

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	1298900018		
法人名	有限会社 松風		
事業所名	グループホーム松風		
所在地	千葉県香取市津宮1932番地1		
自己評価作成日	平成22年12月20日	評価結果市町村受理日	平成23年2月10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://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 日本高齢者介護協会		
所在地	東京都港区台場1-5-6-1307		
訪問調査日	平成23年1月25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)】

入居者様の平均年齢が90歳を越えた当事業所では、全員が看取りの時期に近づいていると言っても過言ではありません。そのため人生の残された日々をいかに楽しく、穏やかに、心身とも安楽な状態で過ごしていただけるかを職員全員が意見を活発に出し合い考えています。入居者様本人の思いを第一に考え肌理の細かい配慮を大切にしています。

【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. 利用者の平均年齢が90歳を越える状況を踏まえて看取りの方針を立て、重度化したときの入院先医療機関へ「地域生活連携シート(千葉県参考様式)」を使用して本人の介護サービス利用状況や看取りに対する家族等の意向などを提供しています。更に近々協力医や看護師との24時間オン・コール医療連携体制などを確立すべく取り組んでいます。
 2. 主治医の定期的往診は言うまでもないことですが、認知症に詳しい専門医と提携、月1回訪問診療を受けていることは注目に値します。
 3. 苑内の家庭菜園で旬の野菜類を育てて収穫し、食するだけでなく、近所の人が収穫した異なる野菜類と交換し合い、互いに味覚を楽しみながら親交を深めています。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	「新たな理念を職員会議で話し合い朝礼時に職員で唱和する、職員同士で決めあった新たな理念を玄関に掲示する。」という目標は取り組みがなされていない。	今回の訪問調査時点で、地域密着型の理念が既に作られており、玄関等の目に付きやすいところに掲示してあります。この新理念の共有と実践にこれから取り組むことになっています。	今後月1回開催の職員会議において新理念を唱和、共有し、日々の介護で理念が実践されているかどうかについて検証することが望まれます。
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	散歩がてらに声を掛け合い、松風の集いには近隣住民をお誘いしている。お茶飲み会は入居者のストレスや体調を考え取り組めていない。	地区自治協議会に加入しており、防災訓練や町内清掃等の行事に参加したり、隣接地区の老人会を招いて民謡踊り等を披露してもらおう等、地域との交流を進めています。また、散歩時には近所の人と挨拶や会話を交わしています。	
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	地域住民の希望を聞き、1泊2日程度のショートステイを受け入れている。		
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	運営推進会議では、日頃の取り組みについてご家族に報告し話し合いの場を設けている。また、会議の場できめの細かいケアに期待の声が多かったので、期待に応えるべく職員全員が細かいケアと配慮が出来るよう日々取り組んでいる。	これまで2回開催、年度末迄に1回開催を予定しています。メンバーは家族、民生委員、高齢者福祉課又は地域包括支援センター、ホーム職員です。議題は利用者の様子、地域への福祉貢献等で、出された意見をサービス向上に活かしています。	開催回数を3ヶ月毎に1回に増やし、議題を評価報告やその取り組み状況は言うまでもなく地元消防団との協力関係作り等の様々な問題に拡げることが望まれます。
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取り組んでいる	事業主が市役所に出向いた際には高齢者福祉課や地域包括の担当職員らと情報交換している。	高齢者福祉課とは認定審査のために定期的に接触しており、介護保険更新手続き等で介護保険課など、必要に応じて担当窓口と相談に乗ってもらいます。また、地域包括支援センターとは緊急時の利用者受入れ等で情報交換しています。	
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	身体拘束排除宣言が玄関脇に掲示してある。また、朝礼にて読み上げる条文の中に身体拘束排除について記述しており、代表者および全職員が意識してケアにあたっている。	身体拘束排除方針を契約書に明記すると共に、排除宣言を入りに掲示しています。外部研修とマニュアルを基に介護に取り組んでおり、最近転落防止目的の4柵ベッドを3柵に変更することにより拘束を無くすことに成功しています。	
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逃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	千葉県高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修の資料を参考に職員会議の場で高齢者虐待防止法について学び、虐待とは何かを再認識している。		

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
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	研修を通して学びを深めた職員が、職員会議時にそれらについての資料を配り概要を学ぶ機会を設けている。		
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	利用者やご家族からは随時話しを伺い、ケースに応じた柔軟な対応を心掛けている。		
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	看取りの時期が近づいた利用者のご家族には看取りに関するご家族の意向を聞き、地域生活連携シートを活用し医療機関にも意見を伝えている。	面会時、状態変化時等で家族の意見等を聞くことは言うまでもなく、看取りに近づいた利用者の情報と家族の意向等を把握した連携シートを協力病院へ開示しています。また、推進会議でも家族の意見等を汲み取り、運営に活かしています。	
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	代表者および管理者は月1回開かれる定例職員会議にて職員の意見を聞き対応している。また管理者はこまめに職員の意見を取り入れている。	職員会議の定例会で提案等を聞いています。また、日常の現場で担当職員からその意見等を相対して聞くように努めています。然しながら管理者は毎日開かれるミニカンファレンスには参加していません。	管理者は週に1回程度、できれば週末の総括的なミニカンファレンスに参加し、介護等に関する職員の意見等を積極的に汲み取るよう努めることが望まれます。
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	各職員の希望があれば、休みを調整することはできていたが、向上心を持てるような環境整備は整えることができなかった。国から支給されている介護職員処遇改善交付金の額は勤務態度等を勧奨して各自の支給額を決めている。		
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	研修に行く職員のためにシフトを調整するなど、外部で行っている研修に参加しやすいよう努めている。また、月1回の職員会議の場で研修内容を復命し、全員が情報を共有できるようにしている。		
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	入居及び退去の際には相互に訪問、電話連絡をしあってネットワーク作りに努めている。また、今年度も市内の施設が一同に集まる事業所交流会に施設経営者と職員が参加し、他の事業所の職員との対話を図ることができた。		

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	入居時点で重度認知症の方もいる。そのため、ご家族や施設ケアマネから情報収集を行い、本人の困りごとや不安を理解するように心掛けている。		
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	入居が決まり次第ご家族と連絡をとり、ご家族の抱える思いや不安を聞き、ひとつずつ問題を共に考え解決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	サービス導入時ご家族が心配することの第一に持病や身体の不調が挙げられる。それに応え、当施設では医療との連携を随時行い、緊急時には迅速に対応していることの説明をしている。		
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	職員と入居者は、一緒に食事をしたり、散歩や外出を楽しみ、家事を共に行い、レクリエーションを共にし、暮らしを楽しんで頂けるよう心を配っている。		
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	認知症の方を十分に理解することは難しい。そのためご家族にも本人とたくさん関わって頂き、現状を見てもらいながら、職員と共に本人を支えている存在であることを意識してもらっている。		
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	本人居住地区の老人会をボランティアで招いたり、近所の親類の来訪を歓迎し、デイサービス利用の希望がある方は送迎して毎週通って頂いている。	全員が市内出身で家族、親類や知人が多く来訪します。遠方の家族の訪問は月1回ほどですが、近隣家族の訪問は週1回のペースです。月2～3回は兄弟や知人の訪問もあります。人によっては週2回デイサービスに通うなど新たななじみの場を作っています。	
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	本人がくつろぐソファや食堂の座席はほぼ決まっており、仲の良い方同士が隣合わせになれるような配慮をしている。		

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
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	入院・転居・死亡と退所の理由は様々ですが、各ケースに応じ面会や電話等で連絡をとり支援に努めている。		
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	本人の意向の把握に努めている。しかし、自立支援を考えると叶えられない本人本位もあるので、十分にご家族とも話し合い検討したうえでケアプランに反映させている。	意思疎通のできる2名は普通に会話し、7名は顔の表情や動作・しぐさで職員が意思を読み取ったり、手を握るなど握力の違いで把握するなどして利用者の心の思いに沿うよう支援しています。毎日のミニカンファレンスで職員は支援内容を共有しています。	
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	本人から暮らしぶりを伺うことが難しい場合には、ご家族やご兄弟、他事業所から情報収集し本人の過去を理解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	生活リハビリテーションにおいては個人の心身状態に応じたメニューを日中の活動に取り入れている。またIADLでは無理なく続けられるよう、本人の好むことを中心に行っている。		
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	本人の気持ちやご家族の要望を聞き、その都度毎日のカンファレンスにおいて職員間で話し合いアイデアを出し合いケアに活かしている。	サービス計画作成担当者が、毎月1回のかかりつけ医と認知症専門医の往診時の意見や指示を参考に、職員全員で介護計画を練り、利用者本位で作成しています。月1回支援経過を振り返り6ヶ月毎に見直ししています。	介護計画の作成にあたって、今後は利用者と家族の参加も組み入れるとの事でした。より良い計画になるものと期待されます。
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	24時間の様子については個人記録に記入し、朝夕の申し送りにおいて情報の共有をしている。ケアの実践で改善したいことや工夫を申し送り事項に記入し、介護計画にも載せている。		
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	食欲がなく偏りが出てきた方には本人の好む食べられる物を、帰宅願望が強く出ている方とは一緒に外へ。多種多様なニーズに柔軟に対応することを心掛けている。		

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	地域の婦人会や老人会に加入していた方、デイサービス通いを楽しみにしていた方に合わせ地域との関係が途絶えないよう苑内外で支援している。		
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	かかりつけ医は月に1度往診に来ている。更なる支援として看取り期に入った本人をどこでどのように過ごして頂くかを話し合い、受け入れ先の病院を探し連携している。	かかりつけ医と認知症専門医の往診がそれぞれ月1回あります。必要時は整形外科や産婦人科、外科などへの車椅子での通院に、家族と調整して付き添う事もあります。	
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	介護職は小さな変化、細かい気付きを見逃すことなく常勤の看護師に相談している。また病状が思わしくない方に関しては看護師から介護職へ観察ポイントを伝え、急変時に備えている。		
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。	入院時、地域生活連携シートを用いて介護支援専門員から医療機関へ情報提供している。かかりつけ医と終末期医療に協力的な病院との積極的かつ迅速な連携がとれる基盤と関係作りを常にしている。		
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、事業所で行え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	要介護4の方についてはご家族来所の際や電話にて現状を話し、どのような状態になったら入院せざるを得ないかを伝え、ご家族と看護師で話し合い受け入れ先の病院を早い段階から検討している。	入居時に利用者が重度化した場合の指針について家族と話し合い同意を得て対応しています。また、終末期に対する家族等の意思確認書の雛形も用意されています。今まで2例の看取りを経験していますが、家族や協力医療機関などとの一層の緊密な連携が不可欠になりつつあります。	
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	全ての職員が心肺蘇生法の研修を受けている。また個々どのような事故を起こしやすい方かを話し合いそれに対する初期対応の仕方を共通認識している。		
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	12月に火災発生時の避難訓練を職員4名、入居者8名で行っている。不参加職員には会議の場にて伝達している。地域とはお互い様の協力体制を築いている。	消防署立会いの防火訓練を年2回実施しています。防火管理者が選任され、火災通報装置やスプリンクラー等の防火設備、米、飲み水等の備蓄は完備しています。地元消防団との協力関係は、まだ築かれていません。	民生委員などと協力して地元消防団との交流を図り、出来れば一緒に自主防火訓練を実施することを勧めます。また、初動態勢から避難までの消防署による全面的な防火講習を受けることが望まれます。

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
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	人生の大先輩である方々に対し、プライドやプライバシーの尊重に配慮した対応が出来るよう、日々の朝礼とカンファレンスで培っている。	利用者は名字に「さん」付けで呼んでいますが、夫婦の場合は名前に「さん」付けにしています。プライバシーに配慮し、浴室のカーテンやトイレでのドアの開閉確認、失禁時の配慮ある声掛けや手早い処理等を心掛けて支援しています。	
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	「どちらになさいますか?」「どうしたいですか?」「好きな所へどうぞ」等、本人が自己選択・自己決定できる言葉掛けを多用している。		
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	新規採用職員初期研修の段階で「業務優先ではなく利用者優先」を徹底している。そして個々の体調や希望に合わせた過ごし方が出来るよう支援している。		
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	選べる方には洋服の選択をして頂く。お化粧をされる方には本人が眉を描き、口紅が注せるように支援している。		
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	家事が得意な方には食前・食後の台拭きをして頂いている。また、入居者ほぼ全員に名前の書いてある自分の箸を選び取って頂いている。	職員が当番制で、前のメニューを見て2~3日ごとに新鮮なものを買ひ、盛り付けの彩りや各利用者にとっての適量を工夫しています。水分補給のために果物をゼリーにしています。2ヶ月毎にアンケートを取り外食に役立てています。利用者による調理手伝いは難しくなっています。	
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	食事や水分を摂りたがらない時もあるため、体調や気分に合わせて無理強いをせず楽しく食事できるような対応を心掛けている。		
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	総義歯の方は就寝前の口腔ケアを十分にを行い、自歯の方は毎食後の歯磨きや口腔ケアで対応している。		

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	排泄チェック表にて個々の排泄パターンを探り、失禁前に誘導するように心掛けている。また排泄に関する動作の自立度に応じてオムツ・リハパン・パットの種類を変えている。	おむつ利用は夜間1人で、日中は全員リハビリパンツで過ごしています。2名は尿意を伝える事が出来、7名は失禁等で利用者が困惑しないように2時間ごとに誘導しています。夜間は1時間毎に見回り、2時間ごとに体位交換を支援しています。	
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	個々の排便リズムを把握し、便秘薬と整腸剤を使い分けている。お茶3種類を声掛けの工夫で水分が摂れるように促し、個々に応じた生活リハビリを取り入れている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	ゆっくりと食休みをした後で、最初に入浴したい方、ゆっくり浸かりたい方、入浴準備にたっぷり時間をかけたい方など、2日に1度のペースで体調を見ながら入浴して頂いている。	ゆとりある個浴スペースがあり、利用者の状況によってシャワーチェアやリフトを使用しています。出入り口はカーテンで仕切り、入浴用品は脱衣室の棚に小分けしてあります。入浴拒否者の事情を聞いて清拭や時間をあける等の工夫をしています。	
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	その日その時の体調を鑑み、居室で休息して頂いたり、早めの就寝を促し、翌日に疲れを持ち越さない配慮を心掛けている。		
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	看護師を常勤職員として配置し、用法用量について職員全てが理解できるように説明している。また個々に応じた服薬支援を行い、一般状態の変化に気付いたら看護師に相談している。		
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	利用者の重度化が進行するなか、今までと同様の役割はこなせないが、その中でも一緒に調理や手作業をするなどして、楽しみや気分転換の支援をしている。		
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	天気の良い日は、ご近所へ散歩に出掛け、苑外で日光浴やシャボン玉を楽しんでいる。少し歩いた先にはコスモス畑、さくら並木やチューリップ等季節の花々も観賞できるため、ご家族や地域の方も誘い、まめに外出している。	庭への散歩や外気浴、日向ぼっこで過ごすこともありますが、天気のいい日は体調が良ければ30分ほど散歩に出ています。近くの香取神社の初詣や家族と一緒に花見に出かけたり、お花や野菜交換等を近隣の方達と楽しんでいます。2ヶ月に1回道の駅や佐原方面へドライブに出かけています。	

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
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	外出時、自己管理できる方には財布を携帯していただいている。また金銭管理は困難だが安心材料として必要な方には外出時にバッグや財布を携帯していただいている。		
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	手紙が届いた際には読んで差し上げ、本人から手紙や電話の要望があった際には傾聴し、その要望が達成できるよう支援している。		
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	共用空間の音、光、温度等は快適に感じられるよう24時間職員が調整している。また、テーブルには季節の花を飾り、壁面には季節を感じる壁飾りを入居者と職員の共同作業で作らせている。	田園に立地する新築平屋建てで、極めて高い天井を持つ広いスペースの中央ホールには、食堂と居間が配置されています。壁面には、謹賀新年の大書、誕生祝等の行事写真、食卓等には季節の花等が飾られています。台所、浴室等はガラス窓付きで適度に明るく、清潔に保たれています。	
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	共用空間は、窓際の席、ソファ、食堂に分かれており、思い思いに過ごせる好きな場所で過ごしていただいている。全ての座席において人間関係への配慮をしている。		
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	居室には本人の使い慣れた物を持参していただき、本人の写真付カレンダーやご家族との写真も掲示している。	鏡付洗面台とクローゼット等が備え付けです。使い慣れた家具や家電品、馴染みの装飾品などが持ち込まれています。壁にはホームの行事写真や入居前のデイセンターでの誕生日写真などが飾っており、快適に暮らせるよう配慮しています。	
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	今までやっていなかったことにチャレンジしていただいたり、持てる力を導き出すような働きかけをしている。		