

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	1890200130		
法人名	明峰会		
事業所名	グループホーム 明峰夢 2F		
所在地	福井県敦賀市津内町3丁目7-17		
自己評価作成日	平成 29年 10月 28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.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成 29 年11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)】

利用される認知症高齢者の方が、介護者の支援を受けながら自分の家で普段の生活を送ることが出来るような体制と環境づくりに努め、「自信」「喜び」等を感じて頂けるようなグループホームを目指しています。24時間体制で看護師が勤務している介護施設(同法人)及び明峰クリニックとも隣接しており、急変時をはじめ日常における安心感を持つことができます。また、慣れ親しんだ雰囲気を持てるように、自宅からの生活物品の持ち込みや、外出レクリエーション(馴染みの店や近所、美容院、お墓、仏壇参り)の強化により、利用前の地域環境を継続させながら、当施設では自宅のように生活していただくことで利用者様が自宅地域と普段の生活に繋がりを持ちながら日課や行事ごと等を継続させ生きがいのある生活を送ることが出来るように全職員が家族様と共に一体となって支援できるよう努

【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)】

事業所は閑静な住宅街に立地し、3階建ての建物の2・3階部分にある。近くには、母体法人が運営するクリニックや介護老人保健施設があり事業所間のネットワークにより安心して医療・福祉サービスを受けることができる。「明るく楽しく安心して暮らせる明峰夢」という事業所理念を基に運営方針を作成している。職員は家庭的な雰囲気を意識し、常に笑顔で対応し、利用者の思いや暮らしの希望や意見の把握に努めている。また、重度化・終末期を見据え、医師・家族・関係職員等が連携を密にし、利用者の意向に沿った計画を立て、ケアを行っている。医師による看取りの研修会を開催し、事業所として看取りに取組む体制を整えている。

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している (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、安心して暮らしている (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	法人の理念に基づき、事業所内で協議し明峰夢独自の理念を掲げ、実践している。、「いってらっしゃい」「お帰りなさい」等の声掛けで自宅と感じてもらえる様、職員1人1人が心掛けている。	「明るく楽しく安心して暮らせる明峰夢」という事業所理念を基に、運営方針を作成している。職員一人ひとりが理念の実現に努めており、ミーティング等でも確認している。	
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	町内の夏祭りや防災訓練に参加、月1回民謡や踊りのボランティア、音楽サークル等交流し地域とのつながりを図っている。今年度からはドッグセラピーのボランティアも協力してもらっている。	利用者は職員と共に地域の祭りや法人内の別事業所が開催する夏祭り等に参加している。また、ボランティアの訪問を受け入れるなど、地域住民と交流を図っている。	
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	法人でケアケア講座を行い、地域住民の方々への勉強会を行っている。また運営推進会議の際に訪問看護師も参加し認知症をテーマに意見交換を行っている。		
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	町内代表者(区長)、近隣の区長、市の担当者(長寿健康課)の方、民生委員の方、法人内の看護師に参加して頂き、情報を得てそれをサービス向上に繋げている。	運営推進会議は、区長・民生委員・家族・市職員などの参加を得て2か月毎に開催している。会議では、事業所の運営状況を報告し、委員から助言・要望などを得ている。	
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	待機利用者名簿の提出、認定調査の日時設定や利用者の状況、又は施設基準等も踏まえ密に連絡を取り、指導等をしていただきながら協力関係を築いている。	市職員には、日々のサービス提供の中で困ったことを電話で相談し助言を得たり、運営推進会議で助言を得たりして連携している。	
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	玄関の施錠は基本的にしていないが、外部の人の出入りの際(ご家族様等)エレベーターに乗ってしまうことがあるため、降りるときのみロックしている。ベッドからの転落リスクの高い人にはベッド下にマットを敷いている。	身体拘束の弊害について日頃から職員間で話し合い、利用者が心穏やかに過ごしてもらえるように支援している。また、職員間での言葉掛けにも気をつけ互いに注意し合っている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	日常的なケアに於いて、常に意識・注意を払いさらには周囲にも意識をもつことで防止に努めている。勉強会も行い、職員一人一人の意識を高めている。		

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
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	研修会に参加、利用者様の保護責任者から相談があった時、各関係機関と連絡をとっている。		
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	契約時には、十分な時間をとることで、家族様はもちろんのこと職員も気持ちに余裕をもって説明できるようにしている。また、契約後も不明な点があれば質問対応できるように職員も日ごろから努めている。		
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	面会時には必ず声掛けをし、要望等の確認を行っている。また、行事や外出レクリエーション等にも参加頂けるよう呼びかけしている。行事の後にはアンケートを実施し今年度はホームでの生活について家族様にアンケートを実施した。	意見箱の設置や家族アンケートを実施している他、利用者の意見は日常の会話から、また家族の意見や要望は面会や電話、メール等で聞き取るよう努めている。	施設の生活について家族アンケートを実施しているが、質問内容を工夫するなど、より家族の意見や要望を得られる取組みに期待したい。
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	各フロアごとのミーティングや全体ミーティングの際に、各職員が意見等を出し合い協議検討を行っている。	管理者は、通常業務時やミーティングの際に職員の意見や気づいたことを聞き、その都度話し合いや申し送りをして運営に反映している。	
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	理事長および法人事務局(労務担当者)へ報告・相談を行い年2回の人事考課に於いても各職員の評価を行っている。また、要望等についても可能な限りの事は出来るように努めている。		
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	認知症リーダー研修の受講や法人内の研修、外部研修に積極的に参加するように努めている。また、職員同士でも声を掛け合いケアの向上を図っている。		
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	事業所間の連絡協議会や研修、グループホーム交流研修会、利用者の相互訪問を行っている。		

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
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	面接時に要望等の聞き取り調査を行うことで、利用者様のニーズを吸い上げ、ミーティング等で協議し、利用者様がご自宅にいるかのような安心感が得られるように全力で取り組んでいる。		
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	面接時に聞き取りシートに記入していただいたり、面会時には必ず声掛けを行い、様々な行事参加への呼びかけを行うことで、家族様との連携を図っている。		
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	入所前のケアプランを参考にすることで初期段階で家族様等が今必要としていることを見極め支援できるように努めている。		
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	いき過ぎた介護をせず、家事作業等を含め1日の生活を職員と協力して共に行っていくことで、家族に近い様な信頼関係づくりに努めている。		
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	メールでの定期受診の報告をはじめ、日々の近況報告、様々なレクリエーションの参加も呼び掛けることで、利用者様、家族様が共に歩んでいける様な関係作りに取り組んでいる。		
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	利用前に通っていた美容院や馴染みの店、以前住んでいた地域に出かける機会を設け、関係を継続できるように支援している。また、近所の方との交流を持つようにしている。	利用者が希望する馴染みの場所に出向いたり、事業所に知人の訪問がある等、馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
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	食事は、食堂で利用者様が集まって食べ、その準備に於いても、利用者様に役割分担しお手伝いしてもらったり、一つのチームのような関係づくりとされるように取り組んでいる。認知症の状態によりトラブルになることもあるが、その際は職員が仲裁し良い関係が継続できるように努めている。		

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
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	長期の入院で利用が終了となった場合でも、受け入れ先施設等と経過の確認や他サービスの利用について等連携を図ることで、関係の維持に取り組んでいる。		
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	ワイズマン(ケアシステム)やカルテを活用して、利用者様1人1人の意向や希望について情報を共有することができ、職員1人1人が対応できるような体制を整えています。	日々の関わりの中から、利用者の思いや意向を把握するよう心掛けている。職員間でも適宜個々の利用者の思いを話し合い、共有している。	
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	利用前の生活歴を聞き取り、継続できるように支援している。(庭掃除、毎月の仏壇参り等)		
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	心身状態によっては日課を継続できない利用者もいるが、職員間情報交換を行い連携して日課等を継続できるように支援している。		
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	ミーティング時にケアプランのモニタリングを行い、家族と本人に確認している。面会に來られない遠方の家族様等は電話にて確認を行っている。	職員を利用者ごとの担当制とし、日頃の生活の中での気づきや他の職員からの情報、家族の思いなどを把握している。それらを踏まえて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	カルテに毎日ケア記録を記入し、変化があった時はこれに加えて、状態の変化記録をとり対応を検討、申し送りノートにも記入し情報の共有化を図り、早期対応、早期実践に努めている。		
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	状態に合わせて、フィットネス、ST、PT(法人内)の指導を受けたり、実践したりしている。		

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	本人様の自宅近くや馴染みの店に行き近況の会話をしたり、昔話をしたりすることで地域資源を大切に、そこへ行く外出レクリエーションの回数を増やしたりすることで、本人様が楽しみの一つとなるように取り組んでいる。		
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	受診時は職員が必ず付き添い、現況や受診状況等により情報を共有化して、医師との連携を図っている。	本人や家族の希望するかかりつけ医を受診でき、家族に同行を依頼している。受診の際には、家族を通じて医師に利用者の生活状況などを情報提供し、連携を図っている。	
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	法人の看護師によるラウンドで体調管理、体調変化のあった時は、近隣の明峰クリニック(同法人)へ連絡し、点滴施行や経過について連携を図り、利用者様・家族様が安心できる体制を整えている。		
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。	入院時に、医療連携シートを医療機関に提出して経過や現況等の情報提供・交換を行っている。		
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	家族様と明峰クリニック院長、副院長と面談し終末期のあり方について話し合いを行っている。看取り介護の勉強会も行っており、各職員の意識付けに取り組み、職員一丸となって支援を行う体制をとっている。	終末期や重度化した場合の意向を利用者、家族から聞いている。重度化や終末期の対応経験もあり、状態や病状の進行に応じて家族や母体の医療機関と連携しながら対応している。	
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	明峰クリニック副院長による緊急時の対応について勉強会を行い各職員のレベルアップを図っていく。		
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	管理者が防火管理者となり、総合(通報・避難・消火)訓練、法人内各施設全員の災害時招集訓練を行った。また、災害時に近隣の住民が頼ってきた場合についても不安なく対応できるように職員で話し合った。防災マニュアルを作成し利用者家族にも説明、町内の防災訓練にも利用者様と参加している。	火災を想定した避難訓練を実施している。避難方法など事業所内で話し合い、安全かつスムーズに避難できるよう努めている。	事業所がオール電化になっていることから、災害等による停電時の備えや非常食などの備蓄・必要物を再確認しておくなどの対応を期待したい。

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	接遇の勉強会を行っており、各利用者様にあつた接遇の実施や声掛けを心掛けている。また、職員も接遇について意識して介護している。	職員は利用者の人格を尊重し、利用者一人ひとりに合わせた声掛けをするよう配慮している。また、自然でさりげないケアを心掛けている。	
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	本人の意思を尊重したケアを実践するように心がけている。		
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	入浴時間や食事の時間等を利用者の希望に添えるようにし、食事についても本人の要望に添えるように取り組んでいる。		
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	特に行きつけの美容院に行き出れるように配慮している。		
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	野菜切り等の下ごしらえ、味付け、配膳等強制することなく役割分担をしながら職員・利用者が一体となって行っている。	利用者は一人ひとりの意向や能力に応じて、食事の準備・片づけなどを職員と一緒にしている。また、職員も利用者と一緒に食事をしながら見守りを行うなど、家庭的な雰囲気大切にしている。	
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	献立については、同法人内の管理栄養士に依頼しており、毎食終了時に食事摂取量を記入し、各利用者の食事管理に努めている。看護師による栄養評価も行っており対応している。		
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	食後の口腔ケアの声掛け及び実施と就寝時には義歯を預かり管理している。また、必要な人には法人内のSTIに依頼している。訪問歯科受診も行っている。		

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
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	オムツ使用の方でも、無理のない範囲に於いて排泄パターンに合わせたトイレ介助を行っている。	利用者の状況に応じて、排泄チェック表を活用し、声掛けや誘導をしてトイレで排泄できるよう支援している。	
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	看護師に相談したり、排便コントロールについての研修に参加し下剤に頼るのではなく、運動(フィットネス利用等)や水分、食事調整、食物繊維等により個々に応じた対応を心掛けている。		
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	日中入浴される方は、各利用者の希望に沿った時間で入浴を行っている。日中を好まない方に対しては、夜勤出勤時(16時ぐらい)に対応している。一般浴が困難な利用者様には寝浴で安心して入浴できるよう対応している	入浴日の設定はあるが、利用者の意思や体調に合わせて時間や曜日を臨機応変に対応し、一人ひとりがゆっくり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	消灯時間や起床・就寝時間を決めたりせず、個々の生活パターンに合わせた対応を行っている。		
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	薬事情報の管理、服薬の管理について服薬チェック表を作成して行い、服薬準備者と服薬介助者とのダブルチェックをしている。		
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	各季節の決まりごとや正月、お盆、日課等利用前の生活履歴を詳細に把握し、実践できるように努めている。(アルコールや喫煙についての配慮等もしている)		
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	行きつけの美容院、スーパーへの買い物や、散歩、自宅への一時帰宅で仏壇参りなど、外出支援は出来る限り行っている。但し、一度に多くの希望が重なった場合は、日程を変更してもらったりしている。	天気や利用者の体調に合わせて近隣への散歩に出掛けるほか、日用品の買い物など利用者の希望に合わせて外出支援をしている。	

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
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	居室に鍵がないことと被害妄想を抱く方もいらっしゃる等トラブルの可能性が考えられるため現金はお預かりしていない。但し、買い物等の時には施設が立替払いし、月締めで請求をしている。支払いは利用者様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	手紙やはがきの代筆、電話の取り次ぎや本人様が電話を希望される場合には要望にこたえている。		
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	季節のお花や絵を飾り、共用部分の空間の演出に努めている。季節に合わせて、ソファの位置を変えるなど工夫している。	廊下や共用空間には、利用者による創作物等が多数展示されている。利用者は思い思いの場所で気持ちよく過ごすことができる。	
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	畳ユニットやソファを利用して頂いたりすることで居場所の工夫を行っているが、認知症の状態の違いや空間の取りあい等トラブルになることもあるため職員が介入している。		
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	利用開始時に大切にしていた物や使い慣れた物を持ち込んで頂いている。	居室には馴染みの家具等の持ち込みが可能で、利用者の作品が飾られるなど、利用者の個性に応じた居心地の良い空間となっている。	
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	エレベーター、階段についてはロックしているが、フロア入口は施錠せず出入り自由としており、少しでも利用者が安全かつ自宅にいるような感覚に近い状態で生活できるように整備している。		

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	1890200130		
法人名	明峰会		
事業所名	グループホーム 明峰夢 3F		
所在地	福井県敦賀市津内町3丁目7-17		
自己評価作成日	平成 29年 10月 28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.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成 29 年11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)】

利用される認知症高齢者の方が、介護者の支援を受けながら自分の家で普段の生活を送ることが出来るような体制と環境づくりに努め、「自信」「喜び」等を感じて頂けるようなグループホームを目指しています。24時間体制で看護師が勤務している介護施設(同法人)及び明峰クリニックとも隣接しており、急変時をはじめ日常における安心感を持つことができます。また、慣れ親しんだ雰囲気を持てるように、自宅からの生活物品の持ち込みや、外出レクリエーション(馴染みの店や近所、美容院、お墓、仏壇参り)の強化により、利用前の地域環境を継続させながら、当施設では自宅のように生活していただくことで利用者様が自宅地域と普段の生活に繋がりをもちながら日課や行事ごと等を継続させ生きがいのある生活を送ることが出来るように全職員が家族様と共に一体となって支援できるよう努

【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)】

2階ユニットに同じ

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	法人の理念に基づき、事業所内で協議し明峰夢独自の理念を掲げ、実践している。「いってらっしゃい」「お帰りなさい」等の声掛けで自宅と感じてもらえる様、職員1人1人が心掛けている。	2階ユニットに同じ	
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	町内の夏祭りや防災訓練に参加、月1回民謡や踊りのボランティア、音楽サークル等交流し地域とのつながりを図っている。今年度からはドッグセラピーのボランティアも協力してもらっている。	2階ユニットに同じ	
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	法人でケアケア講座を行い、地域住民の方々への勉強会を行っている。また運営推進会議の際に訪問看護師も参加し認知症をテーマに意見交換を行っている。		
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	町内代表者(区長)、近隣の区長、市の担当者(長寿健康課)の方、民生委員の方、法人内の看護師に参加して頂き、情報を得てそれをサービス向上に繋げている。	2階ユニットに同じ	
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	待機利用者名簿の提出、認定調査の日時設定や利用者の状況、又は施設基準等も踏まえ密に連絡を取り、指導等をしていただきながら協力関係を築いている。	2階ユニットに同じ	
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	玄関の施錠は基本的にしていないが、外部の人の出入りの際(ご家族様等)エレベーターに乗ってしまうことがあるため、降りるときのみロックしている。ベッドからの転落リスクの高い人にはベッド下にマットを敷いている。	2階ユニットに同じ	
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逃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	日常的なケアに於いて、常に意識・注意を払いさらには周囲にも意識をもつことで防止に努めている。勉強会も行い、職員一人一人の意識を高めている。		

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
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	研修会に参加、利用者様の保護責任者から相談があった時、各関係機関と連絡をとっている。		
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	契約時には、十分な時間をとることで、家族様はもちろんのこと職員も気持ちに余裕をもって説明できるようにしている。また、契約後も不明な点があれば質問対応できるように職員も日ごろから努めている。		
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	面会時には必ず声掛けをし、要望等の確認を行っている。また、行事や外出レクリエーション等にも参加頂けるように呼びかけしている。行事の後にはアンケートを実施し今年度はホームでの生活について家族様にアンケートを実施した。	2階ユニットに同じ	
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	各フロアごとのミーティングや全体ミーティングの際に、各職員が意見等を出し合い協議検討を行っている。	2階ユニットに同じ	
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	理事長および法人事務局(労務担当者)へ報告・相談を行い年2回の人事考課に於いても各職員の評価を行っている。また、要望等についても可能な限りの事は出来るように努めている。		
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	認知症リーダー研修の受講や法人内の研修、外部研修に積極的に参加するように努めている。また、職員同士でも声を掛け合いケアの向上を図っている。		
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	事業所間の連絡協議会や研修、グループホーム交流研修会、利用者の相互訪問を行っている。		

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
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	面接時に要望等の聞き取り調査を行うことで、利用者様のニーズを吸い上げ、ミーティング等で協議し、利用者様がご自宅にいるかのような安心感が得られるように全力で取り組んでいる。		
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	面接時に聞き取りシートに記入していただいたり、面会時には必ず声掛けを行い、様々な行事参加への呼びかけを行うことで、家族様との連携を図っている。		
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	入所前のケアプランを参考にすることで初期段階で家族様等が今必要としていることを見極め支援できるように努めている。		
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	いき過ぎた介護をせず、家事作業等を含め1日の生活を職員と協力して共に行っていくことで、家族に近い様な信頼関係づくりに努めている。		
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	メールでの定期受診の報告をはじめ、日々の近況報告、様々なレクリエーションの参加も呼び掛けることで、利用者様、家族様が共に歩んでいける様な関係作りに取り組んでいる。		
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	利用前に通っていた美容院や馴染みの店、以前住んでいた地域に出かける機会を設け、関係を継続できるように支援している。また、近所の方との交流を持つようにしている。	2階ユニットに同じ	
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	食事は、食堂で利用者様が集まって食べ、その準備に於いても、利用者様に役割分担しお手伝いしてもらったり、一つのチームのような関係づくりとされるように取り組んでいる。認知症の状態によりトラブルになることもあるが、その際は職員が仲裁し良い関係が継続できるように努めている。		

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
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	長期の入院で利用が終了となった場合でも、受け入れ先施設等と経過の確認や他サービスの利用について等連携を図ることで、関係の維持に取り組んでいる。		
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	ワイズマン(ケアシステム)やカルテを活用して、利用者様1人1人の意向や希望について情報を共有することができ、職員1人1人が対応できるような体制を整えています。	2階ユニットに同じ	
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	利用前の生活歴を聞き取り、継続できるように支援している。(庭掃除、毎月の仏壇参り等)		
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	心身状態によっては日課を継続できない利用者もいるが、職員間情報交換を行い連携して日課等を継続できるように支援している。		
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	ミーティング時にケアプランのモニタリングを行い、家族と本人に確認している。面会に來られない遠方の家族様等は電話にて確認を行っている。	2階ユニットに同じ	
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	カルテに毎日ケア記録を記入し、変化があった時はこれに加えて、状態の変化記録をとり対応を検討、申し送りノートにも記入し情報の共有化を図り、早期対応、早期実践に努めている。		
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	状態に合わせて、フィットネス、ST、PT(法人内)の指導を受けたり、実践したりしている。		

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	本人様の自宅近くや馴染みの店に行き近況の会話をしたり、昔話をしたりすることで地域資源を大切に、そこへ行く外出レクリエーションの回数を増やしたりすることで、本人様が楽しみの一つとなるように取り組んでいる。		
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	受診時は職員が必ず付き添い、現況や受診状況等により情報を共有化して、医師との連携を図っている。	2階ユニットに同じ	
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	法人の看護師によるラウンドで体調管理、体調変化のあった時は、近隣の明峰クリニック(同法人)へ連絡し、点滴施行や経過について連携を図り、利用者様・家族様が安心できる体制を整えている。		
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。	入院時に、医療連携シートを医療機関に提出して経過や現況等の情報提供・交換を行っている。		
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	家族様と明峰クリニック院長、副院長と面談し終末期のあり方について話し合いを行っている。看取り介護の勉強会も行っており、各職員の意識付けに取り組み、職員一丸となって支援を行う体制をとっている。	2階ユニットに同じ	
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	明峰クリニック副院長による緊急時の対応について勉強会を行い各職員のレベルアップを図っていく。		
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	管理者が防火管理者となり、総合(通報・避難・消火)訓練、法人内各施設全員の災害時招集訓練を行った。また、災害時に近隣の住民が頼ってきた場合についても不安なく対応できるように職員で話し合った。防災マニュアルを作成し利用者家族にも説明、町内の防災訓練にも利用者様と参加している。	2階ユニットに同じ	

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	接遇の勉強会を行っており、各利用者様にあつた接遇の実施や声掛けを心掛けている。また、職員も接遇について意識して介護している。	2階ユニットに同じ	
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	本人の意思を尊重したケアを実践するように心がけている。		
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	入浴時間や食事の時間等を利用者の希望に添えるようにし、食事についても本人の要望に添えるように取り組んでいる。		
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	特に行きつけの美容院に行って出来るように配慮している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	野菜切り等の下ごしらえ、味付け、配膳等強制することなく役割分担をしながら職員・利用者が一体となって行っている。	2階ユニットに同じ	
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	献立については、同法人内の管理栄養士に依頼しており、毎食終了時に食事摂取量を記入し、各利用者の食事管理に努めている。看護師による栄養評価も行っており対応している。		
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	食後の口腔ケアの声掛け及び実施と就寝時には義歯を預かり管理している。また、必要な人には法人内のSTIに依頼している。訪問歯科受診も行っている。		

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
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	オムツ使用の方でも、無理のない範囲に於いて排泄パターンに合わせたトイレ介助を行っている。	2階ユニットに同じ	
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	看護師に相談したり、排便コントロールについての研修に参加し下剤に頼るのではなく、運動(フィットネス利用等)や水分、食事調整、食物繊維等により個々に応じた対応を心掛けている。		
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	日中入浴される方は、各利用者の希望に沿った時間で入浴を行っている。日中を好まない方に対しては、夜勤出勤時(16時ぐらい)に対応している。一般浴が困難な利用者様には寝浴で安心して入浴できるよう対応している	2階ユニットに同じ	
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	消灯時間や起床・就寝時間を決めたりせず、個々の生活パターンに合わせた対応を行っている。		
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	薬事情報の管理、服薬の管理について服薬チェック表を作成して行い、服薬準備者と服薬介助者とのダブルチェックをしている。		
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	各季節の決まりごとや正月、お盆、日課等利用前の生活履歴を詳細に把握し、実践できるように努めている。(アルコールや喫煙についての配慮等もしている)		
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	行きつけの美容院、スーパーへの買い物や、散歩、自宅への一時帰宅で仏壇参りなど、外出支援は出来る限り行っている。但し、一度に多くの希望が重なった場合は、日程を変更してもらったりしている。	2階ユニットに同じ	

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	居室に鍵がないことと被害妄想を抱く方もいらっしゃる等トラブルの可能性が考えられるため現金はお預かりしていない。但し、買い物等の時には施設が立替払いし、月締めで請求をしている。支払いは利用者様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	手紙やはがきの代筆、電話の取り次ぎや本人様が電話を希望される場合には要望にこたえている。		
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	季節のお花や絵を飾り、共用部分の空間の演出に努めている。季節に合わせて、ソファの位置を変えるなど工夫している。	2階ユニットに同じ	
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	畳ユニットやソファを利用して頂いたりすることで居場所の工夫を行っているが、認知症の状態の違いや空間の取りあい等トラブルになることもあるため職員が介入している。		
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	利用開始時に大切にしていた物や使い慣れた物を持ち込んで頂いている。	2階ユニットに同じ	
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	エレベーター、階段についてはロックしているが、フロア入口は施錠せず出入り自由としており、少しでも利用者が安全かつ自宅にいるような感覚に近い状態で生活できるように整備している。		