

## 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	4590900025		
法人名	医療法人武雄会		
事業所名	グループホームもみの木	ユニット名	西棟
所在地	宮崎県えびの市大字原田2199番地1		
自己評価作成日	平成30年6	評価結果市町村受理日	平成30年8月23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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=4590900025-00&amp;PrefCd=45&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=4590900025-00&amp;PrefCd=45&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

### 【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30年7月20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)】

・同法人の医療機関や訪問看護等との連携を密に図り、また同一地区何に所在していることから、迅速な利用者対応ができる関係である。  
 ・ゆっくりとした時間の提供を行い、利用者や家族が安心して過ごせる環境をつくる。  
 ・訪問看護のリハビリ担当との連携を図り、個別訓練の計画・実施を行っている。

### 【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)】

同法人の医療機関や訪問看護ステーション等との連絡を密にし利用者の情報共有に努めている。他の医療機関との連携も「情報提供書」を受診毎に作成し医療機関に送付、また精神科専門医の受診時は職員が付添い、詳細な症状の報告を行うなど連携に取り組んでいる。研修は積極的に参加し、復命研修もホームで実施している。復命書は必ず法人理事長が目を通しコメントを送るなど職員の意欲の引き出しやケアの向上に努めている。思いや意向の把握では「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」一部シートを活用し日々の生活支援やケアプラン作成に繋げている。

## 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)	○	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)	○	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	西棟	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	毎朝、朝礼で理念の唱和を行い、業務に就いている。職員トイレにも理念を貼ってあり、施設の目標である事を説明している。	2年前に職員で検討し定めた五つの理念を毎朝朝礼で唱和し、職員で共有している。定期会議や勉強会などで理念の振り返りも行い、理念に即したケアの実施に取り組んでいる。		
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	地域の常会に入り、2ヶ月に1回の園たよりも回覧して頂いている。地域の夏祭りや施設の行事の時も地域のボランティアに参加してもらっている。 駅前の掃除や資源ゴミの収集など行っている。	常会(自治会)に加入し園の便りを回覧したり、ホーム行事でのボランティアの協力が得られている。地区での行事(清掃やごみ収集等)への参加もしており地域との良好な交流が図れている。		
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	市主導の認知症施策検討委員会の一員として参加している。地域の中学生職場体験学習で認知症の勉強や対応について説明を行い、認知症の理解を求めている。			
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	推進会議には市福祉課と包括支援センターの職員に参加して頂き連携を図っている。今年度からは地域の警察(駅前派出所)の方に参加して頂き、施設の現状や離園などの緊急時に連携を図れるようにしている。	会議の意見から警察官の参加に繋がり離設時の協力支援が得られている。また職員の顔と名前が一致しないとの意見があり、玄関に職員の顔写真と名前を掲示するなど会議での意見を生かすよう取り組んでいる。		
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に取り組んでいる	福祉事務所、生活保護担当とも定期的に訪問し、生活状況を報告している。施設計画書も提出し確認して頂いている。運営推進会議に市役所担当も参加されているので、施設の現状や相談もできる関係を築いている。	運営推進会議へ市の担当者や地域包括支援センター職員の参加があり、ホームの活動の周知や利用者の状況報告が出来ている。顔馴染みの関係が図られ協力関係が築かれている。		
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	身体拘束も研修に参加し職員へ伝達研修も行っている。拘束しない状態を目指している。ヒヤリハットや事故報告書を活用して利用者毎の検討会を実施している。	毎年、外部研修に参加しホームでの復命研修も行っている。職員全員が身体拘束の弊害や拘束行為を理解しケアに取り組んでいる。やむを得ない場合は拘束委員会で検討した上、身体拘束ルールに則り、期間や時間を定めて行う事もあった。		
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	虐待防止についても研修に参加し、職員へ伝達研修を行っている。利用者の状況や対応についてユニット会議を行い業務改善も実施している。職員を定期的にユニット勤務を変更し、負担軽減にも努めている。			

自己	外部	項目	自己評価	西棟	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	権利擁護の研修に参加し、職員へ伝達研修を行っている。必要に応じて、社会福祉協議会への相談も行っている。			
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	契約・解約・改定の際は文書による通知等で説明し納得頂いている。入所時は自宅訪問し、生活状況の確認や契約書の内容について説明を行い、不安や疑問点を受け入れている。			
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	家族へ年に1回、アンケートを実施している。家族へは定期的にもみの木たよりと写真を郵送している。利用者の体調や活動報告を毎月、家族へお便りを郵送している。	面会時などに利用者の状況を伝え、意見や要望の把握に努めている。意見の少ない家族も有り、更に意見や希望を把握する為に年1回のアンケートを実施し、その意見を検討しケアの実施に繋げている。		
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	全体会議やリーダー会議での意見や提案を記録し法人へ提出している。また必要に応じて個別面談をしている。	ユニット会議や全体会議を定期的に行い、職員が意見を言いやすい雰囲気作りを努めている。提案された意見は母体法人に提出し、改善が図られた例もある。個別面談も必要時に行い就業継続の支援にも取り組んでいる。		
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	介護処遇改善手当も請求しているので、勤務年数や資格・研修参加状態に応じて、手当の支給を行っている。パート職員も勤務可能な時間帯で勤務できるように努めている。			
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	研修の年計画を作成する時も職員の希望する研修に参加できるように配慮している。研修に参加した職員と研修担当と一緒に伝達研修を実施している。伝達する事で研修内容の再確認ができています。			
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	地域主催の研修に参加するなど、交流の機会を設けるように努めている。市主催と同法人のオレンジカフェへの参加も行い、職員や地域の方との交流の機会も作っている。			

自己	外部	項目	自己評価	西棟	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	入所前に自宅訪問し、本人の状態を確認したり、本人の要望等も聞いている。(センター方式B-3)暮らし情報を家族に記入して頂き、施設での処遇に努めている。			
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	入所前のアセスメント実施の段階で家族が困っている事など聞き取りを行っている。入所後も定期的な面会や外出も依頼し、家族との関わりを継続でき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	入所の相談時に本人・家族の状況や要望をもとに対応している。必要に応じて他サービスの利用や紹介や介護支援専門員との連絡調整を行っている。			
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	本人にできる家事作業など役割を持ってもらっている。居室担当と一緒に衣類の整理整頓も行い必要な物を家族へ連絡している。			
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	病院受診を家族へ依頼したり、面会の時もゆっくり居室で過ごせるように配慮している。面会時も生活の様子を報告している。遠方におられる家族へはお便りや写真を送っている。			
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	行きつけの美容室がある方は家族と一緒に行かれる。知人や親戚の方へも面会ができる事を説明している。ドライブも地域へ出かけている。	家族やホームの支援で行きつけの美容室を利用したり、生活圏域のドライブ、外食や墓参り、自宅へ戻るなど、馴染みの関係が継続出来るように取り組んでいる。		
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	気の合った利用者同士の座席配慮や共同作業の時は利用者の能力に合わせて職員が間に入り作業ができるように配慮している。			

自己	外部	項目	自己評価	西棟	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	施設退所時も家族からの電話や相談に応じている。他施設への入所決定時も介護支援専門員と情報交換を行い、新しい生活に早く馴染めるように配慮している。			
<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	買い物の希望や自宅訪問などの要望時は希望に添えるようにしている。日頃より利用者の方に選択の機会を設けている。		利用者や家族からの聞き取りや日々の利用者の表情や言動観察、「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」の一部シートの活用により利用者個々の思いや意向の把握に努めている。	
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	入所時や面会時にセンター方式等を使って、馴染みの生活を把握している。サービス利用の経過については介護支援専門員との連携を図り、情報の把握に努めている。			
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	利用者の生活のリズムを把握しつつ、利用者のADLの把握に努めている。作業等の参加など個別経過記録に記入している。			
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	サービス担当者会議時に現状や課題について検討している。検討後に介護計画の変更など行っている。面会時などに家族へ要望など聞いて介護計画へ反映している。		利用者や家族からの意向や希望を把握し、担当職員のモニタリング評価(月1回)や心身の状態を担当者会議で検討している。短期目標3ヶ月でケアプランの作成を行っているが、状態が変化した場合は随時変更するよう努めている。	
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	個別経過記録はケアプランの実施経過を記入するようにしている。日常の気づきについても記録してユニット毎に送りノートに記入している。			
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	提携病院や訪問看護との連携を図り、個別訓練や福祉用具の選定など相談ができています。			

自己	外部	項目	自己評価	西棟	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	地域行事の参加を通して少しでも楽しんで頂けるように取り組んでいる。市主催・同法人のオレンジカフェへの参加も行い、地域の方や地域包括支援センターの方との交流もできるようにしている。			
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	かかりつけ医との協力体制も整っている。受診ができない方は往診の相談も行っている。受診時・往診時はノートに状態を記入し主治医からの指示も頂いている。家族が定期的に受診協力される方もおられる。皮膚科・歯科受診も同様である。	かかりつけ医は利用者や家族の希望で決めている。協力医療機関受診時は情報ノートを活用している。他の医療機関受診時は「情報提供書」を毎回作成し医師へ提出を行い、適切な医療を受けられるように取り組んでいる。		
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	定期的に訪問看護の訪問があり、利用者の状況の報告や適切なアドバイスをもらっている。医療行為が必要な場合も協力医の看護師の訪問や相談もでき協力頂いている。			
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。	入院時はADL・暮らしの状態を情報提供を行っている。病院の相談員へこまめに連絡を行い、その都度、訪問し治療状況を確認している。早期に退院できるように努めている。			
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合は早期に家族面談を行い、今後の施設対応について話し合いを行う。必要に応じて病院の主治医を含めて話し合う事もある。話し合った内容をユニット会議を行い、職員へ伝達を行っている。	看取りや重度化した場合の指針・同意書を作成している。心身の状態変化により、利用者や家族に説明を随時行い意向を確認している。検討した内容を職員に伝達し共有を図っている。	入居時にホームで対応出来ることや出来ない事を指針に基づき説明し、入居段階での同意を得るような取り組みに期待したい。	
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	緊急時の対応について、定期的に勉強会を行っている。実践を交えた勉強会も行っている。緊急時の対応マニュアルも作成し、見直しも行って。			
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	避難訓練の実施も年に2回実施している。災害時のマニュアルも作成して、見直しもしている。食料は委託業者で管理・保管されている。最低限の水は準備して施設で保管している。	年2回(内1回夜間想定)訓練を消防署の立会いの下、実施している。マニュアルを整備し、火災以外にも台風や大雨、地震時の対応を定めていて、水や1週間分の食料備蓄もある。近所へは回覧などで訓練のお知らせをしているが参加は見られていない。	非常時に近隣の住民の方や事業所の方々の協力が得られるように、訓練への参加に向けた取り組みに期待したい。	

自己	外部	項目	自己評価	西棟	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	日常の介護の中でも注意すべき点があったら職員を個別に指導している。排泄や入浴は特に1対1の対応なので特に配慮を行っている。	訪室時は必ずフックをしたり、声掛けが慣れた物言いになつたりしないように注意している。すぐわかない言動があった場合、リーダーや管理者が個別に指導を行っている。また、排せつ誘導時は他の人に分からないように誘導するなどの対応に努めている。		
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	毎日のレクリエーションや散歩など本人に聞いて希望される物を提供できるようにしている。押しつけと思われるような声かけに注意し、本人の発語を促すように心がけている。			
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	利用者のペースを優先した介護に努めている。家事作業も本人が希望される作業を手伝ってもらっている。			
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	髯そりや化粧など、本人の希望に合わせて支援している。自宅で使用していた衣類を家族に準備してもらって、本人の好きな服を着てもらっている。散髪の希望の際は行きつけの理容店に家族と一緒に رفتり、訪問で対応している。			
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	盛り付けや配膳、食器洗い等好まれる作業を職員と一緒にしている。定期的に外食を行い、本人に選んでもらっている。利用者毎に食事形態も変えている。	時に、おやつは利用者と一緒に手作りしたり、年に2回は外食に行きメニューを選択してもらうなど、食事が楽しめるように工夫している。また盛り付けや片づけなど利用者が役割として実施している。		
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	栄養士の作成した栄養バランスの摂れた食事を提供している。水分摂取量も管理して、本人の嗜好に合わせて提供している。月に1回体重測定を実施するようにしている。			
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	毎食後に口腔ケアの実施や声かけを行っている。その際に口腔の状況を確認している。協力歯科への受診や義歯調整も依頼している。			

自己	外部	項目	自己評価	西棟	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	利用者毎に排泄記録を記入して、排泄パターンを把握している。時間誘導でトイレでの排泄ができるように支援している。		排せつパターンに基づき日中はトイレ誘導を実施している。排便の時に便の性状を記録するなど水分摂取に特に留意した取組を行うことにより薬剤が減少した利用者もいる。	
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	朝に牛乳と麦ご飯を提供している。水分摂取量の管理と運動を促し、自然排便に心がけている。 自己排便が無い方は腹部マッサージの実施も行っている。			
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴時間の希望や仲のいい利用者と一緒に入れるようにしている。個浴を希望される方は個浴で対応している。		週3回が基本だが毎日でも入浴できるように整えている。個浴以外に、仲の良い利用者同士と一緒に入れる少し大きめの浴室も有り、利用者が選んで入浴できるよう工夫している。ゆず湯など季節感あふれる入浴の取組も行い少しでも入浴が楽しめるように努めている。	
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	休む前に本や新聞を読まれる方は家から使用されていたスタンドを持って来て頂き本人がゆっくりできる環境も作っている。昼寝を習慣にされている方は休んで頂いて一人の時間も作っている。			
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	利用者別に服薬管理や次回の病院受診も確認している。服薬時もその都度、手渡し飲まれるまで確認し、飲み忘れの防止に努めている。			
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	家事作業の分担や食事の前の挨拶、メニューを伝える事など、利用者に合わせて分担している。ドライブ・草取り・農作業など利用者の希望を取り入れて実施している。			
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	季節感を味わって頂く為、外出やドライブの機会を設けている。お弁当を持って、花見遠足にも出かけている。家族には一緒に外出の機会を作ってもらうように協力をお願いしている。		ほぼ毎日、近所を散歩したり、地域内のドライブ、買い物に出かける利用者もいる。同法人で行っている認知症カフェへ出かける事も有り、利用者一人ひとりに沿った日常的な外出の取組が出来るよう努めている。	

自己	外部	項目	自己評価	西棟	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	自己管理ができない場合は預かりとしている。毎月、金銭の収支を家族へ郵送している。家族と話し合い本人で管理されている方もおられる。買い物などの時は職員が同伴し、楽しく買い物ができるように支援している。			
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	入所契約時に電話連絡もできる事を説明している。家族への思いをノートに書いてもらい、面会時に読んで頂いている。年賀状も各自書いてもらい郵送している。			
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	ゆつくりできる環境を作っている。季節毎にリビングの設定も行い、居心地のいい空間を整えている。 リビングや廊下に季節感あふれる壁紙の作成を利用者と一緒に行っている。玄関には利用者の顔写真や季節の花を置いて読んで頂いている。	季節毎にリビングのテーブルや椅子、ソファの配置を変えたり、利用者同士の関係に留意した席の配置を行っている。採光や温度も適切に管理され、過剰な飾りつけも無く落ち着いた居心地の良い空間作りに努めている。		
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	利用者の関係性を考慮し、座席の配置を検討している。またソファでゆつくり休んでテレビ観賞やカラオケなどできるようにしている。玄関先にベンチを置き、気軽に座って頂けるようにしている。			
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	家族と相談しながら自宅で使用されているタンスやテレビなど持って来てもらう。居室に家族の写真を貼って本人が安心して過ごせるようにしている。	利用者や家族と相談し馴染みの物の持ち込みを勧めている。家族の位牌や写真、使い慣れたテレビやソファ、椅子や机、筆筒などの持ち込みで安心して居心地よく過ごせるような居室作りに努めている。		
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	居室での動作が安全にできるように、手すりや夜間のポータブルトイレの設置など行っている。動きやすさベッドの位置や高さの調整も行っている。 歩行状態に合わせて、シルバーカー・4点杖・補高靴の作成なども行っている。			