

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

業所番号	0990500092		
法人名	有限会社 ケアシステム		
業所名	陽だまり(グループホーム)		
所在地	栃木県鹿沼市西鹿沼町1018番地		
評価作成日	平成25年2月26日	評価結果市町村受理日	平成25年5月1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.t-kjcenter.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人 栃木県社会福祉会		
所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階(とちぎソーシャルサービス共同事務所内)		
訪問調査日	平成25年3月27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)】

地域との交流を深めることにおいては、徐々に陽だまりの名前や場所など理解していただけるようになった。今後も地域の行事等への参加や、地域近隣施設との交流を積極的に図っていきたい。入居者の外出機会を高め、意欲向上へ繋げたい。地域の人たちや学校関係によるボランティア活動をお願いしたい。(家事、散歩同行、園芸など)

【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)】

1. 地域とのかかわりを大切にした支援がなされています。地域の祭り等行事への参加は勿論、事業所に住民を招いてのイベントを企画して交流を深めています。又、日々の散歩時の近所の方との交流や近くの障害者施設との交流を図るなど、地域とのかかわりを大切にしています。
2. 運営推進会議が充実しています。市や自治会の方等参加メンバーが充実しており、会議での双方向的な話し合いはサービスの向上につながるものとなっています。
3. 災害に対して前向きに対策をとっています。職員一人ひとりの意識が高く、連絡網の整備や、火災感知による通報システムの整備が出来ています。これからの地域との連携充実が期待されます。
4. 利用者の要望を大切に全てで楽しむ工夫をしています。事業所へラーメン屋さんに来てもらい本格的なラーメンを提供したり、ボランティアの方によるソバ打ち等食事を楽しむ企画を立てて実施しています。

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、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、安心して暮らさせている (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

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
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	「生活ケア」と、やさしく、わかりやすく、根気よくを標語とするコミュニケーション第一」の基本理念を毎月の定例全体研修において理念の共有を再認識している。	地域密着型サービスの観点から利用者が安心満足を得られるように3つの理念を掲げています。また、掲げた理念を毎月の定例会議や研修の中で話し合い、常に意識し共有化するようにしています。	
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	ホームの前の道は住民の散歩コースであり、職員は必ず挨拶するように徐々に顔なじみになっている。ボランティアが訪問時は、近くの住民が施設に来て一緒に見学するなどしている。又、職員と近隣の人達との交流も見られる。	地域の自治会に加入し、地域のお祭りなどの行事に参加しています。ボランティアを受け入れて、日本舞踊やそば打ち名人を招いてのイベントには、近くの住民を事業所に招き、一緒に楽しみながら交流を図っています。	
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	自治会に加入しており、自治会の回覧板などを活用していくことについて自治会の理解を得ている。自治会の集まり等に出向き、施設の内容や利用者の生活状況の説明をするなどし理解を得るようにしている。		
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	隔月に定例日を開催し、利用者の状況、行事等の活動内容、事業者の課題などを報告し、意見を頂いている。各自治会長や民生委員の方より地域の独居の方や、シルバー世帯の情報を頂き、連携体制を取っている。	2か月に1回の開催をしており、入居者の近況や事業所の実状を報告しています。生活内容や具体的な課題について話し合い、改善に取り組んでいます。参加メンバーから地域の高齢者の実状や各種イベントの情報を入手するなど、双方向的な会議になっています。	
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	運営推進会議に出席して頂いており、事業者の運営状況、活動状況などを把握して頂いている。サービス内容を確認して頂き、アドバイスにより問題解決に向かうなど、積極的に市との連携を図っている。	市の担当者には、事業所の実状や活動内容を推進会議等で知らせています。事業所の課題を率直に話し合い、解決に向けてのアドバイスを受けたり、必要な機関の紹介を受けるなどの、関係ができています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束を始め拘束ゼロは会社、事業所、職員の根本方針であり、研修等を通じて徹底している。開業後現在まで拘束の事実はない。ただホームは農地に囲まれているため、安全確保の面から玄関ドアはタッチ式の自動ドアとしている。	毎月の定例会議や研修で話し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。管理者は外部の研修会で、身体拘束の弊害等を学び職員に伝えています。実際に外に出ようとする利用者には職員が見守りながら寄り添うように支援しています。	
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	法についての学習はまだ行っていないが、職員は、事業所の運営理念、人としての尊厳、職業倫理などから、虐待などあってはならないと強く認識している。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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		○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	管理者や計画作成担当者は制度について知識を持ち、現に併設の小規模多機能事業所の利用者の制度活用に取り組んでいる。今後、その実践を踏まえた職員研修を実践する。	
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約書、重要事項説明書の内容説明だけでなく、グループホームの趣旨、ホームの運営方針、一日の生活の流れなど、入居者の面談アセスメントをもとに十分な時間をかけて話し合いを行っている。	
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	運営推進会議の委員からの意見や家族がホームに来られた時に意見を聴くようにしている。さらに、積極的に家族の意見や要望を引き出す方法を考えたい。	日常の会話の中で、入居者や家族からなにげなく出た意見や要望等を、会議で話し合い対応するようにしています。また、家族には事業所に相談窓口があることや、外部にも相談できることを伝えていきます。
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	併設の小規模多機能サービスと合同で毎月定例のリーダー会議、毎月定例の全体研修と部門介護を確実にしている。必ず会社代表も参加し経営と事業所運営の一体化に取り組んでいる。	定例の会議等に管理者も参加し、職員からの意見や要望等を聞いています。また会議ではサービスの質の確保など課題に沿った話し合いをして、運営に反映させています。
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	代表者は会議に出席し、管理者の報告を受けるだけでなく、出来るだけ自身の目でケアの現場を見ている。現場に入り職員との交流や話し合いの場を作っている。	
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	上記11,12項目の内容のほか、各種委員会を設けて全職員が委員会活動に加わる仕組みを作っている。今後は年間の研修計画を立て積極的に参加できるように勤めている。	
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	管理者は連絡協議会に参加したり、他ホームの管理者との付き合いはあるが、職員に交流機会は少ない。施設間の交流を図り質向上を図りたい。	

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
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	入居前の面談で本人と十分に話し合い安心感を得て貰うようにしている。又、スタッフ担当者を決め、「寄り添う」ケアで不安を取り除くようにしている。		
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	15項目同様に、入居前の話し合いに十分時間を取っている。本人と家族との関係も大事であるが、家族とホームとの関係作りはより重要と考えてコミュニケーションを図っている。		
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	入居前の話し合いで、居宅ケアマネージャーも含めて。グループホームの趣旨、性格、当ホームの運営方針など、ホームをよく理解してもらえるように務めている。		
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	グループホームのケアは「暮らしのケア」であることを職員に徹底し、食事作り、洗濯、掃除などの家事を本人と職員がともに行うことウイ原則とし、本人に働きかけている。		
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	家族には毎月「陽だまり通信」を配ってホームでの生活を伝えるとともに、行事への参加の呼びかけ、医療受診時の連絡、報告などで家族とのつながりを絶やさないようにしている。		
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	本人が希望する店の買い物にお連れしたりドライブなどしているが、不十分であり、今後の取り組み課題である。	家族との関係を大切にしたり、行きつけの理美容やよく通っていた近所のスーパーへの外出等の支援をしています。本人や家族の話聞き、馴染みの関係の継続を大切にしています。	
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	日中は全員ほとんど居間で過ごし、雑談をしたりレク参加などにより、コミュニケーションを密にとっている。その中で、個人的な問題も生じるが、支え合いの関係も生まれてきている。		

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
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	契約を終了しても、今後の生活で電話相談等がある。必要時今後のアドバイス等行い施設紹介や各機関との連携や情報交換を行っている。		
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	(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	担当スタッフに、家事や趣味等で本人が出来る事や本人の意欲などを観察に基づいて、取り組み目標や働きかけの方法を検討している。	入居者とのコミュニケーションを大切にするとともに、スキンシップや動作観察、仕草といった非言語的な面にも着目して思いや希望などを把握するよう努めています。野菜作りや草むしりなど一緒にやりながら、やりがいや意欲を感じるように支援しています。	
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	入居前アセスメント(本人、家族面談、ケアマネ情報等)において、生活歴等の把握に努めている。又入所後も、本人との日常的会話の中から以前の生活の様子などを確認し、環境が変わっても本人が何か継続して出来る事なども検討している。		
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	スタッフ全員が入居者全員について現状把握に努め、その情報は担当スタッフに集約されるようにしている。暮らしの中のケアは「気づき」が大事であることを、職員は認識している。		
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	担当スタッフが、日常の記録、観察等をもとに、一時介護計画を作成し、それをもとに計画作成担当者が関係者との話し合いや情報をもとに介護計画を作成している。	利用者家族の意向を基に、担当者が関係者と話し合い計画を作成しています。計画は更新時や状態の変化に応じて見直し、支援の再計画を行っています。テーマに沿っての課題を検討し、ケアの方法を明確にして支援できるようにしています。	計画はサービス内容ごとに短期長期に分け目標が立てられていますが、今後、介護の継続性を考慮し、計画・実施・評価・そして再計画と、流れが見える管理の工夫を期待いたします。
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	毎日、入居者一人、一人のケア、生活記録を記入し、毎日の申し送りや毎月の定例リーダー会議棟で共有を図り、必要な対応等に取り組んでいる。		
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、その時々にも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	上記した通り、一人一人の状況把握、ニーズ把握は相当程度で来ているが、その具体的な対応と成果は、スタッフや環境等様々な条件が絡まり、不十分である。		

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
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	地域の行事への参加、子供達との交流、ボランティアの活用、商店への買い物、散歩による自然との触れ合いなど、地域資源との関わりが密になっている。		
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、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	係りつけ医への定期受診のほか、体調の変化等により受診が必要と判断した時には、家族と連絡を取り合い適切に対応している。	事業所の協力医をかかりつけ医としている利用者が多いが、昔から通っている総合病院等に継続をして受診している利用者には、家族付添のもと、職員が送迎等の支援をしています。診断結果等の情報は共有されています。	
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	併設の小規模多機能事業に配置している看護職が、グループホームの利用者の体調管理、看護観察、医師との連絡等に協力している。看護職はリーダー会議にも参加し、利用者の状態を把握している。		
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。	家族と協力し合って入退院の手続き等を支援している。入院中はまめに見舞うなどホームとの関係維持に努める事に行っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	グループホームは共同生活の場という基本を守りながら、具体的にどう対応するかは今後の難しい課題であり、家族等と早い段階からの話し合いが必要となるであろうということを認識している。	重度化や終末期にむけての対応は、主治医、協力医との連携を基に対処する旨、契約時に説明しています。重度化に際しては、家族と話し合いをもち、意見交換、情報の共有化を図るようにしています。	今後重度化する利用者が増えることを考慮して、看取りに関する対応指針等を明らかにすることを期待いたします。
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	全体研修を利用して緊急時対応マニュアルによる研修を行っている。年1回の救急救命訓練研修指導を随時受講している。		
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	年2回の避難訓練を消防局の指導のもとに行っている。又、防災対策マニュアルを作成し研修を行っている。今後、地域の防災訓練等にも参加する。	消防立ち合いのもと年2回の避難訓練を夜間も想定し実施しています。緊急の職員連絡網を整備するとともに、火事を感知したらすぐに消防署と事業所職員(5人)に連絡が入るシステムが整備されています。今後は地域と連携の取れた訓練を考えています。	地域との協力関係を深めるために地域の災害時には地域の避難拠点としての利用等、双方向的な協力体制作りを期待いたします。

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	入居者とスタッフは共同生活者であり、丁寧過ぎる言葉や対応では関係作りに支障を来すが、馴れ馴れしくはならず、訪室の際はノック、言葉かけを必ず行うなど、プライバシーに配慮した接し方をしている。	言葉遣いにはとくに注意し、慣れ合いにならず、誇りを傷つけないように配慮しています。訪室の際はノックして許可を得てから入室することを徹底しています。	
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	スタッフは、利用者について日々得られた情報を頭に入れながら、「やさしく、わかりやすく、根気よく」のコミュニケーションの中で利用者のニーズを引き出す事を心掛けている。		
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	一日をできるだけ活動的に生活して貰えるように、一日の生活の流れを決め、その中で一人一人のペースや希望を配慮している。		
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	スタッフは、起床後や入浴後の整容や、衣服の選択などを、本人の好みを把握して支援している。又、利用者の希望日に訪問理髪を導入している。		
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	調理、テーブル拭き、後片付けなど、食事に関わる種々の事に出来るだけ関わって貰うようにしている。家庭的な雰囲気を作る為、ランチョンマットにするなど工夫したが、逆に引っ掛かり危険な為利用中止になった。	後片付け等役割を持って食事に関わるようにしたり、外部で作られていた献立表を給食委員が考えて献立を行う等、食事への関心に配慮しています。又事業所へラーメン屋さんに来てもらいラーメンを提供したり、ボランティアの方によるソバ打ち等食事を楽しむ企画を立てて実施しています。	
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	毎日のケア、生活記録をもとに、食事量の把握や水分補給を図っている。又、食事携帯(大きさ、固さなど)嗜好もある程度配慮することとしている。		
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	毎食後の歯磨きは習慣になっている。義歯の方に関しては義歯洗浄剤を利用して口腔内の清潔を保つようにしている。		

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	
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	ケアチェック記録により排泄パターンを把握するよう努めている。個々の排泄パターンに合わせたトイレ誘導により失禁回数が減っている。夜間のオムツ外しを実践し定時のトイレ誘導によりオムツからリハビリパンツに変えている。	入居者一人ひとりの排泄パターンを把握し、その人に合わせて声かけ等の支援を行っています。また、おむつを極力使用せず、夜間もトイレへの声かけを行う等、自立に向けた支援を心掛けています。		
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	高齢者(特に認知症の方)の体調管理の基本は排便管理にある。便秘薬に頼らず、食事の工夫、十分な水分補給、適度な運動を心掛けた排便コントロールをしている。			
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	衛生面から最低週2回は入浴して貰うこと、入浴時間は普通の生活の流れから夕方浴好ましいことの2点を条件として、後は本人の希望で入浴して貰っている。	入浴は週2回以上の入浴ができ、午後の好きな時間帯に入浴出来るようにしています。午前中の要望にも、臨機応変に対応しています。入浴を拒む人には、時間をおいての声かけや着替えを進める等対応に工夫をしています。		
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	日中の時間を家事やレク活動で活動的に過ごして貰い、夜の安眠に繋げるようにしている。			
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	処方箋にて、一人一人の薬、服薬時間を把握し、ケアチェック表で服薬の実行を記録し、漏れの無い様になっている。小規模多機能サービスの看護職が分包等で協力している。			
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	レクリエーション委員会や職員が、毎日のレクリエーションの計画を立て、基本的にそれに基づいてレク活動を行っている。天気の良い日は庭での園芸作業も勧めている。			
49	(18)	○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	個人のその日の希望に沿った外出は、希望者の状態により出来る時と出来ない状況になる。買い物や食事に行きたいとの希望者もあり、対応可能であれば、同行し一緒に街の中を散策したりする。花見などの季節行事や外食など、全員参加の外出の充実が当面の課題になっている。	日常的に近隣への散歩や菜園での戸外活動を、職員が付添いながら行っています。外出の希望により、買い物や外食等行う際は家族の協力も仰ぎながら支援しています。		

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	
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	金銭はホームで管理しており、買い物の際は必要額程度をお渡しし、職員見守りや介助にて自分で支払われ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	本人希望により、事務所の電話を使って貰っている。			
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	施設のような飾りつけはあまりせず、家庭の居間に近づけるような工夫をしている。立地面から騒音などの心配はなく、居間から庭をととして開ける風景が利用者に安らぎを与えているように思われる。	共用スペースには畳の居間もありゆったりとくつろげるようになっています。また、季節の花が飾ってあったり、居間から見える前庭には季節の野菜が植えられ、四季を感じられるようになっています。トイレスペースには消臭剤を置き、入居者、来訪者への配慮がなされています。		
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	居間は広くなく、一人になれるようなスペースはない。その中でも気の合った者同士で居場所がほぼ決まってきた。広くないマイナス面もあるが、肌のぬくもりが感じられる空間と言うプラスの面もある。			
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	居室の家具等は本人と家族が決めるので個人差が見られる。あまりに殺風景な場合には家族に暗に働きかける時もあったが、なかなかうまくいかないのが現実で、課題となっている。	居住スペースには昔から使用していた、箆箆やベット、調度品などを持ち込まれ、今までの暮らしの継続性を感じられるようになっています。また、思い出の写真や品なども持参可能であることを伝え、本人が住みやすい環境作りを提案しています。		
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が送れるように工夫している	居間や浴室、洗濯室中心に居室が左右に並び、居室間にトイレがあるシンプルな配置で、利用者にとってわかり易くなっている。廊下等の歩行空間には手すり、床はタイルカーペット敷きで安全性を確保している。			