

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	1278400096		
法人名	医療法人 美篤会		
事業所名	グループホーム安房穂		
所在地	千葉県南房総市和田町黒岩9-1		
自己評価作成日	平成30年10月23日	評価結果市町村受理日	平成30年12月12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/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 日本高齢者介護協会		
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602		
訪問調査日	平成30年11月6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)】

桜並木や紫陽花、さつき等の季節を彩る花々を堪能できる自然の多い立地です。日当たり良いウッドデッキにて昼食し、四季の野菜を収穫できる畑がある、小学校跡地を利用したホームです。外の空気を吸いに散歩や日向ぼっこをし、朝の掃除や花の水かけ、洗濯物等の役割を持ち、ゆったりとした生活が送れるようにしています。畑で収穫した野菜を使用し、地域の方から教わった漬物作りやご利用者様と一緒に食事作りをしたり、月1回はレクリエーションや外出ができる様にしています。法人内で協力し納涼祭を行ったり、地域交流としてお茶会やおはぎ作り、地域の方々に準備から協力して頂き流しソーメンを行い、地域と触れ合い、地域に根づく様に取り組んでいます。ご利用者様と地域の方々が顔馴染みの関係になり、野菜や果物、お米等頂き助かっています。皆様が家族と思えるような支援を心掛けています。

【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)】

JR内房線南三原駅と和田浦駅の中程に立地し駅から車で8分程、房総半島の大自然に恵まれ小学校跡地にグループホーム専用にて建てられたホームです。内部は明るくゆったりしており開放感があります。広い敷地には足湯や農園があり利用者は四季を満喫しています。また系列のデイサービスやサービス付高齢者住宅が隣接しており、消防訓練や納涼祭、機械浴の利用などで連携しています。「地域の方との触れ合いと助け合いを大切にして、入居者の安心と安全を第一に考え、心から家族と思える介護に専念する事とする」との理念を掲げ、管理者と職員は共有しその実現に向け、家庭的で利用者個々の思いに寄り添った介護を実践しています。特に地域に密着し開かれたホームとして、運営推進会議には、各地区の区長および民生委員それぞれ3名ずつの出席があるなど、地域交流(お茶会・おはぎ作り・流しソーメン等)も活発に行い自然体で利用者の暮らしを支えています。

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)	○ 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	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	入職時や朝の申し送りの際に唱え、地域の方との関りを大切にし、入居者が心から家族と思える様に実践している。	地域密着性を織り込んだ理念を、玄関・事務室・台所などに掲げ、月1回のミーティングや毎日の申し送り時に、唱和し理念の重要性を確認・共有し日常のケアの中で実践に努めています。	
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	地域の方を招き、おはぎ作りや流しソーメンを行い地域との繋がりを持てる様にしている。回覧板を回して頂いたり、味噌づくりや資源物回収への協力、お菓子やお米、季節の食材を持ってきて下さる方も増えた。	週2回、敷地内にある足湯を地域の人達が利用しており、納涼祭では、子供たちを含めて20～30人の地域の人達の参加があるなど、地域密着活動が定着しています。また、傾聴、体操、踊りのボランティアなどを受け入れています。	
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	地域の方々との交流を通し、認知症の方への支援や関りを伝えられていると思う。散歩や祭礼等にと外に出る事で認知症に興味を持って頂く方もいる。		
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	主に行事やADL、事故報告等のホームでの活動内容を報告し、意見を頂いている。区長や民生委員等のご協力を得て、地域の方々の招き、流しソーメンを行った。地域の方々の情報を頂き、参加に繋げる事もできた。	会議は、地域包括支援センター、地区区長、民生委員、利用者、家族、職員等で年6回定期的に開催しています。会議では、ホームの現状報告や意見交換を行い、参加者からの貴重な情報や助言を、サービスの向上に活かしています。	
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に取り組んでいる	地域包括支援センターの職員に運営推進会議へ参加して頂いており、情報交換や協力体制の構築に努めている。災害時福祉避難所協定や事故報告の提出等行っている。	市の関係課とは常に連絡を取り合い相談をしています。また市の要請により災害福祉避難所協定を結んでいます。運営推進会議にも、毎回地域包括支援センターの出席があり、密接な協力関係が築かれています。	
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「介護保険法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	「禁止の対象となる具体的な行為」11項目を提示しており、玄関の施錠や身体拘束は行っていない。3ヵ月に1度の身体拘束廃止委員会を開き話し合っている。	身体拘束排除を方針として、身体拘束廃止委員会を立ち上げ、管理者指導のもと、社内外の研修にも積極的に参加し、周知徹底を図っています。玄関は施錠せず職員が見守りをしています。	
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	身体拘束廃止委員長が外部の研修に行き、身体拘束廃止委員会の際に内部研修を行っている。日頃の接し方を振り返る時間をつくり、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	年に1回は成年後見制度について研修を行い学ぶ機会を設けている。現在、制度を利用している方はいない。		
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	契約の際に丁寧に説明し、理解、納得を図っている。今年度の制度改正も書面にて通知し、疑問や質問は受け付けており、不安を取り除けるようにしている。		
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	面会時や電話の際に要望を尋ね、反映できるようにしている。利用者にアンケートを行い、意見や思いを表出する機会を設けた。日々の会話からも要望を取り入れ、イベントや生活に活かしている。	家族については、来訪時や、電話連絡時に意見・要望を聴いて運営に反映しています。利用者については、年1回の独自のアンケートを実施するほか日頃のケアの中から思いを把握し対応しています。	
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	月1回のミーティングや利用者カンファレンス時に意見を聞き、必要があれば反映させている。個々に面談も行い、レクリエーションや業務内容に取り入れた。	管理者は、月1回のミーティングや日頃の業務の中や年1回の個人面談などで意見・要望を聴いて運営に反映しています。職員との信頼関係もできており、何でも言いやすい環境を作っています。	
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	キャリアパス要件に基づき、経験に応じた昇給システムや資格取得の為の支援を行っている。		
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	法人内外で研修を受ける機会を作っている。研修後の報告書を代表者が確認している。本部で薬や感染症の研修の機会を設けている。		
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	管理者の集いに参加し、相談や交流を深めている。業務改善会議にてサービスの向上に向けた話し合いも行っている。		

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
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	面談時に困っている事や入所後にどのような事がしたいか要望を聞くようにしている。入所後もコミュニケーションを密にし、早期に馴染みの関係を構築し、安心した生活が送れる関係づくりに努めている。		
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	見学や契約時に話を伺い、今後の希望や不安を聞き出すようにしている。具体的な例を上げ、ホームでの生活をイメージしやすいように心がけて説明している。		
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	相談があった際に必要なサービスは何か見極め適切な対応に努めている。		
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	今まで生活してきた経験をもとに、知恵や指導を頂き、物づくりやイベントを行う事がある。朝の掃除や洗濯物、花の世話など共にしている。食事を一緒に作ることもある。		
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	面会時や電話にて今後の方向性や対応について話し合っている。病院受診や誕生日を一緒に祝いする家族もいる。		
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	面会はいつでも受け入れており、泊っていかれる方もいる。家族の他に兄妹や近所の方、友人の面会もある。外出の際に家の傍まで行ったりもしている。	家族が利用者の居室に布団を敷いて泊まることもできる等、訪ねて来やすい雰囲気作りに努めており、家族は月に1回以上面会に来ています。利用者は家族とお墓参りに行ったり外食に出かけることもあり、馴染みの関係を大切に支援していることがわかります。	
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	一人ひとりの個性やその時の状況に応じ、座席を工夫している。レクリエーションの際には全員が参加して頂けるよう促している。馴染みの関係ができ、散歩に誘う方もいる。		

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	退所後も協力病院に入院している場合は見舞に行くようにしている。病院のスタッフと情報交換したり、家族と話すこともある。		
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	日頃から入浴や散歩時に出た話や思いを共有し、カンファレンスの際に検討している。早急な対応が必要なことは当日いるメンバーで話し合い対応できる様にしている。意向の表出が困難な場合は生活歴や家族から話を聞き検討している。	読書好きの利用者と図書館に行き、本を借りてきたり、裏の農園でできた野菜を収穫したりと、利用者の表情が生き生きとすることを見つけて支援しています。意向が汲み取りにくい人には、レクリエーションやイベントなど、様々なアプローチで楽しめることを探っています。	
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	入所時に家族に生活歴等を記入して頂き情報の把握に努めている。日々の会話から聞き取ることもあり、記録に残し共有できるようにしている。		
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	見守りや会話の中からいつもと違うことは記録に残し共有している。ケア記録や申し送り、1日3回のバイタル測定にて状態の把握にも努めている。		
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、訪問看護師、作業療法士、ケアマネ等、それぞれの意見を取り入れ本人本位の介護計画作成をしている。	在宅時の担当ケアマネージャーやデイサービスなどの事業所、医師などから情報を集め、本人家族らの聞き取りをもとに介護計画を立て、入居後2～3か月の様子を見て見直しをしています。その後は変化時、および、半年ごとにモニタリングし、計画を見直ししています。	
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	日々の様子、普段と変わった事などはケア記録に記入したり、カンファレンス時に話し合い、介護計画に活かしている。		
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	その都度のニーズに合わせたサービス提供を心掛けている。祭礼見学やドライブ、食事の変更、家族が同行できない際の通院支援なども行っている。		

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
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	認知症カフェやグランドゴルフの見学に行ったり図書館で本を借りてくる方もいた。地域の方々を招きお茶会や食事会を行ったり、一緒に味噌づくりや漬物の漬け方を教わったりしている。民生委員や区長の協力の下流しソーメンを行った。		
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	以前からのかかりつけ医で受診が継続できるようにしている。手紙のやり取りにて、経過報告や気になる事を伝え、関係づくりをしている。協力病院にも生活状況を正確に伝え、安定剤や入眠剤の軽減が図れるように支援している。	入居時に本人・家族はかかりつけ医について選択しています。母体が医療機関である事から、医療連携が取れる環境にあります。月に1回提携の病院を受診しており、利用者の状態をよく理解している医師の下で健康を管理しています。	今後利用者の高齢化、重度化が予想される中、利用者、職員の負担を考えると、訪問診療も視野に入れ、事業所内での支援の充実を検討することが期待されます。
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	週に1回、訪問看護師の健康チェック時に日々の生活との変化があれば相談し、指示を頂いている。必要があれば協力病院の看護師、医師とも連絡し、対応して頂いている。		
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。	入院の際に介護サマリーを作成し情報を共有している。早期退院に向けて病院の相談員と密に連絡を取る事もある。協力病院との関係作りも努力している。		
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	入所時に指針を渡し、同意書を頂いている。状態が低下してきた方には早めに医師と家族のムンテラを行っている。病院や訪問看護師、家族共に協力して本人を支援している。	入居時には「重度化対応・終末期ケア対応指針」「看取り介護に関する指針」を本人・家族に示して同意を得ています。医師が終末期の判断をした場合には話し合いを重ね、家族の意向に沿った最期が迎えられるよう体制を整えています。	
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	マニュアルを作成しており、それに基づき行えるように3カ月に1度はチェックしている。個人ファイルに救急時に必要な書類を挟んである。		
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	定期的に火災や地震、水害を想定した避難訓練を行っている。停電を想定した炊き出し訓練も行い、地域の方から教わった。	隣接の施設と合同で年1回消防署立会いのもと、避難訓練・通報訓練と2回の自主訓練を実施しています。スプリンクラー、自動通報装置、消火器等必要な防火設備は整っています。緊急対応表、連絡網も掲示されています。5日分の備蓄も準備しています。	運営推進会議には、地域の区長や民生委員、消防署の出席があり意見交換していますが、利用者平均90.3歳と高齢なので、消防署、地域住民と連携した合同の災害避難訓練の実施が望まれます。

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	トイレの声掛けの際は小声で個々を尊重して行う様に心掛けている。散歩や居室でもプライバシーを損ねないようにしたり、入浴の際に同性介助している方もいる。	個人ファイルなどの個人情報は事務所の戸棚に保管しています。また利用者の尊厳を守ること、羞恥心に配慮することを念頭に置き、内部で研修をしたり、言葉かけや支援内容について振り返りをしています。	
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	食事時間や離床など声をかけるが、本人のタイミングで行えるよう支援している。入浴の有無や生活する中での希望など気軽に話して頂けるよう、日頃からコミュニケーションを図っている。		
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	受診の希望や新聞を見て行きたいと話された場所へ随時、対応し外出したりしている。天気がいいからと外のベンチでゆっくり過ごす方もいる。		
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	外出時や入浴の際の衣類を一緒に準備し選んで頂いている。お気に入りのブローチを付けたリ、カチューシャを一緒に買いに行ったりもしている。		
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	好物、嫌いなものを把握、共有し、メニューに取り入れている。また、旬の食材を使用するようにし、喜ばれる方も多し。一緒に食事を作ったり、片付けしたりすることで、楽しみに繋げている。	毎日のメニューは職員が交代で順番に立てています。利用者のリクエストに応じて寿司や赤飯の日もあります。利用者は食材を切る、皮をむく、食器を洗うなど職員とともにしています。裏の畑でできた野菜を収穫し、食卓に上る日もあり、食事を楽しむための工夫が見られます。	
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	食事形態を口腔内の状態、能力に応じて提供している。食事量を決めており、個々にあった食事提供を行っている。水分は離床時や入浴後等に促し確保できるよう努めている。		
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行う方もいる。個々の希望、嚥下状態によって歯ブラシや歯磨きティッシュを使用している。義歯のある方は就寝前に洗浄している。		

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	排泄チェック表を活用し個々にあった時間で誘導、排泄交換を行っている。病院から退院時オムツ使用している方が多いが、リハビリパンツに変更しトイレ誘導にしている。	排泄に何らかの介助が必要な人がほとんどですが、失禁を減らし、排泄が自立するよう個々のタイミングをみてトイレに誘導しています。適切な対応によりオムツからリハビリパンツになり、失禁が減った例もあります。	
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	食物繊維の多い食品や乳酸菌の含んだ物を提供するようにしている。毎朝、牛乳やR-1を飲まれる方もいる。散歩を促し、予防にも取り組んでいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴の目安は最低週2回と決めているが、その時々で入る入らない、時間帯の変更に対応している。一般浴での入浴が困難な方は、同敷地内の施設の特殊浴を利用したりもする。	週2回のペースで入浴しています。これまで浴槽に入ることが難しくシャワー浴だった人が、隣接のデイサービスの機械浴を利用できるようになりました。入浴は利用者とゆっくり会話のできる時間でもあり、会話から得た情報を支援に生かしています。	
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	昼食後は昼休みを設け、休息できる時間も作っている。夜は個々のペースで居室へ行き、それぞれのタイミングで就寝している。		
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	薬の変更があった際は申し送りノートや処方箋を確認し、理解に努めている。変更後は経過や副作用に注意してみる様になっている。		
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	心身の状況に合わせて掃除や調理、洗濯物等の役割をもった日々を過ごして頂いている。習字を習いに行ったり、買い物やドライブ等の外の空気にあたり気分転換できるようにしている。		
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支援している	個々の希望に沿って外出をしている。家族と連絡を取り、家まで行ったこともある。桜や紫陽花、コスモス等の季節の花も見に行ったりする。誕生日に外食をする方もいる。	自然豊かな恵まれた環境にあり、四季折々には、ドライブしながら様々な花を楽しんでいます。川沿いに鯉を眺めながらの散歩や、お弁当を持参したり、外食をする日もあります。今後は家族の協力を得て、外出の機会を増やすことを検討しています。	

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	自己管理ができ、家族の理解が得られる方はご自分で所持しており、外出時などに好きなものを買われている。預り金も貰っており、必要な際に購入の支援をしている。		
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	希望があれば電話をしている。年賀状は毎年出しており、不定期だが、手紙が送られてきたりもしている。		
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	定期的に皆様で装飾品を作成し壁に張ったり、花を飾る、写真を掲示し季節感を出すようにしている。食事の席も状況に合わせて変更し、温度や湿度にも注意するようにしている。	玄関には季節の生花を飾り、明るく広いリビング兼食堂は、大型のソファが設置され利用者が快適に居心地良くゆったり過ごしています。また厨房と一体となっているので調理の匂いや音に生活感があります。壁には季節の貼り絵や行事の写真が飾られています。空気清浄器・加湿器を設置して室温や換気などの環境にも配慮しています。	
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	居室やリビングで自由に過ごされている。窓際に座椅子を配置したり、テレビ前にソファを置き好きな所で過ごして頂いている。		
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	自宅で使用していた椅子やタンスを持って来られた方もおり、昔の写真や家族写真を持っている方もいる。得意の絵を飾ったり、本人の要望があれば、都度、模様替えを行う。	清潔で明るい居室は、エアコン、クローゼット、介護用ベッド、カーテンが備え付けです。利用者は、テレビや椅子、家族の写真、ぬいぐるみなど馴染みの物を持ち込み、自宅に居るように居心地良く過ごしています。また各居室には、大運動会の表彰状と金メダルが部屋に飾られホームの温かさが感じられます。	
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	バリアフリーになっており、手すりを設置している。リビングが広く、カウンターキッチンのため、見守りも行いやすい環境となっている。		