

### 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	2690300047		
法人名	医療法人 三幸会		
事業所名	ケアサポート壬生(1階ユニット)		
所在地	京都市中京区壬生相合町63の1		
自己評価作成日	平成29年3月25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	
----------	--

【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 野の花		
所在地	京都市左京区南禅寺下河原町1番地		
訪問調査日	平成29年3月31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)】

①認知症になっても、家族と一緒に住めなくなっても、少しでも幸せを感じていただけるよう、生きてよかった！と思っていただけるように、できることはしていただき、できないところだけそっと支援していくことを心掛けている。  
また、何かを与える支援ではなく、ベースは心に寄り添うこと、一緒に人生を1日1日を楽しむことを心掛けている。お世話になるだけの存在では「生きて」いけないと思うので、現有能力を活かして様々な生活行為をしていただくようにしている。  
②「当たり前」の生活を当たり前」。買い物へ行く、自分の行きたいところに行く、地域との交流、毎日の洗濯物や炊事など、今までの生活で当たり前にしてきたことができるようにしている。

【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)】

京都市中京区の南西部、節分や狂言で有名な壬生寺に近い住宅街にあり、2ユニットの開設満5年になるグループホームである。町内会に加入、当番を引き受けたり、地域にある商店で買物する等、地域との関係づくりに努力している。利用者ごとに様子を書いた便りを送る等、家族との関係にも努めている。管理者や職員は、利用者が今まで暮らしていた家を離れてグループホームにきて、家庭的な環境の中で自分の生活スタイルで暮らせるように支援したいという強い思いで頑張っている。特に利用者がホールで坐りつきりて過ごさないように、一歩でも外へ出たり、雨の日は別のフロアに行く等、昨年からの記録をつけて取り組み、今年は毎月1回、利用者の希望の行き先に職員とマンツーマンで出かける取組に発展させている。食事は高齢者の食べなれた、野菜の多い家庭食の献立を職員と利用者が一緒に手作りにしている。利用者は花が多く飾られ、階段やエレベーターもふくめてやわらかい雰囲気デザインされたホーム内で、近くの散歩、食事作り等を楽しむ毎日である。

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)	○	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)
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)	○	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)
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)	○	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)
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)	○	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	○	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
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)	○	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
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)	○		

# 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念は作成したものがある。職員がそれを共有・実践できるようには繋がられていない。 事業所の方向性についてはホームページに掲載済み。	職員の話し合いにより、グループホームの理念を「安心・安全・やすらぎの介護 その人らしく家庭的な生活、地域の人とのふれあい」と定め、ホームに掲示、利用者や家族に周知している。理念の実践として利用者が人として普通の生活が送れることを重視し、町内会の加入や地域の店の利用、ふだんの外出、地域の行事への参加等に力を入れている。	
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	地域のお米屋さん、パン屋さんへ買い物、野菜・肉・魚を地域の業者さんに配達してもらっている。地域のイベントへの参加。	ふだん利用者は近くを散歩したり、店に買物に行ったり、喫茶店でお茶したりしている。食材は近くの八百屋、魚屋、肉屋、米屋、パン屋を利用している。町内会に加入し、今年度は組長の当番となり、利用者と一緒に会費の徴収や回覧板や文書配布等をしている。学区のふれあい餅つき大会、ふれあい盆踊り、敬老会等の行事に参加している。区への届けは利用者と共にしている。地域貢献の取組は少ない。	グループホームに地域の人が気軽に来訪したり、利用者と友だちになる等を支援すること、認知症の専門職として地域の人への研修、相談受け入れ、認知症カフェの開催等、地域貢献すること、以上の2点が求められる。
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	運営推進会議や地域ケア会議において地域の方と顔なじみになり、事業所の存在をよりわかってもらえるように引き続き努めている。		
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	参加者は当事業所運営を温かく見守って下さったり、親身に話を聴いて下さり、意見を出してくれている。	家族、学区自治連合会会長、学区社会福祉協議会会長、民生児童委員会会長、地域包括支援センターが委員となり、隔月に開催し、議事録は全家族に送付している。ホームからの事故や行事等の報告の後意見交換している。服薬の事故やヒヤリハットが頻回であることから、「利用者に処方されている薬が多すぎるのではないか」という意見があり、対応している。	
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に取り組んでいる	地域包括支援センター職員さんには毎回運営推進会議に参加して頂くだけでなく、区内の他行事や会議等でも交流させて頂いている。	区とは報告や連絡を怠らず、連携を取っている。地域包括支援センターと連携し、認知症の講師を頼まれることもある。地域ケア会議に参加し、情報交換している。	

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
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	法人内の研修にて常勤職員は勉強しており、玄関の施錠等を含めて身体拘束防止に努めている。	「身体拘束をしないケア」について契約書に明記し、マニュアルを作成、毎年職員研修を実施している。職員は身体拘束11項目、やむを得ず拘束する場合の3要件、スピーチロックについてよく認識している。身体拘束の事例はない。門扉はなく、玄関ドア、非常口、階段、エレベーター等、全て施錠していない。	
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	法人内の研修にて常勤職員は勉強して、注意を払っている。		
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	法人内の研修にて常勤職員は勉強してはいる。		
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	実施できている。		
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	毎回、異なるご家族に運営推進会議に参加していただいたり、年1～2回開催の家族会にて意見を聴いたりしている。	家族の面会は多く、毎日くる人もあり、少ない人でも年4回くらいである。家族には利用者の様子を書いた個別の便りを毎月送付している。年1～2回家族会を開催し、食事を共にしながら懇談している。	利用者にとって家族は職員と共に、車の両輪のひとつとして大事な支援の力である。利用者個々の様子だけでなく、グループホームの暮らしの様子や行事や献立の報告、職員の異動や職員紹介等を掲載した広報誌を発行し、家族に知ってもらうこと、ホームの行事や外出のお誘いをして参加してもらうこと、以上の2点が望まれる。

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
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	毎月開催の職員会議で意見交換を行なっている。同じく毎月開催の各階会議でも意見を聞く機会を設けている。	毎月の全体職員会議で運営について検討、毎月のユニット会議でケースカンファレンスを行っている。事前に書面で意見や提案をする職員もいる。会議は意見が言い易い雰囲気である。「休憩時間がきちんととれない」という職員の意見があり、改善している。広報委員会、安全対策委員会、行事委員会、手紙委員会、食事委員会、衛生委員会、物品委員会の7委員会を立ち上げ、職員は分担して活動している。法人が毎年開催する研究発表会でテーマを決めて発表している。	
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	常勤職員は年2回の人事考課での評価と事業者が行なう「アクションプラン」を元に目標を立て、評価・助言を行い環境整備に努めている。		
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	職員確保が厳しい状況もあり、なかなか研修参加が出来ていない。		
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	京都府認知症グループホーム協議会に加入していたり、認知症実践者研修等に参加し、コミュニケーションを図り、ネットワーク作りをしている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人及び家族とよく話をするようにしている。また、入居者に担当職員制を取って安心確保の一手としている。また、ミーティングで全職員の意見・情報が出やすいよう集まりやすいように配慮している。		
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	まずは、契約前～契約時、その後は随時(面会時や電話時)関係作りを意識している。		

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
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	他サービスとしては、希望に応じ、訪問リハ・マッサージ、歯科往診、歯科衛生指導・等に取り組んでいる。		
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	一緒に家事をすることで、職員からご利用者への「ありがとう」の言葉を大切にしている。1対1や集団で外出することで「仲間」という関係を築けるようにしている。		
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	ご本人・ご家族・スタッフで受診に出掛けている。行事への参加を声掛けしている。また、密に連絡を取るようになっている。面会時など、コミュニケーションを取るようになっている。		
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	昔住んでいた家、住んでいた地域、馴染みの病院へ外出している。	利用者の昔の職場の友人が面会に来てくれる。利用者の道案内で昔住んでいた家を訪問し、近所の人と出会い、懐かしく談笑している。利用者がいつも利用していた美容院やデパートの喫茶店に同行している。	昔可愛がっていた甥や姪、長く会っていないが会いたい友人、趣味の仲間、仕事で知り合った人等、またいつも花見をしていた所、夫と出会った喫茶店、よく利用したレストラン、おいしくて好きだった老舗の和菓子等、長い人生を送ってきた利用者にはもう一度会いたい人、もう一度行ってみたい場所、もう一度食べたい食事やお菓子等々がある。そういった支援が求められる。
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	他フロアの中の良い方に会いに行くなど関わられるようにしている。職員が間に入ることで一緒に家事ができるように。馴染みのメンバーで外出することで仲間意識が芽生えるようにしている。		
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	現状、継続的な関係性は築けていない。		

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
<b>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</b>					
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	普段の何気ない会話から、ご本人の「したいこと」「食べたいもの」「好きなこと」を把握できるように努めている。	契約時に利用者や家族と面談し、利用者の情報を聴取しており、その後も新しい情報を収集している。京都市、富山県等の出身地、父は市電の運転手、夫は西陣織の職人、デパート、大学食堂、府庁等、自身の勤務先、歌、買物が好き等、生活歴の情報はあるものの少ない。「笑って暮らせたらい」「どっか行きたい」等、利用者の思いを記録している。	長い人生を送ってきた利用者の暮らしを支援するためには利用者の性格、人生観、生きがい等を知り、深く理解することが欠かせない。利用者のこれまでの生活歴の情報をさらに収集し、積み重ねることが望まれる。
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	ご家族と外出やコミュニケーションでこれまでの生活などを聞いたり、話してもらえらる関係を築けるよう努めている(ご本人との会話の中でも)。		
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	家事など、一人一人できることを把握し、提供している。		
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	職員や医療関係者との話し合いは出来ている。これも、「本人」「家族」の意見・アイデア収集に関して取組中。	計画作成担当者がアセスメントし、介護計画を作成、職員に周知を図っている。身体介護の項目や「できることをして生活する」「他のフロアへ行く」「外出する」等、どの利用者にも共通の項目や「他の利用者とのトラブルには職員が入る」等、認知症に共通の項目が多い。利用者ごとの個別性が少ない。介護記録は1日の経過を時系列に漠然と記載しており、介護計画の実施記録になっていない。半年に1度実施しているモニタリングは「実施状況」「目標の達成度」「利用者・家族の満足度」「今後の方針」について点検している。	介護計画は利用者ごとに固有のものであり、暮らしのなかの生きがいの項目を入れ、自立支援になっていること、介護記録は介護計画を実施したときの利用者の発言や表情、拒否があったときはその要因を書き、モニタリングの根拠となるようにすること、モニタリングは毎月実施すること、以上の3点が望まれる。
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	出来てきている。		

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	医療協力機関とは、24時間連絡体制が整っている。近隣の保育園とは年間で交流を持てる環境が整っている。		
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	一緒に朝食のパンを近所のパン屋さんに買いに行く、一緒に普段の買い物を近くのスーパーに買いに行く、回覧板を一緒に届けに行く、お米屋さんと一緒に買いに行く、お地藏さんや壬生寺と一緒にお参りに行くなど。		
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	出来ている。	協力医療機関2か所から毎月2回ずつの往診があり、利用者のかかりつけ医となっている。従来のかかりつけ医に受診する利用者には家族と共に職員が同行し、ホームで把握している利用者の情報を医師に伝えている。訪問歯科、訪問看護、訪問マッサージ等を利用している人もいる。認知症の受診をしている。	
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	週に1回の訪問看護時に1週間の状況を報告し情報共有。体調変化の際にはまずは電話で相談し指示を仰いでいる。		
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。	過去の入院時の課題を踏まえて、入院時にご本人の「生活者」としてのニーズを伝えることと、病院関係者とも顔が見える関係を作ることを中心している。		
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	十分に出来ていない。	利用者が重度化したり、終末期を迎えたときの対応について重要事項説明書に方針を明記し、契約時に利用者や家族に説明している。利用者や家族の希望があれば看取りを実施する方針であり、職員はターミナルケアの研修を受講している。現段階での利用者や家族の意向は聴取している人もいる。	

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
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	マニュアルを作成し、それに従い初期対応をするようにしているが、訓練を定期的に行なうなどは出来ていない。		
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	年に2度の消防訓練で利用者と一緒に練習。地域の方から「緊急時支援同意書」をいただき、地図で把握できるようにしている。	消防署の協力を得て火災に対する避難訓練を年2回実施している。その際に地域の人の協力は得られていない。地震、風水害、夜間帯の避難訓練はしていない。備蓄を準備し、ハザードマップを掲示、職員は危険箇所を認識している。防災マニュアルを作成、緊急時職員連絡網を整備している。災害時における法人内相互協力の規定がある。	避難訓練は地震、風水害、夜間帯を含めて職員の身につくように年数回は実施すること、利用者が避難して外に出た際、利用者の見守りや保護等に地域の人の協力が得られるようにすること、以上の2点が求められる。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	概ね出来ている。呼び方に関しても本人・家族に希望の呼び方を尋ねたりしている。ただ、いつも一緒に過ごしている間柄ということもあり、馴れ合いが出て来た場合は指摘・注意している。	利用は長い人生を生きてきた先輩であるという気持ちで対応している。接遇やプライバシー保護の研修は法人で実施している。利用者の呼び方は本人や家族に希望を聞いている。職員の言葉遣いに問題があればその都度注意している。暮らしのなかの様々な場面で職員からの押し付けにならないように表情等で気持ちを汲み取り、利用者の選択を支援している。	
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	1対1で問いかけをしてみたり、2つ選択肢を提供して自己決定しやすいよう働きかけている。普段も希望が言いやすいように関係性を築くことと表情に配慮することを心掛けている。		
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	9人全員に希望を聞いて対応するところまでは出来ていないが、職員が決まりごとに縛られないようになってきて利用者と楽しく過ごせるペースにはなってきた。		
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	数年間お化粧することが途絶えていた利用者にお化粧を勧めたり、おしゃれ好きな方とは買い物回数を多めに取るようにしている。		



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
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	特に力を入れている点。台所で少人数で作ることがないよう、食卓で皆で作りと、皆で食材を見る、調理する、近くで音が聞こえる、匂いがする、ようにしている。	食事委員会の職員が利用者の希望を聞いたりしながら、1週間分の献立を立てている。食材は近くの米屋、八百屋、魚屋、肉屋に注文し、配達してもらっている。献立は野菜の多い、食べなれた家庭食である。食材の買物や届いた食材の点検、調理、盛り付け、片付け等、利用者と共にしている。数人ずつが食卓を囲み、職員も一緒に食事している。利用者の誕生日にはその人のリクエスト献立にしている。認知症の症状として食事を自身で食べるのが難しい利用者に工夫を重ね、食事が摂れるようになっている。	
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	食事・水分摂取量が一目でわかるよう表を作成して支援している。		
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	「訪問口腔衛生」を導入し、歯科衛生士と協力して、ひとりひとりに合った口腔ケアを心掛けているが「毎食後」しっかり口腔ケアは出来ていない。		
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	パッド内失禁が少ない時間を検討し、排泄チェック表にラインを付け、その時間に誘導するようにしている。紙パンツではなく、パッドを使う用のソ・フィットパンツを使用している。	3分の1くらいの利用者は排泄自立している。他はオムツやパットを使用し、パットには尿漏れしにくい布製のパンツを使っている。職員が一人ひとりの排泄パターンを把握しており、声掛けし、トイレ誘導している。排泄支援により歩行が可能になった利用者がある。運動の他、牛乳、ヨーグルト、バナナミルク、野菜等で薬に頼らない排便を支援している。	
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	朝食が和食で牛乳が付かない日はおやつを乳製品にしている。朝食は牛乳・ヨーグルトを出している。野菜をたくさん使うようにしている。排便出ない日が続く方にはバナナミルクなどを作って提供している。階段昇降や散歩などの運動面もしてもらっている。		

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
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	入浴時間帯は職員都合になっている(マンパワーの問題)。	浴室は窓が大きく明るい、少し広めの家庭風呂に個浴槽を据えている。別にリフト浴のある浴室がある。午後の時間帯に1日3人ずつ、週2回の入浴を支援している。入浴をいやがる人には時間帯を変えたり、声掛けの職員を変えたりしている。「あの人と一緒に入る」という利用者がおり、希望に添っている。季節にはゆず湯や菖蒲湯を楽しんでいる。	
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	日中、傾眠されている時や、体調不良時など、居室で臥床してもらっている。		
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	出来ている。		
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	買い物・炊事・生け花・散歩・体操を行なっている。買い物では、食べたい物を購入している。		
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	月1回、スタッフ・ご本人1対1でご本人の希望に沿った外出・外食をしている。	ふだんは壬生寺や公園への散歩、パン屋、本屋等近くの店への買物、喫茶店でお茶等、利用者は出かけている。ホテルやガストでの食事、喫茶店でコーヒーを飲む、大丸や宝ヶ池等、概ね毎月1回は職員と1対1で利用者が行きたいところへの個別外出をしている。節分祭、花見、植物園、鉄道博物館、水族館等へのドライブ外出や、かに道楽等での外食をしている。	
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	ご本人で財布を持たれている方には、買い物時ご自分で財布から支払いいただいている。財布を持っていない方は、立替で購入いただいている。		

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	携帯電話を持っておられる方は、スタッフが間に入り、電話やメールをしている。		
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	玄関では季節の花を育てている。リビング・トイレには季節に合った飾りを付けている。また、集団外出した時の写真を壁に貼っている。	ホームの内部には生け花や鉢植えの花を何カ所かに置き、季節感とやわらかい雰囲気を出している。キッチン付き居間兼食堂は大きな窓があり、明るい。壁には職員手作りの折り紙細工、絵、カレンダー、時計、行事の写真等を飾っている。階段の壁やエレベーター内部も職員の手作り作品でデザインしている。利用者と職員がバラのタペストリを合同製作している。認知症の混乱を起こす大きな音や強い光はない。	
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	食事テーブル以外にソファがあり、仲の良い方同士やゆっくり1人で本を読むなどできるようにしている。		
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	エアコン・ベッド以外は、自宅より使っていたものを持ちこんでいただいている。好みのカレンダーや馴染みの写真を貼ったりしている。	窓が大きく明るい居室、入り口が板敷で作り付けのクローゼットがある。室内は畳敷きでふとんで寝ている人やベッド使用の人がある。利用者は使い慣れた筆筒、椅子、机、チェスト、テレビ等を持ち込み、仏壇を置いている人もいる。チェストの上にカレンダー、時計、家族の写真、人形、小さな飾り、手作り作品等を並べ、自分の部屋としている。	
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	特に問題なく行なえているのかもしれないが、細かいアセスメントがまだ出来ていないと思う。		