

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	1170202400		
法人名	株式会社 矢嶋商店		
事業所名	グループホームあすか東川口		
所在地	川口市戸塚1-13-15		
自己評価作成日	平成29年 2月 26日	評価結果市町村受理日	平成29年5月19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.kaijokensaku_ip/11/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigvosoCd=1170202400-00&PrefCd=11&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社プログレ総合研究所
所在地	埼玉県さいたま市大宮区大門町3-88 逸見ビル2階
訪問調査日	平成29年 3月 2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)】

毎日の日課や入浴は決めておらず、その日のご入居者の気分やペースで過ごせるようにしている。料理や片付け、洗濯物たたみ等、ご入居者と一緒に行っている。買物や散歩だけでなく、テラスや畑で日光浴をしたり、おやつを食べたり、外気に触れる機会を多く取り入れて、畑の季節の物を栽培も楽しみに繋がっている。また、3事業所合同で一泊旅行にも毎年行っており、参加できるご家族には参加して頂き、ご家族も一緒に旅行に行っています。

【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)】

サービスマナーの勉強会や、防災委員、衛生委員会を活用して職員の意識やサービスの向上につなげ、利用者の支援に反映させている。また、定期的に行われる内部監査による気づきがあり、その都度改善に向けている。入浴は、希望があれば毎日でも自由な時間に入ることができ、食事の献立を利用者と一緒に考えるなど、利用者本位の支援を行っている。リビングで居心地よく過ごすことができるように、ソファが置かれ、くつろげる空間がある。利用者同士、毎日楽しく過ごすことができるよう、テーブルの配置も工夫している。外出支援にも力をいれ、散歩、買い物、外食の他、毎年エリア3事業合同で観光バスに乗り、旅行に出掛けている。旅行は家族の参加もあり、利用者と一緒に楽しい時間を過ごせる機会となっている。

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. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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	三事業所統一した理念を作成している。事業計画書に記載され、年度初めに職員、ご家族に配布する事で周知している。またユニットにも掲示して、今年度の目標と共に、いつでも閲覧できる様にしている。	入社時に職員に理念の説明を行っている。毎年、新しい事業目標をたて、半年に一回職員全員で、見直しを行う。理念は、利用者の状態や状況、目標の達成度と照らし合わせて毎年変え、実践につなげている。	
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	ボランティアの受け入れや中学生の職業体験の受け入れを行っている。また、近くのコンビニを利用したり、美容室に通ったりしている。近隣の事業所と連絡会を行い、情報交換を行っている。	ボランティアのギター、バイオリン演奏や、中学生の職業体験の受け入れをしている。また、近所に魚、パンの販売が来た時には、利用者と出向き、地域の方と交流をしている。近隣事業所と交流会をしている。	消防訓練や、イベント等のお誘いをきっかけに、ホームに気軽に立ち寄れる関係を作り、地域との交流がさらに深まることを期待する。
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	中学生の職場体験や実習生の受け入れをし、認知症やグループホームについて伝えている。また随時見学の対応をしたり、運営推進会議等で家族に認知症の支援方法を伝えている。		
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ヶ月毎に運営推進会議を行い、事業所の近況を報告している。参加できなかった家族には、資料を配布して伝えている。また、家族や役所の方からの質問や意見を参考にし、サービスに活かしている。	2か月に1度、運営推進会議を開催し、近況報告等をしている。参加者は、家族と利用者を中心だが、近隣の方の参加もあった。家族からの質問や、役所からのアドバイスを活かし、サービスの向上に努めている。	
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取り組んでいる	運営推進会議や戸塚連絡会に、役所の方や地域包括の方が参加した際に、あすかでの取り組みを伝えたり、情報交換を行っている。	役所に出向き、入居、空き室情報を伝えたり、様々な相談に応じてもらっている。グループホーム協議会に加入し、勉強会に参加して、市町村との情報共有に努め、協力関係を築くよう取り組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	新人スタッフにはマニュアルで説明すると共に、定期的に勉強会を開き、身体拘束についての知識を身に付けている。また、ユニット間の行き来は自由にでき、玄関が死角になってしまう為、施錠をしているが、入居者から訴えがあれば、外出できる様に努めている。	年に1回、サービス向上委員会で、身体拘束について細部にわたり研修を行い、更に、1か月に1回行うケア会議で、各利用者に対してケアの振り返りを行っている。玄関は施錠しているが、外に出たい時はその都度応じている。	
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	マニュアルで説明すると共に、勉強会を開き、虐待についての知識を身に付けている。日常のケアが虐待に繋がっていないか振り返る機会も設け、防止に努めている。声掛けや対応にて気が付いた時は、その都度、注意している。		

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
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	権利擁護についての勉強会を行っている。また、家庭環境や経済状況を把握し、必要な入居者には後見人制度を利用している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時に各種契約事項の説明を行い、家族から疑問や不安等があれば、その都度説明を行い、理解や納得して頂ける様に努めている。		
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	運営推進会議にて、意見・要望を職員を聞いている。また家族が面会に来た際にも、近況を伝え、疑問や不安等の意見・要望を聞く様に努めている。	運営推進会議や面会時、または介護計画書の説明時に、利用者の状況を伝え、その時に意見、要望を聞くようにしている。「お湯と水の調節をして欲しい」の要望に即対応をしている。	
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	ユニット会議を設け、職員の意見を聞き、ケアや業務改善について話し合い、反映する様にしている。日頃からも意見を聞ける様、コミュニケーションを図っている。	日ごろから職員とのコミュニケーションを大切にし、意見を言いやすい環境を作っている。食事会やユニット会議、半年に一度の面談でも、職員の意見や提案を聞き、業務改善に反映させている。	
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	人事考課制度にて、半年に一度面接を行い、個人の努力に応じ、賞与に反映する等している。		
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	事業所合同の勉強会や他事業所との事例検討会、外部の研修に参加する機会を設けている。また王子や東十条に、見学や実習をする事もあり、スタッフの育成に取り組んでいる。		
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	近隣の事業所と連絡会を行い、情報交換を行っている。また、他事業所と事例検討会を開き、相互の取り組みについて聞き、サービス向上に繋げている。		

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	入居時に本人からの要望や不安な事などの話を伺い、安心した生活に繋げていける様、介護計画を作成している。また、スタッフからコミュニケーションを図る事で、不安の軽減や本人からも訴える事ができる様な環境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	入居前後は密に連絡を取り、本人の様子を伝えたり、家族からの意見を聞いて、ケアに反映している。家族から不安な事などがあった場合は、随時説明し納得してもらい、家族を含めたより良いケアに努めている。		
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	入居を決める前に見学に来て頂き、また実地調査に伺う事で、入居者の状況を確認し、本人と家族の意向を聞き、状態に応じた介護計画を作成している。入居後の生活から必要なケアを話し合い、随時実施をしている。		
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	調理や洗濯物たたみ等、入居者ができる事をスタッフと一緒にやり、生活する事で、介護される一方の立場におかない様に努めている。		
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	行事等に参加してもらい、入居者とともに楽しんでもらっている。また、面会時等に近況を伝え、要望を聞き、ケアに反映したり、お知らせにて毎月の状況を伝える事で支援される一方の立場におかず、共に支えて行ける様、努めている。		
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う、支援に努めている	馴染みの人が面会に来たり、馴染みの場所を本人や家族から聞き、外出先や買い物等に活かしたりしてやる。馴染みの人と交流ができる様、支援に努めている。	美容院やスーパー等、関係が途切れないうに支援をしている。以前誕生日ケーキを買いに行ったお店が、その方の馴染みだったこともあり、それ以来交流をしている。また、年賀状、手紙の支援も行っている。	
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	入居者の性格や関係性を把握し、トラブルを防ぐ様に努めている。気の合う入居者同士、一緒に行動する等、より良い関係を築ける様に支援している。ユニット同士の交流もできる様に支援している。		

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	契約終了時には、今後の相談も気軽に行える事を伝えている。入居先への情報提供や、入院した方については、ご家族の了解を頂き、退去後も面会へ行っている。		
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	介護計画作成時に、本人との面接を行い、意向の把握に努めている。意思表示が難しかったり、控えめな方は、現在のADL、日常生活や以前の生活から思いや希望を汲み取り、その意向の把握に努めている。	日々の生活の中で、職員が利用者の気持ちをくみ取り、希望・意向の把握に努めている。新しく入居した方や意思表示が困難な方は、フェイスシート、生活歴等から慎重に希望・意向の把握に努めている。	
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	入居時に本人や家族、ケアマネに話を聞き、把握する様にしている。また、普段の会話の中で、本人から昔の話を聞き、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	ケース、日誌、排泄表を用いて、一日の様子を記録に残し、一日の過ごし方や、心身状態等を全スタッフが把握できるように努めている。		
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	本人との面接や家族に要望を聞き、介護計画作成し、毎月モニタリングしている。またユニット会議や日々の生活の中で、変化があった場合には、対応を検討し、必要に応じて介護計画を作成している。	入居時、様々な情報と本人・家族の希望から介護計画書が作成され、毎月1回モニタリングを行っている。状態の変化があった場合には、ユニット会議やサービス担当者会議で検討し、介護計画書を変更している。	
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	日々の様子を記録に残し現状把握に努めると共に、毎月モニタリングを行い、実践結果等情報共有に努めている。また、スタッフ会議等日頃から話し合い、介護計画が実践できているか確認を行っている。		
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	入居者の身体介助が増えた事や、よりケアやコミュニケーションがとれ入居者と関わる時間ができる様に、書類を簡略化した。		

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	近所のコンビニや公園に行ったり、近隣のグループホームの行事に参加したりする事で好きな事に繋がったり、楽しむ事ができる様に取り組んでいる。		
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	月2回の内科往診と、希望を聞き、歯科往診がある。内科医に関しては24時間連絡が取れる体制になっており、薬や受診の指示が受けられる様になっている。	歯科は週1回、内科は月に2回の訪問診療がある。夜間、緊急時は24時間、医療機関と連絡が取れる体制をとっている。耳鼻科や専門医、希望のかかりつけ医への受診は家族対応になる。	
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	看護師がいない為、往診時の問診に活用できる様に、日々の状態を事前に情報提供している。往診以外でも体調不良や変化があった際は、その都度、連絡し指示を仰いでいる。		
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。	入院時に情報提供を行っている。入院中は、ご家族、看護師やケースワーカーから状況を確認したり、退院について医療機関や往診と相談をして決めている。		
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	重度化になる前から家族には状況を伝え、様子を知ってもらったり、今後について相談したりして。終末期に関しては、医師を交えた上で、現時点で出来る事を説明し、同意をとり終末期ケアを行っている。	契約時に終末期の方針を説明している。重度化になる前の、介助が増えてきた段階で、状況を家族に説明している。終末期に関しては、医師を交えて医療行為等の有無の説明をし、同意の下、終末期ケアを行っている。	
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	マニュアルを用いて説明したり、急変時や事故発生時に備えている。会議にて簡単に勉強会も行っている。また、他事業所での急変や事故について職員に伝え、その対応法についても伝えている。		
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	入居者と避難訓練を実施し、避難経路の確認や実施を行っている。避難経路の確認や通報訓練も行っている。	年に4回、防災委員会が中心となって避難訓練を行っている。「火事だ、地震だ」と入居者に声をかけ、職員は、夜間想定も含めた避難方法を訓練し習得している。避難場所の確認をし、備蓄は3日分ある。	

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	人生の先輩である事を意識してた上で、ご入居者に合わせて分かりやすい言葉を使う様にしている。介助の際にはご入居者に合わせたり、周りの方から注目を浴びない様な工夫をしている。	サービスマナーの勉強会で、言葉使いや挨拶の仕方を学び、一人ひとりの人格を傷つけない声かけを行っている。特に、排泄時の声かけは、他の方にわからないように、利用者に合わせて対応をしている。	
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	着る物を選んだり、食べたい物を聞いたり、日々のやり取りの中で自己決定ができる様に務めている。また行事や外出の際にも入居者の要望を取り入れている。		
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	ある程度の業務の流れはあるが、その時の入居者の要望も取り入れられる様に務めている。入浴が午前、午後と選べたり、手伝いやレクリエーションも無理強いせず、本人のペースで行える様にしている。		
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	毎日の整容を促したり、ご自分で服を準備できる様に、しまう場所を工夫したり、スタッフから声を掛けて選んでもらったりしている。行事や外出の際には、よそいきを用意したり、化粧をしたりしている。		
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	入居者と冷蔵庫にあるものから、食事を決めている。入居者のできる事に合わせて、調理をしたり、食器洗いをしたり、入居者と一緒に行っている。また外食やホットプレートを利用した食事等、楽しみに繋げている。	ユニットごとに利用者と一緒に献立を作成している。調理はできる方に参加してもらい、形態に合わせた食事を作っている。お正月や、ひな祭りの行事、外食会もあり、食事が楽しめるように工夫をしている。	
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	献立表を確認しながら、バランス良く提供できる様にしている。また日誌にて、食事量を記録したり、必要に応じて別紙にて、食事携帯や食事水分表を用いて、摂取量を把握してる。		
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	入居者に応じて、毎食後や就寝時に口腔ケアを行っている。また歯科往診にて定期的に口腔ケアや治療を行っている。		

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
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	排泄表を用いて、排泄間隔を把握し、トイレ誘導を行っている。特に退院後には、生活リズムを戻すと共に、おむつからリハパンやトイレでの排泄ができる様にしている。	排泄表で間隔を確認しながら、日中、夜間共に個々に声かけを行い、トイレ誘導を行っている。退院後の方には、オムツからリハパンへと段階をふみ、元の生活ができるように支援をしている。	
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	排泄表を用いて、排便間隔を確認している。特に便秘がちな方には、オリゴ糖や乳製品の摂取を積極的に行い、便秘の予防を行っている。		
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	午前、午後とも入浴できるようにし、入居者に合わせて、声掛けをしている。苦手な方も、外出後の気分が良い時や、声掛けのタイミングやスタッフを変える等して、入浴を促している。	利用者の希望に合わせ、週2～3回の入浴日を設定している。毎日でも可能である。体調不良の方には清拭に変更し、清潔を保っている。苦手な方は、ユニット会議で話し合い個々に合わせた支援を行っている。	
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	食事の時間はある程度決まっているが、入居者の習慣やその時に応じて、無理に起こすのではなく、休める様にしている。また生活習慣から、昼寝をしたり、照明の工夫をしたりしている。		
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	入居時には、入居者の状態と併せて、薬の把握をしている。また往診や体調不良の際に、処方変更があった際は、副作用や注意点を伝えたり、変化を記録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	入居者それぞれの出来る事、好きな事を探り、手伝いを通して、役割を持ってもらっている。またレクリエーションに参加したり、時にはお酒を提供したりし、楽しみに繋がる様に支援している。		
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	外出の希望がある入居者に対しては、介護計画に反映させ、計画を立てている。散歩や買物の希望も入居者に合わせ、スタッフと行ける様に支援している。月に1回は外食に行けるよう心掛けている。	日課活動の1つとして、散歩や買い物の支援をしている。年に1度は、家族を交えた観光バスでの旅行に出かけている。利用者と雑誌等を参考に決める場所を決め、家族の協力を得ながら、一人ひとりの希望に合わせた外出支援を行っている。	

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
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	金銭管理が可能な入居者に対しては、お小遣い程度のお金をわたしており、自ら買い物をしている。		
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	基本的に本人の希望があった際は、電話や手紙等、やりとり出来る様にしている。		
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	心地よく過ごせる様に、入居者同士の関係を考え、配置を検討している。また写真を飾ったり、作品を飾ったりし、季節が分かる物を飾ったり、家庭的な雰囲気を目指している。	リビングには、季節が感じられるように、利用者の作品や、イベントの写真を飾っている。職員が食事作りをしながら、利用者と会話ができ、家庭的な雰囲気になっている。テーブルの配置も居心地よく過ごせるように工夫をしている。	
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	入居者の関係を把握し、食席を決めたり、食事以外では、入居者同士が移動して、お話をしたりしています。またリビングとは別にソファールを用意し、ゆっくり過ごしたり、少人数で過ごしたりできる様にしています。		
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	使いなれた家具や仏壇を持って来られる事で、自宅に近い雰囲気にしたリ、レクリエーションや行事で作った作品を飾ったり、それぞれの好みに合わせた居室になっています。また歩きやすい様に家具の配置も相談しています。	使い慣れた家具を持ち込んでもらい、居心地の良い居室になっている。掃除は毎日朝食後に、できる方は職員と一緒にしている。また、半年に一度エアコン掃除、床ワックスをかけ、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	目印や表札を付ける事で、部屋や物の場所を分かりやすくしています。また廊下のモニターにより、自立度の高い方に必要以上に声を掛けずに、見守りができています。		