

### 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	2893300091		
法人名	医療法人社団 木下内科診療所		
事業所名	グループホーム千寿		
所在地	兵庫県伊丹市千僧5丁目139番地		
自己評価作成日	平成25年8月28日	評価結果市町村受理日	平成25年11月26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	平成25年9月4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)】

たとえ認知症であっても「そのらしさ」を大切にしながら、出来ることは自分ですていいただき、出来ないところをスタッフさがさりげなくお手伝いするよう心がけています。ただ、年を重ねるごとに出来ることも少なくなって来ているのも事実です。よく分からなくても、「何か楽しそう」「何か落ち着く」「ここにいると安心」と思っていたりするような雰囲気作りを努めています。健康面での不安や緊急時の対応については、法人であるクリニックと連携をとりながら医療と介護の両面で24時間のサポートをしています。少しずつではありますが、地域との交流も進めてきました。ボランティアの方にも支えていただきながら、さらに開かれたホームを目指したいと思っています。

#### 【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**日常を楽しむ**・家庭的な環境の中で、その人らしい自立した生活が送れるよう適度な刺激を演出している(月1回の外出:ショッピング、盆踊り、伊丹スカイパーク散策、各種展示会見学、花見、ドライブ等)。②**安心な医療体制**・運営主体が医療法人社団であり、入居者の健康面については24hオンコール体制で支援している。入居者の日々の変化にも素早いケアが実践されている。看護師の訪問も月2・3回実施されており家族の安心感にも繋がっている。③**地域との交流**・自治会長、民生委員の協力により地域との交流が日々重ねるごとに増しており、地域行事や子ども会の芋掘りに参加したり、近隣の田畑での収穫物をいただいたり係わりが深くなってきている。④**職員の育成**・管理者が認知症ケアの質(心からの介護)を高めるため、日々、職員と協働しながら、その育成に前向きに努めているのが伺える。

### 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と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、生き活きと働いている (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	医療と介護の両面から24時間のサポートをしていくという理念に基づき、それが実践できるよう努めている。新しい職員も増えたことから、理念の共有を徹底していきたい。	「家庭的な環境の中」「その人らしく自立した生活が」「医療との連携」を事業所テーマとし、その実践のために、新入職のスタッフ共々、理解・共鳴しながら日々のケアへの展開に前向きに取り組んでいることが伺える。	
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	事業所として夏祭りの開催やカフェのオープンを予定していたが、実施には至っていない。近くの神社の催しや小学校の盆踊り大会等の行事に参加させていただくことで地域との交流を図っている。	自治会長、民生委員の協力により地域行事(子供の芋掘り、地域ふれあい文化祭、盆踊り等)への参加も増えてきた。今後は、事業所主催行事等への地域住民参加を計画している。	地域の社会資源として、地域密着型サービス理解と浸透への積極的な取り組みに期待をします。
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	「高齢者地域見守り協力事業所」としての登録をしている。また、認知症介護の相談窓口として地域に貢献できるよう努めている。		
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度開催し、入居状況、活動報告や行事等のお知らせをしている。自治会長や民生委員からは地域交流についての意見を聞き、サービスの向上につなげている。	地域代表の方々から様々な行事案内を、また、地域包括支援センターからは各種研修への参加を呼びかけをもらっており、事業所の現況を理解いただくと同時に開かれた事業所となるためのヒントをいただいている。	今後、入所見学者の他、認知症ケアの理解に繋がるよう、出席者の方々に協力を頂き、地域の活動グループの方々のホーム見学も催されては如何でしょう。
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	グループホーム連携会や地域包括ケア会議に参加し、情報交換等を行っている。また、運営推進会議時に意見を聞く等、協力関係を築くよう取り組んでいる。	市職員参加のグループホーム連絡会(年4回)、地域包括支援センター主催の地域包括ケア会議(年2回)に参加し、様々なテーマで報告・連絡・相談を行っている。また、市の介護相談員も受入れている。	
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	安全確保と危険防止の為、玄関を施錠しているが、ベランダを開放したり、職員が付き添い実際に外に出る等(散歩、掃除、買い物、ドライブ)、その時々思いが叶うよう支援している。	身体的拘束等の弊害については、全職員が理解しており、特にスピーチロックにならないよう「言葉がけ・声がけ」に留意し、日常生活が入居者個人にとって「その人らしい」ものとなるようはかっている。	
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	どういことが虐待になるのか、日頃から話し合う等して防止に努めている。職員によってストレスの感じ方や解消方法は異なる為、個別に対応していく必要がある。	認知症高齢者への虐待へと繋がらず、職員が平穏な心でケアが実践できるよう「ライン・ケア」体制を整え、上席者からのアプローチ、「つぶやきノート」等活用しながらメンタルヘルスに配慮している。	

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
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	外部の研修に参加し、月1回のフロア別会議時に話し合っている。成年後見制度を利用している人は2名、近々3名になる。利用にあたっては、出来る範囲での支援を行っている。	現在2名の活用者がおられ、1名増える予定となっている。認知症高齢者支援の一方策との理解のもと、フロア会議(月例)において制度活用の勉強会を実施している。	
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	契約時に重要事項説明書を中心に十分な説明を行い、理解・納得を得ている。解約時には、次の受け入れ先についての相談等があれば、出来る限り希望に沿えるよう支援している。	契約前に見学等いただき、様々な質問・相談にも応じ、不安・疑問が生じない状態で契約を締結している。また、ご本人のホームでの生活に不具合がないよう家族との連携は当初より密にしている。	
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	面会時やケアプラン説明時等に意見や要望を聞き、出来ることには速やかに対応している。今後は、家族参加の行事にあわせ「家族会」の開催を検討したい。	運営推進会議、訪問時、介護計画更新時等さまざまなチャネルで意見等を聴き取る機会を設けており、いただいた意見等には、遅滞なくフィードバックしている。家族との連携は深い。	
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	代表者は週1回の往診時に、管理者は日々の申し送りの中や月1回のフロア別会議時に、それぞれ職員の意見や提案を聞く機会を設けている。	法人の代表者(医師)は、週1回の往診時には職員とのコミュニケーションをはかり、フロア会議や申し送りの際に上席者への意見具申がなされるよう風通しのよい環境をつくっている。	
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	往診時等に勤務状況を確認、個々の努力を把握している。資格や実績に応じて給与・賞与は異なるが、職員が意欲ややりがいを持って働けるように努めている。		
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	不定期ではあるが、理学療法士や歯科衛生士による勉強会を実施している。外部研修については研修案内をファイリングし、申し送りノート等で参加を促している。		
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	グループホーム連携会では、今後会議とは別に職員の為の勉強会を開き、サービスの質を向上させていくための意見交換や情報交換を行う予定である。		

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	入所当初は混乱も見られる為、家族の協力も得ながら安心して過ごしていただけるよう働きかけている。ゆっくりと時間をかけて信頼関係を築くよう努めている。		
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	入所前の相談時→入所に向けての面談時→入所後の面会時と、段階に応じてその都度、要望等を聴き、信頼関係を築けるようにしている。		
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	本人はもちろん家族も含めた支援を心がけている。緊急性があれば最優先して必要なサービスを提供し、出来ない場合も他に代わるサービスを検討する等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	家庭的な雰囲気の中で家族的な関わりが出来るよう努めている。掃除や食器拭き、洗濯物干し等、家事全般のお手伝いを職員と一緒に、出来る範囲でしていただいている。		
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	担当以外の職員であっても普段の様子等が報告できるよう情報を共有している。外食や家族宅への外泊、旅行等の機会を作っていただきながら、本人と共に支えていく関係を築いている。		
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	知人が来所された際は、他の入居者や職員に気兼ねされることのないよう居室に案内している。また、家族との外食や外泊、お墓参り等も継続出来るよう支援している。	知人・友人が訪ねて来られる場合もあり、ホームで一緒に過ごされたり、以前の居住域に外出されたりしている。家族との外出(食事、墓参り、旅行等)や外泊も継続でき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	自分の思いを上手く伝えることが出来ない人に対しては、職員が間に入りコミュニケーションがとれるよう支援している。		

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	入院された方のところへは定期的にお見舞いに、他の施設に入所された方については、入所に至るまでの支援(ご家族の意向を聞き、手続きが済むまでの支援等)を行っている。		
<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	本人から希望を聴き出すことが困難な場合は、表情や態度から汲み取るよう把握に努めている。また、ご家族を通して可能な限り本人の思いを聴き出すようにしている。	「その人らしい」日常となるよう、日々の暮らしの中から「今までの暮らしと『今』」を見出し、また、家族からも情報を得ながら、本人の望む「時空間」となるよう検討し実践している。	
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	これまでの暮らし方等を把握し、個別のケアに活かせるよう努めているが、継続出来ている人と維持することが困難になって来ている人との間に差が生じている。		
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	個別の記録や申し送りノートを活用しながら一人ひとりの現状を把握している。特に、心身の変化については出来るだけ早い段階で気づき、適切な対応が出来るよう職員間で常に情報を共有している。		
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	事前に本人やご家族の意向を確認、カンファレンス時に担当職員を中心に意見を求めながら、定期的に介護計画を見直し作成している。	ご本人の思い・意向に家族の要望、担当職員等の情報を踏まえて介護計画を作成している。また、ご本人の現況(ケアカンファレンスにて把握)と現行介護計画との整合性確認(モニタリング)は、全職員で実施している。	
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	日々の実践した内容については、ケアチェック表をもとに個別に記録している。気づきがあればその都度申し送るほか、カンファレンス時に話し合う時間を作り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	本人だけでなく家族も含めて(家族の状況を把握したうえで)、臨機応変に柔軟に対応している。		

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
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	地域資源との協働を試みたいが、一人ひとりが心身の力を発揮することは、だんだん難しくなってきた。		
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	法人理事長が木下内科診療所の院長である為、週1回の往診だけでなく、24時間対応可能な医療連携体制をとっている。他科受診の際にも協力医療機関への連絡や送迎等の支援をしている。	協力医(内科)は法人の代表者であり、往診(週1回)にとどまらず急変時の対応(24hオンコール可)も体制を敷いている。他科受診は事業所も協力しており、家族とは情報を共有している。	
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	週2日、木下内科診療所の看護師が訪問した際に、日々の気づきや変化を報告し、必要な看護が受けられるよう支援している。		
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。	入院時には医療情報と介護サマリーを提出している。退院時には医療情報と看護サマリーをもとに病院の医療連携室をとおして、出来るだけ早期に退院できるよう努めている。	入院中は、入居者の不安感を軽減するため、職員が頻度を上げて面会している。また、病院関係者とは早期退院を前提に情報の共有をはかっており、退院時には、予後に不具合が生じないように連携している。	
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	利用者の状態に合わせて段階的に重度化・終末期の指針の説明をしている。家族の希望があれば、医師や看護師と連携を取りながらホームでの看取りケアも行う。	重度化・終末期への対応は、ご本人・ご家族が望まれるよう支援する体制を整えており、ホームでの看取り介護も実践できるような環境の整備(医療関係者・家族・職員間連携、職員の研修等)はできている。	
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	利用者の状態に応じて日頃から医師や看護師の指導を受けている。突発的な事故はともかく、状態の変化は予測出来る場合があるので、早い段階での気づきと対応を心がけている。		
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	年に2回、消防訓練を実施している。運営推進会議で災害時の対策についての話をし、自治会長の協力を得て、地域住民との連携が取れるような体制が築けるようになった。	日中帯・夜間帯を想定した年2回の訓練(避難、通報)を実施している。浸水(水害)への訓練も実施している。備蓄も準備している。非常時には、地域の協力が得られるよう関係ができている。	

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	挨拶や何かをしてもらった時の感謝の言葉かけを徹底している。あえて短い言葉にしたり、馴染みのある方言を使ったり、その人にとって理解しやすい言葉に替える等、人格を尊重したうえでの対応を心がけている。	入居者個々人の「自尊心・羞恥心」へ配慮しながら、それぞれの『強み』（縫い物、家事全般等）が維持・継続できるよう日々の生活の中で協働している。	
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	本人から思いや暮らし方の希望を聴き出すことが困難な場合は、表情や態度からくみ取るよう努めている。		
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	食事開始時間や入浴日等、おおまかに決めていることもあるが、無理強いすることのないようにあくまでも個々のペースに合わせて支援している。		
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	生活にメリハリをつける意味でも、起床時の更衣、整容の支援を怠らないようにしている。2ヶ月に1回、訪問美容を利用、カットやヘアマニキュアをしてもらっている。女性は爪にマニキュアを塗るととても喜ばれる。		
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	おかずの盛り付け、食器拭き、片付け等、出来ることは一緒に行っている。食事中は食べることに集中していただけるよう、テレビから音楽に切り替えている。	お米とぎ、盛りつけ、配膳・下膳、洗い物等ご本人の得意な部分で職員と協働している。季節毎に菜園での収穫物が食卓にのることもある。誕生日会にあわせての出前寿司は好評である。	
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	月1回体重測定を行い、増減をチェックしている。また、食事量、水分摂取量を記録し、一日を通して必要量を確保出来るよう支援している。		
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	毎食後と就寝前の口腔ケアを欠かさず行っている。週1回、歯科往診があり、医師から診療内容の報告のほかアドバイス等も受けている。		

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
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	介助を要する人には、排泄チェック表をもとに定時誘導している。自立している人であっても時間が空いていれば声かけし、排泄の有無を確認する等の支援をしている。	入居者個々人の排泄パターンやそのサインを把握し、出来る限りトイレでの排泄ができるよう支援している。夜間は、ポータブルトイレを利用している方もおられる。	
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	こまめに水分を提供し、ラジオ体操等で適度に運動していただいている。一人ひとりの排泄パターンを把握し便秘の予防に努めている。		
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	週2回、曜日を決めて入浴していただいている。体調不良や拒否がある場合は、日を変えたり時間をずらす等配慮している。職員が代わったり、声かけの仕方を変えることで気分良く入浴していただける時がある。	最低週2回の入浴を基本としている。入浴時には、職員と会話したり歌を唄ったりしながら、ゆったりと過ごしていただいている。個人毎のシャンプー・リンスも用意している。	
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	日中でも希望があれば夜間の睡眠の妨げにならない程度に臥床していただいている。また、介助の必要な人には、午睡していただく等の支援をしている。		
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	処方された薬の説明書をファイリングし、職員全員周知するよう努めている。服薬による症状の変化があれば、往診時以外にも主治医に報告・連絡・相談している。		
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	役割分担を決めて家事全般のお手伝いをさせていただいたり、外出やレクリエーション等で気分転換を図っている。週1回、ボランティアの方にお話を聴いてもらったり、折り紙や手芸等を教わったりするようになった。		
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	桜、薔薇、コスモスを観に行ったり、伊丹スカイパークへの散歩など。戸外へ出たくてたまらない人には、ドラッグストアや郵便局、市役所等への用事の際も一緒に付いて来てもらっている。	外気に触れ、適度な刺激を受けることができるよう、家族の協力も得ながら月1回の外出(ドライブ、花見、ショッピング他)を実践している。	



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
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	お金を所持されている人はほとんどいない。買い物の際に欲しいと言われた物は、ホーム立替えで自由に購入していただいている。		
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	母の日やお誕生日のプレゼントが届いた時等、近況報告も兼ねてお礼の電話をかけていただいている。ファックスでの手紙の受け渡し等の支援も継続している。		
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	リビングの壁飾りを毎月変更、季節に応じて一人ひとりの作品やみんなで協力して作った物を展示している。玄関口には季節毎に撮った写真を掲示、貼り替え後は個々のアルバムに収めている。	適度な採光、落ち着いた空気感、食事づくりがよく見えるアイランドキッチン、ベランダの草花、日々の楽しみ事を写真にして掲示してある壁等、居心地のよい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	食席に着きテレビを観る人、ソファで寛ぐ人、廊下を歩き来する人もあり、自由に過ごされている。天気の良い日は、ベランダで日光浴や植物の水やり等で気分転換をいただいている。		
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	入居時に馴染みの物があれば持ち込んでいただいている。日中、居室で過ごす時間が多い人の部屋は、生活感にあふれている。家族との写真に囲まれ、入所当初と随分雰囲気が変わった部屋もある。	使い慣れた馴染みのもの(家具、筆筒、家族写真等)を持ち込み、居心地良い居室となるよう支援している。洗面台が設置され衛生的であり、またADLに配慮した動線となる様、物品の配置にも工夫している。	
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	キッチンやスタッフルームは、壁がなくオープンで自由に出入り出来るような造りになっている。車椅子やシルバーカーを利用している人にとっても移動や「できること」が安全に行えるよう配慮している。		