

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	1292200027		
法人名	医療法人社団 千葉医心会		
事業所名	グループホーム 増尾		
所在地	千葉県柏市増尾749		
自己評価作成日	平成27年10月28日	評価結果市町村受理日	平成27年12月28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.kai gokensaku.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27年11月28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)】

当ホームは医療法人が運営しているので、ご入居者の健康管理や医療的措置が必要となる時には、適切かつスムーズに行えるので安心して頂けます。具体的には医師(理事長)との24時間連絡体制が取れる事や、介護保険の訪問看護以外にも、理事長のクリニックより看護師が週に1度巡回しに来ます。日常生活におきましても、第二の我が家を目指し家庭的な雰囲気の中で、直接介護を提供するだけでなく、自立を支援する介護を目指しサービス提供をしています。その中でも、毎日屋外に出る目的から散歩・外気浴を行っています。地域交流についても積極的に行って、毎年行う町内会の夏祭りに参加したり、同じく毎年開催される町内会の芸能祭に参加して芸を披露しています。クリスマスの時期には近隣の小学校に慰問して交流を行っています。又、柏市のグループホームが協力して運営しているNPO法人グループホーム連絡会にも加盟していて、催し物や情報交換を行っています。

【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)】

最寄駅から少し距離がありますが、緑に囲まれた閑静な地の広い敷地内に、グループホーム専用にて建てられた、ゆったりとんびりと余生を過ごすに適したホームです。
自ら医師である理事長が、余興の二胡演奏も兼ねてしばしば訪れ、自身経営のクリニックの看護師及び訪問看護師との連携の下医療で万全の態勢を取っており、家族の望みに従い看取りまで行っているの
で、本人に取っても家族にとっても安心感があると思われ
ます。
利用者との関係も良く和気あいあいとしており、評価にあたり実施した家族アンケートでも、回答者のほとんどが「大変満足」としており、当ホームのサービスを利用することで、本人の生き生きとした表情が「よく見られるようになった」と回答しています。

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、活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	事業所理念を管理者と職員が学習会や会議などを通じて共有して、業務に反映出来る様に努めています。	地域密着型サービスの意義を踏まえた独自の理念を掲げ、ホーム内に掲示すると共に、機会あるごとに理念を振り返るようにしている結果、地域との交流が進んでいます。	職員の中には理念に対する認識の薄い人もあります。全員で共有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	町内会に入り、夏祭りや近隣の小学校慰問を受けています。町内会の芸能祭では職員の踊りを披露しております。毎日の散歩にてご近所との交流も日常的に行っております。回覧板内にて介護相談窓口として掲載もしました。	町内会の行事に参加したり、副会長が運営推進会議や消防訓練に参加してくれたりしています。市の介護支援サポーターがボランティアに来てくれ、小学校のクリスマス会に招待されて見学だけではなく児童生徒と直接交流しています。	
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	ホームへの来訪を制限する事無く、近隣や近所の方が訪れた時にはご相談にのる様に努めています。		
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	昨年度の外部評価にて課題として上げられた、運営推進会議の実施年6回を行えるように、会議の日程を年間で決めて実施しています。特に防災関係のご意見などを中心にサービス向上に努めています。	会議は奇数月に定例的に開催し、地域包括支援センター、民生委員、町内会副会長等外部からの参加もえて、消防訓練を一緒に行ったり、直面する課題について意見交換し、出される貴重な意見をサービス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	市から提供される情報については、メールの確認や集団指導への参加、グループホーム連絡会での情報提供で連携を取っています。又、地域包括の職員とは運営推進会議での意見交換を行い、役所職員とは適宜連絡を取っています。	市担当者とは特に問題がある場合を除いては接触する機会はありませんが、地域包括支援センターが運営推進会議に出席し、ホームの事情も良く理解してくれており、密接な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	身体拘束の廃止を謳い方針を打ち出しています。身体拘束廃止研修に参加してケアの方法なども学んでいます。	日中玄関は施錠していません。ユニットごとの出入り口はテンキーで操作して開閉しますが、外に出たい素振りの有る利用者が居れば少し一緒に外出する等拘束感を抱かせぬよう配慮しています。	禁止の対象となる具体的な行為11項目について全ての職員が完全に理解しているとまではいえないので、知らず知らず拘束行為を行ってしまうことのないよう徹底しておくことが望まれます。
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	新聞等の情報を張り出し皆に周知したり、会議で情報を流しケアの見直しや防止に努めております。		

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
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	ご利用者の中には既に成年後見制度を利用している方が数名おり、又そろそろ利用する時期にきている環境の方には紹介も行っております。		
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	入居前の見学時や契約時には、十分な時間を取りご説明を行い納得して頂いてから署名・捺印を頂いております。		
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	ご家族が来訪時には、管理者や職員が必ず近況の報告と要望を伺っております。又、外部評価のご家族アンケートでのご意見もケアに反映しております。	利用者については、運営推進会議への参加を促して発言の機会を設け、家族については運営推進会議の他、面会の為の来訪時に話を聞くようにしており、出てきた意見に従い、女性専用トイレを設けたり、入浴の順番、同性介助、外出機会の増加等、改善を図っています。	
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	年一回以上の職員面接や毎月の職員会議にて職員の意見や提案を聞く機会を設けています。介護人材が集まらない中、職員の紹介で入職したケースもあります。	月1回の定例会議の他に、朝の申し送りに30分程度と長めの時間を取って、意見や提案の機会を設けています。年2回親睦の為の外食会は、気軽に本音を話し合える良い機会となっています。	
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	年に一度契約の更新時には就業環境の見直しを行い就業環境の見直しと、適宜資格取得時には資格に対する報奨を行います。		
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	柏市グループホーム連絡会主催の外部研修を中心に参加させ、関係機関主催の研修にも参加しています。内部研修では毎月勉強会として行っております。		
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	管理者の交流については関連施設の管理者が集まる会議に毎月参加して意見交換をしています。職員についてもグループホーム連絡会主催の「スタッフ交流会」にて意見交換をしています。		

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
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	サービス導入前には必ず自宅面接を行い、直接話し合う事で分かる、不安や困難を汲み取る事を心がけています。		
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	入居の際に、ご家族とはよく話し合い、ご要望を聞き出しサービスに反映が出来る様に努めております。		
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	入居される前に、ご本人とご家族のお話を聞き、個々のニーズに合ったサービスを利用できる様に努めております。		
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	第二の我が家を目指し家庭的な雰囲気の中で、直接介護を提供するのではなく自立を支援する介護を目指しサービス提供をしています。食事は職員も同じテーブルで食し、掃除も一緒に行います。		
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	面会の少ないご家族には、毎月お便りを作成してご利用者の近況を報告しています。又、お便りの中では行事等の参加を呼びかけています。		
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・外出・外泊に制限を設けず気軽にしてもらえる様に声掛けをしています。生家への外出、行きつけの美容室、自宅のお隣さんの来所、近所にある自宅への散歩などがあります。	面会や訪問の時間をパンフレットでは7時～20時としていますが、面会・外出・外泊に制限を設けていません。牧師が2か月に1回位訪ずれる人や、散歩の途中自宅に立ち寄る利用者が有り、墓参りや美容院に家族が連れ出している人もあります。	
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	顔なじみの関係構築の支援と共に、一人ひとりが孤立しない様に集団での体操や作業で、共に支え合う環境作りの支援に努めています。		

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
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・転居等で退居になった場合、可能な限りその後の様子を伺いに、生活の場に伺わせて頂いております。		
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	ケアプラン作成前にはご家族・ご本人の意向を確認し作成しております。又、ご本人に聞き取りが困難な場合には以前の生活の様子と現在の言動を組み合わせより良い生活をして頂くように検討しています。	利用者は過去の生活習慣をそのまま持ち込み入所しています。喫煙や寝る前の飲酒は火災などの安全を確保した上で認めています。職員の年齢も利用者によく、話題を上手に合わせ意向の把握がしやすく、何でも相談できる雰囲気があります。	
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	入居される前には自宅を訪問して、生活の環境を確認し、ご家族やご本人からお話を伺い今までの生活歴を確認しています。		
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	毎日の申し送り時を中心に、現状の把握に努めています。又医師や看護師、栄養士にも相談しながら行っています。		
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	適宜の見直しを行うと共に、ご本人・ご家族・医師・看護師等の意見を取り入れ介護計画を作成しています。作成前にはご本人・ご家族の意向を確認しております。	介護計画作成に当たり、職員が家族と共に医療機関を訪れ説明を受けてくることもあり、家族の安心度は大きく、本人家族・医師・看護師の意見を入れた計画には納得感があります。モニタリングは半年に1回していますが、状況に応じ1か月に1回の見直しもあります。	
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	ケース記録への随時記録と確認をする事と共に、申し送りや引継ぎにて情報を共有しております。		
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	ご家族への相談を中心にご本人のニーズへは対応をしています。ご家族のニーズに対しては可能な限り柔軟に対応をさせて頂いております。		

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
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	柏市のボランティア「介護支援サポーター」の受け入れを中心に、地域資源を活用しています。		
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	ご本人・ご家族の希望を第一に主治医を決めて頂いております。当法人理事長が主治医になった場合でも、希望があれば紹介状をもらい他病院に紹介・受診して頂いております。場合によっては施設側で受診をするケースもあります。	訪問診療は2週間に1回総合医が来訪し、看護師は2か所から各1名計週2回の割合で来訪しています。家族の希望を第一にし他病院に連れ出すことも自由です。眼科・皮膚科・精神科など専門病院への受診等家族が行っていますが、職員が付き添うケースもあります。歯科は必要に応じ外来で受信しています。	
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	訪問看護時には事前に必要な情報を申し送り、当日、円滑に訪問看護を利用して頂いております。		
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。	ご家族と病院との話し合いの場にも可能な限り参加させて頂き情報を交換しております。又病棟担当看護師やソーシャルワーカーとも連絡を適宜取り合っております。		
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	契約時や重度化・終末期に近づいてきた時点で当ホームの重度化・終末期における方針や出来る事・出来ない事の確認を行っております。ご利用者の変化を見逃さない様に心掛けて、早期の話し合いが出来る様に努めています。	重度化や終末期に向けた対処の仕方を契約時に話し合っています。医師から終末期が告げられた時、看取りまで行うか否か家族と管理者が話し合い、医師にも話し合いに加わってもらうこともあります。職員は、終末期対応の研修も行っています。過去には2名の看取りを経験しています。	
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	学習会にも取り入れ勉強すると共に、急変時の対応として閲覧出来るように張り出しています。		
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2回(内1回は消防立ち合い)消防訓練を実施。地域との災害に対する会議にも参加しています。今年度は運営推進会議の中で消防訓練も行いました。	運営推進会議に併せて消防訓練を行なうことにより、町内会の人に参加してもらったり、町内会の災害関係の会議に出て意見を交換する等地域との協力体制構築に努めています。備蓄は5日分程度に増やしています。	スプリンクラーがあるので安心感があるとはいえ、様々な出火場所に応じた、とっさの場合に取るべき行動の優先順位を全員が身につけておく事、備蓄品の内容及び数量の見直しを絶えず続けることが望まれます。

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	認知症の進行予防の観点からも、職員のペースではなくご本人意思やペースに合わせるケアをしております。声掛けについても、否定しない、自尊心を傷つけない工夫をしています。	利用者との対話は、そばに寄り添って1対1で行うことにしています。トイレの誘導も利用者のそばでそっと声掛けし利用者のペースで行っています。対話中は禁止や否定をせず、よく聞き取るように心掛けています。このケアがプライバシーを守り、人格の尊重に繋がっています。
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	日頃からのコミュニケーションにて、要望や希望を表しやすい関係を構築し聞き入れております。又、意思を自己決定出来ない方にも、ご家族の意見や過去の様子から希望に近づけられるケアを行っております。	
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	ご本人の意思を最優先にするケアを行えるように努めています。認知症の進行予防の観点からも、職員のペースではなくご本人のペースに合わせるケアをしております。	
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	衣類については、ご家族の協力の下その方にあつた物を用意して頂き対応しています。整髪については、出張美容でカラーや髪型等のニーズに対応しています。	
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	提供するケアだけではなく、盛り付け準備や片付け、下膳を行って頂いております。年二回外食会にも行っております。	メニューの種類を多くし「今日の食事は何か」と楽しみに待ってもらえるようにしています。年2回の外食を今年1回は庭でバーベキューにして喜ばれました。刻み食やとろみ付けなど個々に合わせた食の形体で提供しています。利用者は食器洗いや布巾掛けなどできることを日常的に手伝っています。
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	毎日全員の食事摂取量と水分摂取量を記録で残しております。食事のメニューやチェックした記録を同法人の栄養士や看護師も確認しております。夏場には飲みやすい麦茶、スポーツ飲料、ゼリーの提供を行っています。	
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	朝夕食後に口腔ケアを行っています。必要に応じて介助も行っております。	

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
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	ご利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して支援を行っております。現在失禁が理由でオムツを着用している方はおりません。	怪我をしてから紙おむつを外せない人がいますが、患部保護の為に失禁の為にありません。他の人はパッドを付ける程度で自立の状態を保っています。夜中にトイレ誘導の必要な人もいますが、起きてもらってトイレで用を足しています。失禁して恥ずかしい思させたことは無いとのことです。	
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	毎朝に乳製品を取っております。又、毎日二回のラジオ体操や歌に合わせた体操、散歩を行っております。		
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	同性介護の希望がある方には希望に沿って行っております。入浴のタイミングについてもご利用者と話し合い行っております。	3日に1回入浴しています。各ユニットとも午後2時から4時までの間に3人程度入浴しています。入浴の順番は利用者の希望を入れて決めています。同性介護の希望者にはきちんと応えています。入浴拒否者には、入浴後のお楽しみを伝えたり、あの手この手で入浴に導いています。季節には柚子湯を楽しみます。	
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	適度な運動と休息を取りながら安眠出来る様に努めております。		
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	薬情があり配薬時には作用等確認してから配薬しております。		
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	ご利用者個々に合った役割を提供して行っています。楽しみ事についても、タバコ・コーヒー・外出などホームでも継続して支援しております。		
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	毎日散歩・外気浴を行っております。年二回はお花見ドライブと外食に出かけております。その他行事等の催し物への参加も行っております。ご家族の協力の下、外食や外泊にも行かれます。	天気の良い日は散歩に出ます。30分ほど歩き季節を感じながら帰ってきます。ウッドデッキでお茶をし外気浴をすることもあります。職員と化粧品やお菓子等の買い物に出かける人もいます。初詣や花見と外食に年2回車で出かけます。イベントのある時は、民生委員が付き添ってくれることもあります。	

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	金銭管理については、ご家族とよく話し合い、お小遣いを個の能力に合わせた金額を持っているご利用者もおります。希望時にはそのお金で買物を行います。		
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	いつでも電話の取次ぎを行っております。手紙についても便箋・封筒の準備など行っております。		
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	共用部の空間では皆が不快を感じない様な環境作りを行っております。南側には庭があり日々四季が感じられ喜ばれています。	ホーム専用に充てられた建物なので、居間兼食堂、玄関、階段、廊下等広くてゆったりしていて明るく、食堂と対面式の調理場からの音や匂いに生活感が有ります。ベランダからは灯籠の有る庭が眺められ、室内のボランティア作成の毎月の絵付きカレンダーと併せ、季節を感じるができます。	
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	ホールにはソファがあり、自分の椅子以外にも休める場所があります。又屋外にはウッドデッキやベンチがあり思い思いの時間を過ごせる空間を作っております。		
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	入居時には自宅にて使い慣れた物を持ってきて頂く様に呼びかけております。ベッドの配置や環境はご本人・ご家族と話し合い決めております。 仏壇や裁縫道具、絵画を持ち込まれている方がいます。	居室は空調・洗面台・クローゼットが備え付けです。自室を自分で掃除する人も多いせいもあり、ダンス・椅子・テーブル・テレビ・冷蔵庫・仏壇等様々なものが有り、雑然と見えてもペットのお骨まで沢山の思い出のものに囲まれている人、きれいに整頓している人、得意の塗り絵の作品をきれいに飾っている人、などそれぞれが個性あふれる居室となっています。	
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	建物内はバリアフリーになっており、段差が無い環境になっております。又、廊下やホールには歩行の障害になる物は置かない様に努めております。		