

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	1270400623		
法人名	延寿グループ株式会社		
事業所名	アットホームケア桜木		
所在地	千葉県千葉市若葉区桜木4丁目19-32		
自己評価作成日	平成31年1月11日	評価結果市町村受理日	平成31年3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.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

【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ACOPA		
所在地	我孫子市本町3-4-17		
訪問調査日	平成31年2月6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)】

アットホームケア桜木の理念“心の触れ合う、優しい介護”を全職員が理解・共有し、利用者様と共に生活している思いで、利用者様に寄り添った介護を心掛けています。
 日常生活では、お一人おひとりの出来る事(調理、洗濯物たたみ、お掃除)等を一緒に行い、生活リハビリに繋がっています。又、庭先の日光浴、ドライブ、買物、個別の食事会、お誕生日会や、行事のお花見会、納涼会、敬老会、クリスマス会等、1階と2階の利用者様が交流して頂くよう工夫しています。
 利用者様の健康管理は、週1回の訪問看護と歯科、月2回の往診と薬剤指導、管理栄養士の訪問を受け入れ、常に、健康で安心して、明るく、楽しい生活をして戴けるよう、ご支援しています。

朝10時、利用者の代表がリーダーとなり、ラジオ体操と発声練習。全員の大声と熱気がリビングに充満していた。誕生会が一人ひとりの誕生日に合わせて行われている。当日誕生日の利用者が主役であり、全利用者、全職員からの祝福を受けて感激してしまう。「心の触れ合う家庭的なホームにしたい」との理念の一面が伺われる。ホームがとくに力を入れているのが「チーム力」。朝夕のスモールミーティングや毎月のホーム会議を有効に使い、情報の共有と方向性を統一し、チームによるケアを目指している。「皆でやるから頑張れる」「皆でやるから楽しい」。ホーム長の人柄と思いが詰まったホームである。

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(○印を記入ください)

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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させている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	ホームの理念“心の触れ合う、優しい介護”を全職員が理解・共有し、日常の業務で“理念”に基づく、ケアを実践しています。	系列グループホーム共通の理念以外に、当ホーム独自の理念「心の触れ合う優しい介護」を作っている。職員には入社時に説明し、ホーム会議で折に触れて話し合っている。理念は廊下に掲示されている。	
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	地域自治会に入会し、自治会主催の行事に積極的に参加しています。 又、日常の散歩で挨拶を交わす等、進んで近隣・地域と交流を深めています。	夏祭り、秋祭りなどの自治会主催の行事に参加している。自治会長が運営推進会議に出席しており自治会との結びつきは強い。地域ボランティアによる演奏会も行われている。	
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	地元の短大福祉科実習性の受入れをしています。又、自治会役員、民生委員様を通じて桜木ホームで「高齢者介護や認知症等」問題の相談に来て頂けるよう伝えています。		
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	運営推進会議は、外部評価等の主要な取組み、毎月の活動報告等を議題に、出席の皆様へに質問・意見・要望等を発言される機会を設け、サービス向上に関わる課題を話し合い、活用するようにしています。	年4回行われ、自治会長、民生委員、薬剤師、安心ケアセンターが常時参加している。会議では身体拘束廃止に向けての取組状況、職員の充足度、看取りの方針等についての質疑応答があった。	営推進会議には広く関係者の参加を得ているが、利用者・家族への参加の呼びかけを引き続きお願いしたい。
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	包括支援センターや千葉市主催の行事に積極的に参加しています。 グループホーム連絡会や事業所集団指導等で情報交換を行い、日頃から千葉市担当者との協力関係を築いています。	千葉市高齢施設課とは、転倒事故などの報告を通じて指導を受けている。地域包括支援センターとは運営推進会議への参加や、入所希望者の相談など協力関係にある。	
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	「身体拘束廃止委員会」1回/3ヶ月、「身体拘束排除の研修」2回/年、行っています。 ホーム会議で意見交換を重ね、職員全員が正しく理解できるようにしています。日中は、玄関に施錠しておりません。	身体拘束廃止委員会が昨年5月に発足した。3ヶ月に1回委員会が開かれ議事録が作成されている。適正化指針も策定整備され職員研修は年2回開かれている。なお身体拘束の状況(夜間に2点柵)は運営推進会議に報告され家族の同意も得ている。	
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	「高齢者の虐待防止」研修を行い意見交換するようにしています。 日頃から、機会ある毎に話し合い理解を深め「相互注意」の定着を進めています。 殊に、言葉の虐待に注意しています。		

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
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な支援している	利用者様が成年後見制度を活用されていますので、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度について、機会ある毎に勉強会を行い、活用できるようにしています。		
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	契約書や重要事項説明書は、利用者様やご家族様には、十分な時間を使い、丁寧な説明をするよう心掛けています。殊に、利用料や急変時の対応、介護サービス内容等、理解と納得して戴けるよう、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	利用者様とご家族様、利用者様の後見人・保佐人様、等々皆様のご要望やご意見を把握するよう努めています。ご要望・ご意見については、運営推進会議で内容を紹介し、ホーム運営に反映するよう努めています。	来訪される家族にはホームから積極的に声掛けをしている。家族へ送付する毎月の報告書に記入欄を設け、意見や要望を聞くようにしている。要望がある場合はホーム会議で話し合い運営に反映させる仕組みとなっている。	
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	毎月のホーム会議で運営に関する職員の提案や意見を反映できる機会を作っています。内容により、毎月のホーム長会議で紹介する等、積極的に取入れの反映をしています。	風呂場が滑りやすい、シャワー浴の利用者の使い勝手が悪いとの意見が職員から出された。ホーム会議で検討し、床の滑り止めとシャワーチェアの改善が行われた。	
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	職員は人事考課で自己評価を行い、2次査定(管理者)で、各自の目標や業務の責任感とモチベーションを向上させる課題を設定しています。更に、評価実績・課題の達成内容を処遇に反映して頂くよう提言しています。		
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	入職時のオリエンテーションや人事考課(6ヶ月毎)を行っています。毎月テーマを決めて、研修を行っています。		
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	地域の介護保険事業所と桜木ホームとの相互見学会や情報交換を通じて、サービスの質を向上させる取り組みに活用しています。		

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
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	利用申込みを受けた時、身体状況・生活歴や生活信条等、ご本人・ご家族様から情報や要望を把握し理解に努め面談を必ず行います。		
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	ご家族様から入居の相談があった時、どんな事に困っているかを聴き、ご要望等に沿った介護計画を協同して作成し、信頼関係を築くよう努めています。		
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	相談時、ご家族様やご本人様の状況をお聴きし、早急な支援が必要で、当ホームの利用が困難な場合、他のサービスやその他、居宅介護支援事業所等を紹介し、問題を解決できるよう支援・対応をしています。		
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	日々の生活で利用者様のできる家事(テーブル拭き、洗濯物たたみ、お掃除)等、協同して行っています。		
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	利用者様の様子や職員の想いをご家族様にきめ細かく伝え、ご家族様と職員の意思疎通を図っています。		
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	ご友人や知人との面会に出掛ける場合や訪問して頂く場合の支援、更に電話や手紙で連絡を取り持つ等の支援や調整等を利用者様の意向を汲んで行うよう努めています。	知人の外出お誘いや友人の来訪時等に、双方に穏やかに過ごして頂けるよう、また電話・手紙のやり取り等支援している。年間事業計画に豆まき・雛祭・七夕等を位置づけ、季節毎の行事を通して馴れ親しんだ催し等を再体験している。	
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	利用者様同士の関係性を職員が理解し、日常生活が円滑に営めるようにしています。		

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	サービスの利用が終了されて、他の施設に入所等された方でも、担当介護支援専門員と連絡を取ったり、ご家族様からの介護の相談等にも応えるようにしています。		
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	日々の関わりの中で、暮らし方の希望や意向の把握に努めています。言葉や表情等から、その真意を推し測ったり、確認するようにしています。それが困難な方には、ご家族様から情報を得るようにしています。	入居前に本人・家族と必ず面談し、前事業所からの情報提供等と併せ、意向や生活歴など概要把握している。日常の会話の中から、また言葉が不自由な方からはアイコンタクトや行動・仕草や、家族から話を聞く等して、本人本位に検討している。	
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	ご本人様やご家族様から、入居前のサービス利用の経過や現在までの生活状況、好みや趣味等を聴いて有効に活用しています。		
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	利用者様一人ひとりの生活リズムを理解し、言動や小さな諸動作等で心身状態を把握するようにしています。		
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	ご本人様やご家族様と話し合いを持ち、アセスメントにてご本人様の状況や能力をしっかりと把握し、介護計画の作成に活用しています。	本人・家族の意向等と、申し送りノートや介護日誌・職員の意見等を基に、本人の現在の状況・能力等の課題分析を行い、現状に即した介護計画を作成している。モニタリングは3か月毎及び状態変化時は都度、行っている。	
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	日中や夜間等、日々の様子、食事、水分量、排泄等の身体状況を毎日必ず記録し、何時でも全ての職員が情報として確認できるようにしています。又、介護計画の見直しに活かすようにしています。		
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	訪問診療と栄養指導は2回/月、訪問看護師と訪問歯科は1回/週、訪問理容1回/月で対応しています。ニーズの把握に努め、可能な限り対応できるようにしています。		

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
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	民生委員の訪問やボランティアグループの受入れ等を行っています。その他、消防署や警察署にも、当ホームの事を知って頂き、緊急時等、スムーズな協力が得られるよう、お願いをしています。		
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	月2回の医師による定期的な往診と、更に24時間対応して頂いています。又、希望する医療機関で受診できるよう支援し、その医療機関から診療の内容や治療方針などの指示を戴くよう連帯しています。	全員がホームの医師(内科医・法人代表)をかかりつけ医とし、月2回受診している。医師の24時間対応・看護師と歯科医各週1回・薬剤師と管理栄養士各月2回等の来診来訪がある。精神疾患等専門科受診には家族が対応している。	
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	介護職員は、日常の関わりの中で捉えた情報や気づき等、週1回の訪問看護師に伝え利用者様がホームの生活や受診、看護等、注意点等の相談をしています。		
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。	利用者様の入院時は、ご本人様の支援方法に関する情報を医療機関に提供しています。又、医師や看護師と連絡を取り、ご本人様の病状等の把握に努め、情報交換や相談をするよう努めています。		
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、事業所です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	基本的に経口摂取のできる状態は、介護が重度化した場合でも対応できることをご家族様にお話していますが、様々なケースが考えられ、ご本人様の病状や希望、関係機関や関係者の協力体制を活用し、状況の変化に応じて話し合い支援をしています。	入居時に事業所方針「重度化した場合でも、経口摂取が出来ている状態の場合は対応出来る」ことを家族に説明している。基本的には看取りは行っていないため、医療的処置が生じた場合は、医師の判断や家族の希望など踏まえ、状況に応じ話し合っている。	
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	急変や事故発生に備え、入職時のオリエンテーションやスタッフ会議で急変や事故の事例報告を学習し、研修・訓練を定期的に行っています。		
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2回の防災訓練は、3月が日中、9月が夜間限定で、火災・地震災害の避難訓練を利用者様も参加して頂き、実施しています。「災害発生時の地域協力体制」は、運営推進会議で課題として検討を進めています。	3月・9月には日中及び夜間想定自主訓練を行い、利用者の参加も得て避難する時間の配分等を計って参考にしている。地域協力体制については、現在検討を進めている。米・水等の備蓄品を揃え、また業者による消防設備点検を行っている。	

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
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	利用者様に対して、プライバシーに配慮したお声掛けを心掛けています。	日常の言葉遣いや対応、排泄や入浴時の声掛け等本人の誇りやプライバシーに配慮し、常にホームの理念である「心の触れ合う、優しい介護」を全職員が実践し、ホスピタリティーの高いサービスに取り組んでいる。	
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	利用者様のペースに合わせた声掛け、些細な（飲み物、食べたいメニュー、着たい衣類など）ことでもご本人様が決める場面を生活の場で意識的に作るようにしています。		
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	利用者様一人ひとりの体調に配慮しながら、その日、その時の気持ちを尊重して、出来るだけ希望に沿った支援をしています。		
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	ご本人様の好みに合った身だしなみを支援しています。行事や外出等でオシャレを楽しんで頂けるよう支援しています。		
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	食事の準備で、テーブル拭き、調理手伝い、片付け等、利用者様と職員と一緒にいき、楽しく食事が出来るように雰囲気づくりも大切にしています。	出来る方はテーブル拭き、下膳等行っている。県産の米や国産の食材使用に拘り、安心の食事の提供を行っている。行事食や毎月の外食会・誕生日に合わせた本人が主役の誕生会などの雰囲気づくりも相俟って食事が楽しめるよう支援している。	
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	介護記録に食事の内容や食事量・水分摂取量を記録し、把握するようにしています。月2回の管理栄養士の訪問指導は、利用者様の栄養バランスや食事量等について、ご意見・ご指導を頂いています。		
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、利用者様一人ひとりの状況に応じた口腔ケアの実践をしています。		

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	排泄チェック表で排泄の時間と習慣を把握し、トイレ誘導を行っています。出来る限り、トイレで排泄が継続できるよう、ひとり一人に合わせた支援をしています。	利用者毎の状態に合わせたトイレでの排泄を支援している。車いすの方でも手摺りに掴まり、立位保持が出来れば対応し本人の自信に繋げている。これらの小さな自信を積み重ね、トイレでの排泄が継続出来るよう支援している。	
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	排泄パターンを把握し、便秘を予防できるよう毎日、乳製品を摂取しています。食事は、野菜中心に食物繊維を多く摂取できるよう心掛けています。それでも排便に至らない場合、医師の指示を戴き、下剤を服用しています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴の日程を決めていますが、利用者様のご希望に応じた入浴の支援も行っています。	週2回(月・木)の入浴支援をしている。浴槽に入れない方はシャワー浴や足浴、2人対応等工夫しながら行っている。	
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	お一人おひとりの入浴志向に沿って、安心・安全に入浴して頂く支援をしています。		
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	利用者様の内服薬は「薬剤情報ファイル」で把握しています。内服薬は、内服できたかどうかを職員2名で確認しています。 症状に変化があった場合、直ちに主治医へ報告し、指示を仰いでいます。		
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	利用者様の生活歴を活かし、テーブル拭き、洗濯物たたみ、お茶入れ等、張り合いを持って、お手伝いして頂いています。楽しみ事での外出や各種行事の参加は、利用者様と話し合いで決めるようにしています。		
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	天気の良い日は、近所の散歩、車で買物、食事、ドライブ等、利用者様の希望に応えるようしています。 地域の行事やお祭り等にも参加しています。	天気の良い日は散歩や外気浴、個別対応で車で買い物に出掛けたりしている。地域の行事やお祭り等にも参加し、また毎月の外食会や、莓狩り・花見など数人毎に複数回に分け、外出支援をしている。家族アンケートでも年複数回出掛けていると7割超の方が回答している。	

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	ご家族様と相談しながら、利用者様一人ひとりの能力や希望に合わせた金銭管理をしています。又、外出時の買物では、ご自分でお金の支払いをして頂くよう、支援しています。		
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	ご家族様、ご友人・知人様からの手紙や電話の取り次ぎに利用者様の希望に応じた支援をしています。		
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	常に、四季折々の季節感(花壇に咲く花、庭木でさえずる小鳥、菜園の野菜収穫とお料理等)を感じ取られ、意識的に関わりや関心を持って頂くよう工夫しています。	玄関・居間等は、季節の花等が飾られている。光や温度等が適切保持された居間では毎日、利用者の代表がリーダー役を務め全員が大きな声で唱和しながら、ラジオ体操や発声練習を行っている。ホーム内は掃除も行き届き、アンケートでもいつも清潔であると複数回答している。	
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	ホームのリビングに椅子を配置し、陽だまりで「ひなたぼっこ」の雑談スペース、屋外の庭先にベンチを設置して、季節を肌で感じながら歓談する居場所を確保しています。		
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	利用者様が普段から、馴染まれている品物や好んで使われる品物等を持ち込んで頂き、居心地の良い雰囲気とスペース作りの工夫や支援をしています。	入居前から使用していた、馴染みの家具や小物等が持ち込まれ、好みの配置をしている。居心地の良い雰囲気の中で自由に過ごせるスペース作りの工夫をして、利用者が「自分らしく生きる場」の提供に取り組んでいる。	
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	混乱しないよう居室入口に表札を掲げ、トイレや風呂場の表示も行っていきます。安心して生活できる環境作りを行っています。		