

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	1271000232		
法人名	株式会社 ケアサービス・まきの実		
事業所名	グループホーム神明町ガーデン		
所在地	千葉県館山市北条1173-6		
自己評価作成日	平成29年1月28日	評価結果市町村受理日	平成29年4月10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.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人ACOPA		
所在地	我孫子市本町3-7-10		
訪問調査日	平成29年2月14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)】

・生活歴を重視し趣味や楽しみの継続ができるように関わり、一人ひとりの能力に合った自立支援を行っている。

・季節ごとの食材を使った毎日の食事や、行事食では五感で感じられるように工夫をしている。誕生会では本人の好きな料理を提供し喜んで頂けるようにしている。

・介護度が重度化した、安心して生活を送れるように2週間毎の主治医の訪問診察を受けている。

・安全な経口摂取を継続できるようにSTの指導の下、嚥下能力に応じた幅広い食事形態で対応している。

・ADLの低下防止や、退院後のADLの向上を図るために作業療法士の指導の下、生活リハビリに取り組んでいる。

【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)】

房総特有の榎の大木や生垣に囲まれ、市役所にも近い旧市街の落ち着いた環境にある、1ユニットの家庭的なホームである。開設は法人では2番目に古く、平均年齢が90歳、平均介護度4と高齢化が進んでいるが、入居者とは家族のような関係が出来ている。経験豊かなホーム長及び職員が一人ひとりの思いや要望をしっかりと受け止めて支援しており、母体法人の認知症専門医及び訪問看護師などの充実した医療支援もあって、アンケートでは高い評価を得ている。介護医療記録システム導入当初は、端末機器の操作を敬遠気味であった職員も、現在は完全に使いこなす介護情報の共有に欠かせない存在となっている。

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
59	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: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

〔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	事業所玄関に理念を掲示し意識付けをする と共にケアプランに反映させている。	法人経営理念・信条・年間目標に沿って28 年度ホーム理念「入居者様のペースにあわ せてその人らしく生活できるグループホー ム」を制定している。ホーム会議、申し送り時 にその実践状況を確認し、徹底している。		
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	町内の朝顔展、盆踊り大会、地区コミュニ ティ運動会などには利用者も参加し地域の 方と関わりを持っている。	ホームは古くからの住宅地に囲まれ、散歩 の際には挨拶し、花を頂くこともある。町内会 に加入して、地域の各種行事に参加し交流 するとともに、公民館でホーム長が認知症に ついての講演会を行うなどして、地域との良 好な関係を築いている。		
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	地区青年館に於いて地域の方に向けて「認 知症の理解・地域での見守り」を開催した。			
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	2か月ごとに開催し自事業所より現況報告 や行事報告、最新情報の収集、意見交換を している。食堂で開催する事により普段の 暮らし振りを見てもらっている。	年6回市高齢者福祉課・地域包括支援セン ター・福祉美容ボランティア・利用者等の参 加を得て開催した。福祉、地域、防災情報等 を話し合い、食堂を利用した会議で利用者 の参加もあり参加者の認知症への理解も深 めている。	町内会役員には参加はお願いして るが、仕事等の関係で参加いただい てない。時には地域の多くの方が参加 可能な日程での開催も検討願いた 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	2か月ごとに開催の運営推進会議に出席し て頂いている。	市役所への諸手続き、交渉は、法人本部が 担当しているが、運営推進会議には毎回市 高齢者支援課の参加もあり、いろいろな情報 交換や相談をしている。		
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	利用者のケアを通し日常的に指導をして いる。家族には拘束をしないリスクも説明を し、玄関や非常口の施錠は夜勤帯のみと し、ベッド柵は体動のない方には禁止とし ている。	身体拘束排除の方針で、ホーム会議の時に 研修会も実施している。重要事項説明書を 利用者家族へ説明し理解を得ているが、該 当する拘束事例はない。離設の傾向のある 方は一緒について行くなどして見守って 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	年間行事計画で高齢者虐待防止関連法の 研修を行っている。入浴や更衣時に皮膚観 察を行い防止に努めている。			

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
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	年間行事計画の中で権利擁護に関する研修を行っている。		
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	入居時には利用者、家族の思いを受け止め重要事項説明書や外部評価報告書を用いて説明している。解約、改定等の説明には文書と口頭で説明をして理解、納得を頂いている。		
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	苦情相談窓口を設けているが意見を頂戴した事はなかった。面会時に記入の面会カードに意見、希望を記入できるようにした。浄化槽の臭いへの苦情があり、点検を行った。	遠方地の家族もいて、訪問回数にバラツキがある。中にはメールのやり取りの方もいる。面会時にカード記入していただくが、意見は少なく、お知らせ「笑顔」に顔写真をのせ送付したり、来所時や電話で聞いている。	
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	毎月の定例ミーティングで議題を職員から自発的に提案している。本部より職員に直接アンケートを行い意見表出の機会がある。	ホーム長は定例ミーティングを開催すると共に、日頃から職員の意見を聞いている。職員が直接本部へ回答するアンケートも実施されている。	
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	職員には直接環境改善アンケートが行われ意見を反映させている。人事考課面接を行い労働環境に対する意見、希望など把握できている。		
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	法人内で勉強会があるが開催時間は出席しやすいように2つの時間帯に行い出勤後でも参加できるようにしている。		
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	ケアマネスキルアップ研修などの年間を通して参加をしネットワーク作りやサービス向上に繋がるようにスキルアップを狙っている。		

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
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	入居前の自宅訪問、面接を行い情報収集に努め傾聴を重ね信頼関係の構築を図っている。		
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	面接を通し、不安、要望などには傾聴を重ね信頼関係の構築に努めている。		
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	アセスメントをしケアプランで取り組んでいる。		
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	職員、利用者間では上下関係はなく、不安軽減を図り、できないことを支援し、家事作業などできることを見つけ活躍してもらっている。		
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	面会時には情報共有できるように様子を伝えている。家族の面会や外出等は優先して支援している。家族会や運営推進会議への出席依頼などを行っている。		
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	友人、知人の面会には可能な限り対応できるよう事前連絡を頂くなどしている。馴染みの祭礼には見学をし関係の継続を図っている。	初めての来訪の友人・知人の面会は家族の了解を得て対応している。馴染みの美容室や床屋へ行く支援をしたり、昔からの祭り「やわたんまち」は、山車がホームの前に止まり、見学や写真撮影をするなどし、皆が楽しみにしている。	
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	難聴の方は会話のしやすい席に、共通話題のある方は近くの席にと工夫をしている。話題提供をし利用者間のコミュニケーションを図っている。		

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
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	季節の挨拶状の交換をしている。相談事には真摯に対応している。		
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	生活歴や日頃の会話の中から思いの把握ができるようにコミュニケーションをとっている。理美容の予約や買い物など希望に沿うように努めている。言葉での表出が難しい方には表情や仕草より観察している。	生活歴を重視し、日常生活の中では一人ひとりと目線を合わせ、手を握るなどしながら耳を傾け思いや希望の把握に努めている。把握した内容はフェースシートに記述し、職員間で共有している。	
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	サービス利用開始時に自宅訪問をして住環境の確認をしている。家族や居宅ケアマネからの情報収集に努めている。		
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	定期的なアセスメントや状態変化があった際のアセスメントを行いフェースシートの更新やケアプランの更新を行い事業所内で共有している。		
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	家族、主治医、看護師、介護職員を含めての担当者会議で方針の確認をしている。居室担当職員がモニタリングを行いADL、健康状態に変化のあった際にはケアプランを立て替えている。	モニタリングは短期目標に合わせて行うが、更新時や体調変化時はその都度実施している。必要に応じ本人・家族、介護支援専門員を始め関係者と担当者会議で話し合い、その人らしい生活ができる内容を盛り込んだ介護計画を作成している。	
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	ケアプランに沿ったケアを提供。提供内容を記録し職員間で情報共有している。ケアの内容は状態に応じて見直しをしてケアプランの変更などを行っている。		
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	体調変化などによる突発的な受診時の同行や介護タクシーの予約、受診後の家族連絡、入退院時の日程調整等利用者や家族が不利益とならないように多機能に柔軟に支援をしている。		

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
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	地域のオムツ支給事業の受給支援や地域での買い物、通い慣れた美容院や床屋の利用支援、地域行事への参加支援を行っている。		
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	入居時に訪問診察の説明をし主治医の変更のお願いをしている。入居後は主治医と看護師が2週間の間隔で訪問がある。歯科も訪問歯科を利用し緊急時や定期的な診察を受けている。	母体法人の認知症専門医と看護師の来診が月2回ある。訪問歯科は月1回であるが要請に応じて随時対応する。訪問リハビリの来診もある。状態急変時や他科への受診は家族と連携して職員が柔軟かつ迅速に対応しており、家族の安心に繋がっている。	
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	24hを通しグループ内の担当看護師に連絡が取れる体制となっており、直接、必要な指示を仰ぐ事ができる。		
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。	入院時の情報提供書を提出、カンファレンスへの同席をしたり受診時には同行し情報収集や関係の構築を図っている。又、入院による認知症高齢者のリスクを理解して頂けるように働きかけている。		
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	入居時に看取り介護の説明をし同意書に署名をもらっている。家族会で終末期ケアについての講話をお願いした事もある。利用者の状態の変化があった際には担当者が会議で方針の確認、共有をし支援をしている。	契約時に看取りについての同意書を交わしている。終末期を迎えた段階では主治医を交えて家族及び関係者と話し合う機会を持ち、方針を共有している。今年度は1名の看取りを行い、経験豊富な職員を中心にチームケアに取り組んだ。	
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	勉強会に参加をし参加者より事業所内で全職員に周知している。		
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	夜間帯想定訓練を職員を変えて行い、優先順位、手順の確認をしている。隣家の協力を得て有事には隣家に避難できるように非常通用口を接地してある。訓練内容は消防署と連絡して内容を決めている。	2ヶ月毎の自主避難訓練では、夜間火災想定で職員が順次実施し避難方法を学んでいる。消防署は近く、年2回の訓練は相談して総合訓練・火災通報装置や消火器の使用方法などの指導を受け、隣家の方にも参加して頂いた。	

自己 自己	外部 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	倫理規定にうたい、意識付けをしている。権利擁護に関しての研修を計画的に行っている。接遇委員が中心となって接遇面の教育をしている。利用者の呼び方は本人の希望に沿うように決め、耳元で声掛けしたりと随時プライバシーに配慮。	全職員は法人の倫理規定・高齢者権利擁護・接遇マナーを学び理解を深めている。訪問日、一人の利用者が水の入れ替えのつもりで、テーブルの花瓶を逆さにして水をこぼしても、そっと布巾を置き、全員で静かに見守る姿勢は支援の真心を感じられた。	
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	食事やおやつ時などに一緒に過ごし思いの表出がしやすい関係作りをしている。自己決定を支援している。		
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し、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	日々の体調、気分により起床、食事、休息、活動等の時間が違う。		
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	口紅や化粧品、衣類の購入など支援をしている。スカートを履きなれた方は少しでも長くスカートを履き続けられるように支援をしている。		
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	パン好きな利用者が多く定期的にサンドイッチの日がある。下ごしらえ、盛り付け、片づけなどに持っている力を発揮してもらっている。	季節の食材を生かした手作りの料理を提供し、食事の準備、調理、後片付けなど、できる方は職員と一緒にしている。普通食が難しい方は言語聴覚士の指導の下、嚥下能力に応じた食事形態に工夫され「口から食べる」ことを大切に支援している。	
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	水分の摂りにくい方にはゼリーやフルーツを提供したり、咽やすい方にはトロミ剤を使用、咀嚼力の低下した方には粥、軟飯、刻み食等の提供をしている。食事、水分量のチェックを毎日行い必要に応じ補食を提供している。		
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	保湿の必要な方、歯磨きセットの準備の必要な方や仕上げ磨きの必要な方、義歯脱着の介助、預かり等介助の方法は利用者毎に違う。口腔内を観察も行っている。		

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	排泄チェック表で排泄パターンに沿ってトイレ誘導している。日中と夜間の排泄アウターの切り替えを行い日中だけでもトイレでの排泄が可能となり残存機能の継続を図っている。	排泄チェックシートを活用し、各利用者の習慣などを把握し、日中はできる限りトイレでの排泄支援に努めている。夜間は安眠を大切にし無理強いせず、行ける方のみトイレ誘導している。	
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	高齢者の体の理解をした上で毎朝全員が牛乳を飲用、整腸作用のあるアロニアジュースを飲用する方もいる。又、ヨーグルトをデザートに提供したりと工夫をしている。腹部マッサージやホットパック等を施行し便秘予防、対策をとっている。		
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、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	午前浴、午後浴と希望に沿うように支援をしている。	午前・午後で一日4名、一人週2～3回ゆっくりした入浴を楽しんでいる。入浴介助は職員が交代で行い、その都度、回数や状況等を介護医療記録システムに入力し、均一かつ安全な支援に努めている。拒む方は時間、曜日、職員を替えることで入浴ができている。	
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	日々の過ごし方は一人ひとり違い体調に合わせて休息をとれるように声掛け、誘導をしている。又、定期的なリネン交換や布団干しを行うなど安眠できるように環境作りをしている。		
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	居室担当者が医師の指示や薬剤師の注意事項など理解を深め事業所内で情報共有し、服薬ミスを起こさないようにしている。毎日の定期的なバイタル測定や体調確認により症状の変化に早期に気付けるように努めている。		
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	能力に合った家事参加への支援や特定雑誌の定期購読の支援等を行っている。		
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	買い物やドライブ、散歩など希望を聞くようにしている。地域での盆踊り大会や運動会などには地域の協力を得て参加できるように支援をしている。	利用者の要望や身体状態に合わせ、天気の良い日は外気浴・近隣の散歩・買い物等へ出かけ、お花見や紅葉狩り等、季節のイベントは車で出かけている。盆踊りや運動会は地域の方々の協力があり、車椅子の方も参加して楽しんでいる。	

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
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	財布を持つことにより落ち着ける利用者には家族の理解、協力を得て所持している。財布を所持していなくても自分で欲しい物を購入する支援もしている。		
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、家族の意向を確認して電話や手紙類の交換の支援をしている。		
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	認知症を理解したうえで生活音、話し声が騒音とにならないように利用者同士の談話場所を変えている。花や壁掛けなどには季節を感じられるものを選んでいる。	共用の空間は清掃が行き届き、雛段飾り・花等、季節の装飾が施されている。廊下にはソファやテーブルを設置し、自由に過ごせる工夫をしている。広いトイレは手すりに赤いテープを巻き分かりやすくし、各利用者の衛生用品も整えている。	
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	廊下に椅子やソファを置き好きな場所で過ごせるようにしている。		
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	入居時説明で使い慣れた家具の持ち込みを依頼している。使い慣れた、見慣れた物を居室に置く事で安心感を与え落ち着いた生活が送れるように支援をしている。	使い慣れた家具や家族の写真、加湿器等を置き、安心して過ごせるよう工夫をしている。各居室には押入れが設置され、居室担当者と季節毎に衣類などの入れ替えを行ったり、室内の掃除を実施し清潔にされている。	
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」「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	トイレや風呂場の表示をしている。トイレ内の介助バーを赤テープで巻いてできる事、わかる事を支援して一人一人の力を発揮できる支援をしている。		