

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1070100944		
法人名	医療法人 富士たちばなクリニック		
事業所名	グループホーム あかしの里 I		
所在地	群馬県前橋市日輪寺町東田350-2		
自己評価作成日	平成29年2月9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.kaigo-jiho.gunma.jp/
----------	---

【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成29年3月22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)】

敷地内にクリニックが併設されていることでご家族様は安心して利用されております。また、急変時には訪問看護師が駆けつけて医師と連携しながら対応してくれる点も入居者様及びご家族様に良い評価を受けております。職員は専門職としての自覚を持ち認知症・虐待・拘束・感染症に関する研修を積極的に受講してスキルアップに努めております。毎月初めには前月の近況報告をお手紙と写真でお送りして最近の様子が把握出来る様にしています。

【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)】

職員一人ひとりが3ヶ年計画を立て、経営方針等にも意見が出せる環境づくりを心がけ、職員の意識啓発に役立っている。また、家族の意見を反映できるよう「施設の匂い・言葉づかい」等の16項目に及ぶアンケート調査を実施し、具体的な家族の意見を集約することで、経営に反映している。「年間目標」は、職員・利用者と一緒に生きがいに繋がる具体的な目標を掲げ、これに向かってともに1年間、生活の質の向上に努めている。その他、利用者を書いてもらう毎日の日記は、「お天気や体調」などの質問事項に書いてもらうことで、筆圧や書き方などでその日の体調などを推測する一助にしている。また、「夢を叶えるツアー」と称して、毎日の日記や会話のなかから、その人の生きがいに繋がる事項を拾い上げ実践している。ケース記録には「発語・表情」等のキーワードを記載する項目があり、介護計画のサービス内容の評価に繋げる一連の流れができ、日々のケア内容が介護計画に沿ったものとなっている。

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 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	フロア上部の見やすい場所に理念を掲げて各職員が自覚出来るようにしている。	日々の介護では、「尊厳とその人らしく」を大切にしているが、職員は必ず行き詰ることがあるので、理念を立ち返る所としている。管理者は、そこで自らがその意味を考えてもらう指導に努めている。特に、看取りを経験した職員は、一層理念の意味を実践に活かしている。	個々の職員が理念に掲げられている言葉の意味を理解するためにも、日常のケアの中でどう理念の意味を浸透出来るのかを検討することを期待したい。
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	地域の行事、お祭り、清掃活動、文化祭等に参加して交流を図っている。	回覧板を参考に地域の行事等に参加して、事業所のPRIに努めている。理事長が地域の講演会で講演依頼されることもあるが、地域を巻き込んだ活動までには広がっていない。今後は、認知症専門施設として、管理者を中心に認知症カフェのような地域に必要とされる施設づくりを検討している。	
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	現状では活動は行っていないが、認知症カフェという活動も始まっており導入を検討している。		
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践、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1回運営推進会議を開催してホームの現状や活動状況などを報告して参加者から意見を頂いている。その意見については職員会議等で話し合いサービスの向上に繋げている。	運営推進会議では個々の出席者が意見を出しやすいよう、指名して意見を聞いている。会議に参加された家族からは「会議に出てよかった」と感想を聞いているので、今後は、会議内容を欠席者にもわかってもらえるよう、議事録を家族全員に配布する準備をしている。	幅広い意見を聴取できるよう、議題に応じたメンバーを検討することを期待したい。
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	必要時には市役所の担当者に連絡して助言を求めたり、出向いて担当者と相談等もやっている。	入居費が払えなくなった方への市からの種々の提案で、入居を継続できた例などもあり、多種の疑問を投げかけられる、相談しやすい関係づくりとなっている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束についての研修に参加してそこで得た事を全ての職員にフィードバックして施錠をする事は身体拘束にあたることは理解しており敏感に対応している。現在は夜間帯に外玄関の施錠を行っているが内扉についてはセンサーの使用を検討している。	職員一人ひとりが身体拘束をされた時の気持ちを考え、事例ごとにカンファレンスで話し合っている。「外に出たい」と玄関に行ったときに「玄関をあげないで」というスピーチロックではなく、行動の意味をまず初めに考え、利用者の思いを分かり合えるケアに努めている。	
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	虐待に関する研修に参加してそこで得た事を全ての職員が理解を深めて虐待の無い介護に努めている。管理者は職員がストレスを溜める事の無いように適時相談を受けている。		

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
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	管理者は権利擁護について理解に努めており、必要な入居者様がいらっしゃる場合はその都度対応出来るようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約書、重要事項説明書を理解して頂ける様に配慮して読み上げ、疑問点や不安な事はその都度確認して説明している。		
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	契約時に苦情窓口について説明しており、常時玄関に意見箱を設置してご家族の面会時には確認を行っている。不満や苦情があった場合には苦情対応マニュアルに沿って対応して、その後に職員間で話し合いを行い改善策を考えている。	家族の意見が業務に反映できるよう、15項目のアンケートを実施している。家族の面会時にはお茶を出し、一緒に話を聞く時間を設け、本音を聞ける環境づくりを行っている。1月の「あかしや合同新年会」開催時は大勢の家族の参加あり、利用者とともに食事をとる貴重な機会となっている。	運営に関する家族からの意見等が表しやすい機会づくりを検討することを期待したい。
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	管理者を含めて月に1回職員会議を開き、各職員が意見を出し合って話し合いを行っている。	法人の方針で、収支を踏まえた運営に関わる3ヶ年計画を職員個々で作成することにより、一例として、目標であった年休消化率50%を達成することができた。これら職員の意見をホームページの「みんなの介護」に掲載することで、ホームページの上位の検索件数を実現している。	
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	各職員の努力や業務に対する姿勢を定期的に評価している。全ての職員が働きやすい職場である事を第一に考えている。		
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	認知症基礎研修や実践者研修の参加後に報告書を作成して法人に提出している。身体拘束、虐待防止、感染症に関する研修にも随時参加している。法人内では月に1~2回勉強会を開き、職員に参加を促してスキルアップに取り組んでいる。		
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	グループホーム大会、管理者間の研修に参加して交流を深めて意見交換を行っている。また、研修の受け入れも行っている。		

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
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	新規での利用にあたっては、ゆっくり話をする時間を設けて本人の意向や訴えを傾聴して気持ちを受け止められるように努めている。		
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	契約時及び利用開始してからもご家族様の意向や不安に感じる事を随時聞き取り信頼関係の構築に努めている。		
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	入居前に本人及びご家族に面会して現状把握と意向を聞き取りケアを提供する上での方針を決めている。また、必要に応じて法人内のケアマネや相談員に相談して解決に向かうように努めている。		
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	毎日の生活の中で入居者様の不安感や訴えを傾聴して共感出来るように努めている。また、一つの場所で共同生活をしているので職員と入居者様との信頼関係の構築に努めている。		
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	ご家族様の不安や悩みを傾聴して一緒に考えて解決に向かうように努めている。		
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	入居者様にとって馴染みの方の面会時には自室でゆっくりお話出来る様に配慮している。また、日々の会話の中でご本人の行きたい場所や希望が聞き取れた場合はご家族様の協力を頂きながら実現出来るように努めている。	一人ひとりの利用者が特別の存在であり、その利用者に特別のことであれば、毎日の日記(質問方式)の中から実現したいことを「夢を叶えるツアー」と称して取り組み、昔の俳句の友人に会ったことで改めて句帳を書き始めるなど、夢が実現できる支援を行っている。	
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	入居者同士が関わりを持てるように皆様と職員と一緒に外出して外食を楽しんだり出前をとって全員で食べたりしている。		

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
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	施設を退去された後でも必要に応じて相談や支援に努めている。		
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	(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	日常会話や職員とのコミュニケーションの中でご本人の意向や思いをくみとれる様に努めている。また、意思疎通が困難な入居者様はご家族の協力を得てご本人の意向に沿ったケアに努めている。	利用者と職員で1年の具体的な目標を掲げて、実現に向けての生きがいに繋げている。ポイント制度を作って、出来たごとにシールを貼り、ポイントが溜まると、理事長が賞品を出している。毎日ラジオ体操をすることで、運動の順序の記憶が戻るなど、その人にとっての重要度を注視した支援を行っている。	
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	入居前や契約時にご家族に記入又は聞き取りをしたバックグラウンドアセスメントを基にして、生活歴や入居までの経過を把握している。また、ご本人との会話を通じて新たな情報収集が出来る様に努めている。		
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	毎日の生活の中で身体や心身の状態把握に努めており、入居者様の出来る事や1日の過ごし方も観察を続けて職員で情報を共有している。		
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	本人ご家族の意向に沿って総合的な援助の方針を定め、ケアマネを中心としたカンファレンスで各職員の意見を出し合ってケアプランを作成している。定期的に評価を行い、状態変化時にはケアプランの立て直しを行っている。	毎月の職員会議でケアの達成度等が検討され、ケアプランの見直しに繋げている。ケース記録の中に「発語・表情」等の「キーワード」欄があり、具体的な日々の記録がケアプランのサービス内容と連動されていて、プランに添った日々の記録となっている。	
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	入居者様の様子やケアの内容・気付いた事などを記録に残して職員間で共有している。その記録を基にカンファレンスを行いニーズに反映させている。		
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	ご本人ご家族の要望に応じて併設のクリニック受診や医師の訪問診療を行っている。また、医療連携体制をとり訪問看護を受け入れている。		

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	ボランティアの受け入れを定期的に行っている。また、運営推進会議を通して自治会の方々との情報交換を行い、地域の行事に出来る限り入居者様が参加出来る様に支援している。		
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・ご家族の希望に沿って家族対応にて入居前からのかかりつけ医に定期的な受診をして頂いている。その一方で入居者様が突発的に疾患にかかった場合は、家族の了承を得て併設のクリニックに職員が付き添い受診を行っている。	併設のクリニックの医師がかかりつけ医で、定期受診・認知症の診断・薬の調整などを行っている。緊急時等のマニュアルがあり、かかりつけ医が直ぐに駆けつける体制にあり、併設しているので職員が付き添っての受診の場合もあり、安心できる医療環境となっている。	
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回の訪問看護師の来所時や必要時の連絡で連携をとりながら入居者様の体調管理を行っている。		
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。	入院時にはホーム長が随時見舞いをして担当医師や担当看護師とのやりとりで現在の容態やリハビリ状況、退院に関しての見込みなどの把握に努めている。		
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	契約時に看取りまでさせて頂く旨をお話している。身体状態の変化時には医師・ご家族・訪問看護師・ホーム長で集まり医師から現状と今後の対応について説明して頂いている。また、話し合いの内容を記録に残して携わるもの全てが同じ方針でケアにあたるように努めている。	看取り時に職員が混乱しないよう、管理者を中心にケアの手順等が決められていて、職員の負担軽減が図られている。医師・家族・スタッフ等での話し合いは記録に残し、次の看取りケアに活かしている。	
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	対応マニュアルを職員が見やすい場所に提示して利用者の急変時に落ち着いて対応が出来るようにしている。訓練等においては現在実施をしていないが今後はより実践的に行えるように定期的な訓練が必要と考えている。		
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	防災マニュアルを作成して各職員が把握に努めている。また、運営推進会議終了後に年に2回防災訓練を行い、参加されたご家族や自治会の方から意見や要望を頂いている。	夜間が一人体制になるので、夜間想定訓練を行うなかで、緊急時は法人から応援体制が出来ている。裏山の土砂崩れが懸念され、消防・行政等の指導もあり、防災マニュアルを作成した。立地的に隣家が遠いので、運営推進会議後に訓練を実施し、地域に訓練の状況を広めている。	

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
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	個人の尊厳を大切に常にも穏やかな言葉掛けが出来るように努めている。	利用者の呼称は家族に呼ばれていた呼び名としているが、「ちゃん」は禁止している。常に羞恥心に配慮し、トイレ誘導時の声かけや排泄時など、利用者のその時々への反応をくみとった支援を行っている。管理者は、常に職員が親しすぎないケアの実践に心がけている。	
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	入居様が自己決定していけるように、思いを引き出したり本人の言葉を待つなど工夫している。認知症で自分の気持ちを伝えられない入居様には日頃から信頼関係を構築して気持ちを引き出せるようなケアを心掛けている。		
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	入居様の個人の力やその人のペース、ご希望に合わせて職員が支援している。		
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	訪問美容利用時には本人の髪型の希望を聞き、それが叶うように支援している。また、更衣時にはご本人自ら洋服を選んで頂ける様にしている。		
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	野菜や果物の皮むきなどは出来る方にはお願いをしている。その他おしぼり配りやテーブル拭きなどをお願いをして、出来る限り自分の役割を持って頂けるようにしている。	献立はその日にある材料で決めるが、一日おきに肉・魚をメニューに取り入れ提供している。食事の前には食前体操を行い、誤嚥防止を行っている。重度化して、手伝えることが少なくなってきたが、一人ひとりの力を活かし、下膳等の手伝いをして頂いている。	
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	個人の持病やその日の体調に応じて禁止食材や食事量・塩分量の調整を行っている。水分は食事以外でも10時・15時に提供しているが、それ以外でも飲みたい時に飲める様にしている。		
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	個人の状態に合わせて毎食後口腔ケアの介助や見守りを行っている。義歯の方は毎日1回夕食後に入れ歯洗浄剤を使用して義歯洗浄を行っている。		

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
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	トイレで立位を保てる入居者様には日中はオムツ使用をしないでトイレを使用して頂いている。トイレに行った時間の把握を行い、次のトイレの声掛けをして失敗を減らしている。	常に利用者の尊厳を考え、おむつ使用が必須となった段階でも、「使用したらどうか、しなかったらどうか」を納得のいくまで、家族・職員と検討し、自立排泄に向けてケアの方法を模索している。	
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	個人の排便リズムを把握して排便コントロールを行っている。水分量に注意したり便秘に有効な食品を提供して便秘予防に努めている。また、軽体操を実施して排便が出やすくなるように働きかけている。		
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ず、個々にそった支援をしている	その日の体調や本人の希望に合わせて無理がない様に行っている。また、入浴が楽しみの一つになるように支援している。	入浴は、夜間は除き毎日可能となっている。「入浴を1番にしたい」との利用者には、できるだけ希望に添えるよう配慮している。入浴の拒否がある方には時間を変えて声かけを行い、納得し入ってもらっている。職員はゆっくりと入浴を楽しんでもらうとともに、体に変化がないか観察する機会としている。	
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	個人の生活リズムに配慮しながら休憩時間や就寝時間を本人の希望に沿ってとれる様に努めている。		
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	個人記録ファイルに個人の薬情をファイリングして効用や副作用、用法、用量について全職員が把握・理解出来る様に努めている。また、服薬介助時には本人の薬の確認と飲み終わるまで見守る事を徹底して事故防止に努めている。		
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	その人の出来る事を職員が見極めて、趣味や特技を活かした楽しめる事を提供出来る様にしている。天気が良く暖かい日にはドライブに行って季節の花を見学したり外食をして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	日々の生活の中で本人の希望や職員の声掛けで散歩に行ったりテラスで飲食や日光浴を行っている。また、お花見や紅葉見学などのドライブに出掛けて戸外に出る機会を設けている。	重度化により散歩がままならない時などは、ウッドデッキに出て日光浴を楽しむ時間を設けている。日記の中に行きたい場所があると職員が工夫して、大型ショッピングセンターや足湯に出かけ、「夢を叶えるツアー」を実現している。	

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
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	契約時に家族に説明をした上で金銭の持ち込みはご遠慮して頂いている。また、家族の了承を得られた場合は職員と一緒に買い物に出掛けて、施設の立て替えで買い物を楽しめる機会を設けている。		
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	電話の希望がある場合はその都度対応して電話を掛けられる様にしている。また、本人や家族の希望があれば暑中見舞いや年賀状作成の支援をしている。		
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	共用空間の皆様の目に入る場所に季節の花を飾ったり職員と入居者様が一緒に作成した作品を来所した家族や入居者様の目に入るように廊下に飾っている。明るさや空調を管理してフロア全体を和める雰囲気になっている。	利用者の状態に合わせてテーブルの配置を調整しながら、利用者同士で話が盛り上げられる環境を作っている。季節感が感じられるよう入居者と職員が一緒に作った作品や行事の際の写真等が飾られ、くつろいだ環境が作られている。	
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	共用スペース内に個人の状態や性別に合わせて席をつくり食事や会話を楽しめる様にしている。また食事以外でも好きな時に利用出来る様にしている。		
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	入居時にご家族にお話をし、本人が使い慣れた家具や品物、希望の物を持ち込んでその人らしい居室にして頂いている。	居室の配置はこだわる方もあり、飾ることも含めて、本人・家族と話し合っている。文化祭の出展作品や家族等との写真が飾られ、個性ある部屋づくりとなっている。	
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	自室内に必要なに応じて手すりやナースコールの設置をしたり、ベットの配置にも本人や家族の希望を考慮しながら危険性についても考えて配置をしている。		