

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	1270500398		
法人名	延寿グループ株式会社		
事業所名	アットホームケアあすみが丘		
所在地	千葉県千葉市緑区あすみが丘9-55-9		
自己評価作成日	平成31年2月20日	評価結果市町村受理日	平成31年4月25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23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)】

事業所は千葉市郊外にある「あすみが丘」という静かな住宅地の中にあり、近くには大きな公園や遊歩道があって緑に囲まれたとても良い環境です。ホームの南側の風通しの良い庭で、入居者様と職員と一緒に畑を耕し野菜の種を蒔いて収穫を行ったり、草花を育てたりと楽しみをもって生活出来る様に支援しています。
また、入居者様の体調や状況の変化に柔軟に対応出来る様に医療との連携を密に図り、安心安全な生活が送れる様に入居者様主体のホーム運営に取り組んでおります。

【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)】

この1年間に管理者とケアマネジャーが交代したが、職員全員で協力しながら利用者支援に取り組んでいる。行政との交渉や受入手続きは主として、法人事務長が担当、4人の夜勤専門職員の配置、ガーデニング・貼り絵・レクリレーション・ふれ合いサロンなど利用者との交流は専任職員が中心になって担当する。笑いヨガ・紙芝居・歌唱指導や子ども連れで来てくれるボランティアなど多彩である。これらの介護周辺業務の分担や応援により、経験豊富な職員が、介護に専念できる体制で人手不足に対応している。評価当日は、先日いなくなった開設以来の癒し犬モモとの思い出を玄関で皆で懐かしみ語っていた。穏やかで暖かな雰囲気のホームが垣間見れた。

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 (○ 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)	○ 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	地域密着型としてのホーム独自の理念を掲げ、常に近隣の方と日々接する事に職員一人一人が意識を持って業務に当たっている。また、常に目が通せるように基本理念をホーム内に掲示し理念に基づく介護が出来る様になっている。	3項目の法人理念に加えてホーム基本理念「笑顔で寄り添う明るい介護」があり、3カ所に掲げている。毎月のカンファレンス会議の際に理念に沿った支援が実践できてるかを、確認しあい、徹底している。	
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	自治会に入会している。ボランティア様による交流も積極的に行っており地域の方の交流を進めている。	自治会に加入している。ボランティアは地域や茂原市からも来訪、笑いヨガ・紙芝居・歌・ふれあいサロンなどでの交流をしている。その他、近所の方が子どもも連れて傾聴ボランティアに長年訪問してくれる。	
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	地域の民生委員の方を通して高齢者やご家族に介護相談(介護保険の利用方法やサービス内容の説明、認知症に関する情報の提供など)を行っている。また、ボランティアの受け入れ、見学・相談も行っている。		
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	こちらから発する防災・身体拘束・外部評価等のものだけでなく、参加者のCW・薬剤師等からの専門的意見を取り入れ、様々な面からホームを理解して頂き、サービスの質の向上が出来る様にしている	あんしんケアセンター士気、薬剤師、民生委員、利用者等の参加で年3回開催した(1月は利用者の体調不良もあり中止)他のグループホームの状況、ボランティアの活用の方、いきいきサロン参加の勧めなどの提案があり、検討している。	身体拘束適正化委員会の取り組み状況やヒヤリハットなどについて、運営推進会議での報告もご検討頂きたい。
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	地域包括支援センター(あんしんケアセンター)主催の会合などで困難事例や介護保険制度の相談をしたり、援護課の職員とも連携して、利用者の状況などの報告、相談をおこなっている。	あんしんケアセンター士気職員と運営推進会議時に情報交換している。困難事例者の受け入れや、支援について市援護課、障害福祉支援課と、相談力して対応している。市の集団指導の会議にも参加し、各種情報を入力し運営に活かしている。	
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	身体拘束は現在3名実施している。月に一度身体拘束0会議を実施し解除可能か日々の職員の介護の情報に基づいて検討している。定期的に身体拘束の最新の情報等を会議で話している。	身体拘束適正化の指針を定め、毎月の身体拘束ゼロ会議で、拘束対象者の拘束の継続か解除を検討対応する。3ヶ月毎実施の廃止委員会でも再検討している。スピーチロックも含め支援のあり方を、毎月の内部研修時に振り返っている。	今後は外部研修への参加とその情報を伝達講習でホーム内で深めることを期待したい。
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	虐待に関しては、外部研修などに参加し、また、会議や日頃からの話し合いで虐待に対する知識や自己認識を強く持てるよう、理解を深め、虐待防止に努めている。		

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	管理者は成年後見の利用について、利用者の相談に乗ったり、相談機関の紹介を行うなどの支援をしている。実際にこの支援を通して成年後見の制度を利用している入居者もいる。		
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	契約書や重要事項説明書について十分な時間を取り、随時質問を受け付けながら説明を行っている。利用料や急変時の対応、介護サービスの内容などに関しては特に詳しく説明している。		
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	積極的な声掛けにて、利用者の状況を報告を行っている。また利用者・家族からの要望や意見を聞いている。それを元に職員間で話し合い情報の共有を行い、ケアの実践に反映させるよう対応している。	家族の来訪は多くは無いが、来訪時に暮らしぶり説明、意見や要望を聞いている。必要な都度、電話で連絡を取り、請求書送付時に利用者一人ひとりの暮らし方を記入した手紙を送付し、状態を理解して頂くようにしている。	
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	日頃から、職員間で意見交換の場を作っている。また、些細な事でも面談を行い不安や疑問を聞き取り、改善出来る所は改善し、良い提案があれば積極的に職員会議にて反映取り入れるように対応している。	毎日の申し送り時や毎月開催のホーム会議で話し合い、特にホーム会議では職員からの改善提案などを事前に管理者が報告して、会議で意見を深めている。年2回の人事考課時には管理者が面談して、意見を把握し本部へ報告し検討している。	
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	利用者の生活支援が十分に行えるようなシフトを作成している。また、希望休も可能な限り受け付けたり、職員の能力を公正に判断し、昇給の交渉を行っている。		
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践と力量を把握し、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段階・必要に応じて助言・指導、定期的な人事考課を行っている。またスキルアップに繋がるよう、内部・外部の研修を受けられる機会を設けて積極的に取り組めるようにしている。		
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	研修・ケアマネや介護職の集まりなどがあれば積極的に参加し、情報交換を行いサービスの質の向上に努めている。		

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
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	利用申し込みの段階で本人の身体状況や生活歴、求めている事の把握・不安の除去に出来る限り努め、面接は必ず行っている。また、体験入居が出来る事などを伝え、スムーズな利用が出来るようにしている。		
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	入居の相談があった場合、家族がどんな事に困っているのか、また家族が要望や希望を伝えやすい状況を整え、それらを把握するように努めている。		
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	相談の段階で家族や本人の状況を把握し、早急な支援が必要な場合や当ホームでの利用が困難な場合他のサービス(ショート等)他居宅支援事業所等紹介し、問題が解決できるような支援をしている。		
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	利用者の状況を把握し、介護ばかりではなく、出来る事を手伝ってもらい、また一緒に作業して日常生活を実感してもらう事で職員にとっても学びの場となっている。また、会話の中で共感したり出来る場面が沢山ある。		
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	利用者の若い頃の生活歴を聞き、ケアに反映させたり、介護の方法や方針について家族と話し合える関係を築きながら、希望や要望を汲み取り一緒に利用者を支えて行けるよう対応している。		
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	友人や知人などの訪問を可能な限り受け入れ、手紙や電話の取次ぎ等を行っている。家族の申し出から本人を連れ友人知人へ会いに外出を行う等、継続した馴染みの関係が保てるように支援を行っている。	家族来訪の他に、月1~2回知人等が訪れ談笑している。散歩途中には馴染みのコンビニで一休み、コーヒータイムは寄り道の楽しみになっている。長年来訪される傾聴ボランティアとはすっかり顔馴染みの関係になっている。	
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	利用者同士の人間関係の把握に努め、食事やお茶の時間はリビングに集まるようにしている。孤立を防ぐため、必要に応じて職員が入り円滑な他者との交流が出来るように支援している。		

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	現在はおられないが以前に、身体状況が改善し他施設に移られた方で、気軽に顔をだされていた。		
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	利用者の意思を尊重し、希望・意向の把握ができるよう、会話等から読み取る様に努めている。困難な場合は家族情報・日々の表情・行動・反応の変化をいち早く把握し職員で会議し検討をしている。	普段の会話で本人が話す言葉の中から思い等を汲み取り、また家族から得た今までのこと等の情報とあわせ把握に努めている。困難な場合は表情や行動等から推測し、職員間で話し合い、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	本人の生活歴(趣味・好み)等情報を把握・尊重した対応をしている。また常に新たな情報を家族より収集し、より深い把握に努めている。		
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	一人ひとりのリズム・ペース・行動パターン・様子などを把握するように努めている。心身状態も同様に、体調・精神的・心理面の変化にも注意して対応している。		
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	本人・家族との会話でのやり取りから希望等を把握出来るよう努め定期的な職員会議にてカンファレンス行い、必要な意見を収集したうえで、職員全体で介護計画を作成している。	本人・家族の希望等をもとに、介護記録・業務日誌を参考にカンファレンスで意見を出し合い、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の都度行っている。	
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	日々の詳しい様子を記録に残し、職員間で共有出来るようにしている。また、介護記録を基に職員間で話し合い介護計画の見直し、よりよい統一されたケアに生かせる様にしている。		
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	緊急的な入居の相談には空き状況により柔軟に対応している。また、他の医療機関への受診等も柔軟に対応している。また、インフォーマルな社会資源を紹介したり、必要な支援の架け橋の役割をしている		

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
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・自治会・消防、警察などともホームの情報共有し、緊急時のスムーズな協力が得られるよう対応している。		
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し、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	定期的な月2回の往診、また24時間対応可能な連携できる体制を整えている。以前からのかかりつけ医が居る場合は継続して受診して頂き、家族と診療状況や治療の方針を確認できるようにしている。	全員が、法人代表でもある内科医をかかりつけ医とし、月2回の来診及び24時間オンコール対応を受けている。また歯科医及び看護師各週1回・薬剤師月2回等が来所、適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	利用者が入院した際には、看護師に病状を聞いたり、ホームでの生活上の注意点などを聞いたりしている。入院などが無い場合でも、気軽に相談出来る地域の看護職との協働も少しずつ出来ている。		
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。	利用者の入院の際には職員が同行し、ホームでの身体、精神状態や生活状況を口頭やサマリーで出来るだけ詳しく報告しまた、入院時の状況なども医師や看護師と情報交換し把握に努めている。		
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	利用者の状況変化の有無に関わらず報告を行っているが、病状の悪化、重度化が考えられる場合は早めに家族と話し合うようにしている。また、医師の説明に同席させてもらい、今後の方針・意思の共有の徹底を図り一緒に考えていけるよう対応している。	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」ことを説明している。重度化で医療的処置が必要な場合は医師の判断や、家族の希望等を再確認して、状況に応じた対応に努めている。	
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	緊急事故発生時に備え、入職時・会議で年2、3回は緊急時の対応を勉強し、落ち着いて迅速に的確な対応が出来るようにしている。		
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	近隣に災害時の協力が得られるよう働きかけや、障害レベルに応じた避難方法等の説明をしている。また、消防計画を立て、定期的に防災訓練を実施し、消火器の扱い方やスムーズな避難誘導が行えるよう対応している。	11月は日中・1月は夜間想定で年2回の自主訓練を実施、普段から緊急時の避難方法の習得に努めている。緊急時には隣家の人から協力する旨を得てる。1週間の水・米・食材等の備蓄の用意がある。	

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	人としての尊厳を尊重する対応を心掛けている。特に排泄はプライバシーへの配慮やプライドを傷つける事の無いよう十分注意した対応を心掛けている。また、個人情報の取り扱いにも十分注意して対応している。	一人ひとりの人格を尊重し、苗字で呼ぶ・○ちゃん付け言葉は使わない等、特に言葉遣いを大切にしている。また排泄や入浴時等には羞恥心に配慮し誇りやプライバシーを損ねない対応をしている。	
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	日常生活の中で、出来る限り本人の希望や自己決定が出来るような環境作りを心掛け、常に相手の立場に立ち 思い・希望・意思を第一に考え支援している。		
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	1人ひとりのリズム・ペース、本人の希望にそった生活が送れるような支援をしている。		
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	衣類や整容には注意を払っている。また、女性にはハンドケアにて、美容(化粧)支援し、若い頃を思い出せるように援助している。		
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	献立作り・調理に関しては利用者の希望を聞き入れ、準備・片付けに関しては個々の能力をみて出来るだけ共に行う様にしている。	出来る方は下膳等を行っている。行事食やケイタリング・弁当・外食などで季節感を味わってもらうなどしている。	
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	介護日誌への記録により毎日の摂取状況を確認している。また、定期的に管理栄養士による栄養指導を受け、献立作成のポイントや体重管理・栄養に関するアドバイスを受けている。		
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、利用者の状況に応じて口腔ケアを実施している。自分で出来る方は見守り、声掛けを行い、出来ない方には介助で行っている。また、訪問歯科の受診を支援している。		

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
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	排泄のパターン把握にて出来る限りトイレでの排泄を支援している。個人の状況に応じて声掛け・誘導や排泄状況・身体機能のレベルに応じた排泄用品の選択し快適に過ごせるようにしている。	排泄パターン把握して声掛け誘導し、出来る限りトイレでの排泄を支援している。立位の困難な方はベッド上でおむつ交換をしている。	
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	排便のパターンを把握し、便秘の予防に努めている。乳製品は毎日摂取し、繊維質の多い食事や適度な運動が出来るよう支援している。それでも難しい場合は医師の指示を受け、下剤を使用して対応している。		
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	入浴の日程は決めているが、状況に応じ、清潔の保持が必要な場合などは、随時入浴出来るような体制を整えている。また、季節に応じた季節浴も取り入れている。	週2回の入浴を基本としている。車いすの方は職員2人対応で支援している。入浴拒否される方にはお風呂に入りたくなるよう、巧みな言葉掛けで誘導している。	
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	睡眠パターンを出来るだけ把握、不眠等の訴えには耳を傾け精神的に安定の対応を心掛け、利用者の状況に応じ、日々の生活の中で、夜間の睡眠に影響しない範囲で、昼寝や休息がとれるよう支援している。		
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	利用者ごとに内服薬についての薬剤情報ファイルを作成し職員が内容を把握できるようにしている。また、内服は必ず毎回、飲み込みまでの確認を行い、誤薬や飲み忘れがないように対応している。		
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	アシステッドリビングに則り、家事や掃除等本人の出来る事を役割として捉えられるように支援している。また、毎日嗜好に合わせたコーヒーを提供し、カラオケや散歩等楽しみが持てるような生活になるように支援している		
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	散歩や買い物など利用者の状況や希望に応じ随時行っている。現在利用者の介護レベルがあがり、外食等も限られた利用者になってしまうが、近くのコンビニで好きなデザートが購入し召し上がっている。また3ヶ月に1回は外食できるようにしている。	介護度が上がり、日常的な外出は限られた方になってしまうが、天気の良い日は散歩に出たり、買い物に行くなどしている。そんな中でも工夫して3か月に1回は外食会の目標設定を行い、支援に取り組んでいる。	

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	金銭管理能力や希望に応じて対応している。買い物の際は本人にお金の管理をしてもらっている。また、ホームで管理する場合も家族と相談し金銭に関するトラブルを回避するよう配慮している。		
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	本人の希望に応じて、電話のとりつぎをしている。また、手紙のやりとりなどもできるように支援している。		
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	常に季節感を取り入れた装飾を心掛け、家具は温かみのある物を使用、壁にはイベント等の写真を貼り出し、雰囲気作りを行っている。光・温度・音に関しては自然の光を取り入れ、カーテン等にて調整、音・温度には常に気を付け快適に過ごせる様支援している。	玄関・居間・廊下など共有空間は、雛人形や桃の花など飾られ、季節毎の風情がある。日中は居間で過ごされる方が多く、それぞれに過ごされている。夏期には庭の畑で、茄子やトマト・胡瓜など利用者が率先して野菜作りをしている。	
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	大きめのソファ・テーブルを置き、自由に座ったり、ゆっくりとくつろげる様なスペース・空間を確保している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れ親しんだ家具を持ち込んでいただき、安心でき居心地よく過ごせる空間としている。	入居前から使用していたタンスや小物等持ち込み、好みに配置して居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	エレベーター・バリアフリー設計(手すり等)を設置したり、居室には表札を出している。またトイレには分かりやすいように表示を出している。他ハード面に関しても後付けで出来るだけ個々に合わせて整えている。		