

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	1170500407		
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白岡		
所在地	埼玉県白岡市新白岡六丁目12番地4		
自己評価作成日	平成31年 3月15日	評価結果市町村受理日	令和元年5月14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.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【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1階
訪問調査日	平成31年 3月26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)】

愛の家グループホーム白岡は、閑静な住宅街にあり、ホーム入口側は田畑が広がり、のどかな風景が広がっています。敷地内に花や野菜などを育てることができる場所もあります。近隣の方々やオーナー様から野菜をいただいたり、ホーム行事に参加していただいたり、オレンジカフェを開催したりと地域との交流も行ってまいります。ご利用者の趣味やできることを把握した上で日常生活の中でその力が十分に発揮できるよう、支援に努めています。また季節を感じていただくために、日々の散歩や外気浴、年中行事も行ってまいります。今後は市内だけではなく、車で遠出したいとも思っております。ご利用者やご家族が愛の家グループホーム白岡を選んで本当に良かったと思っていただけるホームを目指しております。

【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)】

独自の理念を基に、利用者・家族・職員が理解し合い、共に支え合い、家庭的な雰囲気の中で、ゆとりとした時間が過ごせるように努めている。協力医・看護師などは、医療面での対応や看取りについて連携し、利用者の身体的、心理的な面での支援をしている。当事業所は閑静な住宅街の中に建てており、地域の行事に参加したり、外食や季節に合わせてのお花見等、なじみの地域や親しみのある場所へ出かけている。外出支援により気分転換を図り、利用者により事業所での生活を楽しくもらえるよう取り組んでいる。利用者の立場に立った対応を続けられるように繰り返し研修を行い、認知症ケアのスキルアップにも力を入れて、「オレンジカフェ」の開催でさらに地域とのかかわりを大切にしたいと考えている。

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、生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	毎日の夕礼の時に会社の credo(ケアの信条)とホーム理念、フロア目標を唱和している。また掲示をすることで、理念を共有し実践に努めている。	独自の理念を基に、各ユニット目標を考えている。毎月ユニット会議・リーダー会議で利用者の日々の様子や変化について話し合い、目標実践に取り組んでいる。些細なでき事は、連絡ノートを活用し共有している。	
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	ホーム周辺の散歩や近隣への買い物などで挨拶を交わしている。また自治会や包括支援センターから地域の情報をいただき、行けるイベントには参加している。	自治会の関わりが多く、マジックショーやフラダンスなどボランティアの訪問や、オレンジカフェを活用し、地域とつながりながら暮らし続けられるよう支援をしている。	地域のボランティア慰問やオレンジカフェの開催など地域との交流を行っている。更に地域との関わりが密になることを期待する。
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	ホーム見学・オレンジカフェの際に認知症について正しく理解していただけるよう話している。		
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ヶ月に1回、運営推進会議を開催している。ご家族・市役所・地域包括支援センター・自治会長・民生委員に出席していただき、ホームの運営状況や活動、事故などを報告している。またその際にアドバイスや地域の情報をいただき、サービス向上に活かしている。	2か月に一度平日に開催され、行事や出来事の報告、意見、情報交換が行われている。会議で取り上げられた事案は、サービス向上に役立てるように努めて話し合い、今後の課題として取り組んでいる。	
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	運営推進会議にも参加していただいているが、定期的に市役所に訪問し、ホームの実情やオレンジカフェ等の報告を行っている。	運営推進会議録は区役所窓口に直接届けている。月1回オレンジカフェを開催し、地域包括支援センターと常に連携をしている。事故については市に書面にて報告をしている。	
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	定期に身体拘束の研修およびチェックを行い、職員が日々のケアを振り返り、正しく理解し、身体拘束をしないケアに努めている。施錠に関しては安全面・設備上(オートロック)から行っているが、外出の希望が聞かれた際は可能な限り答えるように努めている。	定期的に本社を通しチェックを行い、ユニット会議後に研修を行っている。個々の援助方法についても、個別に検討している。必要に応じて、管理者は、個別に指導・職員への助言を行い、全体での取り組みとしている。	
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	虐待についても同様に定期の研修とチェックを行なっている。職員同士で日々のケアを振り返り、お互いに注意を払い、防止に努めている。		

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	職員への学ぶ機会は持っていない。身元引受人の方が高齢になられてきているので、今後必要になる方も出てくると思う。その時に支援できるよう学んでいきたい。		
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	契約の際はご家族の不安や疑問を聞き、理解・納得していただけるまで十分な説明を行なっている。また利用時に起こり得る事故や重度化した場合の対応、退居についてなど、詳しく説明し同意を得るようにしている。また改定等の際も同様に行なっている。		
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	会話の中で利用者の要望を聴き、カンファレンス等で話し合っている。またご家族様アンケート・運営推進会議・面会時等にご家族からの意見や要望を聞き、できる限り運営に反映させるようにしている。玄関にご意見箱の設置、苦情・相談窓口の案内を掲示し、外部へも意見等を表せるようにしている。	苦情相談の受付体制や処理手続きを定めている。面会時や事業所の行事参加時に家族からの意見や要望を聞いている。年1回家族アンケートも実施し、出た意見は、連絡ノートで全職員共有している。	
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	年に一度、職員アンケートを実施し、職員の意見、提案を聞く機会を設けている。その中から課題を抽出し改善に取り組んでいる。またユニット会議等でも意見や提案を聞いている。	毎月のユニット会議で自由に発言できるような雰囲気作りをし、連絡ノートを活用して情報共有をしている。管理者は不定期ではあるが、個別面談も行い、職員の想いや要望、意見などを聞いている。	
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	キャリアパス評価(昇段評価)にて給与水準が上がる取り組みをしている。また資格支援制度、勤続年数表彰もあり、職員が向上心・やりがいを持って働けるように職場環境・整備に努めている。		
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	本社またはエリアでホーム長・ユニットリーダー・スタッフ研修を行っている。ホーム内研修も実施している。外部研修に関しては情報をアナウンスしているが、受講は職員の意思に任せている。資格支援制度もあるので活用をスタッフに促している。		
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	社内交流として認知症ケア実践報告会、他ホーム見学、エリア内研修等を行っている。また病院主催の地域交流会や市内のオレンジカフェに参加し同業者と交流している。		

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
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	入居前のアセスメントの際にコミュニケーションを第一に考え、ご本人と接するようにしている。その話の中で困っていること、不安なことなどを聴き、入居後の不安を軽減するよう受け入れ準備をしている。		
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	ホーム見学時や契約時にご家族の要望や疑問等を聴き、回答している。ホームでの暮らしが、ご利用者にとって快適な場所になるよう、ご家族と話し合い、よい方法を考えている。		
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	ご本人、ご家族の話を聴いた上で、その時一番必要としているサービスを提供、また紹介している。(他の介護サービス・歯科往診・デイケア・訪問マッサージなど)		
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	ご本人のできることは極力行っていただいている。またご本人の力に合わせて洗濯物畳みや掃除、ゴミ捨てなどのお手伝いをお願いしている。		
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	毎月のお手紙でご利用者の近況を報告している。また面会時にもお話し、共に協力しながら、ご本人を支え合うようにしている。		
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よう、支援に努めている	ホーム見学・契約時に面会や外食・外泊の自由を説明している。またご利用者の状態に応じ携帯電話の所持も認めている。友人の面会の際はいつでも面会可能なことを伝えている。	訪問時は、身元確認など防犯管理にも配慮しながら、友人知人が訪ねやすいように、開放的な雰囲気作りに配慮している。家族と墓参り、外食、馴染みの場所等へ行くことが継続できるように支援をしている。	
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	毎日の生活の中でご利用者の性格や関係性を把握した上で、職員が間に入り係わり合いがもてるようサポートしている。		

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	ホーム退居後もご家族に様子を伺ったり、面会に行ったりしている。また必要に応じて支援を行なっている。		
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	ご本人の思いや希望を聴き、また言葉として出てこない気持ちにも表情や行動などで察するよう努めている。またご家族の思いや意向の把握にも努めている。ご利用者を第一に考えたケアに取り組んでいる。	日常の何気ない会話の中での話や表情などから、入居者の想いを把握しよう心がけている。面会時など家族と話す機会を設け、入居前の生活歴など確認している。心の安定が得られるように支援をしている。	
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	入居前のアセスメント時に、ご本人の生活歴や馴染みの暮らし方を聴き、またご家族や関係者からも色々聴くよう努めている。また入居後もコミュニケーションを取りながら把握するよう努めている。		
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	毎日の関わりの中でご本人の過ごし方、心身の状態、できること、できないことの把握に努め、会議等で情報共有している。また心身状態については毎日の申し送り時に共有している。		
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	ご本人やご家族の要望を聞き、個々のスタッフの意見、往診医や看護師などからアドバイスをもらい、ユニット会議で話し合っている。その上で利用者の現状に合ったケアプランを作成している。	利用開始時の暫定プランは、一か月で見直し、その後のケアの検討をしている。具体的に何を希望しているかを日々把握をし、一人ひとりの思いや希望を取り入れ、身体状態に合わせた支援を実施している。	
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	個別の介護記録、申し送りノートで情報を共有し、ユニット会議で話し合い、介護計画の見直しに活かすように努めている。		
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よう、他ホームの活動や本・ネット等を参考にし、色々なサービス提供に取り組んでいる。またご家族の状況に応じ、病院等の紹介や受診対応も行なっている。		

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
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	ご利用者一人ひとりが力を発揮したり楽しむことができるよう、なじみの場所へ行ったり、ボランティアを招き、楽しみのある生活支援に努めている。		
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	ホーム見学時にホームが利用している往診医(月2回往診)の説明をし、その上でご家族に医療機関の選択をしていただいている。また必要に応じて専門医療機関の紹介や付添いも行なっている。	家族や利用者の意向に沿って、かかりつけ医受診か協力医療機関受診かを決定している。内科の他、歯科、リハビリ・マッサージなどの訪問診療も行ない、受診情報は、個人記録や伝達帳に記載し共有している。	
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	その都度、気づいたことや情報を看護師に報告・連絡・相談し、アドバイスや往診医と連携を図り、適切な処置が受けられるよう協力体制を整えている。		
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。	定期的に面会に行き、病院関係者やご家族と情報交換を行ない、早期退院ができるよう努めている。また得た情報を基に退院後も安心して生活が送れるよう、事前準備にも努めている。		
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	入居契約時に重度化した場合・看取りについての説明を行っている。またご利用者の状況に応じ、ご家族・往診医・事業所と三者で話し合う場を設け、それぞれの立場から意見交換を行い、今後の対応・方針を決めている。	契約時に、ホームで出来る支援と病院で出来ない支援について説明し、承諾を得ている。入居後は身体状況に伴い主治医の判断のもと家族と方向性を共有し、職員全員が方針を共有し、安心して過ごせるように環境整備に取り組んでいる。	
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	定期的に勉強会を行ない緊急時の対応について学んでいる。また連絡体制の確認も行い、急変や事故等に備えている。AEDの設置もしている。		
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	年に2回避難訓練(1回は夜間想定)を実施している。また毎日の防火自主点検業務を行い、防災対策の意識を高めている。また自治会長や民生委員にも協力をお願いしている。	消防署の協力と指導を得て年2回防災訓練を実施している。火元や昼夜を想定して、避難経路、避難場所を確保し、利用者全員が短時間に安全に避難出来るよう、マニュアル作成と職員体制の構築をしている。	

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
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	ご利用者一人ひとりの性格や生活リズム、行動を把握した上でその人に合った声掛けや対応をしている。	羞恥心に配慮し、さりげなくトイレ誘導したり、不適切な態度とならないように、適切な言葉遣いに努めている。来客があった時もプライバシーには十分に配慮し、個人情報に記載された書類も適切に管理されている。	
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	一人ひとりの思いや希望を聞くようにしている。また外出や飲食等、希望に沿ったサービスが提供できるよう支援している。		
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	一日の大まかな流れはあるが、ご利用者本位で物事を考え行動するようにしてる。また臨機応変に対応するよう、心掛けている。		
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	起床時のモーニングケアを中心にその人らしい身だしなみやおしゃれを行っている。月に一度、外部サービスの訪問理美容に来ていただき、希望者は散髪をしている。		
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	献立は決まっているので、ユニット行事やおやつの際にご利用者の好みのものを作っている。またホームイベントでケータリングや出前をとっている。ご利用者の状態により、食事形態を変え対応している。できるご利用者には食器洗い等もお願している。	入居者と一緒に食事作りを行っている。各フロアで毎回ごはん・味噌汁の盛り付けや下膳、食器洗い、テーブル拭きなどを行っている。イベント食やデリバリー活用などで希望のメニューの対応をしている。	
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	食事量・水分摂取量(一部の利用者)のチェックを行なっている。十分な食事や水分が摂れるよう、ご家族・職員・往診医・看護師などと協議し、食事形態を変えたり、栄養補助飲料などで支援している。		
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、必ず口腔ケアの声掛け、介助を行っている。口腔内の状態に努め、場合によっては訪問歯科に診察、治療をしていただいている。またアドバイスもいただいている。		

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	個々の排泄状況を把握し、トイレへの声かけや誘導を行ない排泄の失敗を無くすよう努めている。尿意便意がないご利用者にはチェックシートを利用しフロアで共有し、定期的トイレ誘導、交換を行っている。	排泄チェック表を活用し、利用者の排泄リズムを共有している。排泄パターンや生活習慣を把握することで、早めの声掛けやトイレ誘導を行い、トイレで排泄できるよう取り組んでいる。	
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	なるべく下剤に頼らないよう、体を動かしたり、水分摂取の確保に努めている。また腹部マッサージを行なうなど、個々に応じた予防に取り組んでいる。		
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	入浴時間や一日の人数はある程度決めているが、ご本人の希望があれば、可能な限り入浴できるようにしている。また拒否される方には声かけや時間帯の工夫をに対応している。	入浴は週2.3回基本午後に、利用者の希望や体調に配慮して行っている。入浴できない時は、曜日を変えたりシャワー浴や清拭で対応している。また、ゆず湯や入浴剤で温泉気分を味わえるように趣向を凝らしている。	
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	日中に散歩や運動など活動量を増やし、夜間に安眠が取れるよう、生活リズムを意識した支援をしている。またご利用者の状態に応じ、日中の臥床を促している。居室の日差しや室温にも気を配っている。		
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	各ユニットごとに服薬一覧表を用意し、誰が、いつ、何を飲んでいるかを全職員が理解できるようにしている。また薬の変更があった場合は特に変化に気をつけている。		
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	毎日の生活が画一的にならないよう、個々の生活歴を取り入れた余暇活動を行い、気分転換等の生活活動を支援している。		
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	なるべくご本人の希望に沿って戸外に出かけられるようにしている。また個別ケアや季節ごとに外出先を選び、楽しんでいただけるよう支援している。場合によりご家族にも協力をお願いしている。	天気の良い時は、ホーム近隣を散歩し、利用者の体調に合わせてできるだけ外気浴できるよう取り組んでいる。毎月、日用品などを一緒に買いに行ったり、家族の協力も頂きながら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	金銭管理はホームで行なっているが、ご本人が管理を希望される場合は、ご家族に集団生活を行なう上での金銭トラブルを話した上で、小額のみ許可する場合はある。また利用者には事務所でお金を預かっていることを伝え、いつでも買い物ができることを話している。		
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	希望に応じて電話をかけたり、手紙を出したりできる体制づくりをしている。		
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	リビングは日差しや温湿度等に配慮している。廊下の壁に飾り付けもしている。車椅子利用者が多いため、トイレにカーテンをつけ、出入りしやすいようにしたり、場所が分かるように工夫している。	共用部分のホールは広々としていて、掃除も行き届き清潔感がある。音や照明、温度や湿度、換気等の管理に注意し、日々の行事写真や、季節ごとに利用者と一緒に作成した作品を掲示している。利用者もモップ掛けなど一緒に行っている。	
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	廊下には腰を掛けられるスペースがあり、独りになれる空間や気のあったご利用者同士で過ごせるようにソファを設置したり思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。		
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	居心地のよい自室になるよう、見学时に馴染みのものや使い慣れたものを持ってきていただくよう、ご本人やご家族にお話しをしている。また入居後に会話等で聞かれたものなど、ご家族に報告し持ってきていただいている。	利用者が長年使い慣れたお気に入りの家具や仏壇、写真などの生活用品を家族の協力で、持ち込みレイアウトして貰う。自宅と違和感のない雰囲気にして、利用者が安心して暮らせる居室になるようにしている。	
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	居室やトイレの位置はご本人が分かりやすいように表札などを掲示し、自立した生活が送れるよう工夫をしている。ご利用者が安心・安全に暮らせるよう、声かけや環境整備に努めている。		