

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26年9月8日	評価結果市町村受理日	平成26年11月25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.kaigokensaku.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菟乃町2-2-14
訪問調査日	平成26年9月12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「その人らしさ」を大切にしながら、出来ることはご自分でしていただき、出来ないところをスタッフがさりげなくお手伝いするよう心がけています。心身ともに機能の低下が見られ、出来ることも年々減ってきていますが、たとえ理解出来なくても、「何か楽しそう」「何か落ち着く」「ここにいると安心」と思っていただけのような雰囲気作りに努めています。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。

【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医療と介護の連携・理事長(医師)による毎週の往診、24hオンコール体制による急変時対応が整備されている。職員は入居者の日々の変化や緊急時の際にもタイムリーに連絡・相談ができ、家族にとっての安心に繋がっている。②外出を増やし生活を楽しむ・入居者個々の希望に応じた少人数での外出レクリエーションが月1~2回実施され、心地よい刺激となる非日常を楽しんでおられる(武庫川コスモス園、伊丹スカイパーク、中央公民館、スワンホール、市立博物館、ヨットハーバー、つかしん、大井戸公園等)。③家族との連携・ご家族の訪問頻度は高く、入居者との関係性継続が図られている。家族による傾聴ボランティアや退居された家族による外出ボランティア等、家族との協力が円滑になされている。

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	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	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。新しい職員には、入職時に当事業所の目指すケアについて説明を行っている。	「家庭的な環境の中」で「その人らしい」「自立した生活」が送れるように「医療と介護」の連携に留意しながら職員一同が目標を持ち入居者を支援している。	
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	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。	自治会との結びつきが強く、地域の行事(夏祭り・盆踊り・地域ふれあい文化祭等)を案内頂き参加している。園児・児童とも交流しており法人行事(花火大会)には近隣の子も達も参加して下さった。また、ボランティアにも協力を頂けている。	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。	会議には入居者も参加し、事業所の現況を披露してくれている。また事業所からの一方通行の情報発信ではなく地域交流(行事案内や清掃)、認知症ケアについて、衛生面・安全面、看取り介護について等、多岐にわたり相談・検討している。	
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	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。	市の連絡会(年3回)やGH連絡会(市職員も出席あり)、地域包括ケア会議(年2回)に出席し、課題の検討や情報の共有をはかり事業所運営に活かしている。また、介護相談員(毎月)も受入れ事業運営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。	研修・勉強会を通じ、「身体的拘束等の弊害」については職員は理解しており、日頃から入居者の行動を抑制するような『声掛け』等が生じないように職員相互で確認し合いながら取り組んでいる。	
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	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、状況に応じて個別に対応している。	入居者への「不適切なケア」のレベルから検討し、本人本位の日常が過ごせるよう支援している。職員のメンタルヘルスについては上席者との個別面談や「つぶやきノート」等を活用しケアしている。	

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	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。現在、成年後見制度を利用している人が3名いる。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、権利擁護に関する制度を活用している方が3名おられる。入居者の現況をフロア会議で確認しながら、権利擁護関連の制度活用を必要に応じて家族等へも案内している。	
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・質疑応答等により不安・疑問が生じない状態にして契約している。契約時には、関連書類を丁寧に説明し、理解を頂いている。	
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、出来ることに関しては速やかに対応している。また、担当職員を中心に家族とのコミュニケーションを図るよう努めている。	運営推進会議、家族親睦会、来訪時、電話、意見箱等、様々な機会を設けて要望・意見を聴き取っている。頂いた意見等は職員が共有し、必ず検討しフィードバックをしている。	
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	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。	フロア会議での意見の吸い上げの他、法人代表者(医師)は毎週の往診時に職員とコミュニケーションを図り、不具合等を聴き取って確認している。入浴日を設定せず入居者の意向に添うように変更したのは職員の提案によるもの。	
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、会議とは別に職員の為の勉強会を年2回実施し、サービスの質を向上させるための意見交換や情報交換を行っている。		

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
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	入居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	入居前の相談時→入居に向けての面談時→入居後の面会時と、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な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、本人を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。	家族との外出・外泊(買い物・食事・墓参り・旅行等)や友人・知人の訪問、電話やFAXの活用等により、これまでの生活歴での人や場所との関係性が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	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。		
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	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。	入居者お一人お一人との会話や言動、仕草・表情等から、個々人の希望する「その人らしい今の暮らし」の要望を把握し、その思い・意向を申し送り、フロア会議等を通じて職員間で共有している。	
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	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。	入居者の思い・意向、家族の要望に医療従事者・職員等の意見を踏まえ、有用性の高い介護計画を作成している。フロア会議において入居者の現況確認及びモニタリングを実施し、見直し等へ繋げている。	今後も、更に一人ひとりの介護職員の観察力を高め、本人本位の介護計画書の作成の継続に期待をします。
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	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 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	一人ひとりが心身の力を発揮することが年々難しくなってきた。出来る範囲で地域資源との協働を試みたい。		
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	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(法人の理事長:内科)による毎週の往診及び急変時の対応(24hオンコール体制)により入居者の健康管理を行っている。また、歯科、眼科、理学療法士の訪問診療等も導入している。	
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	週1日の往診時に、日々の気づきや変化を報告し、必要であれば通院する等して看護職との連携を図っている。		
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に努めている。	入院時は、早期退院を前提に病院・家族と情報を共有している。入院中は、出来る限り職員も面会に行き、入居者の不安感を軽減するように努めている。退院時には、予後に不具合が生じないよう、医療機関関係者との連携に努めている。	
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・終末期の状況に応じて事業所の対応方針を説明し理解を頂いている。その状況になった場合には、ご本人にとって望ましいケア・「生」となるよう関係者で相談・検討している。この1年では、お一人の入居者を看取らせて頂いた。	
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(消防署立会いあり)。有事には、地域の協力が得られるようになっており、また、備蓄も準備が出来ている。	

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	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対応を心がけている。	入居者個々人の現況及び自尊・羞恥心に十分配慮しながら今までの生活で培ってこられたもの(技能・趣味等)が維持継続するよう支援している(縫い物、家事全般、計算能力等)。	
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	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、盛付け、配膳・下膳、洗い物等、入居者個々の得意な部分を職員と一緒にしている。誕生日の出前寿司や出張にぎり・出張てんぷらは好評である。	今後も様々な工夫(協働・形状・献立・外食・出前等)をされ、「食べる楽しみ・意欲」が継続できるように期待をします。
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	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 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	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。	入居者個々人の現況及び排泄パターンとそのサイン(仕草・表情等)を把握し、トイレでの排泄が実施できるよう支援している(2人介助数名あり)。夜間帯は、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	その日の体調を見ながら、曜日を決めずに週2回以上入浴していただいている。職員が代わったり、声かけの仕方を変えることで、拒否される人に対する対応も出ている。	ご本人の希望及び状態を踏まえながら曜日を固定せず週2回以上の入浴となるよう支援している。ゆっくりゆったりとした入浴時間となるように支援している。また、好みのシャンプー・リンスを用いる等の工夫も実施している。	
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していただいたり、レクリエーション等で気分転換を図っている。ボランティアの方と一緒に外出する機会を月2回程度設けている。		
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	お花見のほか、ショッピングセンターでの買い物、ヨットハーバー、伊丹スカイパークへの散策等は継続出来ている。博物館や公民館が近くにあるので、催しがあれば積極的に出かけている。	散歩や買い物、菜園の水遣り等、日常的に外気に触れる機会を設けている。また、入居者の希望に応じた少人数での外出レクリエーション(月1.2回)は、適度な刺激となり好評である。	個々の入居者のADL状態に応じた個別支援(外出)を今後も継続して頂くことに期待をします。

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	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、ホーム立替えて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。	玄関周りの季節飾りや楽しい行事写真の掲示、明るく開放的なリビング、調理の匂いや音が聞こえる対面式台所等、ゆったりと落ち着いた生活ができる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、廊下を行き来する人もあり、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していただいている。		
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、生活感があり心地良い空間となっている。	使い慣れた馴染みのもの(筆筒、書庫、家族写真、アルバム等)を持ち込み居心地の良い居室となるよう支援している。洗面台が設置され衛生的であり、またADLの変化へも配慮した設えとなるよう家族と相談している。	
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。		