

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25年 1月 7日	市町村評価書受理日	

※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	
----------	--

【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	千葉県柏市光ヶ丘団地3-3-404		
訪問調査日	平成24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(事業所記入)】

<ul style="list-style-type: none"> 入居者様と過ごす時間が多くつくれるように、個別レク、外出レクを推進しています。また、地域の方との関わりを大切にするために、行事には積極的に参加しています。ホームにも立ち寄れる環境づくりのため、ひまわりカフェや、会合等、場所の提供をしています。立地としては、閑静な住宅街で、近隣の方との挨拶が気軽にできるところにあります。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。

【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)】

<p>事業所は理念の冒頭に掲げる「その人らしい快適で穏やかなシルバーライフを常にサポートします」を具現化するために、職員は行動規範となる「私たちが約束する5つの習慣」や身につけるべき3つの力「知・聴・考」を常に携帯し自らも啓発に努めている。</p> <p>また、通りすがりの人に声をかけひまわりカフェに立ち寄って貰う。小中学生の合唱を楽しむ。ごみゼロ運動に参加する。利用者の手作りコースターがバザーで好評を得、注文に結び付く等、日常的に地域との交流が見られる。</p>
--

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、活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	運営理念をタ方の送り時、全体会議で毎回、唱和しています。また、「私たちが約束する5つの習慣」も作成しており、共通理解のもと、入居者様と向き合っています。	理念に掲げる「その人らしい快適で穏やかなシルバライフを常にサポートします」を具現化するために、職員は行動規範となる「5つの習慣」や身につけるべき3つの力「知・聴・考」を常に携帯し自らも啓発に通りすがりの人に声をかけカフェに立ち寄り貰う。	
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、事業所自身が地域の一人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・バザーに参加し、また、毎日の散歩時の地域の方への挨拶をしています。毎月一回以上のひまわりカフェで地域住民に声掛けしています。	小中学生の合唱を楽しむ。ごみゼロ運動に参加する。また利用者の手作りコースターがバザーで好評	
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	月一回以上のひまわりカフェ時に、地域住民とのお茶飲み会、千葉周辺の同法人の事業所との協力体制のもと、地域の方へ向けて、認知症理解をしていただけるよう勉強会を開催しています。その中で、支援方法や事例を通して認知症の周辺症状が緩和した内容を発表しています。		
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。	市、地域包括の職員に加え、民生委員、自治会長、地主、家族代表の出席を得、3ヶ月に1回開催されている。運営状況の報告と出席者の助言が主となるが、ひまわりカフェのアイデアもこの会議から生	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	毎月のひまわりカフェのポスターの掲載依頼をしながら、地域交流の協力を頂いている。また、人員等、サービスの仕方の相談も定期的に行っています。	市とは運営推進会議、グループホーム連絡会を通じて、コミュニケーションを深める他定期的に訪問し相談を行っている。また月に1度相談員の来所を得、	
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。	利用者の要望等を聴いて貰い、事業所への助言身体拘束廃止を職員へ周知している。また、散歩や外出、家族の声を聞いて頂くこと等で不穏な状況や混乱が生じないように、支援している。利用者は何時	
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	ホーム内研修や、外部の虐待防止についての研修の参加を促し、職員への学ぶ機会をつくっている。また、職員同士で言葉のかけ方について、注意し合い、虐待につながらないように環境づくりをしています。		

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
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や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。		
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。	利用者や家族等の意見を反映するため、3ヶ月に1回家族会を定期開催し、家族等の意見や要望を訊いている。その結果、エプロンを縫う足踏みミシンの	
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	個別面談や、全体会議後に、資料を配布。ご意見や要望ある職員から意見聴取、アンケート調査を実施し、サービスに取り入れている。特にユニット会議で出た意見は、直接的に関わり、運営に反映している。	毎月のユニット会議では、利用者のケアについて職員の意見を聞き、会議の結果は議事録で全職員に周知し、運営に反映している。また個別面談やホット	
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	2年以上の職員への昇給。キャリアアップ要件を掲示し、面談を通して、本人の気持ちが高い職員には、昇格の機会を設けている。また、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	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。また、内外研修に関して、必要なものに関しては、管理者が現場をカバーし、参加機会を増やしている。		
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、各々の事業所をお借りして、会議をおこなっている為、同業者との交流機会になるように努めている。		

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
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。また、ホームで「モデルホームとは・・・」の取り組みを行い、入居者の方々との関係づくりに努めている。		
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	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	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	自治会に加入し、子供フェスティバル・自治会運動会・バザーに参加し、また、毎日の散歩時の地域の方への挨拶をしています。毎月一回以上のひまわりカフェで地域住民に声掛けし、交流を図っている。	正月の日中は家族と共に過ごす、家族と共に墓参、電話で家族の声を聞くなど、家族との絆を深める支援や、柏の曙山公園で花を觀賞する、東京タワーや	
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利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	重度化されたご入居者も隔離せずに、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。	日常生活のコミュニケーションや関わりの中から、一人ひとりの思いや意向を把握し、ケースカンファレンスやユニット会議でケアが適切か確認している。その人の持つ宗教も尊重し、希望があれば教会に	
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	モデルホームの取り組みの中に、一人ひとりの居場所やそのひとらしさを追求し、日々接している。また、ケアプランの見直し時期にモニタリングを行い、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、モデルホームの取り組み時、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。	利用者の思いや状態は1週ごとにモニタリングして記録している。記録はサービス担当者会議やケースカンファレンス、介護計画の見直しの際に活用される。モニタリング記録は職員全員が交代で担当	
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	体調が不調になった場合、臨時的に総合病院の通院対応、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、ホームクリニック柏になっているが、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。	連携する医療機関は、24時間対応のクリニックであり、1週おきの訪問看護と隔週1回の往診があり、利用者及び家族の信頼を得ている。その他、希望によ	
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	ホームクリニック柏の看護師と、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。必ず、看護師も医師と相談や指示を仰ぎ、その結果をホームに連絡してくれている。状況に応じては、紹介状を頂き、総合病院へ受診対応している。		
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。	入院されたご入居者がいらっしゃる場合、ユニットリーダー以上は、必ず、一週間に2回の面会と、適宜、家族へ報告をいれている。また、手術後には病院内のソーシャルワーカーに術後を確認し、退院してよとの指示が医師から出たらすぐに家族へ連絡し、退院するお手伝いをしている。		
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	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。	入居時及び必要になった時に「重度化にかかる指針」について書面をもって丁寧に説明している。連携医療機関は24時間対応なので、希望があれば看取りを行う方針である。	
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	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。	消防署の協力の下、年2回全利用者と職員参加で避難訓練を行っている。そのうち1回は夜間に訓練している。隣接する高齢者住宅の人や、隣の人も訓練に参加している。ホームは避難しやすいよう	回覧板や地域の掲示板を活用して避難訓練の日程を地域の方々にお知らせし、地域ぐるみの避難訓練となることを期待します。

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
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	個々にあるアセスメント表や個人ファイルに対応の仕方を、記載し、どの職員が対応しても、根本的に対応が変わらないように、対応を検討している。	プライバシー保護に関しては、入居時に個人情報の保護に関する指針について書面で説明し同意を得ている。日々の対応では、「5つの習慣」や「3つの力」	
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	午後に入浴と決めているが、ご入居者の都合により、午前中に入浴対応も実施している。また、午前中に散歩と決めているが、状況に応じて散歩に行きたい時間帯に対応している。		
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たり、ご本人に確認しながら対応している。また、外出支援のときに、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している。また、買物も一緒に行っている。	事業所本部の管理栄養士が作成する献立を基本として、利用者の希望を取り入れながら日々の食事を考えて買い物から料理、盛り付け等できる人・やりました	
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、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、意思疎通が難しい方で拒否が強い方は、水分を取っていただいたり、できる時に、口腔ケア対応している。また、毎週木曜に訪問歯科が対応してくれるので、適宜、無料で口腔チェックをして頂いている。		

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
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。	ADL向上に向けてアセスメントし、利用者個々の排泄状況に合わせて支援している。支援により入居時にポータブルトイレ使用の人がトイレ使用となり、リハパンツの人が布パンツになった。	
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、きなこ牛乳を10時に提供。午前中に体操を行い、便秘予防対策を行っている。また、便秘続きの方は、入浴等、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、入りたくないとした方は、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、午前中と午後に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。	利用者が1週間に2~3回入浴できるように計画的に支援している。入浴は、必要時に複数介護者で支援助したり、清潔保持を考慮しながら、希望により足浴だけにしたり、更衣支援だけにしている。	
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	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。2週間に一度、薬剤師の方が、服薬管理庫の整理と準備をして頂いている。		
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、お掃除をされていた方は、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出かけができるように支援している。	日常的には、天候を考慮して毎日ホーム周辺を散歩している。その他、毎月1回以上買い物外出やお花見など行事外出を計画し支援している。家族との外出に制限はない。	

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、返信を書いて頂いたり、電話をしたいと申されたときには、一度、ご家族へ確認し、了承のもと、ご入居者ご本人にかけて頂いている。		
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	照明はやわらかい明るさを使用している。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。	開設5年を過ぎたホームの居間は、必要なものが必要な場所に置かれ、落ち着いた雰囲気になっている。共用場所は清潔に掃除・整頓されている。トイレが確認できない人用に、その人にわかるように印をつ	
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	お話しやすい方々と、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	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。	利用者一人ひとりの居室は、設置している洋服たんす以外はすべて個人の家具で設えており、个性的で落ち着くように配慮されている。	
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	車イスの方でも自走し、移動でき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。		