

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	2893100053		
法人名	㈱日光ハウジング		
事業所名	グループホームひかり川西		
所在地	兵庫県川西市萩原3-1-29		
自己評価作成日	平成29年3月10日	評価結果市町村受理日	平成29年7月31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 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3月26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)】

QOLを重視した生活支援。外出、外食など出来るだけ多くの機会を作り、出会う人が施設の中だけにならない様なところを重視している。
生活の質、生活の水準を維持していくことを心掛けて支援しています。

【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)】

開設当初より自治会等との関係性を育み、地域に溶け込みつつある。主催の夏祭には地域住民が準備段階から携わり、当日は来訪家族等を接待するなど、共に楽しみ場を盛り上げている。そんな地域に支えられ、利用者は認知症であっても住み慣れた所で暮らすことで、穏やかに生き活きと自分の生活を楽しんでいる。地域住民や家族と一緒に手拍子をしながら歌を歌っている姿、或いは職員手作りの屋台の料理を美味しく食べている姿に、ここがグループホームということ思わず忘れてしまっている。職員も、利用者の思いを汲み取り、気候のいい日の毎日の散歩、百貨店での買物や外食など、今までの暮らしそのままに継続して支援している。この利用者の笑顔を大切に新たな理念の実現に向け、今後もなお一層、研鑽に努めていただきたい。

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	毎日の散歩の中で、ご近所の方に挨拶をしたり、見慣れた景色があったり、そう言う何気ないことが大事なことだと言う事を職員と共有している。	現在、事業所独自の理念作成を、各フロア毎に具体的なテーマを出し合い、検討している。リーダーを中心に、新人職員も含め、全員で事業所が目指す方向性をあらためて確認していく予定である。	職員の思いが込められた新たな理念を期待したい。
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人として日常的に交流している	毎月の自治会のカフェの参加や、毎週一度の自治会の方の傾聴ボランティア、また運営推進会議には欠かさず自治会会長さんが来られ意見交換をしている。年に1度のお餅つき大会などのイベントにも招待され、行ける方をお連れしている。	開設以来自治会に所属し、交流が継続している。地域カフェには毎回利用者が参加し、地元住民とおしゃべりしている。主催の祭り等には、自治会をはじめ地元の人たちの協力を得るなど多くの参加がある。ボランティアを通じた馴染みの関係もできつつあり、周知が広がりつつある。	
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	今までは施設で行うお祭りやBBQ大会などへの地域の方の参加ぐらいで、積極的な地域貢献が出来ていなかったが、独居高齢者世帯への声掛け見守りなどのボランティアをしたいと申し出ているところ		
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践、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	運営推進会議を開催し、地域の方に運営状況などを知らせる場になっている。	自治会長、家族が主な参加メンバーである。事業所からは、法人の運営に関する事、事業所での行事や地域交流での利用者の様子、事故についての説明等、わかりやすく伝えている。参加者からは、地域に関する情報提供があり、参考になっている。家族には、毎月内容を報告している。	
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取り組んでいる	市町村との連携が出来ていない。	運営推進会議への参加が得られておらず、情報交換等の場も少ない。制度上に関する事務連絡のみにとどまり、協力関係が出来ているとはいえない。事業所として、協力体制の必要性を認識しており、課題である。	地域包括の参加依頼を、継続して働きかけていただきたい。
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	現在夜間帯でベッドのサイドレールをしている方がおられ、この方に関しては著しいベッドからの滑落を予防するため、ご家族の同意を頂き実施しているが、毎月ケアカンファを開き状態が変わった時には外して代替策も考慮している。	特に研修としては行っていないが、申し送り時や会議等で報道された事例を取り上げ、職員には注意を促している。管理者は日々の記録の中での注意点や気になるところを指摘し、職員の意識向上に努めている。やむをえず4点柵の使用はあるが、常態化を防ぐ検討は重ねている。昼間、玄関は施錠している。	施錠が常態化にならないよう、利用者の様子を見ながら開錠できる時間帯を工夫していただきたい。又、職員研修についても、実施してほしい。
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	以前はご利用者様に対して、職員主体の声掛けや誘導になっており、個人の尊厳が守られておらず時間をかけて職員を指導した結果現在はほぼ全員の職員が尊厳をもってご利用者様に対応出来てきている。	管理者は、職員の業務優先の言葉遣いや対応についての改善を積極的に図り、職員への周知に取り組んだ。同時に、職場環境についても、職員の休憩時間の確保や残業を無くしたり、働きやすい環境整備を確保するなど、職員の負担軽減にも努めている。	

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
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	以前はお二人のご利用者様が後見人をつけられていたが、現在は後見人制度を利用されている方はおられない。今後も基本的にご家族に沢山支援には参加して頂きたいと思っている。	現在、後見制度を活用している利用者があるが、職員研修は行えておらず、職員の理解とと言う点においてはバラつきがあり、十分ではない。	身近な事例を参考に、地域包括等の協力を得るなどして、勉強会を持たれてはどうか。
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約書、重要事項説明書はそれぞれ時間をかけて読み合わせ、説明、質問への回答などを行っている。	契約に関する書類をもとに、わかりやすい言葉で時間をかけ丁寧に説明している。家族からは、重度化や看取り等に関する質問がよくあがる。利用者や家族に事業所の方針を納得してもらい、契約以降も、その都度話しをしている。家族の協力もお願いしている。	
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	運営推進会議を開催しておりその場で意見交換等を行っている。	特に家族会は設けておらず、運営推進会議への参加家族から意向や思いを聴いたり、普段の来訪時に、こちらから声をかけ話しを聞くなど、相談も受けている。個別の要望が多く、運営に関する意見等は、まだない。	
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	介護現場での支援方法や必要書類などまた、お祭りや外部と行うレクなど職員のアイデアで職員が決め実施している。	職員は、会議等で意見や提案を出し合い、業務や日々のケアへの改善について協議し、反映している。ケアプランに記載された利用者の目標を、日々の記録に掲載する等の様式の改善を図った。結果、職員の意識向上につながった。	
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	出来る限り個人個人とヒヤリングするようにし、賞与など査定内容を伝えるようにしている。		
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	フロア会議、全体会議の場では特に認知症の方への理解、支援方法などを指導している。		
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	福祉用具店や衛星用品の事業所等とは研修をしてもらったり、相談をしたり出来ているが、高齢者福祉事業所どうしの交流があまり出来ていない。		

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
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	その方のバックグラウンドを知り、しっかり傾聴しながら、一緒に出来ることは何か、どう言う話が好きななど初めは会話の中からくみ取って行くようにしている。		
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	出来る限りご家族に報告をし、また来られた際はこちらでのご様子などをお伝えしている。		
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	ケアマネージャーを中心に支援の中心となる物を見極めそれに沿ったケア内容をその都度話し合いながら決めている。		
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	わからない。		
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	入所された時から細かく連携しながら、ご利用者様がいつでもご家族に会える、話が出来るなど、不安を抱かないよう支援している。また様子など細かく報告することでご家族にも安心して頂く		
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	出来るだけ今まであった環境を維持できるよう、面会の方などいつでも来れるような雰囲気を作っている。	普段から家族の来訪は多く、それ以外にも近所の人や、続けていた趣味を通じた友人など、馴染みの人の訪問がある。居室でゆっくり過ごしてもらったり、時には、職員も加わり懐かしい話を一緒に聴くこともある。以前住んでいた近隣の人からの誘いがあり、一緒に出掛けることもある。	
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	ご利用者様同士でお話をする際ほっとくのではなく遠くでも会話の内容を把握しどちらにも不愉快にならないように注意している。また2人だけで話すのではなく職員も交えて3人や4人でお話できるような環境づくりを心掛けている。		

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
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	わからない。		
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	それぞれ、施設に入居される前の暮らしの中で普通に出来ていたことが施設に入居された後も続けて行けるように日頃から会話の中で見つけて行くように心がけている。	これまでの生活歴を参考に、日々交わす何気ない会話から意向を聴いたり、居室でゆっくり話を聞いている。利用者同士のやりとりや、何気ない表情やしぐさからも思いを汲み取っている。把握しにくい場合は、家族に相談し、情報を得ている。	
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	ケアマネージャーが中心となり、今までの暮らし方を取り入れるようにしている。		
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	職員はアセスメントを元に今までの日常生活をなるべく施設でも保てるように努める		
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1度のフロア会議ともう一回は全体会議を行うので	毎月の会議で利用者個々の状態把握を行い、ケア内容を検討し、モニタリングを行っている。入院や状態低下等があった場合は、その都度ケアマネが計画を見直すなど、基本は半年毎としている。主治医からの意見や家族の意向等、事前に確認し計画に反映させている。	
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	個人記録は職員によってはあまりうまく書けない職員もあり、会議でよく議題にしており、どの職員もうまく書けるよう指導している。まだ、目標達成までは3割ほどしかできていない、今後の大きな課題である。		
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	例えば毎日の生活の中でご利用者様と思いついたことがサッと行動できるような、自由な発想を持った施設にすることを職員と共有している。		

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
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	自治会の主催するカフェには月に1度、参加出来る方をお連れしている。また、地域の方も日頃から施設に来て頂けるよう傾聴ボランティアなどを受け入れて職員だけに限らない支援を行っている。		
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	契約医療機関であるおぐらクリニックの医師、看護師はほぼ毎日施設に来られており、その時々でご利用者の健康管理の支援をしてもらっている。	殆どの利用者が協力医療機関をかかりつけ医としており、毎月2回の個人往診と全体往診を受けている。耳鼻科や眼科などの他科は、家族が付き添って受診している。歯科医からの往診も毎週あり、全利用者が口腔ケアを受けている。かかりつけ薬局が、複数の処方の一包化と利用者への配薬の管理をしている。	
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	看護婦もほぼ毎日様子を見に来られ、ご利用者様の普段からのご様子を知って頂いているので、病気もケガも軽いうちに処置や指示をもらっている。		
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。	入院された際には、ご家族が医師から説明を受ける際等、必ず同席させて頂き、退院時の主治医へのスムーズな移行をしている。その時の介護現場が注意しなければいけないことなども聞き取るようにしている。	今年度、入院事例が有り、いずれも近隣の同じ医療機関に入院した。入院中は、管理者や職員が見舞って医療関係者から情報を得、退院前カンファレンスには家族と共に同席し、退院後の受け入れ態勢を準備している。	
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、事業所で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	ご利用者様のご希望などが分からない場合、ご家族様の意向を元に医師、看護師、施設管理者、CMが担当者会議で、看取りの意向を取りまとめ、その意向に添って介護を行って行っている。	事業所は今までに数名の看取りを経験している。契約時に、利用者が重度化した際の事業所の指針について説明している。協力医療機関の医師及び看護師との連携の下、必要であれば点滴などの医療面のケアにも応えている。	
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があり、職員はそれに沿って行動する。実際ターミナルケアの方の最期の場では医療と連携しながら、見守って送り出すことも出来ている。		
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	災害時の方法は職員全員が共有できるところまでは出来ていない。	訓練に備え、紙上のシミュレーションは出来ている。夜間を想定した訓練を年度末に実施する予定であるが、消防署の立合の予定はなく、自治会や近隣住民への案内はしていない。災害時用食糧と飲み水については、利用者数相当分の備蓄が有り、適時ローテーションしている。	引き続き消防署へ立合いの依頼をするとともに、近隣へ案内する事によって協力を得るきっかけにされたらどうであろうか。

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
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	言葉遣いなど、年長者に対しての尊敬をもって普段からお話できるように、職員全員努力している。また会議では毎回、対応や言葉遣いなど話し合っている。	利用者との対話は否定形から入らない様にと、管理者は職員に注意しており、職員の意識も変わりつつある。入浴する利用者が脱衣場にいる際は、内側からロックして職員が不用意にドアを開けない様に配慮している。全体往診の際は、診察の内容に応じて、居室かりビングかを選択している。	
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	出来るだけ混乱しないことに気をつけながら、更衣や食に関する選択肢を持っていただくよう心掛け出来ている。		
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	就寝時間等のご利用者様の生活のリズムが狂わない程度にお一人お一人の時間で介助で来ている。		
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	現在、施設では朝お化粧やウィッグをつけて整容に時間をかける方が3名おられるが、職員が毎朝丁寧に化粧のお手伝いをしている。男性に関してはひげなど伸びないように気を付けている。		
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	食が進まない時や食事が落ちたときは、その方が好きな物を購入し召し上がって頂くようにしている。	給食会社の管理栄養士が作成した献立に基づいて、食材が毎日配達されて来る。職員は交代で調理を担当し、利用者も包丁を使ったり、盛り付けや配膳の手伝いをする。職員は利用者と同じ献立と一緒に食している。なるべく陶器の食器を使う事で、家庭的な食事風景を演出している。	
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	水分の記入を基に発熱された方にはいつも以上に水分を取って頂くなどの、対応をしている。また飲み込みが悪くなった場合など、職員がお一人分だけミキサーにかけるなどその都度工夫している。		
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	毎食後口腔ケアをし、ご自分で仕切れない方など毎回職員がチェックしている。また週に1度訪問歯科が来て全員の方のチェックと治療、口腔ケア体操などを実施している。		

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
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	認知症の進行には初期1年間の排泄のサポートが受けれているかが進行を遅らせる大切な要因などと言う事を基に、尊厳を失わないような排泄介助に努めている。職員も形態を替えたり、介助方法をみんなで話し合いながら改善することができる。	全利用者がトイレで排泄しており、夜間のみポータブルトイレを使用している利用者が複数ある。利用者毎の排泄パターンを把握して、適時の排泄誘導を行っている。使用しているパットは、それぞれの利用者に適したサイズを見極めている。支援の結果、入院中に下がった排泄の自立度が、退院後2週間で戻った例も有る。	
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	普段は野菜中心のメニューです。軽い便秘の方など冷たい牛乳を飲んで頂いたりして出来るだけ、食事で便秘傾向が改善できるようにしている。		
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	早い時間で入浴をしたい方や、ゆっくり良い方、またお風呂ギライな方への声掛けなどはそれぞれの方にあつたように行っています。それによって入浴に対する拒否などが無くなった。	入浴は午後の時間帯で週に2~3回を目安にしているが、休みの曜日を設けずに利用者の希望に柔軟に対応している。季節湯のゆず湯や入浴剤を入れて、利用者は職員と1対1の時間をゆっくりと楽しんでいる。浴槽の湯を利用者毎に入れ替えて、掃除をしている。	
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	食後は下肢の浮腫軽減などの予防も兼ね居室で1時間ほど臥床して頂くなど対処している、また午後2時からにはなるべくレクリエーションに参加して頂き昼夜逆転しないよう工夫している。		
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	訪問薬局のアイン薬局と連携を取りながら、服薬介助時誤訳など内容にしている。		
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	配膳や食事の後片付けや、衣類の洗濯取入れたみなどご利用者様に作業療法として取り入れているがご本人がたも「これは私の仕事」と言いながらやりがいとしても出来ている。		
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	毎日1回から2回のお散歩は欠かさず実施している、また月に1回はレジでお金を払うようなレクにも参加して頂いて、社会との接点を作っている。	雨の日以外は毎日2回、5~10分の外出を励行する事で、利用者には外の空気を味わって貰っている。近隣の散歩では近所と挨拶を交わし、車に乗って出掛けて百貨店でのショッピングやお茶を楽しんでいる。買物では好みの衣料を自分で選び、回転ずしを楽しむこともある。	

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	外出時はレジでお金を出して頂いている、お金を払うと言う動作だけではなく、その場での店の人との会話も大切な支援だと思っている。		
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	いつでもご家族にかけて頂いたり、またご家族からの電話にはその都度つないでいる。		
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	リビングには大きなソファがあり、ご利用者様は普段そこでテレビを観たり、見ない方も皆さんでいることで安心感を得られている。	内外装とテーブルやソファの家具は、上質な雰囲気感を漂わせ、玄関の花が来訪者を迎えてくれる。リビングの壁の装飾は控えめであるが、画用紙で作った太い桜の樹に、桜の花を模した色紙が幾つも張られて、満開が近い事を告げている。利用者は、ゆったりとした明るいリビングで思い思いの時間を過ごしている。	
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	リビングではソファのほかにリクライニングチェアなどもあり、好きな椅子に思い思いに座って頂き居室だけではなくリビングにもご自分の居場所があることを認識頂くようにしている。		
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	居室はお家から持ち込まれた家具や寝具に加え装飾品なども持って来ていただく事で、見慣れた空間をつくれるよう工夫している。	事業所からは、ベッドとハンガー付きのロッカー、小物入れのケース、窓の防災カーテンが準備されている。利用者や家族は小机、テレビ、仏壇などを置き、家族の写真、趣味の作品、ぬいぐるみの人形を飾っている。床の上にマットレスを置き、カーペットを床暖房の様に敷いている利用者など、それぞれが個性豊かで快適な自分の部屋となっている。	
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	伝い歩きをする方には、入り口近くにベッドを配置し、ついで歩き出来るようタンスの位置も配慮している。		