

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	0270301039		
法人名	医療法人 平成会		
事業所名	グループホームりんごの家		
所在地	八戸市湊高台2丁目6-4		
自己評価作成日	平成28年6月23日	評価結果市町村受理日	平成28年10月7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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成28年7月27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)】

住宅街に位置しており、近隣との関わりを多く持てる場所である。 また、町内会に入っており、地域の公民館まつりや夏祭り、ゴミ0(ゼロ)運動に参加して、地域との関わりが多い。 御家族参加の行事も多く、毎年ホテルで行われる忘年会には、遠方に住んでいる御家族も参加され、賑やかである。

【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)】

地域に根差したグループホームを目指し、地域の祭りや行事、ゴミゼロ運動への参加の他、地元の災害救援隊の協力も得ながら避難訓練に取り組み、災害時の高齢者受け入れも告知している。 家族とも良好な関係にあり、恒例になっている家族交流忘年会では法人関係者との交流もあり、意見交換がなされ、信頼関係を築いている。 また、医療機関が母体で、看護師の配置により、日常の健康管理及び急変時についても24時間対応可能な体制を整え、看取りにも対応している。

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと				
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと				
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度				
			3. たまにある				3. たまに				
			4. ほとんどない				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	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りや深まりがあり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている				
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない				
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが				
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが				
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが				
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが				
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが				
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが				
			4. ほとんどいない				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

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	理念は目にとまる場所に掲示しており、職員も各自、名札の裏に携帯している。理念がケアプランに反映されるように、カンファレンス時に話し合いをしている。	設立当初からの理念を共有するために、ホーム内へ掲示したり、職員の名札での携帯、定期的な話し合いの機会を設ける等、職員が理念の意味を確認しながら、日々の支援に取り組めるようにしている。また、年度毎に目標を定め、更に重点目標へと細分化し、日々の実践へとつなげている。		
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	運営推進会議を開催し、町内会からも参加いただいている。また、ホームの様子が分かるように、季刊誌の配布を年4回行っている。	ホームを理解していただくよう、季刊誌を町内に回覧し、ホームの日常や介護関連の情報等を伝えている。また、公民館祭りや町内の運動会、ゴミゼロ運動等の地域行事に参加している他、中学生の職場体験やボランティアを受け入れる等、積極的に地域住民との交流を図っている。		
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	季刊誌に認知症の情報を載せたり、地域の行事への参加、キャラバンメイトも在籍しており、普及活動を行っている。			
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	2ヶ月に1回開催されている運営推進会議にて、日々のホームの取り組みやサービス評価について、御家族や町内会の皆さんに参加いただき、話し合いの場を設けている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、ホーム行事や研修内容等、ホームの取り組み状況を報告し、意見をいただいている。また、災害時に、認知症の方が避難場所に滞在することの困難さ等も話し合い、有事の際は、地域の認知症の方もホームで受け入れること等を伝え、メンバーから出された意見を参考にしながら、地域に根差したホーム運営ができるように取り組んでいる。		
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	運営推進会議の議事録や外部評価結果の提出、季刊誌の配布を行っている。また、必要時はケース相談を行う。	運営推進会議への参加や自己評価及び外部評価結果の報告、季刊誌の配布等を通じて、ホームの実態を理解していただいている。また、行政の判断を必要とする課題が発生した場合等、その都度相談し、早期に解決できるように取り組んでいる。		

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
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	委員会を設置しており、マニュアルも整備している。ホーム内には標語を掲示しており、拘束廃止の意識付けをしている。また、施錠に関しては御家族の要望が強く、玄関の施錠を行っている。	ホーム周辺は交通量が多く、安全上、家族からの要請もあり、玄関は施錠されているが、大学教授の助言・指導の下、時間帯別の交通量を測定・検討して、玄関の開放時間帯を設けること等、職員の連携の下、施錠をしないケアも検討している。また、法人全体で委員会を設置している他、マニュアルを作成し、言葉での拘束も含め、身体拘束の理解を深めている。	
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	マニュアルを整備している。また、カンファレンスでの話し合いや虐待に関する情報交換を行っている。外部研修に参加したり、学習会を開催している。		
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	研修や学習会を設けており、御家族にも情報提供を行っている。		
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	契約時、重要事項説明書の説明をし、御家族等の不安や疑問に対して、答えるようにしている。読み返した際に疑問に思った事はお答えする旨を必ず添えている。		
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	年2回、満足度調査の実施とホーム内に御意見箱を設置している。また、苦情に対しては速やかにカンファレンスを行っている。苦情の担当も分かるようにしている。	季刊誌やホーム便りの送付の他、その都度、連絡や報告をして、利用者の日々の暮らしぶりを家族に伝えている。また、家族会が設立されている他、年2回の満足度調査、運営推進会議への参加等、家族が意見や要望を出せる機会を多く設けている。	
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	月1回のカンファレンスや年2回の面接時に、話し合いや意見の確認の機会を設けている。また、委員会に全職員が所属し、意見を述べる機会がある。	毎月の会議では職員から意見を引き出し、ケアへ反映するように努めている他、法人の各委員会にも全職員が所属し、意見を出す機会がある。また、職員の段階に応じた研修会に参加して、知識習得に努めている他、バランススコアカードを活用して自身の評価に取り組み、年2回の管理者との面接でも話し合いを行っている。	

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
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	法人の職員会総会へ理事も参加し、職員の意見を聞いている。バランススコアカード、人事考課、面接を年2回実施し、状況の把握に努めている。また、問題発生時には、随時相談できている。		
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	バランススコアカード、人事考課、年2回の面接を実施し、状況の把握に努めている。段階に応じた研修の機会があり、カンファレンス時にお世話の仕方等を話し合い、指導している。		
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	グループホーム協議会に在籍しており、研修を通して交流を図っている。また、各外部研修への参加を行い、交流の場としている。県長寿研究発表会へも毎年参加している。		
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	事前の情報を基に、御本人の思いや意見を聞き取れるように、関係づくりを大切にしている。また、入居日には、不安が和らぐように配慮を行い、可能な限り、御家族にも一緒に過ごしていただいている。		
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	契約時の説明の際、御家族の様子を観察しながら、不安な部分は掘り下げて説明するようにしている。「不安な事はいつでもお話し下さい。」と声をかけている。		
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	サービス利用前に御本人や御家族と会い、対応している。		
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	フェイスシートや御家族の情報提供から、本人の状況を見ながら行い、できる事は自発的に行えるように配慮している。		

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
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	遠方に住む御家族とも疎遠にならないように、季節行事に参加いただいたり、手紙を送ったり、電話で声を聞くことで、関わりを継続できるように配慮している。また、年3回、御家族と行う行事を組み込んでいる。		
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	誕生日には、事前に御家族と相談し、身内とも関わりを多く持てるように努めている。また、思い出の場所や人とも関わりを持てるように配慮している。	入居時のアセスメントや日頃の利用者や家族との会話から、これまで関わってきた人や馴染みの場所を把握している。また、墓参り等、家族との外出の際に、職員が同行して車椅子操作を補助する等、利用者が安心して外出できるように支援している。	
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	入居者同士の仲の善し悪しを把握し、支え合って生活できるように、職員は入居者の様子を観察しながら、関わりを持っている。また、トラブル回避のため、必要時にケアプランに明記している。		
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	退去後も御家族が気軽に立ち寄り、相談等ができるように、御家族に声をかけている。また、退去後に御家族から相談を受けることもある。(近隣の困った事等)		
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	入居者の希望を思うように把握できない時にも、御家族と共に、入居者の立場やこれまでの生活歴を踏まえ、ケアプランに反映できるように努めている。	入居後もその人らしい暮らしを継続できるよう、利用者の個性や習慣を尊重し、声かけを大切にして、思いや意向の把握に努めている。心身機能の変化等に伴い、上手に思いを伝えられない場合等は、日常の所作や視線の動向、声の強弱等を見極めて、職員間で連携を図りながら、思いを汲み取るように努めている。	
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	フェイスシートや御家族からの情報収集を基に、入居者のライフスタイルを把握できるようにしている。		
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	カルテの記録や日々の申し送りで、入居者の心身状態に変化がないか、職員間で把握できるようにしている。		

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
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	ケアプランの説明時には御家族や御本人にも同席いただき、御本人や御家族が希望するその人らしい生活ができるように、見直しをして、ケアプランを作成している。	利用者3名に対して職員2名での担当制を採用し、多面的な視点の意見を盛り込み、現状に合った個別具体的な計画を作成している。四季毎に3ヶ月に1回の見直しを行い、利用者や家族の意向、必要に応じて医療関係者の意見も盛り込み、双方が納得する介護計画を作成している。	
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	入居者一人ひとりの生活の様子が分かるように、心身の変化時には経過記録に具体的に記録し、ケアプランの見直し時に活用している。		
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	御本人や御家族の希望時、外出や外泊に対応している。御家族が不安な時には事前に御家族に指導している。また、看取りについても御家族等の意思を尊重し、対応している。		
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	町内会に加入し、地域の行事への参加や、普段の散歩時にご近所の方と挨拶を交わすことで、認知症の方への理解や協力を得ている。また、避難訓練では、地域の災害救援隊の方々にも参加していただいている。		
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し、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	御本人や御家族が希望する医療機関を受診することができおり、受診時に、ホームでの生活の様子を情報提供している。また、治療方針や内服薬の変更等をカルテに記入している。	利用者のかかりつけ医はできる限り変更しない方針で、希望する医療機関を受診できるように支援している。また、ホームでは看護師を配置しており、日常の健康管理や受診結果、薬の管理、個別の注意事項等も漏れなく記録して、全職員で共有している。	
31		○看護職員との協働 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に支援している	看護師は常勤であり、協力病院も24時間体制で、相談可能な体制が整っている。		

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
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、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。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。	入退院についてのマニュアルを作成しており、看護師を中心に、早期退院に向けた話し合いが御家族と共にできている。		
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	重度化指針のマニュアルを明確化しており、早い段階で御家族や病院との情報を共有できるよう、事業所での受け入れがしやすい状態になっている。	母体が医療法人で、看護師も配置しており、利用者の重度化及び終末期の対応について、体制を整えている。ホームではこれまでも看取り介護を経験しており、困難な事や不安だった事等を話し合い、若い職員へのメンタル面のフォロー等も行いながら、今後につなげている。	
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	夜間も含め、24時間の協力体制の協力病院があり、急変時に慌てずに、マニュアルに沿って行動ができるようにしている。		
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	避難訓練を実施し、地域の災害救援隊と確認を行っている。また、職員は毎月自己チェックを行い、災害時のマニュアルに沿って行動できるようにしている。	職員と利用者が一緒に定期的に訓練を行っており、出火場所に応じた避難路を把握する等、具体的な場面を想定をしながら取り組んでいる。また、地域の災害救援のメンバーや町内会役員等の参加・協力を得て訓練に取り組んでおり、有事の際のホームでの受け入れ体制についても説明している。	
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	個人情報やプライバシーの重要性については、研修等を通して、職員は理解できている。また、入居者への声がけで不適切な事に対しては、職員同士で声をかけたり、カンファレンス時に話し合いの機会を持っている。	法人の委員会で示された接遇に関する対策が職員に浸透しており、利用者一人ひとりを尊重した支援に取り組んでいる。また、ホーム内には挨拶に関する標語も随所に掲示されており、職員がいつでも意識できるように取り組んでいる。	
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	入居者一人ひとりが自己決定できるように、言葉で表現できない入居者に対しても表情を観察しながら、思いを察するようにしている。		

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
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	会話や行動を観察しながら、入居者の思いを確認し、その人らしい生活ができるようにケアしている。		
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	外出時や行事の時には、御家族とも相談しながら、華美にならないように、お化粧品を手伝っている。また、衣類についても、御本人の好みに合う物を御家族と相談しながら、選択をしている。		
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	御本人の嗜好の確認を行い、その日の体調に配慮したメニューを提供している。また、旬の食材を使うことで、季節を感じることができるように配慮している。また、食事の介助をしながら職員も席に着き、食事を摂っている。	旬の食材を取り入れた献立の作成を心がけ、季節感が得られるような工夫を行っている他、食は目で見て楽しむことも大事と考え、献立の原形を見せてからキザミ食にする等、個別の対応を行っている。また、利用者のその日の状態に合わせて、下ごしらえや後片付け等を職員と一緒にやっている。	
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	毎食の食事量をカルテに記載している。また、体重測定を月に1回実施することで、体調の把握ができています。水分についても個別にカルテに記載している。		
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	口腔内の異常がある時にはかかりつけ医に相談しながら、個別に口腔ケアができています。一人で歯磨きできる方については、声かけと見守りを行っている。		
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	個別の排泄パターンを把握することで、トイレでの排泄を目指している。また、オムツを使用している方には、プライバシーに配慮すると共に、オムツの当て方の学習会に参加し、学習を継続している。	利用者毎の排泄パターンを把握しており、自立に向けた支援に取り組んでいる。また、家族にも参加を呼びかけて、定期的に「オムツの当て方の学習会」を行っており、新しいオムツの種類や感染症予防等についても話し合っている。	

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	下剤のみに頼らないように、御家族とも話し合いながら、乳製品を差し入れしていただいたり、食物繊維が摂れるような食材を使用して、工夫している。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	最低でも週2回は入浴できるように、入居者のタイミングに合わせて、入浴介助をしている。また、夏場等、希望や汚染時にはその都度対応できるようにしている。	清潔保持のため、週に2回は入浴できるように支援しており、必要に応じて、個別のシャワー浴にも対応している。また、菖蒲湯やゆず湯等、季節感も取り入れながら、利用者が心身共にリラックスし、思いの汲み取りにもつながる大事なひと時として支援している。	
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	行事や外出等があった日には、入居者の状態を見ながら、居室で休息できるように配慮している。また、徘徊が続いている入居者についても、疲れ具合を観察して、柔軟に対応している。		
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	薬の管理は看護師が行っている。薬の内容は職員が把握できるように一覧にしておき、いつでも、確認できるようにしている。		
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	季節の行事や外食を取り入れている。また、個別の役割や楽しみ事はケアプランで立案している。		
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。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	体調に合わせ、外出の機会を設けている。また、近隣の外出や御本人のお誕生日には、御家族と共に外出することもある。	季節を感じられる花見や地元の祭り、ドライブや外食等、月1回の外出行事の他、コンビニに買い物に行ったり、近くの公園への散歩等、外に出る機会を多く設け、利用者の気分転換を図っている。また、利用者のその日の状態に合わせた外出支援に取り組んでおり、家族会の協力も得ている。	
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	御家族と相談の上で管理の方法を検討し、実施している。支払いの際には自ら支払いができるように職員が付き添い、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
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	遠方に住んでいる御家族には、御本人の希望を伺い、電話で話をする場面もある。また、はがき等のやりとりは職員が手伝い、個々に書いていただき、送付している。		
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	調度品は一般家具を使用している。入居者の意見や生活状況、または認知症の症状に合わせて飾り付けを行い、不快や混乱を避けるようにしている。気温や湿度は職員が気配りをしながら調整している。	一般家庭の雰囲気を大切にし、家庭用のテーブルや椅子、ソファ等を配置している他、利用者が過ごして来た歳月を振り返ることができる年表や行事の写真、季刊誌等を掲示している。また、花壇に野菜を植えたり、玄関には季節の花を飾る等、利用者が季節の移り変わりを感じることができるようにしている。	
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	入居者同士が会話を楽めるように、ソファや椅子を配置している。		
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	以前生活していた部屋の再現を目指し、馴染みの物を持ってきていただけるように、御家族と話し合いながら環境を整えている。また、最近では疾患別の検討をし、環境を整えている。	その人らしい居室となるよう、愛用していた物の持ち込みを働きかけている。持ち込みが少ない場合には、利用者の意向を聞きながら、職員と一緒に飾り付けを行い、居室づくりを支援している。	
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」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	場所の間違いを防ぐために、居室前に御本人が選んだ好きな花の写真や、本人が分かる相手と撮った写真を貼ったり、氏名を掲示することで、区別ができるように工夫している。		