

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	0990600082		
法人名	特定非営利活動法人あかね会		
事業所名	グループホームあかね		
所在地	栃木県日光市鬼怒川温泉大原2-135		
自己評価作成日		評価結果市町村受理日	平成29年3月17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-kicenter.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 栃木県社会福祉士会
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29年1月13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)】

職員は、開所してから5年間同じメンバーで取り組んできました。これまで、一つ一つの課題に対し、スモールステップで実践し積み上げてきました。昨年度から、グループホームとして地域に目を向けたとき何が出来るか話し合いを重ね、昨年11月にオレンジカフェ、今年の12月には認知症デイを始めました。月一回開催しているオレンジカフェは、これまでグループホームを支えて下さった地域の方々、認知症家族の会、地域包括支援センターの協力のもと運営しています。1年経って、今年の10月から、認知症の方とその家族、認知症に関心のある地域の方がよく利用して下さるようになり、悩みや愚痴、相談、意見交換、雑談をしながら過ごされています。9名のご入居者の内7名の方が、グループホームでの生活5年目となります。今後、これまでのような生活が難しくなってくると思われます。これから、終末期を含め、どのように生活していただくか、話し合いを重ねています。

【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)】

・グループホームを開所して5年が経ち、着実に地域の一員となっている。運営推進会議等で参加者から忌憚ない意見が上がるということはお互いを信頼している表れである。また、入居者が1人で外を歩っていると、地域の方が心配して知らせにきてくれる関係にもなっている。そのため、事業所には入居に関しての問合せや地域の切実な相談も増えてきている。そのような声を聞き、昨年度は認知症カフェを、今年度は認知症デイサービスを開設している。開設に際しては市担当者や情報交換を密に行い、地域にとって大きな社会資源となっている。
・職員は開所時から殆ど変わっていないため、職員間の雰囲気も良く日頃の支援において、どの方法が入居者にとって一番適しているのだろうか職員全員で考えて実行に移している。入居者の支援は項目ごとに分けて、職員の支援をいろいろ試しながらPDCAサイクルを用いて支援している。また入居者の人格を尊重した支援を心がけているため、毎日、振り返りの時間を設けて自分達の支援を見直している。

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の拡がりや深まりがあり、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

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	職員で理念を作成し玄関、フロアの目の届くところに掲示しています。また毎朝理念を唱和することで日々の支援に反映させてます。	理念の作成は5年前の事業所開所時に、職員全員で考えて作成している。1年後、全職員で理念を見直して現在のものとなっている。毎日、振り返りの時間があり、理念に沿った支援が出来ているかどうかを検証している。	
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	自治会に加入し積極的に地域の行事や清掃作業に参加しています。自治会の運動会に毎年参加し反省会に招待されて和やかな雰囲気の中意見交換をしています。	事業所は自治会の運動会に招待されたり、近くの神社の行事に積極的に参加している。初詣に参拝した際には、地域の方から入居者へ声をかけてもらう等、顔なじみの関係となっている。入居者が1人で近隣を散歩していると、地域の方が心配して事業所に知らせに来てくれる間柄となっている。	
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	職員がキャラバンメイトの研修を受講し認知症サポーター養成講座を開催して寸劇を通して認知症の人の理解や支援方法をわかりやすく伝えていきます。また、認知症カフェを月一回開催し身近な相談窓口を設けています。		
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1度会議を行っています。施設の行事や企画に関しては担当職員からのプレゼンや行事後の写真を見もらうことで目的や内容をよりわかりやすく伝え行政や家族から意見をもらうことでサービスの向上に活かしています。	運営推進会議の実施場所は基本的に近隣の社会福祉協議会で行われていたが、管理者は事業所や入居者の実態を参加者に直接見てもらいたいとの思いから、「蕎麦打ち交流会」と銘打って会議を事業所で実施している。実施後、事業所の理解が深まり、参加者からの意見や協力関係が活発になっている。	
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	認知症カフェ、認知症デイをはじめとして、関係者と連絡を密にしています。日頃より情報交換を行っています。	同法人の認知症カフェや認知症デイサービスの開設や運営について、市担当者とは相談しやすい関係になっている。開所当時から市の広報紙にも掲載してもらい、市民に周知が図られている。また、市の担当職員は、事業所のアイデアを前向きに取り上げてくれる等、良い関係が出来ている。	
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	安全面の確保を必要とする状況のみ玄関を施錠しています。外出したい時はいつでも外出援助できるように心がけています。	日中は玄関を施錠していないため、入居者は自由に外に出られるようになっている。しかし、夜間帯は、昨年の障害者施設の殺傷事件の影響から運営推進会議でも取り上げられ、入居者の安全のために玄関を施錠している。日頃の言葉掛けについて、入居者の行動の制限になっていないかどうか、振り返る機会を持っている。	
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等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	入居者の身体に傷があった場合に記入するために作成した発見ノートは習慣化され職員間の意識づけがされてきました。施設内外の研修で虐待について学び周知しています。		

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
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	管理者等は権利擁護や成年後見制度について折に触れ職員に説明しているが理解は不十分である。必要に応じて学ぶ機会を持ちたいと思います。		
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	契約の内容、改定については文章を用い、直接利用者や家族と個別で面接を行い説明しています。		
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	利用者や家族等は思ったことを話せるよう事務所に場を設けています。運営推進会議では要望を伺い、職員間で共有し要望に沿えるように取り組んでいます。また、今後はアンケートを実施していきたいと考えています。	家族による月1回の病院受診時や、利用者の日用品の納入等時に意見や要望を聞いている。家族が事業所に自然に訪問出来るように、意図的に入居者の日用品のお願いをしている。	
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	管理者と職員で年2回個人面談を行い、意見や提案聞く機会を設けています。また、職員からの意見を反映させるためのシートを用いています。	管理者は年に2回、個人面談を行い、職員の意見や要望を聞いている。日常の支援方法について、全職員からアイデアを出してもらい、実践し反省する等のPDCAサイクルを活用した支援が行われている。	
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	職員の家庭の事情等を考慮したシフト作りをしています。また、管理者と職員との面談では職員が考えた目標を共有できるようにしています。		
13		○職員を育てる取組み 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	ホーム内研修では毎回職員が交代で講師となり、職員間で勉強する機会を設けている。また、退社10分前に職員間で1日の振り返りを行っている。		
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組みをしている	県内のグループホームと医療連携や看取りへの取り組み、地域での取り組み等相互訪問し意見交換を行っている。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	本人の生活へのこだわりや不安に思っていることに対して傾聴する姿勢を大事にしています。本人の気持ちを尊重し思いを受け止めることで信頼関係を築いていける様に努めています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族のニーズをケアプランに反映し少しでも不安な事が軽減できるよう要望等を遠慮なくお話頂けるような関係づくりに努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	ケアマネと連携をとり本人と家族のニーズを見極め対応できるように努力しています。		
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	職員は入居者の方と共に生活していく中で入居者の方に教えていただく場面があり暮らしを共にする物同士の関係を気付いています。		
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	毎月郵送している日用品リストに1か月の生活の様子を記入して知らせています。また家族が来訪したときには現状報告し要望やご意見がないか確認しています。もし、共に外出したいなどの要望がある時にはその要望に応えています。		
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	入居者の家族等や友人が来訪した際にはお茶を出して居心地良く過ごせるように配慮し、馴染みの人との関係が途切れないように支援しています。	家族が同伴して入居者の思い出の場所や親戚宅へ外出している。地域のイベントに参加して友達と話し合う機会をもって、馴染みの関係を継続支援している。	
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	入居者同士がコミュニケーションをとりやすいように席を配慮しています。日常生活の中で出来ない事を出来る入居者がお手伝いして下さる傾向を作れるように支援しています。		

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
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	入院となっても面会に行ったり、他施設希望がある場合は家族と一緒に探し協力しながら支援しています。また、退去されたご家族に行事の手助けをして頂けるように連絡し交流を図っています。		
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	入居者一人ひとりの生活、暮らし方を把握すると共に言葉だけではなく表情や行動パターンを観察しながら本人の要望を組みとっています。	入居者一人ひとりの情報を家族等に細かく記載してもらうシートを活用して、日頃の情報を積み重ね本人理解に努めている。個々の入居者の一番活躍していた良い思い出を、職員と共有することで思いや意向を聞き出している。	
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	入居前に生活歴をしっかりと聴取し入居後も本人や家族より不十分なところなどを把握できるようにしています。		
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	一人ひとりがその人らしく生活できるように暮らしの現状を把握し出来る力、分かる力を発揮できるよう現状の把握に努めています。		
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	本人、家族の意見や要望をもとにカンファレンス、モニタリングを行い常に本人の状況把握し変化があればそれに応じてケアプランを変更しています。	アセスメントシートを中心に記録し、入居者一人ひとり細かく支援内容を検討し実践している。モニタリングはその都度行い、どのような方法が一番入居者に適しているのかを考えて取り組んでいるため、統一したケアが実践されている。	
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	介護計画をもとに個人ケース記録を記入し業務日誌、連絡ノートを職員全員が目を通し情報を共有している。業務後には一日の振り返りをしケアの実践、結果などを報告し合い介護計画の見直しに活かしています。		
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	家族に代わる受診代行や医療連携体制加算による24時間の連絡が可能です。また家族等が来所時に食事を希望した際には提供を行い入居者の方と食事を一緒にされています。		

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
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	ボランティアの踊りやお茶会の参加また地域消防署の協力による避難訓練なども体験して頂き安全に楽しく暮らせるように支援しています。		
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	ご家族の協力も得ながらかかりつけ医の受診を行っています。細かい情報が必要な場合には日々のバイタル状況や排泄、食事、水分状況等を記入し主治医へ渡してもらっています。また状況に応じて職員も同行することもあります。	家族の協力を得て、かかりつけ医を継続して受診している。遠方に住んでいる家族には職員が受診の対応をしている。また、医療連携体制を取り入れ、週1回は訪問看護が来て入居者の健康状態を把握している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	普段の様子を把握し状態変化に気づいたら速やかに訪問看護師、看護職員に報告し指示を受けるようにしています。		
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、また、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。また、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。	入院中には面会に行き経過状況を病院関係者から情報を収集したり長期入院時にはカンファレンスを行うなどして情報交換を行っています。退院したばかりの間は受診の支援もしています。		
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	看取りに関して施設として出来ること、出来ない事の説明は家族にしています。ご家族の意向を確認し医療的な処置が必要な場合には病院での治療を進めています。急変時には家族に連絡し意向を確認しています。	看取りについて事業所は本人や家族や関係機関との話し合いの中で決めている。現在、難病で胃ろうを造設している入居者がいるため訪問看護の看護師が、1日3回処置や状況把握のため訪問している。	看取りについて、訪問看護や往診の医師、家族の協力も含めて、実践に基づいた、職員の対応マニュアルの整備に期待します。
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	事故、急変対応マニュアルを作成し施設内の研修で訓練し実践力をつけています。また今年度入居者の身体状況に変化に合わせてマニュアルの見直しと変更を行いました。		
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	昨年の自然災害を教訓にしてマニュアルを作成して中です。断水に備え翌日まで水槽の水をためておいたり飲料水や食料品などを倉庫に備蓄しています。	昨年の他県での水害被害もあり、現在、事業所の水害等のマニュアルを作成中である。災害対策では、消防署の福祉施設向けの講習会に積極的に参加している。そこで、職員が最優先に行うことは入居者の避難誘導であることを学び、実際に事業所近くに住む職員を対象にした応援駆け付け訓練を実施している。	地震や水害時に、職員はどう動くのかマニュアルの作成中とのこと。早期作成を期待します。

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	プライバシー保護のため、排泄、入浴、更衣の際に細心の注意を払い、居室入居時にも了承を得ています。	利用者の人格を尊重した意識から、毎日、職員の振りかえりの時間があり、日勤者が良かったことや対応が難しかったこと等の状況を報告している。申し送りでは、入居者のプライバシーの配慮から、利用者の個人名ではなく部屋番号で伝える工夫をしている。	
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	思いや行動に対して制限することなく自由な生活ができるように支援しています。また、本人の希望や思いの表出を見逃さないように心がけています。		
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	個別支援を念頭に入居者一人ひとりのペースに合わせて支援しています。		
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	毎月1回ヘアカットボランティアに来てもらい整容に気配りし気分転換を図っています。		
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	家庭菜園をしている近隣の方や家族から旬のやさいを頂いた時はご入居者の方と食材を使ったメニューを考え調理しています。また職員も一緒に摂り共に食事を楽しむことで食欲アップを図っています。	献立は職員が1週間交代で作成している。3日に1回、職員と入居者で近くのスーパーへ食材の買い出しに出かけている。入居者は、野菜の細断やテーブルを拭いたり下膳したり等、出来ることを行っている。入居者と職員がテーブルで一緒に同じものを食べることで、会話の広がりや入居者の状況を把握できる機会にもなっている。	
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	毎日3食の食事量、水分量をチェック表に記入し管理しています。個々の状態により食べやすい食事を提供したり、とろみアップやスポーツ飲料を利用し水分確保できるように支援しています。		
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	毎食後必ず声かけし口腔ケア実施しています。仕上げ磨きすることで口腔の確認をし異常があれば歯科受診に繋がっています。		

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
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向けた支援を行っている	リハビリパンツ、パット使用者にも排泄感覚の把握、排泄サインを察知し、一人ひとりの身体機能に応じて排泄誘導の声かけに配慮しトイレでの排泄を行っています。	排泄表に排尿、排便、水分摂取量等を記録している。便秘症の方がイライラしている時に、精神疾患によるものではなく排便がしばらくしないのが原因であることが得られるなど、排泄表から入居者の行動や言動を分析するツールになっている。	
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	日々の水分適正補給に努めています。体操、歩行を促し蠕動運動がスムーズに行える様配慮しています。不穏、発熱、腹痛などの体調の変化があった場合には便秘の有無を確認しています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	健康状態を確認しながら本人の希望に応じた入浴を行っています。入浴できない時は清拭などを行い清潔保持に努めています。	午前、午後に入浴支援を行っている。入浴拒否の強かった方に対し、入浴の1時間前に「〇〇時間から入浴です」と記載したカードを渡すと、その時間に自分から浴室へ行き入浴することに成功例がある。	
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	快適な睡眠のために適度な暗さと適切な室温管理をしています。寝具類、衣類を清潔にすることで気持ちよく眠れるように日中はいつでも居室で休めるように環境を整えています。		
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	名入りの薬ケースに朝、昼、夕、就寝前それぞれ分けて薬を入れています。服薬時には必ず誤薬を防止するためWチェックし飲み忘れがないように服薬の有無を記入しています。薬の変更あるときは状態変化を記録し情報を記録しています。		
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	個人の能力を引き出せるように支援しています。無理強いすることなく役割を持っていただき、張りのある生活を送って頂けるようにしています。気分転換が出来るようにいつでもドライブなどの外出が出来るように支援しています。		
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	日常的な食材の買い出しには入居者が交代で職員と出かけています。家族の協力を得て病院受診後に外食したり自宅で過ごす時間を設けています。可能な限り本人の希望に添えるように支援しています。	食材の買い出しに職員と入居者で出かけたりして、歩く機会を作っている。近所の方も顔見知りになっており、挨拶する間柄になっている。近所の温泉に職員と入居者数名で外出することがある。入居者の体力低下に伴い遠方の外出は難しくなっているが、それでも今年度はバスで那須方面への外出予定がある。	

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
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	「お金を持っていたい」という入居者には家族と相談し数千円程度所持してもらっています。外出行事や買い物の際には好きな物が買えるように支援しています。		
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	自ら電話したいと希望される入居者には電話を繋いでいます。暑中見舞いや年賀状に入居者のメッセージを添えて送りたいと考えていましたが実行には至っておりません。		
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	共用空間は明るく広く換気や遮光に配慮されています。フロアからは小学校の桜や花壇が見え季節の草花を見ることが出来ます。季節感の演出はフロアの壁に飾りつけを行い四季感や季節のイベントへの気付きとしています。	共有空間は清潔で、毎日、朝食後に職員と数名の入居者がモップ掛けを行っている。掃除後は、入居者同士でソファで一休みすることが1日の流れとなっている。壁には利用者が作った作品を掲示し、和やかな雰囲気を出している。	
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	廊下に設置しているソファは気の合った入居者同士のコミュニケーションの場であったり、自分から座るなどして独りでくつろげる居場所になっています。		
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	入居者の使いやすさや動線を考え本人や家族と相談して決めています。居室は心が安らげるよう利用者の思い出の品や使い慣れた物を置いて居心地良く過ごせる工夫をしています。	入居者の心身の状態に合わせて、居室のレイアウトを変更している。居室内には本人の愛着のあるものを飾る等、本人にとって居心地の良い空間となっている。	
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」や「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	廊下やトイレ、浴室に手すりを付け、立ち座りや移動の自立を図り安全に行動できるように支援しています。		