

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	2895200190		
法人名	社会福祉法人 和光福祉会		
事業所名	フェニックス月が丘ケアセンター 認知症対応型生活介護		
所在地	兵庫県神戸市西区月が丘1丁目632-14		
自己評価作成日	平成 30年 5月 27日	評価結果市町村受理日	平成30年9月3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.kobe-wako.jp/greeting.html
----------	---

【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菟乃町2丁目2-14
訪問調査日	平成30年6月11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)】

当GHは特養と同じ建物内にあるという特性を生かし、看護師の日勤常勤、夜間オンコール体制があり24時間の支援を得、緊急時に素早く対応できる体制を整えています。また主治医の住診(月1回)、訪問歯科(月1~2回)があり日常の健康管理をしっかり行い、異常の早期発見に努めています。理念を「住み慣れた地域の中で尊厳を保ち、安心と生きがいのある生活が送れるよう支援します。」とし、行動目標を「ケアプランを把握し情報を共有し統一したケアをする。」として、ご入居者には今までの暮らしを継続していただけるよう、できることはご自分で行え、行動を止めず、寄り添えるようサポートさせていただいています。毎月「お便り」を発行しご家族へ日々の生活をお伝えしています。毎日「楽しいこと！」をモットーとし笑顔で生活できるように、ご本人、ご家族、地域の方々、全職員と一緒に考えながら、情報を共有しより良い「ケアプラン」の作成とサービスの提供を目指しています。

【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)】

①笑顔あふれる日々を「尊厳」が護られ、「安心」と「生きがい」のある生活が住み慣れた地域の中で送れるよう支援しながら、ご本人が望む毎日となるよう、全職員が同じベクトルでその実現に取り組んでいる。②楽しみ事の仕掛け入居者が「やりたいこと・できること」を日々の暮らしの中に取り入れ、自立した暮らしができるだけ長く継続するよう支援している。イ)生活面:洗濯物干し・たたみ、共用部分清掃、調理レク、手作りおやつ作り等 ロ)イベント:日々のレクリエーション(麻雀、塗り絵、散歩、ラジオ体操、歌の会等)、ボランティアによる催し、季節行事、希望者で出かけるドライブ・食事等。③地域とともにイベント等に積極的な地域であり、事業所も様々な催しに参加するとともに、事業所主催行事にも地域の方々に参加されている。また、トライやるウィークや高校生、看護師の実習受入れ等、認知症ケアのプロとしての知識も還元している。

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	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
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	スタッフルームに事業所の理念を掲示し、意識づけをしている。特に何か問題がある時は、理念に立ち返り、どう行動するべきかを考えている。	「住み慣れた地域の中で尊厳を保ち安心と生きがいのある生活が送れるよう支援します」(事業所理念)を基軸に「質の高いサービスの提供」「ケアプランの充実」「余暇活動に充実」を年度目標とし、全職員が一丸となってその達成に取り組んでいる。	
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	月が丘のふれあい文化祭では作品を出品展示し、夏祭り、運動会は準備、後片付けを地域の方々と一緒にしたり、当施設開催の「観月祭」にボランティアとして地域の方々に参加していただいたり、毎月「なかよしサロン」へ参加させていただき地域の一員として交流している。	日々の散歩や買い物時での交流、地域行事への積極的な参加(ふれあい運動会、ふれあい文化祭、夏祭り、音楽会、茅の輪くぐり等)、様々なボランティアの協力等、地域に根差した日常が展開されている。	今後も、地域の方々の協力をいただきながら、地域における社会資源の一つとしての定着を目標に、事業所発信の積極的な活動を増やしていかれることに大いに期待をします。
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	地域での祭事など参加し施設の紹介などを行うとともに、認知症に関する相談も随時させて頂くよう案内を差し上げている。まちかど救急ステーションとして登録している。		
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	2ヶ月に1回、第三火曜日に開催している。2ヶ月間の入居者状況、現状報告、内外研修、行事等の活動報告、事故・ヒヤリハット報告と今後の予定をお伝えしている。質疑をお聞きし真摯に受け止め改善を図っている。	会議には入居者も出席し、実態としての事業所情報が発信できている。入居者の衛生面・安全面、BPSDへの係わりについて、リスクマネジメント、地域交流等様々なテーマに亘り、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	市介護保険担当者と連絡を取り、介護保険に関わる情報を提供して頂いたり、市主催の勉強会など参加させて頂き、サービスの向上に取り組んでいる。	市・区の担当者(福祉事務所含)とは連携を密にし、情報共有、相談・課題の検討等で意見等をいただいている。区のGH連絡会にも参加し、事業所が閉鎖的にならないように努めている。	
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	身体拘束の具体的な行為は理解できている。身体拘束禁止の為の研修を行い行政にも届けている。	勉強会・事例検討(身体拘束ゼロ委員会)を通して、職員は「身体的拘束等の弊害」について十分理解しており、入居者が望む暮らしとなり、笑顔が溢れる日々となるよう取り組んでいる。	
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	職員入職時に虐待防止研修、施設内研修を毎年1回以上実施している。虐待に至ることがないように、風通し良く意見の言える職場環境を心掛けている。普段から体調、ストレス、悩み等を聞き取り穏やかな気持ちでご入居者に接することができるよう配慮している。	研修・勉強会及び事例検討(日々の振り返り含)を通じて、「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、職員間のコミュニケーションに留意し、「孤立化」することなくチームケアが行えるように努めている。	

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
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	現在、後見制度を利用されている方はおられないが、市からのパンフレット等を職員間で参照し、勉強している。	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、職員は制度活用が認知症高齢者への支援の一方策として有用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発信している。	
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	契約時にはご入居様、ご家族様に十分時間を掛け、理解と納得をして頂けるよう説明させていただいている。不安な様子が見えたら持ち帰って検討していただいている。又、コンプライアンスについても勉強会等にて徹底している。	入居後に不具合が生じないよう事業所見学、体験(希望者)、質疑応答等を行い、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していただいている(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	日常の会話の中より、ご意見や要望、不満、苦情相談窓口を設けさせていただき、運営に反映するよう努めている。又、年に1回以上家族懇談会を開催し意見を求めるようにしている。	運営推進会議、家族交流会(年1回)、行事参加時、来訪時、電話・メール、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	毎月1回GH会議を行い、「何に困っているか」「今後取り組みたい事」など意見交換し、提案を聞く機会を設け、反映している。	月例会議において各委員会よりの情報を踏まえ、改善点等の意見交換及び事業所の方向性についても検討している。管理者との個別面談(レビュー)も実施しており、提案等も吸い上げている。	
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	職員休憩室を設けたり、職員個々と面談を実施し、目標を一緒に考えながら達成に向けて協働している。		
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	施設内で新人研修マニュアルに沿って研修を受ける機会を作っていることはもちろん、各委員会を立ち上げ目標を掲げ協力しながら達成している。		
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	西区グループホーム連絡協議会に出席し、現状報告を行い、議題を出し合い意見交換を行っている。市主催の研修会も参加している。		

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
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	認知症を発症したことで、これまでのような生活が困難になった方に、言葉にできなくとも会話や行動から思いを汲み取り、歩み寄り関わる事で、共に暮らしていくことを受け入れてもらえるよう、支援している。		
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	ご家族の不安や要望、GHへの入居を考えられた理由等を、話していただき、安心していただけるよう具体的な提案をしている。できるだけ話やすい環境を作り、ご家族が気軽に訪問できる雰囲気を中心掛けている。		
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	見学入居相談時、面談時にしっかり聞き取りをし、その情報を基にご本人に何ができるかを検討している。現状で必要なサービスが受けられるよう他の施設等を紹介することにも努めている。		
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	ご本人のできる事や、得意な事を見つけ、役割を持っていただいている。過剰な介護にならない様、一緒に生活(食事の準備・後片付け・洗濯干し、たたみ・散歩等)をすることによって、連帯感を持っていただけるように関わっている。		
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	ご家族が訪問された時は、お茶をお出しし、ゆっくり過ごしていただいている。時には職員と同じように、時間の許せる範囲で、居室の整理整頓、衣替え等のお手伝いをしていただいている。		
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	お誕生日の外食で、今まで良く行かれていたお店と一緒に出かけたり、中学時代からの親友の訪問と一緒に喜んだり、週末の自宅外泊、ご家族との温泉旅行、外食等を支援している。	家族との外出(食事、買い物、法要、理美容・通院同行等)・外泊(自宅、旅行等)、友人・知人の訪問、季節のお便り投函等、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	食事の席や催しの席等は、仲の良い方を近くに、関係・交流の難しい場合には職員が寄り添いながら孤立しないよう気配りをしている。仲が良さそうでも内に不満やストレスがたまる事は有るので、時には席替えをしグループを替えも試みている。		

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	他施設に移られたり、入院される場合には、できるだけ情報提供をし、ご本人がスムーズに生活が継続できるようにしている。亡くなられた時はできるだけお参りさせていただき残された家族のケアに努めている。		
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	(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	上手く自分の思いが表出できない方にも、急がずじっくりと向き合っており傾聴し、ご本人の思いを代弁できるように努めている。その方が何をしている時に良い表情をされるか見極め、想いを引き出せるようにも努めている。また、ご本人の行動制止をせず寄り添う支援を行っている。	入居者お一人おひとりの係わり(会話、言動把握、仕草・表情等より)の中から、ご本人が望む日常となるよう「その思い・意向」を汲み取っている。キャッチした情報は申送り・連絡ノート等で共有している。	
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	入居時に提供された情報に加えて、その方との関りの中で得た情報を、全職員で共有できるように努めている。ご家族の訪問時には馴染みの暮らし方などを聞かせていただき、その方をより理解できるように努めている。		
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	いつもと違う様子に気づけるように、毎日その方の生活に寄り添っている。体操、食事など、毎日行う事も集中度や表情、食欲や食べ方がその時々で違うのでよく観察をしている。丁寧な観察で早期に身心の異常に気づき対応できるように努めている。		
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	アセスメント、ケアプラン、担当者会議、モニタリング等、多くの職員から情報収集し、ご本人、ご家族の意向やご希望をできるだけ反映したケアプランを作成している。「ケアプランを把握し情報を共有し統一したケアをする。」を行動目標とし目標達成に努めている。	入居者の思い・意向、家族の要望(家族がカンファレンスに出席)に職員・医療専門職の意見も踏まえ、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。毎月のケアカンファレンス・モニタリングをタイムリーなプランの見直し等へ繋げている。	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	ご入居者一人ずつに担当者を決めている。担当者が中心になり情報収集し、気づき、問題等があれば申し送りノート、ケア記録を活用し全職員で共有し、その方に一番良い解決策を検討し実践している。		
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	特養と同じ建物内にあるという特性を生かし、看護師の日勤常勤、夜間オンコール体制、主治医の往診(月1回)、訪問歯科(月1~2回)がある。他の事業所と連携し、ボランティアの企画をしたり、畑を共有し野菜を育てたりしている。またご家族の希望により自費による訪問リハビリを週1日行っている。退院後の方に特別訪問看護として訪問リハビリの支援も行っている。		

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	地域で活動しているボランティアグループが訪問してくださり、ご入居者も参加し楽しめる内容を職員と打ち合わせし実施している。地域の行事(文化祭・運動会・夏祭り・コンサート等)にも参加している。		
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	ご入居時に診療情報提供書を提出していただいている。ご入居後は、主治医の往診が月1回、訪問歯科が月1～2回有り、希望者は往診を受けている。内科以外は、その都度情報提供し、ご家族へ受診をお願いしている。	協力医(内科)による往診(月1回)及び急変時への対応(24Hオンコール体制)により健康管理を行っている。希望者は歯科(口腔ケア含む)・皮膚科の訪問も受けている。専門医への通院同行は家族と協同している。	
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	常勤の看護師が日常の様子を把握しており、常に相談、指導を受けている。いつもと違う様子、転倒等があれば、看護師へ報告し適切な指示を仰いでいる。薬の管理も看護師が担いその都度適切な指示をしてくれている。		
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。	入院時は、協力病院又は、ご家族が予め指定する病院と連携を取り、看護サマリー等の情報提供を行っている。入院中は、病院へ面会に行き、状況の把握とご本人、ご家族の気持ちの安定を図り退院に向けて地域連携室と連絡を取り、安心してGHでの生活に戻れるように支援している。	入院中は入居者の不安感軽減のためも含め面会に行き、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「急変時や終末期における医療などに関する意思確認書」をご家族に説明し希望を確認し署名押印をしていただいている。実際に直面した場合、ご家族のその時々の方針の変化を柔軟に受け止め、その都度意思確認を行い主治医、ご家族、全職員が共に支援に取り組んでいく。	入居者に重度化・終末期の状況が生じた場合には、ご本人にとって望ましいケアとなるよう関係者(本人・家族、医療専門職、事業所等)で相談・検討しながら取り組んでいる。	
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	市民救命士講習を実施している。緊急時対応の研修にも参加し、急変時や事故発生時に備えている。発生時は24時間看護師が動ける体制を整えている。		
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	各居室にスプリンクラーが設置されている。各階に消火器が設置されている。避難訓練を定期的実施している。	定期(年2回)の通報。消防・避難訓練(日中帯・夜間帯想定)を実施している。地域の防災訓練に参加し、地域とも連携を図っている。また、有事の際には、食料・飲料水・簡易トイレ等を3日分備蓄している。	

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
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	人生の先輩として尊敬し、人間としての誇りを傷つけないよう配慮している。親しみを込めつつも失礼にならない言葉遣い、声掛けをするように気をつけている。関わりの中で知り得た個人情報 は口外しない。	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、ご本人がいま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	会話や表情からご本人の思いや希望を引き出せるように関わっている。何かをする時は、必ずその方の意思を確認しながら行っている。		
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	ご家族と外泊、旅行、外出を自由にさせていただき今までの暮らしが継続できるように支援している。毎日笑顔で過ごし、張りのある生活が送れるように関わっている。		
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	入浴時や更衣時にはその方の好みの衣類を選んでいただいている。汚れたら更衣をし、タオル、靴下は毎日洗濯をしている。起床時、外出時には整容に気をつけている。		
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	ご入居者とミーティングを行い、リクエストに合わせメニューを決め、買い物、調理、盛り付け、配膳下膳、食器洗いを各自が、ご自分の役割として率先してしてくださっている。職員も同じテーブルと一緒にいただいている。	月1~2回の手作り昼食(調理レク)では、メニュー決めから食材購入、調理・盛り付け、洗い物等、「できてやりたい部分」を職員と会話を楽しみながら一緒に行っている。行事食、手作りおやつ、外食・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	摂取量や食べる時の様子を観察し、体調を把握している。一人ひとりに合った形態で提供し、ムセの有る方には、栄養士、STと連携を取り、汁物にトロミ剤の濃度を調整しながら提供している。		
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、口腔ケアを行い、ご自分でできる事はしていただき、できない事をお手伝いしている。必要時は訪問歯科にて治療する。口腔機能向上委員を中心とし全職員が一人ひとりの口腔内環境を把握し清潔保持に努めている。		

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
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	日々の様子をしっかりと観察し、排泄のタイミングを見極めトイレへの声掛けを行い、不快感の軽減に努めている。夜間おむつの方も日中は、羞恥心、自尊心に配慮しオムツを使用せず、支援している。	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(同性介助等)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、ポータブルトイレ利用、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	毎日水分量を把握し、毎朝牛乳を提供している。看護師と連携を取り、お腹の張り、腸の動きを診ながら、緩下剤の調整をしている。毎朝ヤクルト飲用の支援により便秘が改善された方もおられる。		
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	入浴の声掛け時に拒否があれば、時間を置か次の日に変更している。できる所はご自分でしていただき一人ひとり入浴のペースに合わせて対応している。また身体機能の変化により個浴、機械浴と柔軟に対応している。	週2回の入浴を基本に、ゆっくりゆったりとした入浴時間となるよう支援している(車椅子の方も湯舟に浸かる、2人介助、同性介助、職員との会話等)。温泉に出かける方もおられる。	
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	起床、就寝時間は、一人ひとりのその日の状態に合わせて支援している。就寝前はパジャマへ更衣しリラックスできるようにしている。寝具はいつも、清潔にし、室温にも配慮している。		
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	個々の薬の情報を処方毎に、ファイルに綴じ全入居者様の薬が直ぐに分かる様にしている。薬箱をユニットごとに設置し服薬手順を厳守し看護師と連携を取りWチェックを行っている。特に緩下剤は日々の個々の様子をしっかりと把握し調整している。		
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	できる家事は積極的に行っていただき、食べたい物の持ち込みをご家族に依頼したり、趣味を継続できるように支援している。		
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	飲食店へ行きたいと希望があれば、ご家族の了承の元、個別対応企画、レク企画、を立て行っている。ご家族との外出支援もしている。施設外への散歩、地域のイベント、「なかよしサロン」、オープンガーデン等への参加を積極的に行っている。	日々の散歩に買い物、ウッドデッキでのティータイムや庭園の草花への水遣り等、日頃より外気に触れる機会を設計している。家族も参加する外出や季節行事での外出、希望者で出かけるドライブ・外食・喫茶・なかよしサロン等、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	ご本人よりお金を持ちたいという希望があれば、ご家族様と相談し、紛失等のリスクの了承を得た方は、ご本人でお金を持たれ、自販機で飲み物を買われたり、外食時にご自分で支払いをされるのを職員が付き添い支援している。		
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	遠方の娘様からの手紙を届けたり、希望があれば、ご家族へ電話をし要件をお伝えしたり、ご自分で掛けていただいている。殆どのご家族が頻りに訪問されるのであまり電話を掛けることはない。		
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	職員の庭に咲いている花をテーブルに飾ったり、ウッドデッキに季節の花を植え手入れをしたり、クラシックのCDを聴いたりしている。毎日掃除当番を決め、換気、清掃をし気持ちよく生活が送れるように気をつけている。	適度な採光が入るゆったりとしたリビング・ダイニング、ティータイムも楽しめるウッドデッキには季節の草花の鉢植えが置かれ、アットホームな雰囲気・時間が流れている。清潔が保たれた(職員と一緒に清掃実施)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	ユニットで女子会をしたり、貼り絵をしたり仲良しのお友達と談話したり、ウトウトと微睡んだり、1階に下り淡水魚を観たり皆でDVDを観たりできるように、日々の生活を、思い思いに過ごせるようにサポートしている。		
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	使い慣れた机やダンスを持ち込み、位牌や写真、趣味の刺繍や椅子を置き安心して過ごせる空間となっている。カーペットを敷き座ってTVを観たり、居室より見渡せる季節の風景、日の出、日の入りを楽しまれたりと今までの暮らしの継続ができ、それぞれの時間を過ごされている。	使い慣れた馴染みの大切な品物の(筆筒、机、家族写真、刺しゅう作品、位牌等)を持ち込み、居心地の良い居室となるよう支援している。居室は広く、個々人のADLの変化への安全対応も適切に実施されている。	
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	ご自分の居室と認識できるよう表札を掲げたり、トイレには馴染みのマークを掲げ視覚に訴え理解できるようにしている。行きたい所に行けるよう行動を制限しないように目配り、気配り、心配りをしている。		