

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	1270101197		
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葉中央		
所在地	千葉市中央区星久喜町155-5		
自己評価作成日	平成30年12月25日	評価結果市町村受理日	平成31年4月4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ACOPA		
所在地	我孫子市本町3-4-17		
訪問調査日	平成30年2月8日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点】

隣接する公園では、ゆっくり安全に散歩できるコースがあります。また、四季折々の風景を楽しむことができ散歩や行事の時に活用できる恵まれた環境にあります。歩いていける距離にもスーパーやドラッグストアがあり、買い物を楽しんだり、近隣の方々と挨拶を交わしたり、社会とのつながりを持つことができます。日常的に「笑顔で楽しめるいい介護」をホームの念頭に置き、職員一丸となり支援しています。利用者様一人一人の尊厳や今までの生活歴を大切に、ホームの名前である「アットホームケア」の名の通り、家庭的でゆったりとした明るく楽しいホーム作りを目指しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

ホームは延寿グループの4か所のグループホームの一つであり、1ユニット・定員9名で、こじんまりとしている。法人の代表は福元クリニックの内科医であり、医療と介護が十分に連携したサービスが提供されている。そのため、理念どおりに利用者の自立支援と、一人ひとりに合った介護と家庭的な雰囲気を出すよう職員が努めていることが感じられる。ホームは県道バス停に近く至便で、閑静な住宅街の公園に隣接し近くにはドラッグストアやスーパーがあり、利用者が安心して外出できる環境に恵まれている。施設は古いが、職員の配慮の行き届いたサポートによって、和気あいあいと家族的な雰囲気が垣間見える。

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 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 3. 家族の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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	理念として「自立支援・個別対応・家族的雰囲気」を掲げ、掲示したりパンフレットに記載している。その理念を基にホーム理念を「笑顔で楽しめる気持ちのいい介護」とし共有し、現場でのケアにつなげている。	グループホームの理念は、ホームページやパンフレットに掲載されている。職員に理念が浸透し、日々の介護の業務の中で、自立支援による意欲の向上、個別の介護、家庭的雰囲気づくりの実践に努めている。	
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	日常生活の中で、散歩や買い物等で近隣の方や商店の方々との親交を深めている。自治会に加入し、行事等に参加出来るようお誘いを受けている	近くのドラッグストアや隣接の公園に散歩し、挨拶を交わしている。北星久喜自治会に加入し、自治会の回覧板を読めるようにし、町内清掃に可能な範囲で参加するよう努めている。敬老会への案内もいただいている。	
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	民生委員の方に運営推進会議やホームの行事に参加してもらっている。ホームの存在や認知症の人への理解や支援の方法を理解してもらっている。		
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	利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況について話すことができた。いろいろな立場からの意見を参考にさせていただきサービスの向上に活かしている。	運営推進会議には、安心ケアセンター、他のグループホーム、民生委員、薬剤師、利用者や職員が参加し、ホームの状況、課題と改善について話し合っている。議事録は職員他に共有され、サービス向上が図られている。	年間4回の会議が目標であったが、3回の実施に留まった。職員数の制約があるものの、回数を増やす努力が期待される。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	あんしんケアセンターや高齢施設課、社会援護課等との連携は取れている。事業所の実情やケアサービスの取り組みを伝え、協力関係を築いている。市の相談員が月1回来所している。	千葉市高齢施設課には事故報告、社会援護課には申請等の手続き関連で連携し、ホームの状況を伝え、協力関係の維持に努めている。また、市の介護相談員2名が毎月来所している。	
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	身体拘束の研修を受けている。研修の資料や拘束に関する資料等をもとに、ホーム内研修として、全職員で身体拘束とその弊害について学んでいる。利用者の安全を考慮し出来る限り拘束のないケアに取り組んでいる。	身体拘束に関する研修を年2回実施し、身体拘束をしない介護に取り組んでいる。身体拘束等の身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催する他に、運営推進会議で事故報告活動を行っている。拘束対象者はいないが、虐待は言葉遣いから始まるとの考えで、適切な言葉遣いを徹底している。	
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	ホーム内外の研修や資料等で学び、利用者の気持ちになって日頃の声かけや介護の時に利用者の心身を傷つけていないか考え、虐待が見過ごされないように注意し、防止に努めている。		

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	研修や資料によって、必要のある方に活用できるように学ぶ機会を設けている。ポスターを玄関に掲示している。		
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、契約書を口頭、文書で十分に説明し同意を得ている。不安や疑問がある時は後でも聞きやすい環境を作り、理解、納得していただいている。改定、解約時も同様である。		
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	利用者には不満や要望を聴ける環境を作っている。家族には面会時に、要望や苦情、相談を受けている。面会に来られない家族には電話や手紙で意見、要望、相談を聞いて運営に反映させている。	利用者とは対話しやすい関係を築き、利用者の意見や要望を引き出すように努めている。利用者の状況を家族に報告し、家族からの希望、要望があれば、職員間で情報共有し、運営に反映させている。	
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	毎月ホーム会議を開き、職員が意見や提案を出せる機会を設けている。職員の日々の会話の中から出来る限り意見を吸い上げて、月に1度のホーム長会議で提案出来る様にしている。	毎月のホーム会議と日々の介護業務を通じて、ホーム長が職員の意見・提案を聞いている。その内容をホーム会議の議事録に記載するとともに、月1回のホーム長会議でも取り上げ、運営に反映するよう図っている。	
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	定期的に人事考課を行い自己評価をしている。ホーム内でも研修報告が出来る機会を設け、個々に向上出来る様にしている。又人事考課や日々の状態を考慮し、昇格・昇給をするようにしている。		
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	ホーム会議では必要に応じて勉強会を開いたり、研修の報告、行政等の集団指導等の報告を行い、職員に浸透できるよう取り組んでいる。		
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	研修や運営推進会議に参加し、相互訪問の活動を広げ、サービスの質の向上をめざしている。		

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	初期段階において、本人の表情や行動から気持ちを汲み取り話しやすい環境を作る。家族や入所前の担当者からも情報を得て、早期に本人の安心を確保するための関係を作り、信頼関係が築けるように努めている。		
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	本人同様御家族が不安な事を早期に解消出来る様に、話しやすい環境作りをし、要望を実現出来るように努めている。		
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	本人と話したり、ご家族と相談したり、職員全体でさまざまな方向から見極め、その時々に応じた適切な支援が出来る様努めている。		
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	個々の能力を見極め共に作業をしたり、関わりを持ち介護される側というのではなく人生の先輩として、多くを学び共に喜怒哀楽を分かち合い関係を築いている。		
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	行事の参加の呼びかけを行っている。面会時も本人、ご家族、職員が同じ時間を共有出来る様にしている。		
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	友人や親戚、知人がいつでも気軽に来所できるように配慮している。その際、故郷の話や昔住んでいた地域の話などその場に居なくても懐かしく話をされている	年数回程度、知人からの外出のお誘いを受ける方や親戚が訪ねてくる方もあり、職員が時には話の接ぎ穂として加わることもある。また毎月来所される2名の介護相談員とは馴染みになっている。	
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	日々の利用者同士の関係を考慮し、食事の席を決めたり、日常的にコミュニケーションが図りづらい方に対しては、職員が仲介に入り、孤立しないように努めている。		

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
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	退所後も良好な関係が継続出来る様になっている。また、気軽に来所して頂ける様な環境作りをしている。		
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	一人ひとりの思いや希望、意向の把握に努めている。言葉で自分の思いを表現できなかった利用者には、生活歴や非言語的コミュニケーションから本人本位に出来る様、努めている。	入居時の本人・家族からの話や、前事業所の担当者からの情報を得て希望等の把握に努めている。自己表出の困難な方は生活歴や行動・仕草等から把握に努めている。	
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	個々の生活歴や歩みを大切に、日常で参考にしたり配慮をしている。家族や知人、入所前の担当者や前施設の職員からの情報も合わせながら、その人らしい暮らしが続けられるよう努めている。		
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	一人一人の過ごし方を尊重しながらも、その日、そのときの心身状態に配慮し、総合的に把握出来る様努めている。		
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	介護計画は本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意向を反映した実践可能な介護計画を作っている。モニタリングを行い、現状に即したプランを作成している。家族には介護計画を説明し同意を得ている。	本人・家族の希望を踏まえ、申し送りノート・個人記録・業務日誌とホーム会議での職員意見等をアセスメントし現状に即した介護計画を作成している。モニタリングは3か月毎および状態変化時は都度行っている。	
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	ケアの実践・結果、気づきや工夫を毎日個人記録に記録している。職員間で日常の意見交換をしたり、勤務が不定期な為、必要な事は、申し送りや連絡ノートに書き、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。		
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	随時の見学や体験入居を行っている。本人や御家族の希望による訪問歯科の提供支援をしている。また、必要に応じて御家族の希望があれば宿泊出来る体制にある。災害時は被災者の受け入れも行う。		

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	自治会、民生委員あんしんケアセンター等と良い関係を築き、地域の行事に参加出来るようお誘いを受けている。可能な限り利用者の楽しみや活動の機会が広がるように努めている。		
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	月2回の往診医があり、24時間対応してくれる体制にある。また、必要に応じ専門医の受診をしている。本人・御家族の意向に沿ってかかりつけ医がいる場合、診断結果や治療方針等連携を取り、適切な医療が受けられるように支援している。	ホームのかかりつけ医(内科医・法人代表)の月2回の来診及び24時間対応と、看護師週1回や歯科医・管理栄養士・薬剤師等の来診・来訪がある。薬剤師は服薬指導やお薬手帳の管理、また運営推進会議ではインフルエンザに関する講演も行き、知識の普及に貢献して頂いている。	
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	訪問看護師が週一回訪問し、体調管理や相談に応じる。体調不良や情報や気づきは訪問看護師や往診医に連絡し相談し、利用者が適切な受診や看護を受けられるようになっている。		
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。	入院の際は職員が同行し、介護サマリーと病状を説明している。入院中も面会に行き、医療関係者との情報交換や病状の把握に努め、早期退院ができるようにしている。退院時は、看護サマリーや退院指導を受け、安心してホームに帰れるように受け入れ態勢を作っている。		
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、事業所です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	病状の悪化、重度化が予測される場合は、早めに御家族と連絡を取り、事業所ですることを十分に説明する。本人にとって最適な選択が出来るよう主治医や医療関係と連携を取りながら、方針を共有しチームとして支援に取り組んでいる。	重度化が予測される場合は、早い段階で事業所の方針「重度化した場合でも、医療的な治療が必要なく経口摂取が出来ている状態の場合は対応出来る」ことを説明している。看取りは行っていないが、本人の最適な選択が出来るよう主治医や関係者と連携のもと、方針を共有しチームケアで支援する仕組みがある。	
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	緊急時マニュアルがあり、入職時のオリエンテーションや研修で繰り返し確認している。日常の支援を通しながら、利用者の急変や事故発生時の対応を学び、実践力を身につけるように取り組んでいる。		
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	昼夜を想定した防災訓練を行っている。避難訓練、備蓄等自分たちでできること、市や近隣の援助、協力を得なければならないことを知り、しっかり協力体制を築くように努力している。	日中・夜間を想定し年2回の自主避難訓練を実施した。築年数も経過の家屋で2階に非常口がなく、緊急避難時の困難が予想されるため、「火の用心」を肝に銘じた支援をしている。備蓄の用意の他、近隣との協力体制の構築に努めている。	

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
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	利用者への声掛けには、細心の注意を払い、特に排泄や入浴、その他の失敗、間違い等には自尊心を傷つけないように対応している。個人記録や排泄チェックは、他者や外部に漏れないように配慮している。	排泄や入浴時は、皆の前で恥ずかしい思いはさせない、否定的な言葉は使わない等、自尊心やプライバシーに配慮し、人格を尊重した言葉掛けや対応に努め「笑顔で楽しめるいい介護」を行っている	
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	話をよく聞き、本人の思いや希望を引き出すようにしたり、自己決定ができるように支援している。		
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	個々の過ごし方やADLの低下等を常に把握しながら、その人なりのペースで過ごせるように支援している。その時の心身の状態を見ながら、出来る限り本人の希望を聞き、張りのある生活が出来るよう努めている。		
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	衣類購入時は、極力一緒に買いに行き、本人の好きな物を選んでいく。美容院は訪問美容や近所のサロンで、ご自分の好きなように説明しカットしてもらっている。		
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	個々の出来る事を把握し、食事作りや片付けが出来様に支援している。自分の役割をきちんと持ち、毎日作業して下さっている。	出来る方は下膳や食器拭きなど、職員のサポートを得ながら役割意識を持って行っている。行事食や誕生会・芋煮会や全員参加の夕食会などがあり、食事が一番の楽しみになっている。	
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	食事量や水分量を把握し、個人記録へ記入している。食事量・水分量が少ない時には好物や食べられるものに替えたり、個々の咀嚼・嚥下機能の状態に合わせ、食べやすい形状を工夫している。		
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	利用者個々に合わせ、口腔ケアを行っている。うがい液を利用し、毎食後のうがいを促し、出来ない方は、うがい液を薄めて口腔ケアを行っている。義歯は、週に数回洗浄剤で清潔を保つ。		

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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレの声かけやトイレ誘導をしている。	排泄パターンを把握し、声かけや誘導でトイレでの排泄を支援している。トイレの場所が分からなくなる方もあり都度誘導している。立位保持困難な方はベッド上での排泄介助をしている。	
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	毎日の排便チェック。食事量・腹部の張りや体重の変化の確認をしている。また、必要に応じて医師の指示のもと排便のコントロールを行っている。薬だけに頼らず、適度な運動を促し、水分摂取や植物繊維多く含んだ食事を提供している。		
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	基本的には週2回、状況に合わせてシャワー浴も行っている。また、季節感が感じられるよう、菖蒲湯やゆず湯を楽しんでいる。失禁などの際はシャワー浴出来る体制にある。	週2回の入浴支援をしている。また失禁の場合は都度シャワー浴も行っている。菖蒲湯やゆず湯等季節の楽しみがあり、冬季はヒートショックにも注意を払っている。	
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	夜間の睡眠パターンや日中の様子を把握し、個々のリズムを理解し、安眠出来る様に支援している。		
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	医師や薬剤師の指示、指導を受け薬の効用・副作用を理解し利用者が適確に内服出来る様に管理している。個人記録には薬のサマリーをファイルし服薬の支援と症状の変化の確認をしている。		
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	利用者の会話や御家族から話を聞き、現在の生活の中で、得意な事が発揮、日々の役割が見出せる様に支援している。		
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	近隣のスーパーへ買い物へ行ったり、公園に散歩へ行ったり、外に出やすい環境である。外出する行事を企画し、外に行く機会を増やせるようにしている。	地の利に恵まれ、徒歩数分圏内のスーパー等へ買い物に行ったり、少人数・複数回で出かける公園散歩や全員が参加した外食会など、なるべく外に出る機会が増えるよう配慮している。また花見や紅葉狩り等の年間行事計画を作成し外出支援に取り組んでいる。	

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
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	小遣い程度の現金を家族から預かっている。金銭管理ができない方は、預かり管理している。買い物の時、必要額渡して自分で使えるようにしている。個人管理の方も、家族と相談し、トラブルを回避するために少額にとどめている。		
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している	希望されるときは電話をかけられるようにしている。家族や知人からの電話はゆっくり話せるように居室で話してもらう。手紙もやり取りができるように支援している。		
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	共用の空間はわかりやすいように、その場所の名前を書き表示している。室温や湿度の調整をしたり、光や音で不快にならないように気をつけている。玄関先の装飾や壁飾りで季節感を出したり、廊下には行事や日頃のスナップ写真を貼り、思い出して楽しめるようにしている。	玄関ホールには、装飾や壁飾りがあり季節感を出している。廊下や居間等は利用者が役割意識を持って掃除を行っている。壁面には、行事や日常の一コマのスナップ写真が飾られ日頃の様子が垣間見える。	
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	リビングは利用者の様子を見ながら、ソファやテーブル等の位置を配慮し随時変更している。利用者同士の相性・身体状況なども考慮しながら、居場所の工夫をしている。		
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	一人一人慣れ親しんだ家具や生活用品を持ち込み、その人にあった生活空間で過ごしやすい場所となっている。	使い慣れた家具や生活用品等を持ち込み、個々の好みに沿った配置を行い、こざっぱりと整頓されて過ごしやすい生活空間となっている。出来る方は掃除機をかけたり、拭き掃除等を行っている。	
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	トイレや自分の部屋、リビング等場所がわかるように標識や矢印等を張り出している。段差の解消、階段や共有部分の手すり設置、浴室の簀の子や滑り止めマット・手すり設置をし、安全で自立した生活が送れるように工夫している。		