

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	1298900083		
法人名	医療法人 社団 寿光会		
事業所名	グループホームいきいきの家香取		
所在地	千葉県香取市玉造1-4-1		
自己評価作成日	平成31年2月22日	評価結果市町村受理日	平成31年4月5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	NPO法人 ヒューマン・ネットワーク		
所在地	千葉県船橋市丸山2丁目10-15		
訪問調査日	平成31年3月5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)】

木造平屋建てで静かな住宅地の一角にあります。施設内はバリアフリーになっております。リビングの大きな窓からは、田園風景を眺めることができ、遠くには筑波山を望む事が出来ます。近隣にはドラッグストアやスーパーがあり入居者様ご自分で買い物に行くことが出来ます。散歩は車の往来が少ない田園の中をゆったり歩くことができ、四季を肌で感じる事が出来ます。毎週訪問診療、訪問看護、訪問歯科が実施され医療面でも安心です。他化受診も対応しております。職員一人一人が質の高いケアを目指し、入居者様の尊厳を守りつつ家庭的な生活が送れるような施設作りを目指しております。

事業所の良い点として①利用者1人ひとりの生活歴、趣味、性格を理解し、ユマニチュードの取り組みから絆を作り、その人らしさを大切に安心して生活をする支援が行われている。本人が出来る事は自分でやってもらい、出来ない時には出来る工夫を考え、何が出来るかを見つけて支援し、好きな事を続けて楽しく生活出来る工夫をしている。②利用者楽しんでもらうために声を拾い、佐原の大祭・写真展・図書館に行き、チラシを見て寿司を食べに行き、職員は毎月企画外出をして利用者の笑顔から遣り甲斐を感じている。居室担当は毎月手書きの手紙を家族に送付し、生活面や医療面と写真を添付し、家族から状況が良く分かると好評となっている。③管理者はいろいろな意見が云え、職員シフト等の働きやすい環境づくりに努め、常に考えて行動する事が大事として助言している。職員にはもう一段のレベル向上を目指す意識を持つように仕組み作りをしている。

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 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、戸外に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	理念を事務所、各ユニットに掲示、名札の裏にも書いたものを入れており、理念を常に念頭におき、目標とし取り組んでいる。	その人らしさを大切にし、本人のやりたい事をやってもらって安心した生活をする理念の実践に取り組んでいる。出来ない時は何処を工夫したらよいか考え、例えば散歩が出来なくても玄関先で日光に当たって寒さ温かさを感じれる支援を心がけている。また、訴えの出来ない人の意向をどう汲み取るかを大事にし、行事等も楽しみが継続できるように工夫をしている。	
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	自治会に参加し、美化運動等にも積極的に参加している。地域の方と散歩時に挨拶も交わしたりしている。ボランティアの訪問も積極的に受け入れている。	散歩や買い物時には近所の人に挨拶をし、自治会の美化運動に職員が参加している。佐原の大祭・写真展・絵画展の見学に行き、図書館に行つて希望の本を借りて読書の時間を作っている。中学生の郷土芸能部の演奏やボランティアによる傾聴や太鼓・踊りが行われ地域の一員として交流している。	
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	運営推進会議や施設内の行事に参加を呼びかけ認知症の方の理解を得る場を設けている。		
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	日常生活の報告や活動内容、研修内容報告を行っている。また、意見を参考にしサービスの向上に努めている。	運営推進会議は市の担当者・自治会長・民生委員・家族が参加し、年4回行事と同時開催している。ホームから利用者状況・研修・事故報告・行事等が報告されている。委員は行事の見学や参加をしてホームの取り組みを理解し、報告事項に対して質問が行われサービス向上に活かしている。	運営推進会議は行事と同時開催しているが、家族の参加が少ない事を課題としている。議題を決めて意見交換や認知症の講話等を行つて参加者を増やす工夫が望まれる。
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	運営推進会議には必ず市より担当職員の方が参加される。事故報告や待機情報等の相談などを行っている。また、市からの提案や情報交換を行い協力関係を築くよう取り組んでいる。	市の担当者は運営推進会やグループホーム連絡会に参加して話し合い、事故報告書の提出や感染症・研修のメールに協力して取り組んでいる。グループホーム連絡会では市の取り組みの説明やアンケートの依頼を受けている。空き室情報をケアマネ・病院に流して紹介があり、管理者向け研修や困難事例等を話し合い連携している。	
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	日中は玄関の施錠はせず玄関センサーを使用している。身体拘束の無いケアを職員全員で行っている。	法人の身体拘束0宣言を掲示し、ミーティング時には勉強会を行い、身体拘束委員会を開催して理解を深めて身体拘束は行われていない。玄関は施錠しないで利用者の外出は見守りと一緒に出掛けて心配りしている。つい出る言葉の拘束も行動抑制になる事を理解し、家族にはリスク説明書により説明し、転倒時の迅速な対応と報告により理解に努めている。	
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	虐待が起こらない環境を作り、虐待防止に努めている。また、勉強会や研修を行っている。		

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
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	必要性の高い方については話し合いを行っている。		
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	不安や疑問点を解消できるよう十分な説明を行っている。		
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	苦情相談窓口があることを入居時説明している。ユニット入り口にも掲示している。面会時や電話連絡などで、意見や要望を聞きミーティングに取り上げ話し合いを行っている。	家族の来訪時には利用者の状況を話し合い、ケアプランの説明と要望も聞いている。来れない家族には変化時の様子を電話で伝えている。居室担当者は毎月手書きの手紙を送付し、生活面・医療面・小遣いの残高と写真を添付して知らせ、家族から状況が良く分かったと好評となっている。利用者の様子や会話から散歩・外出・外食等の要望に応じている。	
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	ホットライン制度があり代表に意見を言える制度がある。普段の業務内やユニット別のミーティング等で意見や提案を聞く機会を設けている。個人面談も実施している。	職員はユニットミーティングのケアカンファでは利用者のケア方法や課題について提案や意見の述べて反映されている。職員は年初に個人目標を立てて取り組み、管理者との個人面談時に成果を話し合い次につなげている。また、資格取得制度を利用して資格取得に取り組み、毎月行事企画を担当し、利用者の笑顔から遣り甲斐を感じている。	
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	職員個々の目標を立ててもらい向上心を持って働けるようにしている。資格取得お祝い金制度を採り入れ、資格取得に意欲を持って取り組めるようにしている。		
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	外部研修は必要に応じて参加している。また内部研修も定期的に行い、職員の質の向上に努めている。		
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	地域が主催しているものに積極的に参加し、交流を深めサービスの向上に役立てている。		

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	入居時、ご本人やご家族様が困っている事、不安に思っている事を傾聴、記録。安心して生活が送れる方法を考え、早期に生活に慣れて頂けるよう支援している。		
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	家族の意見、困っている事、不安な思いを聞き本人への支援に繋げていくことで信頼関係を築いている。		
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	受診や他のサービスが必要と判断した場合、スムーズに利用できるよう支援している。		
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	今までの生活習慣を大切に、出来ることはご自分でやって頂いたり、個々の能力にあった支援を行っている。		
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	月に一度お便りを出し、状態を共有している。また、面会時には、ゆったり過ごして頂けるよう環境作りをしている。		
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	家族の理解、協力のもと馴染みの方の面会や電話、お手紙等支援している。	友人が来訪して居室で話をし、傾聴ボランティアとして支援をしている人もいる。家族や親戚が来訪し笑顔で迎えお茶を出し居室で話し合い、一緒に馴染みの美容室や寿司店に行っている。家族・友人からの電話を取り次ぎ、季節にはハガキが届き職員と一緒に見て話し合っている。ホームの外出時にもなじみの場所を通ると良く知っているの声が聞こえ、家族は行事等の笑顔の写真を一緒に見て喜んでいる。	
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	1人1人の性格を把握するとともに個性を尊重しながら、対立や孤立しないよう心がけている。また、1人の時間も大切にしている。		

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	自宅等へ帰った後のサービスなどの情報提供を行っている。		
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	本人や家族に日常生活や大切にしている生活習慣を伺い、希望に添えるよう支援を行っている。また、日常生活の会話の様子から意向の把握に努めている。	入所前のアセスメントで生活歴・趣味等を細かく聞き、入所後は日常の様子や会話から意向の把握に努めている。個々の性格を知り尊重して出来る事は自分でやらせ、出来ない時は何が出来るかを見つけて支援している。利用者毎の生活状況を経過記録に記録し、他の職員からも情報を得て把握に努めている。	
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	入居時に本人、家族に伺っている。		
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	日常生活の状況を毎日記録し、状況、状態の変化を把握する。ケアカンファレンスなどで、現状の残存機能について話し合っている。		
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	本人、家族の意見を取り入れると共に管理者や職員と情報を共有しそれぞれの意見等を反映させてケアプランを作成している。	家族の要望を聞き、利用者の状況は申し送りやケアカンファでの職員の意見が反映され情報を共有している。居室担当者は必要なケアの「何が出来・出来ていない、困っている事等」を書き出してカンファレンスで話し合い、ケアマネージャーがケアプランを作成している。6か月毎にモニタリングを行って評価し課題はカンファレンスで話し合っている。また、変化時には医師・看護師の意見を聞いて見直しが行われている。	経過記録のファイルにケアプランを入れ、ケアプランを意識し記録しているが、ケアプランに沿った記録がまだ不十分と感じており、更なる記録の仕方の工夫が望まれる。
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	日々の生活状況を記録し、状況の変化の把握に努め、申し送り等を通じて情報を職員間で共有し実践やプランに活かしている。		
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	外出、買い物、病院受診付添などの支援を行っている。		

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
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	地域が主催している写真展などを見学に出かけたりしている。図書館に出掛け、希望の本を借り読書する時間を設けている。		
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	入居時に主治医の希望を確認している。受診時に適切に病状を伝えられるよう心がけている。御家族の協力に受診、または職員が対応、受診後は家族に受診結果の報告を電話等で行っている。	かかりつけ医の継続受診は家族や職員が対応して行われている。訪問医を希望する人には毎週往診が行われ、訪問看護師に温度/パルスを測らせて気になる事は相談し受診も行われている。変化時には食欲や痛み等の細かな情報を書き出して往診・受診が行われ、家族に電話連絡をしている。専門病院の受診時にも状況を知らせ、血液検査結果等を介護記録で共有している。	
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	日常の様子、気になる症状を記録し訪問看護時に伝え、相談、指示を仰いでいる。必要に応じて受診している。		
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。	主治医やソーシャルワーカー、担当看護師と連絡を取り合い、情報交換や相談を通じて関係作りを行っている。		
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	入居時に話し合い、書面にて説明している。本人の状態が大きく変化した際には、医師や看護師の意見を踏まえ、家族の希望を確認している。	入所時に「重度化及び看取りの対応の指針」を説明し、看取りはしない方針の同意を得ている。ADLが低下して食事が食べれない時には高カロリーゼリーや食形態の工夫をして支援している。また、食事や水分がとれない等重度化時には家族に状態を伝え、家族・医師と話し合い入院を勧め、また、特養に移る人もいる。	
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	救急対応の方法を常に目に付くところに掲示している。また、救急隊員による応急手当の指導を受けている。		
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	消防署の協力のもと、年2回消防避難訓練を行っている。	年2回消防署員立ち合いの下、夜間想定火災対応マニュアルに沿って「通報・初期消火・避難誘導」と水消火器・AED訓練を実施している。また、連絡網による緊急連絡訓練も行われている。消防からは入居者名簿により誰が避難出来たかをチェックする事・通報時には住所と電話番号を告げる事を周知し、シフト替えをして職員は順番に経験できる様にしている。	

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	接遇研修を行い能力の向上に努めている。 、職員同士でも注意し合えるよう指導している。	接遇研修を行って言葉遣いや馴れ馴れしい言葉には注意をし、ユマニチュード研修を継続して実施し、日々の流れの中で忘れていた事の再確認と絆づくりを心がけて取り組んでいる。利用者に無理強いをしてやらせてもらっても楽しくない事を理解し、その人に合わせて散歩等に行つて意思を尊重している。居室はノックと挨拶をし、トイレや入浴時はドアを開けてプライバシーに配慮している。	ユマニチュードの継続研修を行い、意識を持ってケアを行う事でレベルが向上してきている。ユニット会議でユマニチュードの効果や成功事例を話し合い、再確認と絆づくりをして更なる向上を目指しての取り組みが期待される。
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	自分の思いを伝えやすい環境作りを心がけ、声をかけている。会話の中でも本人の意向を傾聴するよう心掛けている。		
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	散歩、買い物、食事の時間など、その方に合わせて支援している。		
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	個々の好みに応じている。必要な物があれば一緒に買い物にでかけ、ご自分で選ぶ等支援している。		
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	個々の能力に応じて野菜の皮むき等手伝って頂いている。またおやつ作り等を通じて食の楽しみ方を工夫している。嚥下じょうたいに応じて、お粥、刻み、ミキサー食等を形態で提供している	利用者の今ある力を活かし「野菜の皮むき・テーブル拭き・茶碗の片付け等」を役割として行っている。フリーメニューは選択肢を示して焼きそばやカレーを食べ、おやつ作りではあんみつ・ホットケーキを楽しんでいる。季節毎にクリスマスにはケーキ、七夕には寿司の出前を取り、外食では事前にメニュー決めてんぷらや鰻を食べ食事を楽しむ工夫が行われている。また、家族とは受診後に外食も行われている。	
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	水分、食事量のチェック表を活用し、個々の状態を確認しながら支援している。		
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、口腔ケアを行い口腔内の清潔保持に努めている。歯科往診にて個々にあった適切な口腔ケアの指導を受けている。		

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	排泄チェック表を活用し、個々の状態を把握、適時誘導を行っている。	排泄チェック表からパターンを把握し、時間で声掛けをしてトイレでの排泄を支援している。自立している人は自分でトイレに行き、排泄感のない人は短時間に誘って漏れ防止に努めている。夜はオムツの人も日中はリハビリを使用してトイレに行く回数を増やして支援し、拒否する人には時間をずらし人を替えて声掛けをしている。便秘の人は医師の指示で便秘薬の調整をしている。	
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	食事量、水分補給に心がけている。また、排泄チェック表にて排便の状態を把握し、個々に応じた医師の指示に基づき便秘薬の調整等に対応している		
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	週2～3回の対応を基本とし体調やその日の状況、希望に応じて対応している。リフト浴など能力に応じた入浴支援を行っている。	週2～3回体調や気分を見て、また、一番風呂に入りたい等その日の希望に応じて入浴を支援している。「入りたくない・面倒等」の人には無理強いをせずに人を替え順番を変えて声掛けをしている。浴室や脱衣場に暖房を入れ、浴槽をまたげない人はリフト浴を使い、入浴時は目を離さないように見守り、皮膚の点検をして必要時には看護師に連絡をしている。	
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	個々の状況に応じて休んで頂く。寝具等の洗濯、布団干しなど、清潔保持に努めながら気持ち良く休んで頂けるよう支援している。		
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	薬の効用や副作用を主治医に確認している。また投薬の際には、職員2名で確認し間違いの無いよう支援している。服薬チェックを記録している。		
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	食事作りを手伝って頂いたり、洗濯物を干したりたたんで頂いたり、嗜好品を買いに行ったりして楽しんで頂け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支援している	散歩、買い物等個々の希望に応じている。地域の催し物や祭りなどの見学に出掛ける等支援している。	ホームの周りには田園風景が広がり、毎日田んぼ道の散歩や近くのスーパーに化粧品やお菓子の買い物に行っている。また、玄関先での日光浴や季節には梅・桜・チューリップ等を日を変え午前午後に分けて見に行っている。様々な外出行事を企画し、車イスの人も行ける場所を考え、なるべく参加できる様に、時にはワゴン車を借りて出かけている。家族と一緒に受診を兼ねて外出が行われている。	

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	本人の希望、家族の意向を伺い状況に応じて支援している。		
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	個々の要望に応じている。		
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	リビング等に入居者様と一緒に作成した季節に沿った飾り付けや、外出時や行事等の写真を掲示し、季節を感じて頂けるよう努めている。	リビングは温度調整や加湿器・洗濯物を干して湿度管理をし、朝には窓を明けて換気と毎日掃除をして清潔な共有空間となっている。テレビの良く見える席次は時々変え、気の合った同士で話をしてゆっくりと過ごしている。毎月季節の雛祭りや鯉のぼり等の貼り絵や習字を飾り、行事の良い顔の写真を掲示して会話が弾んでいる。ボランティアの歌等を楽しみ、ベランダのプランターには花を植えて楽しめる場となっている。	
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	リビングで気の合った利用者同士が話をされたり、ソファー等でゆっくりくつろげる場所がある。		
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	入居時に慣れ親しんだ物を持ってきて頂き、居室は自由に使いやすいように設置、飾り付けをして頂いている。	入所時リストを参考に、使い慣れたタンス・棚・テレビを持ち込み、大切な写真・手紙等を飾って自分の居室づくりとなっている。介護ベットを入れて掴まって起き上がり、クローゼットに衣類等が整理されて導線が確保されている。居室担当と一緒に掃除をし、衣類の不足や季節には入れ替えをしている。夜間巡回では体位変換・トイレ誘導・ナースコールに対応し安全の確認をしている。	
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	建物内部は全面バリアフリーとなっている。トイレ、洗面所など解りやすいよう大きな文字で表示したり工夫している。		