

# 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	0491400016		
法人名	社会福祉法人 矢本愛育会		
事業所名	認知症高齢者グループホーム あさぎり		
所在地	宮城県東松島市赤井字川前四311-1		
自己評価作成日	平成31年1月20日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	平成31年2月27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)】

・地域との関わりを大切にして、利用者が地域の資源を活用し、喜びを持って暮らしていけるように力を注いでいる。地域の高齢者対象のサロン活動やお花見や菊見会、新年会等に参加して、互いに顔見知りになっている。近くの保育所の子供達とは毎年交流を行っていて、世代を超えた関わりができてい

・ご家族との絆を大切にして、来訪しやすい雰囲気作りを心掛けている。また、開所当初から家族会があり、季節ごとの行事への参加の他、ホームの清掃等の奉仕活動へご協力いただいている。

・利用者のケアについては、ご本人の状態に応じたケアを実施するとともに、利用者各々が持てる力を発揮してもらえるような支援に取り組んでいる。

## 【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)】

社会福祉法人矢本愛育会は1969年(昭和44)4月無認可施設共生園として発足し、「グループホームあさぎり」を2006年(平成18)4月共生型グループホーム(認知症高齢者9人・知的障がい者6人)として開設した。石巻鹿島台大衝線沿いで定川が南側に位置する田園地帯にある。災害時の避難先は同法人の特養「華の園」である。事業所理念は職員が作成し「喜びと笑顔のためにできること～だれもが地域で共に生きる～」である。職員は「知的障害者グループホームあさぎり」の職員も兼ねており、理念を常に意識して支援している。地域交流を図るため、2つの地区の「いきいきサロン」に参加している。家族会を開催し意見・要望を聞く機会を設けている。年度末には活動の様子を映像で紹介しており、利用者・家族・職員が一年を振り返っている。情報紙「あさぎり便り」を職員が交替で定期的を作成し、それぞれの視点でまとめられ喜ばれている。

## 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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と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、生き活きと働いている (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 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)	<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（事業所名 GHあさぎり ）「ユニット名 」

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	スタッフで話し合って作り上げた事業所独自の理念がある。随時ミーティング等で理念を確認し合っている。事務所や食堂などに理念を掲示している。	職員で作った地域密着型サービスのあさぎりの理念「喜びと笑顔のためにできること～だれもが地域で共に生きる～」を掲げ、ミーティングで確認し介護支援に繋げている。	
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人として日常的に交流している	町内会に加入していて、地域のごみ当番を行ったり、回覧板を回してもらったりしている。地区で行われる高齢者いきいきサロンへの参加や、近隣の保育所との交流を日常的に行っている。	理念に基づき、地域住民と交流を深めている。町内会に加入し、2つの地区の「高齢者いきいきサロン」に定期的に参加している。近隣の保育所との交流もあり、運動会では応援しに出かけている。	
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	地域の高齢者を招待しての交流会の場では、認知症の方への関わりや生活の様子を知ってもらう機会としている。また、市の認知症地域支援員として職員を登録し、相談支援窓口としての役割をになっている。		
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	2ヶ月ごとに運営推進会議を開催し、利用者の状況やホームの活動を報告するとともに、地域の情報をもらったり、互いの意見交換を行ったりしている。	年6回、2つの地区の自治会役員・民生委員・市職員が参加し開催している。利用者の状況・行事活動・防火訓練について報告し、意見交換している。年度末の報告の際に映像を取り入れたところ、わかりやすいと好評だった。	
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	運営推進会議には必ず市の職員に参加してもらい、情報交換を行っている。また、定期的に関催される認知症地域支援推進員同士の意見交換会の場合には、市の職員の出席があり、協力関係が築けている。	市が配置している認知症地域支援推進員18人の1人として、認知症の人やその家族を支援する相談業務を担っている。推進員の定期的な意見交換会があり参加している。当ホームも認知症支援の窓口となっており、のびりを立て地域に知らせている。	
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	利用者が自由に出入りできる環境であり、日中の施錠は行っていない。身体拘束についての勉強会を定期的に行っている。また、今年度より身体拘束等適正化委員会を発足し、検討が必要なケースについて毎月協議している。	身体拘束をしないケアについて研修を実施している。今年度から身体拘束等適正化委員会を発足して、毎月ケース検討する機会としている。夜間の施錠は夜8時ごろから朝6時までである。	
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	ミーティング等で関連法について学習する機会を持ち、虐待が見逃されることがないように注意を払い、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	ミーティング等で成年後見制度について学習する機会を持ち、権利擁護への知識を深めるよう努力している。		
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	入居時の契約の際には、利用者、家族に十分な説明を行い、納得の上で同意を得て契約締結に努めている。		
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	家族の面会時や定期的に開催する家族会行事等を通して、意見や要望を伺う機会を設けている。要望が聞かれた場合はミーティングで取り上げ、ホームの運営に反映させるよう心掛けている。	年5回、家族会を開催し意見・要望を聞く機会にしている。職員の交代などが話題に上がっている。年度末には映像による振り返りの活動報告を行った。家族の面会時にも意見を聞き、出された意見はミーティングなどで検討し運営に生かしている。	
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	職員会議や申し送り等で職員から意見等を聞く機会を設け、改善が必要な場合は十分な話し合いを行える環境を作っている。	定例のミーティングのほか、随時意見・要望を聞く機会を設け、運営やケア向上に反映している。勤務時間帯について提案が出され、検討しながら実現に繋げている。	
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	職員が向上心を持って業務に取り組めるように助言を行ったり、職場環境を整備することに努めている。また、年1回、人事考課を行い、職務実績の評価などを行っている。		
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	外部の研修は研修計画を作り、経験や能力に合わせた研修への参加に努め、各々のスキルアップに努めている。		
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	各種研修へ参加し、同業者との交流の機会を作っている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前に実態調査を実施し、本人の状態を把握するとともに、本人の話をよく聞き、その時必要としていることを見極めて入居の準備をし、安心して入居してもらえるよう努めている。		
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	入居申し込み時や契約時にはホームの様子や運営方針を伝えている。また、入居時には家族の要望について確認し、それに沿ったサービス提供を実施するように努めている。		
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	申し込みの際には、本人の状況の聞き取りを行い、必要に応じて他のサービスや事業所を紹介するように努めている。		
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	一人ひとりの能力に応じて役割活動を考えて行ってもらうことで、利用者が一方的な介助の受け手ではなく、主体的に生活できるように努めている。		
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	本人の状況については随時、家族に報告するとともに、支援の在り方について家族と共に考えるように努めている。		
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	家族との関係が継続されるように家族会を設置し、定期的に行事を行い参加してもらっている。また、地域の活動への参加を通して、顔なじみの方との交流の機会が持てるよう支援している。	2地区の「高齢者いきいきサロン」に参加しており、馴染みの関係が築けるよう支援している。地元の友人や親せきが来訪しやすいように配慮し、関係が途切れないよう努めている。家族会を開催し、家族が来訪するきっかけを作りをしている。	
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	利用者の個性や性格を把握して、食堂の席の配置を考えたり、その他の場面でも利用者同士の関係を職員が仲介したりして、利用者同士が良い関係を保てるように支援している。		

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
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	入院や施設替えになっても、スタッフが面会に行ったりしながら、励ましの声掛け等を行うように努めている。		
<b>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</b>					
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	本人や家族から暮らしの希望を伺い、その希望に沿えるような支援を心掛けている。	職員は日常的に、利用者とのコミュニケーションの中から、一人ひとりの希望の把握に努めている。入居前の生活歴から職業や趣味なども把握し、支援に活かし趣味の継続など取り組めるようにしている。事業所での野菜作りは、農家だった利用者の喜びに繋がっている。	
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	本人や家族への聞き取り等において、本人を取り巻く様々な事柄を把握するように努め、サービス提供に役立てるようにしている。		
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	日々の様子を生活記録に記録し、情報を共有している。また、月に一回のケース会議で個々人の状態を確認し合っている。		
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	介護計画を見直す際には、本人、家族の希望を確認した上で、スタッフ間で協議をして、内容を検討している。3か月に1回、家族、本人より介護計画の同意を得ている。	介護計画は基本3ヶ月ごとに見直し、また状態の変化に応じ随時見直している。計画の見直しには、家族や職員から意見を聞き、検討し反映させている。作成した介護計画は、家族に説明し同意を得ている。	
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	個別の利用者ごとに、本人の生活の様子、サービスの実施状況等を記録している。その内容については各スタッフ間で共有して、実践の振り返りに役立てている。		
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	本人や家族の支援の希望に対して、柔軟に対応できる体制作りと実践に努めている。		

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
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	地域の老人会の活動への参加や、近くの理容店の利用など、地域の資源を活用している。		
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	本人、家族の納得を得た上でかかりつけ医を決めている。通院は本人、家族の希望に応じてスタッフが付添い、介助している。定期の通院や医師の往診の際は、本人の状況を適宜報告している。	入居時に家族に確認し、かかりつけ医を決めている。往診医がかかりつけ医の場合、訪問診療を受診している。また、通院は職員が同行している。看護職員が勤務しており、医療連携体制構築の要として役割を担っている。	
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	看護職員が勤務している。利用者の健康状態については介護職員、看護職員間で情報を伝達し合い、状況に合わせて対応を決めるようにしている。		
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、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。	入院時にはホームでの生活の状況の詳細を病院関係者に伝えている。入院中の見舞い等を行うように心がけ、本人の入院による心理的ダメージを少なくするよう支援している。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	心身の変化に応じて、ご本人の状態を、随時家族に連絡し、その都度、その対応について報告し、確認を取っている。終末期の対応について、ご家族、かかりつけ医と協議しながら、支援の方針を決定している。	入居時に看取り指針について説明し、看取り支援を行っている。状態が変化し重度化した場合、家族、かかりつけ医と話し合い今後の対応について決め、終末期には家族に看取り介護について説明し、同意を得ている。	
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	緊急時に備え利用者の状況一覧表を作成し、初期対応での戸惑いを無くすよう対応している。また、職員は救急救命講習を随時受講し、実践力を身につけるように努めている。		
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	非常災害時対応マニュアルを整備している。定期的に災害時の避難訓練を実施し、訓練には地域住民に参加を呼び掛けている。非常食や備品を常備している。	非常災害時対応マニュアルを詳細に定め作成している。東日本大震災の時は定川が氾濫したことから、氾濫に備え避難場所は同法人の特養「華の園」とした。定期的に避難訓練を実施し、近隣住民に参加を呼びかけている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	個人の人格と尊厳を損ねないようミーティング等で確認し合い、自尊心を損ねないような言葉かけや対応をしている。	基本理念「一人ひとりが持つ潜在能力を高め、この尊厳を守り、それぞれの個性を大切にしたグループホームの運営に当たります。」を基に、支援に努めている。職員は研修を重ね、自尊心に配慮した言葉かけや対応をしている。常に、職員間で不適切なケアをしていないか振り返り確認している。	
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	様々な選択の場面には、本人に直接聞いたり、さりげない会話や声掛けの中で自己選択、自己決定を促すような働きかけを行うよう努めている。		
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	ホームの基本的流れはあるが、本人のペースや希望を尊重し、また、体調面や精神面を配慮しながら、一人ひとりの生活リズムを守るような支援を心掛けている。		
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	利用者の意向を尊重しながら、自己選択を促す声掛けや対応をするように取り組んでいる。また、必要に応じてスタッフからも助言を行う。		
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	特養の栄養士作成の献立を参考にし、季節料理を取り入れながら献立を作成している。配膳、下膳、片付け等を一緒に行ったり、畑で収穫した野菜を調理に使用したりしている。	特別養護老人ホームの栄養士が作成した献立を参考にし、事業所の職員が利用者の好き嫌いに配慮しながら献立を作成している。利用者の状態に合わせ、刻み食にしたり代替品を用意し対応している。利用者は配膳など自分ができることを役割として職員と一緒にやっている。	
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	1人ひとりの状態に合わせて、食形態を検討して食事を提供している。食事や水分の摂取量を記録し、摂取状況の把握し、必要に応じて、栄養補助食品を使用して、栄養確保に努めている。		
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	一人ひとりの口腔状態に応じて、個別に口腔ケアを実施している。		

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
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	一人ひとり排泄チェック表を用意して使用している。それぞれの排泄パターンや残存機能等を考慮して、介助の形態を個別に検討して実施している。また、出来る限りトイレで排泄できるよう支援している。	排泄表の記録から排泄パターンを把握し、状態に合わせてトイレで排泄ができるよう声がけし支援している。排泄用品も状態や一人ひとりに合わせている。便秘対策として、ヨーグルト、おからパウダーを取り入れるなど、食事を工夫しているが、医師の処方による薬で対応する人もいる。	
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	日常の献立に乳製品や食物繊維の豊富な食材を取り入れたり、食事以外の水分摂取量を多くしたりすることで便秘予防を心がけている。		
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	重度化した方でも入浴できるよう、リフトで入浴できる設備を整えている。また、入浴を嫌がる方には、声掛けの工夫をしたりすることで、気持ち良く入浴ができるよう配慮している。	基本週3回を目標とし、利用者の状態を考慮しながら、入浴支援をしている。リフト付シャワーキャリーを導入し、介護度が高い人も浴槽で気持ち良く入浴できるようにしている。	
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	その時々心身の状態を見ながら、疲労感が伺える場合には、休息を取ってもらうよう支援している。		
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	内服薬のリストは個別にファイルして、随時職員が確認できるようにしている。内服薬に変更があった場合には、その都度、職員に周知している。		
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	一人ひとりの生活歴を把握するとともに、現在の心身の状況を考慮しながら、ホームの中で持てる役割活動や余暇活動を行ってもらうよう支援している。また、地域のサロン活動に定期的に参加してもらっている。		
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	季節に合わせて、外出の機会を作っている。また、定期的に行われている地域のサロン活動には数名の方が参加している。一人ひとりの外出の希望が聞かれる場合にはその都度対応している。	広いウッドデッキは外気浴に最適で、敷地内の畑では利用者が農作業に関わり季節の野菜を収穫し、楽しんでいる。日常的に2地区の「高齢者いきいきサロン」に参加しており、個別の外出希望にも職員が同行している。季節ごとに、花見などの行楽にも出かけている。	



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
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	一人ひとりの希望に応じて、個人でお金を所持したり、職員が管理してしたりしている。外出の際は、本人に支払いをしてもらう等、金銭を使うことの大切さを理解した上で支援している。		
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	本人の要望や相手方の希望がある場合には、電話を取り次いで話してもらうようにしている。		
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	正月飾り、ひな人形、盆棚の設置、クリスマスの装飾を行うなど、季節感のある空間づくりに努めている。冷暖房や加湿器等を用いて、適温適湿管理に努めている。カレンダーや時計などは利用者の視界に入りやすい高さに配置している。	廊下や居間は天窓から陽光が入り明るい。地域性を取り入れた季節の飾り付け(正月飾り・雛飾り・盆棚・神棚)を行っている。大きい手作りの日めくりカレンダーと時計の配置は車いすの人の目線に合わせ低い位置に設置してある。温・湿度管理は職員が行っている。	
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	食堂には食事用テーブルの他、ソファーを配置している。また、談話室にもテーブルと椅子、テレビなどを配置して、自由に出入りしてもらっている。		
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	居室内の物品はなるべく、本人の馴染みの物を持ち込んでもらうように家族へ協力をお願いしている。希望に応じて居室にテレビやラジオを設置して、鑑賞してもらっている。	各居室は掃き出し窓があり、障子が設けられ和風に造られている。広めの部屋には洗面台・ベッド・エアコン・収納などが設置してある。利用者は使い慣れたテレビやラジオを持参し居心地が良く暮らせるよう工夫している。入口にはのれんが下げている。	
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	認知症の方でも場所が分かるような目印を設置し、利用者の方が生活しやすいような工夫をしている。トイレや食堂への距離等を考慮し、一人ひとりの自立度に応じて居室を選択している。		