

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	2770801344		
法人名	社会福祉法人 楠黄福祉会		
事業所名	ぐるーぷほーむ泰昌園 2Fユニット		
所在地	大阪府大阪市東住吉区湯里4丁目10番5号		
自己評価作成日	平成23年2月1日	評価結果市町村受理日	平成23年5月12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.osaka-fine-kohyo-c.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2770801344&SCD=320
----------	---

【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 市民生活総合サポートセンター
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル
訪問調査日	平成23年3月14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)】

認知症の方々が今の状況と自分の関係を見失い、混乱・不安・怯え・孤独という心理状態を抱えていることを理解し、何によって周辺症状が現れているのかチームでアセスメントしていくことによって、認知症の進行軽減を図ります。認知症の経過は個人差が大きい上に、精神機能障害も含め別の病気によっても身体機能の低下が著しく、歩行困難から寝たきりの状態へとADLの低下が移行していく経過を出来る限り食い止め、少しでもQOLを高め笑顔ある日々が過ごせる様、医療との連携をとりながら対応しています。また、昨年度より空室時のみショートステイの受入れを整え、微力ではあるがサービス実績を上げ地域でのネットワークも広がりました。

【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)】

当該ホームは、1ユニット6名の少人数の2ユニットからなり、家族のように親しみが持てる家を目指し、生活歴を活かし地域の中でその人らしく暮らし続けられるように取り組んでいます。開設後6年が過ぎましたが、地域で果たせる役割について運営推進会議で話し合い、地域に開放することでホームを理解してもらい、少しずつ地域に根付いてきました。又、利用者や家族の意向を大切にされた終末期の支援も、その人の思いに添ってホームで過ごせるように、関係者全員で支え取り組んでいます。保健師と看護師の資格を持つ職員の配置があることや今までの看取りの経験も活かされ、介護や看護の面からも利用者をきめ細やかに観察が出来、気づきに繋がる事で安心した日々を送られています。気の合った利用者が思い思いの場で穏やかな表情で過ごされているホームです。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価結果

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	常に理念に立ちもどりその実践に向けて共通認識を図り支援を行っている。	地域の中での暮らしが出来、家族のように親しみを持ち普通の暮らしが出来る事を目指した理念やそれに基づき作成した目標があります。目標は3カ月毎に会議で話し合い振り返りや評価をしています。理念は各フロア毎に掲示され、日々の介護の中で実践出来るように取り組んでいます。	
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	地域居住者の一員として主催する行事全てに参加し認知症についての認知向上を図っている。	自治会に加入して回覧板が回って来たり、町会長から案内をもらい地域の行事に参加しています。1階のフロアは喫茶店として地域に開放し、ホームでの夏祭りや認知症についてのセミナーを開催しています。又、利用者の作品を展示し地域の方に評価してもらったり、民生委員やボランティアの来訪があり気軽に来てもらおう等交流しています。	
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	昨年に引き続き、認知症地域ケア他職種共同研修事業に東住吉区内グループホーム連絡会として出展、地域住民に向けて各グループホームの特色、区内でどれくらいの認知症の方々を受け入れられるのか紹介できた。		
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	当ホームが地域のなかでどういう役割をはたしていけるのか他分野委員の方々から意見をいただき、事業計画への企画を模索中である。	2か月に1回、利用者や家族、民生委員、地域包括支援センター職員等が参加する運営推進会議を開催し、ホームから活動内容等を報告し、参加者から要望や助言を頂いています。参加者から1階を子供たちの「宿題塾」として開放したり、認知症の理解を深めるための活動の拠点となる取り組みの提案もあり、有意義な会議となっています。	
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	昨年度より東住吉区介護保険関係連絡会が発足し、市町村担当者の方々も出席され協力関係を築くよう取り組んでいる。	事業所連絡会やケアマネジャー連絡会に区の職員の参加があり、意見交換をしています。区の介護保険関係者連絡会には市町村担当者も参加もあり、管理者は区の連絡会のお世話人となり行政と情報の共有が出来るよう取り組んでいます。	
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	いんぎん無礼にならぬ様スピーチロックを中心に言葉と態度の不一致をなくす様日々指導している。	玄関は施錠していますが、利用者が外出したい様子を感じたら一緒に出かけています。日々の介護の場面の中で「ちょっと待って」や言葉による拘束もある事を具体的に話し合い理解を深めるようにしています。必要な場合は利用者状況に応じた対応の検討を重ね、家族に説明し理解を得た上で同意をもらっています。	
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	職員のメンタル面も考慮したシフトを作成して、豊かな気持ちで利用者へ接するよう配慮し、虐待が万が一にでも発生しない風土づくりを努めている。		

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
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	成年後見制度を必要とされる利用者がいたことから、学ぶ機会を得ている。また、利用者が必要性があると判断した場合、包括支援センター・区の高齢福祉課へ相談し活用できるように支援している。		
9		○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	契約に結びつく、つかないに関わらず、相談者に知りうる情報を提供しよう努めている。不安や疑問を解決した上で契約に至っている。		
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	毎月のホームだより・業務連絡簿等を通じ個々の情報を共有し、支援に協力頂ける土壌作りをしている。	来訪時や運営推進会議等の参加時に、話しやすい雰囲気作りに努めています。家族の思いに耳を傾け、常に話し合いが持てる環境を作り、改善策と一緒に検討しています。又、家族との意見交換のためのノートを活用して意見や要望を書いてもらっています。出された意見等は運営推進会議で報告し、欠席者には会議録を送付しています。	
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	朝の申し送り、フロア会議、職員会議などで職員が発言できるような機会を意識的に作り、そこでの気づきの発言を共有し、その重要性を話し合い日々の業務に反映させている。	管理者が研修で得た教訓をもとに、職員の意見や思いを引き出す為には、「発言する」ことが大事だと学び、申し送り時等で職員の1日の思いを聞いています。管理者との個人面談を行ったり、管理者や保健師、主任がいつでも相談できる体制を作っています。	
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	職員に向上心をもって働けるように、キャリアパスを整備、また職場環境・条件の整備に努めている。		
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	年度末に自己の業務管理シートへの記入をすることで、自己の課題点を見つめ、当面の具体的方策をたて、上司と面談の機会をもつようしている。		
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	東住吉区内GHの管理者達が3ヶ月毎に集まって情報交換をしている。毎月空床状況を公表したり、順に他のGHの見学の機会を作り相互向上を図っている。		

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	本人から表出することは少ないため、家族から生活歴や現状を聞くことで本人の抱えている問題を理解し共感に努めようと心がけている。		
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	話し合いを望まれているチャンスを逃さないよう、時間の調整をしながら出来るだけそれに沿えるように心がけ介護主任・ケアマネへと連絡・報告を徹底し職員一丸となって取り組んでいる。		
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	本人と家族が必要とされているサービスを捉え、在宅時に利用されていたサービスの継続が必要な場合できる限りその対応に努めている。		
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	暮らしの主役が利用者であることを意識し、職員の輪から利用者を外さずまきこんで共に生活していく環境を大切にしている。		
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	認知症以前の関係に修復できるよう職員がクッションとなる役割を担いその把握した事柄を発展させ心の吐露に導く様支援している。		
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	入居することで馴染みの人間関係を途切らさないよう、住居がかわっても出入りして下さるようオープンな雰囲気でありたいと思っている。馴染みの場所へ行くことで笑顔を取り戻されると予想する場合、外出支援をしている。	親戚の方が利用者の散髪をするためにホームに来てくれたり、社交ダンス仲間のパートナーの方と一緒に外食に出かけることもあります。また遠方での孫の結婚式や法事に出席する等、一人ひとりの馴染みの人や場を知り、そのつながりを大切に支援しています。	
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	集団レクリエーションを通して、利用者同士の関係を深めている。みな、他者の健康をいたわる温かい気持ちが育っている。		

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
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	死亡による契約が終了・入院等による住み替えがあっても、必要とされている場合は継続し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	センター方式のアセスメント、一人一人の日課の計画を担当職員で検討する事を通して利用者を出来る限り理解しようとしている。	入居前には家庭訪問をしながら、利用者や家族から多くの思いや意向を得ています。入居後も心を開いてもらえるようにコミュニケーションを多くとることを心がけています。思いの把握が困難な時は、利用者の言動や家族の話から汲み取ったり、入居前のケアマネジャーや今まで使っていたサービス事業者からの情報も得ています。	
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	家族の面会や利用者の折に触れた対話から過去の状況を把握し、担当職員を中心にセンター方式に記入することで理解を深めることに努めている。		
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	生活のQOLを高めるために、担当の職員を中心にデイリープログラムを作成し、定期的に見直していくことで、利用者の生活のリズムの把握に努めている。		
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	家族、担当介護職員、介護主任、当ホーム保健師兼ケアマネ、管理者でサービス担当者会議を開催し、個々に気づいたこと発言し、本人の最大の利益につなげようとする情報の共有に努めている。本人の参加が自然に出来る場合、本人を含む話し合いも持たれている。	利用者や家族の意向を基に、介護計画を作成しています。3ヶ月毎にモニタリングを行い、6ヶ月毎にサービス担当者会議を開き家族も必ず参加してもらい見直しています。又、状態に変化がある時は随時見直し、必要があれば医師の意見も介護計画に反映しています。	
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	利用者一人に1日、1枚の日常生活記録を記入し情報を共有しながら実践や介護計画の見直しへとつなげている。1日朝・夕の2回申し送りを口頭にて行うことで情報の共有をしている。		
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	昨年度ショートステイの受入れを整え、利用の実績も得られた。今後、現況のままで3名まで受け入れられるディサービスを検討している。		

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
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	地域で住民の方々と柔軟に関わっていくことで利用者を地域から孤立させないよう新たな関係作りを意図的に進めている。折りにふれ、利用者の理解者・代弁者となって発していくことが我々GHの使命であると思っている。		
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	家族が信頼している協力医療機関による加療を、当職員・保健師により医師との情報交換を通じて健康管理を行っている。	入居後も継続して馴染みのかかりつけ医の受診を支援しています。ホームの協力医の週1回往診があり、歯科は必要時に通院や往診で治療を受けてもらっています。受診時には、職員でもある保健師と医師が医療連携申し送りノートを利用して必要な情報交換が出来るようにしています。	
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	当ホームの保健師が24時間体制で介護職員からの相談を受け、随時指示がされ、生活支援での留意点を含めた指導がされている。		
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。	医師から家族へ説明の際には家族の同意のもとに管理者・ケアマネージャーが同席し情報の共有に努めている。		
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	当GHの保健師を中心に終末を迎えた段階ごとの観察事項を全職員共有し変化に備えて対応できる様準備ができています。	入居時に今までの看取った事例も伝え、ホームの方針を説明しています。その時の状況に応じて、利用者にとって一番の安楽な状況やいくつかの選択が出来るように医師から説明してもらい、家族の意向を聞き再度、話し合っています。職員に保健師がいる事や何かあれば管理者とすぐに連絡が取れる事で職員の不安も少なくケア出来るよう取り組んでいます。	
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	ハイリスクを抱えた利用者の身体状況の微妙な変化を見逃さないよう、日々の申し送り時にその急変に転じる可能性を伝えていくとともに、急変に転じたときの対応も指導している。痰吸引についても、必要とされる利用者の場合、万が一の場合に実践できる力をチームでつけている。		
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	地域での防災災害時の避難訓練にGHからも例年参加させていただき、対策の手順を地域の方々と共有している。今年度の当ホームの自衛消防自主訓練においては地域の方の参加のもと実施できた。	年2回の避難訓練を行っています。ホーム独自で行ったり大阪市消防振興協会が立会い、緊急の対応が迅速かつ的確にとれるよう具体的な指導を受けています。運営推進会議で提案があり民生委員が火元発見者となり火災訓練をしました。職員は地域の防災訓練にも参加しています。	

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
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	人として受け入れられ、尊重されていると本人が実感できるよう全職員に教育している。決してはずかしめられることがないように常に注意喚起している。	毎週月曜日に「グループホームの職員の心得15カ条」から課題を1つ選び、取り組んでいます。日々の介護の中で実践した事を、申し送りノートに一人ひとり記録して学ぶ機会にしています。人格を尊重した介護となるよう日々努力しています。	
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	中核症状によってひきおこされる不安や混乱を細やかなコミュニケーションを重ねることで取り除くことができれば、一つ一つの事象においてではあるが、以前のように自己決定ができることを体験している。		
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	作成したディリープログラムをベースに活気ある表情をできるだけ多く引き出せるよう、散歩にお誘いしたり、レクリエーションの参加を促したり努めている。		
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	当GHへ出張して下さる理美容師により整容する方、身内の方により整容される方、職員により毛染めする方等、それぞれの好みに合わせて支援対応している。また、化粧をみんなで楽しんだりできるようにレクリエーションに取り入れている。		
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	夫々の持味を生かした活動が出来る場面設定を考え生活援助している。	朝食は利用者の希望を聞き献立を考え、昼食と夕食は業者から配達された食材を工夫し、献立を立てています。利用者と準備から後片付けまで出来る事を一緒に行い、食事時は職員も同じテーブルに着き同じ物を一緒に食べる事で明るく楽しい雰囲気になっています。	
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	食べる量や栄養バランス、水分量を日々記録し、そこから身心の状態を知り、我々が提供した食事の結果として捉え、常においしく召し上がっていただけるよう個々に合わせた食事となるよう配慮している。		
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	口腔予防、誤嚥防止に向けて、毎食後の口腔内清掃(フロッシング・リッシング・ブラッシング)に努めている。		

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
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	排泄の記録を継続的にみることで、自立に向けた支援をしている。布パンツ、リハビリパンツ、パット等の使い分けで日中はオムツ減らしに努力している。日中、排泄パターンを把握しタイミングよく気持ちよい排泄となるよう心がけている。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を基本にしています。状況により二人介助でトイレで排泄する事もあり、おむつやパットをできる限り使うことなく、布パンツを支援しています。夜間は、今までポータブルを使っていた利用者には安全安心の為、利用しています。	
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	保健師の指導の下、職員一同取り組んでいる。食物繊維類、乳製品、腹部マッサージ及び緩下剤の利用により排便の適正化を図っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	毎日入浴していただけるよう準備している。入浴できない方には、足浴をする等、下肢保温・浮腫軽減・疲労回復を図っている。	日中はいつでも好きな時に入浴出来るよう準備しています。拒否傾向の利用者には、職員の工夫した声かけや足浴や手浴を試み、入浴剤を使ったり職員との会話を楽しみながら入っています。又、歯科受診に行くためには綺麗にして通院したいとの気持ちや利用者から入りたいと言う気持ちになるように対応を工夫しています。	
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	一人一人の状況に合わせて日中休息したり就寝につけるように、温かい会話がされる中、本人が安心を得るまで支援している。		
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	個々の介護記録には現在服薬中の薬名が記載され、職員一人一人が薬効を理解し正しく服薬することを守り、服薬後の副作用等症状の変化には観察強化を図っている。		
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	センター方式のアセスメント、ディリープログラムをもとに利用者が活き活きとした表情で暮せるよう、提供すべき内容について常に試行錯誤している。		
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	希望に沿えるよう十分な人員配置による支援をしている。今年度は、GH全体で参加可能な家族と共に外食支援を試み混乱されることなく支援できた。	一人ひとりの思いに添えるよう個別ディリープログラムを立て積極的に外出支援をしています。午前、午後に近所を散歩したり、家族の面会時にも一緒に散歩しています。利用者の希望で週2回、車で整骨院に行ったり、年間の行事計画を立て桜を見に行く等利用者に合わせて外出する機会を作っています。	

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
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	お金を所持することが望まれる場合は、本人が理解できような援助をしている。		
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	能力的にはできない方がほとんどだが、認知症初期の段階では年賀状や暑中見舞い葉書等を書く援助をしてきた。自ら電話をかけられる方はいないが、かかってきた電話を取り次ぐ援助はしている。		
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	利用者一人一人の日常の表情を捉え、居心地よく安全に過ごせるよう、全ての物品が個々に適しているかチームで話し合い工夫している。	キッチン明るく対面式で広く出入りがしやすく、リビングでは「人の笑顔が集まるよう」と願い、木彫りの椅子やテーブルの配置に気を配っています。季節毎に利用者の作品を飾ったり、花を活け季節を感じられるようにしています。	
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	1階のティールームや4階屋上テラスへ誘導し、一人一人の居場所づくりを心がけている。		
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	本人の好みを重視し、安全面でも考慮した上で、本人が納得されるよう、またプライバシーが守られるよう配慮している。	洗面所やテレビ台、ベットは備え付けられ、居室の壁紙の色やカーテンの色が居室によって違う事で温か味があります。使い慣れたタンスやソファ等を持ってきてもらったり、位牌と共に生活されている方々もおられます。又、利用者状況に応じて畳カーペットを敷き布団で休む事も可能とし対応しています。	
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	1階のティールームで歌を聞いたり、映画をみたり、お茶をしたり、また厨房の冷蔵庫へ食材を取りに来たり、他のユニットへ訪問してレクリエーションを楽しんだり、4階屋上テラスへ洗濯物を干しにいたり、園芸を鑑賞したり等、気分転換できる空間作りをしている。		