

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	令和1年10月31日	評価結果市町村受理日	

※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://mcs-ainoie.com/gh222.html
----------	---

【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NPO共生		
所在地	千葉県習志野市東習志野3-11-15		
訪問調査日	令和1年11月15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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・毎月1回は必ずレクを行うようにしている。外出レクも積極的に行っている。外出が困難な方には、御本人に合ったレクを考えて提供。 ・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)】

<p>健康を重視し、会話・笑い声・入院のない生活をベースとした活動に重点が置かれている。機能訓練によって実際に自分の力で廊下を歩きながら話が出来ようになり、コミュニケーションの場が増えたという好ましい結果を生み出している。</p> <p>排泄の自立支援での生活リズムの安定化を図る一環から、便秘予防として6月から寒天料理を食べてもらうようにしている。通じもよくなり、入居者の生活に安定感が見られる。昨年からの入居者の入れ替えがあり介護度が4から2.3に下がっている。しかし、自立度が上がっているのは入居者の入れ替えだけではなく、普段から明るい環境づくりの意識が根底にあるようである。</p>

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、活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	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ます。	理念は事務所およびホールに掲示され、新入社員には理念を深めるための研修を行っている。毎年9月にはホーム長及びリーダーが目標を立て、「入院のない一年」「笑顔になるケア」「当たり前ができるようになる」など日常の運営の中で理念の実践に努めている。	
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人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掛けたり、通園途中の御家族が日課の様に声をかけて下さいます。地域交流会と題して「豚汁祭」を開催。	毎年の町会の夏祭りなどのイベントに加え今年は「RUN伴」へも参加をした。また、近くの保育園とは長く交流がある。ホームが企画の地域交流会は近所に100枚のチラシを入居者と配布し、近所住民の参加をえている。来年3月には趣を変えた企画案も用意するなど、地域とは良好な関係が築けている。	
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	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」を開催予定だが、人員不足により開催に至っていません。		
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出し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、意見交換を実施しています。	2ヶ月毎に年6回の運営推進会議では地域包括センターと5～10人の家族が参加しホーム状況、事故や活動の報告、行事予定、連絡に加え質疑が行われる。ホームとしては、運営推進会議への家族の参加はホームへの関心度を強め、家族間のコミュニケーションを深めるなどの効果があると評価している。	
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	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。今年度はグループホーム協議会の役員を引き受けています。	介護保険課には報告や確認のための月に2回訪問している。また市役所からは実地指導のためにホームを随時訪問している。「地域包括ケア推進会議」へはグループホームの代表として参加し、「グループホーム協議会」では役員を務めるなど市役所担当者との協力関係を強めている。	
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	身体拘束に対するマニュアルがあります。研修も行っていきます。	3ヶ月毎の内部研修や2ヶ月毎のチェックシートでの状況確認などで、身体拘束をしないケアに継続的に取り組んでいる。職員には無条件での「待つ」の言葉を使わないなど、スピーチロックにも注意をはらっている。出入口の注意掲示により入居者の単独外出はゼロであった。	
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。研修も行っていきます。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	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、月1回介護相談員も来ています。	食事、入浴、口腔、往診、機能訓練内容などを記載したホーム便りを毎月家族に送っている。法人の家族アンケートは毎年行い、結果集計は家族にもフィードバックされている。運営推進会議の案内返信には意見や質問が記入できるようになっている。利用者の要望は日常会話から拾い上げている。	
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	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ます。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こともあります。申し送りノートを反映させています。	ミーティング、ユニット会議、カンファレンスなどで職員の提案や意見を聞いている。カンファレンスではケアマネージャーを中心に運営し職員の能力育成の機会としている。ホーム長とリーダーは月に一回の意見交換の場を設け運営に活かしている。また評価時の個別面談を年2回行っている。	
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	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	市内グループホーム連携会議の参加。研修希望者には参加してもらっています。		

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
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	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ます。ご本人の意見、考えも必ず聞きます。		
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	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。ユニットリーダー、フロアリーダーも参加し、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	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行っています。		
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	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	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	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。	兄弟、親戚、友人などの来訪があり、友人と文通している入居者もいる。日常の話題から拾い上げ個人レクなどに反映している。ホームでのビデオ鑑賞から「寅さん」が話題になり、寅さん記念館に出かけたり、「手賀沼の水質」の話から、そこの状態を見に行ったりもする。	
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	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ています。月に1回「カラオケサロン」と題し市内の愛の家(3つ)の歌好きが集まっています。この事により他ホームにお友達が出来ました。		

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
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、次に何が必要なのかを見極めて、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。		
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	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がっています。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ます。	入居者の思いを如何に汲み取りどう応えるかを意識している。重度化の進んだ入居者は車での外出レクは難しいため、ラーメン食べたいとの意向に沿って出前を取った。また、家族協力での有料出張リハビリの結果、歩行器での移動が可能となり、いつか家に戻りたいと本人が努力をしている例がある。	
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	ご本人、ご家族にアセスメントを行っています。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ます。あくまでも事業所側の都合でレ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しています。		
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	ケアプランの説明は、よほどの事がない限り来訪頂き、行うよう徹底しています。毎月の様子は月初に(定期的にご)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、情報収集もしています。	ケアマネージャーと全職員にカンファレンスシートを配布して、自分なりのケアプラン案を作らせている。これは、職員の育成と意識変革にもなっている。インターネットからケアに関しての新しい情報収集を行い、当ホームとしてのケアの在り方を常に探求している。	
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	健康管理表を活用。その他、ケア日誌、個人記録、送りノートで情報を共有し、その記録を介護計画の見直しに活用しています。		
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	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するよう心がけています。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	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ります。		
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	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があります。昔からお世話になっている病院への通院も可能です。	神経内科、精神科、脳外科の掛かりつけ医に5名の入居者が家族の協力を得て通院している。内科については全入居者がホームの提携医と契約してもらい、往診を受けている。提携医とかかりつけ医の間では「診療情報提供書」を介して情報の交換が行われている。	
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1回、訪問看護の方が来てくださり、必要に応じて直接主治医と連絡を取ってくれます。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ます。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と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出来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。	法人としての「重度化に関する契約」を取り交し、家族との同意を得ている。今年度は看取り実績はないが、通常は訪問看護ステーションとの情報交換によって状況把握がされている。服薬・既往歴・緊急連絡先等を記載した入居者別の緊急ファイルを整備しており、救急車に乗せた時に救急隊員に見せれば、すぐの対応が取れるようにしている。	
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しています。	消防署の立会いでは4月に、スタッフのみでは10月に訓練が行われた。訓練後の入居者を含めた反省会では、各入居者の健康状態に合わせて安全な避難場所を選択すべきとの意見が出た。台風19号では台風15号の教訓から、備品の確保、勤務体制のシフト変更、窓ガラスへのテープ貼り等の対応を行った。	

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
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	研修を実施。	「法令順守とプライバシー」の研修を年に1回ホーム長の講師で行っている。認知症は病気ということを職員に周知させることで、入居者への接し方も変化してきている。尊厳尊重の観点からも、入居前の経歴を知り、過去の持つ能力を引き出すことで、本人の自信につながるように努めている。	
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	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	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。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ます。自家菜園の野菜を漬物にさせて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ありません。おやつを一緒に作ることは月に数回あります。	自ら参加して食事を楽しむという自主性を大切にしている。ホーム菜園での芋ほりを入居者、職員と楽しく行い、一緒に色々な料理を作り美味しく食べた。おやつとして、クッキーやホットケーキを焼く時に「これ、私が作ったのよ」と自慢げに話す入居者の満足と笑顔の姿がそこにある。	
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	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	起床時、毎食後に口腔ケアを実施しています。義歯は夜間消毒しています。		

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
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ます。排泄は出来る限りトイレでして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ビリやパットの使用削減にも繋がっています。	排泄の自立支援を進めることは尿路感染、かぶれを防ぐ等の衛生面と、お尻が濡れることからのストレスの予防になっている。また、排泄のコントロールは生活リズムの安定につながっているため、職員は機能別訓練とトイレをセットで考え、声掛けに十分な注意を払っている。	
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	健康管理表を基に水分摂取量を確保。寒天ゼリー菓子を食べる水分補給や、トイレ誘導後廊下を歩いて運動を促進したりしています。		
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ず、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ます。(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ません。入浴剤を2~3種の中から選んで頂いて楽しみを増やしています。	週2回の入浴を基本としている。入居者が選択するということを尊重して、2種類の入浴剤を用意して本人に選んでもらっている。入居者一人ひとりの入浴の都度お湯を替え、「さあ一番風呂に入りましょう」と声を掛け、新鮮な一番風呂を楽しんでもらっている。	
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	各入居者様のリズムに合わせるようにしています。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ます。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ます。服薬の重要性に関して会議も設けました。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)を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しています。その他、スーパーへアイスを食べに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ます。大掛かりな外出に関してはご家族のご理解、ご協力も視野に入れ声かけをしています。	ホーム長は時間的に余裕が出た時に、散歩がてら入居者を買物や郵便ポストへの投函に誘い出す。柚子を戴いたときに「誰かにもあげたいね」ということから、他のグループホームへ持って出かけたこともある。散歩は機能訓練の一つとして捉えており、日常の散歩を心掛け外気に触れてもらうようにしている。	

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
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です。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回以上ソリュージ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。	共有空間の衛生管理には常に気を配り、漂白剤を使つての除菌と口から出た物が床に落ちていないかの確認をしている。また、ソリュージョンウォーターを使って雑菌を除くことにも努めている。皆が集まるホールには毎月イラストをプリントアウトして貼り出し、それを見ての会話づくりに役立てている。	
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	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。	健康管理に注意を払い、クレベリンを玄関とフロア入口に置いてウイルスや細菌を除去しているので、ホーム長着任から4年間でインフルエンザ感染者はゼロである。居室内では導線に注意した物の配置に気を配り、安全と安心して過ごせるようにしている。使い慣れた馴染みの物の持ち込みもその一環として受け入れている	
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	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。		