

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	2891400083		
法人名	医療法人社団 紀洋会		
事業所名	グループホーム篠山東		
所在地	兵庫県篠山市小田中172-1		
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4月16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3月3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)】

グループホーム基本理念「地域から信頼され共に生活を楽しみ営む」のもと運営しています。特に、入居者の「生活・暮らし」を大切に考え、食事の準備や片付け、買物、洗濯、掃除などの身の回りのことは出来る限り自分でしてもらうよう支援しています。健康の保持増進のため、日常生活の中に、ラジオ体操、嚙下体操、リハビリ体操を取り入れています。入居者一人ひとりの思いに沿った個別外出やご家族との行事(新年会・大掃除・お花見・バス旅行)を通して入居者本人を共に支えあう関係づくりに努めています。また、平成28年11月から毎月第一日曜日に認知症カフェを開催しています。このカフェは、地域住民・市役所地域福祉課・地域包括支援センターと共同して実行委員会を立ち上げ、地域の方々が気軽に立ち寄れる場所として地域への貢献を目指しています。

【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)】

事業所の母体である医療法人は多くの地域密着型介護サービスの事業所を運営しており、専門資格を持ったスタッフが所属する法人本部が活発に活動している。事業所の理念として、「地域から信頼され、ともに生活を楽しみ・営む」を掲げており、利用者を中心として、家族、自治会、近隣の小学校、ボランティアなどとの交流を大切にしている。事業所内の装飾には職員のユーモアのセンスが光っている。利用者の脚力を保つために外出する事を日課とし、お楽しみスタンプ的なアイデアによって利用者のモチベーションを高める工夫をしている。入居中の利用者の平均年齢からは考えられないほどに平均介護度が低く、リビングには明るい表情が並んでいる。法人母体の医療法人の主治医、訪問看護師との連携によって、今後とも利用者の笑顔が溢れる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	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	家庭的な雰囲気の中、入居者と共に生活を楽しみ・営めるようスタッフ一同取り組んでいます。理念や目標を掲示し、ネームプレートの裏側にも理念を貼り意識付けをしています。	事業所の理念である「地域から信頼され、ともに生活を楽しみ・営む」をリーフレットに記載して外部発信している。また、運営方針として「暮らしの主役は利用者である」などの5項目を事務所に掲げ、日々のケアの中で実践している。	
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	自治会費を納め、自治会員となっています。地域行事(新年会・初詣・クリーン作戦・人権学習会など)に積極的に参加しています。また、毎年行っているセンター祭りでは焼きそばの出店をして頂いています。	自治会の回覧板によって地区の情報を得ることが出来る。自治会が運営推進会議への出席委員を決めている。近隣の小学校との交流の一環として、利用者が縫った雑巾を全校生徒用として百枚贈った。毎月、認知症カフェを開催する中で地域との関係性が密になっている。	
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	平成28年11月から認知症カフェを開催しています。毎月、催し(地域住民による)を企画することで参加しやすい雰囲気作りに努めています。また包括支援センター主催の介護セミナーで認知症カフェについて紹介しました。平成29年11月には、介護者のつどいで「介護が上手になれるコツ！」を講演しました。	/	/
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	会議では活動報告・状況報告を行い、地域や地域包括センターからの情報を収集しよりよい運営が出来るように協議しています。また、年1回は職員・入居者との昼食会を開催し、入居者から直接話を聞いてもらえる機会をつくっています。	隔月に開催し、家族、自治会役員、市担当者、地域包括、民生委員が参加している。8月には昼食会をし、運営推進会議の進め方と食事に関するアンケートをとった。家族に議事録を送っていないが、必要な事項は毎月の事業所便りの中で紹介している。第三者評価の結果を参加者に渡しているが、内容の説明はしていない。	第三者評価の結果を報告し、参加者の意見を聴かれたら事業所への理解も深まるのではないだろうか。
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取り組んでいる	運営推進会議や意見交換会、認知症カフェなどで協力関係を築くようにしています。今年度は市の要請で認知症介護講座&家族者のつどいで「介護が上手になれるコツ！」をテーマに講演し、市と協力しながら認知症啓蒙活動に積極的に取り組んでいる。	市の担当部署及び地域包括とは運営推進会議を通じ、また法人本部と連携しながら密な関係性を築いている。市の要請に基づいて講座の講師をつとめたり、小学校での認知症サポーター養成講座や、毎月開催している認知症カフェなどで啓蒙に努めている。	
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	法人内で統一されたマニュアルに基づき身体拘束をしないケアの実践を行っています。日中は玄関の施錠をしません。言葉による拘束もしないよう取り組んでいます。	玄関の開錠を初めとして、身体拘束をしないケアに努めている。利用者が気分転換出来るようにと、散歩、買い物、ドライブなどの外出を日課にし、外出した日はハートの折り紙を一つずつ貼ることで、利用者の達成感と目的意識を高めている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	法人内で統一されたマニュアルに基づき事業所内での研修を行っています。職員には通報義務があることを理解させています。	身体拘束排除と共に虐待防止の研修を行い、研修後に簡単なテストを行うことで、内容の理解を深めながら周知に努めている。管理者は普段から職員の話聴くことを大切に、メンタル面に配慮している。	
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	法人内での研修(外部講師による)・事業所内での研修を行っています。現在2名、成年後見制度を活用されており関係者の方と連携を図っています。	職員研修を毎年実施している。成年後見制度の利用者を通して、職員は一定の知識を持っている。契約時の説明では制度について触れていない。	制度に関する簡単なリーフレットなどを準備しておき、契約時や運営推進会議で情報提供をする処から始められたらどうだろうか。
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	契約時や改定の際には、丁寧に説明をさせて頂いています。	文書による説明だけでなく、利用者の日頃の暮らしぶりをスナップ写真などを見せながら紹介している。契約時に質問が多いのは、入院した場合の退居要件や、重度化した際の医療面でのケアの範囲などであるが、丁寧に説明して理解と安心を得ている。	
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	第三者評価を家族に公開し運営に活かしています。また、意見・苦情の窓口案内や玄関のところに意見箱の設置をしています。	職員と顔なじみになっている家族が多く、メールの交換もあってコミュニケーションは密である。家族からの要望は、来訪時や介護計画の更新時に聴くが、利用者個々に関する要望が多く、運営に反映させるような事柄は無い。	
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	毎月のスタッフ会議だけでなく、業務の中でも意見や提案を聞く機会を設けるようにしています。それ以外に年に2回個別面談を行うようにしています。	毎朝のミニ会議の中でも意見を聴くようにしている。職員がその日に担当する業務の決め方、看取り期における勤務シフト、旧くなった電化製品の買い替えなどで、意見を反映している。	
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	職員個々の得意分野(レク・作業・調理・花壇の管理など)を出来る限り、業務で発揮できるように配慮しています。		
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	キャリアパスを有効に活用しながら、職員個々に応じた資格取得への啓蒙、法人内や市開催の研修への参加を促しています。		
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	親睦会行事や他事業所での行事への参加を通して交流をしています。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	本人の想いを一番に考え、家族や関連職種とも連携しながらサービス提供をしています。		
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	本人を中心に、必要に応じて何度も話合う機会を設けています。		
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	他職種と連携しながら対応しています。入居相談を受け、満床によりすぐに受入れが難しい場合は、法人内のグループホームや他のサービスの利用を説明することもあります。		
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	買物・調理・掃除・洗濯など出来ることは可能な限り継続して頂けるようにしています。		
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	家族を招待しての新年会・お花見・バス旅行などを通して家族との絆を大切にしています。		
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	散歩や買物、地域行事や認知症カフェへの参加によってなじみの方との出会いの場が確保できています。友人が面会に来られることもあります。いつでも面会に行きやすい環境づくりを目指しています。	家族の来訪は毎月4～5回と多く、訪ねてくる知人も多い。12月恒例の事業所内の大掃除が、家族同士の交流の場にもなっている。家族宛ての事業所便りに利用者ごとの近況を書き添えて、関係性の継続を支援している。毎月4回訪問する音楽療法士が、新しい馴染みになっている。	
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	入居者同士の口論などに対し事前に察知し間に入るようにしています。居室で過ごされることが多い入居者に対しては、職員や他の入居者が居室に行きお声掛けをされています。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	退居後には家族の了承の上、他施設に面会に行かせて頂きました。また、亡くなられた際はお別れに行かせて頂きました。		
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	本人の声を大切にし、毎月の会議や必要に応じて職員で話し合いながら思いの把握・共有に努めています。	現在、コミュニケーションが難しい利用者はいないが、運営方針の1つに「言葉なき気持ちをくみ取ろう」を上げ、利用者の想いを大切にしている。新しく把握した利用者の思いなどは申し送りノートやケース記録に記載して、職員間で共有している。	
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	入居前には、自宅や施設を訪問させて頂き関連職種からの情報収集をしています。入居後もキーパーソンだけでなく、兄弟や親戚・友人からのお話の中で情報収集しています。		
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	柔軟にその時々に応じ対応し、申し送りだけでなく記録にも残すようにしています。		
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	毎月の会議や業務の中で話し合い、個々に応じた計画・実践ができていくか検討しています。ケアマネージャーが家族の意向を聞いた場合は、管理者と話し、計画にどう反映させるか検討するようにしています。	職員は、1～2名の利用者の居室担当をするとともに全利用者のケアをしている。利用者ごとのサービスに対する実施状況表とケア記録によって、ケアマネが毎月モニタリングし半年ごとの計画更新につなげている。担当者会議には、ほぼ全家族が出席している。	
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	口頭での申し送りに終わらないように、個別記録が充実するよう取り組んでいます。		
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	外泊の際の自宅への送迎、個別外出、病院に入院された際の送迎など、本人や家族の意向に沿うようにしています。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	地域行事への参加や地域包括支援センター・自治会との連携を図っています。		
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	現在、入居されている方のかかりつけ医は全員同一法人内の病院です。月2回の医師の往診により指示をもらっています。また、必要に応じて受診をしています。	母体の医療法人からの往診により、利用者の日常の健康管理の体制が整備されている。他科受診の場合は、家族が付き添っている。些細な体調の変化にも速やかな対応が可能で、重篤化を防いでいる。	
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	法人内の訪問看護ステーションと24時間の連携をしているのでいつでも相談・指示を仰ぐことができます。また、月2回の健康チェックもあります。日中の緊急時には併設のデイサービスの看護師にも協力が得られます。		
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。	主治医、訪問看護師との連携をスムーズに図ることができ、入院先が同一法人の病院のため情報提供・収集がスムーズに行えます。	利用者の状態把握に努め、できるだけ入院にならないように些細な変化を見落とさないよう注意している。入院時は職員が見舞い、利用者の状況を把握するとともに、安心してもらえるよう声かけする。早期退院に向けた受け入れ体制を整えている。	
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	契約時に重度化や終末期のあり方について説明をしています。早い段階から関係者と連携し家族とも話し合いをしています。「利用者の重症及び看取りの介護に関する同意書」と「終末期の意向確認書」を作成しています。	契約時に事業所の方針を伝え、利用者、家族の意向を聞いているが、状態変化に応じてその都度、今後の対応について話し合っている。職員は、利用者や家族が不安を感じないように寄り添い、安心できる雰囲気づくりに努めている。	
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	法人内で統一されたマニュアルに基づき実践しています。応急手当などは看護師による研修を行っています。		
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回防災訓練を行い、法人内で統一されたマニュアルに基づき対応しています。地域との協力体制としては、消防団との合同訓練を行いました。災害時に備え水・カセットコンロ・懐中電灯を備蓄しています。	避難訓練を利用者も一緒に定期的に行っている。今年7月の初回の地元消防団との合同訓練では、参加者の中には車椅子の操作が初体験の人もあり、次回につながる貴重な機会となった。継続することで、協力関係がより深まることを期待している。	今後も運営推進会議を通じて、継続して検討されることを期待したい。

自己 三者	項目	自己評価	第三者評価	
		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	個々に応じた、言葉かけをし安心して生活ができるように配慮しています。	利用者一人ひとりへの理解を深め、適切な声かけや対応に努めている。トイレ誘導の際の声の大きさや、羞恥心に配慮するなど、職員は常に意識するよう心がけている。利用者の生活のペースを尊重し、暮らしやすい環境を大事にしている。	
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	献立表を作成する際には、入居者に何が食べたいか聞いて、毎日のおやつも選らんで頂くようにしています。また、好みの洋服などを一緒に買いに行ったりしています。		
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	起床時間や昼寝から起きる時間など、本人のペースや希望に合わせています。買物や散歩などは希望に沿いますが、どの入居者も定期的に必ず屋外にできるようにしています。		
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	洋服を一緒に選んだり、散髪などは本人・家族の希望を取り入れています。		
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	準備・調理・片付けなどその方のできる事を職員と一緒にしています。	利用者は、自分から率先して野菜の下ごしらえや調理、後片付けをするなど、家事として携わっている。旬の食材を使ったメニュー、食べやすい調理法や味付け等、誰もが美味しく楽しめるよう工夫されている。季節毎の行事食やお誕生日のケーキは、普段とは違う楽しみの日となっている。	
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	月1回の体重測定、食べる量や水分量など記録しています。年2回の管理栄養士によるカロリーチェックを受けています。		
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に、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、口腔ケアを行っています。昼食後と必要に応じて舌ブラシによるケアをしています。また、月1回の歯科医師の往診、毎週の歯科衛生士による口腔ケアを受けています。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	個々の排泄パターンを把握し、さりげないトイレ誘導をしています。	自分でトイレに行く人もいますが、職員が声かけや誘導することでトイレでの自立した排泄を支援している。職員は、個々の排泄習慣を把握し表情やしぐさから察知して、その人に合った声かけを行っている。夜間は、利用者の希望や状況に応じて、ポータブルトイレを活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	排便チェックや腹部の状態を確認しています。水分摂取・食物繊維・乳製品などの食事面からと、生活の中で動く機会を多く作るために、朝のラジオ体操や散歩、家事や掃除など取り入れています。		
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	個々の希望に添えるように対応しています。	目安は週2回で、その時の希望により柔軟に対応している。夏場や失禁等があった場合は、その都度シャワー浴を行う。一人でゆっくりつかってもらおう、職員はできるだけ見守りに努めている。季節風呂や歌を歌うなどして楽しんでいる。	
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	状況に応じて、部屋で過ごしたい時は過ごしていただき、昼寝したい時にしています。夜も寝たい時に居室に行き休んで頂いています。		
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	薬は職員が管理しています。症状の変化の確認については、訪問看護師に連絡をして、訪問看護師が主治医からの指示を伝えるようになっています。		
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	調理・花や野菜づくり、オセロ、塗り絵などしたい時に頂くようにしています。		
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	散歩や買物、季節を楽しむ外出を行っています。お花見やバス旅行にはご家族も参加されています。	利用者からの希望に応じて周辺を散歩したり、欲しい物を買に行ったり、季節毎の花を観にドライブに行っている。家族の協力を得て外食や外出に行っている人もいる。家族と一緒にバスで遠出をすることもあり、交流の機会となっている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	金銭管理は職員がしています。週3回の買物以外に必要なに応じて個々の好きな物を購入されています。		
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	希望時にはいつでも電話して頂いています。また、年賀状などのやり取りをされている方もいらっしゃいます。		
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	季節に応じた掲示物を入所者と作成しています。ソファの配置を工夫して過ごしやすい環境を作っています。居室棟のソファでは横になって昼寝をされる方もいらっしゃいます。	オープンキッチンによって調理の様子がわかるので、利用者も手伝いやすい。居室棟への廊下には、利用者の笑顔満載の写真や紹介コーナーがあり、来訪者の目を楽しませてくれる。居室棟入口にあるコーナーには、ソファが置かれ、ほっとできる居心地のいい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	集える場の工夫により、気の合う方同士でお話をされています。お互いの居室にてお話をされる方もいらっしゃいます。		
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	なじみのタンスや布団、仏壇、ご家族の写真や絵などを持ってこられています。居室にテレビを置いている方もいらっしゃいます。	家族には、利用者の馴染みの物を持ってきてもらうよう働きかけている。長年使っていた筆筒や椅子、小机、若い頃の思い出の写真や家族の写真が、大事に飾られている。	
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	個々の状態や希望に応じて、居室の変更を行っています。共有スペースまでの歩行力やトイレまでの歩行力、頻回に行かれる方など配慮しています。		