

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	0491200317		
法人名	有現会社ペイントプランニング		
事業所名	グループホーム田園		
所在地	登米市豊里町内町浦36		
自己評価作成日		評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	平成31年2月13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)】

入所者さんそれぞれが、今出来ることを日常生活動作の中で、行って貰う事で自分の役割が持て生きがいに繋がるような機会をたくさん持つように支援している。又外出外食などの機会や地域の高齢者との交流会認知症カフェの参加することで、認知症グループホームの存在や認知症について身近で体験してもらい、認知症について知って貰える機会を作る努力をしている。

【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)】

旧北上川沿いの田園風景が広がる地域に地元の企業の「有限会社ペイント・プランニング」が、2017年2月に開所した1ユニットの平屋建の事業所である。理念を全職員で話し合い「共に気遣い 寄り添い 支え合い」とした。職員は、利用者の残存能力を引き出しながら楽しい生活が送れるよう、家族のように寄り添い支援に努めている。そのケアに向き合う姿勢が、利用者の明るい笑顔や職員の声かけの仕方などから垣間見える。利用者は、畑づくりや裁縫など生きがいをもって生活している。利用者の担当を固定せず全職員の目で思いや要望を把握し、ケアに努めており、家族からも信頼を得ている。管理者は、常に職員から意見や要望、思いを受け止め、ケアの質の向上や行事等に取り入れている。また、職場環境に配慮し資格取得に対しても支援している。まだ開所3年目ではあるが、地域の行事や認知症カフェ等に積極的に参加し、交流を深めている。運営推進会議では、積極的な話し合いがされており、誤嚥防止のための口腔ケアやむくみ予防のための体操の実施等、アドバイスを受け入れより良い施設運営に生かせる取り組みを行っている。

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. 全くない
59 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: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（事業所名 GH田園 ）「ユニット名」

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	昨年わかりやすい理念を新しくしたことで職員が常に意識を持ち、入所者さんに接するように努めている。	昨年度職員で作り上げた理念「共に気遣い寄り添い 支え合い」を常に意識できるようにホールに掲示し、ミーティングなどで確認している。理念を念頭にしたケアプラン作りを心がけている。利用者のできることは見守り、家族のように笑顔で接するよう心がけている。	
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	地域のイベントや、老人会などに参加したり地域のボランティアに來所してもらい交流を図ったりしている。	町内会から回覧やお便りが届き、情報収集している。2ヶ月に1回、介護関係の事業所の職員が企画している認知症カフェに利用者と一緒に参加したり、地域の夏祭りや収穫祭に参加し地域住民と交流を深めている。毎月集会所で開催している老人クラブの集まりに参加して楽しんでいる人もいる。ボランティア「おじゃまーず」が來訪し、歌や踊りを披露している。	地域住民が参加できる行事を企画して参加を働きかけ、事業所の理解や利用者との交流がより深められる取り組みを期待する。
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	地域の収穫祭やイベントに参加することにより、地域で生活する認知症入所者さんと交流する機会を持ち理解を深めてもらえるよう活動をしている。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	施設の行事や、地域との交流など地域との繋がりを多くしていく取組や現在の問題を提示し助言や意見を言うて貰えるようにオープンな関係を築けるようにしている。	奇数月に、市職員（長寿介護課）、地域包括職員、区長、民生委員、老人クラブ会長、家族代表、管理者、職員が参加し開催している。運営状況、行事、ヒヤリハット等を報告し、積極的に話し合っている。誤嚥防止のための口腔体操や転倒防止のアドバイス等を受け、ケアに活かしている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議にて施設の状況を報告し、助言や確認などを行っている。	運営推進会議に市職員が年3回程参加している。地域ケア会議では、不審者対応のマニュアル作成にあたりアドバイスを受けた。市から研修案内があり参加したり、外部評価結果の報告や原発への対応方法、介護申請等の相談をしている。	
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	身体的に転倒などの危険な状態が想定出来るときは、家族に了解を得てベットの柵を使用することもあるが職員は使用については理解は出来ている。又夜間を除き玄関の施錠は行っていない。	課題が生じた際には解決に向け都度話し合い、ケア向上に努めている。一人ひとりの外出傾向を把握し、外出傾向の強い人には、本人が納得するよう見守り支援している。玄関は19時～6時半まで施錠し、日中は防犯対策のため、チャイムを設置している。転倒防止のため柵を使用する時は、家族の了解を得ている。	
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	ミーティングや日々の申し送りで入所者さんの状況を把握しており、各自の行動に責任を持って虐待などの行為が起こらないように周知し介護にあたっている。		

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	介護する側される側との差別的な考えを持つことなく、家族のような信頼関係が築けるように職員と共に努力している		
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	契約時に家族に説明し契約書に署名疑問質問などは随時お話を伺いお答えしている。		
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	家族の方が来所された時には現状報告したり、問題が発生した時には随時連絡し説明の会を求めている。又その様なことがあって場合は運営推進会議などで報告助言をもらうなどしている。	毎月、家族に「かえる通信」と一緒に利用者の近況を記した手紙を添えて報告している。来訪時にも近況を伝え、意見・要望を聞いている。緊急時や必要に応じて都度電話連絡をしている。運営推進会議でも家族からの意見・要望を聞き、運営に活かしている。行事や認知症カフェ開催時には参加を呼びかけている。	
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	日々の活動において職員からの提案を検討話し合いの上、日々の介護に反映させている。	普段から気軽に話せる雰囲気作りに努めており、ミーティング時以外にも都度、意見・要望を聞きケアに活かしている。外部研修には職員の希望を優先させ参加している。資格取得に対しても、個々の希望を取り入れ補助金やシフトの調整などの支援をしている。	
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	職員に研修や資格取得の支援などを行いスキルアップすることで意欲的に仕事ができ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	研修会の参加、病院の付き添い・訪看さんの意見を聞くなどいろいろな場面で知識の習得にあたり個々のスキルアップが出来る環境にしている。		
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	町内の介護関係事業者と月に1回情報交換、認知症カフェ開催の為の会議などを行っている。入所者さんも一緒に参加するなどし他の施設の情報を得て施設の活動に反映させている。		

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
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	入所時の不安をなるべく軽減できるように、必要とされている支援は何かを把握し、今自分の出来る事をしてもらい、役割を持つことで自分の居場所を作り安心して生活が出来るように努めている。		
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	施設入所について家族の不安や、問題点をいつでも話しあえる環境を作り、施設に早く馴染めるように支援して行く。		
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	グループホームのサービスに病院・訪看との医療連携で体調管理や緊急時対応を密に行っているがその他介護サービス利用については対応できていない。		
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	生活を共にするとゆう考えから食事・掃除・畑仕事・洗濯畳など家事を共にするなど職員と入所者さんは一緒にすることを多く考えて参加してもらっている。		
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	家族の方にはなるべく頻回の面会をして貰えるように話をしたり、請求書発送家族と密に連絡を取り、本人がいかに快適に過ごすことが出来るか話し合うなどしている。		
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	面会の時の時間を大切にしても貰い、楽しい時間を過ごしてもらえるような環境の提供や、一緒に写真などを写したりして思い出してもらっている。	家族、親戚、友人が来訪している。家族に許可を得て、来訪した友人と一緒に外出する人もいる。理容師の有償ボランティアが来訪している。認知症カフェで地域の人と交流を深めている。季節に合わせ初詣やお花見のほか、外食にも出かけている。馴染みの場所に訪れ、都度写真を撮って後日回想しながら話ができるよう配慮している。	
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	一緒に出来るレクや作業を出来る環境を作り日常生活動作で日々の家事の手伝いなど夫々が出来る事をお互いに支援して行けるように努める。		

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	退所者について家族や入所施設などからの問い合わせ相談などには対応はしている。		
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	日常の動作や会話の中から本人の想いや希望を聞き取、思いに添えるように努めている。	声がけを積極的に行い外出や食事などの要望を聞いたり、行事についても要望があれば活かしている。一人ひとりの生活歴や趣味を把握し、本人の思いや意向に添うよう支援している。裁縫が得意な利用者は吊るし雛などを作り、料理や掃除、畑仕事など、やりたい事をする事で生活に潤いが持てる支援に繋がっている。機械整備など、利用者の特技も生かしている。	
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	今までの生活の中で日常的に行ってきたことや趣味などを聞き出して、施設での生活の中で実践できる環境を整えるように努めている。		
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	趣味や好きな事を把握して施設の生活の中でも出来れば継続できるように支援して行きたい。		
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	生活を共にすることで気が付いたことなど職員で月1回ミーティングでモニタリングをしていることをもとに、アセスメントをして介護計画に結び付けている。状態の変化に伴い家族と話し合いを行い介護計画の変更し支援をしている。	ミーティングで職員が輪番で作成したモニタリング記録をもとに、全職員でアセスメントし、介護計画を作成している。自立支援アセスメントシートには、現在の「日常生活動作」や「手段的日常生活動作」についてや希望しているケア、目標などを分析し、記録している。医師の意見や家族からの要望も参考に介護計画を作成し、家族が来訪時に説明し同意を得ている。	
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	日々の状態を記録し、職員間で毎日申し送りをして個々の情報交換をし支援に結び付けている。		
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	健康状態や精神状態の悪化に伴い、施設での生活に支障をきたすようになった場合を考えて医療との連携や訪看の利用の支援や老健などの入所に向けた支援などを行っている。		

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
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	施設での生活では施設と地域資源と関係を取りることにより個々生活に繋がられるように支援をしている。		
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	病院受診については概ね施設での支援になっており、主治医との関係も密に取ってなんでも相談できる関係を築いている。	多くの利用者は、協力医療機関をかかりつけ医にしている。受診は3～4人で一緒に職員が同行し、結果を家族に報告している。その他のかかりつけ医の受診には、基本家族が付き添い口頭で状態を伝え、結果を日誌に記録し情報共有している。往診契約をしている利用者もいる。週1回、訪問看護師が健康管理を行っている。	
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	医療連携で訪問看護を利用しており、訪看さんとの関係も出来ており、緊急時の対応もしてもらい、主治医との連携などについても助言をして貰っている。		
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。	入院時は病院の訪問を頻回にして状態の確認や聞き取りを素にその都度聞き家族に報告している。		
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	重度化したり終末期について施設での生活が困難になった時、次の施設入所検討などの説明を行っている。延命治療についてはどうすべきか家族本人の意向を確認書に署名して頂いている。	入居時に、重度化し医療行為が必要になった時の対応について説明し、同意を得ている。延命治療についての確認書に署名をもらっている。事業所での看取りはしていないが、訪問看護師が24時間体制で、利用者の状態の相談を受け、急変時の医療連携体制が取れている。	
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	緊急時、事故などの場合、緊急搬送・救急車の手配など迅速な対応を行っている。緊急時本人の情報が直ぐに説明出来るように緊急持ち出し書類を準備している。		
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	火災訓練は年2回行っている、地震水害の訓練を行っている。原発などの被害については現在県の方針に沿って避難施設などの準備を進めている。	年2回消防立会いのもと、夜間想定避難訓練を行っている。地域住民の参加はまだないが、運営推進会議を活用し、今後参加の協力依頼を検討している。消火器3台、スプリンクラー、火災報知器、AEDを設置している。感染症対策として外出時のマスクの着用やうがい手洗いを励行している。	マニュアルを整備し、非常時の対応についての理解を深めるとともに、地域住民の協力を得られる体制づくりを期待したい。

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	人生の先輩として個々の人格を損なうことなく尊重しつつ、家族のような関係性を保ちながら言葉使いに気を付けて支援にあたっている。	呼び名は名前に「さん」付けで呼んでいる。家族のように接しながらも否定したり子供に対するような扱いをせず、利用者の尊厳を尊重した言葉遣いを心掛けている。入室の際は本人に声がけし了解を得ている。排泄介助はさりげなく声がけしトイレに誘導して行っている。	
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	危険を伴う行動や発言以外は施設として出来る範囲で本人の意に添えるように努力している。		
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	支援するうえで、職員の配置上無理のない範囲で個々の希望に沿って過ごせるように、反対語や否定語を使わないように努力している。		
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	洗面や整容の支援で気持ちよく過ごせるように支援しており、女性の白髪締めをしたり、ボランティアの美容師さんにより低価格でのカットなどを定期的にお願している。		
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	各自の好みに配慮したメニューを作ったり、行事食・誕生日など特別な食事や外食など気分を変えたりしている。又準備や片付けを一緒にしてもらっている。	職員は旬の食材を取り入れた献立を考え、交替で調理している。買い物や食事の準備、片付けを利用者と一緒に行っている。正月やひな祭りなどの行事食や月末にはお寿司の日を設けるなど、利用者に楽しんでもらえるよう取り組んでいる。食事についてノートに記録している利用者もいる。	
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	それぞれの摂取量を水分食事主催副菜おやつなど記録しており、病状に対応して水分量食事量の管理を行っている。		
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、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	食前の口腔ケアの体操をおこない唾液の排出を促すとともに、毎食後口腔ケアの声掛け準備を行い出来るだけ気持ち良く食事が出来るように支援している		

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
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	排泄については個々の状態に応じて、排泄が自分で分からない人もいるので定期的な声掛け誘導を行っており、リハパン・パットを取り換え気持ちよく過ごせるように支援している。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるよう支援している。一人ひとりの状態に合わせ、夜間帯の誘導を行ったり、呼び出しコールを使用する利用者もいる。便秘対策として水分量のチェックを行い、野菜を多く取り入れるなど工夫し、必要に応じ医師から処方された薬を服用している。	
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	水分排便の状態を毎日記録しており、状態により整腸剤など薬の処方で定期的な排泄が出来るように支援している。又リハビリなどをして体を動かすように声掛けしている。		
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	入浴は午前中の暖かい時間に行い、一日置きに行っているが、本人の状態により無理強いせず、排泄の失敗の際は続けて入浴してもらうなど気持ちよく過ごせるように心掛けている。	週3回、午前中に入浴している。入浴拒否が続く時には、担当や時間を替えたり入浴記録簿と一緒に見たり、無理強いほしないように声掛けを工夫しながら支援している。バラ湯やりんご湯などで気分転換する時もある。入浴時に全身の状態の確認に努めている。	
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	昼食後はお昼寝の時間を取り休んでもらっている。夜間に排尿の回数が多い方、オムツを使用せずに自分で排泄したい方などにポータブルを使用してもらったりして安眠できるように配慮している。		
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	各自の薬ファイルにより施設で管理を行い確認してから服用してもらっている、病院受診時変更があった場合は申し送りノートにて職員に周知している、受診時主治医へ状態報告し処方の変更の検討をして貰っている。		
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	それぞれの得意分野や好きな事を把握し、なるべく自分で出来る事を継続してやって貰えるように準備し、評価してもらえらることで自信とやる気が出るように支援している。		
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支援している	個々の要望に沿って、出来る限り外出の機会を持ち付き添いしている。又見学や外食・地域の方との交流の為に皆で外出をする機会も持っている	利用者の希望を考慮し、毎月外出計画を立てている。季節ごとに初詣、吊るし雛、桜、あやめ、蓮の花見など積極的に外出し楽しんでいる。車椅子の利用者も一緒に外出できるよう支援している。日常的には、買い物、公園などに出かけ、希望があれば外食に出かけることもある。地域のお祭りや認知症カフェに参加し地域住民と交流している。	

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
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	自分でお金を管理している方は少ないが、使った後は金額を確認し記帳してもらいトラブルが起きないようにしたり、出かけたときは立て替えて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	本人の希望に沿って電話をかけたり、手紙を投函してあげたりしている。		
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	季節ごとに適温になるように温度管理を行い、季節ごとに飾りなどを手作りし飾ったりして楽しい空間を作り心を掛けている。	共用空間は明るく、テーブルや椅子、ソファが置かれゆったりくつろげる空間になっている。見当識に配慮した、大きな日めくりカレンダー、時計があり、利用者と一緒に作成した季節感あふれる作品や写真が飾ってある。廊下も広く、所々に収納付きのベンチを設置し一休みができる。温・湿度が適切になるよう管理されている。	
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	各自のがほぼ決まっているが他の方が座ることもある。各自の居室に呼び込み話をしたりすることもありお互いに空間の共有ができている。		
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	居室に自分が使っていたものや家族の写真慣れたんだものを持ち込みされていたり、入所後自分で作成したものを飾ったりしている。	ベッド、布団、クローゼット、エアコン、呼び出しコールが配置されている。入り口には利用者が作ったのれん、雛飾り、表札がある。利用者の馴染みの筆筒、椅子、テレビなどが持ち込まれている。一人ひとりの好みに合わせ、壁には家族の写真や作品が飾られ居心地の良い空間にしている。掃除は毎日職員が利用者と一緒にいき、週1回、クローゼットの整理整頓を行っている。	
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	ホールと廊下を広めにとり、歩行に支障がないように配置されており、廊下には休めるように2か所に長椅子を設置し、座れるようにしている。		