

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	1292500079
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流山美原
所在地	千葉県流山市美原4-218-8
自己評価作成日	令和7年11月21日
評価結果市町村受理日	

【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)】

ご入居されているすべての方が心地よく過ごせるよう、環境を整えています。お一人お一人が、日々の生活に楽しみを持てるよう、毎月様々な企画案を検討し、日帰り外出、外食、テイクアウトでの食事など実施している。ポリファーマシーを大切に、過剰な服薬とならないよう医師、薬剤師と連携し体調管理を行っている。その方に合った必要な栄養、水分の摂取、適切な運動習慣を心がけ、可能な限り永く元気な状態で過ごせるよう、日々工夫をしています。

※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	https://mcs-ainoie.com/search/chiba/nagareyamashi/gh091/
----------	---

【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7年12月5日

現施設長が着任以来、精力的に施設内のマネジメントの仕組みや施設内や中庭などの環境整備に取り組んでおられる。この中で運営推進会議を効果的に実施できるようにしており、また、音声データからAIを使って議事録を作成して、職員の移動軽減をしている。利用者の個人別にご家族向けのお便りを作成して情報発信するとともに、季節柄、年賀状の作成支援をしている。また、ホーム全体が清掃が行き届き、整理整頓されて安全に移動できるように整えられていた。職員の動きは落ち着いており、入居者の表情は穏やかであった。ホーム全体が穏やかな雰囲気であった。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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ます (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	運営推進会議を通じて、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	毎日の外部評価	
			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	会社の理念が記載されているハンドブックを全従業員に配布。 毎日16時の夕礼時に、介護理念3か条を唱和している。	現施設長が4月に着任以来、ホーム内の環境や仕組みを抜本的に改善中である。 過去、理念の存在が認知されていなかったこともあり、夕礼で理念の唱和をしている。 理念が施設長の意識の中心にあつて、普段の指示の中に利用者側に立った理念が自然に織り込まれている。	
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	地域のふれあい広場に参加したり、散歩時に近所の方や下校されている学生さんにお声掛けはできている。 地域イベントへ招待いただいた際には積極的に参加をしている。	町内会の役員をしている施設のオーナーを通じて、町内会とつながっている。また、2ヶ月に1回の運営推進会議には、オーナーだけではなく、地元の民生委員も参加いただいて情報交換をしている。 今年、近くの公園で開催される夏まつりの招待いただいたので、コロナ流行後、久しぶりに参加した。	施設長がユニット長も兼務して非常に忙しい状況ではあるが、今後、落ち着いてくれば、施設長が町内会長との直接的なつながりを持って、情報交換していただくことを期待したい。
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	2ヶ月に1回の運営推進会議では当ホームの活動状況を報告し、認知症の方でも沢山のことが出来る、生き生きとした表情で過ごしていることを地域の方に理解して頂いている。		
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か月に1回の運営推進会議を実施。 ご家族様・地域代表・市役所・地域包括支援センター等に普段の活動を報告し、助言をいただいている。 その際にはブログの内容を紹介している。	運営推進会議は2か月に1回、家族・地域代表・市役所・地域包括支援センター等の参加のもとで実施している。開催のご案内で出欠を取るとともに、施設への要望も併せて取るようにしている。会議では、要望への回答検討だけではなく、施設内の課題解決が図られている。議事録はAIを使って、録音から自動生成するようにしている。	
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	市役所介護担当課には何でも相談出来る方がおられ、日頃から解らないことを聞いたり報告している。市役所には運営推進会議に出席して頂き、情報交換や助言をいただいている。	市役所の介護担当課や包括支援センターとは、運営推進会議に出席いただくなど、緊密な連携ができています。 また、日頃の課題に対して日常的に助言をいただいたり、施設内の状況を報告したり、各種の相談ができる関係ができています。	
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	身体拘束廃止委員会設置。マニュアルも作成。16項目の設問による3か月に1回のセルフチェック及び研修もやっている。 玄関施錠に関しては、防犯上の理由につき適宜実施している。	身体拘束廃止委員会が設置されていて、チェック項目に対しての合否判定が常に行われている。 またチェックに引っかかった項目について、原因を調査するとともに、その解決に向けての議論がなされ、結果の記録も残すようにしている。 徘徊者はいないが、安全対策として、原則玄関やユニット間の通路には施錠を行っている。	
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注意を払い、防止に努めている	虐待・不適切ケアに関する30項目チェックシートを3か月に1回以上実施。内容を施設会議で共有し防止に努めている。不適切と感じるケアが行われた際には、都度その場で注意し改善に努めている。 2/		

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	社内研修資料を用いて、研修の機会を年に1度設けている。個別に必要時は適宜対応をしている。		
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	契約時に、契約書をホーム保管用・ご家族用作成し、ホームにて必ず、説明・同意・署名・捺印をいただいている。ご契約時には十分な時間を使って不明点が残らないよう説明している。		
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	運営推進会議やご面会時、または必要に応じて電話でご家族様のご意見を聴取している。頂いたご意見は職員間で共有し、適切なケア・運営に取り組んでいる。	運営推進会議の案内時にあわせて、家族等意見を収集するようにしている。 また家族との面会時にも意見等を収集している。 意見は全体会議や運営推進会議に提起されて、その対応が話合われ、適切なケア・運営につながるようにしている。 その結果は議事録の形で記録されて、ご家族にも周知されている	
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	常日頃から職員とコミュニケーションを図り、情報共有と意見聴取を行っている。さらに、3カ月に1回は個別面談の場を設け、ありのままの意見・提案を聞き運営に反映できるように努めている。	職員とは常にコミュニケーションが取れるようにしており、3カ月に1回の個別面談の場で、気軽に職員意見や悩み事などを話せるようにしている。 また、その場でいただいた意見や提案は全体会議などでの議題にして話し合えるようにしている。	個別面談での結果を音声認識とAIを使って文字化して残せるようにすると、会話で消えてしまう情報が記録されて活用できるようになる。 今後、この取り組みを期待したい。
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	提示入社・退社を基本に、ライフワークバランスを整えられる事を重視した環境整備に務めている。前年実績から平均残業時間は1桁。 社内のキャリアパス制度を明示し、個々のノウハウやスキルに沿った目標設定ができる環境を作っている。		
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	介護職員4段階、管理職3段階のキャリアパス（業務や技術に関する指標）を設け、他に付随する研修制度も職員のスキルに応じて行っている。社外研修にも積極的に参加。		
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	GH協議会での交流を通じ、情報交換を行っている。 必要に応じて運営状況などの課題点について相談し合える環境がある。		

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	入居者様のアセスメントについては、ご家族様のご見学にみえた段階から取っており、入居時には職員が本人様の生活歴・心身の様子等を把握出来る状態にしている。
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	アセスメント同様、ご家族様のご見学の時点から困っていること、グループホームでどんな生活をして欲しいか等をお聞きし、入居が決まった段階で職員に共有している。
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	見学時のアセスメント、入居決定時の聞き取りを行うことにより、本人様とご家族様のご希望に叶うサービスを具体的に、提案し実行している。
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	ご利用者本人の意見を尊重し、共同生活に対する理解、本人のニーズを含め生活しやすい環境を整えている。
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	面会が自由にできる環境を構築。 どなたでも気軽に訪問をしていただいている。 ご家族と共に外出できる機会が多くある。
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	面会・電話・手紙等のやり取りを通じてなじみの関係性を継続できるように配慮している。 認知症の進んでいる利用者が多く、スマホが使えないため、スマホの利用での連絡は無い状況にある。このため、職員の支援のもとで施設の固定電話で外部とやり取りができるようにしている。 また、季節柄、年賀状の作成支援もしており、外部との関係性継続ができるようにしている。
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	席順など臨機応変に変えている。交流の苦手な方が孤立しないよう、上手に誘って下さるような方に役割をお願いするとか、他の入居者様皆さんと誘って頂く等の工夫をしている。

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	サービスが終了した方のご家族様が連絡をくださることもある。 ホーム内のイベントへ参加いただいたり、新たなお困りごとなどが発生した際には相談できる環境を整えている。		
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	それぞれの個性を尊重し、生活しやすい環境づくりをしている。散歩や、施設内での運動等可能な限りご希望に沿うよう対応している。	入居者一人一人の思いや意向は日常の介護を通して把握し、ケアカンファレンスや会議の中で職員全体で情報共有し支援している。思いや意向は家族にも確認しており希望に沿うように対応している。	
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	生活歴や生活環境、希望等については見学时・入居時にご家族様から聞き取り、入居時には職員が理解している状態にしている。		
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	利用者様により、また日により、心身状態がかわれば一日の過ごし方も変わるので、臨機応変に利用者様中心に出来ることを行っている。		
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	毎月のカンファレンス、担当者会議を行い、ケアプラン更新時も意見聴取を行っている。現状の共有と併せて、適切な介護計画を作成している。 月に1度のPT訪問があり、助言内容を計画に盛り込んでいる。	介護計画は介護支援専門員が、記録や毎月のカンファレンスや担当者会議等で情報を収集し、モニタリングして3か月ごとに見直している。医師や看護師、PTなど医療職からの情報も収集し、家族の意向を確認して現状に即した計画としている。	
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	スマートフォンを利用した記録システムを活用。記録を常時行っている。その統括データを介護計画作成時に指標としている。モニタリングにおいても、情報をその中から抽出しヒヤリング。チーム全体で介護計画の見直しを行っている。		
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、その時々にも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	サービス担当者会議や個別相談の中で、状況に応じた介護方法を考え、提案をしている。		

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	入居者様の状態に合わせ、できる限りの支援を行っている。 散歩や地域イベントの参加は積極的に行っている。		
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	月2回のかかりつけ医による往診がある。また、必要に応じて臨時往診や外部受診も行い、地域の総合病院とも連携し適切な医療が受けられる環境を整備している。	月2回のかかりつけ医の往診があり、週1回の訪問看護、月1回のPT訪問など医療職と連携して入居者の健康支援を行っている。発熱・転倒など緊急時には救急車を要請して地域の総合病院受診を行っている。その他検査等で受診が必要な時は、家族と協力して対応している。	
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	看護師が週に一度訪問し、入居者様の様子を見て下さる。入居者様に体調変化があれば看護師から往診医に相談、指示を受けることになっている。往診医と同法人の為、連携がスムーズである。		
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	ご利用者様が入院された時には、往診医による診療情報提供書や介護サマリー等で病院関係者と情報交換している。入院先との連携を密に取っている。		
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	「重度化にかかる指針」を入居時に家族へ説明、署名・捺印を頂いている。看取りの希望がご家族様から出た場合は、ご家族様・往診医・ケアマネジャー・施設長で話し合いを行い、今後の方向性を決めている。	入居時に、重度化や終末期における対応についてホームの「重度化にかかる指針」を説明して署名・捺印してもらっている。重度化が見込まれたときは、早めに家族、往診医、介護支援専門員、施設長で話し合い、今後の方向性を確認している。	
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	毎月テーマを変更し、応急処置・緊急対応時の事案を話し合っている。事故や急変時は振り返りを実施。実践力を身につけるよう努めている。救急救命講習を順次実施。		
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回の消防訓練を実施している。災害のBCPも作成し、職員と共有している。訓練の際には地域住民へ協力を呼びかけてはいるが、実際の参加は出来ていない状況。協力訓練の実施が行えるようにしていく。	年に2回、昼対応、夜対応の避難訓練を計画し、消防署に計画書を提出して自主訓練を行っている。訓練の前には防災マニュアルを職員全体で確認し、駐車場まで入居者を安全に誘導している。消防署から水消火器を借りて実地訓練を行っている。	地域の方々の協力を得られるように、町会と話し合う機会をつくることに期待します。

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	尊厳の大切さは常にケア検討をする上で重んじている。 適切な対応、声掛けについて日々職場内で確認をしている。 気になる言動や行動が見られた際には上長へ報告できる仕組みがある。	虐待・不適切ケアに関する30項目のチェックリストを3か月に1回実施して、職員個々が適切なケアや声掛けなど振り返りを行っている。それらの結果をもとに身体拘束廃止委員会を中心に会議で検討し、入居者人権尊重について学んでいる。	
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	何がしたいか、等のご要望を遠慮なく話せる環境作りに努めている。ご希望が出た場合には、臨機応変に対応している。		
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	BPSDの強度や、重度化により優先順位をつけたケアを実施しているため、常にご希望に添ったケアを実施できないことが多い。		
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	ご自分で衣類選びを出来る方はご希望を大切に、体温調節だけ気を付けている。衣類選びから介助が必要な方は季節に合った身だしなみを支援している。		
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	出来る利用者様にはお茶の準備や食後の食器拭き等をして頂いている。利用者様により、ご飯は普通とお粥、おかずは刻みやミキサー、水分トロミ付け等で対応している。	食事は調理済みの完調品を利用して、職員が解凍調理盛り付けして提供している。クリスマス会などの行事食は職員が手作りして提供することもある。その他、希望を聞いてハンバーガーやカップ麺などを楽しむこともある。手伝うことができる入居者には、テーブル拭きや食器拭き、片付けをお願いしている	
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	食事摂取量・水分摂取量については記録入力し、職員が共有している。夜間に水分を飲用される方用にドリンクボトルも用意している。水分摂取目標量を設定し不足している利用者様には職員が声掛けして飲んで頂いている。		
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	毎食後に口腔ケアを実施。 週一回の訪問歯科を利用し、口腔内環境を整えている。義歯の方は毎日の洗浄を行っている。 月に1度、歯科衛生士より口腔ケアに関する助言を頂いており、職員間で共有している		

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	排泄表を活用し、ご利用者の排泄パターンに努め、適切な排泄誘導が出来るよう、ケアを行っている。また便秘改善に向けたアプローチを薬剤に頼るのではなく、自然に排出が促せるよう食品や水分の工夫を行っている。状況により、その人に合った薬剤投与を医師に相談している。	排泄表を用いて、個別排泄ケアを行っている。職員は個別の排泄パターンを把握して、適切な時に声掛けしてトイレでの排泄ができるように誘導している。薬剤に安易に頼らず食品の工夫や水分補給に心がけている。	
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	水分摂取に力を入れていて、一日1ℓ以上は飲んで頂くようにし、便秘の原因の一つの水分不足を防いでいる。また、オリゴ糖・きな粉・ヨーグルト等を積極的に摂取して食物繊維不足も防いでいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週に2~3回の頻度で入浴支援を実施。入浴は無理強いしないよう、拒否の際は時間・日程をずらす等している。	週に2~3回入浴できるように計画・実施して身体の清潔支援を行っている。浴槽は個浴であり、ゆっくりと入浴を楽しんでもらっている。拒否がある場合は、無理強いせず日時をずらして声掛けして支援している。	
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	お好きな時に居室で休息して頂けるよう、お声掛けしている。また、安眠出来るように、居室の灯り・寝具類の清潔に気を配っている。		
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	調剤薬局と連携し、居宅療養管理指導を受けている。薬剤師や看護師の助言に基づき適切な服薬を実施している。また、職員ひとり一人がご利用者の把握に努められるよう、効能や副作用の振り返りを行うことで、抗精神薬に頼らない介護や多重併用の防止に努めている。		
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	一人一人の能力に合わせた役割をお願いし、共同生活に張りが出るよう工夫している。個人の嗜好を汲み取り、出来る限り実現できるよう努めている。		
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	個別に毎日の散歩や買い物等の支援をしている。月に1~2回は近隣公園や施設等への外出企画を実施。楽しみを作るよう工夫をしている。	外の空気に当たり外気浴ができるように、交代で散歩できるように支援している。車いすやリクライニング車いすの入居者も交代で外に出ている。入居者の状況により近隣の公園にお花見に行ったり、また、90分位車移動ができる入居者はドライブを楽しむこともある。家族との外出は自由にしてもらっている	

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	ご家族様との協議により、自身の金銭を所持して頂いておりません。 買い物の際にはご自身で選んでいただき購入できるよう支援している。		
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	希望があればいつでも外線電話をかけることができる。また、お手紙のやりとりも馴染みの関係性が途切れることの無いよう能力に応じた支援を実施している。 ご家族への年賀状は毎年作成している。		
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	ご利用者に安全な動線を考え、家具などの設置、ひとり一人の身体状況を見極め、検討している。共用部のテーブル配置や席次については、その人の個性や残存能力を最大限生かせるよう配慮している。 また、季節感が感じられるようなフロア飾りなど、日頃の生活時間で作成を行い、気持ちの良い空間作りを行っている。	利用者が多くの時間を過ごす居間は、気持ちよく過ごすことができるように清掃が行き届き整理整頓されている。移動に危険がないようにテーブルや椅子の配置などを工夫している。広い窓から光が入り、中庭があり風通しがよい。季節感を感じられる壁飾りを入居者と職員は季節ごとに作って飾り付けている。	
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	席の場所は、慎重に考え必要に応じて変更することがある。気の合う方と隣り合わせにする等の工夫をしている。		
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	入居の際には出来る限り使い慣れた家具や、身の回りの物を持ち込んで頂き、安心して過ごせるよう環境を整えている。貴重品のお持ち込みはご遠慮いただいているが、ご利用者ご本人にとって必要であるものについては、紛失してしまうご理解をいただいた上でお持ち込みいただいている。	居室には、自宅からテーブルやいす、ダンス、テレビなど安全に配慮したものを持参してもらっている。家具は入居者が自分の部屋と認識して安心して過ごせるように配置している。家族の写真を飾っている人がいる。貴重品の持ち込みは家族と相談している。	
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	利用者様の動線には手すりが設置されており、安全に移動出来るようになっている。 その自立支援に繋がる。		