

### 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	2872100322		
法人名	社会福祉法人のじぎく福祉会		
事業所名	特別養護老人ホームのじぎくの里		
所在地	高砂市北浜町西浜773の7		
自己評価作成日	平成22年8月10日	評価結果市町村受理日	平成22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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション		
所在地	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-8-102		
訪問調査日	平成22年9月6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)】

<p>ゆっくりした環境の中で職員一人一人が利用者との会話を大切にし寄り添う介護を実施できている。家族の面会頻度も多く職員と家族とのコミュニケーションも程よい距離で保たれている。</p>
--

【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)】

<p>ガラス越しに木々の緑が見渡せ、自然の採光が差し込む明るく広いスペースはゆったりとしており、利用者がテーブル・ソファで思い思いにゆっくりと過せるように配慮されている。キッチンで食事支度をする職員の動きや、調理の匂いなど家庭的な環境の下で安心して自由に伸び伸びと過されている。山が整地され地域の方の散歩コースが変わったこともあり、散歩で立ち寄られる地域の方はやや減少しているが、地域のボランティアの方の来訪が増えている。地域で行われる夏祭りや行事には、利用者の希望や体調を見て参加し地域との交流を継続している。利用開始前には、自分から意向や希望を言い表すことができなかった方も日々関わる中で表情や言葉での意思表示ができるようになっていく。職員は利用者の表情や行動から利用者の今までの生活を知ることで利用者の意向を話し合いながら把握するようにしている。</p>
--

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、活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	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	地域との連携が含まれた法人理念を基にグループホームとしての方針のもと地域交流を実現している	法人理念を基に地域密着型サービスとしての役割を理解し全職員で話し合いを行い、グループホーム独自の理念を作り上げている。パンフレットに理念を明示する他、ホーム内に掲示して共有できるようにしている。更に日々のケアで掲示されている理念を見て理念に立ち戻って話し合う機会を持っている。	
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	地域での買物や集会所近くの散歩	山が整地され地域の方の散歩コースが変わったこともあり、散歩で立ち寄られる地域の方はやや減少しているが、地域のボランティアの方の来訪が増えている。地域で行われる夏祭りや行事には、利用者の希望や体調を見て参加し地域との交流を継続している。近隣に居住されていた利用者は、地域の敬老会にも参加し地域交流を行っている。理美容は、地域に出かけてカットされる方は減り、理容師・美容師の方が来訪されカットや顔そりなどを受けるようになってきている。	
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	併設施設の取り組みとしてよろず相談を毎月1回おこなっている		
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	地域包括職員1名・地域代表2名で2ヶ月に1度実施、意見交換時に必要なアドバイス等を受け、職員等へ伝達している	運営推進会議は、年6回地域包括センター職員・地域の代表方(町内会の福祉委員)参加の基、意見交換や助言を受けるなど定期的な開催が行われている。今年度は、年度始めに実施日を決めて実施している。	

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
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	介護保険課担当者へ直接連絡し相談等を実施している	管理者が運営推進会議の議事録を市の担当者に直接持参し、ホームの状況を把握してもらっている。また定期的に発行されるのじぎくの広報誌を持参し、市の職員に積極的な情報提供している。市の認定調査に来られる方も積極的に話をし利用者状況を把握してもらっているようにしている。		
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	玄関等は夜間だけの施錠であり、安全の為ドアは開放すると音が鳴るようになっている	利用者の安全を考えベット柵を使用したり、買い物などで職員がホームにひとりになる時は、自動ドアの玄関の電源を切ったりすることが拘束にならないのか常に利用者のことを考え話し合いを持ち振り返りを行っている。法人内で行われている身体拘束委員会より資料の提供を受け知識を深めている。	今後も身体拘束に関しての知識と理解を深める取り組みが望ましい。更に日常的な会話の中での身体拘束についても理解を深めケアのに活かしていく取り組みも継続することが望ましい。	
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	新聞・報道等があればすぐに職員へ伝達している。ホーム内や家族内での虐待等はない	虐待についての報道があれば、職員へ報道内容を職員へ話をし虐待について理解を深め虐待防止に努めている。	身体的な拘束だけでなく、心理的な虐待についても理解を深めていく取り組みが望ましい。	
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	権利擁護の説明は家族会で実施している。必要であれば相談等は管理者が行う	現在制度の利用の希望者はいないが、権利擁護については、家族にも説明を行い必要に応じて制度の利用ができるよう取り組んでいる。入居希望の利用者の状況を把握した上で利用開始時から利用者が制度を利用して安定して生活の継続ができるように支援している。	制度についての研修を行い職員の知識を深める取り組みを期待する。	

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
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	契約時は時間をかけてその人に応じた対応をしている。介護保険限度負担等の減免対象者の理解もしており都度に話し合う機会を設けている	契約時は管理者より時間をかけて利用者・家族に分かり易い言葉で説明を行っている。利用者・家族の希望や意向を十分に聴取し、医療面については具体的な例を挙げ細かく説明し契約を行うようにしている。契約解除についての説明も契約時にホームで「できること」「できないこと」を説明し、納得してもらった上で利用開始できるようにしている。ホームでの生活継続が困難な状態になった場合は段階に応じて家族に説明を行い、利用者がスムーズな住み替えができるように支援しており、現在までトラブルはない。契約書・重要事項説明書の改定時は、家族会で説明を行い後日文書で利用者家族に署名捺印をもらい納得を得るようにしている。	
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	年に3回の家族会を実施し要望等を聞きだす努力をしている	年3回家族会を開催し意見や要望を聞く機会を設ける他、家族が来訪される際には、職員より話しかけを行い意見や要望を出しやすいように配慮し、家族が困っていること、要望などを聴いており、信頼関係ができています。2ヶ月に1回個別にお便りを作成し、日々の生活状況や身体状況を報告している。家族会は、リビングで実施しており、利用者も参加している。年1度は家族会と運営推進会議を一緒に行い、家族間でホーム側に言いにくい意見や要望を運営推進会議メンバーに伝えられるような機会も持っている。出された意見や要望は、ケース記録や連絡帳などに記載し全職員で共有し、必要に応じて話し合いを持ち家族へ返答している。出された意見や要望の検討結果は掲示し、報告することもある。	

自己	者 第	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
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	月1度施設全体ではあるが連絡会議でGH代表から意見を聞く事ができる	月1回行われる施設連絡会では、グループホーム職員も出席しグループホームの職員の意見を出す機会がある。管理者は普段から職員の話をよく聞くように心がけている。認知症の方への影響を考え職員移動は行わず、開設時より定着している。常勤・非常勤職員を問わず、2市2町の研修会や併設特養の研修への参加を積極的に行っている。	
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	職員の意見等は聞く機会を設け、働きやすい環境である		
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	職員個人の力量に応じた研修に参加している		
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	2市2町グループホーム協会に所属し、2ヶ月に一度の勉強会にも参加している		
<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	短時間利用の実施により本人と職員とのコミュニケーションを確立、馴染みの環境作りの実施		
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	不安な表情等があれば察知し、家族の気持ちを聞きだし一緒に考える		

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
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	家族が利用者にどのような生活をおくることを望んでいるかを聞き取り支援している		
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	ゆっくりと流れる時間の中で共に過ごせる時間を大切にしている(自然な流れの中で職員と協働している)		
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	面会回数も多く利用者のことで話し合う事もあり、共に支える体制である		
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	地域でも近くの利用者のみの実施ができています。来訪者を歓迎し、また地域へ出向き行事や祭りに参加することで今と過去を繋ぐ努力をしている	知人の面会や外出後には利用者が混乱されることもあるが、外出や面会を制限することなく馴染みの関係の継続ができるようにしている。利用者の知人の来訪の際はお茶などを出し、楽しく過ごせるように支援している。知人の来訪があれば、家族には報告を行っている。地域から敬老会への案内が来れば参加を支援している。職員は、情報を共有し「人としてどうあるべきか」、「どう動くべきか」を考え利用者一人ひとりに合わせた対応を統一して行っている。	
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	認知症や理解力の違いはあっても阻害する事がないように職員が工夫し、利用者同士が身近な関係を作れるようにしている		
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	グループホームから特養等に転換することがあり、馴れない環境で困惑しないように時々職員が出向き話し相手をする		

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>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	意思表示ができてにくい利用者が多い中でも表情等で困惑等がないか確認している	利用開始前には、自分から意向や希望を言い表すことができなかった利用者も日々関わる中で表情や言葉での意思表示ができるようになってきている。利用者の表情や行動から利用者の今までの生活を知ることによって利用者の意向を話し合いながら把握するようにしている。	
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	初期の段階での情報が少ない場合は、利用者のしゃべり方や行動等からも家族との話し合う機会を設け生活背景をしる		
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	その時出来ても持続性がない事もあり、できる事を伸ばせるように声をかけたり、むやみに職員がしないようにしている		
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	臨機応変に必要な利用者がいれば変更している	入所直後に暫定の計画を作成し、ケアを実践していく中で得られた情報や状況などで計画を作成している。その後3～6ヶ月毎に1回見直しを行っている。見直し時は、ケアマネと担当者で話し合いを持ち、担当者会議で話し合う項目について集約し会議で話し合いを行い、計画変更を行っている。見直し前には、来訪時又は、電話で計画の見直しについて伝え意見や要望を聴取するようにしている。	
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	日々の記録から支援経過記録を記入する事で利用者の変化を見極めている		

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
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	医療への同行・緊急時対応等の実施		
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	定期的な整容・地域の花屋・料理屋等を利用する事で利用者の言葉として表現される		
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	利用者毎にかかりつけ医が違うが、相談等があれば相談業務をしている	利用者毎のかかりつけ医に受診できるように支援している。基本は家族に通院同行してもらっているが、家族の状況や利用者の状況により職員が同行し受診するようにしている。緊急時は家族に状態を伝え職員が受診同行している。かかりつけ医から処方された内服薬を家族がホームへ持参している。	
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	管理者が看護師であり状況への対応は指示等で職員が実施する又、併設部署も看護師がいるので応援体制は可能である		
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。	相談業務等は管理者が行い、退院調整は介護と介護支援専門員等が面会等に行きながら状態の把握に努める	緊急時は、常勤職員が同行し入院してもらっている。ホームでの状況を職員から病院職員へ伝えるか、必要に応じてFAXなどで連絡をしている。入院中は、面会や洗濯物を取りに行くなどして馴染みの関係を継続する他、家族には、早期に退院するメリットについても話を行って支援している。退院時は情報提供を受け、ホームより迎えに行っている。	

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
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、事業所ですることが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	利用者毎に医師が違う為、かかりつけ医の意見等もあり実行できていない	重度化や終末期の受け入れは現在かかりつけ医の意見もあり現在行っていない。職員間で重度化や終末期に向けた方針については話し合いを持っており、文書化を始めている。家族には、現在の状況ではホームでの死亡時は検死になることは説明している。	
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	簡単な処置方法は職員ができる		
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	定期的な防火訓練の実施をしている	定期的に昼夜想定で避難誘導訓練を行っている。地震時には、地域的な状況で道路が通れないことや救援を受ける方法など検討している。2市2町で話し合いが持たれ、法人で備蓄を準備している。	普段より避難誘導については、話し合いを持ち誘導方法についての検討を継続されることが望ましい。
<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	全室個室対応でありプライバシーの確保はできている	利用者一人ひとりの個別ケアの中で利用者合わせた声かけや言葉かけなどが行われ、利用者個々の尊厳ある姿を大切にしている。	高齢者の尊厳・人格の尊重については、ミーティングでことあるごとに話し合いを持つことが望まれる。
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	言葉では表出できない利用者があるので行動等で職員が把握している		

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
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	90歳が6割占める中で身体能力の低下が著しく散歩やしたい事があっても実行になると出来ない事が多くなってきているが、状況に合わせての提供をしている		
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	自分で衣類を決められるような声かけをしている		
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	準備をする利用者は少なくなったが、片付けは利用者全員がしている	職員が利用者の希望や好み・季節感のある献立を考え、毎日近隣の店舗に新鮮な食材の買い物に出かけ調理している。以前は調理に利用者の参加があったが、現在利用者の介護度に大きな差があり困難になってきている。食後は職員が混乱が生じないように配慮する中で、利用者一人ひとりがテーブルから食器を流しへ持ち込み後片付けを行なっている。お誕生日会や開設記念日には特別食を用意したり、回転寿司など外食の機会もあり食事を楽しむ機会を持っている。	
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	水分摂取量確認表は職員が確認し、少ない利用者への声かけや飲みやすい物を提供している		
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	昼は嗽の声かけになるが朝・夕は更衣介助時に個人に合わせて実施している		
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	リハビリパンツを使用している利用者が多いが、個人の能力にあった誘導方法を取り入れ中で、リハビリパンツから布パンツへの移行も実施している	9名中7～8名は尿意がありトイレに行き排泄されているが、時には、失敗があるため職員は見守りを行い必要に応じて支援を行っている。排泄チェックは行っている。	

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
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	繊維や乳製品をこまめに取り入れているが整腸剤に頼っている利用者もいる		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴を拒む利用者も多いが、時間を置きながら声かけのタイミングをはかっている。	入浴を拒否する方が多いが、時間や声かけする職員を変えるなどして利用者が入りやすいタイミングを見つけ入浴してもらるようにしている。その日の入浴当番の職員が利用者の入浴状況をみて入浴が定期的に行えるように支援している。	
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	居室はすべて個人対応であり利用者は休息等をとり部屋に帰られ横になっている		
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	情報提供書を確認し職員は把握に努めている		
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	疾病等を考慮に入れながら利用者の嗜好の確保は出来ている		
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	季節に応じて日常的な外出は実施しているが、90歳以上が6割を占めている為に無理をしない利用者が増えた	季節・屋外の状況により散歩に出かけることができるように支援している。日々、ホーム玄関前に置かれたテーブルと椅子のところに出て外気浴ができています。現在個人から外出希望が出ることはないが、利用者との会話の中から利用者の思い出の場所や馴染みの場所を知り、外出の支援をしている。また、小グループで外出の機会も持っている。	

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
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	金銭を所持されている利用者はおられるが、使用するというよりも持っている安心感が強い		
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	公衆電話を使用するが番号の記憶があやふやなこともあるので職員がそばについている		
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	日光も取り入れやすい環境であり、テーブル・椅子も利用者に合わせている	ガラス越しに木々の緑が見渡せ、自然の採光が差し込む明るい広いスペースはゆったりとしており、テーブル・ソファで思い思いにゆっくりと過せるように配慮されている。キッチンで食事支度をする職員の動きや、調理のにおいなど家庭的な雰囲気が感じられる。広く長い廊下には、椅子を置き少人数でゆっくりと過せるようになっている。	
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	スペースを利用して、テーブルや椅子を置いている		
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	全室個室で自由に使用してもらっているが他利用者に迷惑のかからない程度でお願いしている	居室入り口には長い暖簾をかけ、室内には利用者が自宅で使い慣れた家具や好みの品を持ち込み、利用前の生活との違和感がなく安心して過せる居室作りが見られる。居室からも季節の移り変わりが感じられ、五感刺激となっている。	
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	利用者把握に努めて、必要な時に必要な介助が出来るように支援している		