

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	1292500079		
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム流山美原		
所在地	千葉県流山市美原4-218-8		
自己評価作成日	平成28年 12月 1日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【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 NPO共生		
所在地	千葉県習志野市東習志野3-11-15		
訪問調査日	平成 28年 12月 15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)】

・入居者様お1人お1人に合わせた楽しみを提供できるよう、スタッフは入居者様とのふれあいの時間を多く取る事を大切にしております。また、スタッフからの自由な発想でホーム全体が活性化できるよう、さまざまなレクリエーションや、外出企画を行っております。それぞれのニーズに合った楽しみを提供できるよう、個別支援にも力を入れています。
 ・ホームは平屋で、夏には自家栽培ができるように、中庭に畑があります。玄関には、お客様をお迎えする気持ちで、季節毎にお花を植えております。この畑や花壇は入居者様の憩いの場となっております。
 ・平屋の特徴を活かし、災害時には速やかに安全を確保する為建物境界部に避難誘導口を設置し、

【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)】

法人の理念である「人と人の繋がりを大切にする」ケアが実践の中で実現できている事業所であります。利用者の皆さんが地域の中でその人らしく暮らしている為に、事業所として大切なものを更に追及していくことが、地域密着型サービスを実践して行く為に重要な事であることから、認知症サポーター養成講座の開催等を通じ、地域における認知症ケアの拠点として機能を果たしています。今後はさらに、今の実践力を活かして地域の様々な福祉サービス関連の研修実施や、認知症ケアの啓発、実習生の受入等、自治会や流山市・地域包括センターとの連携により、活動の輪を広げて行きながら、地域の認知症ケアホームとしての地位を確立されることが期待されます。

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 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)	○	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				

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	運営理念を申し送り時に唱和しています。クレドカードを全職員に配布し介護ビジョンの共有を行っております。新入社員には適宜研修を行い、共有を図っている。	理念は全員で共有し、イベントなどの計画では地域交流の目的を考慮し、法人の理念に基づく内容になるように指導している。クレドカードは全体会議で読み合わせをしながら、常に介護ビジョンへの理解を図っている。	
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、子供フェスティバル・自治会運動会・バザーに参加。自治会主催のいきいき体操などにも参加し地域住民の方々のふれあいを大切にしております。また、毎日の散歩時の地域の方への挨拶欠かさずしております。	納涼祭は近隣の町会へチラシを配布したり、掲示板に掲示して集客をしている。今年度は雨だったが小学生12人と近隣の方々が数人來所し、室内で交流をした。盆踊りやもちつき大会等を実施し、地域住民との触れ合いを大切にしている。	
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	認知症サポーター養成講座の開催を通じ、認知症の現状などを伝えることができております。		
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	ホーム活動報告、事故報告、入居退居の理由と状況報告、職員の異動の報告をあげて、運営推進会の方がたに、助言を頂き、次回開催までの課題として抽出したものを、再度報告しています。	運営推進会議は3か月に1回市担当、地域包括センター、自治会長、民生委員、家族等が参加し、利用者等の現況報告を主に家族会から国への要望や行政から感染症等の喚起・注意等について意見交換を行いサービス向上に活かしている。	運営推進会議については2か月に1回、年6回の開催に向けて改善されることが望まれる。
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取り組んでいる	ホーム内で発生した問題などの解決方法の相談や、新しい取り組みの報告などを通じて最新の情報が得られるよう取り組みを行っております。	市の広報紙に認知症の特集を2回掲載してもらったり、市民祭りの際にグループホームのブースを設け、認知症の啓発コーナーでの相談やチラシを配布して地域の方々に情報発信をしたり、市との協力関係を強くしている。	
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	身体拘束廃止マニュアルをユニット毎に置いて、全体会議の時などに、日中は玄関の施錠はしない、むやみに、ユニット内の鍵を閉めない、居室の鍵を職員側から、絶対にかけないことの話と約束をしていただいています。	職員は3か月に1回は研修を行い、2か月毎にユニット別にチェックシートを用い、虐待等不適切なケアや身体拘束をしないケアについてチェックをし、ホーム長のコメントを記して全員に回覧している。チェック項目には、強制的な言葉の乱用の有無の欄もある。	
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に注意を払い、防止に努めている	虐待防止についての研修を3ヶ月おきに行っている。社内ルールに則り、2ヶ月毎の自己チェック、1年ごとの管理者チェックを実施し、全職員に閲覧して頂いている。		

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
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	成年後見事務所の担当者をお呼びし、今後、必要な方への支援方法や、地域包括センターのご担当者と運営推進会で連絡を行っている。また、職員に関しては、全体会議にて説明している。		
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	契約時に、ホーム保管用と、ご家族用を作成し、ホームにて必ず、説明・同意・署名・捺印を頂いている。ご契約時には十分な時間を用いて不明点が残らないよう説明をしています。		
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	運営推進会にご家族代表者にご出席いただき、またできない場合には、事前に意見聴取し、話し合いを行っている。ご家族要望に関して、関係する方と相談し、運営に反映している。年一回の自社独自のご家族様アンケートを実施。	家族、利用者、スタッフ、ケアマネがメンバーでケアプランを作成時等定期的にサービス担当者会議を開催している。その中で、医療面の不安や看取りの対応等意見質問が出るが、利用者アンケートを見ると安心して任せられるというコメントが多い。	
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	定期的な個別面談を通じ、職員から意見聴取しサービスに取り入れている。ユニット毎の会議には必ず参加しそこで出た意見を運営に反映している。ホーム長、ユニットリーダーでの会議を月一回以上行っている。	新人職員には細かく面談をしている。毎月ホーム長・ユニットリーダー会議を開催し、職員面談の中から家電に関する意見や利用者の対応の仕方が分からない、ユニットの仕組み作りをルール化したほうが良い等の意見について検討している。	
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	会社は社員へ、様々な表彰制度を設けている。休暇については、希望休を必ず聴取し、シフト作成に反映している。勤務時間超過する事のないよう、日々の業務内容の改善を行っている。有給休暇を取得しやすいような職場環境作り。		
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	1年以上2年未満の職員へ、事業所が負担し、介護実践者研修を受けられるように推薦している。外部研修の案内は職員へ通知し、積極的に参加を促している。		
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	グループホームの連絡会を通じて、同業者との交流を深めている。行政の開催する会合等には参加をし、他事業所とのコミュニケーションの機会を積極的に持っている。		

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	アセスメント表や、ケアプランに職員に目を通していただき、状況を把握してから、傾聴やコミュニケーションを図っている。特に入居前のアセスメントには力を入れている。ご本人のそれまでの生活や住居をご家族様の協力のもと把握している。		
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	入居前に、ご家族の要望をお聞きし、その後も随時、お手紙にて状況をお伝えし、相談窓口の案内もしている。面会時にも何かご要望があるときに、直接お聞きしたり、玄関にご意見箱設置をして、要望をお聞きできる取り組みを行っている。		
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	アセスメントから行うことにより、身体的にお困りの場合は、外部のサービス利用の紹介や、福祉用具の紹介を行っている。また、ご入居にあたり、医療連携に関しても、往診医のサービスや、総合病院への通院対応することをお伝えしている。		
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	共同生活の場の為、ご入居者の残った機能を把握した上で、掃除や洗濯、調理や皿洗い等、お手伝いをして頂いている。それぞれ役割分担されているため、共同生活の関係構築されている。		
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	家族会やイベント時にご参加いただき、ご意見やご家族との時間をご本人と過ごして頂いている。特にイベントの時は、ご家族のご協力、お手伝いを頂いている。また、外出時に家族から依頼が有り、介助を要するときには、職員も同行し、大切な一時を過ごしていただく。		
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	ご家族様に協力を仰ぎ、親しいご友人や御親戚の方などに会う事の出来る機会を作っている。個別支援により、遠方への帰省支援なども行っている。	利用者とは衣料品や日用品等を買いに行くこともある。家族と自宅へ戻ったり墓参りや食事に行くことも多い。生家の地域の風景が見たいと言って茨城の霞ヶ浦や栃木へ行ったりし、今までの関係が継続するような支援に務めている。	
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	集団レク時間を設け、職員のお手伝いにより、一緒に参加できるものを工夫して提供している。また、ご入居者同士、合わない方がいらっしゃる場合は、合うご入居者との空間をつくり、職員がお手伝いしている。		

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
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	ホームイベント時に、お声掛けや、その後について、時折、ご本人と面会させていただき、相談・支援に努めている。		
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	随時・ユニット会議時、ケアプラン見直し時に話し合い、本人の意向や意向の把握に努めている。また、ご家族から意見を聴取しサービスが適切かを検討している。	生まれ育った場所や趣味、得意な事、生活歴等、本人やその家族からも出来るだけ聞き出し、それを日常のケアのなかで再現できるように工夫している。時には、外出支援の中で自宅までお連れする場合もある。	
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	ご本人やご家族様との会話の機会を多く持ち、それまでの生活環境の把握に努めている。また、ケアプランの見直し時期にモニタリング、サービス担当者会議を行い、サービス経過等の把握に努めている。		
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	上記の通り、状態を把握し、以前まで立ち仕事ができていたが、困難になった方は、椅子に座ってできるお手伝いに変更し、本人の反応や状態をみて把握に努めている。		
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	サービス担当者会議を適時に開催し、身体的にサービスが必要な方は、医療機関を交えて担当者会議を行い、それをユニット会議時に職員・家族・本人と共有し、介護計画を作成している。	ケアプランも6カ月、3ヶ月、都度と一人ひとりの状況に合わせて見直しを行っており、サービス担当者会議やユニット会議の中で、グループホームで出来る事、出来ない事を明確にしていこう様、心掛けている。	
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	介護記録は、毎日、勤務交代時に申し送りを行い、情報共有している。毎日、短期目標の一覧表にチェックしながら、個々の状況に適しているか確認しながら、日々の業務を行っている。		
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	検査の為に総合病院への通院対応、外出したいと申した時に、その時間に合わせた、お散歩の対応、買物支援をサービスに取り入れ、多機能化に取り組んでいる。		

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
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	市内での行事に参加されていた方は、小学校や、公園で行うフェスティバルの参加を積極的に行っている。また、ご家族の方々から外出したいとの申し出があった場合、柔軟に対応している。		
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	医療連携機関は、しいの木クリニックとなっているが、以前からかかりつけになっている病院とは断ち切らず、必要に応じて、職員も通院介助を行っている。	月2回の内科医による訪問診療、24時間対応の訪問看護師による週1回の来訪、デンタルサポートとして週1回の訪問歯科と医療連携は充実している。ドクターから直接報告書を頂く等、ご家族の納得できる受診支援が実現できている	
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	しいの木クリニックの看護師と、日常の中で異状を感じた時は、一報入れて、対応を確認している。ネットワークサービスを導入し、医療従事者とのリアルタイムな情報交換を可能としている。必要があれば主治医より指示をうけられる。		
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。	入居者様が入院された時には、全スタッフへ入院先等の情報を共有し、面会へ行ける環境を整えている。入院先との連携を密に取り、ホームの受け入れ状況を理解していただき早期退院へ向けたアプローチを行っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	昨年より、重度化にかかる指針を家族へ説明、署名・捺印を頂き、今後の方向性を話し合っている。悪性腫瘍末期のご入居者もいるが、定期的な受診と、病状安定している場合は、終末期・看取りを行う話で、ご家族と計画をもとに話し合い、同意を得ている。	直ちに看取りケアの必要な利用者は現在居ないが、いざという時の為に職員への研修は事業所内で行っている。ご家族の意向により、対応が出来る環境を維持することに注力すると同時に、提携医との連携もしっかりと取れるように心掛けている。	現在既に行われているが、今後、さらに医療的ケアの対応に向けた研修の充実による人材の育成が期待される。
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	フローを掲示、救急対応用に個別ファイル作成。全体会議時に、救急要請マニュアルに従い、訓練を行っている。また、日々、異変があったご入居者の連絡の仕方をマニュアル化し、実践している。		
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	年に2回の防災訓練、年に1回以上、消防署の職員に立ち会っていただき、建物からの避難対策を行っている。また、隣の高齢者専用賃貸住宅と、協力体制の話し合いや、防災訓練時に参加いただいている。	今年度は7月に訓練を実施し、2回目は来年2月頃を予定している。地方で発生した災害事例などから意識も高まっているし、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ていくことを目指している。	いざという時はご近所の協力が頼りになることから、密に連携が取れる様に、日頃からお付き合いを充実させることが望まれる。

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	アセスメントやケアカンファレンスを通じ、全職員が適切な対応を取れるよう、情報共有を行っている。言葉掛けが不適切なものにならないよう、定期的に指導を行っている。	日頃の研修により、利用者のプライバシーに配慮したケアの徹底を充実させている。特に長い利用者等への慣れ慣れし過ぎる言葉掛けや命令口調などは気づいたらすぐに注意する様に心掛けている。	
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	一日に行う内容は、原則、プログラム化せず、個々に何をしたいか伺い、特にない場合は、提案し、その提案内容に納得していただいた場合は、実施している。		
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	一日のスケジュールは業務都合上決めてあるが、その日の気分・体調・天候によりご希望に沿った形で一日を過ごせるよう、支援している。		
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	毎朝、起床時に、お着替の準備や対応ができる方は、ご自身で選んでいただき、全介助が必要な方は、その日の天候に合わせて、ご本人に確認しながら対応している。また、外出支援のときはいつも以上におしゃれをして頂いている。		
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	まな板・包丁を使用できるご入居者は、食事準備に依頼し、できる能力を活かし、皮むきや、盛り付けのお手伝いを職員と一緒にやっている。また、買物も一緒に行っている。	利用者一人ひとりの力を活かしたお手伝い等の必要性は理解しているが、現在では2～3人を除き、なかなか実現が困難な状況にある。食材は提携先の業者から調達し、調理はスタッフが全て行っている	
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	コミュニケーションを図る場を職員に取っていただけるように、一緒に座って、お茶を飲む時間を多く取っている。また、夜間に飲用される方は、そのご入居者用にペットボトル等、準備している。食事についても個々にアセスメントし、食事量や形態を提供している。		
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	毎食後に口腔ケアを行っていただいている。また、週一回に訪問歯科により、適宜口腔内チェックをして頂いている。必要に応じて治療などを行っている。		

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
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	排泄パターンを確認し、トイレ誘導を行うことで、パッドやオムツの失禁を減らしている。また、日中に必要性のない方は、上記の対応により、パッドを使用しないで対応できた方もいる。	認知症の進行によりトイレ誘導のパターンも変わって来たりする為、記録の変更等、常に見直ししながら排泄支援を行っている。オムツ使用の削減やポータブルトイレの使用等、不快な失禁を押さえる為の努力を怠らない様心掛けている。	
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	毎日適量の水分摂取を促している。食物繊維を多く取り入れられるよう、食事には野菜を多く取り入れている。必要に応じ、オリゴ糖やきなこ、ヨーグルトなどの提供を行っている。当社独自の取り組みとして乳酸菌接種を取り入れている。		
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	お声掛けをし、入りたくないとお申しの方は、日にちをずらして対応している。日にちが重なった場合は、午前中と午後調整し対応している。お風呂場にもチェック表を付け、偏りがないように対応している。	本人の健康状態を常に見ながら、一日あたり3人程度で週に2回から3回の入浴支援を行っている。中には大浴場を希望される利用者もあり、スタッフは様々な工夫をしながら楽しめる入浴を実現すべく、対応を行っている。	
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	昼食後は、半分以上が、居室で休息したいご入居者が多いので、ご要望の対応している。また、夜間も安眠出来るように、ホットミルクや足浴などを実施することもある。居室の明るさや、枕、布団も馴染んだものを使用している。		
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	個別ファイルの作成、服薬一覧表を準備している。また、服薬が変更する毎に、申し送りに用法と副作用、用量等、必要な内容を伝え、全員が把握している。担当薬剤師に薬の管理と整理をして頂いている。		
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	個人ファイルに、お元気だったときの嗜好を取り入れ、楽しむ時間を多く取り入れている。調理の仕事やをされていた方は、昼・夜の食事作りの手伝いをして頂いている。お散歩を日課にしている方は、本人に確認し、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	毎月、一回以上の外出レクを提供し、個々に応じて、買物や、衣類を選びに外出している。特に家族から依頼があった場合は、職員が同行したりと安心してお出かけができるように支援している。	一斉での外出支援が出来なくなってきた中、今月は1年半ぶりに全体での外出レクレーションが実現できる。日常的な散歩等の対応は出来るだけ毎日行っており可能な方については、スタッフを調整して、スカイツリーやアンデルセン公園等まで出かけることもある。	

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	お小遣い管理表で、ご家族へ確認して頂いた上で、毎月、利用する分だけ、分けてご入居者が使用でき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	お手紙が届いたら、返信を書いて頂いている。毎年年末には年賀状の作成を支援している。電話のご希望があれば相手先との関係を考慮に入れ対応している。		
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	照明は暖色のもを使用している。また、季節感が出るように装飾をしている。温度調節も職員目線にならないように、ご入居者に確認している。冬季は、乾燥しやすいので、加湿器を使用している。	共用空間は、清潔感を第一に優先し、ホーム長自らが掃除に携わる様にしている。季節感を演出する為の飾りつけや、スナップ写真を貼ったりして、話題提供を行っている。来訪者向けには、玄関に大画面のデジタルフォトフレームを設置して、楽しんで頂いている。	
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	お話し易い方々と、お顔を見るだけでも安心される方々と、席を配慮している。また、時には、模様替えをして、ご入居者が安心し、かつ居心地よい空間作りをしている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	会社の方針として、ほとんどが持ち込みの対応できるように、余分な物の設置をしない居室になっている。ほとんどがご入居者の使い慣れた方々の持ち物を利用している。ご家族と、ご入居者同士で決めて頂いている。	危険物の持ち込みは禁止。薬や貴重品は事務所管理とさせて頂いているが、利用者の中にはご自身の得意とする皮工具を持ち込まれたり、こたつや桐箆筒、仏壇などを持ち込まれている方もあり、自由度の高いところが見られる。	
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	車イスの方でも自走し、移動しやすい空間になっている。また、ベッド移乗も極力、ご自身でできる高さに工夫している。廊下・フロア・共有スペース・お手洗い・風呂場・着脱室にも手すりを付け、見守り範囲でできる工夫をしている。		