

# 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	2690600156		
法人名	株式会社 美咲		
事業所名	グループホームみさき岩倉 ・小規模多機能ホームみさき岩倉		
所在地	京都市左京区岩倉中町380		
自己評価作成日	平成28年11月9日	評価結果市町村受理日	

※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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2690600156-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2690600156-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 あい・ライフサポートシステムズ		
所在地	京都府京都市北区紫野上門前町21		
訪問調査日	平成28年11月29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)】

開設から1年8ヶ月経ち、少しずつ入居者様(以下入居者)の日々の過ごし方が定まってきており、無理なくご自分のペースで生活していただけているように思います。入居者によってはお天気が良ければ、近くの公園に散歩に出てたり、近くのスーパーに買い出しに行ったりと自宅で過ごしていた時と同じような、ありのままの生活を継続していただけているように思います。また開設から継続して園芸療法を導入しており施設敷地内で季節に合わせた家庭菜園を実施しています。入居者と職員と一緒に植物を育てる楽しさや収穫する喜びを分かち合う事により、入居者それぞれの役割が持て、外出をするきっかけにもつながっています。入居者が植物や農作物と触れ合う表情は穏やかですので、認知症緩和ケアの一環として今後も園芸療法を継続していきます。

## 【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)】

閑静な住宅地に位置し、開設から2年弱のホームです。庭に家庭菜園を設け、季節の野菜を入居者と職員と一緒に栽培と収穫を行っています。近所にスーパーがあり、朝食の材料やおやつ、日用品の買い物職員と一緒にいくなどの外出機会も、車椅子であっても支援するようにしています。現在のところ地域との関わりが少なく、自治会への加入がホームとしてできたことから、地域イベントへの参加や広報誌の作成など、新しい取り組みをしていくとの事です。接遇や身体拘束廃止、虐待防止への取り組みが積極的で、声かけ内容などについて使ってはいけないNGワードを決め、事務所内に掲示するなど職員への周知を徹底しています。若い管理者とベテラン職員のコミュニケーションも良く、各職員が言いたいことを言い合える環境になっています。

## 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、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		

# 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
<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	新入職員への指導はもとより、他の職員に対してもいつでも振り返りができるよう、理念は常時事務所に掲示している。	法人の理念を事務所に掲示し、職員への周知をしています。今月(11月)に管理者変更がある為、これを機会に事業所独自の理念を作り、あらためて職員への周知を行う予定です。	地域性や職員のレベル、入居者の状態など、事業所毎に特色がある為、職員の意識統一のためにも、事業所の理念を定めることが望まれます。
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	管理者は毎月の岩倉地域ケア会議に出席し、入居者の地域生活に役立つ情報を地域関係者と共有している。	自治会に加入し、地域情報誌などから地域の情報を仕入れています。地域の行事への参加や、ホームのイベントに地域の方を招待するといった取り組みや、広報誌を作成するまでには至っていません。	入居者にとって地域とのつながりは大切で、地域密着サービス事業所としては、積極的に地域の一員として生活できる場を提供する事が求められます。今後みさきカフェを活用して、地域との交流を推進される事に期待します。
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	3/10認知症行方不明者捜索訓練に管理者参加。4/2地域包括と協力のもと、施設にて地域の方向けに認知症サポーター養成講座を開催。12/3にも開催予定。現在地域関係者と共に平成29年2月の開催を目前に小規模多機能ホームにて「認知症カフェ」の開催準備中。前回の課題であった自治会加入は9月に加入できた。	/	/
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	毎回の会議では、包括、民生委員の方に、他の施設などはどういう取り組みを行っているか意見を聞いている。	地域包括支援センター、民生委員、入居者代表、順次利用者家族を招いて、2ヶ月に一度開催をしています。全家族に案内をするのではなく、開催毎に特定の家族に電話にて出席の依頼をしています。運営の状況、事故報告、その他質疑応答を行っています。	運営推進会議の意義を再度見直し、多くの家族、地域の方などの参加を募り、運営推進会議が活発に行われる事が求められます。
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	生活保護者の担当CWとは時々連絡を取り施設に面談に来ていただいておりますが、ケアサービスの取り組みなどについてはまだ役所との関係は薄いため、これから連携を深めたい。	運営推進会議の議事録は毎回役所の窓口持参し、困り事や質問がある場合は、窓口にて相談しています。地域包括支援センターが主催する地域ケア会議には可能な限り出席をしています。	
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	身体拘束・虐待防止委員会を設置しており、施設内研修にて理解を深めている。又、管理者は法人での勉強を受け、必要な内容を施設にフィードバックしている。玄関は防犯上施錠している。	委員会を設置し、職員へ周知をしています。玄関及び各ユニットの出入り口は安全への配慮から常時施錠されています。スピーチロックや不適切な声かけを行わない様、声掛けのNGワードを掲示し、職員へ周知しています。また不適切な対応があった際は都度管理者より注意をしています。	安全への配慮という考えもありますが、ケアや見守りの工夫により回避できる事もありますので、夜間以外はユニット外への出入りなど入居者の意思で行動できる環境整備が望まれます。

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
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	身体拘束・虐待防止委員会を設置しており、施設内研修にて理解を深めている。又、事務所に法人独自のNGワードを掲示し、常時言葉使いに注意出来るようにしている。又、皮下出血を発見したら事故報告として書面を上げ、ご家族にお伝えし、職員は原因を考え再発防止に取り組んでいる。		
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	社会福祉協議会や入居者の成年後見人と定期的に連絡を取り、訪問を受け、対象入居者の必要な物品などについて話し合っている。		
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	契約時には分かり易く丁寧に説明し、伝え漏れがないよう確認表を用いて、利用者様・家族様が納得した上で、契約を締結している。		
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	苦情処理簿を作成、ファイリングを行っている。全スタッフへ周知し、また、運営推進会議時に開示している。玄関には意見箱を設置している。	家族アンケート等は取っておらず、運営推進会議や日々の関わりの中で聴き取るようにしています。意見箱は設置していますが投函実績は無い様です。	
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	施設内職員会議を月に1度、不定期の常勤会議、フロア会議を実施し、業務の改善点疑問点を話し合い、業務改善につなげている。また、法人内で他施設管理者と合同での管理者会議も毎月行っている。	管理者は職員との日々の関わりの中で、ケアに関する事や運営に関する事をそれとなく聞きとるようにしています。またフロア会議等で自由闊達に意見を言いやすい雰囲気づくりに努めています。これから開催する喫茶やフロアの飾りつけなどは職員発案によるもので、職員一丸となつての運営が伺われます。	
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	職員会議出席時の時給が発生するようになったことと、給与体系が変わり、土日祝に出勤してくれる職員の時給を上げた。		
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	法人独自のセルフチェックシートを用意し、その時々各職員のスキルが測れるようにしている。又、月に一度の職員研修を実施。研修に出席できない職員には資料をもとに研修レポートを提出してもらっている。		

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
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	月に一度の岩倉地域ケア会議に管理者が参加しており、同業者との連携づくりの機会を確保している。		
<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	初回面談、ケアプラン作成時に本人の意向を聞いている。又サービス担当者会議にて定期的に本人の意向を再確認している。そして居室担当を配置し、より細かいケアを行っている。		
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	入居前面談、施設見学、入居契約時、初回ケアプラン作成時に家人に説明を行っている。		
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	問い合わせ、初回面談の際に聞き取りを行い、ニーズに合っているか、当施設に合っているか検討を行い、もし合わない場合は他サービスの提案も行っている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	開設から1年8ヶ月が経ち、各入居者のできることの把握が進み、できることの範囲内で職員と共に、掃除、洗濯、食器片付けなどを行っている。		
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	ご家族様へは月に一度ご様子をお伝えする手紙を出している。又、外出の機会を作っていただくように依頼することもあり、本人様との時間が持てるようにお話をさせてもらっている。		
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	全員ではないが、週に一度の馴染みの場所への外出が定期的にある。又、入居前に通っていた治療院の鍼灸治療を施設で受けてもらうこともしている。	家族協力のもと、教会や美容院への外出をしたり、馴染みの鍼灸師に来院治療してもらうなどの取り組みを支援しています。また近隣のスーパーへの日用品の買い物に行くなど、可能な範囲での外出機会を設けています。	
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	常時人間関係を観察しながら、必要となれば適宜、適所な席替えを行ったり、ソファでリラックス出来る空間を作っている。		

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
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	法人内他施設ではあるが、長期入院の為一旦退去されても、再入居できる状態であれば再び再入居されている事例あり。当施設では前回の外部評価から退居者はいない。		
<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	ケアプラン作成時に思いを聞き出している。また日々の会話の中で要望があれば、生活記録に記載し、ケアカンファレンスやサービス担当者会議で反映させている。	日々の関わりの中で本人の希望を聴きとるようにしています。利用者のこだわりの飲み物への対応をするなど、一人ひとりの意向を尊重しています。また本人本位に検討できるようサービス担当者会議で家族意見を聴きとるようにしています。	
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	サービス担当者会議やご家族の面会時に随時お話を聞かせて頂いている。		
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	月に一度モニタリングを行い、変化があれば再アセスメント、ケアカンファレンスを行っている。		
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	モニタリング、ケアカンファレンス、サービス担当者会議、主治医往診の際に家人、主治医からも意見をいただくようにしている。	計画書は基本的に3ヶ月毎及び状態変更時に見直すようにしています。モニタリングは毎月実施し計画の進捗を確認しています。見直しの際は、協力医から医療申し送りを受け、対応するようにしています。	
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	1人1枚の生活記録であり、24時間対応であることから、1枚でその日1日の様子が把握できるようになっており、入居者の状態変化があった際には、計画作成担当者に報告を行い、ケアプランの変更を行っている。		
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	前回の外部評価から増えたこととしては、福祉用具事業者と連絡を取るようになり、その時々に必要な福祉用具を揃えていることと、お忙しいご家族様への連絡をメールでのやり取りにしていること、他科受診が増えたことなど。		

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	近くのスーパーまで、散歩を兼ねて買い物に出かけたり(朝食材料など)、近くの美容院に行ったり(ご家族付添い)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、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	24時間連絡体制の取れる提携医療機関に必要な際情報提供を行っている。入居前のかかりつけ医に通院される場合は家人様に協力いただいている。又、近くの眼科、耳鼻科受診、往診やマッサージ師によるマッサージを毎週受けていただくなどしている。	入居段階でそれまでのかかりつけ医の継続ができる事を説明した上で、協力医への変更の希望を聞いています。眼科や皮膚科などの専門医への受診は原則として家族協力のもとですが、必要に応じて職員が付き添うなどの対応も臨機応変に行っています。	
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	提携医療機関との医師との連絡相談体制があるが、看護師との連携は弱い。但し、介護職員に看護師資格を保持する者がおり、必要時に相談を行っている。		
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。	常に施設主治医と入院先の担当医と連絡を密に取り、入院時には定期的に訪問し、担当の医師、看護師、相談員などから情報を得ている。		
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	入居時に重度化指針について説明を行い、同意を得ている。又、サービス担当者会議にて再度、重度化や終末期に向けた方針の確認を行ない、変更があれば再度書面を取っている。	「重度化した場合の対応に係る指針」を作成し、終末期のケアについての同意をいただいています。現在のところ看取りの経験はありませんが、今後は看取りも行う事で準備を進めています。しかし看取りに関する研修を行うまでには至っていません。	
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	緊急時の対応方法を各事務所に掲示。また内部研修を定期的に行っている。		
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	昼間想定・夜間想定消防避難訓練を各1回ずつ実施し、ハザードマップを掲示するなどしている。職員会議でも緊急避難先の確認や非常時必要物品の確認をしている。	消防署協力のもと、年2回の防災訓練を行っています。(内1回は夜間想定)考えられる災害が、地震と火災である為、ハザードマップや避難経路の確認を行い、有事の際には適切に対応できるよう職員に周知しています。	

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
<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	職員にはセルフチェックシートを活用させ、自己のケアの振り返りを常に行わせている。又、法人独自のNGワードを各階事務所に掲示している。	入居者との関わりを、一人ひとりの職員が客観的に振り返れるよう、「セルフチェックシート」を活用し、ケアの内容を確認するよう努めています。声掛けのNGワードを掲示し、不適切な声掛けにならないよう注意を促しています。	
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	自己決定が困難な方でも選択ができる言葉かけを行い、なるべく自己決定していただけるよう工夫している。		
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	無理強いせず、自己決定されたことを尊重させていただいている。		
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	今日着る服やお化粧など、自己にて決定できるようにしている。又、服の差し入れはご家族だけに任せることなく、職員から提案させていただいている。		
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	準備や片付けなど、出来る範囲で協力していただいている。	昼夕食の食材や調味料は委託業者からの配達で、調理を職員が行っています。入居者は主に後片付けを行っており、テーブル拭きや洗い物など、できる事を一人ひとりが協力しています。朝食は入居者と相談しながら、買い出しに行ったり、庭で収穫した野菜で献立を決めています。	
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	常時主治医に相談し、血液検査などのデータを元に、栄養状態の確認を行い、食欲不振の場合には補助食品や本人が欲しいものの提供を心掛けている(一緒に買い物に行き選んで頂く)。		
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	毎食後口腔ケアを実施。また週に1度訪問歯科があり、口腔ケアに関する技術を入居者・スタッフに指導してもらっている。		

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	出来るだけトイレに行っていたり出来るよう支援している。又、リハビリパンツから布パンツに切り替えることができた方もいた。	ほとんどの方が自立した排泄が行えている事から、日中のおむつ使用はゼロで、夜間のみ2名の方がおむつをしています。生活記録から一人ひとりの排泄パターンを把握し、それとなくトイレ誘導するようにしています。	
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	毎日の体操、気候が良い時には散歩など運動不足の解消に努めている。又、施設主治医に相談しながら下剤の調節も行なっている。		
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、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	週に3日入浴できるよう支援している。本人の希望により時間帯や曜日を変更している。	週3回の入浴を基本とし、体調の変化や本人の拒否がある場合は、無理せず清拭等に切り替えたり、時間帯や日にちを変えるなどで対応しています。本人の希望があれば同性介助にも対応しています。	
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	本人様の希望や声掛けにて意思確認を行い、短時間の臥床を促している。また週1回のシーツ交換を行い、清潔・快適に眠れるように支援している。寒がりな方にはご家族に毛布の差し入れを依頼している。		
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	管理者と主治医によって毎回確認している。変更があった場合はファイルに記載し、周知を図っている。		
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	家人や本人からの聞き取りを元に、俳句や習字、折り紙、編み物など得意なものをしていただけるよう努力している。		
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。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	普段行けない外出などは家人の協力のもとで支援している。戸外へは職員が付添うようにしている。希望があった場合には共に出かけるが、状況によっては少し待っていたりすることをお願いしている時もある。	入居者個別の外出希望は家族協力のもと実現しています。日用品の買い物や庭の畑の世話、日向ぼっこ等の外出は、車椅子の方であっても支援するようにしています。季節行事としては車両不足により、近隣へのお花見に行く程度にとどまっています。	車両不足、人手不足の状況では致し方ないとも考えられますが、工夫により実現可能な事もあると思われます。一人ひとりの希望に沿った外出支援への取り組みに期待します。



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
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	数人の入居者はご自分でお金を持っており、スーパーでの買い物時、ご自分で支払いされる方もいる。		
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	携帯電話をお持ちの方はお任せしている。希望時は施設の電話を使用している。		
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	行事の写真や、レクで作った作品を飾っている。毎日掃除を行い、清潔を保っている。またテレビの音量やスタッフの声の大きさにも注意している。空調も常時調節し、冬場は加湿器を使用している。	職員の発案により、イベントの飾りつけや日頃のレクリエーションで作成した作品を随所に飾るなど、季節毎の飾りつけにも配慮しています。時間帯によってカーテンで明るさを調整したり、程よい音量で音楽をかけるなど、落ちついた雰囲気作りをしています。	
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	テーブルのほかにソファを設置、少人数で過ごせるスペースを確保している。気の合う入居者同士は隣同士になってもらっている。		
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	面談、入居時になるべく使い慣れたものをもってきていただくよう説明している。個別で加湿器や暖房器具を置いている方もいる。	使い馴染んだものなどの持ち込みを家族へ依頼してはいるものの、なかなか実現できていないようです。入居者によってはお気に入りの写真や思い出の品を飾るなどの工夫をされています。	ご家族に対し、認知症ケアにとって馴染みの品や使い慣れた物が身近にある事が効果的である事も説明の上、改めて協力をして頂ける様に働きかけをしてみたいかがでしょうか。
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	バリアフリーではあるが、本人の生活動線が妨げられないよう動線の確保を意識している。		