

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要（事業所記入）】			
事業所番号	1290300092		
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千葉黒砂台		
所在地	千葉県千葉市稲毛区黒砂台2-2-1		
自己評価作成日	平成28年12月30日	評価結果市町村受理日	平成29年4月17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2-10-15
訪問調査日	平成29年2月7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)】

日々の生活を穏やかに過ごし、また入居者様1人1人が生きがいを持って過ごしていけるように支援しています。職員の出・退勤時には入居者様へ挨拶をし、入居者様の体調変化を確認しています。また、職員と顔をあわせる事により入居者様に安心していただける様に行っています。医療との連携では担当医、看護師、職員が情報共有が行えるシステムを使用しています。ご家族への近況報告としては毎月生活面や医療面等、写真を貼付しての報告を行っています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

年間研修計画に基づき毎月研修を行い、学べた内容と共に現場で取り組む内容を報告書に記入し、研修を日々のケアに活かす取り組みをしケアの質の向上に繋げるようにしている。入居者一人ひとりの思いや意向を把握するアセスメント様式や職員一人ひとりがモニタリングする法人の様式を上手く活用し現状に即したケアプラン作成に繋げている。出・退勤時に必ず職員から入居者一人ひとりに挨拶し安心感を持って頂くと同時にその時の気付きを大切に、その人を良く知り、認知症ケアの専門家として入居者一人ひとりが穏やかに・生きがいを持ってその人らしく過ごして頂けるようチームとして個別支援するよう取り組んでいる。

. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目№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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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+) + (Enter+) 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	
.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	職員が見える場所に会社、事業所の運営理念を掲示し、日々の申し送り時に職員で復唱を行っています。	愛の家グループホーム理念と千葉黒砂台運営理念を目につき易いところに掲示している。日々の申し送り時や会議時に唱和し、共有を図っている。認知症ケアの専門家として、入居者の尊厳を守り、その時その時を穏やかに楽しく過ごし入居者も職員も幸せになれるホームの実現に取り組んでいる。		
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	地域のお祭り等の行事に参加をして地域の方と交流を行っている。また、月に2～3日ボランティアの方にホームへ入っていただいたり、運営推進会議や家族会を行い外部の人がホームへ入っていただける様取り組んでいます。	自治会から案内を頂き、地域の夏祭りや公民館行事に参加して地域の方々と交流を図っている。ホームの夏祭りに地域の方にも参加いただいている。書道やハーモニカ、傾聴のボランティア、中学生の職場体験を受け入れている。地域防災の打ち合わせ会に参加する等地域の一員としてのつきあいに取り組んでいる。		
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	認知症ケア実践報告や認知症サポーター養成講座、事例発表会を通じて認知症に関わる支援を行っています。			
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	3ヶ月に1度開催し、ホームからの報告やご家族様等からの意見を聞きサービス向上に努めています。	年間計画を立て運営推進会議の趣旨を明示した案内を出している。あんしんケアセンター職員、民生委員や家族の参加を得て、入居者・職員状況活動報告やホーム内の取り組みなどを議題として定期的開催している。		
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に取り組んでいる	行政からの研修、注意喚起等の報告やホームからは書類等の相談等を行い連携を図っています。	高齢福祉課担当の方とメールで研修案内を送っていただいたりしている。届け出書類のこと等の質問にも丁寧に対応して頂けている。あんしんケアセンターの方とは運営推進会議以外にも毎月お会いし適切な助言を頂ける関係が築けている。		
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	職員1人1人にチェックシートを用い、身体拘束の正しい取り組みの確認を行っています。	定例の研修のほか、今年度は3ヶ月に一度「虐待と身体拘束ゼロ」に向け具体的な事例を取り上げ研修を行い研修報告書を提出させている。2ヶ月に一度「虐待・不適切ケアと身体拘束チェックリスト」で各ユニットの現状を職員輪番制で報告させる等、職員一人ひとりの意識を高めるとともに互いに注意し合える仕組みを作り徹底を図っている。		
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	会社主導の研修、チェックシート、注意喚起を元に定期的に職員への理解を深めています。			

1/8

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	コンプライアンスとは、といった法に関する研修や本社主導の具体的な事案をを定期的に職員と共有しています。		
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、全ての項目を説明し、理解や納得を図っている。また、未然に防げない事故等も併せて説明しています。		
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	年に1度ご家族アンケートを実施し、要望を匿名で報告が出来る様に行っています。また家族会を行い、ご家族様同士での意見交換が出来る場を設けています。	家族へのお便り サービス提供に関するお知らせ で暮らしの様子や医療健康面に加えて「ケアプランに沿った目標やサービス内容のお知らせ」を毎月報告している。敬老会・夏祭りなど家族参加行事も多く、また家族会では家族同士で話し合っていたり機会も作るなど、家族からの意見や要望を聞かせていただく機会を多く作っている。法人独自に家族アンケートを実施し、出された意見や要望を全体会議で検討し、運営に反映させるとともに職員で共有するようにしている。	
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	年に1度職員のアンケートを実施し、意見や要望を聞く体制をとっています。また定期的に個人面談を行い、意見を聞く機会を設けています。	法人で毎年職員アンケートを実施し意見や要望を聞く体制をとっている。管理者も現場に入ることが多く、声をかけ職員が話し易くするとともに、3ヶ月に一度個人面談を行い愚痴や悩みも含めて意見や要望を聞くようにしている。年間研修計画を立て、着実に実行するとともに、研修報告書の提出を求め、学んだことを現場でどう取り組むかを考えさせるなど、研修成果を日常のケアに活かすと同時に職員のスキル向上に繋げている。	
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	年に1度、契約更新時の面談や会議、個人面談を通じて実績や勤務状況を伝える機会を設けています。		
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	毎月1回の研修、年に1度の認知症ケア実践報告会の実施。外部研修の参加の提案を行っています。		
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	稲毛区内のグループホームを中心とした介護施設の交流会を通じて、お互いの施設への情報交換や会議への参加を行っています。		

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
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	入居前のアセスメントの実施、本人やご家族様の希望を聞きケアプランに反映させています。また、今までと同じような居住環境を整え、少しでも安心していただける配慮を行っています。		
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、ケアプラン更新時にご家族様の意向の確認を行いケアプランに反映させています。また面会に中々来られないご家族様には、電話やメールを使っての関係改善に努めています。		
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	ケアプラン更新時に今必要な支援、将来必要な支援を伝えています。また、お便りや電話を使って現在の課題を把握してもらっています。		
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	食事や食器洗い、洗濯物干し等共に行い一緒に生活をしている関係を築いています。		
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	ホームへの行事参加の提案、面会時には細かな事を伝え共に支えていくという関係を築いています。		
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	馴染みの人との面会も自由に行っていました。また、昔の住居や知っている場所への来訪も時間を作り行っています。	元のお店のお客さんだった人や昔馴染みの友人が訪ねて来る。ご家族と外出や外食、法事やお墓参り、馴染みの美容院や銭湯に連れて行っていただくための支援をしている。元の住まいの近所にお連れしたり、自宅で泊られるための支援もしている。電話の取り次ぎや手紙のやり取りもお手伝いする等馴染みの関係を途切らせないように努めている。	
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	お手伝いやレクリエーション、合同での行事を行い相互支援が自然と行える環境を作る様にしています。		

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
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	退去後も本人、ご家族に行事等への通知を行い参加を促しています。		
、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	アセスメント、ご本人も参加での会議を通じて思いや暮らし方の要望を確認しています。	入居前にその人の生活歴・生い立ち・趣味嗜好・身体状況等を聴き取り、また家族から状況や希望を聞いてフェイスシートに記載してケアプラン作成に繋げている。本人の発言を受け容れ傾聴し観察することで何を希望しているのか、何が不安なのかをケース記録に記入し、職員全員が知り得た情報を持ち寄ってカンファレンスしている。	
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	アセスメントや職員での会議、ご家族様からの情報提供によりサービス利用の経過の把握に努めています。		
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	アセスメントの実施だけではなく、実際の心身状態を確認し口頭や記録により職員で情報共有を行っています。		
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	担当国会議や事前のチェック項目を通じて、過去・現在・未来のサービス状況をケアプランに反映させています。	入居直後は安定したケアができるまで、毎月モニタリングして見直しを行っており、その後は短期目標のサービス内容の実施状況・達成度の評価を職員とケアマネジャーとが一緒になって3カ月に1回の頻度で実施している。ケアプラン変更に当たっては前もって家族にその旨を伝え意向を伺い、また医師・看護師の意見も取り入れプランに繋げている。家族へのお便り「サービス提供に関するお知らせ」で暮らしの様子に加えて「ケアプランに沿った目標やサービス内容のお知らせ」を毎月報告する事で、プランを家族と共に取り組む姿勢が特徴的で優れている。	
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	介護記録、日誌を通じての共有や申し送りによる口頭での共有を行っています。また特変時は赤字での記入をして、職員が把握しやすい工夫を行っています。		
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	急な外出、外泊にも柔軟に対応したり、ご本人様主体のサービスを念頭におき対応しています。		

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
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	地域行事への積極的な参加、昔なじみの場所への来訪を通じこれからの暮らしに役立てるように支援を行っています。		
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	往診医以外のかかりつけ医院があれば、連携し適切な医療が受けられるように対応しています。	提携医療機関から月2回の往診を受けている。往診に先立って相談したい内容が記載された往診表を前もってFAXで送付することでスムーズな受診ができる態勢をとっている。「往診・訪問看護表」の医療所見欄には医師の指示や変薬事項を記載し、重要ポイントにはマーカーを附し注意を促している。申し送りノート・連絡ノートで職員間の情報共有が図られている。	
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	週に1度の訪問看護時に日頃の情報提供、看護師による意見を記録にまとめ、職員で情報共有を行っています。		
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。	週に1度は必ず訪問をし、状態や経過を知り、早期退院に向け、支援を行っています。		
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	日頃の担当医との相談事も含めて、ご家族には都度状況を伝え早い段階から相談が出来る環境を作っています。また看取りの研修を定期的に行い、職員へは気持ちやサービスの事前準備行ってもらっています。	入居契約時に「重度化した場合の対応にかかる指針」「看取り介護にかかる指針」を説明し入居者・家族の同意を得ている。看取り対応時の医師・看護師とのオンコール体制も整っており、職員に対する看取りの研修も定期的に実施し、今後の看取り対応に備えている。	
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	緊急時のマニュアルの掲示、定期的な研修を行っています。		
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回の消防訓練の実施。地域での防災関係の取組の参加を行っています。	夜間想定訓練を含めて年2回の避難誘導訓練を実施している。実施記録には反省点(要改善点)を挙げ次回に繋げている。防火自主点検表を毎日実施しており防火に対する意識が高い。また災害に備えての水・食料の備蓄もできている。	避難誘導は、慣れて身体でおぼえる事・習熟度を挙げる事に尽きるので、特に夜間想定訓練の避難誘導訓練の頻度を上げられるよう希望する。

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	
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	年に1度の研修を通じて、プライバシー保護や言葉かけの具体的な方法を職員間で共有しています。	入居者一人ひとりを総て受け容れて話を良く聴く、その上で言葉をかける、の姿勢をとっている。言葉掛けには特に注意を払い、「さん付け」の呼びかけ、「狎れ狎れしい言葉遣い」の注意など、ホームの接遇研修での学習体験を介護現場で活かしている。当ホームは研修計画に基づいて確実に実行しており、その効果を職員の感想文から窺い知ることができる。	
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	日々の声掛け、傾聴を通じて本人からの思いや希望が見られた時は職員で共有し、自己決定が出来る様な提案や環境作りを行っています。		
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	1人1人の生活履歴や体調に合わせて、ご本人の意向に合わせた配慮を行っています。しかし、昼夜逆転等起こらない様に定期的な活動時間は設けています。		
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	本人、家族に今までも含めた趣味嗜好を確認して、本人が気持ちよく過ごせる様に支援しています。		
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	決められたメニューだけでなく、本人が好きだった食事の提供。また、皆で楽しく食事が出来る環境作りを行っています。	調理専門員がその日のメニューをホワイトボードに書いて説明している。お手伝いのできる入居者は盛り付け・配膳・下膳・食器洗い(拭き)等を行っている。食を楽しんで貰うため本人の好きなメニューの提供や、マンネリ化しないよう、出張職人の鮎や揚げたての天ぷらや釜飯・弁当などを提供している。季節毎のイベント食や誕生会なども定期的に頻繁に企画・実行し入居者に喜ばれている。	
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	定期的な体重測定、水分食事量の記録を確認して職員間、看護師、担当医で連携をとり支援しています。		
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実施。歯ブラシ、口腔スポンジ、消毒液などにより個人に合わせて対応を行っています。		

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
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	おむつ、リハビリパンツ、パットの定期的な職員間の見直し、日々の排泄パターンからの排泄コントロール等の確認から自立に向け支援を行っています。	トイレでの自立排泄を目標にして支援しており、入居者ごとに適時声掛けをして無理のないトイレ誘導を行っている。便座には背凭れや可動式手すりが設えられていて安定した姿勢で用が足せる。職員2名によるトイレ介助もある。また必要に応じて居室内でポータブルトイレを使う入居者もいる。	
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	乳製品の提供や全身運動、口腔運動等により便秘改善に働きかけています。		
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	必ず入浴前には本人に確認し、着替えや入浴方法を確認して個々にそった支援を行っています。	基本的に週2～3回の入浴としているが希望に応じて臨機応変に対応している。本人の意思を重視し、まず確認をとってからの入浴となる。拒否者にはタイミングや職員が替わっての声掛けなどで支援し、無理強いはいしない。職員と二人きりになるこの入浴時間帯が、入居者にとって寛げる至福の時となっている。	
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	今までの生活環境に伴った布団やベッドの用意、体温湿度の確認、夜間の巡視を通じて支援しています。		
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	薬情をすぐに確認できるところに置き、職員一人一人に把握してもらう様努めている。また服薬変更時は職員が把握できる様な配慮を行っています。		
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	入居者様に応じたお手伝い等の役割分担、趣味嗜好にあわせたサービスの提供を行っています。		
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	近隣スーパーへの買い物、公園への散歩等個別での対応。ご家族がいらっしゃる際は近隣へのドライブ等、協力して支援を行っています。	時々、近くの公園への散歩やスーパーへの買い物など行っている。また家族の協力で近隣の散歩やドライブなども実施している。2Fのユニットは個別外出の支援ができるようになってきたが、3Fは未だ充分実行できていない。	ホーム長も外出支援について次期目標に掲げ、また数家族からも散歩の希望が寄せられている。スケジュールや職員配置を工夫され、日常的な個別外出(散歩・買物など)の回数を増やされるよう期待したい。

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	施設でお小遣いを預かりし、ご本人の希望でいつでも生活用品や嗜好品が買える様にしています。また、散歩等でコンビニやスーパーで買い物が出来る様な機会を設けています。		
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	ご本人が家族と電話したいという希望があれば、その都度対応。また手紙のやりとりも希望がある際は対応しています。		
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	温度、湿度の管理や花を飾る等して心身ともに安らいで頂く様に支援しています。	玄関周りには花を植えたプランタが数鉢おかれており、入り口には各職員の紹介のカードを掲げている。リビングルームは明るく、適度の温湿度が保たれている。行事のスナップ写真や入居者の書いた習字や貼り絵などの作品が貼付され、また観葉植物や花を適度の間隔に置き、安心して過ごせる家庭的な空間作りがなされている。お互いの相性等を把握して、3台のテーブルを巧く使い、各々が自分らしい日々が楽しめるよう工夫されている。	
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	リビングでの座席の配置は気が合ったり、助け合えるような環境を考え対応しています。また、ソファを置きゆっくりと休める環境を提供しています。		
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	ご本人の今まで使い慣れたものを持ち込んでもらい、また新たに購入する物に関しては本人やご家族に相談してから行っています。	不安や混乱を招かないように、鏡台や整理ダンス・ベッド等使い慣れた品や馴染みの絵画などを持ち込んで載っている。習慣や好み或いは身体状況に応じてじかに布団を敷いたり、マットを使ったり、或いは生け花で飾ったりと様々である。室内清掃や布団干しなどは居室担当者が行い清潔を保っている。	
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	各入居様に役割分担や出来ないことの支援を行い、ご本人が居心地のよくなる環境作りに努めています。		