

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	1270400623		
法人名	延寿グループ株式会社		
事業所名	アットホームケア千城台		
所在地	千葉県若葉区千城台東2-20-1		
自己評価作成日	平成22年2月1日	評価結果市町村受理日	平成22年4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.kaigo.pref.chiba.lg.jp/
----------	---

【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 社会福祉士ネットワーク・ヒューマンレインボー		
所在地	船橋市本町4丁目31番23号		
訪問調査日	平成22年3月11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)】

“木造の既存の家をリフォームし暮らしている事で今までの環境とあまり変わらず台所からまな板の音、おかずの匂いが伝わり安らげる自分の家になっています。回りの家との違和感が無く、外出して戻ってきても家に帰って来たという安心感があり認知症の進行が遅い様に思います。近隣の方と庭のお花を交換したり、柿など頂いたりと本来あるべき家庭の温かさがありそれを維持すべくスタッフ一同家族となって一人ひとりに合った支援を心がけています。”

【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)】

既存の木造住宅を利用したグループホームですが、それが認知症の進行を抑制していることが伺えます。6名の利用者さんは、個別対応の下お元気に毎日を過ごされています。また、住宅街の戸建てなので、地域に溶け込み災害時にも支援の手が差し伸べられるような手立てがなされています。定期的に運営推進会議を開催し委員の皆さんと情報を共有するなどの取り組みがあります。スタッフの皆さんも生き生きと職務に専念され利用者の皆さんに信頼されている姿が印象的です。相談や要望に対してもすぐにミーティングなどで共有化を図り対応しています。職員の人事考課が適切になされ職員の質の向上に反映されています。

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、生き活きと働いている (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

[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
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	施設ととらえるのではなく、入居者の生活の場である事を常に考え、家庭的な雰囲気を大切に生活する事を事業所の理念としている。地域密着型としての理念は地域の一人としての活動参加、職員も地域の住民として近隣との関わりを大切にしている。	理念は拡大コピーし事務所や職員の目の届くところに貼ってあり管理者・職員が常時共有出来るようになっている。また、自立支援の理念が、利用者サービスのうでで随所に実践となって表れている。	
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人として日常的に交流している	買い物や散歩は日常的に行っており、入居者自身で買い物をし、いつでも遊びに来てくれるよう声をかけたり、かけられたりとコミュニケーション作りを心がけている。	自治会に緊急災害時の応援を依頼しワッペンの利用を提案してもらっている。日常的な買い物(食材等)外出・日常の散歩等を通して近隣の住民との交流を図っている。	自治会だけでなく近隣で開かれる会議・行事等へ参加することによって利用者が地域の一人であることが実感できる機会を設ける。
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	推進会議を通じ、民生委員、自治会に呼びかけ、居宅での介護、不安など高齢者の暮らしに役立つよう、相談窓口として取り組んでいる。		
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、防災や外部評価の意義、結果、その取り組みなどを報告し、さまざまな方の意見、助言にて、幅の広いサービスの向上に活かすことができている。	運営推進会議では、防災や外部評価の意義、結果、その取り組みなどを報告したり、タイムリーな話題を研修テーマとして取り上げ、さまざまな方の意見や助言を得て、幅の広いサービス向上に活かすことができている。	推進会議を、地域の認知症や介護に関する悩み事等を相談する窓口として利用することによって、地域住民との交流が図れる。
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	包括支援センター、市町村の主催する行事に積極的に参加して、多くの方と接し、情報交換を行っている。又地域のGHの会合などに市担当者など招き、困難事例や介護保険、利用者の状況など相談をしている。	運営推進会議は、市職員・あんしんケアセンター(地域包括支援センター)職員の参加を得て実施している。研修などの目的で開催されることが多いが、利用者の状況について相談し協力関係を結んでいる。	
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、会議や日々の職務の中で話し合い理解している。管理者、スタッフも全員ではないが、身体拘束研修を受けており、スタッフ間で身体拘束のないケアに取り組んでいる。	代表者および全ての職員が身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関の施錠は夜間以外はしない。	
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	相談窓口の掲示、研修にも参加し、ホーム会議などで学ぶ機会を設けている。また、マニュアル等、常に目の届く所に置き、日々のケアの中で、防止の徹底に務めている。		

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	各研修などで学ぶ機会はあるが、活用されている方はいない。		
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	契約書や重要事項説明書について十分な時間をとり説明し、又、その他疑問のある点はないかよく聞きながら説明している。利用料や急変時の対応、介護サービスの内容などは特によく説明している。		
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	家族が訪問された時は、お茶を出しながらこちらから意見、不満など話しやすい雰囲気作りを心がけ、意見や要望があれば職員間で話し合いケアの実践に反映させている。	毎日訪問する家族がいる。お茶を出しながら職員が、意見や不満など話しやすい雰囲気作りを心がけ、意見や要望があれば職員間で話し合いケアの実践に反映させている。	
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	日頃より話し合いの場を設け、職員の意見や提案を聞き、積極的に取り入れるようにしている。また、その結果を話し合い、スタッフ全員のスキルアップにつなげている。	職員の意見や提案に関して、管理者は積極的に取り入れようとしている。毎日の中で、「こんなことがあったから、こうしよう」などと提案しそれを取り入れて支援に繋げて職員員のスキルアップを図っている。	
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	定期的にスタッフ自身、管理者で評価、人事考課を行い、努力、勤務状況実績などに応じ、給与等に反映させ向上心を持てる様心がけている。		
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	入職時のオリエンテーションや定期的(6ヶ月に1度)に行う人事考課、また、4ホーム内での交換研修を行い職員の育成を心がけている。また、出来る限り法人外の研修を受ける機会を心がけている。		
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	地域の介護保険事業者のホーム見学など行ったりして交流を深めている。また、推進会議には必ず地域の同業者の参加をお願いし、また、双方ホームの行事などに参加することでサービスの向上に取り組んでいる。		

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	利用の相談があった場合、本人の身体状況や生活歴、本人が思っている事などの理解に務め、面接は必ず行い、又、体験入居が出来る事など伝え、体験入居の際、本人の訴えを聞きながら信頼関係が作れ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	家族から入居の相談があった場合、家族がどんな事に困っているのか、また、要望や希望を納得出来るまで、聴くように努めている。		
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	相談時に家族や本人の状況を聞き、早急な支援が必要な場合は、当ホームでの利用が困難な場合、他のサービス(ショートステイや療養型病院)、その他居宅介護支援事業所など紹介し、現在の問題が解決出来るよう支援している。		
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	ホームの中でお花の手入れ、片付け、食事の支度など一人一人得意な役割を持っていただき一緒に行く。また、台所などでお茶を一緒に飲みながら、学びの心を持ち談話をしながら穏やかな時間を持っている。		
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	ご本人の希望、訴えに対し、家族を交え一緒に話し合いお互いの理解を求めながら家族と共に支えていく努力を心がけている。		
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	友人や知人などの訪問、家族と連絡を取りながら、本人宛の手紙写真等持って来て頂き、なじみの人や場との関係が途切れないよう支援に努めている。	本人が今まで、大切にしてきた馴染みの人や場を大切に、友人や家族との関係を大事にしている。本人宛の手紙や写真等を持って毎日顔をみせる家族もあり、その際はお茶飲み話をしている。	
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	利用者同士、お互いの居室にてお茶など飲みながら談話出来る様な関係が出来ており、また、他の利用者の簡単なお世話など出来る場面を作ったり(声掛け、洗濯たたみなど)、1つの物を共同で作ったりする場面を作っている。		

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	サービスの利用が終了して、在宅に帰られたり、施設に入所された方でも担当介護支援専門員と連絡を取ったり、ご家族からの相談など受けるように心がけている。		
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	一人ひとりの暮らし方の希望や意向をなるべく把握するように、日々の会話などの中から読み取れるよう勤めており、また困難な方の場合、家族からの情報、ご本人の表情や動作などから探そう努めている。	一人ひとりの暮らし方に添って支援している。歌が好きな方・嫌いな方への対応もうまくいっている。日常的な会話も、認知症の利用者の心身の状況に合わせて行っている。全員コミュニケーションが可能であり希望や意向の表出が可能である。	
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	ご本人の生活歴を基に一人ひとりを尊重した対応をしている。また、常に新たな情報を家族より伺い、馴染みの生活用品の持ち込みなど希望があれば持ち込んで頂きより深い把握に努めている。		
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	一人ひとりの生活のリズムの把握、バイタルサインの毎日の測定などを考慮して体調管理を行いながら一人一人の意思を尊重しながらの支援を行っている。		
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	利用者に対しては随時、家族等に対しては面会、または手紙電話等で連絡をとり、意見を取り入れ、スタッフ間でカンファレンスを行い介護計画を作成している。	介護計画は、随時(1~3カ月毎)に見直し、職員間でカンファレンスを行い作成している。その際、面会または手紙・電話等で家族や関係機関から、意見を聴取し現状に即した計画を立てている。	
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	日中、夜間の様子、健康状態、食事、水分量など、また、会話、行動など毎日記録に残し、スタッフ間で情報の共有をしている。また、介護記録に介護計画を添付し統一されたケアが行える様になっている。		
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	空き室がある時など、緊急的に入居の要望があった場合など出来る限り対応している。その他、訪問診療、訪問歯科、訪問マッサージなどまた、他の医療機関への受診なども必要があれば状況に応じ対応している。		

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	民生委員の方の訪問やボランティアの受け入れ、地域のサークル活動にも参加できるよう家族と協力し送迎など行っている。その他、消防、警察などにもホームの事を知って頂き、緊急時スムーズな協力が得られるようにしている。		
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、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	定期的な月2回の往診、また、24時間対応してくれる医師がいる。また、希望の医療機関に受診出来る様支援し、その医療機関から診療内容や、治療の方針などの指示を頂くなどの連携をとっている。	受診は、地域密着なので、かかりつけ医からの情報提供により、家族の希望が優先されている。提携クリニックがあり24時間対応してくれるため、本人及び家族は安心感を持って入居している。	
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	利用者が入院した際など看護職員に病状など聞いたり、ホームでの生活の注意点などを聞いている。入院などが無い場合、気楽に相談できる機会が少ない。		
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。	利用者の入院の際には、スタッフが付き添い、病状、ホームでの生活状況を介護サマリーなどで伝えるようにしている。また、医師や看護師と連絡を取り、本人の病状などの把握に努め、情報交換している。		
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	利用者の状況に変化が生じ、病状が悪化されたり重度化しそうな時には早めに家族に連絡を取り、話し合うようにしている。また、医師との話し合いに同席させて頂き、今後の方針を一緒に考えていけるようにしている。	管理者は、実際に終末医療に携わった経験もあり、きちんとした理念として終末医療をとらえている。早い段階で、医師、家族や親族との話し合いがなされ、出された方針に添って支援している。	
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	急変時、事故発生時に備え、入職時オリエンテーションや会議で取り上げ、マニュアルを配布、常に目の届く所にも掲示、また、救命講習を受け職員間で共有している。		
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	地域の自治会や近隣の方などに災害時協力が得られるよう推進会議を通じ、働きかけたり、防災訓練の実施をしている。また、避難の際、保護してもらえるよう、自治会の意見により、ホームのワッペンを作成し、地域の方が、ホームの利用者だと分かるよう、回覧板にて周知して頂いている。	地域の自治会や近隣の方などに災害時の協力を求めたり、防災訓練を実施をしている。また、避難の際、保護してもらえるよう、ホームのワッペンを作成し、地域の方が、ホームの利用者だと分かるよう、回覧板にて周知してもらっている。	

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
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	人としての尊厳を大切にす様な対応を心がけ、特に排泄の失敗などの声掛けや、衣類の交換の時には、羞恥心を傷つけないよう注意している。また、守秘義務など個人情報取り扱いには特に注意をするよう職員に呼びかけている。	人としての人格を尊重した声かけに配慮している。特に排泄時の失敗などへの声掛けや、衣類の交換の時には、羞恥心を傷つけないよう注意している様子が伺える。	
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	さりげない声掛けを常に行い、話しやすい雰囲気をつくり、おやつ、食事の献立、買い物、散歩コースなど出来るだけ一人ひとりの希望を聞き、衣類なども自分で選べるよう自己決定出来る機会を増やすような支援を行っている。		
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	入浴の曜日、食事の時間は一応決まっているが、本人の希望、体調、天気など考慮し、個人に合わせた生活支援を行っている。		
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	月に1度訪問美容室に来て頂き、本人の好みのスタイルにして頂いている。また、認知症の進行もあり、季節の理解が難しい為、季節に合った物を何点か並べ、本人と組み合わせを楽しみながら、おしゃれが出来るよう務めている。		
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	季節の物などを楽しめるよう、メニュー作りを一緒に行い、買い物も同行し、食材を選んで頂く。家庭的な陶器を使用、箸、茶碗も好みのものを使い、バランス、彩りなど工夫をしている。準備、片付けなど、能力にあわせて出来る事を手伝って頂く。	散歩の途中で昼食のメニューを変更したり食材を選んだりすることが出来る体制がある。好みのお箸・お茶碗などを利用している。準備・後片付けなど、自己の能力に合わせて生き生きと手伝っている。	
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	高齢者の摂取カロリーである1200から1400キロカロリーとなるような食事バランスを心がけている。また、水分量は摂取量を記録し、1200ccを目安に、管理栄養士の指導のもと一人ひとりに応じた対応をしている。		
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に、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、また適時、口腔ケアを行い、清潔保持、を行なっている。		

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
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	毎食後、また適時、口腔ケアを行い、清潔保持、を行なっている。	全員がトイレでの排泄である。日中おむつ使用者はなく、排泄の自立が出来ている。	
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	排便のパターンを把握して、なるべく便秘を予防できるように乳製品、野菜中心の食物繊維を多く含む食事を心がけている。また、マッサージ、適度の運動にて便秘の予防に取り組んでいる。		
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	入浴日は一応決まっているが、時間については、入浴後見守りが必要な方を除き、本人の希望に応じ、1部介助にてゆっくり入浴が出来るよう支援。本人の希望、体調、また、失禁時に応じ、曜日、時間を問わず、随時対応。	入浴は、個浴で行われている。入浴日は決まっているが、利用者に応じて入浴が出来るような体制になっている。時間も、個人の希望に沿っている。 また、失禁時には、その都度、曜日や時間を問わずに入浴できるような対応をしている。	
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	一人ひとりの睡眠のパターンを把握し、夜間、徘徊のある方には、温かい飲み物などで対応、眠れない方には、日中、散歩、レクなどで程よい疲れを感じて頂き、良眠につなげる。		
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	医師の指導、薬剤師による薬剤指導、薬剤情報を介護録に添付し効能、副作用を理解し、一人ひとりの薬に名前、日付を書き入れ、医師の指示通りの内服、症状の変化の確認が出来るように務めている。		
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	庭の手入れ、洗濯物のたたみ、食器の片付け、カレンダーめくりなど、一人ひとりの役割が出来ている。また、個別に買い物に出かけ、自分の好きな物など、メニューに取り入れ、食事でも楽しんで頂けるよう心がけています。		
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	散歩、買い物など利用者の状況や希望に応じ行っている。また、歩行が困難な利用者の方も車椅子の対応で外出する事で、季節を感じてもらえるよう支援。年2回の遠足は利用者の方に行き先を決めてもらい、季節ごとの葛狩りやお花見、バラ園など家族の参加も促している	近隣の、買い物・散歩は雨天時等以外は一人ひとりの要望に合わせて日常的に行われている。普段は行けないような行楽地への外出は、家族参加のもと、季節や利用者の希望に合わせて行っている。	

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
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	希望や能力に応じ、お金を持ってもらうようにしている。現在、入居時はお金の管理が出来た方も認知症の進行によりお金の理解が出来なくなってしまう、自分で管理されない方もいます。その際家族と話し合い本人の状況や考えられるトラブルを回避するよう配慮している。		
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	希望があれば、電話の取次ぎをしている。手紙のやりとりはあまり希望される方はいないが友人などの手紙は家族から受け取り、本人に手渡し、少しでも生甲斐につながるよう支援している。		
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	玄関には、四季折々の花を飾り、廊下には縁台があり、庭を眺め、くつろぐ空間がある。掃除用具も自由に使える所に配置、台所にも自由に入り、使える。	今まで住んでいたと思えるような生活が提供できるように工夫がなされている。玄関にはさりげなく花が飾られている。日当たりのよい1階廊下には縁台があり、庭が眺められる空間となっている。	
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	1Fの居間にはソファ等置き、廊下には縁台椅子等があり、利用者同士、お茶を飲んだり、談話する空間がある。		
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	自分の使い慣れた家具、衣類、食器等の持ち込みと、仏壇の持ち込みもされ、安心して過ごせる場所になっている。	居室は、自分の使い慣れた家具、衣類、食器等に囲まれ(写真や仏壇の持ち込みもあり)、安心して過ごせるような場所になっている。個人個人を大切にしていることが伺える。	
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	調度品等定置の場所にし、むやみに変更しない。毎日の掃除を欠かさず、ゴミ等の処理を行い、混乱や失敗を招かない環境作りを行っている。また、居室、トイレなど、分かりやすく、違和感のないような名札をかけている。		