（別紙4）　　平成　24　年度

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	0972600399		
法人名	社会医療法人　恵生会		
事業所名	グループホーム　桜野		
所在地	栃木県さくら市桜野1297番地3		
自己評価作成日	平成24年12月26日	評価結果市町村受理日	平成25年3月18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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=09

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	社会福祉法人栃木県社会福祉協議会
所在地	栃木県宇都宮市若草1－10－6
訪問調査日	平成24年2月19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）】

1. 運営方針である「穏やかで安らぎのある暮らし」「自立した生活」が営めるよう、まず利用者様の「意思」「今の思い」を大切にしている。その為にも、利用者様個人を尊重し、話を伺い、共感し「生活のパートナー」とまれるよう心がけている。
2. 隣地に、同法人の病院、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、老人ホームがあり、医療、介護に対する教育を一貫して実施、個々のスキルアップを図り、サービスの向上に努めている。また、利用者様に状態の変化があった時は、法人全体としてのバックアップ体制がある。
3. 健康管理、感染対策は法人全体で共有、医療施設同様の対応を実施している。
4. 入居者様の高齢化が進み、個々の能力に応じた支援を実施している。

【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）】

隣地には同法人の病院・介護老人保健施設・訪問看護ステーション等がある。事業所ごとに役割を持ち、地域への貢献度向上を目指している。強いバックアップ体制により、職員も安心して利用者の心情を深く把握した支援が出来ている。職員のアイデアにて手作りの絵合わせパズル等を作成し、アクティビティケアに力を入れたり、習字や作品作りを通して個々の活力を引き出す支援をしている。以前は畑仕事が出来ていた利用者も高齢化のため難しくなってきたが、敷地内の畑では、利用者が収穫の手伝いが出来る野菜を作り、ホームで利用する他、近隣住民にもおすそわけして、良好な近所付き合いが続けられる様に努めている。

Ｖ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
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
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
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

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 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	「穏やかで安らぎのある暮らし」「自立した生活を営むことが出来る援助」を目標に、あげ年2回の人事考課面接時等、理解を確認共有することにより、利用者様の生活を主体とした介護支援を実施している。	運営の方針と行動指針をキッチン脇に掲げ、常に振り返っている。また、年2回の人事考課面接においても理解の確認を共有しながら支援に取り組んでいる。利用者の変化により、理念も変えていく余地があると考えている。	
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	近隣の幼稚園児、保育園児と定期的に交流、また各種ボランティアを積極的に受け入れている。年2回の避難訓練では、参加、協力を呼びかけている。隣、近所には、畑の収穫物を配布している。	中学生の職場体験を通して認知症に対する理解・介護等の実践の場提供や、幼稚園・保育園児・ボランティア等を積極的に受け入れ交流を図っている。またホームの畑の収穫物を配布したり、散歩時の挨拶等をする等地域の一員として取り組みをしている。	
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	中学生の職場体験等、学生の認知症介護を学ぶ人々の実践の場として提供している。		
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	市職員、地域の区長、民生委員、家族様ボランティア代表、元家族様を構成員とし、各種の行事、取り組み、入居状況を報告、さまざまなアドバイスを頂き、サービスの向上に努めている。	民生委員・市職員・地域の区長・家族・ボランティア代表・元家族等がメンバーとなり年3回開催している。会議では、事業所からの取り組み状況や課題等の報告をし、参加メンバーから質問・意見・要望等を受け双方的な会議としてサービスの向上に努めている。	ホームとしては家族全員の参加を促しているが難点もある。曜日等を検討したり、テーマを決め消防署・警察の方々や看護師や同法人の理学療法士等に参加してもらい、家族参加を促す等相乗り効果に期待したい。
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	入居状況報告等、ホームの現状を報告制度上の情報提供や、アドバイスを頂いている。また、広報誌、パンフレットを置かせて頂き、入居希望者の紹介を依頼している。	ホームの実情やケアサービスの取り組み等を折に触れ報告し、アドバイスや情報等をもらっている。また、広報誌、パンフレットを配置してもらったり、入居希望者の紹介等をお願いしたりして、市とは連携を密にしながら協力関係を築いている。	
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	全職員が身体拘束による弊害を理解している。利用者様の自由を尊重する観点から日頃から、職員間で確認し合っている。　玄関の施錠も、夜間のみとしている。	全職員が身体拘束による弊害を理解し、身体拘束に該当する行為等の共通認識を図り抑圧感のない暮らしの支援に取り組んでいる。日中は玄関の施錠はせず、外出しそうな利用者とは一緒に周囲の散歩をする等の工夫をしている。夜間は防犯上施錠している。	
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注意を払い、防止に努めている	なにが虐待にあたるのか、パンフレットを用い、職員間で確認し合っている。　入浴時は、全身観察を行い、異変の確認をしている。		

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
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	職員は法人内老健の勉強会参加、、ある程度理解していると思う。個々の事例に対しては、家族様と一緒に問題解決できるよう管理者が対応している。		
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	今年の改定時は、家族様個々に説明をさせていただき、理解を頂いたと認識している。通常、相談時より契約内容、重要事項を説明し、納得を頂いたうえで申し込みを、お願いしている。		
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	全ての家族様に対し、運営推進会議、各種行事の予定をお知らせし、参加、協力をお願いし、コミュニケーションを図り、意見を言いやすい環境を作り、出来るだけ多くの意見を頂ける様に努めている。	運営推進会議や各種行事等において参加頂き、協力等の中でコミニュケーションを図り、いただいた意見等を反映させている。また利用料支払い時、家族が来所の際は心情を察しより多くの意見や要望を出してもらえるよう配慮している。出された意見・要望等は前向きに受け止め、職員会議等で話し合い運営に活かしている。	
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	常に個々の意見を受け入れるよう努めている。随時職員会議を開催し、職員全体の問題として、共有している。管理者権限を越える内容のものは、運営者に上申し、迅速な対応をしている。	管理者は随時、職員からの意見・提案を聞くよう心掛けている。直接言いづらい事などはユニットリーダーが吸い上げ現場の意見等の把握に努めている。職員会議等にて話し合い、運営に反映させている。	
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	年2回の人事考課を実施。自己評価をもとに面接を行い、納得できるまで話あっている。また、個々に来期の目標を設定している。		
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	個々の研修記録を作成、スキルに合った研修を選択している。 また、法人内において、集合、分散教育があり、参加者を選択している。いすれの研修も、伝達、回覧をし全員で共有している。		
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	管理者は、市職員だけでなく、同業者と積極的に情報の交換をしている。職員も、研修会等で得たネットワークを活用し、相互の情報交換をしている。		

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
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	相談時より、問題を明確にし、当所において、出来る事、出来ない事を明確に説明し、理解して頂く様にしている。相談には出来だけ、本人様に同席していただき、その他複数回、見学に来ていただいている。		
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	上記同様の対応で、納得して頂いたら申し込みをしていただくようにしている。		
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	法人内病院、老健のバックアップ、また必要とするサービスが利用できるよう、他サービス事業所の紹介、連携に努めている。		
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	運営方針通り利用者様を主体に、生活を共にするパートナーと思い、信頼関係を築いている。何年も生活を共にすることで、自然な姿を職員も受け止めている。		
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	体調の変化等、細かに情報の提供を行い出来るだけ面会に来ていただけるよう依頼している。また、毎月の行事は事前にお知らせし、参加を依頼している。		
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	居室は自分の家として利用して頂いている。面会、外出、外泊は自由である。気候のいい時期は、出来るだけ外出の計画を立てている。家族様の面会時は、希望により食事を一緒出来る体制をとっている	事業所を利用していても、今迄の生活の延長線上であるよう、知人等は家族と一緒に来所して頂いたりしている。高齢化に伴い馴染みの人が減っていく中、友人・知人に年賀状を出したり、電話をかけたりしてつながりの継続支援に努めている。	
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	一人、一人の時間、生活のリズムを大切にしながら、自由に利用者様同士が関わりあえるように見守りを行っている。		

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
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	何時でも相談できる体制になっている。必要に応じ、他事業所の紹介を、連携することもある。 元利用者の家族様に、運営推進会議の委員になって頂いている。		
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	本人様の「今」を大切にしている。そのために、一緒にお茶をいただく等の、コミュニケーションの時間を大切にしている。 家族様の面会時に情報を頂くこともある。	これまでを良く知っている家族等から情報を聞き入れたり、日々の行動や表情から職員も一緒に話しをしながら、希望・意向の把握に努め支援している。また、意志疎通が困難な場合は、更に知人・家族等からの情報を基に本人本位に検討している。	
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、生活歴を中心に、家族様、他事業所より、情報の提供を受け、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	生活記録、申し送りノート、健康チェック等を利用し、状態の変化を把握、情報を共有している。また、家族様に対しても、蜜に連絡を取るようにしている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	入居時仮の計画書を提示させてもらっている。本人様の希望が明確であれば、本人様本位の計画書になっているが、認知症が進んだ方は、家族様の意向を汲んだものとなっている。	アセスメントとモニタリングを繰り返しながら、本人・家族のニーズを踏まえて6ヶ月毎の見直しをしている。また状態に応じた随時の見直しを含め、家族等に報告をして了解を得ている。	
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	生活記録を、ケアプランついてと、それ以外とを、併記できるようにし、情報を整理し、情報を共有しやすいようにしている。		
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、その時々に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	利用者様の状態の変化に応じ、家族様と連携し、法人全体としてのバックアップ、また、希望があれば、他サービスの紹介も行っている。		

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
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	市役所、ボランティア様を通し、地域資源の把握を行っている。本人様の望む暮らしを支援するために、必要時は地域に働き掛けをするようにしている。		
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	主治医は本人様、家族様の希望で決定している。通院は原則家族様対応となっているが、家族様の希望で、サービス業者に依頼することもある。	本人家族の馴染みのかかりつけ医での受診を支援しており、通院も家族対応にて行っている。時折家族希望においてヘルパー等に依頼している。情報の共有はコピー等や口頭において把握している。また、眼科・歯科等も家族の選択医において対応している。	
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	各ユニットに看護師が配置されており、ちょとした変化でも相談しながら、早期対応出来るよう健康管理に努めている。		
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。	看護師を中心に、管理者も関わり病院と連携を取り、情報の共有に努めている。		
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	出来る事、出来ない事を明確にした上で、出来るだけ本人様、家族様の希望に沿う方向で、支援出来るよう努めている。また、法人全体としてのバックアップ体制も出来ている。	重度化や終末期に向けた本人及び家族の意向を踏まえながら対応方針の共有を図っている。ホームの力量を考慮しながら、法人全体と連携し、状況の変化において話し合いを繰り返しながら利用者・家族の希望に沿った支援に取り組んでいる。	
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	緊急連絡網も含め、緊急時の対応マニュアルを作成してある。		
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回消防訓練を実施している。隣近所の方には、参加、協力を依頼しているが、あまり参加が無い為、広域的な災害の時、何処まで協力を得られるか問題である。	通報訓練と避難訓練を年2回消防署立ち会いのもとで行い、緊急連絡網と緊急時の対応マニュアルを作成している。近隣住民に参加依頼をしているが難しいのが現状であり、畑の収穫を一緒に行う等協力体制を作りながら連携に繋げていける様考えている。	

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
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	年長者として敬意を払い、禁止行動、使用禁止用語、エチケット集、基準となる言葉をもとに、接遇に対する意識を高めている。また、お互いに注意できるようにしている。	利用者一人ひとりの権利を保障し、人格を尊重する事が対人援助の基本原則として心得ており、5つの禁止行動・13の使用禁止用語・エチケット集等の3原則を基本に、目立たずさりげない言葉かけや、自己決定しやすい言葉かけに取り組んでいる。	
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	毎日の衣服は本人様が好みの物を選択している。一緒にお茶をいただく時間を作り、コミュニケーションを取りながら、本人様の思いを見つけ、出来るだけ思いに添えるよう努めている。		
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	共同生活の流れの範囲で、個々の生活のリズムを個性として受け入れている。食事等も、本人様のリズムのなかで摂って頂いている。		
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	服装は清潔を心がけ、本人様の好みに合った身だしなみをして頂いている。理美容は原則家族様対応でお願いしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	メニューは出来るだけ一緒に考えるようにしている。食事作り、配膳、後片付けも、出来る方には、一緒にやっていただいている。	食材は職員が買い出しにて、基本的に1ヶ月の献立表を基に作成しているが、利用者の摂取量を把握し、好み等を聞きながら支援している。利用者の状態に応じて、カロリー制限や、御粥・キザミ食・トロミ食等の対応を配慮しながら、職員も一緒に食している。毎朝の味噌汁を作る事が日課となっている利用者もいる。	
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	毎日のお茶の時間にに限らず、水分補給に努めている。献立については重複しないよう記録を残し、また、利用者様の状態により、カロリー制限、お粥、キザミ、トロミ等の対応をしている。		
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、自分で歯磨きが出来る方は自分で、義歯の方は取って洗浄を実施。また食後には、水分を多く摂っていただき、食物残渣がないよう心がけている。		

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	個々の排泄パターンを把握し、声かけ、誘導を行っている。オムツ使用に関しては、ケア・アドバイザーの指導を受ける事もある。また、排泄の失敗時には、プライドに配慮し人目に触れないように努めている。	基本的にトイレでの排泄を可能にする為に利用者の生活リズムに沿った支援をしている。夜間は状態に応じてオムツ等や、ポータブル使用を促がしている。睡眠を妨げない支援に努めている。また、排泄失敗時にはプライドに配慮し、さりげない支援に努めている。	
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	水分補給に努め、食材に食物繊維の多い食材を使うなどの工夫をしている。日常活動のなかで、出来るだけ身体を動かし、身体機能の維持に努めているが、薬剤を使用しコントロールすることもある。		
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	入浴は希望により毎日可能。バイタルチェック後実施している。一部入浴を拒否する方もいるが、その時々の職員間の連携で入浴していただいている。	入浴は希望に応じて毎日可能であるが、概ね週2回程度であり、13:00頃から状態や希望に応じて支援し、18:00頃までの時もある。一部入浴拒否の利用者もいるが、職員の連携において会話や声かけをしながら支援し、入浴後拒否利用者から気持ち良かったとの声もきかれ、一人ひとりに入浴を楽しんでもらっている。	
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	日中レク等で、生活にメリハリをつけるようにしているが、参加の強制はしない。観察により、疲れが見える時は、日中でも休んでいただいている。		
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	基本的に職員管理となっている。内服時本人様に手渡し、確実に内服できたか確認する。		
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	家事を通し出来る役割を果たし、その人の持っている力を、活用できるよう支援している。また、天気のいい日には、出来るだけ外に出ていただいたり、レク等を実施している。		
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	買い物や散歩等、職員と家族様が連携して実施している。気候のいい時期は、バスハイクを実施、行き先は、入居者様と相談し決めている。	短時間でも戸外に出る機会を作り、買い物や近隣の散歩等、家族と連携しながら出掛けている。気候に応じて、バスハイクを実施し、行く先は意欲や自立を保つためにも利用者の声を吸い上げ決定し、外出を楽しんでもらっている。	

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
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	職員、家族様の付き添いにて、好きな物を買いに行けるよう支援している。		
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	家族様の希望で、電話を止められている方もいるが、基本的には自由に使用できるようになっている。		
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	玄関はユニット毎になっている。居間は自由にお茶が飲め、TVが観られるようになっている。壁には行事の写真、作品等を掲示季節感を出すよう心がけている。臭気に対しては、清潔を心がけている。	中庭を挟んだ各ユニットは自由に行き来が出来る。利用者の書いた習字や作品等が掲示され、季節感を感じられる。一段高くなったスペースに掘りごたつがあり食事を楽しみ、お昼寝も出来る。不快な臭い等も無く居心地の良い空間作りがされている。	
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	入居者様のくつろぎの場となっている居間は、廊下に縁台、椅子、テーブルを配置し自由に使用できるようになっている。		
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	入居時、タンス、寝具等使い慣れた物をそのまま使用することを勧めている。写真を飾る、仏壇を持ち込むのも自由である。	自宅との環境のギャップを感じさせない工夫がされており、仏壇・こたつ・たんす等を持ち込んでいる利用者もいる。入口に本人手書きの名札を掲げている利用者もおり、それぞれに安心して過ごせるプライベートの部屋づくりがされている。	
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	できるだけ自立した生活が営めるよう、居室入り口に目印や、トイレは大きな文字で標示する等の工夫をし、声かけ、見守りで過ごしていただき、できるだけ体力の低下を防ぐようにしている。		