

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	2873002691		
法人名	有限会社 シニアケア		
事業所名	グループホーム シニアケア塚口		
所在地	兵庫県尼崎市南塚口町8丁目3-15		
自己評価作成日	平成22年3月10日	評価結果市町村受理日	2010年5月11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-hvogo.jp/kaigosip/JigyosyoBasicPub.do
----------	---

【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 福祉市民ネット・川西
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104
訪問調査日	平成22年3月21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)】

・同法人内に指導者研修修了者が2名おり、また訪問介護員養成所もあることから、認知症ケアの勉強会を定期的に行い、ケアの質の向上に努めている。

【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)】

木の温もりが感じられる大きなボードに基本理念を記入し、玄関ホールの目立つところに置いているので、職員は日常的に理念を意識している。さらに、ホームが目指すサービスのあり方としての理念に立ち返り、具体的なケアとして実践できるよう研修を重ね、職員の意識の統一を図っている。また、管理者は、ホームが地域から求められる社会的な役割を果たすためにも、より積極的に地域とかかわり、ケアの拠点として活動していきたいと考えている。家族やボランティアなど来訪者が多く、関わりの中で利用者の表情が豊かになっている。その日の献立を利用者とともに決め、毎日買物や食事の一連の作業に利用者が楽しんで参加している。食事中も利用者同士や利用者職員との会話が弾み、食事介助されている利用者も談笑の雰囲気にもまれていた。

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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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
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	独自の理念の中に「地域とともに育てていく」という内容を盛り込み、その理念に沿ったケアが出来るよう話し合いの場を持ち、職員全員で努力している。	職員会議でくり返し理念についてふれ、具体的なケアについて話し合っている。ホームの存在が地域で周知されるようになり、「地域とともに」という関係をより深めるよう努めている。	
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	日々の暮らしの中で、近くのスーパーに買い物に行ったり、近所の公園に出かけ自然と地域とのかかわりが持てるようにしている。また近くの老人センターを利用させてもらい、交流を深めている。	ホームの2階スペースを町内会の集まりに開放するなど、地域との付き合いを大切にしている。利用者が老人センターの健康教室などに参加して子どもたちや住民との交流を深めたり、散歩や買物時には挨拶をかわすことが増えてきている。	認知症ケアの啓発のため、積極的に地域と関わっていきたいという熱意が管理者にあり、今後は、地域住民の介護不安の相談にのるなどの役割を担ってほしい。
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	運営推進会議でグループホームの状況やケアの内容等を報告することで地域の方々に発信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	運営推進会議では、ホームの状況等についての報告や相談を行い、地域の方々から頂いたご意見をケアで活かしている。(ほっと安心カードの登録など)	2ヶ月に1回開催。利用者の状況や行事報告、外部評価結果などを話し合い、活発な意見交換を行っている。民生委員から提案された「ほっと安心カード」の登録をすぐ実行するなど、会議での意見等はサービス向上のために活かしている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に出席して頂き、ホームの実情を聞いて頂いたりし、必要な情報等を教えて頂いている。	市担当者とは書類上のやり取りが中心となっているが、運営推進会議を通してホームの実情を報告し、いつでも相談できる関係を構築している。	
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	身体拘束についての研修を行い、ホーム全体で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。またホームでは玄関のみ安全のため、施錠しているが、それ以外は施錠は行っていない。	研修や話し合いを重ね、職員は身体拘束をしないケアの実践を心がけている。安全を考慮して、家族の理解を得た上で門のみ錠をかけているが、利用者の外出したい素振りには前もって察知し、職員がさりげなく付き添って出かけている。	
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	高齢者虐待について研修を行い、ホーム内での虐待を見過ごさないよう更衣時や入浴時に身体にあざがないかを観察している。また職員は協力し合って、虐待につながるような行為が起きないように心掛けている。	虐待内容に関する研修を行い、ケアの中で虐待を見過ごさないよう努めている。管理者は常に職員の表情も気にかけて相談にのるなど、ケアの安定性が保てるよう心がけている。	高齢者虐待防止法についても研修し、理解をさらに深めてほしい。

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	ホーム内で研修を行い、理解に努めている。成年後見人制度を今利用しようとされている方もおられるため、今後も研修を行い、理解を深めていく必要がある。	ホーム内で親族後見人のケースがあり、理解のため研修を行った。制度理解や活用のためには、今後も研修を重ねていく必要性を感じている。	
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	契約時には十分な説明を行い、疑問点等が残らないようにしている。また昨年7月に契約内容の改定を行ったが、家族会にて説明させて頂き、欠席されたご家族にも来訪時に個別に説明を行い、了解を得ている。	契約前に詳しく説明し、内容確認のため資料を一旦持ち帰ってもらっている。不安や疑問点には丁寧に対応し、理解と納得が得られるよう努めている。契約改定内容などは家族会で説明し、さらに個別来訪時にも説明して同意を得ている。	
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	利用者やご家族が意見や要望等を職員に言いやすい環境を作るよう努めている。また頂いたご意見は、記録に残し、ケアに反映出来るようにしている。市の介護相談員の方にも来て頂いている。	行事参加も含め家族来訪は多く、その都度、個別に話し合う時間をとっている。利用者や家族の意見などは適切に受け止め、できるだけ運営に反映させている。また、家族会がホーム周辺道路の草抜きをするなど、良好な関係を保っている。	
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、責任者会議にて職員の意見や提案を聞いている。管理者は、職員会議や日々の勤務の中で職員の意見をよく聞き、提案等を取り入れるようにしている。	管理者は、職員会議や日々の業務の中で職員の意見をこまめに聞きとり、運営に反映させている。代表者もよく来訪し、責任者会議だけでなく、職員の個別の声にも耳を傾け、職員のやる気につながるよう配慮している。	
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	代表者は、責任者会議にて、職員の状況の把握に努め、よりよい環境で働けるよう配慮している。		
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	代表者は、定期的な事業所内研修の確保や職員に応じた事業所外研修を受ける機会を作り、質の向上に努めている。		
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	代表者は、他事業所の方に講師として来て頂き、研修を行い、色々な意見を聞ける機会を作っている。また尼崎市のGH連絡会に所属し、交換研修等を行い、ケアの質の向上につなげている。		

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
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	ご本人の話や様子、関わりを通して不安や希望等を把握するように努め、1日も早く職員と信頼関係を構築し、安心した生活を送って頂けるよう努力している。		
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	入居契約時に、ご家族の不安や困られていること、希望等を十分にお聞きするようにしている。		
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	ご本人の今までの暮らしを尊重しながら、必要なケアを見極め、その方に合った支援を行うようにしている。		
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	介護する側とされる側という関係にならないよう、入居者のみなさんが出来ること(料理、裁縫、歌等)は、教えて頂きながら、共に生活をしているという意識を持つようにしている。		
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	ご家族とご本人の関係が離れることがないよう入居者に関する報告、相談を随時行い、共に協力し合って、ケアする関係作りに努めている。		
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	ご本人にとって大切なご友人や親せきの方が来訪しやすい環境を作ると同時に、ご本人から行きたい場所、会いたい人の話が出た際には、ご家族に相談しながら実現出来るように支援している。	馴染みの店などへは、利用者の希望に合わせて送迎している。利用者が行ってみたいと長年思い続けていた場所の話が出たときは、できるだけ実現できるように支援している。納骨式に職員が付き添って参加したこともある。	
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	入居者同士の関係を把握し、席の配置を工夫したり、協力し合える場面作りをする等、孤立することなく、より良い関係が保てるように支援している。		

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	退居後、入院された方には面会に行ったり、ご家族とも手紙のやり取りをする等している。また退居されたご家族から相談等あれば、その都度応じている。		
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	日々の生活や会話等から1人ひとりの思いや希望等を汲み取るように努めている。また困難な場合は、職員会議でご本人の気持ち等について話し合い、理解に努めている。	自らの意思を表明できない利用者については、表情から真意を汲み取るようにし、家族とも相談している。担当者の思い込みにならないよう申し送りノートに記録し、職員間で共有して検討し、利用者への理解を深めるよう努めている。	
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	入居時にご家族やケアマネージャーよりお話を伺うと同時にご本人や来訪されたご兄弟等からもお話を伺い、これまでの生活歴や環境等の把握に努めている。		
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	毎日、食事量・水分量・バイタルチェック・排泄状況の記録と確認を行い、また表情や会話等からも現在の状態の把握に努めている。		
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	ご本人が出来ることやしたいこと、ご家族の意向、主治医の意見等を反映させた介護計画を職員間で話し合いながら作成している。	利用者の担当職員が介護を通して観察・記録したことをもと、職員会議で検討し、利用者の意向も尊重しながら生活支援計画原案を立てている。さらに、家族や主治医の意見も参考にして、現状に即した介護計画となるよう努めている。	
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	日々の様子や気付き等を記録し、大切なことは口頭でも申し送ることで職員間での共有に努めている。また職員会議でも話し合い、その内容を介護計画に活かしている。		
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	新たなニーズが出てきた際には、「出来ない」で終わらせずに、出来る方法がないか職員会議等で検討するようにしている。		

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	近所にある公園へ散歩に出かけたり、老人センターの催しへの参加、スーパーへの買物等、豊かな暮らしをして頂けるよう努めている。		
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	入居以前からのかかりつけ医にかかられている方もおられる。また新たに変わられる場合もご本人やご家族に納得頂いた上で診察を受けるようにしている。	これまでのかかりつけ医を選択する場合や中途での変更もあるが、利用者、家族の選択を尊重している。日々の状態や変化等は書面で状況報告し、全職員で共有している。	
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	入居者の体調に変化等があれば、看護師に相談や報告を行い、適切な医療やケアが受けられるようにしている。		
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。	入院時には適切な医療を受けられるように介護サマリを作成しお渡ししている。また入院中も頻りに面会に行き、病院との情報交換をし、早期退院して頂けるよう努めている。	主治医往診時や訪問看護とは、情報交換に努め相談できている。入院中は安心できる環境を整え、さらに早期退院の受け入れ体制についても、医療関係者とも連携強化に努めている。	
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	重度化した場合や終末期のあり方については、状況をみながら、ご本人とご家族、主治医と相談した上で、ホームで出来ること・出来ないことを説明し、出来る限りのことをさせて頂くように努めている。	入居契約時に、看取り指針として利用者、家族とは了解確認をとっている。状態変化や必要に応じて、十分な話し合いを持ち、終末期介護の方向性について再確認している。ホームはできることはしていきたいと考えている。	
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	職場内研修で応急処置について学ぶとともに、1月末には消防署より職員の方に来て頂き、救命講習を受け、いざという時に実践できるよう学習の機会を設けている。		
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	防災マニュアルを作成し、全員で理解に努めている。また目の届く場所に災害時の通報手順等を掲示し、いざという時でも対応できるようにしている。消防訓練の際には地域の方にも参加して頂き、協力をお願いしている。	避難訓練は消防署立会いで指導を受けている。避難経路等シュミレーションを重ねることで、職員間での確認に努めている。地域の協力を重視し、積極的に働きかけている。	

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
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	1人ひとりを尊重し、普段から丁寧な言葉遣い、関わりを心掛けている。声かけも本人の自尊心を傷つけないよう配慮している。	誰が聞いてもおかしくない自然な声かけ、口調になるよう注意している。利用者自身が意志をあらわしやすい声かけに努め、一人ひとりを大事にした関わりを持つようにしている。	
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	着替えや外出時等の場面で自己決定できるように選択できるような言葉掛けをするよう心掛けている。また日常からコミュニケーションを図り、希望を表せるような環境・関係作りに努めている。		
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	食事やお茶の時間というおおまかな流れは決まっているが、それ以外の過ごし方は決めていないため、その日の入居者の希望や状況に合わせて過ごすようにしている。		
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	訪問美容が1ヶ月半～2ヶ月に1回あり、カットや髪染め、パーマをあてられる方もおられる。お誕生日や行事の際は化粧をしたり、マニキュアを塗ったりしておしゃれをして頂いている。		
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	献立決めから入居者とともにいき、買物、調理、片付けも楽しみや役割につながるように一緒に行っている。	その日の食べたいものを調理し、献立から後片付けまで、利用者が主体的に関わっている。利用者個々の役割が活かされ、食べることを職員も一緒に楽しんでいる雰囲気が感じられる。	
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	食事量や水分量を毎日チェックし、一人ひとりの状態を把握するようにしている。またそれぞれの状態に合わせて食事を刻み食にしたり、食べやすい器やフォークに変える等の工夫を行い、食事量の確保に努めている。		
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	日常的に行うようにしている。また週1回歯科往診による口腔ケアも行われ、アドバイス等頂き、口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンに応じた誘導・声かけを行っている。また入居前からおむつを使用されていた方に対してもおむつ使用をやめることができないかを検討し、出来るだけおむつに頼らないようにしている。	利用者個々の状態、習慣を把握し、できるだけトイレでの排泄を心がけている。自らの意志を尊重しつつ、さりげない誘導に努め、そのための声かけのタイミングには十分に配慮している。	
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	食事に食物繊維の多いものを取り入れたり、水分補給、運動、マッサージ等で改善できないか取り組み、それでも改善できない場合は、薬で調整するようになっている。		
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	曜日を決めず、本人の意思と体調を考慮して入浴を促している。入居者同士で順番を決めて入浴することもある。	本人の希望を優先するも、前日入浴されていない人には声かけをし、入ってもらおうよう促している。自立の人は、希望で夜間入浴している人もいる。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	食後に居室で横になられる方や、ソファで休まれる方等おられ、自由に過ごされている。就寝時に一人だと寂しいと言われる方に対しては添い寝する等し、安心して休んで頂けるよう支援している。		
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	職員は入居者が服用されている薬について理解に努め、服薬し忘れることがないように手渡しし、飲み込まれるまで見守っている。また入居者の状態に変化があれば、薬の影響がないか等考え、主治医に相談・報告するようになっている。		
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	一人ひとりの生活歴や趣味等を把握し、書道や歌、散歩、百人一首等と楽しみや役割につながるよう支援している。		
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	毎日希望を聞きながら、散歩や買い物等の外出支援を行っている。また花見や盆踊り等、季節に応じた外出を計画した際は、ご家族にもお知らせし、協力して頂いている。	毎日の散歩や買物を日課としている人もおり、個別に支援している。時々に応じ、一人及び複数人での外出機会をつくるよう配慮している。季節ごとの行事には家族にも協力してもらい、一緒に楽しんでいる。	

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	お金の管理が可能な方にはご家族の同意のもとお金の管理をして頂いている。また管理が出来ない方に対しては、希望があれば、その都度ホームでお預かりしているお小遣いから使って頂けるように支援している。		
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	ご本人の希望に添い、ご家族等に連絡できるように支援している。また携帯電話を持たれている方もおられる。手紙や年賀状が届いた際にはご本人にお渡しし、お返事を書いて頂いたりしている。		
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	共有の場所では、入居者が過ごしやすいように温度には特に注意している。またトイレの臭いがリビングに行かないように換気にも配慮している。リビングや廊下にはお花や入居者が作った作品、写真等を飾り、季節感や楽しさを感じて頂けるように工夫している。	利用者が思い思いの居場所を確保しやすいよう、必要に応じて、テーブルや椅子の配置などにも配慮している。利用者に応じて、自慢の手作り作品をさりげなく飾り、本人の楽しみとなるよう工夫している。	
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	和室にソファ、廊下や玄関にも椅子を置き、好きな場所で好きな時に、一人で座ったり、友達同士で過ごせるようにしている。		
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	居心地の良い空間を作るために居室には以前から使われていたなじみのある物(家具や寝具等)を持って来て頂いている。また昔のアルバムや自宅に飾られていた額等をご家族が持ってきて下さっている。	入居前に利用者宅を訪問し、これまでの生活状況を観察するとともに、居室づくりに関して助言することもある。馴染みの品を持参してもらうよう、家族にも協力をお願いしている。必要であれば、利用者と一緒に好きなものを買っていくこともある。	
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	共有部には手すりを設置しており、安全に配慮している。居室にはわかりやすいように表札をつけ、トイレやお風呂にも札をつけている。		