

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	2872800293
法人名	有限会社 ほおずき
事業所名	グループホームCHIAKIほおずき播磨
所在地	兵庫県加古郡播磨町東野添2丁目18番6号
自己評価作成日	平成23年3月31日
評価結果市町村受理日	H23年7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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2872800293&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 ライフ・デザイン研究所
所在地	神戸市長田区萩乃町2丁目2番14-703号
訪問調査日	平成23年 4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)】

「えみがこぼれる家庭・・・それがわたしのほこりです」の 基本理念のもと、日々、利用者様の笑顔が少しでも見られるように、一人一人に向き合い、支援をしています。

利用者様の楽しみごとを増やし、季節ごとの外出行事、外食、喫茶店、天気の良い日は毎日近くの公園へ散歩 などおこなっています。ボランティアの方々にも良くきていただき、地域のかたとのコミュニケーションづくりもふえてきています。

【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サービスの質の向上への意欲が高い。(日々の業務の中での気づきを含め、年に一度の評価結果等からも課題を抽出し、更なる質の向上を目指した前向きな努力や工夫が多く見られる。職員は自主的に勉強会を開催して学ぶ機会を持っている。)②外出支援及び楽しみ事への支援が豊富に提供されている。(職員は多くの催しを企画実践している。日常の外出支援の他、年1回の家族同行のバス旅行をはじめ季節毎の多数の行事や、個別ケアとして誕生日外出や個人の好みの場所への外出支援等、家族や地域の方とも連携し外出の機会を多く持てるように工夫している。)③食事を楽しむことの支援。(開設以来、給食会社を導入しておらず、利用者の嗜好や季節の旬を考えたメニューを作成し食材の購入から調理迄、3食とも手づくりの調理が提供されている。職員の努力により、安価で家庭的な献立が提供できる。「食」を大切な生活の一部と捉えたケアの実践。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
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	職員全員が理念を共有できるよう、玄関事務所に掲示し、朝の申し送り時、唱和している。理念にもとずき事業所の目標をきめている。	「えみがこぼれる家庭・・・それがわたしのほこりです」を基本理念に「自立支援」「尊厳」「QOL」「障害の緩和」「地域づくり」「家族の絆」「人づくり」を基本方針に掲げ実践している。	
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	園芸・囲碁・将棋など地域の方に来ていただいている。毎日の散歩で顔みしりの関係ができています。本年度、認知症家族の会が立ち上げられる他、運営に参加、協力している。	地域のサロン活動への参加がきっかけとなり、老人会の会長を運営推進会議にお迎えすることに繋がった。今後も双方向の地域交流を目指している。地域の方に協力して頂き、夜間想定避難訓練を実施している。	今後も、地域との相互関係を大切にしながら、地域社会との繋がりを継続出来るよう、その基盤となる前向きな取り組みに期待をしたい。
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	医療フォーラム・家族会などで認知症について話をする機会をもらい、理解してもらっている。認知症家族の会の立ち上げに参加している。		
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ヶ月に一度、自治会長、民生委員、包括、老人会、知見者、入居者、家族に参加していただき、運営状況や行事などについて話し合い、講演会等にも、参加してもらっている。	ホームの行事報告や情報交換だけではなく、災害対策についての意見を頂いたり、ホームの運営に必要な討議の場となっている。会議で検討し、薬剤師による「薬と上手に付き合う方法」の研修を地域の方向けに実施した。	
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取り組んでいる	地域ネットワーク会議に参加したり、電話連絡や実際に窓口に出向き、介護保険、サービスなどについて相談、協力関係を築いている。	2市2町グループホーム連絡会に参加している。認知症サポーター養成会議を地域包括支援センターや他ホームと協力して毎月開催している。「認知症の人の家族会」の立ち上げも支援している。	
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	入社時、本社での研修を受けたり、事業所内で委員会を作り、毎月の会議の中で気になる所の提案や検討をおこなっている。	身体拘束については新人研修に位置づけている。ホームが落ち着ける場になるように努めるとともに利用者の生活歴を把握し、外出したい気持ちの原因を見つけることで、玄関を施錠しないケアに取り組んでいる。	
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	実践リーダー研修で「認知症関連における制度とサービス論」等で虐待、拘束について学ぶ機会をもっている。	職員が委員会を立ち上げ、高齢者虐待予防に向けて不適切なケア・声掛けについて勉強会を実施している。管理者は、ケアについて助言できる体制づくりをしている。	

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	リーダー研修において 権利擁護事業について学ぶ機会をもった	成年後見制度については、外部研修への参加や地域包括支援センターに講師をお願いして学ぶ機会を持ち、家族が成年後見制度の申立てができるように支援した。	
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	入居時に家族・入居者に契約書 重要事項説明書をひとつひとつ読み上げながら説明し、内容の確認をいただきながら、納得、理解をしていただいた上で署名してもらっている。	契約時は、契約書や重要事項説明書だけでなく、ターミナルケアや重度化した場合の対応についても丁寧に説明している。	
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、ケアプランの説明時などに気軽にご家族の希望を伺えるよう声をかけ 要望があれば出来るだけ運営・ケアに活かしていける様に取り組んでいる。	家族から頂いた意見により、掲示板でボランティアを募集し、本人の趣味が活かせる(囲碁・将棋・園芸等)ボランティアが訪問して下さるようになり、利用者の趣味を継続できるようになった。	
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	全体会議時、意見 提案の時間を設け、提案された事を皆で検討している。	管理者は、職員からの意見や提案を活かした支援ができるように努めている。職員の提案により、朝のティータイムの時間や個々の好きなお茶を選ぶようにしたりとサービスの向上に繋げている。	
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	人事考課を行い、実績、勤務状況を把握し、給与に反映できるように努めている。職員からの環境改善などの提案があれば実行していけるよう努めている。		
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	本社での外部講師による講演会、本社での新人研修、キャリアアップ研修に参加、研修報告を提出したり、内部での研修をおこなったりして、報告を元にミーティングをおこなっている。		
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	2市2町グループホーム協会の勉強会に参加 意見交換などをおこなっている。町内では、ネットワーク会議に参加し、ケアマネジャーとの交流もおこなっている。		

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
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	入居前に事業所内のDsを利用されている方には、Dsから情報をもらっている。家族、ご本人からの話を聞く時間をもうけ安心して暮らしていただけるように努めている。		
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	入居前より、家族の要望・思いをしっかり聴くことに努め、本人の今までの生活スタイル継続していくことを中心に関わっていくことを伝える。		
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	何ができて、何ができないのかを見極めて、必要な支援を計画にもりこんでいく。		
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	職員は、共に暮らすパートナーとして、出来ることはしていただき、出来ないことは、さりげなくお手伝いし、本人の持っている力を引き出すことを大切にしている。		
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	毎月のほおずきだよりで様子をお知らせしたり、行事に参加していただくように声を掛けさせて頂いたり、面会・外出・外泊など、本人との関係を継続していただけるよう努めている。		
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	友達、近所の方々にも気軽に面会にきていただけるようにしている。馴染みのスーパーや美容院への外出もおこなっている。	家族と相談しながら、自宅への外出や馴染みのお店への外出を支援している。近隣のスーパーや美容院、ボランティアと馴染みの関係が継続している。家族や友人へ手紙や年賀状が書けるようにも支援している。	
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	体調などを考慮しながら、孤立しないよう、食事は全員でとり、外出なども出来るだけ全員で行くようにしている。職員も一緒に洗濯物たたみの輪に加わり、お喋りをしながら皆で楽しみながら作業をしている。		

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	入院されたり退去されても、面会、お見舞いにかがいがい、必要があれば出来る範囲で相談に乗ったり、相談の窓口を紹介したりして関係がとぎれないようにしている。		
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	日常の会話の中から、思いや希望を聞き取り、カンファレンスをおこない、家族からも意向を聴き、ケアにいかしている。	職員の気づきを共有するために「ちょこっとミーティング」を実施している。本人の思いをくみ取れるように出来る限り1対1で会話できる機会を確保する様にしている。	更に、「意向を表せる機会」「意向を表せる言葉かけ」を意識して取り組んでいかれることに期待をしたい。
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、アセスメントシートに記入していたり、ケアマネージャー、家族からの情報提供をうけ把握している日常の会話の中からも生活歴を把握している。		
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	出来ること、出来ないこと、心身の状態など、介護記録に記入し、職員間でそれを元に、毎月のケース会議時、話し合い、把握に努めている。		
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	毎月の利用者の変化をシートに書き込み、月1回のケース会議において、話し合い、介護計画にもりこんでいる。変化のあった時には、その都度、家族様にも報告し、話し合いをしている。	訪問時等を利用して家族からの要望を聴き取っている。「本人の言葉」を聞き流してしまわないように、家族や職員が持っている情報を1本化しながら、「本人の力」や「本人の思い」を介護計画に反映させている。	介護計画の作成においては、利用者を含め関係する全ての者のチームワークが必要です。ご家族には、意見や要望を出しやすい書式の作成等も検討願いたい。
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	毎日の様子や気づきを介護記録に記入し、介護計画、ケース会議、連絡ノートを活用し、職員間の情報共有をおこない、介護計画の見直しに活用している。		
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	入居前の方に併設のデイサービスを利用して頂く事で、馴染みの関係作りをしている。入居者が、デイサービスの友達のところへ遊びに行ったり、レクレーションに参加したりと生活空間をひろげている。		

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	毎日の散歩で、自治会の方が手入れされている花壇の花を楽しんだり馴染みのスーパーで買い物をしている。 近所の喫茶店でお茶を飲むこともある。		
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	週1回の訪問診療を受け、必要に応じて検査、入院等の受け入れ、相談にも乗ってもらっている。歯科も訪問診療をうけている。	協力病院の医師がかかりつけ医となっている。専門病院への受診は家族にお願いしているが、かかりつけ医や専門病院の医師と本人の状態が共有できるように、医師連絡ノートを作成して活用している。	
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	Dsの看護職員に入居者の体調に関する相談をし、指示を受けて受診等の判断をしている。		
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。	家族・医師と連絡を密にとり、情報交換をし、退院後に向けて、また今後の方向性について相談に努めている。	入院時は、職員が頻回に面会し本人の不安の軽減に努めている。入院時は、ホームでの支援経過の情報提供や退院カンファレンスに家族と同行している。医療機関の地域医療連携室と日頃から関係づくりをしている。	
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	入居時、ケアプランの説明時、事業所として出来る範囲のことをしっかり説明し、また、重度化した時の対応を一緒に考え支援するようにしている。	重度化した場合の対応について、ホームの「できること」と「できないこと」は入居時に説明をしている。重度化した場合は、家族等からの希望があればホームで過ごして頂けるように医師や家族との連携を密にしている。	看取りの実施に際して、本人や家族への精神的ケアの質向上のため、介護職に対して「ホームでの看取り介護に関しての研修」も継続的に実施していくように期待をしたい。
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	研修を行ったり、マニュアルを作成し、それに沿って対応の訓練を行っている。		
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	火災に関しては、日中、夜間想定避難訓練を行っている。運営推進会議などで報告を行い、参加、協力をお願いしている。	運営推進会議のメンバーの参加のもと自主避難訓練と実施している。近隣の方と合同の定期的な消防訓練を実施し、災害時に対応できるように職員は、消防署の救命講習を受講している。	

自己	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
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	一人ひとりの人格を尊重した信頼関係を築き上げたなかでの声掛けや対応を行っている。入職時に、個人情報保護の説明をし、同意書を交わしている。	ボランティアや実習生にも個人情報の保護と守秘義務について説明している。一人ひとりの尊重を基本として、本人が好む声掛けを心掛けている。	
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	お誕生日には、本人の好きなメニューとを聞き、希望に沿った献立にしたり、行きたいところへの外出のプランを作ったりしている。他にも、何かを決める際には、出来るだけご本人の希望を聞いて決めている。		
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	起床時間、食事の時間、就寝時間など、職員のペースではなく、利用者のペースにあわせた生活が出来るように支援している。		
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	本人の希望を聞き、行きなれた理容室におつれしたり、2か月に1回出張美容室を利用し美容師に来てもらっている。必要な衣類を一緒に買いに行き、選んでもらっている。		
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	利用者の好みを聞き、メニューに取り入れれたり、出来る力を把握し、出来るだけ手伝ってもらっている。特に、食後の片づけは利用者が自主的にされている。	食事や季節のおやつ作りは、利用者のできる力を活用し協働している。フリーメニュー日や誕生会は、利用者の好きなものやケーキを手作りしている。希望によりお好み焼きやお寿司等の外食の機会も多い。	
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	食事摂取の記録をつけている。カウンターには、お茶とコップを置き、自由に飲めるようにしている。昼食後には、お好きな飲み物を選んで飲んでもらったり、夜間には、配茶をし、水分補給をしてもらっている。		
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	口腔ケアが上手く出来ない方には、一緒に口腔ケアを行って、口腔内の清潔を保持している。また、家族の希望で週1回歯科衛生士による口腔ケアを受けておられる方もおられる。		

自己	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	排泄パターンを確認し、時間をみて誘導しトイレでの排泄を続けられるように支援している。おむつは使用していない。その方にあった排泄能力を見極め、リハビリパンツ・パット等を使うようにしている。	排泄パターンを把握して、さりげないトイレ誘導をしている。夜間はリハビリパンツの使用やポータブルトイレ・尿器を活用し、失敗による自信喪失がないように個別支援をしている。	
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	水分摂取を促したり、天気の良い日には散歩に出て、運動をしている。コントロールの難しい方には、医師と相談し、定期的な排便が出来るように薬の調整をもらっている。		
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	利用者によっては入りたいと希望される方には入って頂くようにしたり、ご自分から言っておられない方には、職員が声をかけている。拒否される方には、無理には進めない。	一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴できるように毎日入浴の準備をしている。入浴剤を使用したり、菖蒲湯、ゆず湯など入浴を楽しめるように工夫している。入浴は、1対1の良いコミュニケーションの場面となっている。	
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	お昼寝をしてもらったり、朝、ゆっくり起きて来られる方には、その方の時間を大切にしている。日中、ソファでウトウトされている方もおられる。		
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	確実に服用してもらえよう職員が毎回、名前を確認し配薬している。利用者の状態の変化には気を付けており、気になる点は医師に相談するようにしている。		
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	入居者の出来ることをみつけ、洗濯、掃除、調理、野菜作りなど、ホーム内で役割を持ってもらっている。時には、気分転換に外食したり、お茶を飲みに行ったりして楽しみ事も行っている。		
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	日常的に、買い物、散歩は行っている。また、季節ごとに、外出行事を取り入れたり、車で遠出をしたり、ご家族にも、面会に来られた時、一緒に出掛けて頂けるように声をかけ、お茶を飲みに行かれたりしている。	四季折々の外出支援をしている。お花見には手作り弁当を持参で楽しんでいる。家族同伴の一泊旅行も実施し、日常的には喫茶店や買い物、散歩を楽しんでいる。庭を利用して、バーベキューパーティや野菜作りをして、戸外で楽しく過ごす工夫もしている。	

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	使われることは無いが、お金を持っていることで安心される方には、家族の了承のもと、持ってもらっている。ご自分でパンを購入されたり、カタログを見て、欲しいものを注文し、職員と一緒にコンビニまで支払に行かれる方もいる。		
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	ご本人の希望によって自由に家族、親戚に電話をかけて頂いている。年賀状は、毎年、皆さん、出していただけるように支援している。		
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	共有空間には、花を飾ったり、四季折々の置き物などを置いたりしている。利用者様の作品、俳句 塗り絵等も飾って、皆様が楽しめるように工夫している。	リビング中心に対面キッチンがあり、生活が感じられる配置になっている。テレビの前やキッチン横にソファを設置している。オープンな和室スペースもあり、利用者が好きな場所で寛げる工夫をしている。	
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	ゆっくりしたい時には、個人の部屋に入ったり友達同士で話したい時は、テレビ前のソファに座って話をしたり、和室で横になったり好みの場所で過ごされている。		
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	居室には、家で使い慣れた馴染みの家具を使っていただいたり、本人の好きなように配置してもらっている。写真、仏壇など 持ってきておられる方もある。	家族と相談の上で本人のADLの変化に対応した手摺の取付や使い易い家具への変更をしている。本人が希望され、冷蔵庫や地デジTVを購入される方もおられ、居心地よく過ごすことが出来るように支援している。	
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、トイレなど 場所がわかるように表示をしている。居室には、表札をかけ、暖簾をかけてわかりやすいようにしている方もある。		