

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	1291700100		
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佐倉西志津		
所在地	千葉県佐倉市西志津1-16-15		
自己評価作成日	令和1年11月20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 pie.com/ins186.html?ga=2.207480465.388226299.1574242474-45304

【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28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)】

地域の催し物への参加を意識し、本年度も自治会活動・社会福祉協議会・学校などの行事への参加に加え、年2回の避難訓練(消防)に近隣住民への声掛け・参加まで民生委員を通じてお願いをすることが出来ました。園児との交流の場を設けることで、今後は幼稚園の行事にも参加していくことを考えております。またホーム内行事では、年間通して季節に合わせた毎月の行事を担当スタッフが企画運営しております。中でも夏祭りクリスマス会にはご家族様も一緒に楽しい時間を過ごしていただいております。平屋造りのホームは、ユニットの自由な行き来も、入居者様にとっては開放感を感じられるところと感じております。

【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)】

「事業所と地域とのつきあい」自治会や小学校行事、歌声喫茶への参加など地域との交流を推進している。また、事業所が行う紫陽花祭りにも地域へ参加を呼びかけている。庭園のバラを観たり、庭の柿を頂くなど日々の触れ合いも広がっている。「市町村との連携」高齢者福祉課とは電話での質疑応答が多く、地域会議、介護予防の啓発等は地域包括支援センターが中心となって推進している。事業所は近くの西志津小6年生の授業で「職業人にきく」を担当し、介護を分かり易く紹介している。

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	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	「快適で穏やかな生活を常に支援します」など3つの法人理念に加え、「まごころ」「笑顔で迎え感謝で送る」というホームの理念を掲げて、何よりも入居者様の笑顔、スタッフの笑顔、ご家族の笑顔を大切に、ホームを訪れる人に感謝し、安心して過ごせる環境作りを目指します。	理念はユニット会議や全体会議、申し送り時に唱和をまじえながら共有に努め、サービス提供の場で実践するよう指導している。家族が、外部評価のアンケートで「職員はいつも明るく迎えてくれ、安心して委せられる」とコメントしているのは実践の証しと言える。
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	自治会への参加、園児、小学校行事への参加、社協の催し物に一般の方々と共に参加することで地域とのつながりを図っております。又、徐々にですが近隣の方のホーム行事への参加を民生委員様と共に呼びかけ、ひろがりつつあります。	自治会や小学校行事、歌声喫茶への参加など地域との交流を推進している。また、事業所が行う紫陽花祭りにも地域へ参加を呼びかけている。庭園のバラを観たり、庭の柿を頂くなど日々の触れ合いも広がっている。
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	地域のサークルなどの見学の申し出を受け入れている。小学6年生の「職業人に聞く」に参加し、「認知症介護」についてゲームを交え、話をさせていただきました。	
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	民生委員の方への働きかけで近隣住民へのホーム訪問、消防訓練への参加などが広がっています。マンション敷地内の薔薇園を散歩コースに誘って下さったりと地域交流の広がりを感じている。	地域包括支援センター、民生委員、家族、他のグループホーム関係者等が参加し、偶数月に開催している。事業所の状況・計画の報告が主となるが、地域との交流を進める大切な機会となっている。読みやすく編集された当日の議事録は欠席した家族にも送付されている。
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	運営推進会議の報告、都度不明点の質問回答を頂き、ホーム運営に役立っている。又、介護相談員を受け入れ、指摘を受けた点については全員で共有し改善につなげている。	高齢者福祉課とは電話での質疑応答が多く、地域会議、介護予防の啓発等は地域包括支援Cが中心となって推進している。事業所は近くの西志津小6年生の授業で「職業人にきく」を担当し介護を分かり易く紹介している。
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	ホーム内研修にて3か月毎に学ぶ機会を設け、対象となる具体的な行為を知り、身体拘束をしない介護を実践している。単独外出事故以降、命を守る事を優先し、玄関には施錠をしている。拘束廃止委員会を3ヶ月に一度開き、問題点の確認指導を行っている。	3ヶ月ごとの身体拘束禁止に関する教育や全職員を対象に実施している「身体拘束チェックシート」等により、職員の理解・周知を図り、ケアに活かしているが、単身外出で事故があったため出入口に施錠している。
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	3か月に1度の個々のチェックシート記入と振り返りを行い、不適切ケア、虐待防止に努めている。問題点あれば個別に指導を行っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	権利擁護に関する研修を受け、管理者、ケアマネよりホーム内研修を通して共有している。現在は成年後見人制度を利用している入居者はいない。		
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	ご家族からの質問ご要望に対してはホーム長が対応している。お答え出来ない問題が生じたときは上長に報告し、迅速に対応出来る様に努力している。		
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	「ご意見箱」の設置、ご要望、ご意見を取り上げ回答している。又、スタッフからの情報は毎日の申し送り時、連絡ノートなどで共有している。	運営推進会議や面会時に、家族の意向や要望を聴き、運営に反映している。アンケートで、回答者全員が「職員は家族や本人の状況や要望に併せて柔軟な対応をしている」と回答していることから、その姿勢が窺える。	
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	毎年、全スタッフへのアンケートを実施し、結果からスタッフの思い、意見、悩みなどを取り上げ「働きやすい環境作り」の為に計画を立て、実行している。個別には3か月に一度の面談を通し、職員の悩み、相談、意見を拾い上げ、反映出来る様努めている。	会議や申し送り等で職員の意見や提案を聞き運営に反映している。家族アンケートで回答者全員から「職員は本人の思いや願い、要望等を分かっている」という回答があり、職員の意向は本人の意向であることが窺える。	
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	休憩時間を設け、毎月の行事担当を決めることで責任を実行、やりがいを感じてもらえるように指導、助言を行っている。ユニット毎の毎月の目標設定を提案中です。		
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	資格支援制度の活用、初任者OJT期間中は、個人レベルに合わせて機関の設定、延長を行っている。介護技術の習得向上には都度個別にてレクチャーすると共にユニット研修で取り上げている。		
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創り、ネットワーク作りや勉強会、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	佐倉市グループホームネットワークに参加して同業者の交流情報の共有を行っています。又、本年度の計画に他ホームとの交流を掲げている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	ご利用者の不安、心配、要望に傾聴、同調することで少しでも安心してホームでの生活を送ることが出来る様努めている。又、ご家族様と情報共有することで、力を借りることが出来る様に働きかけている。		
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	入居時のご家族の悩みを理解することで、入居後の支援に活かすことが出来ている。入居後も良好な家族関係に保つことが出来る様支援しています。		
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	入居時のアセスメントからご本人の現状を把握し、入居後1ヶ月のアセスメントより課題を抽出し、ご家族と相談しながらプラン作成を行っている。又、必要に応じて訪問リハビリの利用対応に努めている。		
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	ホームでの共通の時間を過ごすパートナーとしてともに笑い、喜び、悲しみ痛みにも共感できる関係を築いている。出勤時の「ただいま」「おかえりなさい」の関係を大切にしています。		
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	訪問しやすいホーム作りを目指し、ご家族との日常的な会話の中から信頼関係を築く事に努力しています。しかし、ホームの毎日、行事、会議などに積極的に参加される方と連絡もままならない方との関係の差は大きいです。		
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	家族との墓参り、帰宅での家族との食事、外泊、兄弟の来所に手紙、友人の来所など、繋がりを継続されています。年賀状、手紙への返事を絵手紙で出されるなど支援しています。	帰宅・外泊しての家族との食事や墓参り、兄弟・友人の来訪、絵手紙作成を見守る支援等に努めるとともに三味線の演奏や民謡を披露してくれるボランティアの人たちとの出会いを大切にしている。	
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	共同生活上の共同作業屋一緒に行うレクリエーション等、共同で出来る場を設定する等の支援によりそれぞれが関わりあえるように努めている。ユニット内の人間関係をは把握してトラブルにならない様支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	取組、支援体制は備えているが、今までにそうした事例は無い。しかし、過去に退居後の利用者様の御逝去にあたり、ご家族より連絡を頂き、葬儀への参列等の事例がありました。		
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	日々のケアの中からご本人の思い、希望・要望等を把握し、ユニット会議などで共有、アセスメントする事でケアプランに落とし、支援実行している。	入所当初は、居宅介護のケアマネさんからの引継ぎや、アセスメント、家族面談により聞き出す事になるが、3カ月も経つと本人も落ち着いて来て、自分の言葉や態度、表情で訴えてくる様になる。そのタイミングを見計らい、会話で思いや意向を探ることにしている。	
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	ご本人との会話の中、ご家族からの情報を集め、昔のご様子、好きな事、嫌い(苦手)なことを把握し、職員間で共有し支援に活かしている。		
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	介護記録などから日々の心身状態、有する力、過ごし方、拘りなど情報化し、ユニット会議、申し送りなどで共有している。		
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	毎月のスタッフ全員によるモニタリングによる課題抽出、ご家族への説明と相談と意見・医療連携により介護計画作成にあたっている。	居室担当者が中心となり、ケアマネ、ユニットリーダーで情報共有を行いながら、毎月のモニタリングの情報をユニット会議の中でカンファレンスを行い、ケアプランの見直しに繋げている。往診医や訪問看護師からは来訪時に意見を聴き、ケアの参考にさせてもらっている。	
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	日々の様子を記録し、プラン見直しの前月に会議にて職員間の情報を共有する事で、現計画が適当か、変更追加があるかを話し合い、次回プラン作成に繋げている。		
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	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み始めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	近隣の地域資源を活用し、買い物、外食、公園への散歩、ふれあいセンター催し物への参加、その他毎月の個別外出計画を立て、実施している。		
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	本人、家族の選択により主治医を決めている。ホーム往診利用者は月2回の往診により体調管理が出来ている。急な対象不良にも対応している。外部医療機関利用者のご家族には、日々の健康管理情報を共有している。	月2回の往診と週1回の訪問看護により、結果を連絡帳に記入することで情報共有が出来ているが、中には家族対応での外部医療機関を利用される利用者もある。これらの診察結果は、ネットを活用して都度報告が行われていて、情報共有はスムーズである。ホームから家族への報告については都度電話で行うが、基本的には月1回の報告書で個別の情報発信を行っている。	
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	訪問看護、薬局と往診医とホームに手通信ネットワークを利用した情報の交換が瞬時に出来る体制を整えている。		
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。	入院は主治医(往診医)の医療機関になる事が多いので、入院中の情報交換は出来ている。その他の医療機関の場合は見舞時のご様子、家族を通してのDrとのお話を以下がウ時間の設定により情報共有している。退院時サマリーを参考に退院後のスムーズな受け入れに努めている。		
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	重度化した場合や、終末期のあり方については入居時の説明、又その場面に当たった時に、Drと家族、ホームの3者にて話し合いを設け、今後の方針を決めている。職員には研修を通して出来る事、出来ない事を明確にし、何よりもご本人の時間を大切に支援している。	家族の意向をしっかりと聞き取り、お応え出来る様にしているが、福祉施設での延命処置は出来ない事は家族も十分承知しており、主治医の指示により対応を行うことになる。ホームでの基本対応や主治医の指示での対応、家族との連携等は、職員研修にて都度教育を行っている。	
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	ホーム内研修にて「救急対応」「救命講習」にてAEDの使用法、誤嚥時の吸引方法等を学んでいる。経験の少ないスタッフには必ず応援を呼ぶように指導している。		
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	緊急時、対応マニュアルを備えている。年2回の避難訓練を消防署員立ち合いのもと、日中、夜間に分けて行っている。自営消防隊を組織し、連絡網を備えている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	その方の人格を尊重し、居室入室の際は許可を得る等プライバシーに配慮している、不適切な声掛けが無いようにチェックシートを振返りながら、会議で話し合いながら、職員間で共有、統一された支援を行っている。	利用者一人ひとりの尊重とプライバシーの確保を行う為に、職員に対しては普段からケア中に気付いた時はその場で注意したり、ユニット会議や全体会議などで、個人情報保護の考え方を基本に、居室には勝手に入らない事、自立支援を基本とした日常的なケアの中でも、プライバシーに関することは必ず家族の了解を得て行う等、徹底している。	
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	常にご本人に伺いながら意思を確認している。了解が得られないときは、無理には勧めず、様子を見ながら参加支援を行っている。		
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	個々のレベル、ペースの相違が大きい為、一緒に行うものには誰でも出来るものを、それ以外の時は個々のペースに合わせた出来る事をそれぞれに行って頂ける様支援しています。		
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	毎日の化粧、服装の選択、拘りのアクセサリなど、ご自分の好きなおしゃれが出来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	その方に合った食事形態の提供、自主的に準備、配膳片付けまで行って下さる方もいます。節分などの行事では、恵方巻を作り召し上がりました、又、外食行事も計画実行しています。	食事のメニューは本社から送られてくるものを基本としているが、食材の調達から調理まで全て事業所内で対応している。調理専門員は昼夜の対応、朝だけは夜勤担当者が調理を行うことになっており、利用者によるお手伝いも準備段階のみお願いをしている。外食は個別外出時に行う程度である。	
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	栄養管理された調理指示書に従い提供している。又、季節の食材を使ったメニューを調理員が考え、都度提供している。毎日の摂取量を健康管理表に記入し、栄養摂取、水分確保のチェックを行い、ご家族、主治医とも共有している。		
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	毎食後の口腔ケアの実施と毎晩の義歯洗浄剤による消毒を行っています。ご自分で出来ない方には介助にて支援しています。又、異常が有る場合には訪問歯科受信をお願いしています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	毎日の食事に野菜を多く取り入れ食物繊維を摂れるように考えている。ヨーグルト、ヤクルト、牛乳を毎朝摂って頂いている方もいます。水分確保にも努め、それでも便秘解消に繋がらない場合は医師の処方薬にてコントロールしています。ご自分から排泄出来ない方は提示でトイレ誘導を行っています。	日中は食事の水分接種量も書かれている健康管理表、排泄記録表をもとに、スタッフの声掛けによるトイレ誘導を行っており、リハビリからパッドへ使用量を減らす努力をしている。一人ひとりのサインも職員全員が把握しており、さりげなく誘導するように心掛けている。	
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	排泄の自立支援と同様に、食事内容、水分確保、発行食品の摂取にて、便秘医解消に繋がる様支援しています。		
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	個々に入浴日と時間は決めていないが、夜間に対応できない為入浴は行っていない。その日の体調、入浴回数、外出受信等を考慮しながらその日の入浴者を決めている。入浴を楽しんで頂ける様入浴剤の使用、浴室に絵を貼る等しています。	遅番職員が出勤する午前10:00から午後4:00までの間利用希望者は、見守りを必ずつける事を前提に、自由に浴室は使ってよいことになっている。反対に入浴拒否者に対しても無理に入れないようにして、時間をずらして勤めるようにしながら、週2回以上は入って頂ける様に管理している。	
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	日中にご自分で帰室され、自由に休める環境を心掛けています。夜間は豆電球も点いていると眠れない方は暗くして覚醒時に足元にセンサーライトを使用して、危なくない様に支援しています。		
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	往診時に薬の変更が合った場合、薬の効能、副作用についても共有し、その後の状態観察、記録を行い医師に伝えていきます。		
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	掃除m選択、裁縫、調理等、生活の中でその人に合った作業、特技を活かした支援に心掛けています。		
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	毎月、個別外出計画(1対1)を立ててその方の要望等を聞き外出しています。場所は自然豊かな公園、ショッピングセンター、美術館、図書館、イベント会場など外出支援を行っています。	日常的なお散歩は日勤スタッフが担当する為、シフトが決まったらスケジュールを決めることになっている。外出レクについては車での外出となる為、以前に比べ時間、距離共に徐々に増えており、良い方向に進んでいることが感じられる。家族来訪時にも一緒に外出される方もあり、楽しいひとときを過ごしてこられる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	ホーム内では個人的な金銭所持は禁じております。外出時に買い物をする際に、お預かりしている「おこずかい」を持ち、ご自分でレジに手支払いを出来る様支援しております。		
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	携帯電話を持たれ、ご自由に家族に電話されている方もいます。又、兄弟、友人からの手紙に対し、絵手紙でお返事出来る様支援しています。		
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	玄関には季節の花を、リビングには皆さんで作って頂いた季節の壁絵を飾り、季節感を感じて頂けるよう工夫をしております。リビングでは昭和の歌手が歌う曲を流し、楽しんで頂いております。	平屋建ての2ユニットの為、各ユニット毎には天井が高くゆったりとしたリビングが用意されており、利用者は一日の多くの時間をここで過ごす事が出来る。廊下や中庭にも休息できるスペースがあり環境面においても玄関のお花、利用者の作品展示、管理者の気配りが感じられる。掃除も行き届いており、特に臭いについては気を付けている。	
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、自席で1日過ごすのではなく、食後にはソファに座りながらお喋りをされたり、時にはソファに横になって休んでいらっしゃる方もおります。		
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	入居時にご家族と相談をして、ご自宅から馴染みの品を持ってきて頂ける様にお願いをしています。使い慣れたお気に入りのバッグを毎日持ってリビングに来られる方、自分の好きなテレビ番組を居室に手観ている方、いつもの化粧道具で化粧される方等いらっしゃいます。	居室を出ればすぐに共用のリビングに入ることが出来る様になっており寝室の隣にリビングがあるといった感じである。居室内は利用者自身の馴染みの物を持ち込むことが出来、以前の暮らしと変わらない環境を自分で作る事が可能となっている。お掃除は早番のスタッフと各利用者が行うことになっており常に清潔が保たれている。	
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	入居者様の「出来る事」「分かる事」の日々のアセスメントによる把握を共有。その日乙を大切にされた支援を入居者様と同じ景色を見られる支援を心掛けている		