

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	2894000393		
法人名	姫路医療生活協同組合		
事業所名	グループホーム めが		
所在地	兵庫県姫路市飾磨区妻鹿278番地		
自己評価作成日	平成26年8月12日	評価結果市町村受理日	平成26年10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

【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 姫路市介護サービス第三者評価機構		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市自治福祉会館 6階		
訪問調査日	平成26年9月4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)】

グループホームめがでは、共同生活であっても出来る限りご自分のペースに合わせて生活して頂きながら、食事作り、掃除、洗濯などの日常生活の中でそれぞれの出来る事、やりたい事を見つけて入居者様と職員と一緒にいる。季節に応じた催しや食事メニューを共に考え、入居者様が楽しく安心して日々過ごして頂けるようにしている。外部との繋がりを重視し、買い物などで外出の機会を積極的に作ったり、地域行事への参加や地元の学校との交流を深めるよう努めている。職員一人一人が入居者様と生活を共にしていることを意識し、落ち着いた環境でゆっくりと関わりを持つようにしている。

【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)】

今回が初めての外部評価である。グループホームの認知症ケアの特徴は、家庭のような空間で普通の暮らしの実現であり、利用者の出番、役割がいっぱいあること、残存している能力を引き出し日々の生活が充実していくように支援するのが職員の腕の見せどころでもある。理念に基づいたケアがしっかりと、いかに発揮されており、「関わりシート」の作成等、次のステップに向けた取り組みも検討されている。利用者本位で質の高いサービスの提供においては家族の協力も不可欠であり、家族をケアパートナーとする視点も加えた関係性の構築も期待したい。災害対策については課題が大きいだけに各関係方面との連携強化も含め、日頃からの検討課題として地道な取り組みが望まれる。

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 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	全職員が事業所の理念を理解し、介護の重点項目を意識して実践につなげるとともに、実践からもこの理念の意味を感じることができるようになった。	事業所理念「利用者の持っている力を発揮し、役割を持って生活を送る支援」「専門職として優しく丁寧な認知症ケアの実践」「地域交流を深め、馴染みの関係を築く」理念と合わせ、重点項目を毎日の朝礼で唱和し、理解しながら日々意識して実践している。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	散歩や買い物などに出かけた際、地域の人たちと挨拶を交わしたり、日常的な交流を大切にしている。地域の行事である秋祭りを見物したり、作品展に出展した。	事業所開設準備の段階から、地域の方々に理解を得る活動を行ってきた。管理者は自治会の隣保長として活躍している。地元の秋祭りでは、2階のテラスを開放したり、休憩スペースを提供するなど地域貢献度も高い。地元の高校や小学校との交流も積極的に行っている。	
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	町内会や地域の活動や施設の行事等に双方参加しあい、認知症の方への理解を深め、気軽に訪問していただこう活動している。また、実習生やインターンシップ、ボランティアを積極的に受け入れている。		
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	ご家族、地域包括支援センター、自治会の方など地域の方に参加していただき、サービス内容や事故報告などを行い情報交換を行っている。	2か月に一度、自治会区長や婦人会長、民生委員、地域包括支援センターの職員、利用者とその家族を迎え開催されている。会議の案内を家族に送付し、家族は毎回違うメンバーで各ユニットから一軒ずつ参加して貰い活発な意見交換を行っている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	分からないことや困難な時には連絡を取り情報源としている。運営推進会議には地域包括支援センターから出席頂き、サービスの内容の説明やアドバイスを頂いている。また、病院や他の施設などとも連携しサービス向上に繋がっています。	市の職員は開設当初は運営推進会議に参加してもらっていたが、現在は、定例参加の形態になっていない。地域包括支援センターの職員は、運営推進会議に毎回参加しており、連携が取れている。	
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	身体拘束を行わないように、入居者の状態に応じて見守りを行ったり、ご家族に協力を得ている。	車イスの安全ベルトをしている利用者は緊急やむを得ない場合として家族の同意を得て行っている。2階3階の玄関については安全上施錠しているが、外に出たい思いを感じた時は、一緒に行くなどの対応を心掛けている。鍵の問題は今後の課題と位置付けている。	
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	ホーム内で虐待が無いよう周知徹底している。入浴時等には全身の観察を行い注意を払っている。研修の機会を積極的に捉え参加する。	職員数名が外部研修に参加予定がある。随時ミニ研修会を開き、資料の配布も行っている。小さな気付きをヒヤリハットレベルですぐに報告するように徹底している。職員の言葉がけが不適切になっていないか注意も払っている。	

自己	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
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	入居の際、必要になると考えられる入居者様に関しては、管理者より説明するようになっているが現在、該当者がいない。	制度が必要な利用者に対して説明を行う体制は整えている。研修資料を持っているが、今後は利用者、家族用パンフレットを準備したり、研修会を開き職員の理解を深める取組を考えている。	地域包括支援センター等から、分りやすいパンフレットを入手するなど準備し、職員に対しての研修会を開催し、制度に対する知識を深め、関係機関への橋渡し等、今後の活用に向けて準備されることが望ましい。
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	新規契約時に、管理者より十分な時間をかけて説明を行っている。法改正等の際にも説明を行い、同意を得ている。	契約前に一度、施設見学に来て頂き、重要事項を重点に、理解納得が得られるよう丁寧に説明を行っている。利用者家族からの各種相談にも都度対応し説明している。行政の相談窓口についても併せて案内している。	
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	玄関先に意見箱を設置し意見を求めている。運営推進会議の中でも、意見や要望について話し合うようにしている。	家族を中心に多くの方が面会に来られ、玄関先に意見箱も設置しており、要望などの記入の他、面会時に何か気付いたことがないか直接伺うようにしている。家族との会話の中で出てきた質問をきっかけに発刊となった毎月の事業所通信「スマイル」は好評をいただいている。	
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	定期的なユニット会議、必要時に全体会議を設け、職員より意見をくみ取れるような環境を作っている。また、個人面接の機会に管理者が直接意見を聞く場を設けている。	毎月のユニット会議で職員からの業務等に関する意見を出し合って運営に反映している。掃除のことやケアの仕方、介助の方法でうまくいった例などの意見が出ている。年に2回、個人面談を行い、職員の目標を聞き、リーダーには日ごろ困っていることはないか聞き取りも行っている。	
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	日頃から現場にいる管理者、センター長が職員の状況を把握している。職員個々が向上心が持てる様、個別に目標を立て、面接を行っている。		
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	施設内外の研修への参加を推進している。研修報告をユニット会議等で行い、研修で得た情報は現場で活かすよう促している。		
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	外部研修で同業者と交流を計りながら、良い情報は取り入れるようミーティングで共有している。		

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	出来れば入居前にご本人様にホームに来ていただき、顔なじみの関係を築きながら話を伺い、信頼関係の構築を目指している。		
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	見学や入居予約の時から、家族が困っていること、要望等を相談記録に残し、安心していただけるよう努めている。		
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	まず、今必要な支援をプラン化しサービス提供を行うが、今後の状況を予測し、いつでも他のサービスに変更できることを、ご家族に説明している。		
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	ご本人の想いを暮らしの中で理解し、共に支えあえる関係を築き、一緒に生活している状態を作る。		
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	ご家族にしかできないことや、ご家族が面会に来られた際の普段と違うご様子お伝えする。毎月のお便りや写真をご家族にお渡ししている。		
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	面会はいつでも、どなたでも来ていただけるように声をかけている。また、いつでも電話でご本人と話ができる環境を整えている。	面会時間に制限はなく、早朝や仕事帰りに面会が出来る。利用者は、家族や友人と一緒に食事に出掛けたり、祭りの際に仲間が訪ねてくる等の馴染みの関係継続に努めている。家族の納骨等についての菩提寺についての相談にも意欲的に取組み、無事に納骨、墓参りも出来たと、大変喜ばれた事例もある。	
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ご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	食事作りなどを通して、入居者様同士の交流を計れるようにしている。孤立がないように入居者様同士の相性や関係を理解して支援する。		

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
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	生活の場所が変わる場合は必要に応じてサマリーなどで情報提供を行っている。退去後も家族が相談しやすい関係を築いている。		
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	ご本人より意見や要望などを聞き取り、ケアプランに反映するようにしている。また、自分の思いを伝えることが困難な方にはご家族に相談して本人の意向に近い形を探っている。	入所時に利用者の思いや、家族から自宅での様子や要望の聞き取りを行う。その際にセンター方式のシートを活用している。自宅と変わらないように過ごして頂くように配慮し、普段の職員との話の中からも意向の把握を行っている。	
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	ご家族から情報収集するとともに、ご本人との普段の会話の中から、生活歴を把握し日常の支援に努めている。また、得られた情報は記録に残すことで、スタッフ間で情報共有し統一したケアにつながっている。		
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	個々の介護記録で過ごし方や身体状況の把握ができるようにし、その人らしい暮らしができるように支援している。		
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	毎月のユニット会議や日々の申し送りで見守り・困難事例を話し合い意見を出すことで、チームで統一したケアにつなげている。又、ご家族とは定期的に話す機会に加え、状態に合わせて、医師も含めたカンファレンスを実施している。	各職員が担当の利用者のアセスメントを行い、各ユニットの介護計画作成者が家族の意見を含め、定期的なモニタリングを行い、気づきや意見を出し合い、協議しながら作成している。看取り時には、家族の思いを把握し医師と合同カンファレンスを行っている。	
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	毎朝バイタルサイン(血圧、体温、脈拍)を測定し記録している。また、生活の様子や周辺症状については介護記録に記入し、心身の状態を把握周知し、カンファレンスでの見直しに活用している。		
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	個々に担当者を設け、家族との連携でご本人の状態や状況の報告を行い、細やかな支援に繋がっている。		

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
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	地域の方と協力関係を築き、地域周辺の情報を把握しながら、楽しみのある生活に繋げ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	かかりつけ医(主治医)はご本人や家族の希望に沿っている。往診を求められる方は、協力医療機関などへ相談し往診を依頼し協力を求めている。	かかりつけ医の受診同行は家族が行っている。協力医療機関があり、希望を聞いて内科と歯科の往診を行っている。皮膚科など臨時の受診や緊急時には事業所が支援を行うこともある。	
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	開設時より看護師を配置しており、何かあれば直ちに報告・相談し、必要があればかかりつけ医等への受診にもつないでいる。		
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。	入院時にご本人への支援に関する情報を医療機関に提供し、家族とは回復状態等の情報交換を行いながら退院支援に努めている。	入院時には、地域医療連携室に利用者の介護サマリー等を随時提供している。早期退院に向けてグループホームでの生活が継続可能かどうかなどを、病院と相談しながら適宜調整に努めている。	
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時の説明の際、重度化や終末期のことを話し、ご本人がその状態になった時、主治医やご家族と現状や今後のことを話し合いを行って支援している。	契約時に看取りの指針について説明し同意を得ている。重度化の場合、最期をどこで迎えるか医師を含めて意思確認を行い、家族の安心と納得を得る支援を行っている。職員に対しては、ディスカッションを行い、心のケアと終末期での対応について、パンフレットを作成し勉強会で話し合っている。	
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	緊急時のマニュアルや緊急連絡先等の整備を行っている。開設時に救命救急の講習を行った。		
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	避難訓練を年2回行っている。運営推進会議を通じて、緊急時の協力をお願いしている。	次回の避難訓練は夜間を想定した訓練を予定している。避難場所は、近くの高校になっているが、坂の勾配や、少し距離があるため、利用者が安全に避難するには、どうすればいいのか今後の課題として考えている。	近くに市川が流れており、水害の発生リスクが高く、近くにはまさ土の山ではないが、想定外で発生する事も含め、災害対策について、ハザードマップも参考にしながら一つひとつ課題に取り組んでいく事が期待される。

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
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	入居者様お一人おひとりの人格を尊重しながら、個々にあった声掛けや対応を行い、その人らしく過ごして頂けるように支援している。	法人内の接遇委員会の委員が接遇向上を掲げて毎月目標を作り職員間で確認し、各月の目標に対し、全職員で取り組んでいる。排泄の際の声掛けにも気を付け、利用者の尊厳を傷つけないよう、さりげない誘導を心掛けている。	
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	日常の様々な場面で、ご本人の気持ち、考えがあつての行動になるように、選択肢を提供して支援を行っている。言葉で選択できない入居者様に対しても、表情や感情に注意し、思いを汲み取れ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	入居者様が好まないことは無理強いせず、希望にあわせた支援を心がけている。		
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	毎日の服装は季節にあった物をご本人に選んでいただけるよう声掛けを行っている。また、月2回、訪問美容・理容の機会を設けてその人らしい身だしなみが整えられるよう支援している。		
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	五感で楽しめるように入居者様と工夫をして調理し、盛り付けや後片付け等も一緒に行い支援している。	食事が楽しみなものになるよう、献立から買い物、下ごしらえ、味付け等、一人ひとりに合った出番、役割をつくり、昔取った杵柄を發揮してもらえよう、声掛けや働きかけに努めている。職員と利用者が同じテーブルを囲んで食事を楽しむ取組みができています。	
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	水分・食事の摂取量の確認をし、個々にあった必要量を看護師と相談しながら摂取して頂けるよう支援している。		
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	起床時の歯磨き、毎食後のうがい、就寝前には義歯洗浄を行っている。必要に応じて、協力先の訪問歯科と連携して、歯科検診や治療につながるよう支援している。		

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
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	紙おむつの使用は最終手段とし、紙パンツ、尿取りパットの使用は最小限になるよう、ご本人の排泄パターンの把握に努め、トイレでの排泄を重視した支援をしている。	利用者の「トイレですっきり、気持ちよく排泄したい」の願いをかなえるため、個々の排泄パターンを把握し、丁寧な排泄支援ができていない対応が難しい時にも根気強くケアし、入居後1~2ヵ月でオムツを外せるよう自立に向けた取組みを行っている。	
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	毎日の排泄記録から便秘傾向の方には乳製品や食物繊維を取り入れた食事作りを心掛けている。また、常に身体を動かすことの大切さを意識して支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	予め予定を立ててはいるが、入居者様の都合に合わせて、柔軟に支援している。また、入浴を好まない方には、清拭や部分浴を取り入れて支援している。	機械浴、リフト浴の設備も完備されており、利用者の希望で毎日入浴の方、仲良し同士で一緒の入浴等、利用者の状況に配慮しながら、一人ひとりの気持ちや習慣に合わせた入浴支援をしている。入浴を好まれない方には、足浴など工夫しながら対応している。	
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	入居者様の健康状態や睡眠状態を把握し、状況や希望に合わせて休息をとっていただいている。居室だけでなく、リビングのソファや椅子等で休んでいただいたりしている。		
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	薬剤情報提供書で情報がわかるようにしている。服薬までに何度もチェックが入るよう、数名の職員がチェックすることで、誤薬や飲み忘れに注意している。また、薬の変更時は、状態の観察を行い、変化があれば看護師に連絡できる体制をとっている。		
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	入居者様の出来る事への声掛けや役割等を考え、楽しみや気分転換に努めています。		
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	入居者様の希望に沿って、散歩、ドライブ、外食、買物など行事を計画して支援している。	「娘への贈り物をしたい」や「海を見たい」「お花が見たい」など利用者の思いや希望に添って積極的に出かけている。買い物、ドライブ、喫茶店、散歩等、の外出希望を日々の生活に反映させる取組みに努めている。	

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
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	利用者の状況に応じて対応するが、現状では使える方がいない。		
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	年賀状を家族様に出している。そのほか、ご希望があれば自由にいただいている。		
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	食堂兼リビングは自然と入居者様が集まる場所になっており、料理の音やにおい・談話やテレビの音なども心地よい環境になっている。特にテレビの音量には配慮している。また、装飾やベランダの花や作物等でも季節を感じていただけるよう工夫している。	広いベランダのある開放感のあるリビングは自然の明かりがたっぷり降り注ぎ、キッチンの音やにおいなど、利用者の適度な五感を刺激している。気のあった利用者同士で語り、お昼寝もリビングを利用して、くつろいだ時間を過ごしている。ゆっくり一人になれるスペースもあり安心感のある場所になっている。	
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	その時のご気分や状況で、ソファでくつろいだり、ベランダに出たりして、その方のお好きな場所でくつろげる環境を作っている。		
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	入居時にご本人の馴染みのもの、好みのものを持ち込んでもらうよう説明し、安心できる環境作りに配慮している。	居室入り口には部屋を間違えないように利用者の写真が掲示されている。テレビやラジオ、ソファなどが持ち込まれたり、きちんと整理が行き届いていたり、それぞれその人らしい居室になっている。馴染みの物の持ち込みについても家族に協力を求めて、居心地の良い居室への取組みに努めている。	
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	自室には表札と鍵がついている。ホーム内には手すり、エレベーターを設置しているが、階段昇降が可能な方は階段を使用している。ベッドの高さを個々に応じた高さに調節できるようになっている。		