対し、ホーム長は年1回、管理者は年2回の個人面談を実施し、個々の思いを汲み取っている。また、月1回の会議の場で、必要に応じて意見や提案を傾聴し、ホーム長と相談の上、業務改善等に反映させている。	職員会議で、介護計画や日常業務等について意見交換をしている。年3回行っているホーム長や管理者との個人面談は、職員個々の目標や思いを伝える機会となっており、相互に理解し合う事で、働きやすい環境となっている。	
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	ホーム長は、勤務状況を把握し、職員が向上心を持って働けるように、アドバイスや励まし、労いの言葉をかけている。		

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
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	研修に関しては、個々のレベルに応じて研修内容を選択し、全職員が年間を通して平均的に参加出来るようにしている。		
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	グループホーム協会に加盟し、研修や新年会等の参加を通じて、交流や意見交換の場を設けている。同業者との意見交換は有意義なものとなっている。		
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	ホーム長が、入所前に本人・家族様と面談し、困っている事や要望を聞いてアセスメントし、アドバイスを行っている。		
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	ホーム長が中心となり、本人・家族様と面談し、より良い生活を提供するために、入所を想定したサービス内容の確認・相談・助言をしている。		
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	相談を受けた場合は、事業所内でのサービスを伝え、必要としている支援を見極めている。また、早急な対応が必要と判断した場合は、他のサービス利用を提案し、情報を伝えている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は、利用者様を家族と捉え、出来ない事を支援しつつ、出来る事を活かして互いに助け合い、楽しい生活を提供するように心掛けている。		
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	家族の協力が必要とされる場合や状態の変化等、情報をこまめに連絡し、一緒に支え合っている。また、面会以外でも一緒に過ごせる機会を設け、気軽に相談等が出来る関係を構築している。		

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
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	本人・家族様の要望や希望により、墓参りや自宅帰省支援、馴染みの場所での買い物等に気軽に行けるよう支援している。	生活歴を把握し、馴染みの人や場所を大切にしている。友人・知人が来訪したり、個々に合わせた電話・手紙等のやりとりを支援している。また、自宅を見に行ったり、墓参りに同行する等、これまでの関係が途切れないよう支援している。	
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	利用者様同士の関係性を把握し、会話を楽しんだり、一緒に活動が出来るよう支援している。会話の出来ない方に関しても、他者または職員と一緒に過ごす時間を提供し、孤立しないよう努めている。		
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	現在、あてはまる事例はない。		
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	日常会話の中から希望や要望を聞き出している。話せない方については、本人の立場になり、困っている事をアセスメントし、本人の意向に沿うよう支援している。	日々の暮らしの中で、会話・態度・表情等から利用者の思いを汲み取っている。また、「今までの事、今の事、これからの事」と分かりやすくアセスメントし、全職員で情報を共有して支援に努めている。	
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、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	センター方式を活用し、生活歴や入所前の状況を把握し、必要な時は家族様から情報を収集している。		
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	個々の生活パターンを把握し、心身の状態変化に注意しながら、出来る事は見守り、状態をみながら、出来そうな事を提供・支援している。		
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	本人・家族様からの要望・希望等を聞き取り、また、必要に応じて主治医や栄養士より健康に関するアドバイスをいただき、ケアプランに取り入れている。	利用者・家族・関係機関から得た情報を、各担当職員がセンター方式を用いてアセスメントし、全職員で話し合いの上、介護計画を作成している。モニタリングを行い、定期的に見直している他、利用者・家族の要望を活かしながら、利用者の現状を反映した介護計画の作成に努めている。	

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
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	より良いケアを行うために、個別記録簿以外に個別申し送りノートを作成し、日々の変化等を記入して職員間で共有している。また、月1回のカンファレンス会議で意見を出し合い、プラン作成に反映している。		
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	特にあてはまる事例等はない。		
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	町内会長・老人クラブ会長とは、運営推進会議を通じて意見交換や助言をいただいている。また、小学校や町内の行事へ参加する機会があり、地域の方との交流が保たれ、楽しい暮らしを提供している。		
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	かかりつけ医は、希望する医師を選択し、月2回の往診をしていただいている。体調不良時は職員付き添いの下、各病院へ受診している。また、週1回訪問看護に来てもらう等、複数の医療機関と関係を築いている。	ホームの協力医療機関の希望する医師の往診を受けたり、訪問看護との連携が取られ、状態変化時に対応している。また、認知症専門医・歯科・眼科の受診の支援もしており、受診経過は記録して、家族とも情報を共有している。	
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	訪問看護師とは、日頃の健康管理や相談・助言をいただいている。訪問日以外にも相談をしたり、ちょっとした体調不良時等に連絡をして、適切な対応方法等の助言をいただいている。		
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、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。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。	入院した際は、医師と今後の事を踏まえた話し合いの場を設け、その結果を職員に伝達している。退院後は、その結果を踏まえて早期回復を願い、生活全般を支援している。		

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
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	重度化した場合は、終末期や看取りについて、本人・家族様の希望に沿い、早い段階で話し合いの場を設け、その結果を職員へ伝達・共有し、一丸となって取り組んでいる。	重度化や終末期の対応について指針を掲げ、ホームの方針を明確にしており、ホームで最期を迎えるか(緩和)、病院に行って最期を迎えるか(医療)のどちらを望まれるかを確認し、支援に取り組んでいる。また、関係医療機関の協力も得られ、ホームではこれまでも、利用者・家族の要望に応じて、看取り介護を経験している。	
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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時や事故発生に備えて、緊急連絡網の作成や夜間急変時に備えて待機者を配置している。応急手当等のマニュアルを作成しており、いつでも見られるように設置しているが、定期的な勉強会等はない。		
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	月1回の避難訓練を行っている。夜間の火災を想定した夜間総合避難訓練は、地域住民の協力の下で行っている。また、災害時に備えて非常食や備蓄品を整えている。	実際に、夜間避難訓練を消防署立ち合いの下で実施している他、月1回はホーム独自で訓練を行う等、いざという時に適切な対応が出来るように取り組んでいる。近隣住民の協力が得られる体制を構築し、訓練時には車いす操作の説明や非常階段からの誘導等も一緒に行っている。また、食料・水・暖房器具等を用意し、定期的にチェックしている。	
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	個々の誇りやプライバシーを損ねないように対応や声掛けを心掛けているが、時折、声が大きくなったり、命令口調になってしまう事がある。その際は、職員がお互いに注意し合っている。	利用者の尊厳を守り、声掛けや対応について、職員間で気付いた時は注意し合っている。本人が希望する呼び方を確認したり、時と場合によって変えてみる等、柔軟に対応している。また、個人記録等は事務室棚に適切に保管している。	
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	日常会話の中から、本人の思いや希望を汲み取るようにしている。また、各活動や行動について等、選択肢を用意し、自己決定していただけるよう働きかけている。		
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	一人ひとりのペースに合わせた支援を心掛けているが、勤務体制や利用者様の状況により、希望に沿えない事が多々ある。		

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
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	身だしなみは個々に行っていただいた後で、自尊心や羞恥心に配慮し、不十分な所を手直しをしている。		
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	個々の力量に合わせ、調理や片付けに参加出来るよう支援している。一緒に作業をする事で会話が弾み、楽しい時間となっている。また、利用者様の嗜好品を取り入れるよう、献立を作る段階から一緒に考えるようにしていきたい。	利用者の好み・希望・体調に配慮し、季節の物を取り入れた献立を立てている。利用者は出来る範囲で調理の準備や配膳、後片付け等と一緒にっており、職員は必要に応じて食事介助を行い、利用者が食事時間を楽しめるように支援している。	
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	個々の病状や栄養状態等を、栄養指導時や医師の往診時に報告・相談し、指示をいただき、一人ひとりの力量に合わせて食事体系を変え、必要量を摂取出来るように努めている。		
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、口腔ケアの声掛けをし、衛生が保たれるよう支援している。一人で出来ない方には、手順を説明して一緒に行い、衛生的に過ごせるよう支援している。		
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向けた支援を行っている	認知症の進行により、自力でトイレに行けない方は、定時誘導し、排泄の失敗やおむつの使用を減らすように支援している。不必要なおむつの使用をなくし、布パンツの着用を努めている。	排泄パターンを把握し、トイレ排泄を大事にして事前誘導を行う等、自立支援に取り組み、布パンツの利用者が多い。紙オムツ類の使用については、状態に合わせて見直し、検討をしている。また、居室近くにトイレがある造りのため、利用しやすく、排泄時にはさりげなく速やかに対応している。	
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	食事は野菜を多目に、ヨーグルトや果物を1日1回は提供するように献立に取り入れている。野菜嫌いの方には、野菜ジュースを提供している。また、嗜好品として毎朝やクルトを飲まれている方が多い。		
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、個々に応じた支援をしている	2～3日に1回以上の入浴を行っている。あくまでも、押しつけにならないように本人の了承を得ている。希望により、利用者様同士と一緒に入浴する事もある。	利用者は2～3日に1回を目安に入浴しているものの、ほぼ毎日入浴の用意がされており、入浴拒否や失禁時の対応が可能である。また、声掛けや誘導を工夫しながら、利用者の希望を取り入れた入浴支援を行っている。	

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
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	基本的に本人の意思に任せている。一人で行動出来ない方は、その時々仕草や表情を確認し、声を掛け、休息・就寝を支援している。就寝後は、1時間毎に巡視し、睡眠状態を確認・把握している。		
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	大まかには把握しているが、全部を理解する事は出来ていない。服薬表を個々のファイルへ綴り、必要に応じてすぐに確認出来るようにしている。変更時は、申し送りノートに記入し、状態変化を確認している。		
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	個々の得意な事を活かして、余暇活動を提供している。個々の力量に合わせた食事作りや片付け、掃除・洗濯物畳み等の役割を持って行っており、できる喜びや達成感が得られるよう支援している。		
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	希望に沿ってドライブや散歩に出掛けられるよう支援している。また、普段は行けないような場所でも、希望があれば日程を調整し、なるべく希望に応えられるよう、必要に応じて家族の協力も得ながら支援している。	天気の良い日はホーム周辺の散歩や買い物に出掛ける等、なるべく外に出る機会を確保している。利用者の希望を取り入れたドライブや、花見やお祭り等の季節の行事等、利用者が楽しめるような外出支援を行っている。また、家族にも参加を呼びかけ、協力を得ている。	
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	認知症に伴い、ホーム金庫で保管している方がほとんどであるが、小遣い程度のお金を所持されている方も数名おり、おやつ等、希望に応じて買い物をする機会がある。その際は、支払時に見守り支援をしている。		
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	現在、電話を掛けたいとの希望はあまりないが、希望があれば、気軽に掛けられるよう支援する。手紙は、頻度は少ないが希望に応じて代筆している。		

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
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	利用者様の好みや意見を重視し、テレビの音量を調節したり、カーテンの引き方を工夫している。また、季節を感じていただけるよう、四季に合った飾り付けを行い、その都度最新の写真を掲示している。	窓から自然光がたっぷり入り、明るく、温・湿度計を設置して快適な空間となるように努めている。日中はほとんどの利用者が居室から出て、ホールで過ごし、金魚や植物の世話を習慣にしたり、音楽を聴く等、思い思いに過ごされている。	
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	主に決まった場所(テーブル席)で過ごされているが、ホールには2人掛けと3人掛けのソファがあり、自由に座れるようにしている。また、気の合った方同士と一緒に作業をする場面もみられる。		
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	各居室は、馴染みのタンスやテレビ等を持ち込み、好きなように過ごせるよう環境を整えている。また、家族との写真や思い出の写真等、好みのものを飾っている。	入居前の使い慣れた物を持ってきてもらえるように働きかけており、愛用の椅子、小机、位牌、写真等が置かれている居室もある。また、行事の写真や賞状等を飾り、職員と一緒に、それぞれの状態に合った居室づくりを支援している。	
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」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	ホールには、大きなカレンダーと一目で日付が分かるように、手作りのカレンダーを設置している。居室前には、本人と一緒に作成したネームプレートを設置している。		