

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	2894100011		
法人名	株式会社 jawa		
事業所名	街かどケアホーム ももか		
所在地	兵庫県揖保郡太子町下阿曾15-1		
自己評価作成日	平成29年4月15日	評価結果市町村受理日	平成29年6月19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	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29年5月22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)】

全体のタイムスケジュールがありません。食事の場所、時間等自由です。入浴時間も、朝風呂が良い方は朝に入浴していただきます。夜遅くに入浴したい方がいらっしゃれば夜に入浴のお手伝いを行います。また、ご利用者が自立、自律的な判断を引き出せるように心掛けています。例えば、ドリンクサービスにおいてはご本人の好きな飲み物(温・冷)のストックだけでなく、お茶、ジュース、コーヒーの中から選んでいただくとか、洗身はどこから洗い始めるのか指示していただくとか、利用中の居室の整理整頓はご利用者の許可を得てご利用者の見ている前でを行うとか、いろいろなサービス提供場面でご利用者の自己決定を引き出すような声かけや環境作りを工夫しています。

【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)】

法人の理念を实践する一環として、毎日のタイムテーブルを設けず、利用者の意思を尊重したサービスを提供している。「長い人生を歩んで来た結果、利用者それぞれの今が有る」という考え方に基づいたケアは、画一的なマニュアルに従ってサービスを提供するよりも洗練されたスキルを要求し、職員はそれに応えている。深く理解して利用者に接するケアが、認知症の進行の軽減につながっており、家族から、「笑顔で、元気になった」との感謝の言葉が寄せられている。開設15年を経て利用者が高齢化することで、医療面のニーズも高まって来ており、事業所として出来る範囲が自ずと限られる中、家族、協力医、訪問看護師と連携しながら、看取りの経験も積んで来ている。培われたノウハウを、自治会活動など住民とのふれ合いの中で、地域の福祉拠点として発信される事に更なる期待をしたい。

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広がったり深まり、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、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. 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	運営理念は、玄関口に表示している。その他独自に信条・スタンダードを作り職員の目につく場所に貼っている。入社時、理念研修を行なっている。	理念を大切にしており、新人研修の中で半日を掛けて周知徹底するとともに、毎月のホスピタリティ会議で確認しながら、日々のケアで実践している。特に、利用者の意思と自立・自己実現を尊重しており、利用者は画一的なスケジュールに縛られないで、日々を過ごしている。	
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	認知サポーター研修の受講会場として、施設開放を行ないながら、地域福祉に貢献していきたい。また、自治会の会合に参加して交流を図っている。	利用者は、職員と一緒に中高生の吹奏楽祭へ出掛けたり、コーラス部の高校生や「トライやる・ウィーク」の中学生たちを迎えて、交流を楽しんでいる。散歩をしながら、月に1度は道端の掃除をし、近隣住民と挨拶を交わしている。	
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	独居高齢者への安否確認が行えることをお伝えしている。又、認知症サポーターフォローアップ研修にて施設紹介及び具体的なケアの方法を伝えることが出来た。		
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回は開催している。	隣接事業所と合同で開催しており、利用者と家族の代表、町役場、地域包括が毎回参加しているが、自治会役員の出席回数は少ない。事業所便りで近況を紹介し、ヒヤリハットの内容や防止策に関する質問に答えている。家族全員への議事録送付はしていない。	議事録を全家族と自治会役員に送付して、会の内容を周知するとともに、会への出席を依頼されたらどうであろうか。
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	施設長とケアマネージャーが定期的に役所や地域包括支援センターを訪問し報告を行っている。	町の担当部署とは、運営推進会議の場だけでなく、役場を訪問して情報やアドバイスを得ながら、関係性を築いている。地域の事業所連絡会が無いが、一部の事業所とは交流しており、地域ケア会議にも積極的に参加をし始めた処である。	
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	玄関の施錠及び身体拘束はしていない。また、新入職員には身体拘束についての研修も行っている。現任職員についても、研修を行い理解を深めている。	理念の1つであるノーマライゼーションの考えで、拘束に該当する器具は一切保有していない。身体拘束の完全排除から生じ得るリスクに関しては、家族に説明して納得を得ている。虐待防止と共に、DVDなどを使用した研修を毎年実施している。	

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
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	高齢者虐待防止の資料を回覧し、理解を深めている。全職員が注意を払い、これに努めている。家族や本人には入居前に必ず説明している。高齢者虐待防止法について研修を通じて理解を深めた。	ナースコールで呼ばれた際の「スピーチロック」など、気付いた都度、職員間で注意する様になっている。利用者や職員の関係性を築くためには、その場しのぎのウソは止めて、守れる約束をする様に指導している。内出血し易い利用者を支える際には、身体全体で受け止めるなどして、内出血を防ぐ工夫をしている。	
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	権利擁護制度について研修を行った。	制度の利用者がいて、後見人になっている家族が毎月来訪する。包括センターに依頼して研修を行っており、職員は一定の知識を得ている。今後も、毎年研修を開催しながら、知識を深めていく予定である。家族に渡して説明する資料は準備していない。	制度の概略を紹介した資料を準備し、家族会などで配布して説明されたらどうだろうか。
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	契約の際には重要事項の説明を行い、本人や家族の不安を聞き取り説明を行っている。契約前には、自宅へ足を運んで家族と話を聞き、ご家族の負担が軽減できるように配慮している。	利用者と家族と一緒に事前見学をし、リビングでの雰囲気体験するケースが多い。事前説明で質問が多いのは、入居が継続できる重度化の許容範囲であるが、具体的な例を用いて説明し、納得のうえでの契約となっている。	
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	苦情担当窓口を設けている。また、情報を共有する為に、報告書を提出。改善に向け直ぐに話し合っている。誰もが意見を言えるような意見ボードを玄関先に掲示して広く情報収集が図れるように配慮している。	運営推進会議や、年に1度開催する家族会の開催前に実施している満足度調査の中で、意見を聴いている。利用者のケアを担当する職員が、家族向けに毎週電話で近況報告をしながら、要望を聴く様にしている。玄関に置いた「ナイスアイデア・カード」募集のポケットに、要望カードが入ることも有る。	
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	全体会議や日々の話し合い等で連携をとり、働きやすい環境作りを行っている。施設長は法人の役員へ毎日報告や相談を行い、密な連携を図り情報の共有化に努めている	毎月実施するモニタリングやカンファレンスの中で、意見を聴いている。洗濯物がある程度まとめてから洗濯機を回すことや、食事介助の方法など、意見を集約して運営に反映させている。「○○さん、助けてくれて有難う」、「教えてくれて有難う」と書いた「グリーンカード」を職員間で発行するシステムによって、職員の協働の意識が高まっている。	
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	責任とやりがいを持てるよう、一人一人に担当の仕事を決めている。また、ひとりひとり目標を持って仕事をするようにしている。残業が無いように勤務調整等で配慮している。		
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	勉強会の開催や外部研修への参加を呼びかけている。兵庫県内の同法人事業所で定期的に会議を開催している。		

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	
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	毎月、ケアマネージャーと管理者は地域の介護事業所へ赴き情報交換を行なっている。又、居宅介護支援専門員を対象とした連絡会にも2ヶ月に1度定期的に参加している。			
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	利用前より可能な限り訪問させて頂き、少しでも顔なじみの関係を築く努力をしている。待機待ちの利用者及び家族に対し定期的に連絡を行なっている。又、担当ケアマネージャーより情報を得ている。			
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	訪問時に家族の思いを伺い、どの部分を不安に思っているかを把握し、その不安を取り除けるように努力する。また初期だけでなく入居後も、担当者が責任もって近況報告を行なっている。			
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	他のサービスについての勉強をして、本人に本当にあったサービスを案内出来るようにしている。福祉用具の提案を都度行なっている。			
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	運営理念にもあるように、常に教えていただくという姿勢を忘れずに、高齢者の尊厳について理解しながら業務にあたっている。一緒に買い物に行き、一緒に調理し、一緒に食事をする事により、関係を深めている。			
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	週に1度は家族連絡を行っている。また、来所時には、今まで暮らしておられた様子等を伺う、共に過ごしていただき易い環境を作るなど工夫している。行事などは一緒に何か行えるようなモノを提案している。			
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	行きつけの店等へ行けるようにしている。本人より『〇〇へ行きたい』など要望があれば行けるようにすぐに段取りを行う。職員も気持ちよく『行ってらっしゃい』と言える職場環境作りの構築。	毎週1度や半月ごとなど、定期的に来訪する家族が多い。近隣には利用者馴染みの公園や神社が多く、家族や職員が付き添って出掛ける。昔のサークルの仲間が訪問し、リビングで歓談したり喫茶店へ出掛けることもある。玄関には、来訪者も気軽に利用出来る様に、冷たい水とソフトクリームサーバーを置いている。		

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	利用者同士の関係については把握出来ている。利用者の認知症などの状態に合わせ、リビングにある机や椅子の配置を変えたりしてお互いが気持ち良く生活できるように配慮している。専門医と協力して本人の不安を取り除けるように努力している。		
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	他施設に入居された方に対しても、定期的な訪問している。		
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	(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	本人主体で本人より希望や意向を伺いニーズについて把握している。意思疎通が困難な方に関しては、過去のその方の生活や家族から情報を得て把握に努めている。	コミュニケーションが難しい利用者が数名あり、表情の変化から想いを汲み取るようにしている。家族に依頼して、利用者が若かった頃の写真を何枚も居室に飾り、それらから利用者の今までの人生を学びながら、現在の想いを推し量って接している。	
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	本人や家族、関係者からアセスメントし把握に努めている。日々の会話の中から搾取できる様に努力している。知り得た情報は共有できるように記録している。		
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	利用者の状態に合わせたケース記録や介護計画を作成している。都度、見直しADLに合わせた記録作成に取り組んでいる。		
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	利用者や家族の意見を取り入れながら、可能な限り利用者にあった介護計画を作成している。また、毎月モニタリングを行い、変化や不具合があった際には介護計画を作成し直す。	1人の職員が1人若しくは2人の利用者の居室とケアを担当しているが、2フロアを横断して担当する職員もある。情報を共有する為に、ケース記録は全員が目を通している。担当者やケアマネが中心となって、担当者会議を兼ねたモニタリングを毎月行っている。モニタリングの際に「新たに把握したニーズ」を追記し、半年ごとか必要に応じて随時計画を更新している。	
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	利用者一人一人、違うケース記録の書式を使用し、個別ケアに努めている。		

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
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	本人や家族の希望に基づいて可能な限り柔軟な支援を行っている。		
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	地域の自治会や社協、役場などの催しごと等を通じて安全に楽しく暮らして頂けるように支援している。地域の小・中・高等学校と交流の場を設けている。		
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	本人、家族の希望に沿って受診を行っている。ケアマネージャーが主に外部との折衝に努めている。	これまでのかかりつけ医を基本としているが、近隣病院を受診している利用者が多い。職員が受診同行し日々の状況を報告することで、異常の早期発見や重度化の予防に繋がっている。個々に病院受診ファイルがあり、職員間で情報の共有を図っている。	
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	利用者に特変があった場合はすぐに看護職員に連絡し、本人や家族の意向を尊重して医療支援を行っている。		
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。	入院当日には、情報提供を作成し入院先の病院へお渡ししている。ご利用者が入院された場合は毎日お見舞いに伺い、その日の様子を医療関係者に尋ねてケースに記録している。又、地域連携室にも通い、退院調整にも積極的に関わっている。	医療機関とは、日頃からの連携で認知症にも理解があり、安心して入院出来る環境下にある。毎日病院を訪れ、利用者や家族また病院関係者と情報交換を密に行い、事業所で対応可能な環境を調整して、早期に退院できるよう支援を行っている。	
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	常に本人や家族等の意向を尊重し、受け入れ体制を整えている。身体状況は都度、家族に伝えており必要時にはターミナルの話も積極的に行っている。	看取り同意書で意向を確認し、状況に応じて利用者や家族、医師、訪問看護師などと話し合いながら、看取りケアを行っている。訪問看護師との協働で多くを学び、職員のスキルアップに繋がっている。利用者に寄り添う事の大事さや看取り経験が出来たことへの感謝を込めて、勉強会で振り返っている。	
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	内部研修を毎月開催しているが、全員が統一した対応が出来るまで至っていない。		

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
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	避難訓練については法令に基づき年に2回実施している。次回は6月の予定。	夜間想定を含む定期的な訓練を年2回実施している。職員の避難行動が周知徹底されていないため、マニュアルの見直しも検討している。地域住民の参加は得られていないが、必要性は十分認識しており、協力要請を行っている。	地域との協力体制の構築に向けて、継続した働きかけを今後も期待したい。
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	1人の人として、人生の大先輩として尊重しながら対応している。不適切な発言がみられた際は、職員間で都度注意しあっている。	認知症を深く理解することはもちろんであるが、利用者一人ひとりの人格を尊重し、利用者の気持ちに寄り添い、安心してもらえる対応を心がけている。特に排泄時の失敗や入浴時の羞恥心に配慮している。きめ細やかな実務研修で周知徹底を図っている。	
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	可能な限りご利用者に自己決定をしていただいている。自己決定していただいた事に関しては職員が全力でサポートさせて頂く。		
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	一人一人のペースに合わせて希望に沿って支援している。また、職員都合のケアになっていないか振り返りの場を設け、常に意識するようにしている。		
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	本人の意向を伺った上で支援している。その人らしい、身だしなみに努めている。主訴が言えない。意思疎通が困難な利用者に対してもアセスメントからより近いと思える選択を実施している。		
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	食事の準備からなるべくご利用者さんにも一緒にしていただけるようにしている。また、片付け等も自分で出来る方に関しては可能な限りお願いしている。	献立表に応じて業者から食材が配達されるが、利用者の好みなど考慮して、アレンジすることもある。利用者は、いんげんの筋とりやつくしのはかま取り、後片づけなどを行っている。おやつ作りや外食も楽しみにしている。また晩酌をたしなむ人もいる。	
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	既往歴を把握し、水分・食事共に可能な限り適正な量を摂取している。6か月毎に血液検査を行い、健康状態を把握している。入居されてから血液検査結果が大幅に改善されたケースが多い。		

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
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	出来る方に関しては、お願いをし、困難な方は支援している。定期的に歯科往診を利用し、状態を把握している。又、訪問歯科医より、より効果的な口腔ケアの方法を学んで実施している。		
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	可能な限り紙オムツや紙パンツを使用せずに過ごして頂いている。 トイレの声かけが不十分なときがある。	排泄パターンを把握して、その人に応じた声かけを行っている。表情や行動に気をつけ、失敗がないように注意している。「正しいオムツの当て方」の研修を行い、見直したことから経済的負担の軽減に繋がった。	
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	便秘のメカニズムについて勉強会を開催し、運動及び食生活からの改善に努めている。また、必要時は適切な量の下剤を使用し排便を促している。月2回はいきいき100歳体操を実施している。		
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	一人一人の希望を伺い入浴して頂いている。自分からニーズを言われない方にもこちらから声かけして入浴して頂いている。	入浴時間は、利用者の希望に応じて夜間入る事もできる。シャンプーやボディソープは好みの物を使用し、くつろいでいる。3~4日入らない利用者に対しては、職員や時間を変えたりしながら、声かけをしている。	
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	利用者の生活パターンを崩さないよう支援している。意思の疎通が困難な方には、表情から思いが汲み取れる様、入浴時、行為介助時などの身体介助前や最中は常に全身観察をして対応している。		
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	変薬があった場合などは全職員に回覧して知らせるようにしている。又、過度な服薬に至らない様、状態を見ながら減薬も実施している。		
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	昔から、得意とされていた絵画や、縫い物などそれぞれにあった得意分野を継続して行っていただけよう支援している。		

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
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	希望に応じて買い物やドライブ等の外出の機会を設けている。主訴が言えない方に対しては、アセスメントを元に喜ばれそうな場所へお連れしている。	利用者の希望に応じて、近隣のコンビニや認知症カフェ、カフェテラスに出かけている。犬を連れて近隣の散歩に出かけ、住民からの声かけもある。職員の相互協力のもと、利用者のニーズに臨機応変に対応ができています。	
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	希望に応じお金を使って頂けるようにしている。また、過度に購入されやすい利用者に関しては、都度説明し計画的に使っている。		
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	希望があれば、本人に電話をかけて頂いている。届いた手紙に関しては、返信を職員と一緒に作成したりしている。		
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	リビングは利用者の方に不快感を与えないような配置などに気をつけている。四季折々の雰囲気にあった飾りつけをするようにしている。トイレ、浴室に関してはスッキリと清潔感のある空間を心がけている。	広いリビングには、テーブルやソファが置かれ、利用者は思い思いの場所で過ごすことができる。利用者の作品である絵画や刺繍、季節感のある設え物が掲示され、居心地のよい空間となっている。共有スペースには手すりが設置され、安全面にも配慮されている。	
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	それぞれが過ごしやすいようにソファやテーブルなどを配置している。		
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	家族と相談してなるべく自宅で使っていた馴染みのある家具等を持ち込んで頂いている。	居室の入り口には手作りのネームプレートが掛けてある。馴染みの家具、家族や現役時代の写真などに囲まれ、居心地のよい空間となっている。居室で食事したり洗濯物をたたんだり、思い思いに過ごしている。	
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	共用スペースについては、出来るだけ掲示してどんな場所かが分かるようにしている。		