

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	1090800010		
法人名	医療法人富士たちばなクリニック		
事業所名	グループホーム明月		
所在地	渋川市伊香保町伊香保525番地202		
自己評価作成日	平成22年 6月 16日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成22年 7月 6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)】

・個別ケアを中心に支援活動行っている。担当者が毎月個別プランを施行、外出支援を行い、利用者様の楽しみ、ストレス解消へと繋げている。・近所の公園、庭を活用、散歩、花壇の手入れ、野菜作りに励んでいる。・併設事業所(通所介護)との交流を常時行っている。利用者様、職員とも顔なじみとなり、合同でレクリエーション等実施楽しませている。・幼児、小中学生の慰問、職場体験学習受け入れ等で地域の子供達との交流を深めている。・足湯スペースがあり疲労回復、癒しの場になっている。

【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)】

管理者は地域密着型サービスの意義を理解しており、住宅地域と離れた場所にある事業所を地域の方々知ってもらい理解や協力が得られればと考え、その地区以外の寄り合いや会議に出席して顔なじみになる努力を惜みなく行っている。そのため、地域のお祭りの神輿がまわってきたり、事業所主催の納涼祭に地域の方々参加する等交流が増えている。現在事業所開設当初に比べ、利用者の身体状態や認知症状に差があるが、その分個別ケアに重点を置き、その方の馴染みの場所に外出する支援や好きな食事を外食する機会を個々に合わせて提供している。それぞれの職員に対しては管理者がその職員の得意な分野を担当させ、力が発揮できるよう配置し、利用者、職員含めたホーム全体が調和のとれた場所になるよう支援している。

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 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	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

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

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	開設時職員で話し合い理念を作成。利用者を中心とし、地域交流や自然に満ちた環境を活かした癒される場所づくりに努めている。	開設時に職員で話し合い、伊香保の自然や地域に根ざしたホームとなるよう理念を作成した。管理者が率先して地域活動へ参加し、関係を作る姿勢をみて、職員も地域交流の重要性を理解し活動している。	
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	地域のお祭りや清掃活動に参加、地域活動の一環としてホームの行事を企画、交流の機会づくりに努めている。	定期的な清掃活動の他、伊香保温泉街の各種イベントへの参加や管理者自らが地区へ回り顔見知りになる等努力している。また、地域の中学生の職業体験受け入れや保育園児との交流もある。	
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	区の会議へ参加、認知症の人の介護相談等に対応。24時間、電話対応できるよう努めている。	/	/
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	ホームの状況報告、取り組み事案について話し合いを行っている。会議メンバーからの意見基に改善点の発見、取り組み内容の確認を行っている。	2ヶ月に一度、家族や地域住民、市職員も交えて活動報告や今後の予定、事故報告等を伝えている。その中でホームの場所の表示看板についてや夜間の見回りについて等協力する意見やアドバイスをもらい検討している。	
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取り組んでいる	日頃から、市役所へ出向き、地域包括センターと協働、権利擁護、後見人制度など検討、相談をしている。	介護保険関係の書類は直接市の窓口へ持参し、市担当者と顔なじみになっている。また、地域包括支援センターとも後見人制度や権利擁護について事例相談し、協働して対応している。	
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	地域性を活かし日中は玄関等施錠しない。重介護者については、家族、職員相談、説明のもと同意書に記入していただき、ベツ柵使用している。	身体拘束は、現在行っていない。ただし必要な場合は、看護・介護職員で検討を重ね対応が困難な場合のみ「身体拘束に関する説明書」で家族に状況説明し、拘束内容や時間を設定して行うことができるとしている。実際拘束した場合は、経過を見て解除ができる可能性がないか継続して検討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
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	月一回グループホーム会議を行い、職員の意識確認を行っている。日々のケアに意識向上を持ち研修会・勉強会に参加している。特に職員の言動面に注意、管理者から個別指導等を行っている。		
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	以前入居者が、成年後見制度を利用し金銭管理を実施していた。司法書士、地域包括センターとの連携にて学び機会を設けている。		
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	契約書等の文章を基に疑問点等も確認しながら、管理者・責任者より説明を行っている。入居後も不安や疑問点等について、面会や訪問時などで随時確認している。		
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	日常生活の中で、職員・管理者により意見確認できるような時間、体制を設けている。頂いた意見は職員会議、運営推進会議、家族会議の中で、話し合い改善を図っている。	管理者は主に面会時に意見や要望がないか伺い、面会の少ない家族には週に一度は電話で話を聞いたり、自宅へ伺い話を聞いている。また家族会を開催し、その中でターミナルケアの対応をききたいと要望があり家族に向け説明している。	
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	職員会議で意見交換を行っている。管理者は職員個別面談時にも意見確認を行い、改善に繋げている。	職員の会議は月に一度、事業所全体の会議は2ヶ月に一度実施している。その際利用者についてや円滑な業務方法について話し合い、意見を取り入れている。また職員の個別面談を行い、個人の勤務体制や役割等の意見をきき、運営に反映させている。	
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	個人面談の中で、勤務状況や目標など話し合っている。職員の経験年数等を基準として、ホーム内での役割、目標を設定し取り組んでいる。各職員に得意分野を活かした係・職務に取り組んでいる。		
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	法人内の勉強委員会により、定期勉強会を実施。外部研修へは、管理者が、職員の経験に応じた研修参加計画立て、希望者と合わせて参加している。研修後は報告を職員会議内で行い、情報を共有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
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	近隣のグループホームとの交流会や管理者、職員間の情報・意見交換を実施している。また同業者である職員の知人もボランティアで来所する等、交流を通し良好なネットワークづくりを行っている。		
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	管理者、ケアマネは、入居されるまでに可能な限り自宅や入居先の施設を訪問させて頂き、本人や家族から話を伺う時間を設けられるよう努めている。また事前にホームへ来ていただき雰囲気やケアの様子を確認していただく。		
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	前項同様、訪問や来所にて本人・家族の要望を確認できるよう努めている。		
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	家族から相談を受けた段階で、必要性を含め状況の確認をしている。その際に他のサービスに関しての情報や、必要により地域の社会資源やケアマネのじょうほうを伝え、家族が選択の幅を広げられるよう支援している。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	人生の先輩である利用者の皆さんの意見を参考にしている。調理、裁縫、畑づくりなど一人一人の得意なことが行える場を暮らしの中で設け、職員が教わりながら実施。共に支えあいながら生活をしている。		
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	生活上の状態を報告すると共に、ケア方針についてご家族への提案を行い、意見やケアのポイントを確認している。また、行事などへ随時参加を呼びかけ、楽しみを共有していただいている。		
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	自宅、知人宅へ訪問、教会の礼拝、イベント、馴染みの、散髪店へ出掛ける等、利用者家族の要望に応えられる様調整している。文通、電話による会話への支援もやっている。	馴染みの美容院へ出かけたり、習慣である日曜礼拝に行く等それまでの関係がある場所や人との関わりをもてるよう努めている。また、手紙や電話のやりとりを利用者に代わって手伝う支援をしている。	

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
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	レクリエーション」やお茶の時間を取り交流の機会を多く持っている。掃除、洗濯、調理など一人一人の役割を持ち協力しながら生活している。		
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	退居後、希望により併設デイサービスを利用され、良好な関係が継続できている。ご自宅、他施設入居後、訪問、あいさつはかかせない。		
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	各利用者にケア担当職員を決めており、生活の中での要望等を確認している。ケアカンファレンスや職員会議にて随時検討し暮らしに繋がるよう努めている。	各利用者の担当職員が中心となって要望を聞き、ケアマネージャーと共にその情報を把握している。利用者の機能低下や認知症の進行により自ら希望が示せない場合でも、声をかけ、耳を傾け、それでも困難な場合は家族やそれまでの情報から判断し、本人本位で検討している。	
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	入居前に家族や施設から、出来るだけ細かい話を伺い、本人にとって快い生活に繋が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	職員の観察により、過ごし方を確認。ケース記録・業務日誌・申し送りを活用し、情報を確認。併設デイサービス看護師、訪問看護、往診医師との連携により、心身状態の把握に努めている。		
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	定期的に家族へ本人の状況を報告、面会時などに意向を確認し、ケアの内容について相談している。ケア担当は3人1組になって対応、計画作成担当者を中心にカンファレンス、会議の中で話し合っている。	各利用者の担当職員とケアマネージャーが中心となり本人の要望や情報を集め、看護師等から医療面の意見をもらい、職員会議で介護計画を作りあげている。計画期間内に利用者の課題達成度や状態変化についてモニタリングし、カンファレンスで話し合っているが、修正点の整理がされておらず、記録物の管理が統一されていない。	介護計画やカンファレンスの記録は時系列で整え、利用者の変化する課題も観察対応した経過がどのような結果になったか等明確にして支援ができるようにされることを期待したい。
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	ケース記録へ生活上の変化、他者との関りや自らの行動、発言を記入。それらの情報は毎日定時の申し送りで確認し良好なけあに活かしている。		

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
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	併設するデイサービスとの交流、とくに入浴（機械浴）を実施。訪問看護ステーションと契約。また地域包括センターとの協働に取り組んでいる。		
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	消防署員との連携にて救急時の対応、避難訓練実施。地域包括センターへ出向き、利用者、地域高齢者の相談等実施。		
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	入居契約時に協力医の説明を行い、同意を頂いている。協力医師による月1～2回の往診を実施。週1回の訪問看護との連携にも留意、状態に応じた対応を実施。歯科、眼科受診などは、要望にあわせた診察を実施している。	母体医療法人の協力医が月に一度往診しており、かかりつけ医とする利用者もいる。また、以前からの医療機関を受診する利用者もいる。受診内容や訪問看護の内容は記録に残し、業務日誌や申し送り簿等でも共有を図っている。家族には、電話や面会時に内容を伝えている。	
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	週1回の訪問看護を実施。併設事業所の看護師協力のもと利用者から健康相談など対応していただく。		
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	入院中は管理者、職員が病院を交替でほぼ毎日訪問し、状態確認や情報交換・状況把握に努め、早期退院に備えている。		
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	重度化していく過程において、家族、看護師、管理者、医師との話し合い、相談を随時実施、具体的なケア方針を検討。同意書を作成記入していただく。	ターミナルケアについては、家族会からも説明要請がありホームの方針を説明している。重度化した場合や看取りについてのホームの指針書類があり、利用者が食べられなくなってきた段階で、家族の意向をきき、職員のカンファレンスを重ね、その方に合った支援を試みている。	
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	定期的に消防署員から応急手当や初期対応の訓練またLEDの使用方法等講習会を実施。		

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
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	年2回以上消防署指導により、消火、避難訓練を実施。	年に2回消防署の指導のもと、日中・夜間を想定して避難訓練を実施している。その際に、火災訓練以外にAEDの使用方法も学んでいる。また、運営推進会議や地区の集まり、事業所のお祭り等で、地域住民に協力要請している。	
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	利用者の人格に配慮した、声かけ対応を心がけている。	管理者は、利用者が認知症であるないにかかわらず、その方(人間)の尊厳を守りつつ言葉をかけたり、関わるようにして、時間をかけて信頼関係を築くよう努めている。職員の関わり方も適切な関わりができていないか気を配り、助言や指導を行っている。	
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	状況により選択できる場面の設定を行い、本人の自己決定を尊重。待つことを心がけ、希望や意見を表出できる声かけに気を付けている。		
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、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	一日をどのように過ごしたいか希望を伺い、買物(外出)、入浴、レクリエーションなど職員からの提案と合わせながら、利用者の希望に添えるよう調整している。		
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	個別ケアにて、買物へでかけ、洋服、化粧品を購入。またほしい物を職員が購入。行きつけの美容室などへは希望を伺いお連れしている。希望者は職員(美容師資格あり)がカット、ヘアカラー、パーマ、メイクを行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	各利用者の力量に合わせ、調理仕込み、調理、後片付け、など役割を持っていただき、職員と共に行っている。食堂以外、ウッドデッキ・庭・公園等で食事を楽しむ場を提供している。	利用者の能力に応じて、食材の下ごしらえや後片付けを職員と共に行っている。また、利用者と一緒に育てた季節の野菜で献立を作り、提供している。全職員が利用者と共に昼食を摂っている。	
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	医師、看護師、栄養士の指示に応じた内容や当日の利用者状況、状態、希望にあわせた食事に変更も行っている。食事、水分摂取量は記録し把握を行い、状態に合わせ必要量を確保できるように断続的に支援している。		

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
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	居室に洗面台、口腔ケア用品の設置あり、毎食後声かけ、誘導、必要者には介助を実施。拒否、介助困難者へは、状態、状況を記録、報告対応方法を職員間にて話し合う。就寝前には義歯の消毒洗浄を行っている。		
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むけた支援を行っている	排泄パターンに合わせてトイレ誘導、声かけを行う。リハビリパンツ使用者もできるだけトイレ誘導を行い、自立に向けた支援をしている。オムツ使用者は定期的に排泄交換を実施。	退院後おむつを使用していた利用者でも、食前・食後の声かけや定期的なトイレ誘導により排泄パターンを把握している。また、自立した利用者と共に行動してもらうこと等で排泄の自立を促している。	
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	毎日の排便チェックにより症状に合わせた対応している。体操(運動)への誘導・腹圧マッサージ・乳製品(牛乳、ヨーグルト)補給など。医師、看護師相談後、家族、利用者へ説明下剤等使用。		
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	浴室の手すり設置や重度化された方への対応として、併設デイサービスの機械浴を使用するなど安全配慮している。入浴日は希望者は毎日入浴可。時間は基本午前中だが、本人希望にて午後可。	入浴は希望があれば毎日でも入浴でき、時間も午前・午後希望時間に入浴が可能である。現在は併設のデイサービスの機会浴を利用する等利用者の身体機能に応じて対応し、最低でも3日に一度は入浴できるよう支援している。	
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	各利用者希望の時間に休息、睡眠をとっていただいている。安眠に繋がるよう、必要者には日中の活動を多く促すなどの支援している。		
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	処方箋をカルテに綴じている。看護師から薬の作用、副作用、用法の説明を受け、申し送り帳に記帳している。		
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	利用者の人格に配慮した、声かけ対応を心がけている。生活歴や力量により、調理、掃除、裁縫、洗濯などを役割として日常的に行えるように支援している。要望に応え楽しく過ごせるよう職員間で個別ケア(外出)対応調整している。		

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
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	希望者によりいつでも外出は可能。遠出のさいは事前に家族連絡、許可をいただく。買物、教会礼拝、ドライブ、知人宅への訪問等対応している。	現在利用者の身体能力に差があるので、全員で外出する機会が少なくなったが、その分家族と現地集合で花見に出かけたり、知人宅への訪問をしたり個人個人の希望に沿った柔軟な外出ができています。また、季節ごとに様々な花を見に出かけたり、外食の機会も月に一度は設けている。	
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	お金の所持を希望される方には、小額管理していただいている。この場合は必ず家族の同意を得ている。管理困難な方は小額に限りお小遣いとして施設が預かり、収納。		
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	利用者、家族の希望を尊重し自由に対応している。携帯電話に関しては、必要性に応じて対応する。手紙に関しても同じ対応ですが、相手先が不明な場合は、遠慮していただいている。		
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	利用者の意見を基に定期的に壁飾りなど模様替えを行っている。模様替え担当係りを配置。、担当者が中心に施設全体工夫している。	食堂兼居間のフロアには、竹林を見渡せるウッドデッキ付きの掃き出し窓があり、テーブルに座った位置からも作っている野菜の生育などがわかり季節が感じられる。また、装飾担当職員が中心となり、七夕など行事に合わせた飾りや外出時の写真を貼る等して、時々ホームの暮らしがわかるようになっている。	
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	玄関の外にベンチを設置、交流の場を設けている。フロアでは各利用者所定の座席を設け、仲良しの方と同席にしている。		
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	ベット、クローゼットは施設で用意している。慣れ親しんだ物品を持参していただけるよう、家族へは案内をしている。	認知症の状態によっては居室の装飾物の位置や数は限られるが、自己管理ができる方は自宅からタンスや椅子を持ち込み自宅の部屋のような雰囲気を整えたり、家族や知人とやり取りした手紙や写真をいつでも眺められるよう壁に飾るなどそれぞれ工夫している。	
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	バリアフリー設計に廊下・トイレ・浴室には手すりが設置してある。十分な広さをもったフロアや併設デイサービスも自由に使用し、憩いの場、交流の場として活用している。		