

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番地1		
自己評価作成日	平成26年1月18日	評価結果市町村受理日	平成26年3月20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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaijokensaku.jp/12/index.php</a>
----------	---

【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26年2月22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)】

施設開設6年目の平成25年4月1日、法人の環境整備の一環で和田町仁我浦の中原病院隣から、黒岩の地に施設を新築し移転しました。新しい施設はバリアフリーで広く、利用者様、職員共にとても快適に過ごせるようになりました。敷地は広く散歩やお天気の良い日にはガーデンテラスでお茶を楽しんだりしています。健康面では、病院が遠くなりましたが訪問看護師と良い連携がとれており、アドバイスや受診に繋がっています。移転に伴い利用者様の混乱を心配したが、ご家族、法人の他部署の力をお借りして乗り切り、今は落ち着いて過ごしておられます。理念にあるように家族と思える介護に専念する様努めています。

【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. JR南三原駅から車で8分の自然環境に恵まれた新築ホームです。敷地内に系列事業所(通所介護・訪問介護・訪問看護・居宅介護支援等)が隣接しており、消防訓練・行事の合同開催や業務の連携をしています。農園とガーデンテラスがあり、利用者は敷地内を散歩がてら桜・芝桜や時季より早い季節の花(菜の花、水仙)を鑑賞したり、農園や差し入れの新鮮な野菜を賞味する等、快適に過ごしています。
2. 運営母体が医療法人のため内科医・歯科医・整形外科医・耳鼻科医との連携が取れており、週1回訪問看護師が健康チェック、健康相談を行っています。
3. サービス面では、理念「家族と思える介護」を実践しており、重度・高齢(平均88歳)の利用者が多いにも拘わらず、比較的元気に明るく過ごしています。家族アンケートでも、好評を得ています。

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、活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、安心して暮らしている (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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。」との理念を職員の目に付く場所に掲げ、確認し、実践する様に心がけている。	地域密着も織り込んだ理念を掲げ、職員は職員会議時等に確認・共有し、日頃のサービスで既実践しています。	
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人として日常的に交流している	平成25年4月1日に当地に移転し、併設の施設とお花見、納涼祭を行い、地域の方を招待した。日常的な交流は今後の課題である。	移転したばかりで、まだ自治会に未加入です。只高齢化が進んでいる為自治会は活発でない様です。散歩時に近隣の人達と挨拶を交わしたり、併設の施設と合同でお花見、納涼祭を開催し、地域の人たちを招待しています。現在駐在所に挨拶・行事連絡等を行うことを検討しています。	自治会に加入し、地域行事への参加・開催協力を積極的に行うこと、現在試みている地域への働きかけを継続し、将来は関係施設と連携して地域に貢献する活動をする(介護相談の受付等)が期待されます。
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	地域の方に運営推進会議で話をさせて頂いたり、上記の行事に来て頂いている位で、地域貢献は今後の課題である。		
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	平成25年4月1日に当地に移転し、お花見、納涼祭の行事を通して地域の方に運営推進委員をお願いすることが出来た。地域の方の他、地域包括支援センター職員、ご家族がメンバーである。	移転してあまり時間がたっていませんが、会議を既に3回開催し3月にも予定しています。地域包括支援センター職員、地域関係者、家族代表、職員で開催し、現況・活動報告、事故報告、意見交換等を行っています。	年6回開催を目標にして、議題に外部評価と課題改善進捗状況、介護基礎知識説明、介護業界のトピックス等を追加し、サービス向上に活かすことが期待されます。
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に取り組んでいる	地域包括支援センター職員には運営推進会議の委員になってアドバイスを頂いている。南房総市災害支援連絡会ではグループホームの意見の取りまとめを手伝っている。	市担当には、必要な都度報告し、相談しています。又積極的に市と災害時の福祉避難所協定を結んでいます。運営推進会議では、委員となって頂いている地域包括支援センター職員から意見を聴いています。	
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	法人主催で全職員参加の研修会で身体拘束について学んでいる。新入職員の入職時には言葉による拘束についても注意している。玄関の施錠については、ご家族、運営推進会議でも検討し、施錠をしている。	毎年運営法人主催の研修会に全職員が参加し、職員への周知徹底を図っています。付近に川がある為、安全上昼間も玄関に施錠する事を運営推進会議で説明し、家族等の了解を得ています。職員は適時利用者の様子を見て外に連れ出し、閉塞感を与えない様になっています。	
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	法人主催で全職員参加の研修会で虐待防止について学んでいる。新入職員の入職時にも注意している。		

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	玄関にパンフレットを用意している。以前は利用している利用者がおられたが、今は該当者がいない。		
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	ご家族に時間を取って頂き説明をし、疑問点にはお答えし、納得をしてから、署名、捺印をして頂いている。		
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	面会時やご家族への電話連絡時は都度、意見や要望が無いかお伺いし、要望に添えるように努めている。又、内容によっては法人内の業務改善会議や医療連携会議、地域包括支援センターに相談している。	殆どの家族は毎月来訪しており、職員はその都度意見・要望を聞き運営に反映しています。又運営推進会議時に出席する家族代表や、外部評価で実施する家族アンケートの意見を真摯に受け止め、反映するようにしています。	
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	ケアリーダーを中心としたミーティングを毎月開催し、話し合っている。翌月には前回決定した事についての振り返りを行って、より良い方向に進むよう努めている。	管理者は、就業時や会議時に職員から意見を聞き、運営に反映しています。昨年10月にケアリーダーを決め、今年1月にはサブリーダー(半年毎に交代)も決め、運営改善の為に職員同士が自発的に考えて話し合い反省する体制を築いています。	
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	毎年、法人内で環境整備は進んでいる。		
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	法人主催の研修会がある。外部研修の案内も都度掲示し、希望者は出席出来る様に支援している。資格取得の為に講習に行く職員には全員で協力している。		
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	地域の「グループホーム管理者の集い」が定期的であり、他施設の取り組みを参考にしたり、困っている事を相談させて頂いている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	ご自分の意見を言ったり、意思決定の出来る方とは話し合っている。その他、日常の見守りを通して本人の思いを受けとめるようにしている。		
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	入居前相談時から、遠慮なく何でもお話し頂けるような雰囲気をつくるよう心がけ、話し合い、信頼関係が築けるよう努めている。		
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	入居前相談時からの話し合いで、必要としている支援は何かを見極めるように努めている。		
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	家族のように共に過ごす中で、一緒に家事を行ったり、職員に対して労いや励ましの言葉をかけてくださる時もある。		
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	職員の力だけでは及ばない時は、ご家族にも協力して頂いている。例えば、物盗られ妄想の方に対して、ご家族が安心出来る様な内容の手紙を書いて下さっている。		
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	気楽に訪問して頂けるよう、面会は生活時間帯なら何時でも出来る様にしている。定期受診、買物の際、知り合いの方に声を掛けられる時もある。	いつでも来訪してもらえるよう、面会時間を定めておらず、家族や親戚、孫等が定期的に訪れています。又数時間自宅に帰り地元の行事に参加したり、自宅に宿泊する利用者もいます。職員は電話や手紙等の取次ぎ・手伝いを行い、関係継続を支援しています。	
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を考慮して席や順番を決めている。利用者同士のやり取りを大切に思い見守っているが、弱い人をいたわるような心使いをされている場面も多い。		

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	退所後もご家族が差し入れを持って来てくださったり、こちらから様子伺いの電話をしたりしている。		
<b>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</b>					
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	入所時にご家族に生活歴を書いて頂き、それを参考に今までの事、これからの事をご本人やご家族と話し合い、思いや意向の把握に努めている。	毎日のケアや会話の中で、利用者の態度・反応・仕草から思いを汲み取る様にしています。現在利用者の話相手が欲しいとの要望に、関係団体に傾聴ボランティアを利用できないか問い合わせ中です。職員は申し送り、ケア記録、ミーティングで、情報の共有を図っています。	
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	入所時にご家族に生活歴を書いて頂き、それを参考にご本人やご家族と話し合い、これまでの暮らしの把握に努めている。		
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	日々の見守り、ケア記録、月1回のミーティングで全職員が情報を共有し、暮らしの現状の把握に努めている。		
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	ご家族の面会時や電話連絡時に話し合い、要望や感想を聞いたり、月1回のミーティング時のケアカンファレンス、定期受診時の主治医、訪問看護師の意見をまとめて方針を決め、介護計画を作るように努めている。	計画担当は、利用者、家族の意向を踏まえ、ケア記録、カンファレンスで話し合った内容、主治医や訪問看護師の記録を基に、6ヶ月毎に個々に沿った介護計画を作成しています。状況変化があった場合には随時、計画の見直しを行っています。	
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	ご本人の様子や介護者のかかわりは個別の介護記録に記入すると共に、申し送りノート、勤務交代時の申し送りで、職員間で情報を共有し、その利用者に適した支援が出来る様努めている。		
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	必要に応じて、法人内の他部署の力を借りて、対応するようにしている。		

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	施設を移転した事もあり、これからの課題でもあるが、社会福祉協議会にボランティアの相談をさせて頂いたりしている。		
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	かかりつけ医はご家族が選択されている。職員が受診に同行した場合はご家族に電話連絡をし、ご家族が同行される場合は受診の参考になるようバイタル表や日頃の様子を伝えている。	利用者の殆どが運営母体病院に主治医をもって入居前からの病院の受診には家族が対応しています。その際に受診の参考になるよう普段のバイタルの記録をメモ書きして家族に渡しています。週1回訪問看護師の健康チェックを受け状態を把握しています。	
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	訪問看護師が毎週1回来所し健康チェックを行い利用者1人ひとりの状態を把握しており、アドバイスを受けたり、体調変化、悪化時は受診につながるよう指示をもらっている。		
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。	入院時は管理者が同行し医療機関に日頃の様子を伝えている。退院時はホームでの生活がスムーズに送れるよう医療機関やご家族と情報を共有している。		
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	入所時に大まかな家族の希望を聞くと共にホームでの支援について説明をしている。体調悪化時はご家族、主治医、訪問看護師等と相談し、ご家族の希望に添えるよう支援している。	看取り1名の実績があります。入居時に看取り指針の説明を行い同意書を取得し、重度化・終末期が来た時に、医師、家族、訪問看護師、職員で相談し、家族から看取り介護計画の同意を得ています。又看取り後のアンケート、カンファレンス報告書をまとめ、今後に備えています。	看取りに際しての書類を整備し、終末期に向けてホームで出来ることを行っています。その際、重度化した場合の対応や終末期への職員教育が必要となり、より一層研修を重ねることが必要と思われます。
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	急変が予想される時は、事前に医師、看護師から具体的な指示をもらい備えている。事故発生時の備えについての法人主催の研修会に全員参加しているが、実践力をつける事は今後の課題だ。		
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	隣接の施設と合同の避難訓練を行っている。南房総市の福祉避難所の協定を結んでいる。	自主訓練及び併設施設と合同で消防署立会い訓練を実施しています。スプリンクラー等防火設備が一通り設置され、緊急連絡先・対応表があり、3日分の備蓄もあります。平屋建てで隣接施設との連携もでき、災害時の逃げ場(敷地)も広く、安心感があります。	首都圏直下型地震や各種災害が心配されること、避難弱者を抱えていること、地域や市から避難所として頼りにされていること等を考え、防災訓練の追加と備蓄見直し(数量・内容・保管方法)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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	プライバシー保護についての法人主催の研修会に全員参加するようになっている。マニュアルも作成しており、新入職員は入職時に指導している。	トイレの声掛けは小さな声で誘導するようにしています。言葉かけや対応等その人らしい姿を大切に心がけていますが、マナー、接遇に関してはホームの今後の課題として、取り組んでいく予定です。	定期的な接遇・マナー研修会(職員が実際サービスを受ける役を体験する等)の実施が望まれます。皆で学ぶ機会を得る事によって、全職員の意識改革になり、職員全体のレベルアップに繋がることが期待されます。
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	生活歴や利用者の状態に添った声掛けをし、思いや希望や意見を言えるように働きかけている。		
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	年齢や健康状態がさまざまなので、利用者の気分や体調に合った過ごし方が出来るように支援している。		
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	2ヶ月に1回、理容師が来所して散髪を行っている。その人に合った髪型をお願いしている。衣類も好みのある人、無い人に応じて支援している。		
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	週3回の買物に利用者も同行する時もある。地元で採れた野菜の下処理を一緒にしたり、調理法を教えて頂く時もある。	利用者は買い物と一緒に出掛けたり、畑で採れた野菜の下処理、盛り付け、テーブル拭き等、個々にできる事を手伝っています。誕生会や季節の食材を取り入れた食事、時には弁当を取り入れる等、食事が楽しいものになるよう工夫しています。	
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	食事やおやつ摂取状態を確認し、記録し情報を共有している。月初めの体重測定の結果によっては医師、訪問看護師に相談し、アドバイスや検査につなげている。水分も測定し声かけや味を変えて脱水にならないよう支援している。		
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	自宅では義歯を洗ったり洗浄液に浸けておく習慣の無い利用者が殆んどで、入所をきっかけに習慣付くように努めている。		

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
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	排泄表を参考に排泄パターンを把握し、気持ちよい排泄が行えるように誘導している。利用者の能力に応じて、声かけ、見守り、介助を行っている。	排泄チェック表を基に、一人ひとりの排泄パターンを把握し、タイミングを見計いながら声かけや誘導を行っています。24時間定期的にトイレ誘導を行い、自立での排泄支援を大切にしています。また羞恥心に配慮するよう努めています。	
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	排泄表で排便チェックを行っている。便秘になった時は訪問看護師に相談し指示を仰いでいる。水分は計測し必要量を摂るように努めている。		
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	体調や希望に添って入浴日を決めている。入浴しない日は足浴を行っており、白癬が治った。時間は職員の都合や体調変化時の対応を考慮し、日中に行っている。	入浴は午前中を中心に個々のペースに合わせ、週3回、希望によっては毎日でも対応しています。排泄で汚れた場合や汗をかいた時などは随時入浴するよう、清潔を心がけ、入浴後はたっぷり保湿をしています。	
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	高齢の利用者は体調に合わせてベッドで休息する時間をとっている。昼食後は下肢の浮腫み防止も兼ねて午睡の時間を取っている。夜間は1時間毎の巡回と都度個別支援を行っている。		
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	服薬は誤薬防止の為、声に出して確認している。薬を用意する時は手作りのボードを使用し誤薬防止に努めている。薬変更時は主治医の注意に従い経過観察をし、医師、訪問看護師に報告している。		
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	食事前の挨拶を交代で行うなど小さな役割から、食事のお盆拭きはこの人と決まった役割もある。毎日、軽体操、レクリエーションを行い、なるべく全員参加出来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	天気の良い日は広い敷地内を散歩したりガーデンテラスでお茶を楽しんでいる。買物を兼ね、レクリエーションでドライブに行く時もある。	天気や気候の良い日は、広い敷地内を散策したり、ガーデンテラスで日向ぼっこをしながらお茶やおやつを楽しんでいます。遠出は車であやめやバラ、アジサイ等季節の花見に出かけ、皆で楽しんでいます。又利用者の希望があれば、買い物に職員が付き添っています。	



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	ご家族より預かり金として預かり、職員が管理している。必要な物を一緒に買いに行く事もある。		
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	電話は掛けるのも、受けるのも特に制限は無く遠慮なく申し出て頂くように、入所時に説明している。家族との手紙のやり取りをしている方もおられた。		
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	新築でバリアフリーで日当たりも良い。表示も大きな文字でされている。リビングは朝、昼食後、夕食後の1日3回掃除を欠かさず清潔に心がけている。	リビング兼食堂は、明るく、清潔で、広く、バリアフリー・床暖房式で、廊下の両側に手摺りがある等、利用者が快適に過ごせるようになっています。土地柄時季より早い花(桜、菜の花)が飾られ、カレンダー、写真が貼られ、季節感・生活感を感じます。職員は静い起きない様に、利用者の席順に配慮しています。	
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	一日の長い時間を過ごすリビングの席は人間関係を考慮して決めている。日当たりの良いソファは皆様のお気に入りの場所になっている。		
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	入居前の見学時に居室についての説明をしており、自分の過ごしやすいようにいろいろな物を持って来られている方がおられる反面、何も私物の道具を持って来られない方もおられる。	居室は、エアコン、クローゼット、カーテン、介護用ベッドが備え付けで、適度の広さもあります。引越し後10ヶ月経過し、利用者も馴染みの物を部屋に持ち込み、落ち着いて過ごしています。	
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	居室やトイレ等は分かり易いように大きな文字で表示してある。手すりも各所に取り付けてある。歩行器や車椅子がスムーズに通れるゆとりもある。		