

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	4590100162		
法人名	社会福祉法人 芳生会		
事業所名	グループホーム サンめいと		
所在地	宮崎県宮崎市大字大瀬町3190番地		
自己評価作成日	平成28年1月28日	評価結果市町村受理日	平成28年4月12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.kaisokensaku.in/45/index.php?action=kouhou_detail_2015_022_kanistrue&jisyosyoCd=4590100162-00&PrefCd=45&Version=0022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成28年2月23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)】

職員は、認知症対応型共同生活介護であるという意識をもち、外部・内部研修等を通し、認知症ケアに対しての知識や技術を用いて利用者支援を行っている。また、利用者の楽しみ、地域と交流を図る為に、個別で外出する機会を設けたり、地域のまつりやスポーツイベント等、季節に応じた行事に参加して、地域との交流を図っている。また、くもん学習療法を導入し、認知症進行の予防・改善に努めている。利用者同士が助け合い、個人の思いを大切に、役割や生きがいを見つけて、自由にありのままに過ごされている。

【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)】

利用者をより深く理解できるようにと、家族、職員がわかりやすく共有できる、ホーム独自のセンター方式(認知症の人のためのケアマネジメント方式)を要約した書式を工夫して作っている。独自の書式により、利用者の姿や家族の思いがより一層みえるようになり、職員の意識の変化につながり、日々の介護に生かされている。利用者は、法人職員にも見守られながら、法人敷地内を自由に歩き来している。

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 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

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	具体的ケアについて、ミーティングで話し合う時に、理念に沿ってケアの方向性が統一されているかを確認しあっている。また、理念を踏まえ、年度ごとに事業所スローガンを作成し、方向性の統一をはかっている。	理念に沿ったケアの統一を図るために、ケアの年間目標を設定し、チームで確認しているが、開設当初からの理念であり、ホームの現状に即した具体的な理念の見直しまでには至っていない。	ケアの統一が図れるように、ホーム独自の現状に即した、より具体的な理念をチームで見直すことを期待したい。
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	日常的に近所の馴染みの店(以前勤務していた店や通っていた店)に買い物に行ったり、外出を行っている。他事業所との交流、地域の人たちと挨拶を交わしたり、地域の行事、活動(スポーツやレクリエーション)に利用者と一緒に参加している。	自治会には加入していないが、地域のゲートボール大会に参加したり、幼稚園児との交流を図っている。近所のなじみの店に通い、利用者の地域とのつながりが途切れないよう努めている。	
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	管理者は、研修、家族会、運営推進会議等を通じて、認知症ケアの啓発に努めている。		
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	運営推進会議にて利用者やサービスの報告だけでなく、自治会長、民生・児童委員、家族等に呼びかけ、メンバーを増やし、様々な意見をもらい、実践している。	区長、民生委員、児童委員、家族など、参加メンバーも多彩で、テーマを決めて活発に意見がだされている。会議でのテーマの内容を「便り」に掲載し、配布するなど、運営に生かしている。	
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	職員は市が推進している研修会等に積極的に参加している。	市の主催研修に積極的に参加している。必要時には市へ出向き、協力関係を築くよう努めている。	
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「介護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	身体拘束についての研修等を通し、利用者が外出しそうな様子を察知したら、止めるのではなく、話す機会を設けたり、一緒に行ったり、時にはドライブ等を行い、自由な暮らしを支援できるように、日々職員間で話し合い、ケアの統一を図っている。	玄関は施錠しておらず、利用者が自由な暮らしができるよう配慮している。利用者の行動を把握し、外出も利用者の自由を妨げることのないよう支援している。職員は拘束について定期的に研修を重ね、情報を共有している。	
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	施設内研修やミーティング等で、高齢者虐待の理解・浸透に向けた取り組みを図っている。		

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
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	施設内研修にて成年後見制度についての勉強会を開催し、理解を深めるようにしているが、職員の理解が十分とはいえない。		
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	契約の締結の際は、利用者や家族に対し時間を十分取り、説明している。また、利用料金、加算についての説明は個別に行ったり、文書による説明も行っている。		
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	なんでも言ってもらえるような雰囲気作りの為、家族交流会、運営推進会議、便りの発行等、特に訪問時には常に問いかけ、話しかけるように職員全員意識して取り組んでいる。	来訪時に担当者と話しやすいよう便りに担当の一言を入れたり、年3回ほどの家族交流会(家族の発案)の時に、職員は参加せず、家族が意見を言いやすいよう工夫している。	
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	ミーティング、日々の業務の中で意見を聞くようにしている。また、意見が出やすいように雰囲気作りの為、コミュニケーションを図るように心がけたり、年2回程度の管理者との個人面談を設け、意見を聞き、反映させている。	職員間の相互信頼を増やすための工夫として、職員同士が相手を褒め合う「ありがとうサポート」を掲示したり、年2回の人事考課を設け、職員が向上心を持てるように働きかけ、意見の出しやすい雰囲気となるよう努めている。	
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	職員の資格取得に向けて研修会を開催したり、年3回の人事考課、個別面談を行い、職員が向上心を持って働けるように配慮している。		
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	新人職員に対しては、チューターをつけ、丁寧な指導を行っている。また、OJTの体制確保や年間の外部研修の情報を職員に周知させ、自ら研修参加(特に認知症についての研修)できるような体制を確保している。		
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	グループホーム見学や他施設の見学受け入れ、グループホーム連絡会を通して、スタッフ研修を設け、質の向上を図っている。		

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
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	事前面談で生活状態を把握するよう努めたり、サービス導入段階では本人に会い、不安や思いを受け止められるような関係づくりに努めている。		
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	ご家族が何を求めているのか、これまでのいきさつ等、経緯について、アセスメントシートの様式にそって、ゆっくり聞くようにし、話しやすい雰囲気作りに努めている。		
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	本人、家族の思いを確認し、相談を繰り返して、事業所として出来る事等を提案し、必要としていることに対し、インフォーマルなサービスを含めた柔軟な対応をしている。		
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	利用者の生活の場に職員がいるということを知らせ、利用者が自己決定する機会の場の提供を心がけている。理念を基にチームで考えたケア目標を掲げ、常に利用者が中心であることを心がけている。		
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、家族の思いに寄り添い、自宅に外泊したり、馴染みの場に出かけたり、家族が本人と一緒に外出する機会(必要であれば職員も同行している)を設けたり、いつでも電話できる環境を整え、家族関係が途切れないようにしている。また、家族交流会を年度に3回設けて、家族同士の関係構築も図っている。		
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	職員が積極的に家族から情報収集を行い、例えば、昔から利用している美容院やよく外食していた場所、地域で暮らす馴染みの友人の家に行ったり、神社等に出掛けたり等、馴染みの人や場所との繋がり継続が出来るよう支援している。	センター方式(認知症の人のためのケアマネジメント方式)を利用して、家族や職員にもわかりやすく記入しやすいホーム独自の書式を作り、利用者をより理解し、地域で暮らしてきたなじみの関係を継続できるよう支援している。	
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	利用者同士の関係の情報を共有し、気の合う者同士で過ごせる時間を確保したり、トラブルがあっても、職員が両方の利用者につき、関係が上手くいくよう調整役となって支援している。		

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	契約終了した方との交流は現在ないが、利用者の経過に応じて、支援を実施した実績はある。		
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	日々の関わりの中で、その時の言葉、感情、状況を具体的に記録に残して情報を共有し、利用者の意向の把握に努めている。	日々のかかわりと、ホーム独自の書式で得た情報により、利用者がより暮らしやすい環境になるよう支援している。	
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	本人、家族に基本情報の記入(過去の生活について詳しく記載してもらっている)をお願いし、他サービスを利用していた所からも情報を収集している。それを踏まえて、本人、家族の望む暮らしの把握に努めている。家族への聞き取りも、状況に応じて随時実施している。		
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	利用者一人ひとりの生活リズムを把握するために、日々の細かい情報を記録し、本人の全体像を把握、日常生活において、本人の残っている力を発揮する場面を提供している。		
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	アセスメントは担当者が中心となって全員で行い、担当者がカンファレンスで発表、意見交換を行い、介護計画を作成している。また、本人、家族の意見も介護計画に反映させるよう努めている。	月1回のミーティング時に、担当によるアセスメントを計画に反映し、チームで検討している。3か月ごとの見直しを基本とし、状況変化に応じても見直しがなされている。	
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	個別にケースファイルを用意、日々の暮らしや本人の言葉、日頃のケア、そこから影響を与えている事、職員の気づき、具体的なケアの在り方等を記入している。また、全員で情報を共有できるように、引き継ぎ簿を作成している。		
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	本人、家族の状況に応じて、通院や送迎等、必要な支援を柔軟に対応している。		

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	利用者が安心して地域で暮らしていけるよう、民生委員、地域包括支援センター、ボランティア、保育園、地域のサロン参加等の交流を図っている。		
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、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	利用者、家族の希望とするかかりつけ医となっている。利用者の健康面で心配があれば、その都度相談できる関係を築けている。また、眼科、歯科医の往診、薬剤師による定期薬の配達も受けられる体制を確保している。	受診には基本的に家族が同行し、かかりつけ医とは情報提供書などで共有を図っている。眼科、歯科の往診、かかりつけ薬剤師による薬剤情報の共有を図るなど、利用者が安心して医療を受けられるよう支援している。	
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	看護職員を配置しており、日常的な健康管理等や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。また、看護職員が不在の時は、隣接する特養看護師との連絡体制も整えている。		
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。	利用者に対する情報を病院側に提供し、入院時は常に家族、病院側に面会、連絡を取りながら、早期退院できるよう努めている。退院時には、退院時カンファレンスに参加し、退院後の支援に反映している。		
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	年1回、家族交流会にて「看取り」について話し合う機会を設け、見取り介護について具体的な説明を行い、その時の看取りについての意向を本人、家族に確認している。また、状態に応じて、定期的に家族面会時等に意思を確認する事も行っている。	看取りについて、入居時、家族交流会などで説明をし、家族の意思を確認している。看取りに際しての各機関との連携体制が不十分と考えており、体制を整えようと考慮している。	法人組織の協力を得ながら、法人と一体化して看取りに取り組めるよう、体制を整えることを期待したい。
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	緊急マニュアルを作成したり、OJTにて急変時の対応や初期対応の訓練を行い、実践力が身につけられるよう努めている。		
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	防災訓練の年次計画を作成し、毎月防災訓練を行い、避難する方法や地震に対する対応方法を身につけられるよう努めている。また、消防署の避難訓練や消火器の使い方等の研修に参加したり、災害備蓄品を確保し、災害に備えている。	年次計画を立てて、毎月目的のある防災訓練を行っている。ホーム内に災害備蓄品を確保して、災害時に備えている。	

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
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	ミーティング等で誇りやプライバシーを損ねるような声掛けや対応をしないよう話し合い、実践している。	利用者の尊厳とプライバシーを損ねないように、ミーティングや日々の業務の中で「ふりかえり」と反省をしながら、次の実践につなげるよう、管理者を中心に話し合いをしている。	
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	利用者に合わせて、衣類や飲み物を自分で選べるよう等、自己決定できる環境を整え、些細な場面でも本人が決められる場を提供している。		
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	一日の基本的な流れはあるが、一人ひとりのペースに合わせながら、その日の状態、思いに配慮しながら、出来るだけ個別性のある支援を行っている。		
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	基本的に身だしなみは利用者が決めているが、必要に応じて職員が手伝っている。また、洗顔後にクリームをつけたり、化粧をしたりする方もおり、情報を共有し、個別的に支援している。		
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	買い物、調理、配膳、片付け等、利用者のできる範囲で役割をもって生活できるよう支援している。職員と利用者が同じテーブルを囲んで、楽しく食事できるように心がけている。また、外食もできるよう支援している。	献立は法人の管理栄養士が考え、食材の買い出し、調理、配膳を利用者ととともに、利用者ができる範囲で行え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	一日の摂取量を一人ひとり把握し、食事、水分量が少ない方には時間をずらしたり、本人の状態、嗜好に合わせた食事を提供したりして、摂取量を確保できるよう工夫している。食事に関しては、栄養士が献立を作成、材料は利用者・スタッフで決めている。		
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	自分でできる方は見守り、声掛けを行っている。出来ない方に関しては、出来る事は本人にしてもらい、出来ないところを介助している。また、定期的に歯科医に相談し、助言ももらっている。		

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	本人の表情や仕草を記録、把握し、トイレ誘導を行っている。また、排泄の訴えがない方に関しては、排泄パターンを調べ、トイレ誘導し、出来るだけトイレで排泄できるよう支援している。	利用者の行動パターンや排せつパターンチェック表を利用し、昼間はトイレで排せつできるように支援している。	
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	排泄パターンを記録し、便秘の方には牛乳、ヨーグルト、オリゴ糖等、本人の好む飲み物を提供し、水分補給を行っている。また、繊維の多い食品を提供したり、運動を取り入れたり、主治医と連携し、下剤の調整を行っている。		
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	曜日を決めておらず、入浴の希望を確認して促している。また、タイミングや声掛けの仕方、本人が希望する職員が対応したりと、個々に合わせた対応をしている。	入浴の曜日は決めておらず、利用者の希望を確認しながら、利用者が自由にいつでも入浴できるよう支援している。	
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	個別に自由休息を取ってもらっている。また、寝つけない方に関しては、安心して眠れるよう声掛けを統一したり、落ち着ける居室環境の整備、温かい飲み物を提供、一緒に過ごす時間を確保するなどの対応をしている。		
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	服薬表の作成や処方箋のファイリングをし、職員が内容を把握できるよう努めている。また、看護職員、協力医療機関との連携を図り、服薬について相談できるよう努めている。		
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	日常生活において、出来る事、お願いできそうな事を情報収集し、実施できるよう見守ったり、環境を整えたりしている。また、季節感を味わえるよう、季節に応じた行事を行っている。		
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	本人の希望に出来るだけ添えるように、行きたい場所の聞き取りや生活歴から把握し、個別的に外出できるよう家族と連絡、調整を図り、積極的に外出できるよう支援している。	ホーム独自の書式で得た希望の外出先や家族と出かけた場所を把握し、利用者が今までの生活と変わりなく外出できるように支援している。法人施設内にある観音堂参りを日課としている利用者もいる。	

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	家族の協力を得て、お金を持っている利用者もいる。外出し、買い物をする時は、本人の残っている力の発揮の場面として、金銭の出納を行っている利用者もいる。		
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	電話をかけたい時は職員が支援し、かけたり、使用方法を理解している方は自由に電話をしている。現在は実施していないが、県外の子供と手紙のやりとりを行っている利用者もいた。		
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	職員は、物理的環境が認知症の方に与える影響について知識を深め、共有空間等に対し、居心地良く過ごせるよう努めている。	ホールは広々として明るく、ゆったりとできる空間となっている。台所は、調理、配膳が利用者と共にできるように工夫されている。	
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	廊下、玄関、玄関外にベンチを置き、くつろぐスペースの確保をしている。また、ホールと食事をする場所は一緒に共有スペースであるが、視覚的に位置を区別し、食事スペースとホールの場所を確保している。		
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	馴染みのタンスや仏壇、テレビ、写真等、本人が居心地良く過ごしたり、自宅で生活していた状況に出来る限り近い環境を整え、本人の居室である事が認識できるよう工夫している。	各居室の扉には、利用者が自室だとわかりやすいよう名札を2段表示している。居室には、なじみのたんすや仏壇、テレビ、写真等、思い出の物が持ち込まれ、利用者が本人の居室であるという認識と安らぎが持てるよう工夫している。	
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」「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	利用者の身体状況に合わせ、テーブルを低くしたり、必要な目印の設置等、環境を整え、出来るだけ一人で行えるよう工夫している。		