

### 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	4070001377
法人名	社会福祉法人松風会
事業所名	認知症高齢者グループホーム『みやこの愛』 ユニット名すずらん・さくら
所在地	福岡県京都郡みやこ町豊津1205-1
自己評価作成日	平成27年10月30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)】**

「人生ゆっくり自分らしく」の目的を目指し利用者の皆様の「笑い声」が絶えない、利用者中心の共同生活実現を目指している。認知症介護専門施設として、地域にその専門性をもって貢献することを目指し主に「ごみの分減収集・いきいきサロン」等を通して互いに理解を深める双方向交流を目指している。

※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。

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/40/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/40/index.php</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社 アーバン・マトリックス 福祉評価センター		
所在地	福岡県北九州市戸畑区境川一丁目7番6号		
訪問調査日	平成28年1月22日	評価結果確定日	平成28年2月29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)】**

京築の山々に囲まれた自然の中で、春にはたけのご堀りを行い、広い敷地内では畑やウッドデッキで季節を感じながら、「人生ゆっくり自分らしく」暮らせるよう、生活環境が整備されている。少しずつ重度化へと移行している利用者や向き合い、「その人らしさ」を追求しながら職員同士が意見を出し合い、チームケアの実践に取り組んでいる。地域で行われる「いきいきサロン」への参加や、近隣の神社のお神輿が来所するなど、地域とも交流を深めている。グループホーム協議会や保健所の研修による看取り事例の報告など、認知症サービス拠点事業所として今後地域貢献が期待される事業所である。

**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
58 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:25,26,27)	○ 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	65 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ます (参考項目:9,10,21)	○ 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
59 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:20,40)	○ 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	66 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:2,22)	○ 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
60 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:40)	○ 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 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. 全くいない
61 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:38,39)	○ 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 職員は、生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
62 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:51)	○ 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	69 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
63 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:32,33)	○ 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	70 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
64 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:30)	○ 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
<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	毎日常礼時に事務室に掲げている「理念」を、利用者代表・施設長・管理者・職員一同唱和している。	開設当初より事業所理念を継承し、掲示・唱和をしている。今までできていたことができなくなる方も少しずつ増えているが「人生ゆっくり自分らしく」を大切に考え、自分たちの支援を日々振り返っている。	
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	回覧板の受け渡しを通して地域の情報を共有し、定期的に行われる交流会・清掃活動に参加している。又、天気の良い日には散歩に出かけるなどが出来ている。	2回/年の集団清掃では草刈りなどを行い、お祭りや敬老会など行事を通して地域と交流している。「いきいきサロン」では料理教室や運動、ゲームなどに利用者も参加し地域と触れ合っている。	
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	祭事に、子供会・神社の神輿訪問時全員で出迎え交流の機会を持っている。非常災害時の対応協力を区長を通して連携し要請している。又、認知症サポーターフォローアップ研修を当してグループホーム協議会として活動している。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	二か月毎の定期的開催により、生活活動状況や施設での生活環境に対する課題・問題解決の方向性など意見交換している。内容を要望や評価項目に整理しユニット会議に諮っている	運営推進会議は1回/2か月定期的で開催され、2組程度の家族の参加がある。意見や情報交換は活発にされ、介護ロボットの活用などについても楽しく意見が交わされている。	
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	月初に入居者情報・二か月に一度運営推進会議記録報告を、町介護福祉課に提出している。町開催の研修会に参加し、認知症に特化した地域への拠点活動を目指し、その方向性の具体化に取り組んでいる。	定期的に参加しているグループホーム連絡協議会には、みやこ町担当者の参加もあり情報交換を行っている。月初に空床状況を報告し、紹介があったこともある。今後は地域のボランティア活動の受け入れなども検討している。	
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、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	自・他の利用者の安全面で、やむを得ず身体拘束が必要な場合は、理由・身体拘束の時間・方法・期間等を書類に明文化しし家族の合意を得ている。現在個人の身体拘束対象者はいない。現実的には、玄関の施錠等必要な時間帯には実施しているが直接・間接を問わず拘束・抑制の廃止に向けた関わりを重点目標として取り組んでいる。	みやこ町で行われる虐待や身体拘束の研修に参加するなど、身体拘束に関する意識は向上している。帰宅願望の方には散歩をし気分転換を図りながら、施錠について安全性とのジレンマを感じつつケアによる対応を行っている。	
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	高齢者の権利擁護を基本にした施設内研修を定期的に行っている。		

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
8	(6)	○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	権利擁護の研修の参加に努め、施設内研修等で学習の機会を図っている。	現在、制度の活用の方はいないが、利用の際には説明できるようにパンフレットを準備し、窓口を伝えられるようにしている。	
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	重要事項説明書・利用契約書に基づいた説明及び質疑応答には、納得を基本に対応している。		
10	(7)	○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	運営推進会議・面会時等、利用者やその家族には忌憚のない意見・質問ができる信頼関係を築き都度報告している。又、苦情箱の設置を行っている。	家族からの意見は出しやすい雰囲気を作るようにしている。自己負担が2割になることについての負担感など具体的に意見が出て討議している。1～2回/年行われる家族交流会では、スタッフと家族の交流、家族同士の交流の場となっている。	
11	(8)	○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	ユニット会議を開催し、意見を募り話し合うようにしている。	会議は不定期に行われ、重度化へと移行している現状のケアの在り方についてや、活性化に向けた関わりについてなど意見があり、管理者・主任が中心となり役割分担しながら対応している。	
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	勤務体制の希望を募り、労働意欲や就業意欲の意志疎通を図っている。又、能力向上のための研修日程の組成を全職員にいきわたるようにしている。		
13	(9)	○人権の尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また事業所で働く職員についても、その能力を発揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している	平成24年度より、準職員性を廃止、新たに職員制度を導入し処遇改善に努めている。募集・採用に当たり、性別・年齢の理由で排除していない。	職員の募集・採用にあたっては性別や年齢による排除は行っていない。資格取得や研修の希望にはできるだけ添うようにしており、有給休暇など調整している。また夏季・冬季休暇は3日ずつあり、施設長よりお年玉が配られるなどの配慮もある。	
14	(10)	○人権教育・啓発活動 法人代表者及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる	利用者・家族への言葉遣いや態度を、接遇といえるケア環境の観点から取り組み、定着できるよう努力している。	利用者の人権に対しては日頃から職員の対応にアンテナをはり、「危ないよ」の前に近くに寄り添う、「立ったらだめ」ではなく「何かご用ですか」等個々に応じた対応を指導している。	

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
15		○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	パーソン・センタード・ケアを柱に、OFFJT・OJT方式で進めている。外部研修では、認知症介護実践者研修受講を推進している。		
16		○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	保健所・介護福祉課主宰の研修に参加している。又地区グループホーム協議会の会員との交流を推進している。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
17		○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	本人の生活歴・家族・各関連機関からの情報をもとに、居宅に訪問し本人・家族との信頼関係構築に努めている。施設見学の際には、本人が安心できるあらゆる環境を整えて対応している。		
18		○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	本人の生活歴を家族の回想のもとに確認する。過去から現在にいたる様々なエピソードを整理し具体的な対応の提案につなげる。		
19		○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	在宅支援は可能か、施設入居介護でも何れの施設がよいかなど利用者本人・家族のみならず、介護能力の観点からも検討し、必要ならば地域包括支援センターに相談している。		
20		○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	生活のパートナーシップとして対応、寄り添いの気持ちで接している。		
21		○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	利用者本人がよりどころとしている生活経験を一番良く知っている支援者として接している。		
22	(11)	○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	家族面会時に馴染みの方との来訪を依頼したりしている。	以前は、行きつけの美容院に行く方もあり支援をしていた。「いきいきサロン」で昔の知人に会ったり区のそうめん流しで昔の俳句仲間会など、なじみの関係継続を支援している。	

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
23		○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	余暇の時間帯には自室の閉じこもりがないよう 皆さんが同じ場所で過ごせるようにしている。		
24		○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	相談があれば、必要に応じ対応している。		
<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>					
25	(12)	○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	利用者本人の生活パターンや体調に応じた活動の 時間帯でのケア提供をはかっている。食事・入浴・ 排泄など利用者本人のペースを優先している。帰 宅願望などの対処は気持ちに寄り添う声掛けで 対応している。	アセスメントシートは改善され、食事・入浴・ 排泄など身体面や生活行為に関する情報や生育 歴を聴き取り、ケアに反映させている。意向や 満足度は計画作成担当者より3か月毎確認し、 次の計画に反映させるようにしている。	利用者の生育歴や趣味など好きなことなどを 中心に、ホームでの暮らしに対する意向や日々 の思いを具体的なケアの実践につなげると、よ り、個別性のある計画が立てられると思われ ます。
26		○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	馴染みの関係・環境が提供できるように新規 入居時には、アセスメントシートをもとに生育 (生活)歴・家族関係・学歴・職歴・趣味・病歴・ 生活障害にいたる背景や、社会活動参加の把握 に努めている。又、入所経過後も必要があれば 家族に過去歴を訪ねている。		
27		○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	管理者・計画作成担当者が、現場の介護職と の連携によりケアチェック表を基にした心身の 状態把握に努めている。		
28	(13)	○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	体調変化や入・退院時・介護区分認定時など その都度、サービス計画を策定、生活支援サ ービスの見直しを家族や関係者で行っている。	3か月ごとに満足度やケアの実施状況を評価 し、生活歴や認知症状に応じサービス内容を 計画している。	
29		○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	日勤帯・夜勤帯のチームケアによる体調や心 身の状態変化を共有しながら、利用者本人の 希望に即した医療連携と家族連絡を行っている。		

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
30		○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	医療面では、かかりつけ医の推進、訪問看護ステーションとの医療連携により充実を図っている。又家族が通院介助できない際には受診介助も行っている。入居者のレクリエーション対応で外出介助も行っている。		
31		○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	食材料の仕入れは近隣の農協を利用し定期的な出入りに始まり、コメの調達、訪問理容、訪問マッサージなど、利用者の日常にすぐに触れ合う交流とともに、祭りには定期的に神輿の訪問があり触れ合う交流が実現できている。		
32	(14)	○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	本人や家族が希望するかかりつけ医の定期訪問診療及び受診が出来る複数の医療機関との関係を築いている。他科受診の際にはかかりつけ医の紹介状を持参し診療情報が、かかりつけ医に集約する体制を推進しより適切な医療を受けられるよう支援している。	本人、家族の希望に応じ受診や往診の支援を行っている。受診には同行し、医師への情報提供と共に家族への報告を実施している。精神科など内服の調整が必要な際には家族の同伴を依頼し、共有するようにしている。	
33		○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	医療連携している訪問看護ステーションより派遣された看護師による月4回の健康チェック・医療相談を実施している。又受診・訪問診療に際して助言の提供、かかりつけ医への報告等医療と介護の橋渡しの役目も担ってもらっている。		
34		○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。	かかりつけ医による紹介・診療情報の提供を推進し、主治医による入院加療情報提供・看護サマリー・リハビリ計画等の情報提供を受け、病院・かかりつけ医・施設(家族)が情報を共有できる関係が出来ている。		
35	(15)	○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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所時、救急時救命・終末期の在り方については意思確認書などを介し定期的に確認し、家族に協力を得ながらの支援としている。	ホームでの看取りを経験しており、その際には利用者の清拭などにも携わった。看取りについては訪問看護と振り返りを行い、保健所の研修に参加し事例報告をする等、経験を生かしている。ホームと医師、家族、看護師との連携の必要性を実感しながら、前向きに検討をすすめている。	
36		○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	医療連携体制として、日勤帯・夜勤帯に分けた高度指針があり、急変時での対処はその連絡網に従って行動している。		

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	
37	(16)	○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	24時間緊急体制による行動指針のもとに緊急通報システムとして、通報・消火・避難訓練を年2回消防署・地区役員等の協力を得て行っている。	2回/年消防点検、夜間想定避難訓練を行うよう計画している。訓練には区長や消防分団長の参加がある。管理者が消防団員ということもあり実施に貢献している。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
38	(17)	○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	本人の選択の意志を尊重し、排泄・入浴時の心身の機能維持を促す声掛けに配慮し、尿意・便意などの確認、特に立位可能な限りトイレ排泄は誘導によるようにしている。集団活動参加もその日の体調や気分に応じた声掛けや見守りを行っている。	プライバシーに関しては居室でのオムツ交換の際のドアの開閉など特に注意している。また、お世話好きな利用者に対してはホーム内で町内会長として意見を聞いたり声をかけるなど尊厳を損ねないよう支援している。		
39		○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	できる人ができる力を生かした役割として、掃除・食器洗いやお盆拭き・野菜作りと収穫・喫食の挨拶等時々にお応じてを支援している。残存能力を生かした機能維持への働きかけにも、立ったり、移動したり、移動手段も含め声掛けし見守っている			
40		○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	一人ひとりの体調に合わせた起床・食事・入浴・排泄・余暇のペースを本人の意思や気持ちに委ね、屋外活動を支援している。			
41		○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	外出や行事の時、家族来訪時など家族が揃えて置いてあるものを、季節や気候に合わせて利用者本人と一緒に準備している。又、入浴時などの着替えも可能な人には相談しながら準備している。			
42	(18)	○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	利用者の体調などの状態により食事形態を工夫し自分で食べる事を基本的に支援している。	地元の農協や魚屋より食材が配達され、各ユニット厨房で調理されている。毎日のように厨房に入り調理をする利用者もおり、自立支援を尊重している。また花見や恵方巻など季節行事の際には外食や利用者での調理を行い楽しむ工夫がされている。		
43		○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	栄養メニューは医師・栄養士の助言を基に必要があれば行政に相談し、減塩やカロリーなどの適切性に配慮している。又、利用者の趣向に合わせた水分補給や食事形態にも留意している。			

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
44		○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	必要に応じて、医療では週一回の訪問歯科診療による口腔ケアの実施及、個々人の状態に応じた指導の下に毎日実施している。スポンジ・ブラシを使い分けたり、義歯洗浄・消毒・嗽などの見守り・確認・誘導など対応し必要があれば一部介助している。		
45	(19)	○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	定時の排泄誘導はもとより、尿意の確認を利用者の表情や態度で声掛け誘導している。又、はいせつかんかくをケアチェック表により職員間共有しながら、水分補給援助の連動に繋げている。	排泄パターンチェックで排泄のパターンを把握し対応することでリハビリパンツやオムツから布パンツになる事例は多い。椅子を持ちながらのスクワットや生活の中の歩行訓練の実施などにより自立を支援している。	
46		○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	適切な水分確保・歩行等の運動、食物には繊維質のメニューを考慮する。乳酸菌食品をおやつで提供する等考慮しながら対応している。		
47	(20)	○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	週2回の利用者ごとの曜日・時間ベースはあるものの、週6回入浴できるよう準備している。体調や気分による変更はその都度対応し、希望に寄り添った入浴時間・曜日が実現できるよう努力工夫している。	入浴は定期的に行い、重度化した場合にもできる限り湯船に浸かっているようにしている。足を浴槽につけながらの洗身や必要に応じて手足浴を行うなど個別の対応が行われている。	
48		○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	ホールに居間・ソファー、ウッドデッキを設備し、日中・夜間の休息就寝時に使用している。特に、夜間の不眠時等自室での安眠が妨げられている状態のときは安全確保を第一にホールに誘導し見守っている。		
49		○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	基礎疾患の処方薬・特変時の頓服使用等について、かかりつけ医師の指示に従い援助している。又、薬品情報一覧を個人別に備え付け対応している。		
50		○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	食事準備・掃除・洗濯物干し・たたみ等の手慣れた家事、菜園の管理・折り紙・活花等の創作活動など役割や楽しみが共有できるよう支援している。		

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
51	(21)	○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	季節に合わせた集団での外出機会提供と同時に、家族との外出・外泊支援が行われている。事前に、利用者には外出予定を伝えるとともに、外出希望を把握し、家族とも時間調整し個別に帰宅外出する機会を作っている。	天候の良い日は敷地内の散歩やウッドデッキでのおやつなど戸外へ出かけるよう努めている。帰宅願望などで毎日300～400m屋外へ散歩の同行を行う方もいる。(土)(日)家族と外出し買い物に出かける等支援をしている。	
52		○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	買い物目的の外出の場合、本人の支払いを支援している。唯、個人の現金所持は本人の混乱の重大要因になるため金品管理は家族に委ね、慎重に支援している。		
53		○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	本人が電話連絡を希望する場合などは即座に対応し家族からのメッセージ等も可能な限り直接メッセージのやり取りができるようにし、年賀状等を自書するようにも支援している。		
54	(22)	○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	共用空間は利用者にとって生活感や季節感が感じられ、居心地のよさが提供できるように配慮している。トイレ・廊下・浴室の必要などころには手摺りの設置も行っており、西側・東側にウッドデッキを設備している。	清潔感のある共有空間には季節感が感じられるような飾りつけや行事の写真など掲示され、壁は光ファイバーで匂いにも配慮されている。敷地内には畑やウッドデッキがあり、コスモスや紅葉なども楽しめるようになっている。	
55		○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	畳のスペース・ソファの設置・ウッドデッキを広めに設置し、利用者の移動のペースに応じて思い思いのくつろぎが実現できている。		
56	(23)	○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	自室には洗面台・ベット・押入れは設置している。又、自宅で使い慣れたなじみの家具の持ち込みもなされている。配置は、自宅の慣れ親しんだ環境に近づけるよう本人・家族とも相談し対応している。	自室には使い慣れた家具の持ち込みや飾りがあり、入り口にはスタッフからの感謝状が掲示されている。身体状況や理解度に応じ、環境が配慮されている。	
57		○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	自室・トイレの入口に、本人の写真・名札・確認マークとなるものの工夫をしている。		