

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要（事業所記入）】			
事業所番号	3171400470		
法人名	社会医療法人仁厚会		
事業所名	認知症高齢者グループホーム北条 みやこ村		
所在地	鳥取県東伯郡北栄町土下123-1		
自己評価作成日	令和元年10月1日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3171400470-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス
所在地	鳥取県米子市米原2丁目7番7号
訪問調査日	令和元年10月23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老健隣接の良さを活かした施設運営(ハード、ソフト) 教育研修や医療の連携の充実
②委員会活動の活性化 11委員会によるサービスの質の向上
③事業計画に基づいた個人目標の管理と自己評価の実施
④家族会 広報誌の発行(年6回)による情報発信
⑤地域との連携により防災の活動の実施・協力
⑥地元住民の一員として地域活動に参加・交流
⑦ボランティア、実習生の受入
⑧ISO9001認証取得後の取り組みと運用

【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)】

法人の老人保健施設と併設してグループホームがあります。
法人の接遇研修や個人情報保護等各研修に参加、連携され職員は周知、理解され支援が行われています。
各ユニット毎に「住民集会」があり利用者の思いや希望を聞きその人らしい生活が送れるよう支援されています。
地域の祭りに参加やボランティア、美容院利用、商店に買い物や保育園、小、中、高校生等との交流があります。
利用者の表情が良く会話も多く安心して生活をされています。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	事業所理念を掲示しいつでも見えるようにしている。事業説明会で確認、フロア会で事業計画の振り返りをし理念の確認をしている。地域の中でその人らしい生活、安心した暮らしができるよう支援を行っている。	施設理念を毎朝復唱されています。法人理念、事業所理念は利用者、家族等に見える所や事務所に掲示されています。フロア会議で事業計画の検討、振り返りが行われています。地域の中でその人らしい生活、安心した暮らしができるよう支援が行なわれています。	
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	地域の夏祭り行事に参加し交流出来ている。ボランティア活動の取組みに参加している。災害時の避難場所となっている。	利用者は小学校の運動会、発表会や地区の夏祭りに参加され楽しまれています。職員はクリーン作戦に参加されています。週1回移動販売が来られ、利用者は好きな物を買われます。実習生やインターシップ等の受け入れも行われています。認知症カフェ(オレンジカフェ・なう)に参加され交流があります。地域との付き合いが多く交流が深まっています。	
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	実習生・インターシップ受け入れ等積極的に行っている。認知症カフェ(オレンジカフェ・なう)に参加協力している。		
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	年6回(奇数月)に運営推進会議を開催し、グループホームでの現状の報告を行い、行政・地域代表・家族代表の方から質問や要望を受けながら話し合い、サービス向上に取り組んでいる。	年6回奇数月に開催されています。グループホームの現状、行事報告、待期者の報告、日頃の様子写真をスライドショーにしてみました。意見交換、質問等を活かされ、サービスの向上に取り組まれています。	
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	運営推進会議で市町村と連携を取っている。毎月の利用者数報告、入退去報告を都度行っている。認知症ケア向上連絡会に参加し情報交換等行っている。	運営推進会議に参加頂かれます。毎月の利用者数報告、入退去報告を都度行われています。オレンジカフェ「なう」の準備等行われています。認知症ケア向上連絡会に参加され情報交換を行われています。	
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	毎年事業計画説明会の中で『身体拘束ゼロ宣言』を行い職員で周知している。身体拘束は実施していない。施設内研修に参加している。毎月委員会を開催し部署内でのケアの確認を行っている。	毎年事業計画説明会で「身体拘束ゼロ宣言」を行う等、職員に周知が図られています。身体拘束廃止委員会を設置され、併設老健と一緒に研修が実施されています。職員は施設内研修に参加され理解されています。毎月委員会を開催し部署内でケア状況の確認が行なわれています。研修では自己課題を決め身体拘束廃止に努めておられます。職員の口調の強さや接し方に気を付け、ケアが行われています。	

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
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	昨年度より虐待防止委員会を発足し、年1回の研修に参加し学んでいる。強化月間を設け虐待の確認、不適切な気等が無いケアの見直しを行い、職場内で言いあえる環境づくりを行っています。		
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	施設内で研修を行い、制度について学び理解を深めている。(成年後見制度 入居者1名あり)		
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	入居時に契約書、重要事項説明書に基づいて説明を行い、疑問点を尋ね説明を行っている。		
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	入居者は、日々の中で、また住民集会で意見や要望を聞き取り反映している。家族は、面会時や電話連絡時、ケアプラン見直し時など意見・要望を確認し、家族会交流会では、家族同士が意見を言い合えるように配慮している。出された意見はミーティングで伝えケアに反映している。家族アンケートを実施し、結果を家族に報告している。ご意見箱を設置しているが、投函なし。外部苦情解決委員より年2回意見をいただいている。	利用者は、日々の中、住民集会やユニット毎で写真を見ながら話し合い思いや要望を伝える事が出来るようになっていきます。家族は面会時や電話連絡時、ケアプラン見直し時等に意見、要望を確認されます。家族交流会では家族同士が意見要望等話せるよう配慮されています。意見、要望はミーティング等で話し合わせサービスに反映されます。家族アンケートを実施され結果についても家族に報告されています。	
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	週1回の管理会議、月1回の運営会議開催。ミーティングや勉強会、フロア会では意見交換を行っている。期首面談も実施し意見・要望を聞き取っている。	ミーティングや勉強会、ユニット毎のフロア会で意見交換が行われています。週1回の管理会議、月1回の運営会議で意見交換をされます。期首・中間で個人面談が行われ職員の意見、要望等を聞き取られています。相互研修を実施されケアの向上に取り組まれています。	
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	人事考課制度により個別に意見を聞き又、代表者が話を聞いている。疲労蓄積度調査実施、又法人よりストレスチェックアンケート・腰痛アンケート実施しフィードバックしている。		
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	施設内研修は参加しやすいよう、日にち・時間設定を行い各人参加出来ている。欠席の場合は研修課題を提出にて学んでいる。外部研修も人選され参加。相互研修も行っている。		
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	グループホーム協会による研修会、相互研修、又北栄町認知症ケア向上連絡会の研修会の研修会、合同運動会、施設見学、事例検討会を行い交流を深め、質の向上を行っている。オレンジカフェ「なう」に年3回従事している。		

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
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	入居前より情報収集を行い、入居日より五日間記録にて本人の要望を聞いたりアセスメントを行い本人の思いを尊重している。		
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	本人、家族との関係性、又は心身の状態を見極め必要なサービスの提案または要望を取り入れ対応の努めている。		
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	本人、家族との関係性、又は心身の状態を見極め必要なサービスの提案または要望を取り入れ対応の努めている。		
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	日ごろより、一人ひとりに合った対応を行なう事で信頼関係を築き、又同じ空間を共にしている事でお互いの安心感を築いている。		
19		○本人と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	家族の思いを組み入れ支援に活かしている。		
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	地域密着という事もあり、地域とのつながりを大切にしている。行きつけの美容室、地元神社への初詣、故郷めぐり(ドライブ)も実施している。	地域の夏祭りに参加したり、今まで利用してきた商店での買い物、美容室、喫茶店に行かれる等が行なわれています。今年は利用者の地元の神社初詣をされ馴染みの場所の支援が行なわれました。ふるさとめぐり(ドライブ)では馴染みの人や場所との関係を大切にしたい支援が行われています。家族からの手紙には返事を出され関係継続の支援が行われています。	回想法に繋げて行かれると良いと思います。
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	入居者同士の関係性を見極め支援している。テーブルの席、ソファの位置、又入居者同士でのレク活動、行事参加での自然な交流へとつなげている。		
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	入院された後も家族と連携を取り、病院退院後についての相談等を行っている。		

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	
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	日頃よりアセスメントを行ったり、本人の何気ない言葉から(本音)思いや意向を把握出来るよう、職員間で情報共有も行っている。表情で本人の意志表示の確認も行っている。	本人との日々の会話や様子、身体状況の把握や家族の面会時に思いや意向を伺われケアプランに繋がられています。困難な方には日々の様子や家族から生活暦等を伺われ、思いや意向の把握をされています。職員は思いや意向の把握の共有を行いケアプランに繋げ支援されます。	思い、意向や希望等から利用者本人の生きがいに繋がる目標を設定されると良いと思います。
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	入居時に本人・家族から聞き取りを行い記録している。また、住民集会等で昔話を聞き取りしている。		
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	入居時に本人家族から聞き取ったり、日々の生活の中で中で本院の出来る事、有する力の現状把握に努めケアプランにも取り入れている。		
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	居室担当者が月1回モニタリング、見直しアセスメントを行い、プランに本人、家族の意向の反映の心掛けています。介護計画書については本人、家族へ説明し同意を得ています。	本人や家族の意向、要望やアセスメントから計画作成者と職員は話し合わせ必要時、理学療法士、看護師、医師等の多職種の意見も聞き取り反映され、サービス担当者会議を開催され介護計画を作成されます。モニタリング月1回、評価3ヶ月に1回行われています。変化があった時は介護計画の変更が行われます。	
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	日々の気づきやケアを記録し職員間で情報共有質疑のプランへ活かしている。		
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	併設老健を活かした取り組みやショート利用ができるようにグループホームの多機能性を強化している。併設施設の行事にも参加している。		

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	地域行事の運動会、夏祭り、校区の音楽会、運動会などに出かけている。広報誌も配布し情報を提供している。訪問での散髪、食材の宅配を利用し、一人ひとり暮らしの支援としている。地域ボランティアでの「読み語り」「傾聴ボランティア」等の協力もあり豊かな暮らしに繋げている。		
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	本人・家族の要望を確認した上で、かかりつけ医を確認。緊急時にも対応出来るよう医療との連携も行っている。	利用者希望のかかりつけ医や協力病院をかかりつけ医とされ職員が同行し受診されます。受診時には、かかりつけ医に情報提供を行ない、受診後に家族に報告されます。受診記録は職員間で情報共有を行い支援に繋がられています。他科受診の場合は家族が同行受診されます。緊急時にも対応できるよう医療機関との連携が行われています。	
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	健康管理や状態変化に応じた支援をおこなっている。併施設設との医療連携加算等の協力体制があり、24時間相談することが可能、協力も得ている。		
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	入院時には医師と話をする機会を設け、グループホームで対応できる段階で退院できるように協力している。入院中にも面会に行き病院関係者から情報交換を行い、良い関係作りに努めている。		
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	看取りに対する重度化対応・終末期ケア対応方針を定め、方針の共有に努めている。現状ターミナル対応は家族と連携を取りながら要望を聞き病院や老健と協力し対応している。サービス担当者会議で急変時の対応について確認している。	看取りの重度化対応・終末期ケア対応方針があり、利用者、家族に説明されています。看取りは行わない方針です。ターミナル対応は家族の要望を聞き病院、老健と協力し対応されます。サービス担当者会議で急変時の対応について家族に確認されています。協力病院に緩和ケアがあり終末期の対応も可能となっています。	
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	救急法研修(年1回消防署)や嘔吐処理のロールプレイを行っている。緊急時のマニュアルも整備されている。		
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	災害時の職委員の対応の把握の為、定期的に訓練を行っている。又、地域との連携協力出来ている。	定期的に避難、火災、水害訓練を行われています。地元地区との間に「災害時における協力に関する協定書」を結んでおられます。備蓄は3日分準備されています。	

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
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	一人ひとりの人格を尊重し丁寧な声かけを行っている。話の内容や排泄ケア棟プライバシーに配慮する対応に心掛けている。	職員は接遇研修に参加されています。日々の関わりの中で利用者一人ひとりの人格を尊重され丁寧な声掛けが行われています。声掛け、対応についてはフロア会で振り返りが行われています。ホーム内での職員同士の話の内容や排泄ケア等プライバシーに配慮された支援が行われています。	
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	自己決定出来ない方が増えてきているが、繋がる言葉かけを行なうことで、意志表示が少しできたり、表情の変化に繋げている。		
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	一人ひとりの状態や思いに配慮しながら、その日その時の本人の気持ちを尊重して個別性のある支援を心掛けている。行事がある時は希望を伺い楽しみのある生活が出来るようにしている。介護計画書に沿って個別ケアを実施して活気のある生活を過ごして頂いている。		
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	整容に心掛け、自分で出来る範囲で書かにもみてもらい、髪をいったり等、身だしなみに気をつけている。メイクのプロにきてもらって「おしゃれ教室」を開催し、楽しんでいた。毎日化粧をされる方があり、化粧落としは職員が声掛けして実施している。		
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	季節を感じる食材、料理又は月1回の住民集会での要望を反映させたものを提供している。野菜の皮むき、盛付、テーブル拭き、片付けを行なうことで一緒に食事作りを行っている。	利用者の希望を取り入れた献立やホームの畑で収穫した野菜を食材に使用されます。買い物、野菜の皮むき、テーブル拭き、片付け等職員と利用者一緒に行われています。行事食やおやつ作りをされ楽しまれています。利用者と職員はゆったりとした雰囲気です。外食は希望を聞き職員と出かけられます。栄養士の資格を持った職員がおられ、栄養面や献立の相談が行なわれています。	
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	一人ひとりの病状、既往歴を把握した上での水分、栄養を主治医と相談しながら支援している。		
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	毎食後の義歯洗浄・歯磨き・口腔ケアの声かけは入居者の気持ちに配慮し、一人ひとりの力に応じた歯磨きの支援に努めている。歯科衛生士に口腔内の評価を受けている。口腔衛生管理体制加算算定。		

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	トイレの排泄ができるように、排泄パターンをつかみパットの検討もしながら個別に対応している。個々にあった声かけをし尊厳を守る排泄への取り組みを心がけている。	排泄パターンを把握し、対応方法やパットの種類の検討を行い支援が行なわれます。個々にあった声掛け、トイレ誘導を行い、尊厳を守りながらの支援が行なわれています。ふらつきがある方等、夜間のみポータブルトイレを使用される方もあります。	
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	排便状況を確認し主治医に相談のもと指示があった下剤等服用している。又、朝食時の牛乳や飲むヨーグルトの提供。食後のフルーツなど献立に盛り込んでいる。日中の散歩等身体活動にも留意している。		
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	リハ評価のもと、安全に入浴出来るよう支援している。本人の思いもくみとりながら曜日調整している。	利用者の希望を尊重し週2回個浴入浴支援が行われています。身体状況によりシャワーチェアを使用や同姓介助、介護度が高くなった方は2人介助されるなど個々にあった支援が行われています。極端な入浴拒否の方はおられず、対応で入浴して頂かれています。	
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	一人ひとりの生活習慣や安全性を考慮しながら支援している。パジャマ行為、量対応の方、また、夜間ポータブルトイレを設置する等その人に合った対応をしている。		
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	薬局から薬の効能と副作用など記入された用紙をケースファイルに添付している。薬の準備や服薬チェックは二重チェックし確実にやっている。薬の変更時は連絡ノート他記入し連携を図り職員間で周知し観察を徹底している。		
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	日々の生活において出来る役割りを行なうことで、生活に張りや自信につながっている。又、散歩や趣味活動を通し気分転換を行っている。		
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	外出行事出、出掛ける事もあり(ドライブ・外出等)又、家族希望にて自宅への外出もあるが、なかなか外出に参加できない方もある。	住民集会等で希望を聞きながら外食やお店等にも出掛けられます。外出行事で花見や紅葉狩りに出かけられています。併設老健での催し物に参加され楽しめます。年々外出数の減少が見られるようになってきています。	

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
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	本人・家族にて本人管理でお金を持っている方があり、施設内販売・商店等利用している。		
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	年賀状を家族に出したり、隔月発行の広報誌の家族宛欄に一筆各棟している。希望時には電話を掛けている。		
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	毎日、温度・湿度を確認し不快な室温に調節している。日差しの具合で居室・カーテン小窓、明かり調節を行い過ごしやすく心掛けている。	毎日温度や湿度を確認され時季にあった温度調整が行われ過ごされています。日差しはカーテンで調整されています。共有空間にはソファが多くあり利用者同士くつろがれています。	
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	気軽に座れるソファコーナーで馴染みの利用者とくつろげるようにしている。		
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	家から使っていたタンスや布団を使用し使い慣れたもので生活している。家族からの手紙や家族写真も飾り居心地よく過ごせるよう支援している。家族要望での環境づくりが出来ている。	職員は家族にも協力を依頼し、利用者が大切にしてきたタンス、ミシン、人形等持ち込まれています。又、写真や手紙、外出時の写真等を飾る等の工夫も行われています。ベッドの配置は身体状況や本人の希望を聞き安全に過ごせるよう配置されています。	
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	ホーム内の廊下やトイレには手すりが設置されており、安全に移動出来るようになっている。視力障害のある方には目印をつけるなどして対応している。一人での空間でも安全に過ごせる空間作りに配慮している。		