

### 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	2892200151		
法人名	医療法人社団 順心会		
事業所名	グループホームすずらんの家		
所在地	兵庫県神戸市石守1651-10		
自己評価作成日	2019年4月10日	評価結果市町村受理日	2019年5月17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.kaigokensaku.jp/28/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 ライフ・デザイン研究所
所在地	兵庫県神戸市長田区萩乃町2-2-14
訪問調査日	2019年4月17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)】

認知症であってもその人らしい生活を大事にし家庭的な環境で安心と楽しみを持って生活してもらえよう支援していきます。毎日の生活が職員主体ではなく入居者主体で自由に過ごせるように努めています。地域との交流を図り、拓けたグループホームを目指します。

#### 【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)】

①**本人本位の暮らしの実現**・入居者が地域の一員として、家庭的な環境の下、安心と楽しみを持ってその人らしく暮らす(生活)ことが出来るよう、職員は個々人の日々の生活に寄り添っている。②**暮らしを楽しむ工夫**・日々の暮らしが豊かになるよう様々なプログラムを仕掛けている(リクエストメニューを聴き取り一緒に料理をする、バイキング形式での食事会、ひと手間加えた行事(職員が浴衣姿で夏祭り、職員が太鼓を披露する敬老会他)、入居者が選択できる日常レク(廊下ウォーキング・足漕ぎ運動、調理・掃除・洗濯ものたみ、塗り絵・ボール遊び・ゲーム・計算ドリル、習字・フラワーアレンジメント等)。③**安心な医療連携(法人スケールメリット)**・同法人の施設(病院・老健等)が隣接しており、日常生活における健康面・医療面での対応や急変時のサポート体制が整備されており、入居者や家族・職員にとっての安心にも繋がっている。

### 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

自己	第三者	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	スタッフ全員で理念を意識し共有できるように目に留まりやすい個所に理念を掲げている。理念にもとづきケアに繋げている。	「社会の一員として、家庭的な環境の下、安心と楽しみを持って、その人らしい生活を大切にします」(理念骨子)の実現に向け、全職員が一丸となり取り組んでいる(職員用トイレの扉の内側にも理念を貼付している)。	
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	買い物等ご近所の店に利用者と一緒にいくようにしている。系列施設の行事に参加して交流を取っている。年1回のトライアルの受け入れ。不定期であるがボランティア(太鼓・唄)に来てもらっている。	日々の散歩や買い物時での近隣の方々との交流、地域行事への参加(さくら祭り、敬老会)、事業所行事への地域住民参加(夏祭り他)、ボランティアの協力等、地域の中での暮らしが体現できている。	今後も日常生活の中での交流をさらに温めていかれ、地域の一員として積極的な活動が継続されることに期待をします。
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	地域包括や他事業所と連携し、認知症サポーター養成活動などに参加している。		
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	各地区の民生委員の方に運営推進会議に参加して頂きにホームの現状、事故、今後の課題などを報告し、話し合いを持ち多くの意見を頂くことでサービスの向上に努めている。	会議では事業所情報の発信に留まることなく、市職員、包括支援センター職員も交え、「食事」の質について、BPSDへの対応、外出行事、災害時対策等、様々なテーマで意見交換等を行い運営に活かしている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に市の担当職員に参加してもらいホームでの現状、ケアへの取り組みを報告している。	市職員とは運営推進会議やその他の機会を通じて、事業所実態の報告、課題の相談等を行っている。包括支援センターには、困難事例等があれば相談に伺い、事業所が活性化するように努めている。	
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	玄関の施錠については不審者侵入防止の為に自動ドアで施錠してある。	職員は研修・事例検討を通じ、「身体的拘束等の弊害」について十分共有・理解しており、入居者が望む「その人らしい生活」が実現できるよう「さりげない見守り」と「寄り添い」、「言葉かけ」の方法とタイミングに留意している。	
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	利用者一人一人の生活を大切にしその人らしさを追求個人のペースに合わせたケアを心がけることで、身体的、心理的虐待を防止している	研修・事例検討(日々のケア振り返り含む)により「不適切なケア」のレベルからの払拭に取り組んでいる。また、職員間コミュニケーションを大切にし、孤立化(バーンアウト)しないように努めている。	支援記録の記入の仕方(内容)等にも意識を持ち、日常からの入居者の「尊厳の保持」に繋がる取り組みの継続に期待をしています。

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
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	制度について職員が学べる機会を今後も作っていききたい。	現在、権利擁護に関する制度を活用している方はおられないが、職員は認知症高齢者にとって制度活用は有用な一方策であることを理解しており、状況に応じて家族等へ情報を提供している(以前、活用品あり)。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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・重要事項説明書に対して管理者と計画作成担当で説明を行っている。介護保険改定時には、書面にて同意を頂き十分な説明をします。	入居後に不具合が生じないよう、事業所見学、質疑応答、アセスメント等を行い、疑問点・不安感がない状態にして契約を締結している。契約時には関連書類を丁寧に説明し理解をいただいている(重度化・終末期への対応方針含)。	
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	家族会などは行ってないが2ヶ月に一回の運営推進会議には、利用者のご家族へ参加のお知らせをしている。会議にて、ご意見やご要望を伺う時間を設けている。今後、意見箱などを設置し更なるご意見を頂けるように努める。	行事参加時、来訪時、アンケート(満足度調査)、意見箱等、様々な機会を設けて意見・要望を聴き取っている。いただいた意見等は直ちに検討し、フィードバックするとともに運営に活かしている。	
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	不定期で管理者・計画作成担当が参加し全体ミーティングや個人面談を不定期に行い意見を傾聴している。	業務遂行については各係りが中心に施策立案し、全職員で取組んでいる。会議等で検証しながら質の向上に努めている。また、上席者による個別面談(レビュー)も実施し、意見・提案も吸い上げている。	
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	年間2回の人事考課に合わせて職員面接を行い各自が目標を持って働けるようにしている。職員個人の様子に合わせて随時面接を行って要望などの把握に努めている。		
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	二市二町グループホーム協会の勉強会や、外部研修に参加する機会を設け職員1人1人の力量アップに努めている。		
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	二市二町グループホーム協会に参加し情報交換やネットワーク作りに努めている。		

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	入居前に本人・家族・担当ケアマネ等から情報を聴き取り、本人の想いを受け止めることで信頼関係を築いている。		
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	入居前に本人・家族と面談し家族の想い、困っている事を聴き取り、家族、本人共に安心して入居できるように努めている。		
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	入居申し込み時にすぐに入居出来ないため本人・家族の状況に応じて他のサービスの紹介も行っている。		
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	利用者本人と同じ目線で対応し、本人が安全に戸惑うことなく、暮らしを共にする家族として関わっていくように努めている。		
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	月に一回、本人の様子を報告書にて報告している。病院への受診等家族に協力してもらうことで本人と家族の関係性を大事にしている。家族が多忙な時は職員が受診に付き添っている。引き続き家族の協力が得られるように努めている。		
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	友人・知人が訪ねてこられたときはゆっくりお話しできるように各居室で対応している。本人との会話から情報を収集している。今後、本人の馴染みの場所や馴染みの人との関係性が途切れないように外出や訪問できるようにしたい。	家族との外出(買い物、食事、配偶者の見舞い等)・外泊(旅行他)、友人・知人の訪問、馴染みの商店の利用、電話での会話や季節のお便りの投函等、今迄の生活感ができるだけ長く継続するよう支援している。	
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	食事作り・掃除などを出来る範囲で助け合いながら出来るように支援している。職員が食事などを一緒にすることで利用者同士の会話につながるように支援している。		

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
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	退居後も気軽に立ち寄り、退居後の近況などを聞かせて頂いたり、職員が退居先に出向き退居後の状況把握に努めている。		
<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	その日、その時よっての気持ちや思いを汲み取り、職員の一時的な支援にならないように努めている。	入居者お一人おひとりとの係わり(会話、言動把握、仕草・表情等より)の中から、ご本人が望む暮らしとなるよう、その思い・意向を汲み取っている。キャッチした情報は毎朝のミーティング・送り等で共有している。	
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	本人や、家族からの会話を通じてこれまでの暮らしや生活歴を把握しているが今後も家族からの情報を増やせるようにすること、職員間で情報を共有することが課題である。		
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	日々の様子はケア記録に記録し、現状の把握をしている。気づきメモを用いて気づいたことを申し送りノートに記入し情報共有を図り、本人の出来ること、出来ないことの把握をし出来ることに繋げている		
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	家族の面会時に近況報告を行い、家族の希望等を聴きケアプランに反映している。また毎日の申し送り等で話し合いをしている。	入居者の思い・意向、家族の要望に職員・医療職の意見も踏まえ、ご本人の「今」に適合した介護計画を作成するように努めている。頻度の高いケアカンファレンス、モニタリングにより、さらに本人本位のプランとなるように取組んでいる。	今後も「本人本位」の視点を介護計画の基軸とし、ご本人の「思い・ニーズ」の把握に努められ、本人を含めた関係者(チームワーク)で、その達成を目指すことに期待をします。
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	ケア記録に表情・要望・行動などを個別に記録している。気づきメモを使って職員間で情報共有し実践に繋げている。		
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	ボランティア等の支援があれば積極的に受け入れるようにしている。今後も多くの活動につながる関わりを持っていきたい。		

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	買い物は近隣のお店を利用している。地域との交流が少ないので今後もっと、地域の清掃活動等に参加する機会を多く作りたい。近隣の小学校・幼稚園等とも今後も交流を図れるようにしていきたい。		
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	入居時に本人・家族の希望があれば協力医院をかかりつけ医として受診してもらっている。本人・家族の希望でかかりつけ医を決めてもらっている。	主治医(かかりつけ医)の選定は入居者・家族に委ねている。協力医(内科・歯科)への通院同行は家族と協働している。急変時の対応(24Hオンコール体制)も整備し、往診(内科)をお願いしている方もおられる。	
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、看護師による健康管理を行っている。気づいたことや個々の状態などを相談している。現在個人で契約を結んでいる方もいる。緊急時には24時間対応出来る体制をとっている。		
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。	入院の際には家族と連絡を密に取り、医療関係者とも情報交換をはかり早期退院に努めている。	入院中は、入居者の不安感軽減のため職員が面会に赴き、家族とも情報を共有している。病院とは早期退院を目標に連携し、退院時にはホームでの暮らしに不具合が生じないよう、情報を入手し支援に活かしている。	
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、事業所です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	入居時にホームで出来る範囲の確認を行っている。現在まで看取りの実績はない。	重度化・終末期の状況になった場合は、事業所で「できる事」「難しい事」を明確にし、ご本人にとって望ましい支援となるよう関係者(本人・家族、医療職、事業所等)で相談・検討しながら取り組んでいる。看取りの体制は整備できている。	
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	基本的なマニュアルがある。勉強会等で職員研修をおこなっている。今後も定期的に応急処置や急変時の対応などの研修や訓練を行って実践力を養いたい。		
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	年間二回消防署にも協力を得ながら訓練を開催している。	定期(年2回)の通報・消防・避難訓練(日中帯・夜間帯想定)を実施して(消防立会あり)。有事には地域、隣接施設(同法人)の協力体制も築いている。非常食・飲料水等も備蓄している。	

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	なじみの関係を築くにつれて、親しみのある言葉かけなどが出来ているが、無意識になれあいから言葉がきつくなっている時があるので今後も注意して行いたい。	入居者個々人の現況及び自尊心・羞恥心に十分配慮しながら、今まで培ってこられた事柄(技能・趣味・習慣等)のうち、できる部分を、ご本人のタイミングで体现できるよう支援している。	
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	本人のしぐさや態度で思いや、希望を察するように努め、選択出来るような言葉かけをするようにしている。思いや希望が、職員の決めつけになっていないかと考えている。		
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	職員側の業務内容にそう傾向になりがちで職員から一方的にすることを決めがちな所がる。本人のペースや希望を大切にし本人が何をしたいのか導けるように支援したい。		
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	着替えの際は好みの服を本人に選んでもらっている。		
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	食材の下ごしらえ、味付け、味見など利用者の意見を聞きながら一緒に行っているが回数が減少してきている。職員の食事が入居者と異なる物を食べているので一緒には食べていない。	手作りの『食』を提供し、食事への思いが継続するよう、下拵え(調理や味付け等)を職員と会話を楽しみながら一緒に取組んでいる(座位や嚥下状態の確認等も)。行事食・バイキング、手作りおやつ、出前等も喜んでおられる。	
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	普段より食事量・水分量が少ない利用者には記録をとり注意を払っている。体重の増減にも注意を払い食事量の調整などを行っている。体調不良時には食事・水分の摂取量をチェックし対応している。		
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、介助が必要な方はリビングにて見守り・介助している。義歯装着者は夜間、預かり洗浄している。		

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	利用者の状態に合わせて排泄介助をしている。利用者がトイレを訴えた時には他の何よりも優先してトイレに案内している。トイレの訴えが出来ない方も習慣がつくように定時の誘導を行っている	入居者個々人の現況及び排泄パターンとそのサインを把握し、ご本人にマッチした方法(2人介助、声掛けのタイミング等)によりトイレでの排泄が行えるよう支援している。夜間帯もトイレでの排泄を支援している。	
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	食事の内容や水分をしっかり摂ることなどに気を付けている。毎朝の体操や日中の散歩で体を動かす機会を作っている。服薬のある方はその時の状況により個々に対応している。		
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むように、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	現在、職員と1対1でゆっくりと入浴を楽しんでもらっているが、曜日や時間帯を職員の都合で決めている。希望には臨機応変に対応しているが、今後、曜日や回数にとらわれず利用者の希望、個々に沿った支援が課題である。	週2～3回の入浴を基本に、ゆったりゆっくりとした入浴時間となるように支援している(車椅子の方も湯舟に浸かる、職員との会話等)。また、季節湯(ゆず湯等)も喜んでおられる。	
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	就寝時間を決めずに個人のペースに合わせて就寝してもらっている。日中は個々に応じて居室やリビングで休息してもらっている。		
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	誤認防止の為に個々に袋を作り薬名・用量を記載し内服をチェックしている。薬局から出る薬の説明書をファイルし、副作用・用法・用量等を職員が把握している。臨時約などあれば申し送りのノートに記載し重要事項などを情報共有している。		
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	食事の準備・後片付け・掃除・洗濯などの個々のペースに合わせて役割を持ってもらっている。生活歴を把握しているがまだまだ稀薄であり、生活歴の把握が今後の課題でもある。段々と出来なくなっている事も増えてきている。		
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	毎日の買い物に利用者とは出かけたり、天気の良い日は散歩に出かけるなどして外出の機会を設けている。本人の希望に沿った外出支援が今後の課題である。感染症の季節でもある冬場は外出は控えている。	日々の散歩や買い物、玄関前ガーデニングへの水遣り等、外気に触れる機会は多い。季節の外出(初詣、花見、地域行事等)や希望者での喫茶外出等、適度な刺激となるプログラムも実施している。	入居者のADLの低下や個々人の想いも違い、個別対応にも工夫と労力が求められることと察します。今後もご家族等の協力も含め、「利用者の思いに沿った外出支援」の継続に期待をしています。



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	お小遣いとして一定金額を預かっている。希望があれば買い物に出かけている。		
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	本人の希望があれば家族などに電話連絡・手紙のやり取りが出来るように支援している。お正月には家族に年賀状を出すなどしている。		
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	季節に合った壁紙を作って貼ったり、花を活けたりして季節感を取り入れている。今後も季節感や四季の移り変わりに合わせた家庭的な環境づくりを継続していきたい。	玄関前の季節の草花、適度な採光が入る明るくゆったりとしたリビングフロア(憩いのスペース・畳敷きの小上がりあり)。季節飾りや制作物、行事写真が貼付された壁面、調理の匂いを感じるアイランドキッチン等、家庭的な空気感の漂う共用空間となっている。	
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	ソファを配置して気の合った利用者同士がお話したり、畳で過ごしたりできるようにしています。		
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	入居前に本人・家族と相談の上、なるべく慣れ親しんだ家具や、布団を使用してもらうことで入居前と変わらずに居心地の良い空間づくりになるようにこころがけている。	使い慣れた、馴染みの大切なもの(家具、絵画、家族写真等)を持ち込み、居心地の良い居室となるよう支援している。トイレ・洗面台が設置され衛生的であり、ADLの変化へも安全対策へも対応している(ソフトカーペット利用等)。	
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	居室・トイレにはわかりやすく表札をつけている。また、危険であるからとすべてを取り除くと言ったことはせずに見守るなどし出来るだけ自立した生活が送れるように工夫している。		