

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	宮崎市大字大瀬町3190番地		
自己評価作成日	令和元年11月1日	評価結果市町村受理日	令和2年1月16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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action=kouhyou_pref_search_list_list=true
----------	---

【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	令和元年12月5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・内部研修等を通じ、認知症ケアに対しての知識や技術の向上に努め、利用者支援を行っている。利用者の生活の中の楽しみを大切にできるように、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、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)】

理念と年間目標を定め、また職員も個々の年間目標を定めて具体的なケアの実践に努めている。家族交流会の実施や職員の個人面談を定期的に行い、家族や職員の考えや思い、意見や提案を把握し、運営に生かすよう取り組んでいる。毎週地域へ外出する日を決め、馴染みの場所や人との交流に努めている。また、同敷地内の特別養護老人ホームやケアハウス、デイサービスなどと行事を合同で行うなど交流を深めるよう取り組んでいる。

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	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	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。具体的なケアについては、毎月のミーティング等で話し合う時に、理念に沿って支援の方向性が統一されているか確認しあっている。	年度ごとに具体的な目標を定め、毎月のミーティングで理念や目標に沿っているか話し合い、ケアの統一に取り組んでいる。	
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	日常的に近所の馴染みのある店(以前通っていた店等)に買い物に行ったり、通っていた地元地域への外出支援を行っている。	地域の催し(朝市や祭りなど)に利用者と参加したり法人の行事(運動会や夏祭りなど)に地域の方が参加するなど地域との交流に取り組んでいる。	
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	管理者は認知症介護指導者として県主催の認知症研修に携わっている。また家族会、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、利用者やサービスの報告だけでなく、様々な意見をもらい、日頃の支援に反映させ実践している。出席者へは毎回お茶と手作りのおやつを提供。おやつ作りやお茶出しは利用者が携わっている。	会議では、活動内容や行事案内、ヒヤリハット、利用者状況等を画像で報告している。運営推進委員の他、利用者や家族が参加し、出された地域の情報、意見や提案をサービスの向上に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	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。	法人で市に相談し認知症カフェの運営を行ったり、地域包括支援センターが運営推進会議へ参加するなど、協力関係の構築に取り組んでいる。	
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、一緒に歩いたり、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。	外部や内部研修を年間3回実施し、職員全員がスピーチロックも含め、その弊害について理解し身体拘束の無いケアに取り組んでいる。日中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	施設内研修やミーティング等で、高齢者虐待の理解・浸透に向けた取組を図っている。		

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等についての勉強会を開催し、理解を深めるようしているが、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い、文書による説明も行って理解・納得を図っている。		
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	なんでも言い合える雰囲気づくりのため、家族交流会、運営推進会議、便りの発行等で職員や事業所の事を知ってもらう機会を設けている。特に家族面会時には関係性の構築のため、積極的に話しかけるように職員全員意識して取り組んでいる。	年3回家族交流会を開催し、家族の意向や希望の把握に努めている。家族の面会時には日々の様子を画像で見せて説明し、意見や提案を収集し運営に反映させるよう努めている。	
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雰囲気作りのため、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、管理者との個人面談を設け、意見を聞き反映させている。	年度ごとに個人目標を定めている。個人面談を年2回実施し目標の達成具合や職員の意見の把握に努めている。職員からの意見や提案などを運営に反映させるよう取り組んでいる。	
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	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に行ったり、他施設の見学受け入れを行っている。またグループホーム連絡協議会を通して、情報交換できる研修等の機会に積極的に参加し、職員の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、本人と時間をかけ一緒に過ごし、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	家族が何を求めているのか、サービスが必要となったこれまでの経緯等について、家族の想いも含め、アセスメントシートの様式に沿って、ゆっくり聞くようにし、話しやすい雰囲気づくりに努めている。		
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ができるよう努めている。		
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	利用者の生活の場に職員がいるということを知り、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、馴染みの場に外出する支援を行っている。また家族が本人と一緒に外出する機会を設けたり、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い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との情報収集を行い、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、地域に暮らす馴染みの友人の家、神社等に出掛ける等、馴染みの人や場所との繋がりとの継続が出来るよう支援している。	利用者や家族から情報を収集し馴染みの人や場所などを把握し、家族の協力で美容院や外食に出かけたり、職員が馴染みの場所へ連れていくなど関係継続の支援に努めている。	
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	契約終了した家族の経過を地域の民生委員と情報交換しながらフォローした事例がある。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職員間で情報を共有し、また利用者やゆっくり話をする機会を設け、意向の把握に努めている。	利用者や家族からの聞き取りやセンター方式(認知症の人のためのケアマネジメント)のシートを一部使用したり、日々の表情や言動を観察して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	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、また過去に利用していたサービス事業所からの情報を収集している。それを踏まえ本人、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し、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報告、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。	カンファレンスを行うと共に毎月のモニタリング、利用者・家族の意見を確認し作成している。担当者会議を開催しケアプランを決定するが状態の変化などの場合は随時、プランを見直すよう努めている。	
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	個別的にケースファイルを用意し、日々の暮らしや本人の言葉、行ったケア、そこから影響を与えている事、職員の気づき、具体的なケアのあ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に資源の情報を得て活用したり、地域イベントに参加し交流を図っている。		
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連携を図っている。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。	利用者や家族が希望するかかりつけ医となっている。外来受診は基本、家族が行うが事前に状態を医療機関に伝えたり、必要時は職員が同行し適切に医療が受けられるように支援している。	
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。夜間帯もオンコール体制をとっている。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、定期的に病院へ面会に行き、家族・連携室と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、看取り介護について事業所でできるとして具体的な説明を行い、その時の意向を本人、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。エンディングノート等の紹介にも必要に応じて行っている。	契約時やその後も定期的に重度化や看取りについて説明し同意を得ている。重度化した場合は他施設への紹介を行っている。ただ重度化の具体的な状態について契約時の説明のみであり定期的な説明は行っていない。	更に丁寧な対応として、重度化の状態について具体的に記載しホームとして対応できる・できない事を明確化し、同意を得られるような取組に期待したい。
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。	法人全体の訓練に消防署や地域の消防団の参加がある。ホーム独自の訓練も毎月実施し、火災や地震時の対応に取り組んでいる。水や食料品、調理器具を備蓄し、災害対策に取り組んでいる。	

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について確認し合う機会を設け、実践している。	ミーティングや勉強会で接遇やプライバシー、尊厳について話し合い、職員は排せつ等、耳元での声かけや言動に注意してケアに取り組んでいる。入浴など同性介護を望まれる利用者には対応している。	
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	利用者それぞれが、衣類や飲み物、おやつを自分で選べ、自己決定できる環境を整えている。些細な場面でも利用者に応じた声掛け等を行い、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、例えば買い物に行きたい要望がある利用者には同行し外出したり、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自身が決めているが、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。	利用者と買い出しや味見、調理方法を教えてもらったり、配膳下膳、職員も一緒に食事をするなど食事が楽しみなものになるよう支援している。	
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、本人の嗜好・状態に合わせた食事を提供し、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みらい、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、助言をもらっている。毎月歯科衛生士による勉強会を開催し、口腔ケアについての知識技術向上に努めている。		

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
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観察しながらトイレ誘導を行っている。また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。	排せつパターンを把握し、排せつの自立に向けた支援に取り組んでいる。支援により、オムツから布パンツ利用へ改善した例がある。	
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、本人に入浴の希望を確認して支援している。なかなか入浴したくない方については、気分のタイミングや職員の声掛けの仕方、心地よい入浴方法について検討し、個々に合わせた対応をしている。	利用者のタイミングに合わせ、声かけし入浴支援を行っている。また、季節湯や音楽を流すなど個々に沿った支援に努めている。	
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	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利用者の情報交換に努めている。		
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	日常生活において、したい事、出来る事、出来るよ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企画、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	本人の希望に出来るだけ添えるように、行きたい場所を、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、積極的な外出支援に努めている。家族での外出が実現できる様、移乗やトイレ介助等の技術を家族へ助言し、家族の不安軽減に努めている。	散歩や同敷地内の観音堂に拝観や、ゴミ捨て場に行くなど日常的な外出支援に努めている。また花見や外食など計画、実施し、支援に取り組んでいる。	

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	外出し買い物をする時は、本人の残っている力を発揮する場面として、金銭の出納を行っている利用者もいる。不安がある場合は職員と一緒に確認することで、欲しい物を自身で安心して購入でき満足を得られる機会へと繋げている。		
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	電話をかけたい時は必要であれば職員が介入し電話をかけたり、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職員間で話し合い、環境整備に努めている。	採光や温度などに配慮し、また利用者個々に配席も考慮し、居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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、畳やソファを設置し、利用者自身が好きなスペースで過ごせるよう環境を整備している。		
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	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。	馴染みのたんすや仏壇、テレビや家族の写真などを持ち込み、居心地良く過ごせるよう工夫している。また利用者個々の心身の状態を把握し危険の無いよう家具の配置やベッドの配置を検討している。	
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う事ができるよう工夫している。また本人の動線を把握し危険がないよう家具を設置する等も行っている。		