

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	2872200809		
法人名	社会福祉法人はりま福祉会		
事業所名	せいりょう園グループホームまどか		
所在地	加古川市野口町長砂1076		
自己評価作成日	H29.2.9	評価結果市町村受理日	平成29年5月29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18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、医療、看護、介護が情報を共有し利用者の健康を第一に考え安心して日常生活を送っていただけるようにしている。
 認知症が有っても住み慣れた場所で地域の一人として最後迄暮らし続けていただいている。
 日中は玄関の施錠はしていないので外出は自由である。
 平成18年度より見取り加算制度も導入し希望があればターミナルケアも可能である。

【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)】

事業所が掲げている介護理念からは、高齢者に対する温かい眼差しと真摯なメッセージが伝わる。それは、特別なことではなく、高齢者が持てる生命力・生活力を存分に発揮して生きる環境を造り、提供し、同時に高齢者のありのままの姿を受け入れることで、その感性、尊厳を大切に、介護を優れた生活文化活動と定義づけている。また、介護、医療との密な連携により、服薬の再検討から薬を減らし、自然治癒力と五感を高める取り組みも積極的に行っている。職員と家族がこれまで積み上げてきた信頼関係は強く、その確固たる絆を基に、職員はあたりまえに利用者の気持ちに寄り添っている。その人らしい終焉を迎えられるよう全職員が願うとともに、その人の人生の最終章に立ち会える喜びは、事業所の強みであり、誇りとなっている。

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、活き活きと働いている (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 2~3名	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している (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	法人の理念に基づき、利用者の持っている力を十分に発揮出来るよう支援している。又最後迄その人らしい生活が出来るような環境づくりにも配慮している。	開設当初から、事業所の玄関は施錠せず、認知症の人が「自由と責任」にチャレンジできる存在であるという法人の理念は全うされている。利用者の自由な行動とその人らしい生活を支える支援は、管理者と職員全てが共有し、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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会に加入し毎月広報や回覧を届けていただいている。季節の行事(盆おどり、秋祭り、餅つき等)声をかけていただいている。一部の人は広報が届くのを楽しみにされている。	地域住民に、法人が主催する月1回の「語ろう会」への参加を呼びかけ、数名が参加し交流を図っている。利用者の重度化により、地域の祭りに出かけることは難しいが、神輿が施設の前まで繰り出し、利用者は、それを眺めて季節感も味わっている。	
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	法人全体の催しであるが月に一度「介護について語ろう会」というテーマで会をしている。地域の方に参加していただき認知症の方に対しての疑問、介護の方法等話し合っている。テーマの変更も時々有る。		
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	2ヶ月に一度実施している、地域の方、ご家族、地域包括の職員が参加してくれている。事業報告地域の情報、家族からの意見を聞き運営に役立っている。	会議のメンバーとして、民生委員、地域包括、利用者の家族が出席している。毎回ではないが、市担当者の参加もある。事業所からは、利用者の日々の様子や看取りの取り組み等を報告し、家族との意見交換も活発におこなわれている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議の案内は毎回送っている。又、会議録は必ず介護保険課に提出している。介護保険の更新の際には殆んど市の調査員が来訪してくれている。主治医の意見交付依頼に出向くことも有る。	毎回、市の担当課には、運営推進会議の案内及び議事録を報告している。運営推進会議の日程を、家族が出席し易い土曜日に開催しているため、市担当者の都合のつく日は出席してもらい、協力関係を築くようにしている。	
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	日中は玄関に施錠はしていないので出入りは自由である。転倒、骨折等のリスクを恐れてホール内を歩いている行為に「座って」等の声掛けは控えるようにしてる。行動を抑制するのではなく見守りのケアをしたいと思っている。	方針として、身体拘束をしないケアについては、開設当時から職員間で話し合っている。施錠しないという姿勢も変わることなく継続している。自由に動き回る利用者には、遠位見守りで注意を払い、転倒の危険がある場合は、行動を阻止せず、気持ちを反らすなどの声掛けの工夫をしている。	
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	法人全体で年一度程度研修を行っている。個室で個別のケアが大半であるためややもすれば見過ごしがちになると思われるので利用者の心身の状態を深く観察し変化を見逃さないようにしたい。	法人全体での研修と月1回の会議で話し合っている。管理者は、職員が認知症状の利用者をケアすることでの精神的疲労からくるストレスがないかを、年1回の個人面談で確認している。それ以外でも、気がついた時は、声掛けをして、虐待の予防、防止に努めている。	

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
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	現在3名の方が成年後見人制度を利用している。職員全体での勉強会は行っていないが事例で学ぶことはでき基礎的なことは理解している。相談があれば必要な支援につなげている。	地域包括による、成年後見制度についての研修があり、職員も参加している。事業所にも数名、成年後見制度の利用者がいるため、職員は、事例を通じて後見制度について学んでいる。	
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	契約前に十分な聞きとり、情報交換に努め、また必ず入居者同伴で来園いただき雰囲気等を見ていただき、施設の理念が生活の中でリスク、身体を拘束しないことによるリスク等説明し納得していただいた上で契約している。看取りをする事、また費用についても説明し納得してもらって契約している。	契約前に、利用者とその家族に、事業所の理念について説明を行っている。社会の一員として生き生きと自由に生活する支援に伴うリスクも十分に理解して貰っている。また入居者と家族に見学を勧め、契約書は、一度自宅に持ち帰り、納得したうえで契約に至っている。	
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	玄関に常時ご意見箱を設置している。月に一度苦情調整委員会で開錠し改善に結びつけている。面会時には、日頃の様子を報告し話しやすい雰囲気作りにも努めている。	ご意見箱を常時玄関に設置しているが、意見はほとんど入っていない。特に、面会の機会が少ない家族の意見を聞き取ることが難しい。頻繁に会いにくる家族には、その都度、日頃の様子を伝えたり、家族からの要望も聞き取り易く、また説明の機会も設けている。	来訪の少ない家族からの要望をどのようにしたら引き出せるのか、何らかの検討を期待したい。
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	月1回のまどか会議を行っている。意見や提案を出せる機会を設けている。また朝・夕の申し送りの中でも、それぞれの思いやる仕事に対しての気付きや提案を聞いている。	月1回の会議だけでなく、日々の申し送り時や、業務の終了後に、職員の意見を聞くことがある。特に看取り期の利用者がいる時は、利用者と家族が悔いのない時間を過ごせるよう、各々の職員が意見を出し合い、短期間であっても業務に活かしている。	
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	年に2回の人事考課、また自己評価を行っている。評価の結果は昇給に反映されている。また資格を取得した際にも反映している。希望があれば面談も行っている。		
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	法人内の研修は夜勤者以外は参加することとしている。外部研修は勤務の調整を行い安心して参加出来るように配慮している。研修の報告を全体会議で発表している。		
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	2ヶ月に1回2市2町グループホーム協会開催の勉強会を行っている。また年に1回総会もあり他の施設の職員との交流もある。実習生の受け入れ要請があればいつでも受け入れられている。		

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	入居契約時は家族や関係者から情報を収集し、全職員が共有している。入居後も家族と連携を密にし、本人との会話や行動を観察し乍ら出来る限り本人の意向に添った生活をしていただけるようにしている。		
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	入居時に本人や家族から不安や疑問を聞き取り、安心して生活していただくための支援に役立っている。入居後に色々な問題が発生した場合はその都度話し合いをし乍ら解決の方向に努めている。		
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	入居時に本人の状態を観察し出来る事、出来ない事を見極め、ご家族の想いも聞き乍らサービス計画を立てている。本人の現存能力を十分に発揮出来るよう支援している。		
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	認知症が有っても自力で出来る事は色々有る。職員全体がそのことを把握し過剰な手出しは控えている。昼食は利用者も職員も同じ献立でいただいている。		
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	家族と常に連絡を密にし乍ら情報を共有している。日用品の不足分の購入をお願いしたり、受診の付添も依頼することもある。ケアプラン作成時にも話し合いをし日々のケアの希望も聞いている。		
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	知人・友人の訪問は自由である。利用者と共にホールや自室で過ごしていただいている。一部の方であるが食事を一緒にと外出されている。一方認知症の進行と共に訪問回数が少なくなったり途絶えてしまうこともある。	利用者の家族や姉妹の訪問は途絶えないが、記憶の低下と共に、馴染みの友人による訪問回数が減ってきている。また身体的にも馴染みの場所へ行くことが難しくなっているが、可能な範囲で利用者と近隣の喫茶店に外出することもある。	
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	テーブル席は特に決めていない。それぞれ気の合う人同士が同席し、話が盛り上がっている。時々小さなトラブルも見られるが深く介入しないようにしている。少し時間が経てば何事もない表情で過ごしておられる。自身で居場所を決められない人は職員が介入することもある。		

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
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	サービスが終了してもいつでも訪ねて下さるよう機関誌や行事の案内を発送している。四十九日の法要や納骨を済ませた等の連絡をいただいたことも有る。又相談事が有れば介護相談室につなげている。		
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	出来る限り本人の意向に添ったケアをしたと努めている。ご自身の想いを表出出来ない方には十分に様子を観察し乍ら希望に添いたいと思っている。又、ご家族とも充分に話し合いをし情報をいただいている。	利用者の重度化で、意思の疎通が困難になることがある。利用者の思いを理解する為に、利用者の興味のあること、好きなことを面会に来る家族から聞き取ることもある。また日々の様子、利用者同士の話の内容、表情から組み取り、心地良いと思える支援を行う。	
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	入居前には出来るだけ自宅を訪問したり利用されているサービス機関に情報をいただいたりしている。入居されてからもご家族やご本人からも詳しい情報をいただき乍らそれぞれの方の暮らし方の工夫をしている。		
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	昼・夕食時間を除いては一日のスケジュールは決めていない。特にレクリエーション等は行っていないので好きな場所でご本人の思いのままに過ごしていただいている。その中で各々の言動を深く観察し記録に残している。		
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	一人一人の利用者に担当者を決め6ヶ月に一度ケアプランの見直しをしている。ご家族が来訪された時には本人の現状を報告し介護に対する希望を聞き計画に盛り込んでいる。	利用者の日常生活が活性化する、より良い介護計画を作成する為に、職員の担当制を取り入れた。利用者の希望と身近な職員の気付き、主治医、訪問看護師の意見、家族の意向を組み込み、6か月毎に介護計画を見直しをしている。	
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	個別のケース記録に日々の状態を詳しく記録し、全職員が共有している。又朝・夕のミーティングや連絡ノート、健康ノート等を活用し日々の細かい変化を把握し乍らキメの細かいケアを行っている。		
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	週に1回法人内の訪問看護ステーションから訪問が有り健康チェックをしてくれている。又週1回造形教室や自彊術体操等も行っており日常生活の活性化にも配慮している。ユニットⅡは同居者も可能な広さである。		

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
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	外出は基本的には本人の意志で自由に行っている。職員が見守っている。地域の行事にもできるようにであれば参加している。		
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	それぞれ主治医を決め、定期的に往診、受診している。受診は家族が行っている。特変時は日中、夜間を通して、訪問看護師、主治医と連携し常に対応している。	これまでのかかりつけ医の継続を優先しているが、家族の都合で協力医である往診医に変更する人は多い。受診の場合は基本、家族の付き添いとしている。利用者の状態や様子については、受診時に家族に口頭で伝えている。希望で歯科往診も可能である。	
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	週1回訪問看護師による健康チェックを受けている。日頃の様子を伝え、気になる事があれば相談しアドバイスを受けることもある。特変ある時は状態報告し指示を受ける等、常に連携しながら対応している。		
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。	家族、職員、医療関係者と連絡を取り合い、情報交換や相談に努めている。退院時にはそれぞれの関係者、家族を含めカンファレンスを行い、内容を全職員が共有し、安心して暮らせるように支援している。	入院は骨折によるものだが、他疾患のため退院が少し伸びた事例があった。利用者、家族の意向を優先した早期退院に向け、事業所での生活リハビリにも対応している。退院時期についても、早めに医療関係者と相談の場を設け、受け入れの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	契約時に終末期の事は説明している。状態の変化とともにその都度、家族、主治医と話し合い方針を決め共有している。ターミナル期は家族と本人の意向に添いながら主治医と訪問看護師と密に連携し取り組んでいる。	事業所の方針を納得してもらい、利用者の状態低下時には、その都度主治医を交え、今後の対応について話し合っている。最期まで看取することを前提に、職員は利用者の思いや意向を最後まで汲み取り、寄り添っている。職員は研修だけでなく、これまでの経験を活かし、その人らしい最後を支援している。	
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	急変時にすぐに対応できるように、全職員が利用者の状態を随時ミーティング、会議での情報を確認し把握している。応急手当は看護師の指導のもと行っている。		
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回日勤帯、夜勤帯の災害を想定して火災に対しての避難誘導訓練を行っている。出火場所を設定する等具体的な計画書を作り避難経路や方法を全職員確認している。地震、水害に対しての訓練は行っていないが非常食は備蓄している。	昨年は、3月と9月に訓練を実施した。夜間想定時における車椅子の利用者の避難誘導の時間が、かかることが課題となっており検討の余地がある。水害等の防災全般についても、必要性が大きいと考えている。運営推進会議等で、地域の協力を働きかけている。	

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
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	1人1人の思いや生き方を尊重し一個の社会人として誇りを持って生活していただけるよう日々努めているがややもすれば親しみが強くなり過ぎて馴れ馴れしい言動になってしまふことが有り反省すべきことも有る。	会議等で、折にふれ職員に声かけや関わり方について伝え、注意を促している。時に、馴れ合いの声かけや大きな声、私語が目立つなど不適切と思われる場合があり、普段は主任が中心となり職員に注意喚起している。常々、はじめの大切さを伝えている。	
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	認知症の進行に伴い、自身の思いや希望が表現出来なくなっている方も居られる。それぞれの方の言動を深く観察し読み取り乍らケアに当たる努力をしている。		
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	昼食、夕食以外は一日のスケジュールは決めていないのでそれぞれ思い思いに過ごしておられる。起床時間もまちまちである。入浴を勧めても拒否された場合は無理に行わず時間を置いて声掛けをしている。		
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	基本的にはご自身の好みの服を着ていただいているが認知症の進行に依り不可能な場合は季節に合ったものを職員が選んで着ていただいている。ご家族に購入依頼もしている。		
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	それぞれの摂取能力(嚥下、咀嚼)に応じてミキサー、みじん食等、形を変えて食していただいている。出来るだけ経口摂取が出来るよう配慮している。後片付けも出来る方は手伝ってもらっている。	担当職員が、交代で調理している。利用者の好む食材や調理法を反映し、美味しく食べれるよう柔軟に工夫している。利用者は自分の持っている残存能力を活かし、自分のペースで食事を楽しんでいる。普段好まない食材でも、気分のいい時には美味しく食べることもあり、職員は介助しながら一緒に食べている。	
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	毎食の摂取量、水分量は細めに記録し職員間で共有している。摂取量が少ない方には代替品(プリン、ヨーグルト等)を食していただくことも有る。水分も一度に沢山摂取出来ない方には頻回に介助している。		
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	能力に応じて歯みがき、うがい、スポンジブラシ等でケアをしている。義歯を使用している方は就寝前に洗浄剤に浸ける介助をしている。異常が見つかれば早い内に家族と相談し歯科受診をお願いすることも有る。一名の方は歯科訪問診療を受けている。		

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
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	利用者一人ひとりの排泄パターン、行動、訴えを把握してトイレ誘導、介助を行っている。立位不安定な時は2人介助で行うようにしている。	おむつの場合は、昼間は職員が時間を決めてトイレに行き、夜間はベッド上で交換する。布パンツの人もいるが、多くはリハビリパンツにパットを使用している。把握している個々の習慣や癖から、その人のパターンを参考に、誘導している。	
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	排便状況を詳細に記録し、水分摂取量にも注意して個別対応している。主治医や訪問看護師と連携し服薬によるコントロールも行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	一人ひとりの生活リズムに合わせて、又時間の希望がある場合には意向に添って入浴していただいている。拒否がある場合は再度声かけする等工夫している。	1日置き、或いは週2日を目安にしているが、利用者の希望を優先して入りたい時に入ってもらっている。疾患のある人は、訪問看護の訪問時に併せ看護師と職員2人で介助することもある。利用者が、安心してゆつくりつろいでもらえるよう体制を整えている。	
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	日中はホールでTVを観たりして過されている。又居室で休息したりして自由に過されている。夜間は安全を確保し、ベッドの位置、照明等安眠できる環境を整えている。		
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	処方せんや健康ノートを整理して全職員が把握できるようにし、日々様子を記録し主治医や訪問看護師と連携し状態に合った支援をしている。		
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	毎週の造形教室や自彊術教室への参加を援助し、気分の転換を図ってもらっている。		
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	来訪されたご家族と散歩を楽しんだり外食に出かける方もおられる。地域に根付いており見守りの支援もいただいている。	受診時に併せ、家族が外食や外出に連れ出したり、馴染みの理美容に連れて行っている。気候のいい時期は、来訪時に周辺を家族と一緒に散歩する。地元の盆おどりに家族が連れて行き、住民と交流を楽しむ。法人本部での花見は、毎年の恒例となっている。	

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
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	お金に関心を持っている方も居られるがその価値等は認識出来ない方が大半である。認知症の進行につれて保管場所が解らなくなったりするので、ご家族とも良く話し合いをし乍ら持っていてはいる。近くに店は有るが買い物に出掛ける方は現在はいない。		
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	1Fホールに公衆電話を設置しているが現在使用出来る方は居ないが事務所にかかってくる電話は取次いでいる。葉書や手紙の宛名の代筆や投函の支援は可能である。最近希望者が殆んどいない。		
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	各々希望のテーブル席で飲食雑談等をして過ごされている。玄関、ホール、トイレには出来るだけ季節の草花を置くようにしている。ホールの硝戸越しには広い庭が有り木々や草花を見乍ら季節の移ろいを感じていただけるような環境である。	小型の丸テーブルが複数以上配置され、少人数づつ利用者が、思い思いに過ごしている。テレビを見ながら、おしゃべりしながら、一人ゆっくり食べている人など個々に過ごしている。リビングに新聞や記事のニュースが掲示され、時々、眺めている人もいる。オープンキッチンにある広い調理台には、利用者が自分で盛り付けられるよう食器等が置かれている。	
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	1F、2Fのホールにはテーブル、テレビ等が設置されており、1人でもご家族と一緒にゆっくりとしていただけよう場所は設けている。		
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	家具や身の廻りの物は馴染みの物を持ち込んでいただいている。新しく購入等の要請はしていない。不足な物はご家族に随時連絡し持参していただいている。常に穏やかに生活をしていただけるよう心配りをしている。	食事以外は、自分の部屋で休んだり、一人で過ごせるよう声かけしている。敷物を敷き、今まで使っていた整理筆筒やテレビ、ハンガーラック、椅子とテーブルを置いている。家族の写真や趣味の小物からその人らしさが感じられる。	
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	建物内はバリアフリーである。必要な場所には手摺も設置している。1F～2Fの移動はエレベーターを使用。車椅子、老人車使用の方、又脚力の弱った方も自立した行動が出来るよう支援している。		