

### 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	2779200647		
法人名	社会福祉法人 春栄会		
事業所名	グループホーム たんぽぽの里		
所在地	大阪府大阪市鶴見区今津南3-5-5		
自己評価作成日	平成23年4月15日	評価結果市町村受理日	平成23年6月

※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.osaka-fine-kohyo-ei/jikai/keisaku/informationPublic.do?JCD=2779200647&amp;SCD=320">http://www.osaka-fine-kohyo-ei/jikai/keisaku/informationPublic.do?JCD=2779200647&amp;SCD=320</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	大阪市社会福祉協議会		
所在地	大阪府大阪市天王寺区東高津町12-10		
訪問調査日	平成23年5月18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)】

利用者の健康面・楽しみ・思いなどを踏まえた暮らしができるようにサポートし、その中でも利用者スタッフ、またその家族とアットホームで温かい関係づくりに努力しています。

【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)】

同一法人の特別養護老人ホームに接して建てられており、玄関を入るとスタッフの紹介ボードの笑顔写真が迎えてくれます。利用者・職員のほとんどが近隣の居住者で、地域に根ざし且つアットホームな運営・支援が目指されています。  
 詳細・多岐に渡る、アセスメント・ヒアリングにより、一人ひとりの思いや希望を受けとめ、「尊厳ある人生を共に生きていこうとする」全職員の意欲が感じられ、利用者本位のケアに結実しています。  
 管理者のリーダーシップの下、指摘事項や要望・意見を速やかに実践に活かそうとする姿勢が伺え、着実に改善策が講じられています。今後は、定期的に「目標達成計画」を策定し、総体的系統的な検討・実践・見直しの取り組みが期待されます。

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)	○	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広がったり深まり、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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

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
<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	理念と指針は、ホーム内に掲示し、スタッフ一同共有し、実践できるよう努めている。	「あたたかく生命(いのち)を守る」を基本理念とし、「生きがいを持ち自己実現を図る」「尊厳とプライバシーの尊重」「安らぎと潤いに満ちた生活」など「利用者本位の支援」を指針として掲げています。 これらの理念と指針は、ホーム内に掲示するとともに、スタッフ会議などで確認しつつ、「一人一人を温かく見守り、時間をかけて支援する」実践につなげています。	パンフレット等にも掲載し、地域や利用とともに、理念・指針の具体化を図ることが望まれます。
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	地元の行事に参加し、日本舞踊や職業体験などを通じ交流している。	利用者のほとんどが区内居住者ということもあり、地域とのつながりは、極めて濃いものがあります。利用者個々が自治会や老人会に加入して、可能な範囲で、地元との交流を図っています。 また 日本舞踊やゲーム・職業体験など、地元のグループ・小中学校との交流も図られています。 日常の散歩・買い物などの中で、馴染んできた地域の一員として、生活できるような支援がされています。	地域の一員としてしっかり位置づいています。更に ホームの情報を地域に発信するとともに、実践経験を活かした「認知症ケアの拠点」として、研修会を開催するなど、地域との相互協力を図ることが望まれます。
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、地域の人々に活用している	見学希望は、随時受け入れ、地域の人々に施設を通じて認知症を理解してもらっている。		
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	2か月に1回の基本はできていない。	運営推進会議は、利用者・家族・地域包括・自治会代表者で構成され、概ね2～3ヶ月に1回開催されています。 施設の運営状況・行事計画・緊急時の対応などについて討議され、議事録は全職員に周知されています。	運営推進会議は、定期的開催に努められていますが、2ヶ月に1回を基本に開催することが望まれます。 自己・外部評価について開示し、今後の課題を検討するとともに、地域や利用者等からの提言を、積極的に取り上げるシステムが望まれます。 討議内容は、地域や家族に還元し、今後の運営に繋げていくことが望まれます。

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
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	地域包括との連携のもとにグループホーム協議会に参加している。	区担当者や地域包括との連携のもとに、困難ケースの受け入れや介護保険認定申請などに協力しています。 また 大阪認知症高齢者グループホーム協議会に参加し、行政との情報の共有を図っています。	
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	表玄関は、外部からの侵入防止のため、施錠している。身体拘束をしないケアに努めている。	運用規程で「自他の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他行動を制限する行為を行わない」とし、重要事項説明書・契約書にも同様の記述がなされています。 また 万一の場合は、ケース会議で他に方法がないか十分検討し、家族などに説明し、同意を得ることとしています。 拘束をなくすための、全職員を対象とする研修が実施され、その意義を十分理解し実践しています。 居室の鍵は自分で開閉し、施設内は自由に行動できる構造になっています。 施設の表玄関は、危険防止のため、24時間、暗証番号で管理されています。	
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	虐待に関する研修にて学び常に利用者の状態を観察するよう、努めている。		
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	成年後見制度について研修はしているが実際に活用した経験はない。		
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	十分な説明を行い、話し合いのあと、契約・解約をしている。		

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
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	面会時、家族との意見交換を行ったり、意見・苦情箱を置く対応をしている。アンケートの実施。	面会時の会話や家族からの電話等による意見をまとめ、スタッフ会議に報告しています。 家族会は結成されていませんが、ホームが家族を集め、意見交換する場を設けています。 運営推進会議で、家族の意見を聞くとともに、苦情相談窓口を明示し、担当者を配置するとともに、アンケートや「苦情箱」など、意見が言いやすい配慮がされています。	自主的な「家族会」の結成と、それを通じての意見や希望を、運営に活かすことが望まれます。 ニュース「たんぼぼ」で、行事予定などが家族に報告されていますが、1ヶ月1回の定期化に努めるとともに、意見や希望に対する回答や、運営推進会議の内容を報告するなどの工夫が望まれます。
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	スタッフ会議にて意見や提案を聞くように努めている。また個人での聞き取りも受け付けている。	毎月1回の全員参加のスタッフ会議で、ホームの運営や介護計画について、意見や提案を取り入れるとともに、介護日誌・引継ぎ書等を通じて、現場の意見を吸収し、今後の運営に活かすよう努めています。 パートも含めて、意見が言いやすいと感じており、現場の意見を尊重し、全員で利用者本位の運営を目指していることが伺えます。 そのことは、家族のほとんどに「職員はいきいきしている」と映っていることから、類推されます。	
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	勤務状態を把握し、生活条件に配慮しながら、働きやすい環境作りに努めている。		
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	施設内研修を行い、実践にてケアの力量アップを目指すことに努めている。		
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	他施設より実習や見学を受け入れ、アドバイスや情報交換に努めている。		

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
<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	利用者が訴えかけるサインを見逃さないよう努めている。		
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	初期に家族の思いを理解しやすいよう、家族の理解のもと、シートに記入をしていただいている。		
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	必要としている支援を見極めるために常にコミュニケーションに力を入れ、表情や動作を見逃さないよう努めている。		
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	レクリエーションやコミュニケーションを通じて安心感を持ってもらう中で、暮らしを共にするもの同士の関係を築くよう努めている。		
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	職員は、お互いの意見に耳を傾け、本人・家族の関係が崩れないよう支えていくよう努めている。		
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	馴染みの人や場所の関係を維持できている方とできていない方もいる。	「利用希望者の状況票」「生活パターンシート」によって、入所前の人間関係・生活環境・趣味・好み・行きつけの場等を詳細に把握し、その継続を大事にする支援を心がけています。稀には友人に会いに行ったり、公衆電話を設置し、利用者本人が連絡を取りやすいような配慮がされています。	
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	一人ひとりが孤立せず、利用者同士関わりあえるような、レクリエーションに取り組むよう努めている。		
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	必要に応じて、経過のフォローができる体制を取っている。		

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
<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	(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	利用者の思い・希望になるべく応えるよう努めている。困難時は、サービス担当者会議にて検討することになっている。	「家族・生活史・暮らし方」などの「生活パターンシート」によって、一人ひとりの思いや希望の把握に努め、その実現に向けた支援が実践されています。 また 日常的な思いを、介護記録等を通じて汲み取り、柔軟な支援に活かしています。	
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	本人。家族からの聞き取りに努め、関わってきた方を把握できるように努めている。		
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	一日の生活の流の中で心身状態・残存機能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	各個人の課題を会議で話し合い、意見・アイデアに沿い、ケアを随時、見直すようにしている。	「入所希望者の状況票」により、現況や施設への要望などを聞きとると共に、「生活パターンシート」によって、「長年の習慣・現在の状況・してほしいこと」等を詳細に把握し、サービス計画に反映するとともに、各項目について目標や実践経過を記録・ファイリングし、その後の支援に活かしています。 介護計画は、ケアカンファレンスで検討され、長期目標と短期目標を定め、具体的援助内容を示しています。 計画は、2ヶ月に1回定例的な見直しを行うとともに家族等の同意を得ています。	詳細なアセスメントやモニタリングにより、長短期の目標が設定され、利用者本位の介護計画が策定されていますが、アセスメント・立案・検討・同意・実施・臨機な対応・評価・見直しに至る課程をマニュアル化し、全職員・利用者・家族に示すことによって、介護計画の重要性を理解しあうことが必要と思われる。
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	日々の様子を個人記録に記入し、どのようなケアを行うべきか情報共有している。		
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	柔軟な支援ができていないのかかわらず、(本人や家族にとって)サービスの多機能化はできていない。		
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	地域支援を活用した支援は、できていない。		

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
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し、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	本人や家族等の希望を聞き、定期的な往診と適切な医療を受けられることができるように努めている。	入所時の「診断書」「私の療養シート」で、受診状況を把握し、本人や家族の希望に沿った支援が心がけられています。 隣接する同一法人の特養の医師並びに医科・歯科の指定医療機関の協力を得て、定期的な往診や緊急措置を受けるなど、適切な医療を受けられることができるよう努めています。 受診結果は、記録するとともに、必ず家族へ連絡しています。	
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	定期の往診時、必要時に状況を伝え、相談するように努めている。		
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。	協力病院との関係づくりや入院時のケアマネ・ケースワーカーのみの関わりとなっている。		
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	重度化した時や終末期のあり方については、家族との話し合いや終末期のあり方に関してアンケートなどで希望を聞き、特養や医療機関などの協力を得、支援している。	病状の重度化によって、退所が止む無くなった場合は、「病院・介護老人施設を紹介するなど適切な援助をすること」を運営規程・契約書に明記しています。 これに基づいて、適切な時期に家族と話し合い、「意向確認書」によって、特養・医療機関などと、どう支援するかを検討し、不安を感じさせないケアに努めています。	
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	応急手当・マニュアルの設置・緊急連絡先の確認		
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	定期的な消防訓練の実施、避難場所も地域の方と話し合っている。	災害に備えて、耐震検査を受け、火災報知器・スプリンクラーやナースコールを設置する等の措置がとられています。 防災マニュアルを備え、特養との合同訓練を年2回実施するとともに、一時避難所として施設を提供することを含めて、地域との連携共助による防災対策が講じられています。	

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
<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	(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	理念に基づき人格を尊重し、プライバシーを損ねないような声かけ対応に努めている。	理念に基づく基本指針に「一人ひとりが人として尊厳が守られるようプライバシーを尊重する」と定め、「プライバシー保護マニュアル」に基づいて、日常の支援にあたっています。食事・排泄・入浴などの支援に当たっては、言葉かけや対応を心がけるとともに、一人ひとりの生活ペースに、出きるだけ浴うよう配慮がされています。	
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	利用者が本人の思いや希望に沿ってできるだけ自己決定できるように支援している。		
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	生活リズムが不規則にならないように注意しながら本人のペースを大切にし、日々を過ごしてもらっている。		
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	おしゃれは、できていない。季節に応じたの衣替えや散髪の提供は、できている。		
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	全ての利用者とは、できていないが一部の利用者とは、準備、片付けを一緒にしている。	日常的な食事は、隣接の特養で調理されており、メニューの選択はできませんが、月1回は、誕生会も兼ねた「お食事会」として、好みも聞きながら、ホームで調理しています。食事場所は、利用者の交流を図るため、原則的には食堂ですることになっています。時刻や時間は、ゆっくり幅をもって設定されており、好みが叶うよう配慮されています。準備や片付けは、利用者と一緒に心がけ、職員も一緒に食べながら、それとなく支援しています。	好みの選択や協働の機会を増やすため、食事会の回数を増やす等の工夫が望まれます。
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	食事、水分、チェック表にて摂取量を管理している。水分摂取が困難な方には、とりみをつけて摂取しやすいようにしている。		
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	毎食後はしておらず、寝る前の歯磨きと日中の口腔ケアを実施し、口腔状態を把握。必要時に訪問歯科診療を受診してもらっている。		

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
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	排泄の失敗がないように定時と本人の訴え時にトイレ誘導し、利用者の排泄のサインを見逃さないようにも努めている。	入所時のアセスメントに基づいて、介護計画・目標を定め、「介助の気配り」にもとづいて、プライドを傷つけない支援に心がけられています。 利用者のほとんどが、何らかの支援を必要とし、チェック表で、個々の記録をとるとともに排泄時間を把握し、前もってトイレに誘導するよう努めています。	
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	飲食物の工夫(ヨーグルト摂取)と水分摂取を促す。毎日の体操の実施。		
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	一人ひとりの希望に沿った入浴は、できていないが一定時間内で、できるだけ希望に沿った入浴ができるよう努めている。	浴室は、個室でゆっくり入浴できる仕様になっています。 入所時のアセスメント等で、利用者の趣向を把握し、できる限り習慣や好みにあった、個別の支援を心がけています。 入浴は、運営規程で週2回以上と定め、希望や必要に応じて、回数を増やすことも可能で、シャワーは何時でも使えるようになっています。 個室を拒否する場合は、特養の共同風呂を使うなど、個々の趣向に沿うよう努めています。	
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	状況に応じた休息や夜間も安眠できるよう努めている。		
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	薬についてスタッフ全員が理解できるよう内服薬説明書ファイルを用意している。		
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	個々の時間の過ごし方に加え、日々の生活を楽しんでいただけるように役割レクの支援に努めている。		
		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	利用者の希望で施設の近隣への散歩や買い物への外出は、支援できるようにしている。	単独外出は、ほとんどの人が困難な状態で、外出支援は重要な要素になっています。1日に1回は、誘い合って周辺道路や公園の散歩をしています。 希望があれば、買い物や車椅子での外出も支援しています。	アンケートでは、「時々出かけている」との回答を含めても、半数以下の結果になっており、花見などのレク活動との結合を諮るなど、多くの利用者が外出を楽しむよう工夫が望まれます。

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	お金を管理できる方のみ、所持されている。本人の必要とするものは購入できるようにしている。		
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	自ら電話をかけられるよう公衆電話を置き、制限などは行わない。		
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	季節ごとの飾りつけをし、季節感を感じていただけるよう努め、ストレスをためないよう、植物の取り入れをしている。	屋内は廊下が広く、リビングルームには食卓やソファ・テレビが配置され、静かでゆとりある空間が提供されています。季節ごとに飾りつけをして、季節感を出すとともに、観葉植物を配置し、自然とのふれあいにも配慮しています。調理室はオープンで、利用者が食事の準備を一緒にできるようになっています。	食後などに、グループで会話したり、一人でゆっくりできる空間を演出するため、仕切りの見直し・音楽を流すなどの一工夫が期待されます。
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	共用空間で独りになれるような場所はない。気のあった利用者同士の居場所やテーブルの配置には工夫している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人の見慣れたも物、使い慣れた物を持ち込んでいただき、気持ちよく過ごしていただけるよう努めている。	居室は、広々として、洋間仕様になっていますが、一定の造作・模様替えもできる仕組みになっています。入所にあたっては、生活の継続性と馴染みを大事にし、ベッドやタンス・鏡台・仏壇・テレビ等の使い慣れた備品の持ち込みを勧め、居住環境の変化に戸惑わないよう配慮しています。利用者本人が、内外から施錠できることによって、プライバシーを保つとともに、ナースコールを設置し緊急事態に備えています。	
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を送れるように工夫している	安全な生活を送っていただけるよう配慮している。一人ひとりを活かした生活、自立した生活はできていない。		