

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット アザレ)

事業所番号	2791600303		
法人名	社会福祉法人 西谷会		
事業所名	認知症高齢者グループホーム 憩～江坂～		
所在地	大阪府吹田市江坂町2丁目14-22		
自己評価作成日	平成27年10月20日	評価結果市町村受理日	平成28年2月8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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成28年1月14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年が経って、町内会等の地域との関わりを持てる様になり、施設内から、外へのアクティビティーを充実させ、入居者が活気を思っ生活出来る様に、また、個別の対応も出来る限り行い、本人の満足感やQOLを図れる様にサービスを提供している。生活習慣もなるべく本人のペースに合わせたケアを提供している。

【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)】

吹田市江坂地区で開設されて1年8ヶ月を経過したまだ若い複合型の介護施設である。外観については他のビル群に比べて白くて明るい感じがする。1階に当ホームが入り、2～3階に地域密着型特養とショートステイが入っており、お互いに助け合って生活している印象を受ける。当ホームが18床、特養が29床そしてショートステイが10床あり、合計57床を有する。そして、市より建物の耐震性を評価され「大災害時の福祉避難所」に指定されている。当ホームの運営方針については、理念にも明記されている通り「第2の我が家」と感じて貰えるよう入居者の個性を尊重し、パーソンセンタードケア(認知症をもつ一人の「人」として尊重する)に徹することだそうである。そして、四季折々の季節感を感じて貰えるよう買物を兼ねた外出や散歩及び家族の協力を得て遠出等を重視している。

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	法人理念である「虚往実帰」を掲げ、施設長の「第二の家」を目標とし、個人の長期目標を立て、入居者の個別ケアを行って行く中で実践出来る様に努めている。	法人の理念である「虚往実帰」と共に当ホーム独自の理念として「施設を第二の家にする」を併記し、玄関やスタッフルームに掲示し、その実践のため職員はパーソンセンタードケアに励んでいる。	
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	町内会への参加を行い、直接情報を頂き、参加出来るものは参加し、清掃活動等へも月2回出かけている。町内会のみだけでなく、市が開催している行事や各団体が開催している催し物へも参加し入居者が馴染みの地域との関わりを持って生活できる様に支援している。	町内会に加入し、地域の行事でもあるカラオケ大会や文化祭、敬老会及び清掃活動に参加し、地域住民と交流している。当ホームでも認知症カフェ認知症サポーター養成講座を開き地域住民に参加を呼び掛けている。ボランティアも受け入れている。	
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	今年度は、自施設を開放し、認知症カフェや地域包括支援センターへ依頼し認知症サポーター講座を家族の参加も促し開催した。施設の秋祭りへ地域住民の参加も得る事ができた。		
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	入居状況や平均介護度や年齢、行事内容、事故報告や苦情報告、研修報告等々、新しい出来事など運営状況を報告し、意見や感想を頂き、その内容をサービスや運営に反映出来る様に努めている。	開催日を奇数月の第4金曜日と固定し、2ヶ月に1度開催している。地域包括支援センターや家族も多く参加しているが、肝心の町内会長等地域の有力者の参加が得られていない。	運営推進会議については地域との連携上大切な会議であり、地域代表(町内会長他)の参加は必須である。ホーム単独の努力に限界があるならば、法人代表や地域包括支援センターの助力を得てその実現が望まれる。
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に取り組んでいる	グループホームの介護保険サービスの内容について、個別に事例を挙げて相談し、指導を貰っている。地域ケア会議にも参加し、最新の情報を得ている。	困りごとや分かり難い事例については、市の高齢支援課とコンタクトをとり、相談にのって貰っている。3ヶ月に1度開かれる地域ケア部会にも参加し情報を得ている。市主催の研修会にも参加している。	
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	身体拘束のマニュアルは整備している。施設全体の勉強会も計画し、グループホームでの各スタッフに対する勉強会も個別に行い、入居者の尊厳について考える機会を持ちケース会議の中で人権、グレーゾーン等を確認を行いサービスを提供出来る様に努めている。	内部外部を問わず身体拘束の弊害についての研修を受講し、現在は身体拘束の無いケアが実現出来ている。グレーゾーン(身体拘束とそうでない境目)についても絶えず検討している。	
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	虐待についても施設、グループホームでの勉強会を計画しており、事故報告等のカンファレンスも行い状況を把握し確認を行っている。		

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
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	ユニットリーダーへは、成年後見制度についての資料等の配布を行い勉強して貰う機会を作っている。対象となる入居者にの家族へは、制度の概要を伝え、必要に応じて依頼があれば専門家への紹介を行うことを伝えている。		
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	契約締結に関して、または今回の介護保険改制の利用料金改定についても、各家族1人1人にゆっくりと納得いくまで説明し十分理解した上で署名、捺印して頂いている。		
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	家族が意見や要望を容易に表せる様に、玄関に投書箱を設けている。各入居者に担当スタッフ制を取っており、管理者やリーダー不在での現状の状況をスタッフから伝える事が出来る様にしている。家族の面会時は必要に応じて場所を変えて面談したりしている。	利用者からは何気ない会話からくみ取る努力をしている。特に居室で寛いでいる時をよく利用する。家族については、よく来訪されるのでその際にお聞きし、運営推進会議でも意見や提案をもらい、参考にしている。	
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	毎月のユニット会議や各入居者のケース会議を行い意見を出し合い、必要時の個別面談にて意向を聞き取り、業務の改善や利用者への対応に反映させている。	毎月のユニット会議については、業務関係の意見や提案が中心なのでその際に聞いている。管理者との年2回の個別面談も設けている。ケアマネージャーや介護福祉士の資格を取得したい職員にはシフト面で支援している。	
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	年2回の面談時に本人の目標や目標を達成する為の取り組む業務内容やスキルに向けての取り組みも確認している。その為に職員個々の能力に合わせた役割を無理なく提供し評価につなげている。		
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	アンケートにより本人が勉強したい事や興味がある事から個別に勉強会を実施し、外部研修も広く情報を提供し参加して貰っている。CMや介護福祉士等のスキルアップへの指導等も行っている。		
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	毎月の支部会への参加や地域のケア会議へ参加し交流を行い、支部会では各施設内の交換実習等を計画しており、希望者による施設実習に参加してもらい業務内容の改善を行ったり電話メール等々での連絡・相談を行っている。		

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
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	初回面談の家族からの聞き取りや入所月に本人への傾聴やスタッフからの聞き取りも行い情報を共有しケアを統一し新しい環境に慣れて頂くようにサービスを提供し信頼関係を築く様に努めています。		
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	初回面談時に本人へ対する思いと意向を確認し本人と家族が望まれるサービスが提供出来る様に取り組み、行事への家族参加もして頂き、家族間の関係性も図れる様に支援し、信頼関係を築く様に努めています。		
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	公平な立場で本人、家族の意向を聞き取り、介護保険内、外のサービスを提供している。医療での訪問マッサージやボランティア等の導入も行っている。		
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	ケース会議にて入居者の役割を検討し、出来る事を一緒に行ったり、手伝って貰うサービスを提供し共同生活を行い家族としての関わりを大切にしている。		
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	面会時に入居者の日々の生活状況や健康面の報告を行い、サービスのへ対する意向や希望等確認しスタッフでの共有を行い、訪問時に本人と一緒に散歩や歩く練習等サービスを提供するものとしての一員も担って頂きながら、信頼関係を築ける様に働きかけている。		
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	町内会や近隣の保育園の敬老会等の催し物へ参加したり、入居者たちが以前に買い物に行っていた場所へ一緒に買い物に行ったり、昔の友人等の面会もあり関係性が途切れない様に支援している。	昔の仕事仲間等友人・知人もたまに来訪してくれるので、面会を支援している。家族も近所の方や親戚を連れて面会に来る。馴染みの場所としては、スーパーがあるので買い物や、出かけること等、個別に支援している。	
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	入居者の談話や気の合う者同士の買い物や散歩などを提供したり、関わり合いを大切に、不安な時などはお互いに声を掛け合っており、支え合いながら生活して行ける様に支援している。		

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	契約終了後も家族が相談に乗れるように関係を継続して行ける様、在籍中から信頼関係を築ける様に努力をしている。		
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	(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	初回面談時に、家族や本人より生活状況や希望、意向を把握しアセスメント用紙にて、情報をスタッフ間で共有している。モニタリングにて家族やスタッフより本人の状況を確認しプランへ反映出来る様に努力している。	初回面談は可能な限り自宅を訪問し、家族の要望を聞きながら生活歴や生活環境、楽しみごと及びADLを把握し、利用者情報として纏め全員で共有している。入居後も3ヶ月に1度はモニタリングを実施し、入居者の変化を細かく観察している。	
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	入所時の聞き取りだけで終わらず、その後の家族の訪問時や本人よりの聞き取りや傾聴にてアセスメントやフェースシートに情報を追加し共有し把握するように努めている。		
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	ケース会議を毎月行い、入居者全員の生活状況を把握する様に努めている。		
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	月1回のケース会議にて、スタッフよりの意見を聞き取り、更新月には家族を交えたサービス担当者会議も施行、入退院時は、家族と同席にて主治医よりの病状説明も聞き、事前に家族の意向も確認をしている。短期目標は、3ヶ月にごとに見直し、モニタリングも行っている。	本人本位のケアプランを立てるため、ケアマネージャーを中心に担当職員や同一フロアの職員も参加して、ケース会議(サービス担当者会議)を開いて立てている。モニタリングは3ヶ月ごと、ケアプランの見直しも3ヶ月に1度検討している。	
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	ケース会議前に、各スタッフより聞き取りを行い、ケース記録とは別に、日頃の気がついた事や家族よりの連絡、不穏時の対応等、上手くいった内容を記載し情報を共有している。		
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	個別のADL状況に応じ、福祉用具のレンタルを家族と相談したり、掃除等の業務等に関しては、シルバーサービスを導入している。		

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
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	ボランティアの申請や、中学生の職業体験の検討、地域の町内会主催の催し物への参加、近隣の神社への清掃活動やヤクルト販売等の訪問の受け入れを行っている。		
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	現入居者の中には家族対応で昔からのかかりつけ医を受診して貰っている方もいる。歯科も往診と受診、泌尿器科、整形外科等の専門医の受診も必要時は施設での対応も行っている。	契約時に話し合いかかりつけ医を決めており、従来のかかりつけ医への受診には家族の支援を得ている。協力医の内科は月2回・歯科・訪問看護師は毎週、その他の専門医の往診も随時を受ける事が出来安心である。	
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	日頃の体調や排泄管理は、施設看護師へ毎日報告している。8月からの医療連携にて週1回の看護師の訪問と緊急時の対応が出来る様に支援している。入居者の状態のよりその通度看護師より指示、指導を受けている。看護師より主治医との連携も行っている。		
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	入院、退院時の主治医や看護師からの病状説明や在宅療養指導等の説明時には出来る限り同席し情報を共有している。入院中の病院訪問も不定期ではあるが、行い治療状況等も確認し、医療連携室との関係作りも行っている。		
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	入居時に重度化した場合の指針を取り交わしている。8月からの訪問看護STとの契約にて、医療連携加算も取る様になっているが、現状まだ看取り経験はなく、現状対象者もない。	契約時に利用者や家族に重度化した場合の事業所の対応を説明し、指針を作成している。終末期に対する看取りの指針や同意書も用意されており、出来るだけ希望に添えるよう体制を整えている。	
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	入職時に実施し、本年度はH28年2月に実施予定、年1回程度行う予定としている。		
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	年2回の避難訓練を入居者を交えて行っている。夜間の避難経路等の確認も行っている。備蓄品として、飲料水や食料等も備えている。地域の方の避難訓練等への参加がまだ、来ていないので、今後協力体制を築ける様にします。	年2回施設全体の避難訓練に参加し夜間の避難経路の確認もしている。非常災害時の備品として水・非常食品の用意がある。	全体の訓練に参加しているが、グループホーム内の訓練を実施し、職員が実践力を身に付けられる事、運営推進会議等で近隣住民の参加を呼びかけられ、協力体制を取れる事が望まれる。

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支					
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	施設全体での研修や外部の人権研修への参加をして頂き、その後、伝達研修も行い、共通の認識にて、対応する様に心がけている。	接遇・プライバシー保護方針の研修を毎年実施し、「その人のペースがとれる」「自己決定出来る」対応を心がけている。利用者の尊厳を損なわない言葉かけを職員で共有し気を付けている。	
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	家族からの情報をもとに、本人への意思確認は行って、自己決定出来る様に支援している。		
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	起床時間等は、本人のペースに合わせ、食事時間も8時～10時までの間で、食べて頂ける様にしている。		
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	外出時の、お化粧やおしゃれ着の本人の選択ができる様に促したり対応している。入浴後の乳液や化粧水等の提供も行っている。		
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	月に1～2回程度の昼食作りやおやつ作りを入居者と一緒に、買い物から料理、片づけまで行っている。時には、本人が好きな物を一緒に外へ食べに行くなどの個別の夕食レク等も提供している。	調理は施設の厨房で委託業者により、栄養管理されたメニューが作られ提供されている。月1～2回は昼食レクやおやつ作りを利用者と調理している。誕生日に家族を交えて夕食出来る様な支援をしている。	厨房で作られた調理を朝・昼・夜食提供されているが、職員も利用者と同じ物をテーブルを囲み楽しく食事出来るような支援に努められる事が望まれる。
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	食事に関しては、毎食水分と一緒にチェックを行っている。定期的な採血で栄養状態も確認している。1人1人の食習慣として朝食前に家族から差し入れの物を食べて頂いたり、自分で出来る限り食べて頂ける様に器を変えたり等の工夫もしている。		
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	毎食後の口腔ケアは全入居者へ提供している。義歯等の管理も行い、自分で出来ない方や不十分な方へは、手直しも行っている。家族希望にて歯科往診で、週1回定期的に、チェックをしている入居者もいる。		

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
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	夜間と日中の下着の交換を行い、日中は布パンツにしている入所者もいる。排泄の定期誘導も個人によって、時間を設定し、排泄表を作ったり、タイマーにて時間おきにトイレ誘導して出来る限りトイレでの排泄が出来る様に対応している。	排泄チェック表や固有のしぐさで排泄パターンを把握し、早めのトイレ誘導を心がけている。リハパンから布パンになる人もおり、出来るだけトイレでの排泄の自立支援に努めている。	
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	薬に頼らず、朝食時のヨーグルトやプルーン等提供している方や毎日の集団体操や散歩を提供している方もいる。看護師との連携にて、薬でのコントロールも必要な方もおり、腹部のマッサージ等も施行して頂いている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	毎日入浴を家族が希望されている方は、声掛けを行い、他の方に関しては、週3回程度入浴の提供は対応しているが、本人の状態に応じて、午前が良い方や午後から希望の方等対応している。足浴等の対応も行っている。	週3回の入浴を基本に午前・午後に利用者の希望を聞き入浴を支援している。毎日入浴する人もいる。体調により足浴に変えて清潔保持に努めている。柚子湯や入浴剤を使って楽しく入浴出来るよう支援をしている。	
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	夜間に良眠して頂く為の日中の活動を検討したり、就寝時間も各時で見たいテレビがあれば見て頂いてから寝て頂く等の対応を行っている。		
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	服薬は、1人1人手渡しや、直接口の中へ入れて飲んで頂くなどの管理を行っている。毎日看護師との薬のチェックや変更の確認や生活状況等も申し送りをしており医療との連携を図っている。		
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	掃除や洗濯干し、おしぼり巻等出来る方へは、手伝って頂き、趣味等の活動も提供し、嗜好品に関しても、個別に買い物等の提供し楽しみや気分転換が図れる様に支援している。		
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	施設近隣の散歩に関しては、本人の状況を見ながら提供している。四季折々の外出レク等も提供しており、誕生月の家族との外出や外食も提供している。地域住民や認知症サポーター等の協力はまだ、来ていない。	日常的に近隣を散歩したりスーパーに買い物に出かけている。月に1回の外出レクの計画や、家族と出かける事も利用者は楽しみにしている。初詣や四季折々にコスモス・紅葉等のお花見にも車で出かけている。	

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	家族との相談の上、低金額を所持して頂いている方もいる。買い物時の代金支払い等の支援は出来ていないが、本人の必要品に関しては、本人と一緒にやっている。		
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	本人の希望にて、携帯電話にてのやり取りは1人だけ対応をしている。その他の方に関しては、代理にて対応を行っている。		
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	共用の空間へは、レク等の写真や飾りつけを行っている。フローアから見れる中庭を、四季折々の造花を飾りつけたり、金魚を飼育したり、午前中のシルバー人材の掃除の方を導入して清潔な環境に保てる様にしている。	リビングの中央には机が並べられ壁際にソファが置かれ、金魚鉢を置いている中庭を眺められ寛げる空間が作られている。行事の写真やカレンダーが掛けられ、雪だるまの飾り付けがされていて季節を感じる事が出来る。	
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	ソファを置いて、気のあった方2人での談話やユニットを移動しお話出来る方等で過ごせる様に工夫している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入所時に自宅で使っていた、家具等を持って来て頂き、使い慣れた物で、居場所づくりをして頂き、居心地良く過ごせる様に工夫をしている。	居室入口には番地表示があり、ドアには似顔絵や趣味の演劇のポスター等を貼り、分かりやすくしている。ベッド・洗面台が設置されていて、筆筒・机等使い慣れた家具が持ち込まれ、写真や人形を飾りその人らしい部屋づくりとなっている。	
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	トイレや浴室、各居室等に分りやすく表示している。		