

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	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	2018/2/11	評価結果市町村受理日	平成30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	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30年3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)】

利用者の日々の生活を安心・安全に過ごし、また入居者1人1人が生きがい、楽しみを持って過ごしていけるように支援しています。職員には、入居者様と沢山接するように指導し、入居者様の体調の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、写真を貼付して手紙を送って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)】

1) 往診時に入居者の状況を記入した「往診表」で適切な受診につなげ、往診医からの指示事項も「往診表」に記入し職員間の情報共有を図っている。急変の際にはネットワークシステムを活用し、往診医の指示を24時間受けられる支援体制が整備されている。2) 新しいケアマネジャーと家族との信頼関係が築けていることがアンケートに良く表れている。3) 新しいホーム長の下、「入居者一人ひとりが生き甲斐、楽しみを持って、安心・安全に日々生活出来る」事を目指しており、認知症ケアの専門家としての職員のケア能力の向上を図り、入居者一人ひとりの自立を支援できる体制を整えていくことが期待される。

. 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 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. 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、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. 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させている (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+) + (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。	漸く新しいホーム長が赴任し、法人の3つの理念を基に今後ホームの全ての職員が同じベクトルで入居者に向き合っていけるよう、「安心・安全、楽しい生活」が出来るよう、「理由のある介護、入居者本位の介護」への方向性を打ち出そうとしている。	新ホーム長の下、ホーム長の目指す入居者本位のケアに繋げる理念などを皆で考え、ケアの方向性の統一を図っていくことを期待したい。	
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	月に2～3回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方がホームに入っていたりだけ様取り組んでいる。地域防災会議にも参加している。	書道、ハーモニカ、傾聴等地域のボランティアに来て頂いている。自治会から案内を頂き、夏祭りや公民館の行事に参加している。ホームの夏祭りに地域の方をお呼びしている。黒砂防災地域ケア会議に参加し自治会長・民生委員・行政や他施設の職員などと地域防災訓練などにつき話し合いをしている。		
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	認知症ケア実践報告や認知症サポーター養成講座、事例報告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	今年度は2回開催し、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。	入居者・職員状況、事故報告、活動報告、ホームの取組み等を議題として今年度は2回開催している。	ホーム長の交代などもあり、議事録が整理されておらず内容についての詳細は不明である。新ホーム長は同系列の他のホームとの共催も含め3ヶ月に一度開催しサービスの向上などに活かすことを目指している。	
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	虐待防止の研修や行政からの書類を通じて日々電話や訪問のやりとりを行い、困難事例、苦情等は先だって報告を行い、連携を図って居る。	介護保険課担当者と訪問や電話・メールで連絡を取り、ホームの実情や事故報告等をし、適切な助言を頂いている。安心ケアセンターと入居者状況等について連携を図っている。		
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	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。	ホーム長に就任して、職員一人ひとりと面談し「入居者は例え、嫌な人や怖い人が居ても逃げ場がない」ことやグレーゾーンも含めて身体拘束について話し合った。法人の「虐待・不適切ケアと身体拘束」チェックシートを各ユニット1名ずつから、全員が2ヶ月に一度提出するように変更した。	法人の3ヶ月に一度の研修と2ヶ月に一度のチェックシートを着実に実施するなど、職員一人ひとりの意識を高め続けるよう取り組むことを期待したい。	
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、注意喚起をもとに定期的に職員への理解を深めています。			

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
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、意見や要望を匿名で報告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を出来る場を設けています。	「愛の家グループホーム千葉黒砂台通信」を毎月送付し、家族に入居者のホームでの様子を写真とコメントで見えていただけるようにしている。敬老会や夏祭り、ホームパーティーなど家族に参加して頂く行事を行い、意見や要望を言ってもらえる機会ともしている。法人と評価機関によるアンケートがあり内容を管理者リーダーで検討し、運営に活かすと共に職員と共有するようにしている。家族会を再開し、新ホーム長として率直な意見や要望をお聞きする機会としたいとのことである。	
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。	毎月の全体会議やユニット会議時に意見や要望・提案を言う機会としている。業務改善などについては事前に提出して皆で話し合い、改善するようにしている。新ホーム長として個人面談を定期的に行うようにし職員一人ひとりの意見や要望提案を聞く機会とし、運営に反映させていきたいとしている。	
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を実施。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、本人やご家族の要望を聞きケアプランに反映させています。また、今迄と同じような移住環境を整え、少しでも安心頂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。またなかなか面会に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	食事の取り分けや食器洗い、洗濯物干し等共に行い一緒に生活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頂いています。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。	馴染みの方々との面会は自由にして頂いており、また、元のお住まいや馴染みの所へも時間を作りお連れするようにしている。家族と外食や馴染みの美容院、お墓参りなどへ行く支援も行っている。電話の取り次ぎや手紙のやり取りのお手伝いもしている。	
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	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。	入居時に家族構成やこれまでの生活歴を把握した上で、散歩の途中やベランダでの日光浴などの時間を利用して、入居者の願いや気持ちを知るように心掛けている。また、表現することが困難な入居者には家族の面会時を利用して、これまでの生活パターンや飲み物の嗜好、趣味などの情報を収集し、入居者が早く落ち着いてホームでの生活ができるように努めている。	支援の中で気づいた入居者の表情や言動、言葉の変化など短期目標達成に関わる内容をできるかぎり具体的な表現で介護記録に記入するなど、ケアプランを意識した記録のつけ方への取り組みが望まれる。
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、実際の心身状況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。	原則、3ヶ月毎にケアマネジャーがモニタリングを実施しているが、心身状態の変動が著しい場合などは、集中的に医療面やADLの低下状況に焦点を当ててモニタリングを行い、訪問医、訪問看護師の意見を取り入れケアプランの見直しを行っている。ホームでの生活ぶりやサービス内容の実施状況などを毎月の「通信」で家族に報告している。ケアマネジャーが定期的に家族への電話や面会時を利用して家族の意向や希望を聞き、入居者本位のケアプラン作成につなげている。	職員が常にケアプランを意識して支援できるように、介護記録にケアプランを添付するなどの取り組みが望まれる。
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、昔ながらの場所への来訪、を通じて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病院があれば連携し適切な医療が受けられる様に対応しています。	月2回の往診時には皮膚症状や歩行状態、摂食状況などを「往診表」に記載し、適切な受診につなげている。内服薬の種類や剤型の変更などの相談事項や往診医からの指示事項は「往診表」に記入し、職員間の情報共有を図っている。血圧の急な変動や脱水症状などがあった際は往診医、看護師、薬剤師のネットワークシステムを活用して、往診医からの医療指示を受けるなどの24時間の支援体制が整備されている。	
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共有、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度は必ず訪問し、状態や経過をしり、早期退院に向けて、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	入居説明時に、利用者様が重度化された場合の対応、看取り介護にかかわる指針の説明を行っている。また、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、職員への気持ちやサービスの事前準備を行っています。	重度化した場合の対応や看取り介護にかかる指針を契約時に入居者、家族に説明し同意を得ている。摂食が困難になった際には、主治医と家族の話し合いが行われ、ホームは家族の意向を取り入れて看取りへの対応を行っている。無理をしないで状況に応じて判断していくことなどのホームの方針を説明し、改めてケアプランを作成している。	
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	緊急時のマニュアルの提示、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	地域防災会議への参加を行っています。	災害時の連絡網、避難場所への経路図、火災・地震・風水害時の日中・夜間の行動チャートなどが記載された「いざという時の防災マニュアル」が整備されている。また、コンセント周りや電気器具の取り扱いなど、防火用自主点検を毎日実施し、火を出さないことを第一に考え対応している。ホーム長が「黒砂防災地域ケア会議」に参加し、災害時の地域住民の受け入れなどの地域連携の話し合いが始まっている。	日中及び夜間想定初期消火、通報、避難誘導などの定期的な防災訓練の実施が望まれる。

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。	職員と入居者との距離感を考慮し、姓、名での呼びかけを区別しながら対応している。また、優しい言葉かけと笑顔で接することを心がけている。洗濯物のたたみを手伝う方や新聞を読む方などこれまでの生活習慣を大切にしたい支援が図られている。起床、就寝時間や食事のとり方も一人ひとりの気持ちやペースに合わせて対応す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	日々の声掛け、傾聴を通じて本人からの希望や思いが見られた時は職員間で共有し、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	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、昼夜逆転が起こらない様にレクや外出、声かけ等を行い昼間起きていてもらえるように支援を行っています。		
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、本人が気持ち良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。	嫌いな料理を食べることは無理強いせず、完食にもこだわらず、自分のペースで自宅と同じように職員と会話をしながら、楽しい雰囲気の中での食事を心がけている。入居者の思い出につながる水餃子作りや季節感を味わえる桜餅作りを入居者が手伝っている。また、正月の雑煮、ひな祭りのちらし寿司などの季節ごとの行事食や和食レストランへの外食など変化を持たせた楽しい食事が提供されている。	
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、担当医で連携を取り支援しています。		
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、消毒液等により個人にあわせた対応を行っています。		

6/8

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
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	オムツ、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。	おむつの入居者を少なくし、トイレでの排泄にこだわった支援が行われている。睡眠の妨げにならないように排泄パターンを把握しながら、夜間のオムツの取り換え回数を少なくするように努めている。急な立ち上がりや表情、動きの変化を観察し、タイムリーな声かけによりスムーズなトイレ誘導が行われている。トイレには可動式の両脇の手すりや背もたれが設置され安心して落ち着いて排泄できるように配慮している。	
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	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。	午前、午後の希望する時間帯に週2回の入浴を行っている。入浴を拒否する入居者には相性の良い職員の声かけやさりげない浴室への誘導、シャワー浴などにより入浴を勧めている。脱衣所には新入職者にも理解しやすいイラスト入りの「浴槽移乗の手順」が掲示され、浴室用車いすやシャワーチェアにより安全な入浴介助が行われている。また、入居者ごとにシャンプーを用意し一人ひとりの好みを大切にしたり取り組みがみられる。	
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、温度湿度の確認、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	薬状をすぐに確認出来る場所に置き、職員一人ひとりに把握してもらおう様努めている。また服薬変更時は職員が把握出来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、趣味趣向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。ご家族がいらしゃった際は近隣へのドライブ等、協力して支援を行っています。	神社への初詣、サクラ公園への花見見物、イチゴ狩り、クリスマス・イルミネーション見学など、季節ごとの外出行事を入居者の希望を取り入れて毎月、実施している。車イスの入居者と一緒に近くの公園への散歩も行われているが、下肢筋力の維持を図るためにも職員配置やスケジュールに工夫し、日常的な散歩やスーパーへの買い物など外出の機会を更に増やしていくことが望まれる。	

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	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。	笑顔の絶えない、活気のある雰囲気のある共有空間づくりをめざし、柔らかい口調で声のトーンを落として入居者と会話することを心がけ支援している。入居者と職員と一緒に制作した梅の花の切り絵やベランダの鉢植えの花が季節感を感じさせている。全員がテレビを見ることができるようテーブル席を配置し、入居者同士の相性も考慮して随時、席替えを行い、ゆっくり落ち着いて生活できるように支援している。	
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	リビングでの座席の配置は気があったり、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、また新たに購入物に関しては、ご本人やご家族に相談してから行っています。	入居時に家族の協力により整理ダンス、椅子、鏡台など使い慣れた物やアンティーク家具、日本人形など思い出の品が持ち込まれ、自分の部屋づくりが行われている。ベッドからの転落のリスクのある方には、フロアでの寝具使用や人感センサーの設置による見守りの徹底などの安全対策を図っている。また、衣替え時の衣服の整理や居室の換気、毎日の室内清掃などの清潔な居室づくりに職員が関わっている。	
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	各入居者様に役割分担や出来ない事の支援を行い、ご本人が居心地のよくなる環境作りに努めています。		