

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	2891400125		
法人名	医療法人社団 紀洋会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 グループホーム 福の郷		
所在地	兵庫県篠山市井ノ上167-1		
自己評価作成日	平成29年11月30日	評価結果市町村受理日	平成30年3月27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30年1月25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)】

開設以来、職員へは介護とお世話は違うということを指導している。できる事まで手を出さず、いかに気持ちよく活動につなげていく工夫や声掛けを行っていくかが介護職としての仕事と思い取り組んでいる。

その他、自立支援とは自己選択の自由ととらえ、小さいことでもできるだけ本人に選択する機会を設け「自分の生き方は自分で決める」を少しでもできるよう職員へ指導している。

その影響かは不明だが入所してから介護度の変動がほとんどみられない。

【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)】

母体の医療法人は多くの地域密着型サービスの事業所を運営しており、医療連携と共に専門資格を持ったスタッフが所属する本部組織が大きな特徴である。事業所で使用する種々のマニュアルや、利用者個々のケアプランの内容に基づいて「ケアチェック表」を作成するなど、そのレベルは高い。事業所の特長の一つとして、生活の主体は利用者であると考え、職員は利用者が出来ることには手を出さず、そっと見守りながら支援をする方針である。毎日の食事は職員と利用者による手作りで、利用者は調理の手伝いや洗濯たたみなど慣れ親しんだ家事をこなしている。管理者が撮影し、ユーモアたっぷりに編集したDVDの中に自分を見つけて、利用者の明るい笑顔がはじける。利用者の高齢化が進んでも、利用者と職員の笑顔が絶えない事業所であることに期待をしたい。

Ⅴ. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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 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	
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	「自分らしい暮らし」を理念に掲げ、常にその人の以前の暮らしが継続できるよう標示し、職員も共有している。	事業所の理念と並んで、8項目の「支援の心得」を掲示している。職員は理念と支援の心得に沿った年度目標を立て、管理者との年2回の面談の際に、確認と反省を行っている。理念をホームページ以外の媒体では対外発信していない。	事業所の案内リーフレットなどで事業所の理念をPRされたらどうであろうか。
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	29年は地域との交流を目的としたお祭りや地域参加型の研修・落語会を行ったり、地域との交流を3事業所で積極的におこなった。H30年4月認知症カフェを開催し地域との交流をふかめていきたい。	地区の自治会に事業所として加入している。新聞の折り込みチラシで事業所の催し物を案内するなど、地域との触れ合いに努めている。近くの沿道に並んでマラソンの応援をしたり、祭りの山車が事業所の前までやってくるのが利用者の楽しみとなっている。	
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	あまり出来ていないが、30年度より認知症カフェの開設に伴い地域への認知症に対する理解を深めていきたい。		
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	2ヶ月に1度開催しており、毎回取組状況など報告し、離設の対応や認定調査への疑問、事例検討等意見をいただきサービス向上に努めている。	隣接する事業所と合同で開催している。複数の家族、市の担当課、地域住民の代表、民生委員、地域包括が出席している。検討の結果、SOSネットワークを活用することになった。議事録を家族には送っていない。	議事録を全家族に送付することによって、運営推進会議の内容を周知するとともに、家族の参加につなげる工夫をされたらどうであろうか。
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	H30年4月を目標に行政・包括と連携し認知症カフェの開設にむけ意見交換・協力をおこなっている。	運営推進会議を通じて、市との関係性を築いている。認知症カフェの開設に関して、市と参加予定の3事業所で検討を重ねている。昨年、公民館での認知症についての講話開催に協力した。	
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	研修にて身体拘束の行為を理解し、身体拘束は行っていない。日中離設のリスクもあるができるだけ個別対応しリスク軽減に努めている。	玄関は夜間以外は開錠している。開錠による離設のリスクに関しては、家族に説明して了承を得ている。開設以来、身体拘束に該当する用具を使用したことはないが、使用する際のカンファレンス開催などの手順書は整備している。	

自己	者第	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
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	研修にて虐待への理解を深め、日頃から虐待がないよう注意している。	管理者は、粗雑な言葉遣いを耳にした際には、その都度注意している。法人本部が作成している「不適切ケア チェックリスト」は未だ活用したことがない。	職員との個人面談時の材料にする為に、「不適切ケア チェックリスト」を活用されたらどうであろうか。
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	研修にて権利擁護に関する理解を深め、玄関にも成年後見制度の案内をしている。現在1件後見制度を利用されており、他必要と思われるれば橋渡しを行う予定である。	成年後見制度の資料を準備している。契約時や入居後に必要と思われる利用者や家族があれば、説明する用意はあるが、現在のところ該当者はない。職員向けの研修が2年程前から出来ていないので、来年度は実施したいと管理者は考えている。	
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	契約時は重要事項説明書に添い、十分に説明を行い理解・納得を図っている。料金改定については文章にて通知し、看取りによる加算等は直接家族へ説明をおこなっている。	契約説明時に、費用の概算月額や入院時の居室確保可能期間などの重要な点に関して、管理者が細かい説明をしている。「終末期ケア(看取り)」についての意向確認書を説明し、事業所として可能な医療行為の範囲を説明している。	
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	家族による日頃の来所時や行事参加時に近況の様子など話す機会を設けている。また、利用者の要望を聞く機会をつくり希望に添えるよう対応している。家族の思いを察し面会できるよう後押しした事例もある。	家族向けのアンケートを計画していたが実施できていない為、今後の検討課題としている。利用者の要望は利用者会で聴く機会を設けている。主として食事の内容や希望外出先などであるが、出来るだけ対応するように努めている。	
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	月1回のスタッフ会議や連絡・申し送りノートで常に職員意見を反映しており、その日出勤していないスタッフもすぐ把握できるようスタッフ間の連携も良い。	毎月開催するスタッフ会議は、利用者の個々のケアに関する意見交換が多いが、他の利用者にも共通する事項はサービスの改善につなげている。事業所の備品の買い替えや修理の提案もあり、必要に応じて対応している。	
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	定時で終業できるようにしている。年2回の人事考課(職員面談)をおこなっている。		
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	定期研修とキャリアパスによる評価にて不得意な部分を明確化し、本人が目的を持って取り組めるよう努めている。		
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	他グループホームとの意見交換を行い、質の向上に取り組んでいる。		

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
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	サービス導入時期に本人の思いを聞き、家族とも相談し本人の思いや声に耳を傾けている。ノンアルコールを提供したり家族協力のもと自宅で過ごせる支援等もおこなっている。		
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	家族の置かれている現状や利用者への思い、 また移動手段(荷物搬入・送迎)等困っている事への対応もできている。		
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	現在までサービス導入後すぐに医療との連携につとめ健康状態を把握している。異常があればすぐに対応できる環境にある。		
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	一緒に散歩したり、家事を行ったり、時には直接要望を聞いたり一緒に過ごす時間を多く取っており、その中で発言された言葉(酒が飲みたい・手仕事をしたい・巻きずしが食べたい)を大切にして実現できるよう支援している。		
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	これまで一年半本人と面会していなかった家族の思いを聞き、安心して本人と会えるよう後押しし、再び家族と本人の交流が始まり、家族と共に支えていく関係が築けた。		
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	友人の訪問や、なじみの店への送迎、行きたい場所へ行きそこでばったり知り合いと出会い会話されたりすることもある。	年始には、自宅へ日帰りや連泊した利用者もいる。隣接する事業所の利用者との交流や、自宅が近かった知人が来訪したりすることがあり、事業所としても馴染みの継続を支援している。家族には事業所便りを隔月に送っている。	
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	利用者同士の関係性は職員が把握しており、都度座る場所や職員の関わり方を考え配慮しているが、関係性が悪い利用者間があるのも現実である。		

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
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	退去後亡くなられた場合家族から連絡があり葬儀に参列させていただき、退去後も関係性は良好である。		
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	(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	思いを言える方は把握しやすいが、困難な場合やはり生活歴の把握が重要だと考え、管理者だけでなく日頃から職員全体で家族とのコミュニケーションを図っている。	殆どの利用者は、コミュニケーションが取れる状態であるが、中には発語が困難な利用者もいる。以前に把握していた意向を参考にしながら、表情や仕草から推しはかっている。利用者から新しく把握した意向などの情報は、ケース記録に記載している。	
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	最初から深く聞こうとはせず、徐々に馴染みの関係を築くことが大切と思う。都度新しい情報はケース記録に記録し共有できるよう努めている。		
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	常にできる活動を行っている活動に変換できるよう努めている。		
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	毎月会議にてサービス評価を行い現状維持・変更を話し合っている。	利用者個々のケアプランのニーズに沿ったケアチェック表を毎日全職員が記載しており、毎月のカンファレンスで状況を検討している。ケアマネが3か月ごとにモニタリング表を作成し、半年ごとに介護計画を見直している。	
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	ケース記録・日誌にて特に本人の言動を記録し、その他個別支援実施状況、水分量、排泄、バイタルを記録し支援に活用している。		
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	入浴が好きな方は時々週3回にしたり、希望により急な外出もおこなっている。		

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	馴染みの郵便局へ行ったり、美容室へ行ったり、防災では消防との連携を図ったりしているが、もっと地域資源との連携を図りたい。	
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し、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	入所前に必ず協力医療機関の医師がかかりつけ医になることを説明し、同意を得ている。他の病院を本人が希望した場合、希望どうり対応している。	協力医療機関による定期往診を納得のうえで利用してもらっている。利用者の心身状況の変化等があった場合は療養記録で確認し、状態把握を行っている。心療内科等の他科受診時は、必要に応じて職員が付き添っている。
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	訪問看護により訪問を月2回、また24時間連絡が可能で状態変化時は連絡し、指示を受けている。	
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。	入院時は情報提供を行い、看護師長と連携をはかり相互に連絡しあっている。またできるだけ主治医による説明も家族と同席している。約一週間ごとに面会と状態確認し退院時期について相談し退院時にもスムーズに退院できるように病院・家族と連携している。	普段の健康管理には注意しているが、やむをえず入院があった場合は、早めに医療関係者等と話し合い、今後の方針や早期退院に向けた相談を行う。入院中は、1週間ごとに利用者の状態把握を行い、医療関係者等との連携を図っている。利用者、家族が安心できる体制を整備している。
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	主治医により看取りの指示があった場合、家族・主治医・訪問看護を交え今後の対応について何度も話あっている。事業所で可能か判断し可能で家族・本人が希望された場合看取りの説明を行い同意を得ている。	昨年8月に看取りを経験した。その際、状態変化に応じ医療関係者や家族等とカンファレンスを重ね、家族の立会のもと穏やかに看取ることができた。職員は、これまでの経験や研修を通じて学ぶとともに、利用者個々に寄り添い見守ることを大事にしている。
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	マニュアルを作成し全員が把握できるようにしている。年1回看護師による緊急時の対応の研修をおこなっている。例としてレベル低下時の対応もできている。	
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	年2回防火避難訓練を行っていて、水等の準備もしている。隣のデイサービスが地域の避難所として防災訓練を実施した。	併設施設との定期訓練以外に、単独での夜間想定訓練も実施している。水害等の防災全般について、地域との協力体制を築くための体制強化を進めようとしている。今後は、事業所としても地域との連携を検討していく考えである。

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	
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	職員はいつも本人が大切にされていると思えるような支援を心がけ、言葉遣い、態度に注意している。	利用者との日々の関わりを通じて、職員は利用者へのありがとうや感謝の気持ちを伝えるとともに、利用者一人ひとりの存在を大事にしている。利用者の大切に思っていることや大事にしているものも含め、個々の尊厳を重視している。	
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	おやつ飲み物の選択希望、パンかご飯かの希望、何を食べたいか、お風呂に行きましか等意思表示できる方は選択できるがそうでない方は家族からの聞き取りや生活歴にて判断している。		
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し、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	就寝や起床も利用者のペースにできるだけ合わせ朝食もバラバラであり、入浴は週2回であるが好きな方は3回入ることもある。自宅へ帰りたいと言う訴え時の送迎なども柔軟におこなっている。		
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	可能な限り自分で着替えをえらんだり、職員が眉を整えたり、時には化粧をししたりしている。行きつけの美容室がある方は予約し送迎支援もおこなっている。		
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	出来るだけ一緒に準備したり片づけしたりしている。同じ食事ではないが朝・昼・夕と職員と一緒に食べている。食べたいものの希望や買い物も時々行っている。	利用者からのリクエストや旬の食材を使うなど季節感の感じられるメニューを手作りしている。利用者が率先して野菜の下ごしらえや調理、準備等役割として関わられるようタイミングを見て声をかけている。おやつと一緒に手作りすることもある。	
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	管理栄養士による定期での評価・助言を行っている。食事量・水分量は毎日記録し、少ない場合は嗜好にあった飲み物や食べ物を提供している。体重の増減に応じて食事量を変更し、提供している。		
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	毎食後に口腔ケアを行い介助が必要な方も重曹と舌ブラシ等でケアし肺炎予防に努めている。月1回口腔外科の往診、月2回歯科衛生士によるチェックを行っている。夜間義歯を入れて寝る習慣の人には無理強いはいしていない。		

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
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	可能な限り、トイレでの排泄を促し、日中は全員トイレでの排泄である。出来る動作は本人にしてもらっている。	自分でトイレに行く人もいるが、半数以上は職員がさりげなく声かけ誘導している。尊厳の保持のために出来る動作は自身が行えるよう職員は見守りに努めている。夜間、安心のためにポータブルトイレを利用している人もいる。	
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	乳製品や運動また排便のパターンを把握しトイレ誘導をおこなっている。それでも出ない時は主治医に相談し薬を使用している。		
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	入浴は週2回以上入っており、入る前にバイタル測定、本人の意思を確認し無理強いはいしていない。湯船に入っている時は脱衣室で様子を伺い、羞恥心に配慮しているがその日の業務により午前か午後になったりする制約はある。	利用者の希望を優先し、気持ちよく入ってもらうよう声かけしている。一人ひとりのペースやこだわりを大事にし、せかすことのないよう心がけている。安心してゆっくりくつろいでもらうために、事前の体調管理には注意している。職員とのおしゃべりが弾むこともある。	
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	昼寝の時間を調整したり、体調や体力に応じて、日中の活動を促し、昼夜逆転にならないよう支援している。また、夜の入眠時間も、本人の意思を尊重している。		
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	誤薬がないよう3重チェック、薬準備・服薬時の確認の徹底をしている。処方に変更があれば職員で共有し、変更後からの状態・バイタルの観察を行い、その変化を主治医・看護師に報告している。		
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	自宅で毎朝玄関の掃除など習慣の継続支援や自宅で行っていなかったが潜在している調理の能力を引きだせるようにしている。アルコールの飲用も可能だが家族と相談しノンアルコールを提供毎日晩酌を楽しみにされている方もある。		
49	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	家族と協力し自宅に帰ったり、買い物、食事、季節ごとの外出の支援をおこなっているが、以前よりは頻度的に少なくなってきている。天候の良い日は施設周辺の散歩へ行き気分転換に努めている。	利用者からの要望で衣服やおやつ、日用品などの買物に出かけている。季節のいい時期には、季節の花や紅葉を観にドライブすることもある。外気浴がてら、日常的に近隣を散歩している。	

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
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	家族と相談し小遣い程度自分で持っているかたもある。買い物時は自分で支払いできるよう支援している。本人希望でほしい物がある場合、お小遣いでスタッフが購入してくる場合もある。使用項目についても入金時家族に説明している。		
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	手紙やはがきは自由に投函できるよう支援している。手紙等も本人宛てであれば本人に渡している。電話に関しても自由である。		
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	季節感のある飾りつけや、製作した作品、花などを飾り、殺風景にならず生活感のある空間になるよう配慮している。室温も本人に確認を取りながら、適温になるように支援している。	大きな窓からは日差しが入り、明るい。リビングのテーブルは、利用者のレベルや状況、関係性に応じて柔軟に配置換えをしている。室内は季節感のあるさりげない掲示にとどめている。個々に過ごせるスペースもあり生活感が感じられる。	
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	気の合うもの同士が集まれる席を準備。定席以外にも数人でくつろげるソファなどを準備しているが一人で過ごすスペースは空間的にない。		
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	入居前にできるだけ使い慣れた家具等を持参してもらうよう説明している。位牌などの持ち込みもされており、毎日お供えをしている。	家族には、新しい物を購入せず使い慣れた物を持ってきてもらうよう協力をお願いしている。整理筆筒や小物入れ、椅子やテーブルなど馴染みの家具が置かれている。家族の写真や手作りの作品が身近に置かれ、これまでの暮らしがうかがえる。	
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	個別に介助バーを設置したり、トイレ・浴室等も標示し分かりやすくしている。		