

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 ---)

事業所番号	O672500436		
法人名	最上町		
事業所名	最上町認知症高齢者グループホーム やすらぎの家		
所在地	最上郡最上町大字向町64-3		
自己評価作成日	平成 25年 7月 16日	開設年月日	平成 12年 4月 1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)】

病院・老健・包括センター等と併設しており、ご利用者・ご家族が安心して利用できる体制が整っている。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、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/O6/index.php>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	協同組合オール・イン・ワン		
所在地	山形市桜町四丁目3番10号		
訪問調査日	平成25年 8月 7日	評価結果決定日	平成25年 8月 28日

【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)】

事業所は「ウェルネスプラザ」エリアの一角にあり病院、役場の保健福祉課、介護関係事業所が設置され、町の医療・福祉・保健の中核エリアとして機能し各施設の連携・協働が図られており、利用者の安心につながっている。建物は広くゆとりがあり、明るく、中庭の花壇や畑へは段差がなく、気軽に出入りができる。開設13年目となり、管理者及び職員はこれまでの、経験を活かしながら、生活感の中にやすらぎある時間をつくっている。1ユニットであり、家族との連携のもと、一人ひとりを大切にされたケアが提供されている事業所である。

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、活き活きと働いている (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している (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				

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

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	
I. 理念に基づく運営						
1	(1)	地域密着型サービスの意義を踏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	家庭的な環境と地域住民との交流のもと、住み慣れた環境での生活が継続出来るよう、利用者との関わりを通じて努力している。	愛情と思いやり、家庭的な環境のもと住み慣れた地域で暮らし続けられるような支援を理念として掲げている。管理者と職員は理念を実践するため、話し合い情報を共有しながら、一人ひとりを大切にし自立した日常生活の支援に取り組んでいる。職員は利用者を人生の先輩として敬い、ゆったりと安心して過ごせるように心がけている。		
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	地域行事への参加は可能な範囲内で参加するよう努めているものの、交流は限られている。だが、併設する施設内の行事等への参加、通所利用者との交流が図られるよう、スタッフの協力を得ながら支援している。	地域のまつりに参加したり、町の商工会のボランティア茶話会へ参加している。事業所からの働きかけで、青年部のボランティアが、施設の中庭でピザ作りをする計画がある。慰問やプラザ夏祭りなどは隣接する老人保健施設と一緒にやっている。また隣接の高齢者住宅とも畑を共有し、野菜や花の栽培を通し交流している。近所からの野菜の差し入れもあり地域とのつながりが深い。町内の小・中学校、高校生の体験実習の受け入れなど、幅広い交流が行われている。		
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	個利用者と付き合いのある知人や地域住民に対して、家族の協力を得ながら、認知症状の理解をして頂きながら、その都度、状態に合った対応が出来るように努めている。また、民生委員の見学要請も受け入れている。			
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	会議にて話し合われた内容や意見等をスタッフで検討を行い、サービス及びケアに取り入れ活かす努力を行っている。(4月→家族宛定期便発送の案、検討5月より実施)	民生委員・社会福祉協議会・包括支援センター・町立病院・家族代表で2か月ごとに開催されている。会議ではサービスの実施状況、評価への取組みを伝えると共に、参加者からの提案で、家族への連絡に写真・本人の直筆も入れた定期便を取り入れ送付し、家族からは好評である。		

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
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	包括支援センター主催のサービス連絡会議への参加を通じ、情報交換等を行いながら協力関係を築けるよう努めている。福祉課介護保険担当者への毎月の利用状況の報告を行い、いつでも相談出来る状況を築けている。	町職員が包括支援センター長でもあり、日頃より協力関係が築かれている。介護保険担当者への利用状況の報告を行ったり、また担当者からは認知症の利用者に関する相談を寄せられるなど、随時個別具体的な情報交換も行っている。	
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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	利用者の状況を見ながら、積極的に出入り口の開錠を行っており、開かれたGH作りの工夫に取り組んでいる。8:00-21:00までは殆ど開錠されている。また、4月の時点で身体拘束を行っている利用者が1名いたが、併設する老健との間で委員会を構成しており、アドバイスを受けながら代替ケアを行う等し、現在は解除となっている。	法人全体で身体拘束をしない方針のもと、老人保健施設と合同で身体拘束委員会を設置し取り組んでいる。今年度は、併設の施設の作業療法士を講師にサイドレールの代替えケアを研修した。職場では、業務検討会議で身体拘束をしないで過ごせる工夫について話し合っている。職員は身体拘束の具体的な行為について正しく理解しており、日中は玄関の施錠はしていない。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待の報道や研修会等あれば申し送り等で伝達したり、併設施設との勉強会等を通じて、虐待について学ぶ機会を設けて、防止の意識付けを行っている。		
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	5月に退所された利用者が権利擁護活用。町との連携を図りながら、そうした事業等の活用を可能な限り図っている。		
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	事前面接の段階から、利用者や家族の生活に対する不安やその他の疑問を問いながら、契約及び解約時には十分な説明が行えるように努め、理解・納得を得られるように努力している。		

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
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並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	毎月の定期便や面会時の要望等の活用、連絡、情報提供等、家族との連携の強化を図り、また、運営推進会議に利用者や家族代表が参加する事で、自由に発言出来る場を設け、運営に反映できるよう努めている。	玄関に意見箱を設置している他、家族の面会時には声がけ・話しやすい雰囲気づくりに努めている、連絡定期便は一人一人が主人公の写真を入れ日頃の生活状況を報告し家族からは好評である。身元引き受け家族ばかりでなく、よく気にかけている娘などにも了解を得て送付している例もある。	
11		○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	職員会議や日々の申し送りにて、意見等が出せるような雰囲気作りを行うように努力している。		
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	法人として、資格取得の支援・手当で・定期昇給等を行いながら、職員ひとり一人がが向上心を持って業務に向かえる・働ける環境作りに努力している。		
13	(7)	○職員を育てる取組み 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	職員ひとり一人の適正に合わせ、法人内外の研修は、その必要に応じて派遣。研修後は併設老健との合同職員会議等を通じて、伝達の間を設ける等工夫している。また、新人及び異動職員に対し、OJTを実施(3ヶ月間)。	法人の研修は研修検討会で年間計画し実施している。外部研修は職員の希望や研修対象、内容を管理者が勘案し調整して派遣している。派遣後は復命書を提出し、業務検討会等で伝達を行っている。新人OJTはもちろん職員のスキル向上に取り組んでいる。	
14	(8)	○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つくり、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組みをしている	最上、村山地区GH連絡協議会へ定期的な参加を行い、交流や意見交換が出来る場への出席の機会を設け、サービスの質の向上を図っている。	最上・村山地区のGH連絡協議会に積極的に参加し交流や情報交換をしている。今年度は県連絡協議会のGH交換研修にも参加予定である。	
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 サービスの利用を開始する段階で、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	利用開始前に家族や担当ケアマネ、利用しているサービス事業所から情報提供をしてもらい、不安や課題の把握を行い、また、直接本人に会って不安や要望等を事前に把握することで、良好な関係づくりが出来るように努めている。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	申請時や面接時に家族の話聞き、状態の把握を行いながら、課題や要望等をケアプランに反映させ、理解と協力を得る努力をしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	併設老健の支援相談員等の協力を得ながら、相談や申請の時点で、サービス情報の提供を行いながら、その状態にあった適切なサービス利用ができるような支援に努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者の個々の「出来ること」を継続出来るように働き掛け、共に行うことで自信と安心が取り戻せるような支援ができるよう努力している。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	利用者の状況を伝えることで、家族の理解と協力を得られるよう働きかけ、定期的な面会をはじめ行事への参加や外出、外泊等促し、日常生活上での支援を共に行っていけるように工夫している。		
20		○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	家族や知人、近隣者の協力を得ながら、利用後もその関係が可能な限り出来るように努めている。		
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	利用者同士の馴染みの関係が良好に保てるよう、スタッフが間に入り交流する等しながら支援している。		
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	併設老健へ入所するケースが多い事から、終了後の関わりについては、支援相談員等を通じ、いつでも支援・相談出来る体制が出来ている。		

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	
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	ひとり一人の思いや希望の把握に努め、ケアに反映できるように検討・実施している。(買い物や外出、夜間入浴)	センター方式アセスメントツールの一部を参考に、これまでの生活や職業から、暮らし方の希望や意向の把握に努め、また日々の表情や会話から思いを汲み取り、気づきを大事にしている。アセスメントツールについては使いやすい書式を検討し試行中である。		
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	サマリーや家族からの聞き取りや事前記載によるフェイスシートの活用、利用者との会話の中から情報を得ながら把握に努めている。			
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	他利用者と交流したり、ひとりで好きな事をして過ごす等、その時々で一人ひとりが自由に過ごせる時間を大切にしている。			
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	モニタリングは毎日チェックしたものを1ヶ月毎にまとめて評価。プラン見直し時に反映できるようにしている。日々の申し送り等にケア状況に関し、気付いた事あればその都度相談し合いながら、必要時はプラン見直しを行い現状に即した介護計画実施を行っている。	個人受け持ち制になっており、日々の生活状況はその日の勤務者でチェックし、モニタリングは受け持ちが毎月まとめて評価し、全員でカンファレンスをしている。計画の見直しは新規の場合は暫定プランから本プランに、3か月、6か月、1年のように利用者により期間を設定し適切なプランにつなげている。サービス担当者会議の前には家族からの意見を聞き、プランの見直しに反映している。		
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	個別記録に関しては、毎日入力。注意事項やその他情報の共有を図るために、申し送りノートを活用、ケアに反映させている。			

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	
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 (小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載)</p> <p>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</p>				
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>	併設老健、包括支援センター等の相談機関と連携することにより、QOLの向上に努めている。			
30	(11)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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支援している</p>	併設病院と連携が取れており、状態に合った適切な医療が受けられている。また、本人や家族が希望する病院への受診も可能である。	本人、家族の希望する病院、かかりつけ医の受診を継続している。前回の目標達成計画にあげられていた受診の際の書面による情報共有については、受診票を作成した。受診前に状況記入し診察の参考にしてもらい、受診後は結果、変化の有無、指示を記入し、事業所、家族、医療関係者が情報共有し、適切な医療に繋げている。		
31		<p>○看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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支援している</p>	併設老健の総看護師長が兼務体制になっていることから、相談、受診の付き添い、医療行為対応等に関してスムーズに行うことできている。			
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。</p>	施設長が併設病院の院長であることから、利用者の状況を把握し、家族と相談しながら安心して医療サービスを受けられる体制が出来ている。			

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
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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	看取りに関する指針に基づいて、本人及び家族に対し説明、その考え等の確認を行っている。	身体レベルが低下した場合の対応については早い段階から話し合い確認している。重度化した場合は併設している老人保健施設、町立病院への移行の希望が多く入所申し込みをしている利用者が多い。併設施設との連携で適時の対応ができるのも特徴でもある。	
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	急変時には、併設病院にすぐ受診できる体制が出来ている。また、急変時の対応もマニュアルにて徹底している。		
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	施設単独で、防災設備の操作訓練実施。また、ウェルネスプラザ全体での訓練。定期的に地域の協力を得て、火災や地震を想定した避難訓練を行う他、召集訓練等も行っている。	ウェルネスプラザ全体の避難訓練は年1回、消防署、地域の協力を得て実施している。隣接の老人保健施設との合同訓練のほか独自の招集訓練も行っている。有事に備えて食糧や照明、暖房機器等の備蓄を併設施設と合同で行っている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	一人ひとりのこれまでの生活を知り、性格的な事や病後の症状等を把握。本人やその時の状態に合った声掛けを行いコミュニケーションが図られるように努めている。	個人の人格を尊重したケアに取り組んでいる。プライバシーの確保に配慮し、個人の居室入口に氏名表示は行わず、本人の好きな暖簾などを利用することで、部屋を間違わないような工夫に取り組んでいる。またトイレ誘導の声がけなどには配慮している。	
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	利用者一人ひとりの「～したい」と言う言葉を引き出せるような対応を心掛け、様々な選択肢が出来るように努めている。		

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
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	日課・週課はあるものの、その日の体調や天候等に合わせ、また、意思を尊重しながら個別性のある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	季節に合った服装の声掛けや支援、外出時のおしゃれの促しや持ち物等にも配慮している。		
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	希望を取り入れた食事の提供や旬のもの(山菜)、畑で収穫した野菜、地域からの差し入れ等を食材として使用。配膳・下膳・後片付け等も一緒に行っている。	台所は、食堂・居間につながっており食事づくりの過程がみえる構造となっている。3食共台所でつくられ、調理の音、匂い、動きを感じることができ、また作りたての食事を作った人と一緒に食べることで食事が楽しみなものになっている。畑で採れた野菜や差し入れをうまく活用し、利用者の希望を取り入れながらスタッフが献立をたて、準備、調理、後片付けまで利用者と職員が一緒に行っている。	
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	各人の病状、心身状態、嗜好等に配慮し、栄養のバランス良い食事の提供に努めている。昼食時は雰囲気に合わせて音楽を流したり、スタッフが寄り添って食事をする事で食事の雰囲気作りを行っている。		
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に、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	毎食後に利用者個々の力に合わせて、声掛け・見守り・介助にて歯磨き、うがい等の口腔支援を行い、清潔に努めている。		
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向けた支援を行っている	一人ひとりの排泄パターンの把握に努め、リハビリパンツと併用しながら中のトイレ介助を行っている。排便については毎日の排便チェックを元に、指示の下剤服用等で排便コントロールに努めている。	排泄チェック表により排泄パターンをスタッフが把握している。適時の声かけや誘導により排泄の失敗を減らし、トイレでの排泄や、排泄の自立に向けた支援を行っている。	

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
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	一人ひとりの排便チェック行い、排便状況を確認。運動や水分補給、食事やおやつ等の工夫等行い、便秘予防に努めている。		
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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	週3回の入浴の提供を行い、拒否等がある利用者に関しては下着の交換や足浴等にて代替対応も行っている。また、本人の希望と身体状況に合わせて、夜間入浴の実施を現在3名の利用者を実施している。(足湯も余暇時間に行く事ある)	週3回の入浴は継続しながらも、希望に合わせて、毎日入浴や夜間入浴にも対応している。浴槽の構造を利用者の状態に合わせて対応しやすいように、改造の計画をしている。	
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	日中、身体を動かせる活動を提供するようにし、毎日の生活を通じて生活リズムが作れるように配慮。一人ひとりの体調や希望を見ながら、ゆっくり休息できるような環境を整えるよう工夫に努めている。		
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	服薬内容を理解できるように、薬剤情報ファイルを作成。服薬時には声出し確認等で服薬介助する等、誤薬がないように十分な注意を払っている。また、服薬時の経過観察においても総看護師長指示の元、経過観察行っている。		
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	一人ひとりの出来る事を考え、日常生活上での役割意識を持たせて、自信に繋がれるように努めている。畑仕事や家事作業等、個人の得意な事は違っている為、個々に合った対応を行い、気分転換できる支援を行っている。		
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。また、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	年間計画を作成、利用者の状況や天候に合わせた計画の実施を行っている。また、希望する理容室への外出、家族や近隣者との外出、買出し等、出来る範囲内で外出支援行っている。	年間計画を作成し花見や外食等のドライブに出かける他、日常的な散歩、買い物、花壇の手入れや畑からの収穫など外出や、外気に触れる多様な機会を確保している。また、なじみの美容室からは自宅経由で送迎してくれる人、元同僚でお茶会に誘ってくれる人、家族と墓参りに行く人など地域や家族の協力による外出の機会もある。	

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	自己管理できる利用者に手元に置き、あくまでも自己管理。自己管理は認知症の為無理だが、「持っていたい。持っていないとだめな人」に関しては、家族の理解を得て少額を手元において安心させるようにしている。殆どの利用者に関しては施設で小遣い程度の金額を預かり管理している。		
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	希望に応じて、電話や手紙のやり取りが出来るように支援している。携帯電話の支援も行っている。		
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	居住空間の装飾は、その季節に合った装飾を心掛け、家具の配置等も行い、危険のないように配慮。共有空間では清潔に個々が気持ち良く使用できるよう工夫している。	リビング、台所、浴室、トイレ、廊下など整理整頓がなされ、余裕のある広さである。居室と廊下の境には備え付けのベンチがあり気に入った場所で小休憩して過ごすことができる。広い畳スペースには茶箆筥、テレビが置かれ、冬期間は堀炬燵に模様替えし、温かい空間になる。温湿度が管理され、生活感や季節感を取り入れた飾り付けで居心地良く過ごすことができる。	
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	ソファや家具の配置を工夫。クッション等も利用しながら、馴染みの利用者同士がゆっくりと過ごせるスペースの工夫を行っている。		
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	家族の協力を得て、家具や寝具等、自宅で使い慣れたもの、馴染みのものを持ち込みしてもらい、居室作りに努めている。	利用者の希望に応じ、和室、洋室を選ぶことができる。なじみの家具やテレビ、また思い出の写真などを持ち込んでもらい、生活感ある空間に気持ちよく安心して過ごせるよう配慮がなされている。	
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」や「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	状態に合わせて、居室・廊下・トイレ等に手すりの設置、ベット(家具調ベット・介護用ベット)や布団等、個人の希望に合わせた生活スタイルを配慮、本人らしい生活が出来るように支援している。		