

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	3092200074		
法人名	社会福祉法人 真寿会		
事業所名(ユニット名)	グループホーム鮎川いばの里(さくら)		
所在地	和歌山県田辺市鮎川3003		
自己評価作成日	平成31年4月1日	評価結果市町村受理日	令和元年6月7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
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 和歌山県社会福祉協議会
所在地	和歌山県和歌山市手平二丁目1-2
訪問調査日	

【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)】

認知症による物忘れや、周辺症状があっても、人間らしく生活できる権利や、人権を尊重しながら、利用者様個々にあった介護や援助を実践しています。環境的には四季の移り変わりが感じられる環境にあり、利用者様や御家族様からは生まれ育った田舎を思い出しますとお言葉を頂く事もあります。時間をみつければ、施設周辺への散歩を職員と共に行う事で気分転換や下肢筋力の維持向上に努めています。又、近隣の小学校との交流も5年目に入り、年2回の訪問交流授業を通じて学校との交流を図っており、今年度は学校の運動会に参加。玉入れに参加したり施設訪問では子供達が主体となりゲームを企画したり子供達に車椅子の体験授業をしてもらったり福祉の体験をしてもらいました。昨年度の課題であった地域への参加も近隣の支援ハウスとの交流を開始。ハウスを訪問し、向こうで食事を頂いたり、逆に夏祭りの時はハウスの方が訪問され一緒に花火見学をしたりと活動的な年でした。

【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)】

本事業所では、入居者が自分らしく生活できるよう、入居者の意向をできる限り尊重するために、職員の育成に力を入れるとともに、職員・入居者共、楽しく生活できる環境作りに配慮されている。また、介護者の一部には高齢者を採用し、その職員から「年代の異なる方々と触れ合えることが楽しく、働くことが嬉しい」との声も聞かれるなど、職員のやりがい感が高いのも特徴の一つである。

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、生き活きと働けている (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、安心して暮らしている (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
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	事業所の理念を作成し事務所に掲げている。内容は地域密着型サービス事業者として地域の方々の協力を得る事や、利用者様を中心に支援する事などを明記しており、サービス提供時には常に理念の考えを念頭に置き、実践している。	理念を常に念頭に置きながら、職員・管理者達は日頃から入居者の人権・地域への連携・協力などについて、事例を取り上げながら共有することに努められている。	
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	日常的な交流活動はないが、地域住民として草刈りなどの奉仕活動への参加や、秋祭りに町内会の子供神輿の来訪、近隣小学校との交流授業、学校との地域懇談会や運動会へ参加している。	地域の草刈作業や小学校との交流、祭り神輿の来所、運動会への参加、園芸他のボランティアの受入等地域との交流を図っている。	
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	二か月毎に開催している運営推進会の場で、入居者の症状や、支援する事で症状が緩和した事例等を報告している。今年の会議では参加者と認知症について学ぶ機会を設けた所、参考になるとの意見がありました。		
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	二か月毎の第四金曜日の午後に地域型地域包括センターの職員や、地域老人会の会長・民生委員・地区委員・御家族代表に参加頂き開催している。最近では老人会会長の意見で近隣小学校との交流が図れるようになってきている。	定例運営会議の参加者は地域包括支援センター・老人会会長・民生委員・家族代表などに参加いただいている。また、老人会会長の助言で近隣小学校との交流が広がり、認知症への理解を進める研修を行うなど、運営会議を活かした活動を行っている。	
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	地域の地域ケア会議に参加。地域の困難な事例等について参加者で意見を交換したり、受け入れ先を検討するなどしており、地域の特性の理解に努めている。新年度からは職員のOJTもかねて参加者を増やしたいと考えている。	地域ケア会議に参加し、困難な介護事例について意見交換をしたり、地域の学校との交流では、食事提供を受け入れていただくなど関係を深めている。また、今後は、職員の参加を増やすことを検討されている。	
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	事故予防研修へは職員を随時、職員を参加させている。カンファレンスでは拘束に繋がらないよう職員の言動や行動についても拘束に繋がるリスクを職員相互で話し合うよう努めている。玄関の施錠については、一時的に施錠しなければいけない時が今も続いているが、施錠しない工夫に努めている。	事故予防研修には随時職員を参加させるとともに、カンファレンスでは身体拘束や言動においてもリスクがある事を学ぶように努めている。また施錠についても、個々の願望が許容する事で納得される場合もあるため、常に工夫したケアに取り組んでいる。	
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	虐待は身体的なものだけではなく、精神的なものも含まれる事を都度、徹底して職員に伝達している。職員が利用者様に対して普段接する言動の中にも虐待に繋がるリスクがある事の注意喚起を常に実施している。		

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
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	権利擁護の研修にも随時職員を参加させている。日常生活自立支援事業や成年後見人制度を利用されている利用者様がおられるので、職員にはなぜ制度を利用するに至ったかや必要性について説明している。		
9		○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	契約前には施設の見学や利用料金の説明を実施。契約には重要事項説明書について説明し、同意、署名を頂いた上での契約としている。開設してからは契約についてのクレームなどは発生していない。		
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	運営推進会議に御家族代表のご家族から意見を頂いた事を運営に反映。又、御家族様の面会時には要望を聞くよう努めており、面会にあまりこられない御家族様には定期的に利用者様の近況を電話や手紙・電子メールなどで連絡している。	運営推進会議に家族代表から意見を聴き、面会時には出来る限り希望要望を聞けるように雰囲気や考慮したり、来所出来ない家族には定期的に入居者の近況を電話・手紙・メールなどで伝え意見要望を運営に反映させている。	
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	月初めの職員会議の場で職場のでの取り組みや活動に対しての意見や提案を検討している。管理者として意見を押し付けるような威圧的な言動にならないよう配慮し、自由に意見交換できる場にしたいと考えている。	月一回の全体会議では、上司の押し付け的な検討内容でなく、職員自らが取り組みや意見等を、発言できる雰囲気作りがなされているとともに、管理者は聴く立場をとるなど、活発な意見交換ができる場を作っている。	
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	人間的に厳しい職場環境であるが、職員の希望の休みは工夫しながら取得できるよう努めている。今後も職員に負担を強くない勤務体制を維持したいと考えている。		
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	新人職員は法人内の介護技術研修や座学に毎月1回(一年)参加し、法人の理念を理解してもらっている。毎年、認知症実践者・リーダー研修には職員を参加させている。		
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	地域密着事業である事から、最近、提携している訪問看護ステーションを仲介し看護師や理学療法士、法人のケアマネジャーの方々と意見交換会を実施した。今後も不定期ではあるが開催予定である。		

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	利用開始前に御家族や御本人、担当ケアマネジャーから御本人の問題点やニーズを聞いた上でケアプランを立案。入居後もサービス内容や手順に沿ったケアを行う事で御本人様の不安軽減に努めている。		
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	御家族様のニーズを把握にも努め、都度、連絡をとりあえる関係作りを行っている。御家族様を社会資源と位置付け、ケアプランに反映させる事で利用者様との関係が改善したケースがあります。		
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	緊急的に小規模多機能型サービスを利用し始めたが徐々に在宅支援の必要がなくなった事からグループホームに移行させたケース等がある。今年度も金銭的な問題からGHに移行させたケースがある。		
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	手芸や絵画クラブ等各クラブ活動や、作業等に職員と共に協力し合える仕組みを作っている。数人の利用者の中には積極的に職員のお手伝いをしてくれる方もいる。		
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	御家族様の面会や外出時には最近の利用者様の身体・精神状況を伝達している。御家族様の支援を積極的に受けている利用者様の方が安心して生活できているケースが多いように思います。		
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	御家族様以外の知人の面会時には都度、御家族様に面会の許可を確認した上で面会して頂いている。職員間でも御家族様以外でも馴染みの人は社会資源として捉えるよう常に指導している。	本人が馴染んできた人や商店の定員等家族以外の面会者への対応は、家族の許可を得るとともに、近くの支援ハウス等は社会資源として積極的に交流し、関係を広げるよう社会関係の支援に努めている。	
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	どうしても集団生活の場であるので、個々の対人トラブルがあり、テーブルセッティングや、集団の場への集まりには職員が仲介する事でトラブルを回避するよう努めている。又、友人作りの支援も併せて実施している。		

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
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	サービス利用中に永眠された方の御家族とは一年以上経過した今でもお付き合いがあり、自宅で収穫された農産物を届けてくたりしている。又、施設の良い評価を宣伝してくれている様子である。		
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	常に希望の把握には出来る限り反映できるよう努めているが、BPSDから家に帰りたいといった言動や行動を無くす事は困難である。御本人様の意向をくみ取り、受容と傾聴に努めている。	入居者の意向や把握について、本人の習慣や一寸した変化を記録に残し、全員で理解に努めるようカンファレンスで検討するとともに、困難な場合であっても受容と傾聴態度で出来る限り意に沿える介護に努めている。	
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	今まで生活してきた生活歴や御本人様の性格を把握しケアカンファレンスや職員のミーティングなどで支援に繋げるよう実践している。		
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	24時間支援経過を行う事で一日の行動や精神状況の把握に努め、一人ひとり、個々に合わせた支援を行っているが職員個々の性格もあり統一した処遇を行うのは困難である。		
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	モニタリングやケアプラン更新月には担当するケアスタッフや御家族様にも出来る限り参加頂き、介護計画に反映させている。	ケアプラン更新時はスタッフ家族、介護支援専門員評価委員、医師の情報を持ち寄り話し合っって現状に即した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	計画作成担当者の補助に評価担当者を置き、日々実践した記録のチェックを実施。御本人様の意向や気づきを介護計画書の見直しや新しいプランの立案に活かすよう努めている。		
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	個々の利用者様や御家族様のニーズすべてに答えるのは難しいものがあるが、安全に配慮した範囲内でのサービス提供に取り組んでいる。		

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	地域にある公園やカフェ等を調べ、ドライブや散歩に出かける事がある。外に出かけた方々は施設で見せる表情と違い、生き生きとした表情が見られており認知症ケアの深さを再認識する事がある。昨年度よりも今年度は外出支援を増やした。		
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	主治医の訪問診療が月1回あり、傷病・投薬・健康相談を行っている。又、主治医の来ない週は主治医の指示で訪問看護師が巡回し、健康チェックを行い、異常があれば主治医に報告する仕組みが確立されている。	主治医の往診が毎月あり、健康管理に努めるとともに、家族・本人の希望による受診も自由である。また、主治医の指示により訪問看護師の巡回などでも適切な医療が受けられる様に配慮されている。	
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	上記内容の通り、主治医の指示で訪問看護師の巡回、法人系列の近隣施設から看護師が週に一回巡回に来ており利用者個々の健康状態の把握に努めている。又、昨年より、ネット環境を使った医療との連携も始めている。		
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。	入退院時は御家族様や地域医療連携室を通じて情報の相互提供を実施している。退院が決まった際は退院前カンファレンスを開催し、退院後の利用者様が依然と変わらない生活が送れるよう介護計画の見直しに努めている。		
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	法人の理事長の方針で利用者様が重度化や終末期の状態に至った場合は看取りを行わない方針なので、重度化や看取りの必要な状態になりつつある時点で御家族様に説明を行い、速やかに施設や病院への移行を行っている。	法人の方針により、利用者の重度化に伴う終末期医療は、家族に説明し医療施設や対応出来る施設への移行を相談している。	
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	巡回に来ている訪問看護師や看護師に応急処置や初期対応について都度質問や指導を仰いでいる。又、近隣の消防署に協力を頂き、AEDの取り扱い訓練や、心肺蘇生などの緊急救命訓練も行っている。		
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	管理者は、防災ボランティアに登録しており県内の防災訓練に参加していた経緯があり施設内の防災訓練時に指導を行っている。地域には車で5分程度の場所に消防署や行政局があり施設内には3日分の食糧の備蓄がある。	管理者は防災ボランティアに登録しており県内の防災訓練に参加していた経験をもとに施設防災指導を行っている。AEDの使用訓練、消化訓練、通報訓練など消防署立会いも含め年4回程実施されている。	

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
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	個々の人格や生活スタイルを尊重し、個人の時間を優先できるよう努めている。利用者様の尊称には必ず「さん」をつけ、言葉の語尾には必ず「です」「ます」をつけ笑顔で親切丁寧に対応するよう心掛けている。(法人の訓示より)	個人としての人権人格を尊重し「です」「ます」会話を使用し笑顔で丁寧に対応する様に心がけており生活時間は個人の自由時間に充てる様に工夫されている。	
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	利用者様が不穏な言動や行動をとる場合もありますが、丁寧な言葉かけを実践しながらできる限り御本人様の思いを反映できるよう努めています。		
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	入浴日なのに入浴を拒まれる利用者様には無理強いを強いる事はせず次の日に言葉かけるなどしている。ケアへの不満があればなぜ拒まれるのかを職員間で話し合い支援に繋げるよう努めている。		
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	御家族様から以前の衣服などの嗜好を伺い、馴染みのある衣類を着用して頂けるよう努めている。訪問理美容は月1回あるが、御家族様の協力を得て馴染みの理容室を利用される方もいます。		
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	食事前のテーブル拭きやおしぼりたたみを利用者様と一緒にしている。最近では自発的にテーブルを拭いたりエプロンを用意してくれる利用者様も見られるようになった。	食事前に口腔体操を皆で楽しく声を出し、嚥下機能の低下予防をした後食事をしている。入居者の個々の能力に応じて準備や後始末を自発的に行い他の入居者も手伝いをしたいと希望する方も出ている。	
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	法人内の管理栄養士が作成した献立表を基に調理している。水分補給は施設でスポーツドリンクや紅茶を購入し、特に夏季は脱水症状をおこさないようこまめに水分補給を行っている。		
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	食事前には職員による口腔体操を行い誤嚥予防を実施。義歯を装着している方には夕食後、義歯洗浄剤で除菌。歯磨き時には個々に合わせ、職員が付き添う事もある。6月に歯科衛生士の訪問があり歯磨き指導を受けました。		

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	24時間排泄チェックシートを作成。排泄や失敗が多い時間帯を特定。その時間帯より少し早く排泄誘導するなど排泄の自立に向けた支援を行っている。	24時間排泄チェックシートを作成し、排泄や失敗の時間帯を少し早めに声掛けを行い、できるだけ残存機能を活かしたトイレ誘導で自立に向けた支援を行っている。	
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	排便は個々に生活リズムが違う為、管理が難しく、便秘傾向にある方には水分補給に努めたり生活の場での活動を増やす工夫を行っている。看護師が常駐していない為緩下剤や通じ薬での調整のみなので排泄コントロールが難しい現状である。		
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	基本、入浴は週2回であるが、希望があれば随時入浴して頂いています。入浴は夜にといった方もおられるのでそのような場合はシャワー浴ではありますが、支援する事もあります。	入浴は週2回であるが、希望があれば随時入浴可能であるとともに、入浴を拒否される利用者には、着替えやシャワー浴等を会話のなかでタイミングを図りながら勧めるなど個々に添った入浴支援をしている。	
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	個々の身体や精神状況に合わせて臥床して頂いています。前日に不眠であった方などは、昼夜逆転にならないよう30分から1時間程度を目安に臥床して頂いています。		
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	利用者様の処方箋ファイルを作成して、なにを服薬しているか、目的はなにか、副作用はなにかについてはファイルを見ることで理解できるようにしている。服薬による状態の変化があれば、訪問看護師や主治医に連絡している。		
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	昨年度まではレクリエーションのみとして活動していたが、活動の場を増やす取り組みとしてクラブ活動を細分化。リハビリ・レクゲーム・手芸・童謡クラブを立案。個々のニーズに合わせた取り組みを実施している。		
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支援している	昨年の課題でもあったいつも特定の方のみの行事での外出を見直し、1~3回に分けて支援している。今年のお花見は場所を変え三回実施しました。	昨年の努力課題である外出については、家族協力もあり個々に散歩、外食、スーパーへの買い物、喫茶利用をしていただくとともに、また、多い方では週2~3回息抜きも兼ねて外出や弁当を楽しむなど、少なくとも月一回程度は外出できるよう支援されている。	

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	数名の方は金銭管理が出来ており自己管理してもらっています。御本人様の希望あれば預かり金から購入したり御本人様と買い物に出かけて自分で選んで頂く事もあります。		
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	利用者様の希望があれば御家族様に電話を繋いでやりとりして頂いています。現在、2名の方が携帯電話を所持しており、御家族様と自由に会話する事で不安を解消されておられるようです。		
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	季節毎にその季節を感じられる飾りつけを行っている。自室が解からない方の為に大きなネームプレート配置したり、トイレと書かず、便所と表記するなど配慮している。空調は室温計を参考に調整するよう心掛けている。	共用空間には柔らかな自然光が取り入れられ、ゆったりとした空間が得られており空調により年間を通して心地よく過ごせる環境作りがなされている。壁面には入居者家族が観て話題が弾むように行事スナップ写真等が飾られ、入居者のあたたかい生活感が感じられるよう工夫されている。	
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	利用者個々の性格や馴染みの利用者とお過ごせるようテーブルセッティングやソファへの座席時に配慮している。座席位置を変更した事でBPSDが緩和された方もいらっしゃいます。		
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	御本人様や御家族様の希望に添えるよう馴染みがある使い慣れた持ち物は安全上支障がなければ許可しています。自宅で使用していた枕や布団、TVなどがあれば使って頂いています。	入居後の環境づくりは、居心地良くできるよう家族及び本人の意に沿うように行われており、安全面での支障がなければ好みの物や日頃馴染んでいる品・テレビ・寝具も自由に使用できるようにしている。又手芸品色紙作品写真を作成するなど工夫されている。	
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	施設の共有スペース(トイレや浴室)にネームプレートで解り易く表記しています。居室番号で理解できない利用者様のお部屋には同じくネームプレートを取り付けています。		