

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	2871300451		
法人名	医療法人 敬愛会		
事業所名	ひかみシルバーホーム		
所在地	丹波市氷上町絹山1		
自己評価作成日	平成26年11月20日	評価結果市町村受理日	2015年 3月 5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	http://www.hyogo-kai.go.com/
----------	---

【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26年11月28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)】

開設から14年が経過。当初丹波市内では唯一の施設だったが、今では5事業所に増え、お互いのネットワーク化もすすみ、地域密着型としての知名度も上がってきたように思う。施設の増加と共に個別化・特徴のある施設づくりも求められるようになり、パイオニアとして内外に情報を発信できるように努力を重ねている。医療法人が母体のため、医療との連携は万全で、ターミナルケア・看取りはチームで取り組み、家族の思いに沿ったケアに努めているほか、日々の暮らしには原則や約束事にしばられず、できるだけ思い思いに日々の生活を楽しめるよう支援している。

【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)】

開設14年目に初めて看取りを経験した。最期は母体の病院で迎えたが、そこまでのケアを実践したことで、職員にも自信が付き、看取りについて、前向きに取り組む姿勢になった。管理者はサービスの質を良くするには、職員が気持ちよく仕事ができる職場の雰囲気が大切であると考えており、職員同士の間関係、職場の雰囲気作りに力を注いでいる。また、14年の間に培ってきた経験の良い点は活かしながら、古い固定概念は変えていきたいと考えている。その最初に手掛けることとして、事業所独自の理念を地域交流、地域貢献を主目的とする内容に、職員全員で見直しを図っている。日々のケアにおいては、常に利用者と向き合い、一人ひとりに関わる時間を出来る限り多くすることを心がけている。

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
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	設立以来14年が経過しているが、理念は変えていない。見直しの時期にはあるが、職員の異動等で作業は遅延。地域密着型を前面に打ち出した理念を考えたい。	現在見直しに向けて話し合っている。地域との関わりを拡げ、深めていくこと、外出を積極的に行うことを盛り込む予定である。現在の理念についてはリビングに大きく貼り出し、常に意識下において、実践に努めている。	
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	純粋な農村地帯にあるため、地域とのつき合いは自治会と公共機関に限られている。地元集落や学校・こども園等との交流が中心。	支援学校の生徒が実習をきっかけに事業所に時々遊びに来るようになった。自治会主催の地域住民の運動会、文化祭を見に行ったり、小学校やこども園の行事に参加している。月1回、語り部ボランティアが来るなど、地域との交流に努めている。	
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	認知症の人への支援や理解については、丹波市とその関係機関との連携が大部分を占めている。基本として呼びかけには全て応じて取り組みを発信している。		
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	3ヶ月に一度、第3木曜日と期日を定めて開催。行政・地域代表・市相談員から率直な意見をもらい、それらをサービス向上につなげるよう努めている。	市職員、市の介護相談員、自治会長、病院相談員等が出席して開催している。こども園との交流についてや避難訓練をグループホーム独自で実施してはどうかなど意見が出され、サービスに活かしている。が、議事録の記載が第三者に分かりやすい記録になっていない。	議事録は議題だけでなく、提案された意見、話し合った結果まで、誰が見ても分かる記録にしていきたい。
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	丹波市の介護保険課長には運営推進会議には必ず出席してもらっているほか、市の研修会やケア会議には積極的に出席、日頃から連携を深めている。	市担当者は運営推進会議以外にも時々、事業所を訪れ、利用者とは会話をしている。市のケア会議に出席して、待機者の情報を得ている。地域包括から地域の要介護者の情報を得たり、空室状況の問い合わせに応じたりしている。協力関係は良好である。	
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	病院内の身体拘束委員会に参加し、定期的な研修会や情報交換の場に参加。玄関の施錠についてはケースバイケースで取り組んで、自由な暮らしを支援している。	身体拘束委員会が事例を上げて行う研修会に出席し、事業所に持ち帰って報告している。身体拘束につながりそうな場合はミニカンファレンスで話し合ったり、管理者が直接注意している。玄関の施錠については、昼間は様子を見ながら開錠している。	
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	病院内の高齢者虐待防止委員会に参加。防止にむけて研さんを図っている。毎月のカンファレンスでも不適切な事例がないか話し合っていて細心の注意を心掛けている。	高齢者虐待防止委員会で研修を行っている。夜勤明けの様子は管理者が利用者の空気、気配で察している。暴言を吐く、大きな声で命令口調になるなどの行為がみられたことがあるが、何度も話し合い、注意して改善を図った。職員のストレスについては職員同士で食事に行くなどしている。	

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
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	権利擁護の制度・活用については病院内の相談室や居宅支援事業所と連携して、情報を交換しているが、ここ数年は対象となる入居者はいない。研修会には参加している。	成年後見制度については概ね理解できている。相談があった場合は管理者が対応して、病院の相談員につなぎ、支援する仕組みになっている。日常生活自立支援事業についても、入居前に利用していた人があり、概ね理解している。	事業所に資料を設置し、情報提供の体制を整備していただきたい。
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	事前の見学時におおむねの説明を行い、入居日に病院の相談員と管理者が立ち合っで契約している。改訂時には各家族に通知、同意を得てから実施している。	契約の前に本人も一緒に見学してもらっている。重度化も含めて、看取りについてや法人内のサービスで最期まで支援すること、外出に関することなどをていねいに説明している。改定等については文書を作成し、同意書を同封して郵送し、電話等で質問を受けている。	
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	玄関に意見箱を設置しているが、昨年度から意見・要望はゼロ件。というのは、日々の暮らしの中で利用者・家族との意見交換に努め、すぐに実践するように努めている。	面会時に聞いている。家族会に上映したビデオの内容を利用者の日々の暮らしの様子にしてほしいとの意見により、その内容にした。居室の掃除をしてほしいという意見も聞いている。また、毎年、アンケートを実施するなど、意見を聞く努力をしている。	
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	少人数の職場のため、意見交換や情報提供は朝夕の申し送り時に行っている。月一回のカンファレンスではスピーディーに対応できないため、即決実行が基本。	朝夕の申し送り時に聞いている。また、年2回、管理者が個別面談を行っている。利用者の外出の機会を増やしてほしいとの意見により、外出を増やした。手拭きタオルの共用について、衛生的に問題があるのではとの意見があり、タオルの交換回数を増やしたなど、反映事例がある。	
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	運営主体が大きな医療法人なので、管理者の就業状況についての権限は限られているが、職員の職場環境の改善に向けては常に関心を持っている。		
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	病院の委員会に参加しており、中でも教育委員会の関係する研修には全て出席してレベルアップを図っている。職員はラダーⅠからⅤに属し、力量に応じて研修している。		
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	管理者は市を中心としたネットワーク会議や研修会議に参加して交流を深めているが、職員相互の交流機会は法人内にとどまっている。		

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
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	入居当初は情報が極端に少ないため、何よりも思い込みの排除が基本。家族・本人とは時間をかけ関係を構築しており、まずは「時間の経過」を大切にしている。		
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	家族の不安は当事者にしかわからないことであり、どんなことにでも耳を傾ける事が基本。当初は規則や約束事を押しつけずに徐々に信頼関係を高めていきたい。		
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	利用者と家族の要望・思いは千差万別。画一的な支援にならないよう初期のサービスでは主治医・相談員・全職員がチームを組んで対応している。		
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	職員にとって利用者は人生の大先輩であるため、常に尊敬の思いを持って接するよう努めている。一人ひとりの経験を大切に共に行き歩きたい。		
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	ともすれば疎遠になりがちな利用者と家族の間に居る職員は、両者の関係を丸ごと理解し、何が大切な支援になるのかを常に考えていく事が大切。		
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	入居することでなじみの人や場との関係が途切れないように努力しているが、現在は家族以外の人との関係継続が見られるのは一人にとどまっているのが現状。	家族と食事や墓参りに行っている。年末年始に妹の家に泊まりに行く人や、時々実家に帰る人がいる。馴染みのスーパーへ買い物に行ったり、携帯で家族と話をする人もある。友人が訪ねて来る等、馴染みの関係継続を大切に支援している。	
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	現在は9人のうち男性が5名となり発足以来の男女比となった。男性同士の係わり合い・支えあいをどう築いていくのが課題となっている。		

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
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	昨年、一名の利用者を看取ったが、それ以外は隣接の病院に最期は入院されるケースがほとんど。入院中は毎日、職員が訪室して相談・支援を心掛けている。		
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	規則・決め事・約束事はあるが、それよりも優先されるのは一人ひとりの思いや希望で、その人らしく自由に暮らしていけることも最も重要視している。	おやつ時間に会話をして聞き取っている。家事を手伝ってもらっている時、夜、飲み物を配っている時にも聞いている。困難な人は入居前の生活習慣から判断している。家族の話のみにこだわったり、決めつけないよう、気をつけている。把握した思いや意向は共有し、実現に努めている。	
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	入居時のデータでは判らないことが多いので、家族や本人との意見交換はもとより、日々の暮らしの中で本人にとって何が大切なサービスなのかを把握するよう努めている。		
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	職員は夜勤など不規則勤務のため、現状の全ての把握は困難。このため毎日の介護観察記録の記入は大切な業務の一つで、正確な情報提供を心掛けている。		
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	介護計画・モニタリングともケアマネージャーが中心となり、全職員が参加して初期段階から関わって計画を作成、チームとして取り組んでいる。	モニタリングシートの記録、支援経過記録をもとに、サービス担当者会議を実施している。それぞれの記録がサービス計画と連動しており、ていねいに、詳細な記録がなされている。計画は具体的で、現状に即した計画である。	
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	日々の記録はどうしても目に見える行動の列記になるため、細やかな気づきは万全ではない。このためカンファレンスを中心とした意見交換の記録が大切。		
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	既存のサービスから脱皮することは難しく、買物・野菜づくり・受診・散歩・見学・ドライブ等にとどまり、新たな支援は今後の検討課題。		

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
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	周囲は田園地帯で、外出するのはどうしても車に頼らざるを得ない。今年から毎週木曜日を買物・外出の日と定め、希望に応じて各施設を巡回している。		
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	入居と同時に主治医は隣接の病院の医師となるが、家族・本人の理解が前庭で拒否されたことはなく、病院が近くにある安心しているケースがほとんど。	利用者、家族納得のうえ、併設協力医療機関の往診医を利用している。これまでのかかりつけ医を継続して受診している人もおり、職員が付き添っている。協力医療機関の往診医は認知症の専門医でもあり、医療機関としても総合的な支援体制が整備されている。	
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	病院の看護職とは常に連携をとり、緊急時は応援が可能。また外来師長とは医療連携を通じて、個々の事例に対応してもらっている。		
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・退院は主治医・家族と相談して決めており、入院の際は医師から直接家族に連絡が入るようになっている。また、家族との仲介も職員の担当となっている。	入院等の場合も協力医療機関の柔軟なバックアップ体制により、利用者、家族の意向を尊重した安心できる環境となっている。入院時は職員が毎日のように見舞いに行くなど、家族にとっても負担が軽減されている。緊急時の安心はもとより、他病院との連携もスムーズな体制が図られている。	
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、事業所の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	終末期ケアについては、家族の意向を最大限に尊重するよう職員間で合意している。昨年一人を看取ったが、それ以降については外来受診、そのまま入院となった。	事業所としては、利用者、家族の意向を優先していく方針で、この度の看取りの経験を踏まえ、体制のマニュアル化を検討している。貴重な機会を得たことで、事業所として目指す終末期体制を構築していきたいと考えている。	
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	日勤帯は病院外来での受診が基本。夜勤帯では急変時のマニュアルを作成しており、看護師の応援・指示を受けるようになっている。		
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	災害対策については、病院と合同で年2回の訓練を実施しているほか、土砂災害の避難訓練も年に1回マニュアルの確認と合わせて行っている。	年2回、法人合同による昼夜想定避難訓練を、利用者も一緒に実施している。毎回火元を想定して、実践に即した訓練としている。この度の大雨による災害を活かし、防災全般に対する災害マニュアルの作成、想定した訓練の実施も早急に検討していく姿勢である。	

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	GHの共同生活では、一人ひとりの生活を尊重すること、プライバシーを最大限守っていくことが何よりも大切。職員相互の声掛け、注意点の確認を怠らないようにしたい。	共同生活という制約のある中でも、利用者個々の時間や習慣をできるだけ尊重した暮らしを心がけている。毎日の申し送り時には、その日の利用者の様子や調子について職員間で共有し、対応を検討している。	
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	意思表示できる人はともかく、言葉や動作で希望の表出できない人に対しては、職員一人ひとりが対処するのではなく、チーム全体で整合性のあるケアを実地していくことが大切。		
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	施設の都合や、職員側のその日の日程等により、利用者が不都合になることを何よりも禁じたい。残り少ない人生の貴重な時間は利用者の側にある。		
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	入浴の際に着替えを整えるが、その際は職員が思い込みで用意するのではなく、必ず利用者に服を見せたり相談したりして、おしゃれを支援している。		
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	毎日の3食とも隣接の病院で調理したものを持ちこんで、配膳のみを利用者で行っているが、月に一回以上は調理の日を設け、希望の食事を楽しんでいる。	併設病院の食事を、事業所で利用者と一緒に盛り付けている。利用者一人ひとりに応じた調理形態、その日の体調にも考慮した対応が可能である。毎週実施される給食会議で、利用者の好みや食事内容について検討し、反映に努めてもいる。今後、調理の日を増やしていきたいと考えている。	
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	管理栄養士によるメニューに基づく料理を楽しんでいるが、粥、キザミ、ミキサーなどはその人の状態に合わせ、即座に対応できるようにしている。		
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	病院の口腔ケア委員会に参加し、研修や情報提供を通してレベルアップに努めている。その人の状態に合わせたケアを実践している。		

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	利用者全員に同じパターンで対処することなく、利用者独自の要因を調べたりして自立に向けた支援を行っている。9人のうち自立は3人のみとなっている。	トイレでの排泄を基本としている。多数は職員の誘導や声かけで、できるだけ自立した対応を行うようにしている。夜間は、利用者の意向や習慣を優先し、定期的に声かけしたり、ナースコールを受け、トイレ誘導を行っている。失敗を無くすよう、その日の体調や表情にも十分、注意を払うように努めている。	
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	便秘が常態化している人が半数近くおられるため、食事、水分摂取、運動等を通じて、キメ細かく対応している。最後は薬の処方に頼りがちになっている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴時間は原則、入りたい時に入るとなっているが、実際には月、水、金曜日の週3回が基本。9人全員がそろって入ることが難しく、強制はしない。	原則、大まかな入浴日を設定しているが、その日の予定や体調等に配慮するなど、入りたい時に入れる体制を用意している。無理強いはないようしており、時には清拭で対応する場合もある。季節風呂も楽しみの一つとなっている。	
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	一日のスケジュールは特に決まりはなく、大雑把。一人ひとりの状態に合わせて暮らしてもらっており、特に入居当初はペースを押しつけないよう注意している。		
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	服薬は隣接病院の主治医の指示に従っているが、薬剤師の指示も一人につき毎月2回受けており、そのたびに副作用等の説明をしてもらっている。		
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	入居前に最も知りたいのが楽しみや趣味のことで、生活支援の一つとして継続していきたい。裁縫道具や農具の持ちこみを歓迎している。		
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	買い物の希望はあるが、認知症が進んでいて、外出の希望は特にない。周辺への散歩は日課になっているものの、冬期は寒さのため、機会を創り出すのが課題。	要望があれば、一緒に買物に行っている。気候のいい時期には周辺を散歩するなど、外気浴も兼ね外に出るようにしている。通院時に、家族と外出や外食を楽しんでいる人もいる。今後は、外出の機会を積極的に増やしていきたいと考えている。	

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	9人のうち4人が金銭を自己管理して自由に使用。残りの人は病院事務室で現金を預かり、希望に応じて職員が引き出して管理している。		
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	詰所の電話を借りる人は皆無で携帯電話の所持者は4人。自由な使用が可能で制限は一切ない。手紙の支援ではポスト投函を支援している。		
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	共有の空間では単独、複数の使用の際に不快な思いにならないように工夫しており、職員のアイデアを尊重。特に季節感を出すよう配慮している。	天井は高く、たたみスペースも備えたゆったりした共用空間となっている。窓も広く、明るくのびのびとして開放感がある。行事の写真や季節の飾り付けが、来訪者の目を楽しませてくれる。	
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	居室以外の空間は原則フリー。ホールではソファやイスを用意し、玄関前に長イス、屋外には木製のベンチを置いて憩いの場となるよう心掛けている。		
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	入居前の見学の際には、家で使用していた日用品や雑貨、飾り物の持ち込みをすすめ、環境が激変しないよう注意している。仏壇、遺影も可。	ベッド、大小の整理ダンス、洗面が常設され、十分な広さが確保されている。使い慣れた机や椅子、棚、ハンガー等、様々な必需品を持ち込み、多くの日常品が置かれている。入居が長い利用者の部屋は、その人の家のような雰囲気となっている。	
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	屋内はバリアフリーで、安全に配慮して移動できるようになっている。職員の助けを借りず、できるだけ自力で生活できるように工夫を重ねている。		