

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2872600404		
法人名	社会福祉法人 真秀会		
事業所名	グループホーム なごやか		
所在地	兵庫県加西市下宮木町576		
自己評価作成日	平成25年8月23日	評価結果市町村受理日	2013年11月6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.hyogo-kai.go.com/
----------	---

【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福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成25年8月28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)】

終の場と選んでいただける施設を目指しています。看取り例も10年で15例となっています。生活されている方々においても認知症ケアに部分には特に力を入れていきたいと考えています。BPSDに対する対応が職員みんなが受容的なこころを理解した対応が出来るようになっていきたいと考えている。

【第三者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2~4階で3ユニットであり、1階にデイサービスを併設している。デイサービス利用者との交流で昔話を楽しむ利用者もあり、個別入浴が困難な利用者にはデイサービスの機械浴で安心の入浴を提供している。管理者が看護師であり、協力医との医療連携体制を活用して急変時も即対応でき、10年目を迎えた現在までの看取りのケースは15件である。職員も意識を高め、認知症対応の知識・介護技術の向上をめざし、チームケアとしての支援を継続したいと考えている。地域福祉への創設者の熱意により開設された事業所であり、地域住民対象の認知症総合相談窓口としての今後の活動に期待したい。

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 3. 利用者の1/3くらい 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. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	基本理念は、各フロア掲示板や玄関に提示しており、引継ぎ時やカンファレンス時に、再確認している。『家庭的な環境』『利用者が主体』『残存機能の維持・向上』『生きがい』『住み慣れた地域で共に楽しく仲良くなごやかに』を合言葉に、理念をふまえながら、スタッフ間で話し合い、ケアプランやレクリエーション等を考えている。	5項目の理念を常に意識できるようカンファレンス等で話し合っている。特に「利用者主体」を大切にし、業務優先に流されずに実践できているかを振り返り、利用者の生活全体を見る視線を磨くため職員は勉強会を重ねている。	
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	地域ボランティア来訪にて、日本舞踊・銭太鼓等の演芸を披露して頂いている。誕生日会等の行事の際、ケーキ(お菓子)を地域のお店で予約・購入し、利用者様と一緒に受け取りに行っている。	小学校ボランティアクラブの毎年の訪問は、利用者の楽しみとなっている。夏休みの高校生ボランティア体験では利用者との良好な関係が築かれ、「グループホームで働きたい」との感想が寄せられた。地域行事への参加や事業所行事への住民招待などの交流をさらに進めていきたいと考えている。	利用者が地域の一員として位置づけられるような住民向けの学習会等を企画し、長年の事業所の実践体験をもとに講話をするなど、地域との相互関係をさらに広げていってほしい。
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	運営推進会議にて、地域の方々に『認知症とは』『グループホームとは』『グループホームに求められている事』等を伝え、情報発信している。		
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	利用者様に提供しているサービス内容や、行事・外出支援など写真添付し報告している。また、グループホームの利用者状況や事故報告・ご家族様へのアンケート及び結果等資料添付し、報告している。	運営推進会議は家族、市担当者、区長、副区長、民生委員、知見者等であるが、家族の出席が少ないのが現状である。会議では利用者の写真を写しながら、行事・事故・入居者状況等を報告し、認知症への正しい理解等の話題も取り入れている。管理者は地域が持つ課題の情報を収集し、地域貢献としての今後の活動を考えている。	
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	施設連絡会・グループホーム連絡会等にて、意見交換を行っている。運営推進会議に、市の方に参加して頂き情報伝達を行っている。	市内事業所連絡会やグループホーム連絡会に出席し、それぞれの課題に関する情報交換を行っている。家族トラブルになりそうなケースを市担当者に相談して助言を受けるなど、日頃から連携に努めている。	

自己 者 第三	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 代表者および全ての職員が「介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	毎月ケアカンファレンスを行い、安全に配慮し身体拘束を行うことの無い様に心掛け、話し合いをしている。また、身体拘束についての勉強会を通じ、資料配布や意見交換を行う。 フロア入り口の施錠に関しては、現在も施錠解除には至っておらず、利用者様の立場になり施錠に関して考えた際『身体拘束』として捉えられる。利用者様の介護度の重度化・認知症の状態・スタッフのマンパワーの問題等が、今後の課題である。	利用者の高齢化・重度化に伴って直接介護が必要となり、見守り体制が希薄になりがちである。家族会と話し合いを重ね、入り口を施錠する状態が続いている。職員は利用者の閉塞感軽減を図るため、ユニット毎に外出支援に努めている。	理念である「利用者主体」の実践として、施錠が当たり前にならないよう利用者の立場に立った検討を続けてほしい。
7	(6) ○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	虐待に関する勉強会を行い、管理者・スタッフで意見交換をする場を設けている。また、認知症についてや認知症介護等、基本的な事を振り返り考え直す様、カンファレンスを行い再認識している。	虐待の勉強会では事例を挙げロールプレイを取り入れ、具体的な対応方法を考えている。特に受け取る側が傷つく言葉使いなどは、認知症介護の基本をカンファレンス等で再確認し、職員間で注意し合っている。	

自己	者三	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	(7)	○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	権利擁護委員会による「成年後見制度」についての勉強会を、資料配布・意見交換を取り入れながら行っている。	外部研修の伝達研修を行い、職員への周知を図っている。成年後見制度利用者が1人あり、職員はケースを通して制度の理解をしている。家族には資料を配布し、必要時に適切に利用できるよう勤めている。	
9	(8)	○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、配布資料を相互で読み合わせ・確認している。質問や疑問点等については、詳しく説明をし、了承を得て署名・捺印を頂いている。 契約内容の改定時には、家族会を開催し資料配布・説明し、理解・納得して頂けるよう対処している。参加されていないご家族様に対しては、資料・説明文を添付し郵送し、理解・納得して頂けるよう対処している。	契約時には利用者や家族との面接に時間をかけ、不安・疑問には分かりやすく説明し納得を得ている。費用改定時には文書で説明し、了承を得られるよう努めている。食事が口から摂取できなくなった場合などの終末期対応に関しては、医療連携体制を説明して「事前指定書」を取り交わしている。	
10	(9)	○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	外部への機関に関しては、行政機関としており、その存在については重要事項にも記載している。ご家族様が要望などを表せる場として、面会時に管理者・スタッフとの意見交換や家族会を開催している。また、施設内にもご意見カードを設置している。	家族来訪時に声掛けし、相談や要望をうかがうよう心掛けている。年2回の家族会でも、質問や意見を気楽に出せるような雰囲気作りを行い、発言された内容は小さなことでも受け止め、業務に反映させるよう努めている。	
11	(10)	○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回業務カンファレンスを開催し、意見交換を行っている。必要に応じショートカンファレンス等も行っている。また、個人面談を通し、個々の意見を聞く機会も設けている。	職員はチームケアへの理解を深め、利用者個々の変化する課題に対応するため、意見を出し合っている。業務運営に関しても確実に情報を共有するように努め、方針の統一を図っている。管理者は職員の処遇や研修参加希望を支援し、職員とともに作り上げる運営体制をめざしている。	
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	仁慈考課シートを用い、能力評価を出来るような取り組みを行っている。また、努力しているスタッフを高評価出来る様に評価基準を設け、評価を給与にも反映するように対応している。		
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	個人目標・フロア目標を設定。年間の施設内研修の企画・実施、外部(他機関)への研修の紹介・案内及び参加の促しを行っている。		
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	他施設・病院へ、利用者様の面談へ行くようにしている。また、外部(他機関)より講師を招き、勉強会を実施している。グループホーム連絡会等にて、ネットワークづくりしている。		

自己	者	第三	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	入所時は、アセスメントシートを用い、ご本人様・ご家族様、また入所前に利用していた施設・病院のスタッフより情報の交換・収集をする。情報を基に、カンファレンスを行い、ご本人様に安心して頂けるサービス内容づくりを行っている。計画立案前にセンター方式を用い、本人の思いを取り込むようにしている。		
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	入所申し込み時に、ご家族様からの情報収集やご本人及び家族と面談を行い、家族様の思いや困っていること等を伺う。入所時にも、家族様の求められる事など希望を聴いている。また、利用者様に変化がある等の際は、適宜連絡を取りながら、要望にそえるようにしている。		
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	ご本人・ご家族のニーズ・現状を総合的に考え、話し合いながら、どのようなサービスが必要であるか検討し、常に互いの最善策をとるようにしている。		
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	ご本人の要望を聴き、日常生活においてご本人の意見を取り入れた行事やレクリエーション等を行い、交流・関係性を築いている。		
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	毎月1回、利用者様の状況を書面にて家族様へ報告している(介護計画兼報告書)。また、面会時に近況報告をしたり、家族様の思い等を伺うように努めている。利用者様の変化時には、電話にて状況を伝え、相談をしながら最善のケアを検討している。		
20	(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	ケアプラン作成・更新時、またケアカンファレンス毎に、ご本人の思い・ニーズを確認・汲みとる(センター方式を用いる)。スタッフで話し合い、把握・支援するよう努めている。	デイサービスやショートステイ利用の知人と交流し、世間話が弾む利用者もいる。以前の利用者宅周辺に出かけた際に、馴染みの食堂は廃業していたが看板を見つけ、忘れていた昔話を生き生き話すきっかけにもなった。職員は利用者の関係継続の支援を心がけている。	

自己 者 第三	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	行事・レクリエーション、外出支援を取り入れながら、利用者様同士の交流を図り、スタッフが介入し更に関わり合い・関係性が築けるよう努めている。また、スタッフ全員が状況・状態把握するよう、情報・意見交換を心掛けている。		
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	契約終了後に、問い合わせがあった場合には、情報提供を行うようにしている。相談例はないが、今後相談等あれば、対応出来るようにしたい。		

自己	者 第	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
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	(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	ケアプラン作成・更新時、またカンファレンス時に、ご本人の思い・ニーズを確認、汲みとる(センター方式を用いる)。スタッフ間で話し合い、把握するように努めている。利用者様との会話の中からも、情報を得よう心掛けている。	利用者の言葉の陰に隠された真の気持ちを察知し、職員間で共有して支援に活かしている。言葉で表せない利用者には、過去の経歴等から推察し家族とも相談して、利用者に寄り添った介護にな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	入所時に、ご本人・家族様より生活暦など情報収集し、入居後も会話の中でご本人より聞き取り、カンファレンス等にて情報の共有・把握に努めている。		
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	身体・精神的状態、ADLを日々観察し、引継ぎ時やカンファレンス時に、情報交換・共有、問題提起等話し合い、把握に努めている。また、ケース記録・介護日誌も大切な情報源なので、その日の状態を記録し、個々に把握するようにしている。		
26	(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	月1回カンファレンスを開催し、ケアプランを基に、ケア内容について意見交換や見直しを行っている。また、状態に変化があれば、ショートカンファレンスを開き、ケア内容を検討している。ご本人や家族様からも希望や意見を聞き取り確認する。	担当職員が、利用者の普段の言動から内なるニーズを把握・記録し、カンファレンス等で検討している。介護計画原案作成時には、家族に提示をして話し合い、看護師や医師の意見をも参考にして作成している。重度化が進む場合の計画は随時に見直し、状態にあった支援になるよう努めている。	
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	日々の状況・状態は、個別にケース記録に記入している。介護日誌にも、その日の状態であったり、大きな変化・観察点を記録している。記録物やスタッフ個々が持っている情報を用い、共有している。		
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、その時々にも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	利用者様の介護度が高度化し、状態により看取りの必要性があるとなった場合、医師・看護師との医療連携体制を整え、また、家族様との連携も密にし、看取りケアに対応出来るようにしている。		

自己	者三	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	地域ボランティアや地域の小学生を通じ、交流を深めたり、あったか相談員の方々とコミュニケーションを楽しめるように努めている。		
30	(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	入所時にご本人及び家族様の希望がある場合は、希望されるかかりつけ医を主治医とし診察を継続して頂く。特に希望が無い場合は、ご家族様の了承を得た上で、当施設の協力医を主治医とし、月2回の往診を受けて頂いている。	原則、これまでのかかりつけ医の受診継続とし、家族の同行としている。家族の都合によりやむをえない場合は、事業所が受診を支援している。希望により協力医療機関の月2回の往診も利用でき、本人、家族の意向を優先している。主に管理者(看護師)が同行し、密な情報交換ができています。	
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	施設内看護師と、随時情報交換を行い、連携を密に図っている。看護職に相談しやすいような体制を整えている。		
32	(15)	○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。	入院となった場合、看護師・管理者が同行のもと、申し送り・看護サマリーを提出にて、医療機関との情報交換に努めている。入院期間中も、看護師・管理者が訪問したり、電話での問い合わせにて、病院との情報交換を行い、退院に向けての調整を行っている。	日常的な健康管理や医療関係者との情報交換から早めの対応が可能で、入院回避につながっている。入院時は訪問回数も増やし、家族の理解を得て医療関係者と早期退院の話し合いを行い、本人、家族の不安を無くすよう努めている。特に骨折の場合は生活リハビリ体制を整備し、早期退院のためのスムーズな受け入れを図っている。	
33	(16)	○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	終末期の方針などは、ご本人・家族様、スタッフ、協力医(主治医)で話し合いながら決定している。医師より、ご家族へ終末期の話が行われた後、ご家族に事前指定書の説明を行い、書面上にも方針を明記するようにしている	契約時に、事業所としての重度化等の方針を説明し文書を取り交わしている。入院等による利用者の状態変化があった場合は、医師を交えて本人、家族と話し合いの場を持ち、意向確認を行っている。	
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	急変時や事故発生時は、緊急マニュアルに沿って連絡・状況説明を行う。マニュアルはスタッフがいつでも閲覧出来るよう掲示・連絡ファイルに閉じ、周知徹底を行っている。心肺蘇生法の講習は、消防署員立会い毎年実施している。		
35	(17)	○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	防災訓練を年2回実施。避難救助マニュアルも作成しており、周知徹底を行っている。	定期的な総合訓練を年2回、利用者と共にやっている。職員は、火元の想定に応じた初期消火、避難経路の確認を徹底し、現場に即し対応を身につけるようにしている。地域との連携は今後の課題である。	運営推進会議等で、地域としての防災対策も踏まえた意識の向上を目指すとともに、それに向けた協力体制の必要性についての働きかけを期待したい。

自己	者三	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	(18)	○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	不適切な発言や対応があった場合などは、カンファレンスを行い、スタッフの言葉づかいや行動を振り返り、全体また個々に見直すようにしている。日常生活の中で、トイレ誘導・入浴介助等の際は、特にプライバシーの配慮に気をつけている。	普段の業務の中で職員同士が意識し、注意し合うように努めている。認知症ケアの中で、認知症の理解をより深め、適切な言葉遣いや対応について周知徹底をしている。実践に即した具体的な事例をあげて、職員一人ひとりの自覚を促している。	
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	利用者様との日常の会話から、思いや要望を見出し、ご本人が出来そうな事を提案・考慮し、出来る限り自己決定が行える様対応している。利用者様から『〇〇に行きたい』『△△が食べたい』等の意見を取り入れた、行事や外出支援を計画している。		
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	常に『利用者様優先』を、スタッフ間で周知徹底している。スタッフ側から一方的に支援するのではなく、利用者様の意思を尊重・確認し、出来る限り要望に副えるよう対応している。		
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	散髪に関しては、月1回の訪問美容を利用し支援している。ご本人の嗜好を1番に考慮しつつ、アドバイスも兼ね、一緒に衣服を選ぶ機会をつくっている。		
40	(19)	○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	食材の下準備や後片付け等、出来る事は利用者様・スタッフ一緒に行っている。味付けは、味見をしてもらったり、利用者様が作られてきた物の味を聞いたり意見をとり入れながら一緒に行っている。	利用者の好みや季節の食材をアレンジして、メニューを工夫している。下ごしらえや簡単な調理、味見、後片付け等、できるだけ関わりを持ってもらうよう声かけに努めている。これまでの経験を活かした作業や役割の機会を積極的に持つようしている。	
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	毎日、食事摂取量・水分摂取量を記録している。水分提供時に、利用者様に飲みたい物を聞き、提供し摂取して頂いている。体重コントロールが必要な方においては、カンファレンスを行い、可能であればご本人とも話しをし、食事面で工夫するようになっている。		
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	食後には歯磨きまたは義歯洗浄、うがい薬を用い嗽を実施している。自己で出来ない方に対しては、スタッフが口腔ケアを実施。また、週1回歯科往診があり、必要時、必要な方は診察を受けられるよう対応している。歯科医との相談体制を設けている。		

自己	者三	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	(20)	○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	個々の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄が行えるよう声かけ・誘導をしている。排泄後は、記録及びスタッフ間で情報共有している。	本人の習慣はもとより、自尊心にも配慮し、失敗を減らすよう配慮した支援を心がけている。普段の体調管理を重視し、主治医とは必要に応じ相談するなどその人にとっての適切な支援に努めている。特に夜間対応の支援方法については、その時に応じた見極めに注意している。	
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	食事・水分摂取量及び運動量をチェックしている。ご本人の状態に応じて軽体操・軽運動などを進めている。また、医師・看護師と相談し、下剤や緩下剤を使用することもあり。		
45	(21)	○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	入浴日は設定しているが、希望に応じて入浴出来るよう対応することもある。入浴時間に関しては、利用者様の希望にそう対応を心掛けている。入浴時は、1対1でのコミュニケーションが図れる場であると考えている。	最低でも週2回は入浴してもらおうようにしている。利用者の状態に応じて個浴だけでなく、特浴にも対応しており、柔軟に対応している。利用者の希望やその日の予定に併せ、声をかけるようにしている。職員との会話を楽しみにしている人もいる。	
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	その日の体調に応じ、休息して頂くよう声かけ・誘導及び環境づくりに努めている。昼夜逆転の無いよう、日中は出来る限り活動時間を増やし、夜間は安眠して頂くよう心掛けている。		
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	内服薬の説明書は個人記録に保管し、スタッフが薬の作用・副作用等を把握出来るようにしている(情報共有)。服薬時は、誤薬・飲み忘れ防止の為、スタッフ同士声を出し合い確認(ダブルチェック)し投与している。毎月、薬剤師による薬剤指導がある。		
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	家事(食器洗い・洗濯物たたみ等)、行事(誕生日会等)などを通し、利用者様それぞれに適した役割を持って頂き、張り合いや喜び、楽しみを見出すように支援している。		
49	(22)	○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	利用者様の意見を取り入れた外出支援や地域の喫茶店、お菓子工場の直売に出掛けるなど、気分転換も兼ね、外出する機会をつくっている。	利用者の希望により買物や喫茶店に行っている。外出とはいかなくても、日常的に畑の水やりや近隣の散歩等、外気浴も兼ね機会をつくるようにしている。家族と外食したり、自宅に帰る人もおり、家族にも協力を働きかけている。あったか相談員(ボランティア)の協力を得ることもある。	

自己	者三	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	買い物依頼時は、ご家族の了承得た上で、スタッフ同行し一緒に買い物を行うよう努めている。家族様へは、随時報告をおこなっている。		
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	利用者様の要望がある際は、スタッフ介入し、ご家族への電話を取り次ぐようにしている。		
52	(23)	○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	共用スペースは、季節感の出るような飾りつけを行い、その月の予定を掲示している。また、室温・湿度を見て、空調調節し過ごしやすい環境づくりに努めている。掲示板を活用し、行事内容(写真添付等)を利用者様・家族様、来訪者の方に関覧して頂けるよう工夫して掲示することが、今後の課題としてある。	広いリビングに、テーブル、テレビコーナーがゆったりと置かれている。オープンキッチンでは職員の調理の様子を見ながら会話も弾み、利用者も共に作業しやすい環境となっている。広い和室スペースも備え、余裕のある空間となっている。季節の手作り作品がさりげなく飾られ、利用者も楽しみ、話題を提供することもある。	
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	定期的な席替えを取り入れ、利用者様同士トラブルの無いよう、仲良く楽しく過ごしてもらえよう工夫をしている。テレビを観たい・音楽を聴きたい・談話して過ごしたい等、それぞれに適した空間づくりに努めている。スタッフは、個人個人の性格や興味のあることを把握する。		
54	(24)	○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	居室内では、使いなれた家具・布団類、装飾品を持参し、ご本人が住みやすい・居心地のよい環境を作って頂いている。利用者様のケース担当を決め、担当スタッフは衣替えや居室整理など、個々に関わりを持っている。	本人、家族に身近な道具や好みの品を持ってきてもらうよう説明し、お願いしている。小型の机や椅子を持ちこまれたり、趣味の物を掲示されるなど個々に部屋作りをされている人もいる。職員も手伝い、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	個々に出来る事に関しては、ケアカンファレンスを行い、スタッフ全員で意見を出し合い、周知するように努めている。日常生活の中で(排泄・入浴等)、自己で出来る範囲は安全に配慮しながら行ってもらい、残存機能を活かすよう努めている。		