

### 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	1291200317		
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松戸小金原		
所在地	千葉県松戸市小金原 8-13-1		
自己評価作成日	平成28年2月15日	評価結果市町村受理日	平成28年4月26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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a>
----------	---

**【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28年3月30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)】**

入居者様が出来る事、出来ない事、好きな事、嫌いな事を見極めて、役割を持っていただけるよう努めている。  
 外出レクを月1回は行うようにしている。外出出来ない方も、いつもと違う時間を過ごしていただくよう計画をしている。  
 入居者様との会話や笑い声が絶えない空間作りを心がけている。  
 前月の写真を掲示して、ご家族、入居者様、来訪者が楽しめるようにしている。

**【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)】**

1. JR北小金駅からバスで10分後徒歩2分の、市郊外の閑静な住宅街に立地した新築ホームです。けやき通りに面し、近くに公園、保育園、小学校、レストラン、やや遠くに「21世紀の森の広場」(松戸市で評判の公園)もあり、生活環境に恵まれています。ホームは全体的にゆったり作られており、利用者は家庭菜園で畑作を楽しみ、季節毎の新鮮な野菜が食膳に上がり、利用者を書ばせています。  
 2. サービス面では、職員にも恵まれ、理念「大切な人も安心して任せられるホーム」実現を目指しています。職員は、日頃利用者に合わせたサービス(個人レク等)を提供し、家族との連絡密にして、家族参加の介護計画作成・外出・行事等を行っており、家族アンケートでも大好評です。平均年齢87歳(90歳超5名)と高齢者が多い割には、元気で、笑顔で明るく過ごしている利用者が多く見られます。

**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、生き生きと働いている (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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	各フロアに運営理念を掲示すると共に、会議の前には唱和をしている。	ホーム理念「自分の大切な人も安心して任せられるホームにしよう！」と地域密着性を織り込んだ運営理念3か条を掲げ、職員は会議時に唱和し、日頃のサービスで実現に努めています。	
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	地域で行われる行事に参加。自治会からの招待もあり参加をさせていただいております。裏にある保育園は散歩の度に園庭の子供たちに声をかけます。	自治会に加入し、行事(盆踊り、餅つき等)に参加したり、散歩時に保育園児に声を掛けたり、ボランティア(傾聴等)の受け入れをしています。運営推進会議に自治会長・民生委員が参加する等、着実に地域に根ざして来ています。	
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	管理者が持っている介護予防運動指導員の資格を活かし「認知症予防講座」「認知症を学ぼう」を4月から月1回開催予定。		
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	自治会、地域包括、ご家族様におたよりをだし2ヶ月に1回開催。ホームの状況報告、ご家族アンケートの反映、意見交換を実施。	会議は年6回、地域包括支援センター、自治会長、民生委員、介護相談員(有識者枠)、家族、職員、ホーム長で開催し、状況・事故報告、行事予定、家族の疑問点の詳細説明等について活発に意見交換し、サービス向上に活かしています。	
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	市役所への訪問や電話での問合せ、市主催の集まりへ積極的に参加することにより関係を築く努力をしています。	市担当には必要な都度利用者同伴で報告に行っています。又運営推進会議には必ず地域包括支援センターが出席し意見・情報を伝えています。ホーム長は2ヶ月毎の福祉事業所連絡会に必ず出席し、市担当から情報収集し運営に役立てています。	
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	身体拘束に対するマニュアルがあります。研修も行っています。	玄関はオートロックですが中から押しボタンで開放でき、職員は、日頃利用者の素振りに注意を払い、必要な都度声かけ・連れ出す等対応しています。身体拘束については、年間研修計画の中で取り上げる他、時節柄研修会の回数を増やしています。	
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	高齢者虐待についてのマニュアルがあります。研修も行っています。各フロアの状況について小まめに把握するよう管理者が記録のチェックをしております。		

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	研修を実施。実際の経験も交えてスタッフと意見交換をしている。		
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	特に重要な事は実例を交えた説明をする等、解り易く、またご理解、ご納得いただけるよう努めております。		
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	月初めにご家族へホーム便りを郵送。入居者様の様子はご家族来訪時にもお伝えしています。また運営推進会議も活用しております。	家族の来訪時、介護計画作成時、運営推進会議時に意見を聞き、運営に反映させています。又運営推進会議案内時に出欠・意見欄の返信用書類を同封したり、家族の判らない事を運営推進会議で説明しており、今回の外部評価で実施した家族アンケートでも大好評です。利用者については傾聴ボランティアを受け入れています。	
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	ミーティング、カンファレンス、全体会議・月3回は提案や意見を聞く場を設けている。その他、管理者もフロア勤務に携わりスタッフの考えを聞いたりアドバイスを受ける事もある。申送りノートを使い反映。	ホーム長は、就業時や、ミーティング・カンファレンス・全体会議時に、職員の意見・提案を聞き、運営に反映しています。又申し送りノートで、職員への周知徹底を図っています。職員との面談では、「意見が言いやすい」「働きやすい」との声も聞かれました。	
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	スタッフと個人面談を行っております。改めて場を設けなくても悩みや意見や相談を受ける体制でいます。ケアの見直しを促しよい結果に繋げる事でやりがいを見出してもらえる機会も作っています。		
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	月1回、ホーム内研修を開催。その他、必要に応じて資料を出し閲覧してもらったり過去の経験談を共有しております。		
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	市内GH連携会議の参加。研修希望者には参加してもらっている。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	各ユニット、スタッフからアセスメントシートを記入し提出してもらっている。前ケアマネだけではなくご家族、携わった事業所(デイサービス等)からも情報をもらうようにして色々な角度から情報収集するように心がけている。ご本人の意見、考えも必ず聞く。		
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	ケアプラン作成前にご家族の要望、困っている事、不安な事等を聞く。グループホームの在り方というものの説明も踏まえご納得いただけるよう相手の立場になって話をするようにしている。		
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	入居者様、ご家族の状況、要望をしっかりと見極めて必要に応じて他サービスの提案もやっている。		
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	喜怒哀楽のある、普通の生活を意識し、互いが協力しあい必要とする関係性を築いている。		
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	良いことも、悪い事もご家族にお伝えする中で一緒に悩み一緒に考えご本人の為に何が最良か考えて支えていく関係を構築するよう心がけている。		
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	電話は希望があればいつでも対応しています。ご友人との外出や来訪も良くあります。ご家族と情報を共有し、支援しております。	利用者は地元の人が多い事もあり、毎日訪問の家族や親族、知人、友人等馴染みの人が来ています。来訪時には居室で話したり、外食やお茶に出掛け、家族と温泉に行ったりする利用者もいます。中には居室に泊まる家族もいて関係継続の支援に努めています。	
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	フロアの席替えを小まめにしたり、人柄を見極めてお手伝いを依頼したり、時には面倒を見て頂く事もあります。トラブルが発生しそうな時は互いの後味が悪くならないよう支援します。		

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
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	ここでの生活が困難になった場合はその理由を明確に伝え、次に何が必要なのを見極めて、必要に応じた場所を探して提案しています。退居後も相談に乗らせていただいております。		
<b>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</b>					
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	ホーム内でのミーティング、カンファレンス、全体会議で個々の希望や意向を再確認して個別ケアに繋げている。変化についても確認してそれに添ったケアが出来るよう努めている。	利用者の思いや意向を把握する為に、日常支援の中で積極的に声かけし、要望を聞き取るようにしています。個別ケアを継続して行う事で、生き活きて来たり、問いかけに返事で応える様になった利用者もおり、個々に合わせた支援に努めています。	
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	ご本人、ご家族にアセスメントを行っていません。居室に馴染みの家具や飾り等をお持ち頂き少しでもこれまでの生活に配慮した環境に出来るよう努めています。出身地の旅行パンフレットを用意し懐かしんでいただいております。		
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	集団生活の場を活かし、ある程度、生活リズムを作る事は認知症の方も社会参加する意味で必要と考えている。あくまでも事業所側の都合でルールに乗せるのではなくご本人のペースを把握しそこに生活リズムを組み込むようにする。		
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	ケアプランの説明は、よほどの事がない限り来訪いただき行うよう徹底している。毎月の様子は月初に(定期的に)ご家族に報告。要望、意見はすぐに共有し対応。資料等情報の活用や経験豊富な方の意見を求める等、情報収集もしている。	計画作成前に家族に電話をして来訪してもらい、説明しています。殆ど全員が来られる様で、無理な場合は訪問する等の対応をしています。関係者からの情報をカンファレンスで話し合い、介護計画を作成しています。見直しは3ヵ月毎ですが、変化があれば都度行っています。	
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	健康管理表を活用。その他、ケア日誌、個人記録、申送りノートで情報を共有。その記録を介護計画の見直しに活用。		
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	声かけ1つに関しても変化や気になることがあれば共有や申し送りをしよう心がけている。すべてのスタッフで話し合いやチャレンジをして諦めずに支援するよう努めている。		

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
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	傾聴ボランティアの訪問が月2回あり普段とは違い様子や会話もある。		
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し、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、個別往診があります。その他、専門医療が必要な場合はホームとご家族で相談をして受診する場合もある。昔からお世話になっている病院への通院も可能です。	月2回の訪問医師、週1回の訪問歯科が来ています。他科受診は協力医療機関から往診にきています。今までのかかりつけ医に受診する場合は、家族が付き添っています。提携病院は24時間対応なので、適切な医療を受けられる様になっています。	
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	週1回、訪問看護の方が来てくださる。必要に応じて直接主治医と連絡を取ってくださいます。情報を共有し、適切な看護が受けられるようにしております。		
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1回は面会に行くようにし、ソーシャルワーカー、看護師、ドクターと話をするようにしている。情報交換をしつつ早期退院に繋がるよう努めています。ご家族とも小まめに連絡を取って状況を把握しております。		
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	入居時、契約時に重度化についての対応の説明を行っております。同意を得た上でご入居いただきます。意向が変わった時も遠慮無く言って頂き、後悔の無いよう支援することもお話しします。段階によってご家族、医療従事者といつでも話ができるようにしています。急変にはマニュアルに沿った対応を行います。	契約時に終末期の説明をし、家族から同意を得る様にしています。変化時には家族の方針に沿って主治医、ホーム長、介護計画作成者が看取りケアプランを作成し、家族の同意を得ています。看取り経験はありませんが、年1回は本部マニュアルに沿って、ホーム長が職員に対し看取り研修を行っています。	
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	緊急対応マニュアルを基に対応をします。		
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2回、消防署職員を呼んでの訓練を実施しております。(10月・4月)。社内マニュアルを掲示。	消防署立会い訓練(夜間・日中想定)を年2回実施し、反省会も行い、実際的訓練実現に努めています。スプリンクラー初め一連の消防装置・器機は完備し、緊急連絡先・対応表も掲示されています。備蓄は、3日分準備されています。	最近各種災害が心配される事、避難弱者を抱えている事等を考え、関係者で災害について話し合い防災対策(訓練を含め)を実施すること、及び防災グッズを含め備蓄品の見直しをすることが期待されます。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	研修を実施。	利用者一人ひとりのプライバシーを確保する為、年1回の研修では、研修後に感想文を提出させる等、教育に力を入れています。特に日常ケアでの言葉かけには注意を払い、個々の人格を尊重し個々に合わせた支援に努めています。	
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	ご本人が発言したり、自己決定出来るような声かけを心がけている。傾聴ボランティアに対して、普段聞けないような希望等を話す場合もあるので共有している。		
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	各入居者様に合ったライフスタイルを把握して希望に添えるよう対応しております。		
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	男性は毎日髭剃りを実施。週に一度ほど、鼻毛のお手入れもします。服はご自分で選んでいただいたり、更衣の時は今着ているデザインと全く違う服を選んで変化をつける方もいます。2ヶ月に1回、訪問美容も来ています。		
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	下膳は可能な方が自発的に行ってください。自家菜園の野菜を漬物にいただいたり簡単な作業をしてもらう事はあるが専属の調理スタッフと行う事はほとんどない。おやつと一緒に作ることは月に数回ある。	系列会社から毎月献立表が届き、食材は調理担当が買い出しに行っています。自家菜園で収穫した白菜、ジャガイモ等を、食材にしています。月1回は外食したり、お好み焼きを作る等変化をつけ、誕生日には家族にも声かけし、皆でケーキを作って楽しんでいます。	
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	主治医に水分、食事の摂取量について確認済み。健康管理表に記録を残し、毎日の数字を確認してケアをしている。		
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	起床時、毎食後に口腔ケアを実施している。義歯は夜間消毒。		

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	健康管理表を基に各入居者様の排泄パターンを把握し失禁前にトイレ誘導するよう心がけている。排泄は出来る限りトイレでいただくよう意識している。トイレで排泄して頂くことによりリハパンやパットの使用削減にも繋げている。	個々の行動や排泄表を把握し、日中はオムツを無くし、時間でトイレ誘導しています。リハビリパンツから布パンツに改善した例もあり、自立に向けた支援を心掛けています。夜間帯はセンサーマットを使用する利用者がある等、安全面にも注意を払っています。	
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	健康管理表を基に水分摂取量を確保。フェカリス菌を1日1回飲んでいただいたり、トイレ誘導後廊下を歩いて運動を促進したりしている。スベラガーゼ入りのお粥を1日1食召し上がっていただき経過観察をしている入居者様もいる。		
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	拒否が強いを理由に何日も入浴をしないという事が無い様スタッフ間でバランスを取っている。(相性の合うスタッフが対応)それにより強い拒否はあまり見受けられない。入浴剤を2~3種の中から選んで頂いて楽しさを増やしている。	入浴は原則週2回ですが、日・時間・回数は決めず、本人の意志を尊重しています。1日30分~40分ずつ3名を目処に支援を行っています。拒否があっても担当職員を変えたり、声かけを工夫して誘導する様にしています。入浴剤を数種類から本人が選ぶ等楽しめる工夫が見られます。	
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	各入居者様のリズムに合わせるようにしている。日中でも休まれる方はいます。冬季は各居室に加湿器を導入し乾燥を防いでいます。		
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	服薬の変更は申送りノートの活用と服薬表への上表貼り付けを行っている。服薬情報ファイルはいつでもスタッフが閲覧出来る様になっている。服薬の重要性に関して会議も設けた。全スタッフに入居者様の服薬情報(なぜその薬を飲まなくてはならないのか)学んでもらいました。		
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	出来る事、出来ない事を見極め、やりがいを感じていただけるよう支援しています。ちょっとした買い物へ同行いただいたり歌を歌ったり・畑仕事や漬物作り等、1人1人の事を考えて場を作る努力をしております。		
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	月に1回はホーム長の管理の日を使いレクを提供。その他、スーパーへアイスを食べに行ったりペットショップへ動物を見に行く等ちょっとしたお出かけは出来る範囲で行っている。大掛かりな外出に関してはご家族の協力も視野に入れ声かけをしている。	個人に合わせ月1回レクリエーションを実施しています。車でスーパーに行ったり、ゲームセンターやペットショップに立ち寄る等の外出支援を行っています。又近くの高校の音楽会に家族にも声を掛け出掛ける予定をしています。年間計画でも花見や盆踊り等、外出を楽しめる支援を計画しています。	

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
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	金銭に関しては、管理が出来る方がいないのが現状。金庫に管理をして必要に応じてお小遣いを使っております。他入居者様にあげてしまう。それを忘れて取られたと思ってしまう。小銭を口に入れてしまう。フロアにお金が落ちている(誰のかわからない)等が続いていたのですべて管理することとなりました。		
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	電話は自由です。お手紙も自由です。時折、お返事を促し一緒に書くこともあります。		
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	衛生に関しては1日1回、薄めたハイターで床拭きを実施。その他1日2回以上ソリューションウォーターを撒きます。季節ごとに貼紙を変えています。	リビング兼食堂は、日当たりも良く、清潔で、ゆったりして観葉植物が置かれ、利用者が快適に過ごせる様になっています。温度・湿度の調整の他、掃除の徹底やソリューションウォーター(消毒液)を撒いており、インフルエンザ等は発生していません。訪問調査日には、利用者は歌を歌ったり、うたた寝等して過ごしていました。	
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	お部屋で話される方もいます。フロアのソファには数名で座って談話をされる方が多くいます。食事を静かに食べたい入居者様は少人数シートに座ります。		
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	使い慣れたもの、馴染みの物をお持ちいただいております。	居室は、エアコン・クローゼット・照明が備え付けで、適度の広さもあり、清潔で、利用者が居心地よく過ごせる様に配慮されています。ベッドを置かない畳敷きの部屋や絨毯敷きの部屋等色々で、家族と相談の上での利用者への配慮が窺えます。	
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	スタッフ間で情報共有を常に行い、うまくいった事例やご本人が喜んでくださった事例をどんどん取り入れています。		