

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	4070001377
法人名	社会福祉法人松風会
事業所名	認知症高齢者グループホーム『みやこの愛』
所在地	福岡県京都郡みやこ町豊津1205-1
自己評価作成日	平成30年1月15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。

基本情報リンク先	http://www.kai gokensaku.jp/40/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 アーバン・マトリックス 福祉評価センター		
所在地	福岡県北九州市戸畑区境川一丁目7番6号		
訪問調査日	平成30年1月31日	評価結果確定日	平成30年3月25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)】

理念である『人生ゆっくり自分らしく』の実践を通し、利用者の笑顔と笑い声の絶えない、利用者中心の共同生活の実現を目指しています。また、認知症介護の専門性を活かし、地域に貢献する事を使命と考え、『いきいきサロン・認知症カフェ・町内清掃への参加』等を通じて積極的に地域との繋がり・理解を深め、双方向の活発な交流を目指しています。

【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)】

関係機関や町のグループホーム協議会、サポーター養成講座を受講されたボランティアの方々(ほっとサポーター)等との連携を図り、認知症カフェの主体的な運営を目指す等、地域密着型サービスとしての役割に引き合いながら、地域拠点としての活動展開も広がりを見せている。また、周辺地域の在宅医療及び介護連携の強化に向けた活動に参加する等、多職種相互連携に向けた取り組みも始まっている。主治医との連携により在宅復帰を検討した事例や、夜間の入浴も検討されており、「人生ゆっくり自分らしく」と掲げる理念の実践に努めている。

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	
58	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:25,26,27)	○	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	65	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:9,10,21)	○	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
59	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:20,40)	○	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	66	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:2,22)	○	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
60	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:40)	○	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	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広がったり深まり、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
61	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:38,39)	○	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
62	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:51)	○	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	69	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
63	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:32,33)	○	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	70	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
64	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:30)	○	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	申し送り、朝礼時「人生ゆっくり自分らしく」を確認している。	利用者の方々と共に唱和を行うために、読みやすく示された理念を掲示している。理念のもとに3項目の基本方針を示し、介護計画作成やカンファレンス時の基本としながら、実践に結び付けるよう取り組んでいる。	
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	回覧板の受け渡しを通して地域情報を共有し、定期的に行われる交流会・清掃・ゴミ分別活動、いきいきサロン・オレンジカフェへ積極的、日常的に交流している。	町内会に加入し、総会や寄り合い、清掃活動やいきいきサロンに参加している。また案内を頂き個別の住所地のいきいきサロンに参加する機会もある。高齢化率の高い地域において、行政との連携による認知症カフェの開催やサポーター養成講座の開催、ボランティア組織「ほっとサポーター」の方々との連携を図りながら、地域づくりへの参画が始まっている。	
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	認知症オレンジカフェ・いきいきサロンに、月一度参加、地域のホットサポーター・住人と交流を図っている。又ホットサポーターを施設に受け入れている。		
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	率直な意見交換を心掛け忌憚のない話し合いでサービス向上が出来ている。	多くの家族に広く案内し開催される運営推進会議は、利用者、家族、区長、民生委員、行政担当者等の出席を得て開催されている。状況報告や地域情報の共有をもとに、災害対策等について意見交換を行いアドバイスを得ている。	
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	月初の入居者情報提供、運営推進会議の報告、オレンジカフェ・ラン友等の参加にグループホーム協議会として取り組んでいる。	地域包括支援センター職員の参加を得ている、みやこ町グループホーム協議会の活動にて、認知症カフェやサポーター養成講座、RUN伴等の取り組みを通じて、行政等との協力関係づくりに取り組んでいる。	
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	現実的には、玄関施錠が必要な時には実施しているが、直接・間接を問わず拘束・抑制の廃止に向けた利用者とのかかわりを重点目標として取り組んでいる。	禁止の対象となる具体的な行為の理解に努め、止むを得ず身体拘束の必要性について検討に上がった際も、見守りを重点的に行うことで、身体拘束をしないケアに取り組んだ経緯がある。状況に応じて、玄関は施錠されることがある。	身体拘束に関する研修を継続的に実施することや、認知症ケアに関わるアセスメントの充実を日常の関わりに活かしながら、個別のより良いケアの検討を実践に結び付けていくことが期待されます。
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	認知症高齢者の権利擁護を基本とした考えを、施設長・管理者各職員が結果としておのおのOJT方式で日々問題と向き合っている。		

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
8	(6)	○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	権利擁護に関する研修等の参加に努めている。	現在、成年後見制度や日常生活自立支援事業を活用している方はいないが、資料を準備を行い、必要時には情報提供が行えるようにしている。また、地域包括支援センターや社会福祉協議会との連携を図り、必要性を検討した事例がある。	成年後見制度や日常生活自立支援事業に関する定期的な研修機会の確保が期待されます。
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	重要説明事項・利用契約書は双方書類により確認、納得を基本に対応している。		
10	(7)	○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	運営推進会議・面会・オレンジカフェ参加等を声掛けし、忌憚のない意見・質問ができる信頼関係を築くべく都度報告、意見交換している。又、苦情箱を設置している。	2ヶ月に1回、運営推進会議に合わせ、家族参加型行事を開催していた経緯があるが、感染予防の観点から現在は実施されていない。運営推進会議を広く案内する等、意見表出の機会確保に配慮しており、リハビリの要望等、以前より意見を頂く事も多くなったと感じている。	
11	(8)	○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	提案・意見については、都度取り上げ申し送り・朝礼時に全員に周知徹底し意見をまとめ具体的に検討結果を周知している。	朝礼時や申し送り時、また日常的にも、職員意見や提案の収集に努めている。全職員の意見を集約し、業務改善等に取り組んでいる。	
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	勤務につて、希望を募りできる限り添うように全職員に協力を仰ぎ意思疎通を図っている。又様々な研修さんかについて掲示・申し送りで参加希望を募っている。		
13	(9)	○人権の尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また事業所で働く職員についても、その能力を發揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している	性別・年齢・経歴で排除することなく、健康であれば誰でも働けるようにしている。	職員の採用にあたり、年齢や性別等による排除は行わないようにしている。資格取得や研修参加に向けた勤務調整等のサポートを行っているが、取り組む職員は少ない。業務改善に向けて、意見のいいやすい職場環境づくりに努めている。	
14	(10)	○人権教育・啓発活動 法人代表者及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる	十分に意思表示できない認知症高齢者の声なき声をくみ取るように常に職員一同心掛けしている。	社会的な課題や新聞等の報道にあわせて、タイムリーな話題をもとに、朝礼時や申し送り時、事例を掲示する等の取り組みを通じて、人権教育に努めている。	

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
15		○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	パーソン・センタード・ケアを柱にOJT・OFFJT方式で進めている。外部研修では、認知症介護実践者研修受講を推進している。		
16		○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	行橋京都医療・介護連携推進事業に取り組様ざまな研修に参加サービスの向上に努めている。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
17		○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	本人・家族・各関連機関からの情報を基に生活歴の把握に努め、そこにある生活の障害を確認し対応している。		
18		○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	本人の生活歴を、本人・家族の回想を基に確認する。様々な人生のエピソードを整理し具体的な提案に繋げている。		
19		○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	医療・介護での連携の下積極的今ある必要な支援を見極める本人・家族との話し合いで見極め対応するよう努めている。		
20		○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	共同生活者の位置づけで必要現最小の介助に努めている。		
21		○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	面会時の対話に積極的に取り組んでいる。		
22	(11)	○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	いきいきサロン・オレンジカフェ・敬老会等積極的に参加し、施設への訪問にも取り組んでいる。	以前住んでいた場所のいきいきサロンや親戚行事への参加、町の敬老会参加時には旧交を温めたりと、馴染みの関係継続に向けた支援に努めている。現在、お孫さんの結婚式参加に向けた検討を行っている。	

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
23		○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	ホールで一緒に過ごす時間を大切に、会話・歌 う等の楽しみが増すよう努めている。		
24		○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	何でも相談できる関係の維持に努めている。		
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					
25	(12)	○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	利用者の言葉・家族からの情報を基に共同生活 から得た本人の生活情報を加味し生活歴を積み 増し本人の希望・意向の把握に努めている。	日常の関わりの中で、言葉や表情、仕草等から 推し測り、思いや意向の把握に努めている。家族 の情報も得ながら、本人本位の検討に努めてい る。	これまでの暮らしに関する情報が少 なく、アセスメント情報の充実が期待 されます。
26		○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	利用者の言葉・家族からの情報を基に共同生活 から得た本人の生活情報を加味し生活歴を積み 増し本人の希望・意向の把握に努めている。		
27		○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	利用者の言葉・家族からの情報を基に共同生活 から得た本人の生活情報を加味し生活歴を積み 増し本人の希望・意向の把握に努めている。		
28	(13)	○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	モニタリング・アセスメントの循環で本人変化課題 を精査している。面会時等家族との話し合いが出 来る時を利用して意向を確認し、スタッフとは情 報を共有し介護アイデアを現実化した計画に 反映している。	定期的なモニタリング・カンファレンスを通じて、現 状に即した介護計画の作成に努めている。計画 に基づいた実践状況を意識した記録に努め、書 式の合理化に取り組んでいる。本人本位の計画 作成が期待される。	
29		○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	日・夜間帯のチームケアによる心身の状態変化 を共有し、利用者本人の希望に即した介護実践 に活かしている。		

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
30		○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	医療・介護連携推進している。居宅主治医を中心に歯科・かかりつけ薬局・訪看・栄養士等と連携を図り救急搬送・入院の防止、デイケアの利用等推進している。オレンジカフェに積極的に参加している。		
31		○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	食材については、地産地消を実施している。調理補助、リネン等積極的に参加している。		
32	(14)	○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	居宅主治医は本人・家族の意向に沿っている。受診可能な利用者は介護度に関わらず受診、困難な利用者は定期的居宅診療。必要に応じ主治医の特別指示で訪問看護により治療する。急変時には、主治医の紹介で病院受診する体制を構築している。	これまでのかかりつけ医を継続できるよう支援し、職員が同行し日常の様子を主治医に伝えている。医療・看護・介護の連携を広げ、日々の気づきを共有しながら、暮らしの継続に向けて適切な医療を受けられるよう支援している。	
33		○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	医療連携、訪問看護師の週1回健康チェック時の情報提供・相談、特に気になるときには、訪問看護師へ状況把握を依頼し直接居宅主治医に相談する体制が出来ている。		
34		○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。	病院のMSWとの連携を強化している。又必ず居宅主治医の紹介の入院であるため、退院時施設療養が必要な場合、病院主治医・居宅主治医・訪問看護の連携のもと進め入院期間の短縮に努めている。		
35	(15)	○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、事業所の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	末期がん等終末に明確な根拠が発生すれば具体的な家族・居宅主治医との情報共有と話し合いで方針を決め対応している。	入居時に、重度化した場合や終末期のあり方について事業所としての方針を説明し、事前確認書を作成している。行橋・みやこ在宅医療・介護連携推進会議の研修等に参加しながら、チームケアの質を高める取り組みに努めている。	
36		○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	定期的に出てくる。又実際の急変時の対応にも訓練が役立っている。		

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
37	(16)	○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	自動火災通報装置・スプリンクラー設備、職員体制は24時間緊急通報体制の下、対応している。水害は、比較的標高が高い為施設内避難。又、消防署・地区役員等の協力体制が出来ている。	年2回、夜間帯を想定し避難訓練を実施している。また、地域役員の参加実績もある。現在、自然災害を想定した防災マニュアルを作成中である。	風水害や地震を想定した災害対策についても、今後の取り組みが期待されます。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
38	(17)	○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	対応している。	排泄ケアや入浴時の対応、居室ドアの開閉時等、プライバシー確保や羞恥心への配慮に努めている。	
39		○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	持てる力を生かした役割を有実感を感じれる個人の特性の把握に努め家事、野菜・花造り等提供出来る環境整備をしている。又、編み物・書道といった趣向を希望した場合添うよう努めている。		
40		○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	個人の体調に合わせて起床・食事・入浴余暇の過ごし方等本人の意思表示に心掛ける。		
41		○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	外出・行事・家族面会時等揃えられたものを季節や気候に合わせて利用者本人と選ぶよう努め、望めば化粧ができるように努めている。		
42	(18)	○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	利用者本人の体調等の状態によりメニューを工夫し特別メニューに変更できるよう柔軟に対応するよう努めている。	農協やスーパーへ買い物に出かけ、事業所にて手作り料理を提供している。買い物や包丁を用いた調理、後片付け等に個別の参加がある。個別のペースにあわせてゆっくりとした食事風景がある。	
43		○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	医師・栄養士の助言を基に必要があれば、減塩やカロリー、食形態等出来得る対応をしている。又、個々の趣向も大切にしている。		

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
44		○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	定期的な訪問歯科医師・歯科衛生士(週1回)の助言・指導を受け個々の状態に合わせた口腔ケアを毎食後に実施している。		
45	(19)	○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	定時の排泄誘導、利用者の表情・所作で適時排泄誘導している。又排泄間隔等はチェック表で職員間共有して自立に向けた支援に努めている。	個別の排泄状況の把握に努め、トイレでの排泄を基本として、パターンや間隔、サインに応じた支援に努めている。カンファレンス等にて検討を重ね、排泄の自立に向けた支援に努めている。	
46		○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	水分の摂取・運動、食事は繊維質のメニューを考慮する等している。又、乳酸菌食品をおやつで提供すよう努めている。又医師の処方の下適時適量の下剤の内服介助して。		
47	(20)	○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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者のリクエストに応えるよう努めている。	毎日入浴を準備し、週に2、3回は入浴できるよう支援している。希望があれば、毎日の入浴も可能である。現在、夜間の入浴支援の可能性について検討を行っている。	
48		○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	居室で一人で眠れない心持の時には、ホールにソファ、ソファベット、畳で眠れるよう適時支援している。又休息・昼寝等も同様に対応している。		
49		○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	薬品情報・病歴が分かるようにしている。内服薬変更時は、申し送りしている。急変時の頓服薬内服については、処方医師に確認し内服介助しており利用者の体調の変化に注意している。		
50		○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	生活歴の作成には力を入れている。アセスメント時に新たな情報を追加してより実態に沿ったものになっている。		

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
51	(21)	○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	法事・買い物・年末年始の帰宅等家族と相談し実現に向けて努めている。又他地区のいきいきサロン・オレンジカフェ参加には全員参加を目指している。	家族との連携を図りながら、冠婚葬祭や住んでいた場所のいきいきサロンへの参加や自宅にて過ごす機会を支援している。また、認知症カフェへの参加に向けて積極的に取り組んでいる。	
52		○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	本人管理の事例がない。		
53		○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	電話は都度対応している。本人宛に来た手紙は識字能力に関係なく本人に渡すことにしている。返信の希望があればはがき等準備している。		
54	(22)	○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	気を配っている。又、ウッドデッキを広げ自然を感じれる空間を増設した。	リビングからウッドデッキへとつながる開放的な共用空間は、調理の様子が伝わる家庭的な居場所となっている。家庭菜園や周囲では多種の筍も収穫が可能であり、豊かな自然環境の中にある。	
55		○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	自席に名札を貼り理解できるようにしている。ソファ・ソファベット等本人が過ごしたい場所で過ごせるよう配慮すように努めている。		
56	(23)	○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	慣れ親しんだ家具・寝具・食事道具を準備して頂くように家族に相談している。配置は、自宅居室と同じように配置するよう努めている。	洗面台やクローゼットが設置された居室には、家具や仏壇、家族の写真等が持ち込まれ、動線にも配慮しながら、居心地良く、安心して過ごせるよう配慮されている。	
57		○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	居室の入り口に特徴を持たせるよう努めている。		