

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	2873003061		
法人名	田能老人福祉会		
事業所名	グループホーム「春日の家」		
所在地	尼崎市田能5丁目10-25		
自己評価作成日	平成29年1月30日	評価結果市町村受理日	平成29年3月27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.kai gokennsaku.jp/28/index.php
----------	---

【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菘乃町2丁目2-14-703号
訪問調査日	平成29年2月7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)】

「ゆっくり、ゆったり共同生活」「さりげないお膳立てと助け舟」「いつも一期一会「今」を大切に」の理念を念頭に、入居前に自宅でされていたことが継続できるように支援し、入居者・家族の双方に安心して暮らして頂けるように、寄り添うケアの実践を目指している。また、地域の自治会に加入することで、地域住民との協力を得て、「認知症の人が住み慣れた地域で暮らす」ことを実践している。

【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)】

①**本人本位の日常**・入居者が望む日常となるよう、「ご本人の『今』を大切に」「ゆっくりゆったり」「さりげないお膳立てと助け舟」をキーワードに取組んでいる。②**家族とともに**・多数の家族参加による運営推進会議の開催、事業所行事・自治会、地域行事への家族との協同、家族食事会等、事業所運営に関する家族の協力が多く頂けており、入居者にとっても安心感のある日常となっている。③**暮らしの中での楽しみ事の演出**・家族・地域とともに多くのプログラムを設定し、入居者が選択・決定することにより楽しく豊かな日々となるように支援している。「近隣での買い物・外出ツアー(カラオケ・喫茶・外食・競馬等)」「季節行事(初詣、花見、祭り見学、社会見学等)」「ボランティア(編み物教室、音楽療法、踊り、フルート等)」「地域行事への積極的参加」等。

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 (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、戸外に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、安心して暮らしている (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
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上げている	3つの理念を根本に入居者に心身の状態やペースに合わせた生活をして頂けるように心がけている。	理念のキーワード(「ゆっくりゆったり」「さりげないお膳立て」「今」を大切に)を基軸に、ご本人が望む日常となるよう入居者個々人の現況を把握し、「さりげないサポート」を実践している。	
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	任意ではあるが、入居者全員が地域の自治会に加入されている。入居者が町会の一員として行事参加されたり地域のボランティアにより随時編物教室や歌会など開催されている。	自治会・老人会主催行事(清掃、交流会等)、地域の祭り、催事への積極的参加、地域での花や野菜等の買い物、様々なボランティアの協力等、地域の中での日常が常態化している。	今後も、地域密着型サービスの理解と浸透への積極的な取り組みの継続に期待をします。
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	職員・入居者・家族と一緒に自治会の行事に参加することで、認知症の方への理解を深めてもらっている。地域包括支援センターと協力して住民向け認知症講座も随時開いている。		
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	2ヶ月に一度運営推進会議を行っている。サービスの実績や事故報告説明のほか 家族の思いや質問等について話し合い運営やサービス向上に活かしている。	会議には相当数の家族が出席し、地域の方々と共に入居者及び事業所の現況を把握し、安全面・衛生面、地域交流、家族との協同、BPSDへの対応等、多様なテーマについて意見交換を行い運営に活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の担当者とは、職員の勤務体制についての相談をして、協力関係を築いている。月2回の介護相談員の訪問で入居者の思いや訴えを知る事ができ個々の支援に役立っている。	運営に係る個別案件については市の職員に相談をしている。市のGH連絡会にも出席し、情報の共有・共通課題の相談・検討等を行っている。また、市の介護相談員を受入れ、事業所の透明性も確保している。	
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「介指針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	施設としての方針を各ユニットEV横に掲示して常に意識してケアにあたるようにしている。玄関の施錠はしているが、入居者の外に行きたいとの気持ちを大事にして散歩に出かけるなど気分転換をしてもらうなどの対応を心がけている。	入居者の思いが実践できるよう、ご本人の「今」の満足度がアップするよう、さりげないサポートに取り組んでいる。行動・言動を抑制することがないよう、「言葉かけ」の方法・タイミングには、全職員が留意し実践している。	
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逃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	入居者への声かけや言葉遣い等 職員同士で注意しあうように努めている。また、職員のコンディションの状態にも気を配るように心がけている。	日々のケア内容を検証し、「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、個々の職員のメンタルヘルスにも配慮している。	

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
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	成年後見制度を利用中の入居者が1名おられるが、制度内容について職員は、把握できていない。今後、地域包括支援センター職員と協力して権利擁護について学ぶ機会を持ちたい。	現在、1名の方が権利擁護に関する制度を活用しておられる。職員は制度活用の現状を通じて、制度活用が認知症高齢者への支援の方策として有用であることを理解している。	学習会の開催に期待をします。法人内の包括支援センターの職員の方にご協力頂けるように相談されては如何でしょう。
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	契約時に契約書と重要説明書等の読み合わせを行い、疑問点や不安点について契約担当者から十分な説明を行い納得して頂けるように心がけている。	事業所見学、プログラム(行事)体験、アセスメント等を実施し、疑問点・不安感、入居後の不具合が生じないよう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して頂いている(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	入居者の訴えは、職員・家族・介護相談員を通して知ることができる。家族は、直接管理者や介護主任に話してこられることが多い。苦情箱を1階に設置し、苦情担当者・解決責任者が月1回箱を確認して問題解決にあたるようにしている。	運営推進会議、家族食事会、行事参加時、来訪時、電話、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。頂いた意見等は全職員で共有・検討し、必ずフィードバックしている。	
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	管理者はできるだけユニット会議・GH会議に、参加するようにして直接職員から意見を聞く様にしている。	会議(全体ミーティング、フロア会議)において、職員からの意見・提案を聴き取る機会を設けている。管理者による個別面談(レビュー)も実施している。	
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	職員個々の努力が、給与に少しでも反映できるように自己査定表を活用した人事考課を採用している。職員の自己研鑽のための外部研修制度をもっと充実させていく必要があると感じている。		
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	事業所内の研修は、パットの使い方勉強会や感染症勉強会等少人数単位で実施している。法人外の研修案内は来るが、業務時間内に参加することが難しい状況である。		
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	市内のグループホーム連絡協議会に加入していたが、現在活動はしていない。今後、活動再開に取り組みしていきたい。		

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
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	日頃より挨拶を行い入居者とのコミュニケーションを大切にし、相手の話を傾聴している。入居者の居場所ができるような関係作りに努めている。		
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	ご家族が面会に来られた際 お声かけ・挨拶を行い家族の思いや要望を傾聴するようにしている。入居前の初期面接や契約の頃より家族との関係作りに努めている。		
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	本人や家族の思い・要望を入居前面接時から耳を傾け安心して頂ける様に内容を見極め対応するようにしている。		
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	入居者本人ができることはして頂き できないことを支援するようにしている。入居者同士が、助け合い共同生活できるように心がけ声かけを行っている。		
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	家族とのこまめな報・連・相を通して信頼関係をつくり家族様にできることは、お願いするなど協力関係を築くようにしている。		
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	来所者には、面会簿の記入をお願いし、職員の方から積極的に挨拶・声かけ・お見送りをしている。馴染みの方との関係を家族と協力して継続できるように努めている。	家族との外出(食事・散歩・ドライブ・通院、墓参り等)・外泊(正月等)、友人・知人の訪問、入居前エリアへのドライブ等、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	行事やレクリエーションを行い入居者同士が関わり合えるようにしている。ユニットに関係なく入居者が行き来することで友人が作れるように努めている。		
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	法人内他事業所に移られた場合には、随時本人を訪ね話をするようにしている。また、本人の様子を担当職員やケアマネに尋ね情報交換に努めている。		

自己	者 第	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	(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	はっきりと自分の思いや意見が言える方には、その希望に沿うように努めているそれが難しい時には、2択方式で尋ねたり、本人の表情・言動などから思いを推測し本人の意向に近付けるように心がけている。	入居者個々人との係わり(会話、言動、仕草・表情等)の中から、ご本人が望む「今」を汲み取っている。キャッチした情報は、送り・ミーティングで全職員が共有している。	
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	入居前の面接で本人・家族・担当ケアマネより直接話を聞いたり家族に記入してもらうアセスメントシートから生活歴の把握に努めている。		
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	実際にやって頂きながら、できる・できないを判断し、支援の方向性を把握するように努めている。本人との対話の中で意向を把握する事もある。		
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	職員間は、ユニット会議・GH会議で話しあっている。家族とは、来苑時に支援内容や評価について家族意向を尋ねるようにしている。	入居者の思い・意向、家族の要望(聴き取り実施)に職員・医療従事者の意見を踏まえ、入居者の「今」に適合した有用性の高い介護計画を作成している。ケアカンファレンス・モニタリングをタイムリーに実施し、介護計画の見直しに繋げている。	
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	個別の日常介護記録に日々の様子・ケアプランの実践は、記録している。入居者の心身の状態変化やケアの変更など緊急性のあるものは、職員用連絡帳を活用して情報を共有している。		
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	状態の変化等に対しその時に必要なことができるように法人内の他の事業所のケアマネ、生活相談員等に日頃から接点をもつようにしている。		

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
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・地域ボランティアの受け入れ等で入居者がホームでの暮らしを楽しめるように支援している。		
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	かかりつけ医は、個々の希望により決めている。月1～2回の定期往診のほか体調不良時には、かかりつけ医に連絡を取り指示や受診がすぐ受けられるようにしている。	協力医(内科)2名による往診(月1～2回)、入居前からのかかりつけ医の選択、急変時への対応(24Hオンコール体制)による健康管理を行っている。また、歯科・眼科・皮膚科の訪問診療も導入している。	
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	患者個別の観察記録ノートに気になる事や日々の様子等を記録して往診時に看護職・主治医に見てもらい指示をもらうようにしている。急変時や夜間帯にも相談し対応してもらうようにしている。		
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。	入退院時に介護サマリー・看護サマリーで病院側と情報交換している。面会時に病棟看護師から病状や予後について情報を得るようにしている。	入院中は、入居者の不安感軽減のために面会に行き家族と情報を共有している。病院とは早期退院で連携し、退院時には詳細な情報を入手し、ホームでの生活に不具合が生じないように努めている。	
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	職員間の話し合いでADLの低下に伴ってホームでの生活が難しくなってきたと判断した時や医療職からのアドバイスのある時には、法人内老人福祉施設への入所等 本人の状態に合わせた施設の選定など家族と相談している。	重度化・終末期への対応方針については入居時に説明し理解して頂いている。状況が生じた場合には、入居者ご本人にとって望ましいケア・「生」となるよう関係者(本人・家族、医療従事者、事業所等)で相談・検討している。	
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	新人職員には、入職時オリエンテーションで緊急搬送時の対応について口頭で説明している。		
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	法人内他事業所と協力して年2回消防訓練を実施している。水害時の避難経路の確認をGH会議などで行っている。	併設事業所との合同訓練(通報・消防・水害・避難:日中帯・夜間帯想定)を年2回実施している(消防署立会いあり)。また、有事に備えて非常食・飲料水等を3日分常備している。	

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
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	入居者が人生の先輩であることを自覚してその方に応じた対応をするようにしている。言葉かけや声かけに注意し相手の意見を尊重して思いやる対応を心がけている。	入居者個々人の現況及び自尊心・羞恥心に充分配慮しながら、今迄培ってこられた事柄(技能・趣味・習慣等)が、ご本人の思いに応じて体現できるよう支援している(読書、絵画、裁縫、生け花等)。	
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	入居者の話を傾聴し、自分の意見を言ってもらえるような声かけをするようにしている。		
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	入浴日や時間等 できるだけ個人の希望にそように心がけている。意志疎通の難しい方には、その方の心身状態や声かけた時の表情等に 応じその人の希望を推察しながら入浴をすすめるようにしている。		
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	訪問美容の利用で毛染めをしたり衣類や化粧品を自分の好みを優先している。		
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	調理・片付け等その人の心身状態に応じて手分けて職員と一緒にいる。献立メニューも書いて頂いている。会話の中で本人の好みの食べ物情報を聞いて提供するようにしている。	食材購入(地元野菜等)、調理(皮むき、包丁)、後片付け等「食」への関心が維持・継続するように努め、「できる・やりたい部分」を職員との会話を楽しみながら一緒に行っている。外食・行事食、手作りおやつも楽しみ事となっている。	
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	水分制限のある方には、摂取量に注意している。嚥下に注意が必要な方は、キザミ食で提供している。体調不良時など普段と違う際には、それを記録に残しその状態に応じたものを提供している。		
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、その方の状態に応じて声かけや介助で歯磨きをして頂いている。		

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	自分でトイレに行かれる方には、直接介助せず声かけのみを行っている。一人でトイレに行けない方には、定時誘導している。個々の状態にあわせて対応している。	入居者個々の現況及び排泄パターンとそのサインを把握し、その方にあった方法(2人介助あり)でトイレでの排泄がおこなえるよう支援している。夜間帯はパット交換の方もおられる。	
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	個人の排便状態に応じた内服薬の服用に頼らず、朝食前に水を飲んでもらう、積極的な水分摂取を促す、ラジオ体操をするなど便秘薬に頼らない便秘対応も行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日や時間等 できるだけ個人の希望にそように心がけている。お湯の温度も好みがあるので希望に沿うように気をつけている。柚子湯、しょうぶ湯など季節湯も実施している。	週2~3回の入浴を基本に、入居者の望む曜日・時間帯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(入浴剤や好みのシャンプー・リンスの使用も)。また、季節湯(柚子湯・菖蒲湯等)も好評である。	
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	個々の体調や年齢に合わせて昼夜ともゆっくり休んで頂けるように努めている。居室室温、布団等にも注意している。		
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	お薬説明書をいつでも見る事ができるように個々のファイルを用意し最新の説明書を挟んでいる。		
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	個々に応じたレクリエーションや声かけに本人のできることしたい事ができるように努めている。音楽療法や編物教室など楽しんでもらっている。		
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・散歩・外食などの外出をしているが、介助者の人数が少ないことや時間の問題で以前よりは、少なくなっている為家族様にも協力をお願いしている。	散歩や買い物は日常的に実施されている。希望者による外出ツアー(喫茶、外食、カラオケ、参拝等)も実施している。自治会主催の旅行等にも家族とともに参加している。	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が、今後も今迄同様に「利用者の思いに沿った支援」の継続に期待をします。

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	2~3千円以内の少額のお金を自己管理されている方がおられるが、担当職員と協力して小遣い帳をつけて毎月1回家族に報告している。		
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	公衆電話が各階にあり家族や友人と電話されている。定期的に電話をかけてこられる家族様もおられ本人に取り次いでいる。		
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	玄関前に花を植えている。居室・リビングの温度管理に注意している。	玄関口には季節飾りや書(書初め等)が掲示され、リビング・フロアには、畳敷きの小上がりやソファスペース、対面キッチン、適度な採光と管理された空調によりゆったりと過ごせる共用空間が設計されている。	
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	リビング横にソファがあるのでそこに座って台所内の職員と話されている。その日の入居者同士の関係によっては、場所移動やユニット移動もある。		
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	自宅で使って折られたタンスをおいたり家族の写真、入居者自作の折り紙の作品等を飾っている。	使い慣れた馴染みの大切なもの(家具、ソファ、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。居室には洗面台が設置され衛生的であり、またADLの変化へも設え等を工夫し対応している。	
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	居室扉にネームプレートをかけたトイレや浴室などは、絵で表示するなどわかりやすく表示するようにしている。		