

### 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社会		
事業所名	せいりょう園グループホームまどか		
所在地	兵庫県加古川市野口町長砂1076		
自己評価作成日	平成27年2月4日	評価結果市町村受理日	2015年 5月 28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	<a href="http://www.hyogo-kai.go.com/">http://www.hyogo-kai.go.com/</a>
----------	---

【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27年3月7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)】

開設して以来、医療、看護、介護が共に連携を取り、利用者の健康管理第一に考え、安心して日常生活を送っていただけるようにしている。  
又、認知症が有っても一人の社会人として地域の中で普通に暮らしていただけるような支援をしている。  
平成18年より看取り加算も導入し、ターミナルになっても住み慣れた場所で最期迄暮らし続けていただけるような支援もしている。

【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)】

静かな、日本家屋のたたずまいの中、事業所の時がゆっくりと流れている。職員は利用者各々の状況を自然体で受け止めることを心がけている。過度な薬剤の服用も減らし、昼食後の投薬を使う人はほとんど見られなくなっている。食事時にはオープンキッチンからおいしい香りや音がし、それを楽しむかのように、利用者はリビングで思い思いに過ごしている。過去8年間に20例あまりの看取りを経験している事業所は、今後も、利用者や家族の意向を取り入れ、利用者が家族とともに尊厳をもった最後の時を過ごす手伝いができることを誇りとしている。法人内で、各施設の職員からされる看取り報告は、千差万別であり、職員にとっても、各事業所にとっても貴重な財産として脈々と積み上げられつつある。その確固たる姿勢は、今後も事業所の大きな強みとして継続されることであろう。

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 (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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発揮出来る様支援している。また最後迄その人らしい生活が出来る様環境作りにも配慮している。	法人は、高齢者介護の5原則「自立、尊厳、参加、自己実現、ケア」を基本に、「自由な行動とその人らしい暮らし」の実現を目指している。特に事業所は、職員全員で、最後の看取りを大切にし理念の実践を行っている。	
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。季節の行事にも声をかけていただき出来る限り参加している。一部の方で有るが広報を楽しみにしている。	法人主催の造形教室や自彊術教室への参加を地域住民にも呼びかけている。地域の秋祭りでは、事業所の門前でみこしをねってもらえる。地域の夏祭りやもちつきにも毎回参加し、季節を十分に感じる交流となっている。	
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	法人全体の催しで月に1回「介護について語ろう会」というテーマで会をしている。地域の方に参加をいただき認知症の方に対する疑問や介護の提案等を話し合っている。又、その時々へ賑わしているニュースをテーマにすることも有る。		
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か月に一度実施している地域の方、家族、地域包括の職員が参加し事業報告、地域の情報、家族からの意見を聞き運営に役立っている。	民生委員、人権擁護委員も参加し、法人全体での開催となっている。行政や地域からの情報を得る場ともなっている。家族から利用者の代弁として「午前中の入浴はしんどいので午後にしてほしい」など具体的な意見も出て反映されている。	
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取り組んでいる	運営推進会議の案内は毎回送っている。また会議録は必ず市の介護保険課に提出している。主治医の意見書等交付依頼時には市の保険課に出向いている。	介護保険の審査会に出席したり、事故報告届けなどで窓口を訪問する以外は、電話でのやり取りが多くなっている。大きくは本部が統括しているが、事業所としても連携体制が整備されており、日頃からの良好な関係となっている。	
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	日中は玄関の施錠はしていないので出入りは自由である。またコミュニケーションの難しさにより意思表示や希望を無視する等と思われる介護があれば専門職として再考をするように促している。	月1回の会議で身体拘束をしないケアについて、常に話し合っている。うろろ歩きまわる利用者を、他の利用者が疎ましく思うのを気遣い、「座ってて」というのは抑制であると認識している。制止するのではなく、見守りつつケアをする工夫を行うようにしている。	
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	資料は常時設置している。 認知症の方とのコミュニケーションの難しさや転倒事故等の防止の為に行き過ぎた声かけや行動を職員のペースで進めることが有る。その都度修正が必要なこともある。	同じことを繰り返し尋ねる利用者を見たり、リスクを重視するあまり過度な声かけとならないよう注意している。夜間のストレス増の環境にも配慮している。管理者は、年1回の個人面談以外にも、仕事帰りにちょっと声をかけて職員の悩みを聞き出すようにもしている。	事例検討などの内部研修をもう少しされたい。

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
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	成年後見制度を利用している方も居られる。職員全体での勉強会は行っていないが実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。現在4名の方が成年後見制度を利用している。	成年後見制度を利用している人が複数名いる。特に研修の機会は設けてはいないが、パンフレットなどを使い、職員は基礎知識を持っている。日常生活自立支援事業についての概略も理解し、必要な時は関係機関につなぐことはできる。	
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、情報交換に努めている。契約前に必ず入居者同伴で来園いただき雰囲気を見ていただいている。施設の理念や生活の中でのリスク等を十分に説明し納得していただいた上で契約をしている。身体拘束しないことによるリスクがある事、看取りをする事、又は費用についても説明し納得理解してもらって契約している。	入居決定後には必ず利用者本人の見学を勧めている。理念に基づく支援に伴うリスクや、「重度者への対応及び看取り介護に関する運営指針」の文書を提示し、説明も丁寧に行っている。契約書は一度家に持ち帰り、納得の上での契約に至っている。	
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1度苦情調整委員会で開錠して改善に結びつけている。面会時にはできるだけ職員から話しかけるようにしている。日頃の様子を報告する等して話しやすい雰囲気づくりにも努めている。	意見箱に特に意見は見られない。利用者の意見を聞く場面として、食事については、法人メニューに沿って食事調理がされるが、利用者のその日の希望を聞き変更する事も多い。家族には面会時に声かけに努め、意見を聞くようにしている。個別の意見にも迅速に答えている。	
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度開催している会議の中で自身の意見や提案を出せる機会を設けている。又朝、夕の申し送りの中でもそれぞれの思いや仕事に関しての提案を聞いている。	夜間不眠の訴えが強く、「夕ご飯を食べていない」の訴えが毎日あった。職員の意見で、温かい飲み物を提供するなどの工夫の末、おにぎりの用意で解消する事が出来た。入浴拒否も強く、暴言もあるため上手に対応する職員に学ぶことも提案し実行した。	
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	年に2回人事考課と、自己評価は年に1回行っている。評価の結果は昇給に反映されている。個々に面談の時間を設け希望等も聞き、できるだけ沿えるようにしている。資格を取得した際には昇給に反映している。		
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	外部研修、法人内の研修の案内は全て知らせている。勤務状況を見ながら、できるだけ参加をすすめている。外部の研修の際は、勤務の調整を行い安心して研修に参加できるよう配慮されている。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か月に1度、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度総会もあり、他の施設職員との交流の機会もある。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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>						
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。入居後も家族との連携を密にし本人との会話や行動を観察しながら可能な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ながら解決の方向に努力している。		
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	入居時に本人の状態を観察し、出来ること出来ない事を見極め、家族の思いも考えながらサービス計画を立てている。本人の能力を十分に活かせる様支援している。		
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	認知症が有っても日常生活の中で自力で出来ることは色々有る。職員全員がそのことを把握し、お手伝いをお願いしている(食器の片付けテーブル拭き等) 昼食は利用者も職員も献立は同じである。		
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、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い等も依頼することもある。ケアプランの作成時には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。認知症の進行と共に訪問が少なくなったり途絶えてしまうことが有り淋しく思うことも有る。利用者と共に外出や外泊も自由である。	以前の共同利用購入の仲間の訪問があったり、美容師の孫が定期的に訪問してカットしてもらう人もいる。今まで通っていた地域の理容室に出かけたり、正月の外出等も家族の協力を得て行われることもある。重度化高齢化に伴い、なじみの関係の減少は否めない。	
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	テーブル席は自由でそれぞれ気の合う人同士と一緒にいる。時には小さなトラブルも見られるがすぐに忘れて、何事もない表情で過ごして居られる。自身で場所を決められない方には職員が状態を見て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。49日の法要を済ませたとか納骨が終わった等の手紙をいただくことも有る。又、相談事が有ればいつでも介護相談室につなげるようにしている。		
<b>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</b>						
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てケアをしたいと努めている。思いを表出出来ない方には普段の様子を観察しながら希望に添いたいと思っている。又、家族とも充分話し合いをしながら情報もいただいている。	利用者からの聞き取りが難しくなっている。家族からの代弁や、日頃の利用者同士の話の内容や、独り言からも把握するようにしている。家族との連絡ノートでのやり取りからくみ取ることもある。	
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	入居前に自宅を訪問し本人や家族に生活歴等を伺っている。入居されてからも詳しい情報をいただきなが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。入浴を勧めても拒否が強く有る場合は一時見送ることも有る。各々の言動を深く観察し記録に残し全員で把握している。		
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ヶ月に一度介護計画の見直しをしている。家族が来訪の際には、本人の現状を報告し介護に対しての希望を聞き計画に盛り込んでいる。又、事業所内の会議でも意見交換をしている。	担当制を取り、担当者が介護計画を検討し、毎月のモニタリングと半年ごとの計画見直しをしている。往診医や訪問看護師の意見も組み入れているが、看取りに際しては記録重視となり、計画の変更は滞っているといえる。	
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ながらケアに当たっている。		
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	法人内の訪問看護ステーションから1/w訪問が有り健康チェックをしてくれている。又、造形教室や自彊術体操等も導入し日常生活の活性化にも配慮している。ユニットⅡは30㎡の広さが有り同居者が居られても対応出来る。		

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	外出は自由なので職員の見守りとともに地域の方の協力もある。地域の行事の案内も頂き出来る様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、定期的に往診がある。緊急時には日中夜間を通して訪問看護師、主治医と連携し対応している。	協力医療機関である往診医と複数提携しており、利用者、家族の希望により、選択している。家族が付き添い受診している人もいる。協力医療機関と事業所との連携は密に行われ、緊急時も含め、安心が確保されている。	
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	週1回訪問看護師によるバイタル等チェック、日頃の様子を伝えアドバイスを受ける事もある。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。	家族と連絡を取り合い安心して治療に専念出来る様サポートしている。退院時はそれぞれの関係者とカンファレンスを行い施設で安心して暮らせる様支援している。	協力往診医と他医療機関の連携により、早期の入院や退院を可能としている。利用者の状態変化に応じた速やかな連携により、早めの対応ができています。利用者、家族の意向を優先して、事業所での受け入れ体制も準備し、必要な通院にも応じている。	
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	状態変化にともないその都度家族、主治医と話し合い方針を決めている。ターミナル時は家族と本人の意向に添いながら主治医とも連携し対応している。	契約時に、終末期までの方針を説明し、納得を得ている。協力医と訪問看護との密な連携が図られ、家族も一緒に過ごせる安心な環境を心がけている。職員は、利用者、家族に寄り添い、共に最後を見送っていく姿勢で取り組んでいる。職員は、個々の家族の思いを受け留め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	急変時にすぐに対応出来るよう全職員が利用者の状態を把握している。傷の応急処置は看護師の指導のもと日頃から行っている。		
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	日勤帯と夜勤帯の災害を想定し、年2回火災に対しての避難誘導訓練を行っている。全職員が原則参加と決めている。自然災害に対して特別な訓練は実施していないが非常食は備蓄(3日分)している。	年2回昼夜想定での避難誘導訓練を実施している。利用者も一緒に、避難経路の確認を行っているが、通常、火を出さないことを最優先とし、万が一の場合は、大声で近所に伝えることを念頭に置いている。自然災害への対策は今後の課題としている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	それぞれの思いや生き方を尊敬し一人の社会人として誇りを持って生活していただけるようケアに努めているが親しみが湧きすぎて馴れ馴れしい言葉掛けになり反省すべきこともある。	馴染みの関係が深まるにつれ、反対に節度を持った行動や高齢者への基本姿勢を意識して接するよう努めている。職員自身が意識を高め、利用者とのけじめのある関わりを、常日頃心がけている。利用者一人ひとりを、深く知ることを重視している。	
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	認知症の進行に伴い自身の希望や思いを表現するのが難しくなっている。それぞれの言動を細かく観察し読み取りながらケアに当たっている。		
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	一日のスケジュールは食事(昼、夜)以外に決めてはいない。それぞれ思い思いに過ごしておられる。起床時間もそれぞれで違っている。入浴を勧めても拒否がある場合無理はせず時間を置いて再度声掛けをしている。		
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	基本的には自身で選んだ服を着ていただいている。認知症の進行により不可能な場合は季節感に合った物を職員が準備し着ていただいている。家族にも購入依頼することもある。		
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に応じミキサーみじん等形を変えている方もおり、出来るだけ経口摂取が出来るよう配慮している。献立は法人の栄養士が立てているが当日の食材の中で利用者が好みそうな料理に仕上げることもある。テーブル拭き等は手伝って下さる方もおられる。	美味しく食事を摂ることが、元気の源と捉え、個々に応じた調理形態、食べやすい味付けの工夫をしている食欲をそそる見た目の彩りにも配慮し、最後まで口から食べることを大事にしている。基本メニューはあるが、柔軟に応用し、好きな物を食べてもらうようにしている。	
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	毎食の摂取量や水分量、摂取動作等細めに記録している。その方の嚥下能力を見ながら食物の形体を変え提供している。水分は一度に沢山飲用出来ない方には少量ずつ頻回に介助している。水分摂取の大切さは全職員が認識している。		
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	能力に応じ歯みがき、うがい、スポンジブラシ等で口腔ケアをしている。義歯を使用している方には就寝前に洗浄剤に浸ける介助をしている。口腔内に異常が見つければ家族と相談し受診をお願いする事もある。一人の方は歯科医により訪問歯科衛生指導を受けておられる。		

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	一人ひとりの排泄パターンや行動、表情等を把握し、誘導あるいは介助を行っている。立位困難な方もトイレでも排泄が継続できるよう工夫し、実践している。	利用者個々のパターンを基に、その日の体調や表情から、声かけのタイミングを見計らい誘導している。早めの声かけにより、失禁を減らすようにもしている。夜間は、ポータブルトイレを使用している人もいるが、職員の声かけにより、トイレに行く人もいる。	
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	毎日排便状態を詳記し、乳製品や日常より多目の水分を摂っていただく等、個別に対応している。主治医や訪問看護師と相談しながら、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、また時間帯等希望がある方は意向に添って入浴していただいている。拒否があった場合は、タイミングを図って再度声かけする等工夫している。	週2回を目安としているが、その日の気分や体調に併せ、声かけしている。重度の人は、シャワー浴や清拭をすることで、清潔保持に努めている。今のところ季節風呂は特にしていないが、好みの湯温でゆっくりつかり、くつろぐことができている。	
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	日中はホールのお気に入りの場所で過ごしたり、居室で休息したりと各々自由に過ごしておられる。夜間は安全を確保しつつ、希望に添ったベッドの位置、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	処方箋や健康ノートを整理し、全職員が把握できるようにしている。日々の様子を記録し、主治医や訪問看護師と相談しながら状態に合った支援を行っている。		
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	一人ひとりのできる力に合わせて、職員と一緒にあるいは任せて家事等を手伝ってもらっている。毎週の造形教室や自衛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	庭の草木を見に行ったり、自由に外出されている。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。	気候のいい時期は、庭を散策したり、周辺をぶらぶら散歩している。これからの花見の時期には、公園や寺の桜を見に行ったり、全員での花見も恒例となっている。地域サロンに参加する人もおり、家族と外食に行く人もいる。	

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	お金に関心はあるが、その価値等を認識できない方が多い。家族との話し合いでお金を持つことや、ごく一部ではあるが近所の店での買物の付添いなどの支援をしている。		
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	1Fホールに設置されている公衆電話を利用の際の小銭の両替や番号確認、又、手紙や葉書の宛名の代筆や投函の支援をしている。		
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	各人希望のテーブルにて飲食、雑談等して過ごされている。ホールの硝子戸越しに目に映る草花や野鳥に季節を感じられる方もあり、庭の鉢植えやホールには生花や手作りカレンダー等を設置している。	庭が一望できる広いリビングには、複数のテーブルが置かれ、利用者はそれぞれに食事をし、雑談したりくつろいでいる。オープンキッチンでの調理の様子や匂いが伝わり、ほのぼのとした雰囲気である。2階ホールは家族の団欒としても過ごせるスペースとなっている。	
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	1F、2Fホールにテレビやテーブル、椅子、ソファ等を設置しており、1人での、又家族との時間もゆっくり過ごしていただける場所がある。		
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、衣類、家具、身の回りの品などは馴染の物を持ち込んでいただき、希望される物や不足の物は随時家族に連絡し持参をお願いしている。常に穏やかに過ごしていただけるよう心配りをしている。	長く生活している人もおり、長年使っていた家具や人形、趣味の品が所せましと置かれている。昔の家族との写真、思い出のある絵も飾られている。お気に入りの好みの衣類や帽子等も置かれ、自分で選んで身に着けている。	
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	建物はバリアフリー(床、手摺、階段の扉など)1Fと2Fの移動はエレベーターの利用により老人車、車椅子を使用の方や、脚力の弱った方にも自立した行動を保持していただけるよう工夫、見守りをしている。		