

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	1175300225		
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北本		
所在地	埼玉県北本市中丸4-118-2		
自己評価作成日	令和3年1月10日	評価結果市町村受理日	令和3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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社プログレ総合研究所
所在地	埼玉県さいたま市大宮区大門町3-88 逸見ビル2階
訪問調査日	令和3年2月12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)】

愛の家グループホーム北本では、ご入居者様の自立を最大限サポートできるように心がけています。ご入居者様の「できること」「できないこと」を見極め、スタッフは極力手を出さずに見守りを行うようにしています。ご入居者様の得意なことや好きなことを出来る限りスタッフと一緒に行うことで、ご入居者様の「人の役にたててうれしい」という気持ちを引き出していけるよう日々工夫しています。「パーソン・センタード・ケア」の考え方を取り入れており、認知症の方の気持ちを大切にしています。月1回理学療法士が訪問をし、介護職員と共同で生活機能の向上を目指したプランを作成し、日々実施しています。「歩行が安定した」「転倒しにくくなった」などの効果が出ております。

【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)】

管理者は「ありがとう」「ありがとうございます」が飛び交うホームにしたいとしている。事業所理念として1年前より、利用者が「申し訳ない」と思う介護ではなく、出来ることはしてもらい、職員から「ありがとうございます」と言えるホームとするとしている。介護をする上で大切な事としてSKA(謝罪、感謝、挨拶)を忘れずに、としている。利用者、家族には「何か気になることはありますか。」と聞いている。コロナ禍で「面会はいつできますか」の声には通知を出して説明としている。2ヶ月に1回の運営推進会議は書面開催がメインだが、行政より1回位はやりましょうとあり開催となった。以前は、行政主催で年3回の地域密着型サービス事業者会議があり、相談し易い場が出来ていた。管理者は、職員の勉強会を開催すべく、認知症や薬対応、救急対応等の勉強会はどうかと職員に聞いている。

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している (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	全スタッフの面談を実施し、ホーム理念とホーム目標を共有している。	利用者から受け取る「ありがとう」だけでなく、職員から利用者に対して「ありがとうございます」と言葉が飛び交うホームにしたいとしている。自立支援、お互い様の精神としたいとしている。	
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	中丸地区で行われる年1回の納涼祭に参加し、一緒に盆踊りを踊ったり、会話を楽しんだりしている。また、地域の七夕祭りや、社会福祉協議会でのクリスマス会などにも参加をしている。	自治会に加入している。周辺の散歩は出来ており近隣挨拶はある。社会福祉協議会絡みで一般の人から広告紙で作ったごみ箱や雑巾を寄贈して頂いた。お茶飲みサロンには、何回か参加したが、今は中止である。	
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	月1回、ホーム内のご入居者様の様子、行事報告、勉強会の様子などを記した新聞を作成し、ご家族や市役所、運営推進会議委員などに配布をしている。また、不定期ではあるが、地域住民向けに認知症講習会を開催している。		
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回の運営推進会議にて、行事報告、事故報告、その他取り組みについて報告をしている。特に、事故報告については会議参加者にも助言を求めることもあり、その内容をユニット会議で周知し、サービス向上に努めている。	2ヶ月毎におこなっている。書面開催がメインだが行政より1回くらいはやりましょうと市、地域包括支援センター、管理者で実施した。コロナ対応が主だったが、2ヶ月間の事故報告とヒヤリハットの件数等の話となった。	
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	高齢介護課の担当者や、地域包括支援センターの方とは、運営推進会議や地域密着型サービス連絡部会等を通じてホーム運営上の意見をいただいている。疑問、質問は率先して相談している。	メールで介護保険情報、研修情報が流れてくる。県実施のリモート研修もある。通知によりマスク、消毒液を取りに行っている。参加必須の年3回の地域密着型サービス事業者の会議があり、相談し易い関係がある。	
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	年4回程度、身体拘束と虐待に関する勉強会を開催している。身体拘束、不適切なケアが行われないように日々のケアをチェックし、ユニットを越えて情報交換を行うようにしている。	本部から研修資料が渡されポイントを伝えてくる。不適切ケアのチェック表を職員がチェックして、それを身体拘束廃止委員会で検討し、職員に伝えている。ケアをするうえで大切な事としてSKA(謝罪、感謝、挨拶)を忘れずにとしている。	
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に注意を払い、防止に努めている	チェックシートを用いて、虐待、不適切なケアが行われていないか日々のケアを振り返るようにしている。(年4回)。このシートは毎回異なるスタッフに記入をしてもらっている。		

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
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	管理者は本社会議にて、成年後見制度について学ぶ機会があったが、現場のスタッフにまで内容を伝えることはできなかった。		
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	契約時には、ご家族と一緒に契約書類の読み合わせを行っている。随時、質問の有無を聞き、その場で不明点を解決するようにしている。		
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	ご家族面会時には「何か気になることはありますか？」と常に聞くようにしている。また、年に1回のご家族様アンケートの結果をユニットに周知し、ホーム全体で改善点に取り組むようにしている。	管理者は、家族に「何か気になる事ありますか」と聞くようにし、職員にも聞いてくださいとしている。電話で様子を伝える時や介護計画の説明時に意見を聞いている。「面会はいつできますか」には通知を出している。	
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	半年に1回程度、管理者とスタッフの個人面談を実施している。面談の場で、意見や悩みを聞き、早急に改善できるものについては、できるだけ速く改善できるよう努めている。	年2回の個人面談ではアンケート用紙に事前に将来の希望や、やりたいことを書いて貰っている。管理者は勉強会を意識して何か学びたいことはないですか、として認知症、薬対応、救急対応等を考えている。	
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	法人の求める介護職員像を3段階に分け、それぞれの能力や技術が達しているかの試験を行うことができる。年2回のチャンスがある。		
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	法人内研修については、対象スタッフはできるだけ参加するよう協力体制が整っている。外部研修については、基本的に個人判断に任せているが、必要性が高い研修は本人納得の上で参加させている。		
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	3ヶ月に1度地域密着型サービス事業所連絡部会にて、情報交換をしている。また、毎年1回作品展示会を実施しており、その準備を通じて他事業所職員と交流を図っている。		

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	入居前にかならず本人と面談をし、日常生活で困っていることを聞くようにしている。また、入居後の生活がスムーズになされるよう、本人の生活暦や趣味なども聞くようにしている。		
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	入居見学時に、ご家族の困っていることや不安なことを、丁寧に聴くようにしている。必要に応じて、自宅での訪問も行い、限りなく入居前の不安を取り除くようにしている。		
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	ご本人、ご家族、管理者の3者で入居前にかならず面談をするようにしており、本人にとってどのような支援が優先されるかを十分に話し合うようにしている。		
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	ご本人の出来ることはなるべく自分でしていただくことで、それぞれの方に役割を持っていただいている。		
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	毎月ご本人の状況を手紙でお知らせするとともに、随時ご家族と連絡をとりながら要望を伺っている。		
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	ご友人や知人の面会の受け入れは随時行っている。また、ご家族様との外出や外泊は積極的に行っていただけるよう支援している。(現在はコロナ禍のため制限)	コロナ禍で現在は出来ていない。以前は、良く来てくれる友人がいた。本人も喜び、お互い良い関係である。編み物が得意な方は、家族が毛糸を持って来られ、花瓶のコースターを作ってもらった。	
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	所属するユニットにこだわらず、状況に応じて日中のユニット間の移動は自由に行えるようにしている。また、年2回の全体行事を通じて、ご入居者様同士が楽しめる場を提供している。		

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	退居後も、ご家族の了解をいただいた上で、病院や施設に面会をすることもある。		
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	本人の意思を尊重し、強引な声掛けを行わないようにしている。意思疎通が難しい方は、ご家族に確認をとるようにしている。	認知症で話がつながらない方、良く分からない方には家族に確認の電話を入れている。言葉での表現が難しい方への関わり方は、いろいろな支援の中から探したり、試したりし、表情や態度から判断している。	再度利用者の生活歴等を見直し、職員が利用者の思いや意向に近づくべく勉強会を実施する事に期待します。
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	日々のかかわりの中から、生活歴の情報収集を行っている。必要に応じて家族や介護サービス事業所の相談員等より確認を取っている。		
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	日々のケアで得た情報の中で特に重要なものについては、必ず介護記録に残すようにしている。また、介護記録の電子化が始まり、情報共有がしやすくなっている。		
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	月1回のケアカンファレンスを開催し、前回までの介護計画の振り返りを行うとともに、現状の問題点の洗い出しを行う。ご家族の意向も踏まえ、その人にあった介護計画を作成している。	ユニット会議とは別に、ケアカンファレンスを月1回各階毎でおこなっている。管理者、フロアリーダー、介護支援専門員等最低4名でおこなっている。本計画の見直しは基本3ヶ月であり、家族へ連絡し、見直しの相談もする。	
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	その日の出来事で気づきがあった際には、スタッフ同士で情報共有をしている。介護記録は電子化が進み、共有しやすくなっている。		
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	ご本人やご家族の意向にできるだけ沿えるよう、買い物に同行したり、ホーム外の施設に付き添いをしたりしている。		

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	公園やコンビニを利用し、散歩や買い物等をしていただいている。また車を使用して気分転換にホーム周辺をドライブしている		
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	ご家族と相談の上、かかりつけ医を決定している。また月2回の往診があり、必要に応じて医療の相談を受けられるようにしている。	月2回内科の訪問診療がある。週1回必要の人が契約で訪問歯科を受診している。訪問看護師は週1回、理学療法士は月1回来訪する。夜間の救急対応で、医師への連絡は24時間オンコール体制で指示がもらえる。	
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	週1回看護師が出勤し、身体状況のチェックを行っている。また、日々気になる点はその都度相談し、状況に応じて看護師からかかりつけ医に報告をしている。		
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。	入院中もできるだけ安心して生活していただけるよう、介護サマリーの提出および説明を行っている。また、随時面会に行き、本人の様子を確認することで、早期退院に努めている。		
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	ご本人の様子を見ながら、できるだけ早い段階で終末期ケアの方針をご家族様と相談するようにしている。ご家族様・医師の協力が十分に得られることを前提としたうえで、ホーム側の条件を提示し、話し合いのもと管理者が最終決定をしている。	契約時に指針を説明して捺印を貰っている。食事が摂れなくなると受け入れ先等の医師と家族を含め話をする。食べられなくなり、医療行為が必要になると退去となる。管理者は、受け入れたいと思っているが、状況をみて検討している。	
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	持ち回りで定期的に勉強会を行い、応急手当の方法を確認している。また、必要に応じて外部の講習会にも参加している。		
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	消防署員立会いのもと、定期的(年2回)に防災訓練を実施している。地域との関わりはほとんどできていない。	年2回、避難訓練を昼夜想定で実施している。通報、消火訓練を実施し、避難訓練では、非常口までの避難としている。ハザードマップに危険域の色はなく、水害はない。食料備蓄は法人が定期的に管理している。	

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
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	排泄や入浴など、介助する際は入居者様の羞恥心に配慮し、イニシャルや隠語を使用している。	職員同士の時はイニシャルや隠語を使う。○ ○さん10番(トイレ)行きます等。診察券、保険証は、1階で帳簿で管理している。管理者が人権、プライバシー等受講した紙芝居を、職員、家族の前で披露している。	
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	できる限り本人の要望に応えられるよう、強要はしないようにしている。		
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	食事、お茶以外の時間は居室で休まれたり、食堂で新聞を読んで過ごすなど、入居者様が自由に過ごす時間を設けている。		
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	ひげそりやくし等を持っている方は声かけし、ご自分でひげをそったり髪をとかしたりできるようにしている。ご自分で出来ない場合は、介助させていただいている。		
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	全体的にADLが低下しており、一緒に準備は片づけはできていない。	通常の調理には参加しないが、行事で作る時は利用者に野菜を切ってもらったりしている。パンの日もある。スーパーでお寿司を買ったり、ピザやお弁当のデリバリーもある。畑からトマト、キュウリの収穫もある。	
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	本部の栄養士が献立を立てている。禁食の管理は徹底し、好みもできるだけ希望に添えるよう厨房と相談しながら提供している。水分に関して自発的に摂取できない方は、水分チェック表を使用し、適切な水分量が確保できるようにしている。		
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	毎食後の口腔ケアを徹底している。また、必要に応じて、月2回訪問歯科により口腔内の状態をチェックしている方もいる。		

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	その人に合った排泄声掛けを工夫し、なるべくトイレにて排泄できるように支援している。また排泄サインを見逃さないようにフロアで情報共有している。	排泄について、一人でトイレに行くことが難しい場合には、声掛けを工夫している。うまくいった場合は、その情報を共有する。個々のリズムは掴んでおり、適宜声掛けして立位不可の方は居室でのパッド交換としている。	
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	散歩をしたり、運動をしたり、牛乳を提供したりと、その人に合った働きかけをしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	現在は、職員の都合により入浴時間は決まってしまう。もう1名人員がいれば、柔軟な対応ができるかもしれない。	週2回の午後入浴が基本である。自立度が高い人はそれ以上のこともある。明るい時間帯は、入浴したくないという利用者もいる。入浴が嫌いな方には「お風呂」と言わずに更衣室まで来てもらい、誘導している。	
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	御食事の時間以外は、ご入居者のペースで休んでいただいている。夜間も特に消灯は決まっておらず、他の方に迷惑がからない範囲で自由に過ごしていただいている。		
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	服薬は必ず2人で介助するようにしている。薬の目的、副作用については随時確認するようにしている。		
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	生活歴を参考にし、ご本人やご家族の要望を聞きながら、できるだけケアプランに明記し、支援を行っている。		
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	長距離の歩行ができる方がほとんどいないため、ホーム駐車場の散歩にとどまっている。また、車いすをスタッフが押してホーム周辺を散歩する場合もある。	散歩はホーム周りを一周する。車椅子の方は緑地公園まで出かける。コロナ禍前は、埼玉水族館や大規模スーパーのフードコートに他のグループホームと一緒に行って職員、利用者交流をしていた。車で景色や花を見て戻ってくるドライブをしている。	

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
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	基本的にホームでの管理となるが、どうしてもご本人がお金を所持することを望む場合は、ご本人の気持ちを尊重し、ご家族へ了解を得たうえで、ご本人に持っていただいている。		
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	電話はもちろん、zoomやLINEなどのオンラインでの面会を可能としている。ご家族のご希望により自由に選択していただいている。		
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	ご入居者様で装飾や写真をはがしてしまう方がいらっしゃるため、できるだけシンプルな飾りつけになっている。	装飾や工作が得意な職員がいて、折り紙を台紙に貼って季節の展示にしている。作成には利用者も参加している。換気は、起床時に居室、リビング、廊下の窓開けでしている。掃除は職員が行うが、元気な利用者は掃除機を使って参加している。	
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	リビングにソファや本棚、CDラジカセを置き、ゆったりとした時間を過ごすことができるようにしている。また、中庭に椅子を用意し、気の合った利用者同士で、お茶を飲めるスペースを用意している。		
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	ご本人、ご家族と相談し、慣れ親しんだ家具や衣類を持ってきていただくようにしている。また、転倒の危険のないように、配置には十分注意を払っている。	エアコン、洗面台が備品であり、そのほかの物は持ち込んでいただく。TV、介護用ベッド、馴染みの家具を持参してもらう。納得していない利用者には、後から揃えてもらう。	
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	「できること」「できないこと」をスタッフは把握し、自立支援を行っている。		