

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	1290800125		
法人名	親愛ケアサービス(有)		
事業所名	グループホーム親愛		
所在地	市川市曾谷4-4-10		
自己評価作成日	平成30年1月29日	評価結果市町村受理日	平成30年5月7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/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 日本高齢者介護協会
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602
訪問調査日	平成30年2月14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)】

落ち着いた生活が送れるよう、支援しています。
医療の面では往診体制も整っている。緊急の場合でも連絡体制も整っている。

【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)】

市川市郊外、JR市川駅から車で20分程の閑静な住宅街にあり、耐震・耐火性に優れている鉄筋コンクリート造り3階建ての施設で、2～3階がグループホームです。1階に小規模多機能型施設が併設され、共同で運営することにより、各種行事、消防訓練、ボランティアの受け入れ、利用者の交流、看護師との連携などに活かされています。
地域密着型サービスの意義を織り込んだ3項目の理念を掲げ、全職員は共有し、理念に基づいて、利用者の安心と生きがいある暮らしを目指し、本人の意向に沿った質の高い介護の定着に心がけています。今年は家族の意向を尊重し、医師と連携を取りながら、1名の看取りを行っています。また毎月送付される、「親愛たより」は利用者の笑顔満載のカラー写真で、家族からも好評です。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、安心して暮らしている (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	グループホーム親愛の理念の一つに「地域との連携、交流をふかめながら馴染みの関係づくりを目指します。」としている。玄関やリビングなどにかかっている。	地域密着型サービスの意義を踏まえた、3項目の理念をパンフレットや玄関・各ユニットに掲げ、全職員は全体会議などで、確認、唱和し日頃のケアの中で実践に努めています。	
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	地域や学校の行事に利用者様と参加したり、地域の商店や美容院などを利用し、地域の方々との交流に繋げている。かけこみ110番や地域のパトロール隊などに地域の一員として交流している。	地域の盆踊りや、小学校主催の「ふれあいの集い」などに積極的に参加しています。定期的にハーモニカなどのボランティアも受け入れています。またホームの夏祭りには、自治会にポスター貼りを依頼し、地域の人達と一緒に交流を図っています。	
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	かけこみ110番や地域のパトロール隊に協力し地域の人々に向けて活かしている。毎月10日20日30日に近所のごみ拾いや清掃を利用者と職員で行っている。		
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	2ヶ月に一回、運営推進会議を開所当時より定期的に開催し、地域の方や利用者様本人、ご参加頂き貴重な意見を頂いている。事故報告等も報告し、サービス向上に努めている。	会議は年6回、高齢者サポートセンター、自治会役員、民生委員、家族、利用者、職員が出席し開催しています。活動内容、ヒヤリハット報告の他、自治会からの協力依頼などを含めた参加者からの意見・要望をサービス向上に反映しています。	
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	必要に応じ相談や質問に出向いている。また、運営推進会議の会議記録を介護保険課に提出している。	介護保険課など市の担当課には、その都度報告し、相談をしています。運営推進会議には、毎回高齢者サポートセンターの出席があり、アドバイスを受けるなど密接な協力関係を築いています。また毎月2名の介護相談員を受け入れています。	
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「介護保険法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	玄関は不審者の侵入を防ぐという防犯上の理由でやむなく施錠している。2階のエレベーター以外は自由に行き来できるようにしている。利用者個々に対する身体拘束は行っていない。	身体拘束・虐待禁止を謳い、拘束虐待委員会を設置し、定期的に社内研修を行っています。またスピーチロックについては、特に管理者が注意を払い指導しています。玄関は施錠していますが、各ユニット間は施錠せず、職員が見守りをしています。	
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	外部研修の受講とその内容を報告することで高齢者虐待に関する知識を深めている。身体的虐待はないが、話し方や言葉遣いに問題があると注意を受けることもあり、課題として取り組んでいる。		

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
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	外部研修の受講と共に成年後見人について2名の利用者が実際に利用している。		
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	契約時には、家族に契約書と重要事項説明書を説明した上で分らない事が有るか尋ね慎重に行っている。		
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	家族からの意見はできるだけ伺うよう努力している。サービス担当者会議や運営推進会議などでは積極的に意見を伺い運営に反映するよう努力している。	利用者については、介護相談員が毎月2名訪れ話を聴いています。家族については来訪時、敬老会などの行事参加時や運営推進会議などで意見・要望を聴き運営に反映しています。また家族アンケートの意見も参考にしています。	
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	フロアーミーティング、全体ミーティング、リーダーミーティングなど、職員の意見を聞く機会を多くし、できるだけ反映するように努力している。	管理者は日頃の対応や、各種ミーティング(全体・フロア・リーダー)などで意見・要望を聴き運営に反映するように努めています。また職員との関係もよく、日頃から何でも言える雰囲気があります。	
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	業務状況の把握に努めるようにはしているが、全ての職員が不満なく就労できるようになるには更なる努力を要する。		
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	外部研修の受講を積極的に行うとともに学んだ内容を内部職員に伝達する機会を設けている。新人職員へのOJTを行っている。		
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	市川市で行われている、同業者の交流会には出来るだけ参加し、意見交換をしている。		

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
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	ご自宅や病院に出向き、ご本人との面談を行い不安な気持ちを聞いたり、契約の説明をわかり易く伝え、安心していただけるよう努めている。		
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	ご自宅や病院に出向き、ご家族等関係者から情報を聴取し、契約をわかり易く伝え安心していただけるよう努めている。ケアプランの作成段階で、ご家族からの要望を聞き取っている。		
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	入所前に、ご家族や前ケアマネージャーの情報を得てサービス担当者会議を開き、入所当日からどのようなサービスを提供するかを決め、それを現場に周知徹底している。		
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	日常生活の会話では、人生の先輩として接し、お話を聞くよう心がけている。利用者と職員と関係を築くために一緒にお茶を飲んだり、談笑する時間を設け安心していただけるよう工夫している。		
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	入所した後もご家族に状況を報告したり、ケアプランの説明を定期的に行うなど、ご家族に安心して頂けるよう連絡している。		
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	今まで行っていた店に買い物にいたり、使い慣れた家具や小物をそのまま使用していただくよう促している。	自宅がホームに近い人などは、行きつけの美容院やクリーニング店に行ったりスーパーで買い物をしています。職員とともに墓参りに行くこともあります。面会時間に制限はなく、いつでも訪れることが可能です。	
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	入所の際には、職員から利用者全員に紹介することで交流がスムーズにできるよう支援している。自室に閉じこもらないように趣味参加や外出を促している。		

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	相談があった際は、ご本人やご家族の相談に応じている。		
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	ケアプランを作成する際にご本人の希望や意向を情報収集し、ニーズとして挙げている。じっくりと話を傾聴するよう心がけている。	意思を伝えられる人には、できるだけ意向に沿うよう努めています。発語のない人は、普段の様子を観察し表情やしぐさから気持を察するよう心がけています。利用者の生活歴や趣味をもとに、話題を提供したり、好きな色の服を勧めてみるなど、気持ちに沿った支援をしています。	
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	利用者様やご家族様から生活歴や趣味を聞き、趣味を継続できるような環境にあわせて提供している。		
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	日々変化する身体状況については、毎日の日誌や介護記録、健康管理表に記録し、情報を共有し現状把握に努めている。		
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	アセスメントを基に担当介護職員とケアマネージャと一緒にケアプランの原案を作成し、実現可能なケアプランを作成するように努めている。その原案を基にご家族の意見をいただき希望に即したケアプランに修正した上で、サービスを決定している。	入居時に自宅を訪問し、本人・家族から生活歴や意向、診療情報などを聞き取るとともに、利用していたサービス事業所からの情報などをもとに介護計画を立てます。職員は「ケアプラン実施チェック表」で毎日の支援を確認し、計画作成担当者は毎月のモニタリング、半年ごとの計画の見直しを行います。また変化があればその都度会議を行い計画を見直しています。	
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	ケアプラン通りに介護が実施されているかを確実にする為、「ケアプラン実施チェック表」に毎日介護職員が記録している。それを基にケアプラン通りに実施した結果を毎月モニタリングし、ケアプランの見直しを行っている。		
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	グループホーム内だけでサービスを提供するのではなく、ご本人の要望で遠距離に外出に行ったり同施設内の小規模多機能でレクに参加するなど、柔軟に対応している。		

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	自治会の行事に参加し近隣との交流が出来るよう支援している。		
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	入所時かかりつけ医について聴取した際、ご本人やご家族の希望を尊重してかかりつけ医の継続、変更を決定している。また訪問医の専門外診療科目の場合は、他のかかりつけ医を勧めその方に合った医療を提供している。	訪問医は本人・家族の意向を尊重して決められています。現在月に2回のペースで往診が行われ利用者の健康を管理しています。急変時には医師に電話で指示を仰ぎますが、必要な場合は往診もしてくれるなど、24時間のオンコール体制となっています。	
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	小規模多機能と兼任の看護師がおり、適時医療的な相談を行っている。また、かかりつけ医の看護師への連絡は密に行い、主治医との情報交換を行っている。		
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。	入院直後の情報を提供する為、入院時には職員が付き添う、または面会し、必要な書類を作成している。また、退院時には、退院の連絡が入り次第、職員が病院に面会に行き、情報を収集する。退院当日には、看護サマリーをいただけるようお願いしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入院した時点で病状を把握し、重度化した状態で帰所する場合、ご家族に出来ることと出来ないことを病状に合わせて説明している。ご家族が帰園を希望された場合は、主治医に相談し、グループホームでの対応が可能かどうか相談した上で、終末期の受け入れを行っている。	入居時に契約書とともに「緊急時の対応」を本人・家族に示して同意を得ています。終末期には医師を交えて今後の対応について話し合い、できるだけ家族の意向を尊重しながら、納得のいく最期を迎えられるよう支援しています。今年1名の看取りを行っています。	終末期については、早い時期に本人・家族の意向を聞き取るとともに、ホームの方針を明確にする事が望まれます。職員に向けてはターミナルケアの研修を行い、重度化した場合のホームの体制について、組織的に取り組むことが期待されます。
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	緊急時の対応を全体会議で講習会を開き、全委員に周知をおこなっている。今後は内部の実施訓練を含め、消防署主催の緊急時訓練を受けるなど外部研修に積極的に参加する。		
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	消防署立会いの元、消防訓練を行っている。出来る限り本番と同じように避難している。	年2回自主訓練(日中想定消防訓練・通報)を実施しています。建物は耐震・耐火性に優れ、スプリンクラー、消火器等必要な防火設備は完備し災害に強いホームです。緊急連絡網や対応表も掲示され、備蓄も5日分準備しています。	消防署立会と自治会の連携で災害訓練(夜間想定を含む)を合同で実施することが期待されます。また備蓄も最近では一週間程度が必要とされており、内容及び数量等の見直し、充実が望まれます。

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	トイレへの誘導はなるべく静かに声をかけたり、トイレのドアを閉めて介助するなど、プライバシーを損ねないよう対応している。また、本人のプライバシーを損ねないよう声掛けしている。	個人ファイルや薬などは鍵のかかる棚に保管し、管理しています。プライバシーの保護や、人格を尊重した支援については内部研修を行っています。利用者への言葉かけで、気になることがあればその都度注意しています。	
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	起床時間や就寝時間は個人のペースでおこなっている。おやつや飲み物を選択していただくなど、なるべく自己決定する場をつくるよう工夫している		
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	認知症の方が多い為、ある程度の生活リズムを保ちつつ、制限する事のないよう個別ケアも含め支援している。		
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	2ヶ月に1回訪問カットを利用している。また今まで通い慣れている理容室にお連れしている方もいる。ご本人が以前から好んで身につけていた服、色のものを選べるように支援している。		
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	具材の皮むきや切ったり、味付け、おしぼり作り、食器洗いや拭く等に参加してもらう。行事食や旬の食材を利用して食事が楽しみになるよう工夫している。	食材を切ったり、配下膳をするなど利用者のできることを見つけて共に行えるよう支援しています。メニューは時に利用者の意見を反映して柔軟に決められています。餃子や焼きそばなど、皆で作れるメニューが喜ばれています。また外出の帰りにレストランで食事をするのも楽しみのひとつです。	
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	創意工夫し栄養バランスを考えて献立作りをしている。またカロリー、塩分の増減等には注意している。		
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	毎食後の口腔ケアの声掛けを行い、洗面台への誘導、道具を準備し、介助が必要な方にはスタッフがケアを行なう。清潔保持の為、就寝前のみスタッフがブラッシングするようにしている。また口腔内に異常があった際には訪問歯科に連携をとり治療、清潔維持している。		

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
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	利用者のADLに合わせた排泄介助を実施している。誘導、声掛け、自立排泄や清拭など使用物品を含めそれぞれに合わせてケアを行なっている。	トイレは食前・食後などに定時誘導しています。尿意のない人、失禁してもわからない人など、個別に排泄のタイミングを把握するのが現状難しくなっています。	個々の排泄状況はチェック表に記録しています。一人ひとりの排泄のタイミングを把握するために、個別にデータを分析するなど、チェック表を活用し、排泄の自立に向けて取り組むことが期待されます。
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	水分摂取量や体操等で排便を促している。個々に合わせた日数、便秘が続いた場合は主治医指示の元下剤を使用している。		
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	入浴時にはご本人に「今日、入浴いかがですか？」と問いその返事に応じて行なうようにしている。同性のスタッフが行うようにしたり、声掛けの言葉を工夫したりしている。	週に2回のペースで入浴しています。無理強いせず、利用者の体調や気持ちを尊重して柔軟に対応しています。拒否のある人は時間を変えたり言葉かけを工夫して入浴につなげています。浴槽の湯は一人づつ入れ替えて、気持ちよく入浴できるよう配慮しています。	
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	個室はほぼベッドを使用している。週1回のリネン交換を行い、汚れた場合にはそのつど洗濯を行う。昼寝を含め体調によっていつでも眠れるよう促し、体に負担がかからないよう配慮している。		
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	利用者がどのような薬を服用しているかスタッフが把握できるよう薬表をコピーしたものを各階で管理している。また薬に変更があった場合には薬剤師に相談し副作用を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	ケアプランのアセスメントで、ご本人やご家族から趣味、嗜好を傾聴し、ケアプランの課題としてあげ、楽しみごとが以前と同じく継続できるよう支援している。		
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	3階フロアでは歩行に不安が無い方が自由に入力できるようにEVのキーロックを解除している。遠出等、すぐに行けない場合はご家族やスタッフで予定を組んで行けるように支援していく。ケアプランで要望を傾聴し外出できるよう課題を抽出している。	天気の良い日には近くの公園に散歩に出かけています。月に3回自主活動として公園の掃除を行ったり、ゴミ拾いをしています。また花見や紅葉狩り、遠足、地域の祭りなど、季節ごとに外出の機会を設けています。	

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
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	金銭管理のできる方は、ご自分でお財布を持ってもらい、買い物等ご自分で払って頂いている。困難な方は家族や後継人の管理の元お金の出し入れをしている。		
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	その方の能力に応じて携帯電話を所持していただき自由なやり取りをしている。手紙の返事をだす事は困難だが面会があった際にご本人の受け取った時の様子や発言を伝えている。		
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	2階フロアでは毎月利用者が作成した季節や、行事に合わせた貼り絵の展示をしている。3階フロアではスタッフによる季節や行事に合わせた飾りつけを行う等している。BGMを流す等居心地よく過ごせるよう工夫している。	明るいうリビング兼食堂は、各ユニットに吹き抜けや和室があり、利用者は気の合った同士ゆったり過ごしています。行事の写真や節分の貼り絵や鬼のお面などが飾られ季節感を演出しています。またベランダでは梨園や景色を見ながら外気浴もできます。	
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	共有空間が狭い為一人になれる空間を作ることには困難だが、テーブルを2つに分け気の合う方と過ごせるよう工夫している。同じ趣味の方同士囲碁や談笑できるスペースを確保している。		
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	居室は全室個室の為、使い慣れた家具を入れて頂くよう入居の際促したり、思い出の写真や家族写真を貼る事を進めている。ご家族面会の際には扉を閉め、ご家族だけの時間が過ごせるよう配慮している。	整理・整頓された居室には、テレビ、机、仏壇、家族の写真など馴染みの物を持ち込み、利用者は自宅に居るように居心地良く過ごしています。また居室には、「誕生日おめでとう」の職員の寄せ書きが飾られホームの温かさが感じられます。	
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	できることやわかる事は基本的に見守りのみにし自由に行動して頂けるようにしている。		