

### 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	1290100021		
法人名	株式会社ツクイ		
事業所名	ツクイ蘇我サンフラワ-		
所在地	千葉県千葉市中央区南町3-3-15		
自己評価作成日	平成24年3月7日	評価結果市町村受理日	平成24年4月23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	<a href="http://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do">http://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

#### 【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 日本高齢者介護協会		
所在地	東京都港区台場1-5-6-1307		
訪問調査日	平成24年3月17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)】

御陰様で、当事業所も開所し、5年と半年が経過いたしました。開所当時は、介護度も平均「2」位でしたが、現在は、「3.5」。平均年齢も88歳位です。そこで、今私達が一番に力を入れている事は、医療連携体制の構築です。入居者様の状態も常に一定ではありませんので、日々の変化に十分気をつけ、昨年9月から職員に加わった看護師とも連携し、入居者様を支えております。また、地域密着サービスとしての役割でもあるボランティアの受入れや、地域の活動に参加する等を心掛けております。その上で、お一人お一人の個人を尊重したケアを、スタッフ全員が行っております。

1. JR蘇我駅から徒歩7分の街中に立地し、訪問、買物、通院等に便利です。
2. 入居一時金、食費等が相場に比べ安いので、家族に安心感を与えます。
3. 利用者の健康管理に力を入れており、歯科医が毎週訪問し全員を診療をし、職員が食後の口腔ケアをしています。利用者に応じて病院を使い分けしており、近くの認知症に詳しい病院を紹介して家族から感謝されています。看護師が週1回訪問しバイタルチェック等健康管理に努め、利用者は日頃口腔体操、リハビリ体操、散歩等行っています。
4. 重度の利用者が多いにも拘らず、家庭的雰囲気の中、皆さん明るく元気に過ごしています。

#### 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/>	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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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	基本理念を念頭に入れホーム全体が一つの家族の様に思ってもらえる様スタッフと共に支援に取り組んでいる。	基本理念「海・自由・笑顔・ゆとり・地域・家族」を掲げ、ユニット毎に地域密着型サービスの意義をふまえた目標を作成しています。職員は、打ち合わせ時に確認・共有し、日ごろのサービスで既に実践しています。	
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人として日常的に交流している	各種のボランティア(主に傾聴ボラ)を受け入れている。学生ボランティアの方も来て頂いている。	自治会に加入し、地域行事には積極的に参加しています。ボランティアを受け入れたり、散歩しながらゴミ拾いをしたりして地域に貢献する活動もしています。自治会長が運営推進会議に参加し、地域の情報を教えてくれる等、着実に地域に根ざして来ています。	より一層地域に根ざすために、今後地域に貢献する活動(介護相談室の開設、介護についての説明会、余った介護機器の無料貸し出し等)が期待されます。
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、地域の人々に向けて活かしている	クリーン活動として散歩時を利用しホーム周辺の清掃活動(ゴミ拾い)を行う様にしている。運営推進会議にてご家族とは認知症の理解を深める様話し合った事もあるが、地域の人が相談に来て頂ける様な環境作りを課題としている。		
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	2ヶ月に1回実施している。自治会長・あんしんケアセンターの方にも参加して頂いている。参加出来ない家族にも議事録を渡し報告している。	会議は、年6回、地域包括支援センター、自治会長、家族、職員で開催しています。議題は、ホームの状況報告、行政の実地指導報告、医療連携体制の説明、外部評価、自治会からの連絡等で、皆さんで意見交換し、サービスの向上に役立てています。	
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に取り組んでいる	必要に応じて、市の担当の方に連絡し直接会って相談する様にしている。市の集団指導や講座等にも参加する様にしている。	市担当には、必要な都度報告、相談しています。又地域包括支援センターには、運営推進会議の場で情報やアドバイスを貰っています。	
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	身体拘束は行っておらず、ケアの面でも常に身体拘束にならないかミーティングを行い周知に努めている。	車の交通量の多い通りに面しているため、玄関はオートロックにしていますが、運営推進会議で了解を得ています。また、身体拘束排除の方針として掲げ、職員は随時社内外の研修を受け、物理的及び精神的拘束の無いよう努めています。	
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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	全体会議において研修を行ったり、日々のケアの中でスタッフ間で注意しあって虐待にならぬ様にしている。今後も研修等行っていき、意識を深め防止に努める。		

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	現在1名の方が利用しており、その方々にも運営推進会議に参加して頂いている。 今後も制度について学び理解し、後見人とも連携し活用していきたい。		
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	見学時等において、要望があれば事前に説明したりする事もある。 契約時については、資料を用いて分かりやすく説明をする事を心がけ納得して頂いた上で契約を締結している。		
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	要望や相談・苦情については早く改善出来る様努力している。	家族の訪問時や運営推進会議で要望を聞き、食事量のコントロール、歩行訓練の実施、オムツ代の給付申請、居間で皆と過ごす時間を増やす等を実施しています。職員に「お任せします」と家族が答える場合には、利用者の思いに応えるように努めています。	
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	個人別ノートについては運営推進会議で説明するも、ご家族側の意見として「書くのと直接言葉で伝えるのでは受け取る側も伝える側も意味合いが違ってしまう事もあるのでは…」との事にて無くて良いとの事となり、実施はしていないが面会時や状態変化時等連絡をし相談したり意見を伺う様にしている。	管理者は、毎日の業務の中及び職員会議で意見を聞き、運営に反映させています。実施例としては、休憩時間の取り方、入浴専門担当を作る、1・2階職員の入れ替え等があります。	
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	各階でのカンファレンス・ミーティングは毎月行っている。その他随時話し合える環境を作る様にしている。 就業規則がいつでも確認出来る様、1階事務所にファイルを設置している。		
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	社内・社外の研修に出来る限り参加出来る様に取り組んでいる。 新人研修についても、社内で行っており参加して頂いている。		
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	千葉県GH連絡会に参加し情報交換をしたりと繋がりが持つ様にしている。 勉強会等にも参加する様心がけている。		

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
<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	面談時等において、本人から伺える状況であれば本人の意向や考え方等話を聞き、どうしたいのかという事も理解する様にしている。 又、伺える状況でない場合は周囲の方々から情報収集し、本人とも何らかの形でコミュニケーションを取る様に努めている。		
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	家族の立場の話を良く聞き、本人との関係性や状況等も含めて受け止められる様に努めている。 話しやすい雰囲気・環境作りも行う様にしている。		
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	相談や見学時等において現在の状態・状況・利用しているサービス等確認を行った上で家族(本人)と相談・検討しながら対応している。		
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	スタッフ自身が介護するという立場に自らを置かず、共に生活する家族の様に入居者と助け合いながら生活をし、常に人生の先輩であるという事を認識している。		
19		○本人と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	常に何かあった時には連絡をし相談しながらケア等も考える様にしている。		
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	本人から得た情報や家族の方から得た情報を基に、スタッフ間で話し合い写真等必要な時は家族に依頼する様にしている。	家族はもちろんのこと、たまに親戚の方も来訪し歓談しています。孫の訪問を楽しみにしている利用者もいます。家族と墓参りに出かけたり、利用者の希望で遠方の故郷に家族と外出したりしていますが、今ではこのホームが一番の馴染みの場所となっているようです。	
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	お互い初めての事なので、まずはスタッフが間に入り自然な形でお互いコミュニケーションを取れる様な環境作りをしている。 レクリエーションや行事を取り入れる事でより緊張しないで打ち解けられる様に配慮する。		

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	退去後にも問い合わせ等あった場合は対応する様になっている。 現在は無いが、以前は何度か連絡があり話を聞き相談に応じた事もある。		
<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	日常生活の中でコミュニケーションをとりながらヒントを探し出したりする事もある。自分だけではなく、他スタッフの情報も貰い把握出来る様にしている。	書道の好きな方を中心に、月1回「書道の日」を設けています。利用者一人ひとり書きたい文字を書くので、廊下の壁面には漢字やひらがなの様々な作品が貼られています。花が好きな利用者には、職員と共に花を買いに出かける等、利用者の希望に応えています。	
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	面談時において、本人や家族から今までの様子・生活歴などを聞いている。 病院等にいる場合は、担当のケアマネや相談員の方からも話を伺っている。		
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	入居直後は、情報を基にコミュニケーションをとりながら把握し観察を行いスタッフ間で共有し、個別に応じたケアが出来る様に取り組んでいる。		
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	3ヶ月に1回モニタリング・カンファレンス実施している。状況に応じて随時カンファレンスを行う事もあり、スタッフの意見をどんな時でも聞く様に努力している。家族の面会時にも話が聞ける状況であれば伺う様にしている。 アセスメントを基本としセンター方式も情報収集の為に使用している。	介護計画は本人や家族の意見を反映し、計画作成担当者を中心に職員と共に作成しています。3ヶ月に1回見直す他、体調変化時や特変時には速やかに見直しをしています。	家族アンケートの結果、家族に「介護計画」のあり方について説明する必要があると思われます。また、事前に電話やFAX等で「聞きたい内容」を伝え、利用者及び家族の思いを一層適切に把握する努力が望まれます。
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	記録については小さな変化でも残す事に意識している。他スタッフの気づきにも目を通し共有出来る様にしている。カンファレンス等にて話あった事も含めてケアプランに反映し活かす様にしている。		
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	日々の変化に気づいたらスタッフ間で情報を共有し、新しい問題等においてもミーティングを行い改善に努める様にしている。		

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
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	1名ではあるが地域の公民館でのコミュニティ(生け花)に参加され本人が楽しめる様に支援している。 個人の状態によってだが、要望があれば出来る様に取り組んでいきたいと思う。		
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	入居時において、家族・本人の希望を確認しています。 入居後の状態変化等においては家族と相談の上状態に応じた病院も検討して頂いたり相談した上で決めております。	月に1回内科医の訪問診療があります。入所前からかかりつけ医がいる方は、通院に家族が付き添っています。加えて、看護師が週1回来訪し、健康面でのチェックを行い、必要に応じ対処しています。また、歯科医が週1回訪れ、虫歯の治療、義歯の作成や調整等を行っています。	
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	H23年9月末より、看護師を配置している。 週1回来て頂いており、連携しケアに努めている。		
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。	入院時については、介護サマリーを作成し医療機関に伝える様にしている。 退院時についてはHPより退院の許可がおり次第受入れられる体制作りをしている。退院にあたって、HPの医師・看護師等より情報を頂きホームでのケアに活用している。		
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、事業所の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	現在対象の方はおりませんが、運営推進会議等で話し合う様にしています。H23・9月末より看護師が入り、今後体制作りに向けて取り組む次第です。	今後は看取りまで行いたいと考えています。「重度化した場合の対応に係わる指針」は作成されています。また、24時間体制で協力医療機関との連携が取れるように話し合う等、体制作りに取り組んでいる段階です。	利用者が終末期を迎えた時に動揺しない為にも、職員の更なる研修と、管理者と職員間での話し合いの場を増やすことが期待されます。
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	緊急連絡網を作成し、夜間対応に備えている。		
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	飲料水の備蓄はしている。 定期的に避難訓練を行っており(年2回)消防署にも指導して頂いている。	年2回、消防署立会いの訓練と自主避難訓練を実施しています。スプリンクラー、火災報知器、消火器が設置され、緊急時の対応表・連絡先が事務所に掲示されています。備蓄は、水以外は行われていません。	首都圏大地震も心配されているので、夜間想定の実践的訓練(担当職員の連絡、近くの職員の駆けつけ、避難誘導、貴重品持出し等)が望まれます。又備蓄は、数量・内容共に検討が必要です。

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>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	接遇マナーに気をつけ利用者一人ひとりに合わせたケア・声掛けを行う様にしている。	「個人尊重」と「顧客重視」を方針としてホーム内に掲示し、利用者を「さん」付けて呼ぶようになっています。トイレ誘導では他の利用者に気づかれないようにしたり、入浴時には肌の露出を抑えタオルをかける等羞恥心に気遣いをしています。	職員本人は悪気がなく言った言葉でも、認知症の方を傷つける場合もあるので、研修を受講させたり、管理者から随時注意を促すことが望まれます。
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	出来るか・出来ないか本人も判断出来にくい事でもまずは声掛けし、様子(反応等)をみて本人にあったケアを行う様心掛けている。		
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	日常生活において入浴時間・休憩時間等本人に声掛けを行い、本人の意思を尊重して決める様にしている。		
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	自分で選べる方については自分で行って頂き、必要以上に重ね着をしていないか等の点において配慮している。 スタッフ側で介助する人についても「どちらにしますか？」などと理解出来る範囲内で伺い対応している。		
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	ADL低下に伴い共に作ったりとかは困難になってきているが、食器拭きとか出来る事をみつけ共に行って頂く様にしている。	利用者は、自分から野菜を刻んだり味見等の手伝いをしており、職員は無理強いしない支援に努めています。食事時はテレビを消し、選曲のいいBGMを流す等、食事を楽しめる配慮をしています。普段は叶えられない利用者の希望には、行事食や年数回の外食で応えています。	
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	体重の増減等毎月体重測定を行い、場合によっては摂取量を調整する事もある。中には家族からの要望や主治医からの指示(飲水制限)もあり十分に注意している。		
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	毎食後必ず口腔ケアを実施している。 訪問歯科による定期健診も週1回(人によっては随時)行って頂いている。		

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	排泄チェック表を基に個別に合わせてトイレ誘導やオムツ交換を行っている。 リハパン・パットに失禁が無い様・減らせる様に支援している。	日中は少し早目の声かけにより、パッド使用の方の失禁が減ったり、時間で誘導してからトイレで用が足せるようになった方もあります。夜間は約3回、トイレ誘導の声かけを行い、自立支援に向けた取り組みを行っています。	
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	便秘傾向にある際は、定期受診時に主治医に相談し下剤等の処方の調整も行って頂いている。		
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	体調等考慮し本人の意思を確認した上で入浴を行っている。入浴中は一人ひとりの時間を作りやすいのでゆっくりと会話する事が出来る。	原則週2～3回入れるように支援しています。季節によりゆず湯や菖蒲湯にし、入浴を楽しめるように心がけています。体調によっては清拭に切り替えたり、翌日に延ばす等、柔軟に対応しています。	
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	日中については状態に応じて休める時間を作る様にしている。 夜間についてはあまりにも不眠状態が続く時には家族に相談する事もある。		
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	受診等において、薬の変更があった時は必ず申し送り等に記入し又口頭でも伝達ミスがない様に努めている。状態変化についても家族に相談し主治医にも伝えて頂く様にしている。 誤薬防止の為に服薬チェックは何回も行う様にしている。		
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	一人ひとりの状態に応じて出来る事を見つけ、少しでも目的ややりがいを持って生活が送れる様に支援・サポートしている。		
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	天気や体調等考慮した上で散歩や近隣への買い物に行くように心掛けている。 家族の協力を得られる人については家族と共に外出し昼食を食べて来る事も時々行って頂いている人もいます。初詣・昼食外出なども行っている。	気候の良い時期には、ほぼ毎日10分～30分位、散歩に出かけています。神社の初詣に車で出かけたたり、近くの公園に花見に行ったり、イチゴ狩り等遠出の楽しみの機会を提供しています。外食は年に数回ですが、それぞれ好みの物を注文し喜ばれています。	



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
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	金銭の管理が出来る状態の方がいないので、必要に応じてホーム立替で対応している為お金の預かりは行っていない。		
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	ご家族様も仕事をしているのでそういった点については配慮した上で入居者からの希望があった時は対応している。		
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	各居室・フロアの清掃を行っている。又随時各居室の環境整備も行う様にしている。 季節を感じてもらえる様写真や壁画等も作製し展示している。	リビングは、日当たりも良く、明るく、清潔で、ゆったりとしており、利用者が居心地よく過ごせるようになっています。季節の花や、季節を表わす折り紙絵、手作りのカレンダー、習字作品等、季節感・生活感を感じます。利用者皆さんが、家庭的な雰囲気の中、思い思いに寛いでいました。	
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	利用者同士やスタッフを交えて談話をしたり出来る様に工夫している。 フロアだけでなく、一人で過ごしたい時は居室でも過ごして頂いたりする。		
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	入居時に使い慣れた物をとお願いするが、新しく購入する事が多い。家族の写真などはお願いし持ってきて頂く事もある。	利用者は、馴染みの物を部屋に持ち込み、自分の家のように居心地よく過ごしています。	
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	居室の入り口・廊下・トイレ等必要な場所には手すりを設置し使用して頂く事で機能が少しでも維持できるように努めている。 車椅子の方でも快適に過ごせるようにバリアフリーとしている。		