

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	1292400080		
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム市原国分寺台		
所在地	千葉県市原市国分寺台中央4-1-5		
自己評価作成日	平成25年2月15日	評価結果市町村受理日	平成25年5月1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	NPO法人ヒューマン・ネットワーク		
所在地	千葉県船橋市丸山2-10-15		
訪問調査日	平成25年3月5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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・行事や外出は利用者様の意見も取り入れ計画し、実行しています。個別の外出もしています。 ・利用者様のその時の気持ちを考えケアをさせて頂いています。 ・利用者様の出来る事はご自分でして頂き、出来ない部分を援助させて頂いています。

【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)】

<p>国分寺史跡のすぐ近くにある閑静な住宅街に立地し、全館スプリンクラー設置、IH調理器、床暖房等安全面と住み心地に配慮した設計のホームである。職員は、入居者への声掛け、行動・様子観察を通して、訴えていること何をしたのかに気づき、ケース記録に落とし込みケアプランにも反映させている。法人の掲げる3つの理念実践のため、管理者は特に「その人らしい」を大切にし個性を尊重し出来ることと出来ないことを見極め、「根拠のある支援」の実践に努めている。看取りを4例経験したり、避難訓練を充実させるなど外部評価を活かすよう取り組んでいる。何よりも入居者と職員が明るく笑顔で過ごしている姿が印象的であった。</p>
--

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<ol style="list-style-type: none"> 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+-) + (Enter+-)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
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	会社の理念は申し送りや会議時に唱和し管理者、職員全員が共有しています。	毎月のユニット会議や全体会議の場で、法人の3つの理念を唱和し共有を図っている。特に「その人らしい」を大切に、入居者本人の考えやしたいことを大切に一緒に過ごす快適で穏やかな生活を送っていただける支援に努めている。	
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	散歩や市民体育祭、幼稚園の行事への招待に参加させていただいています。ホーム近くの教会の方にも訪問して頂いています。	市民体育祭や幼稚園の行事に招待して頂き参加している。近くの地域密着型事業所との交流や大正琴等地域のボランティアの方に来て頂いている。散歩中に「天気の良いわねとか此处で一休みしていきなさいよ！」などと声を掛けて頂く等日常的な繋がりが出来てきている。	今後、近くの保育園や小中学校にも声を掛け、交流を図ったり、職場体験を受け入れたり、ホームで行う行事に地域の方の参加を呼び掛けるなど、更に積極的に地域との交流を図っていかれることを期待したい。
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	運営推進会議にてお伝えしたり、地域の行事に参加をして職員と一緒に地域の方と交流をする。		
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	日々の利用者様の様子や行事などの活動報告を行っております。出席された方々の意見、要望を伺い活動等に反映させて頂いております。	入居者・家族・市職員・自治会長・民生委員・地域小規模事業所の方などの参加を得て、2ヶ月に一度定期的に開催している。ホームの現況・人員体制・活動報告・今後の予定などを議題とし、写真入りで行事報告をする等工夫をしている。活発な意見交換が行われ、頂いた意見を活動に活かすようにしている。	
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	運営推進会議に出席していただき、参加されないときには議事録の提出をしています。質問、相談がある場合は担当者に連絡、確認をしています。	毎月、高齢施設課の担当者の方とお会いするようにし、提出物を届けたり、入居者の状況報告をしている。アパート独居の方の住居変更などの確かな助言を頂ける関係を継続出来ている。	
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	身体拘束についての研修を定期的に行い、理解して対応をしています。県の行っている身体拘束研修も申し込みはしております。	身体拘束ゼロシンポジウムの資料を使い、2度に分けて研修を行っている。全員が研修報告を提出し、肉体的拘束だけでなく、言葉による拘束や拘束の弊害や認知症を増悪させることなど拘束に対する理解を深めている。玄関も日中開錠するなど拘束をしなくても済む環境作りを大切にしている。	
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	高齢者虐待についての研修を定期的に行い、事業所内での防止に努めています。		

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
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	会議や研修にて学ぶ機会を設け理解し支援しています。		
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	契約時に読みあわせを一つ一つの内容を確認していき、疑問点があれば都度説明を行い理解、納得していただいております。		
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	運営推進会議や面会時に意見や要望を伺い、活動やケアプランに反映させて頂いております。	「お便り」にケアプランや医療情報と共に居室担当者が今月の様子や予定を書き入れ、ホームでの様子を写真入りで判り易くお伝えしている。運営推進会議後の家族会や日常の面会時などの場で意見や要望を言って頂き易い雰囲気作りをしている。外出行事や畑作業・脚上げ運動などの要望を取り入れるなど運営に反映させるようにしている。	
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	会議を開催した際に職員からの意見を出してもらいその内容を検討した上で活動に活かしております。またそれぞれの委員会で職員が提案された外出や行事を行っています。	ユニット会議や全体会議で職員から出された勤務体系変更や業務内容変更などの意見を検討し取り入れるようにしている。外出・レク・おやつ委員会など各職員の自主性を尊重するようにしている。管理者は会議以外にも日常的に職員との話し合いを良くしており、職員も意見要望などを言い易いとのことである。	
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	職員の欠員が有り一人一人の職員に負担が有り勤務変更なども伴い厳しい労働になっている。		
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	毎月の会議で研修の時間を設けてスキルや知識の向上に努めています。		
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	毎週、他事業所に訪問する時間を設け、挨拶回りを行っています。		

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
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居される前にご本人、ご家族に会い不安な事や要望などを伺いアセスメントを行い、入居者様に一番必要とされるものを作成しております。職員への周知もしています。</p>		
16		<p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居時、入居後も入居者様に対する御家族様の要望も必ず確認しそれに沿ったケアプランを作成しています。面会時や連絡時には現状のご様子を伝えさせて頂いています。</p>		
17		<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>ご本人、御家族様の要望に沿ったケアプラン、ホームで生活することを考え、一番必要なものをプランに反映させて頂きま</p>		
18		<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>一人一人、ご自分で出来る事は極力して頂き出来ない部分をお手伝いさせて頂いています。入居者様同士声を掛け合う様子も有ります。</p>		
19		<p>本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>行事や活動報告の予定を連絡させていただき、御家族様も参加可能であればご協力していただいております。面会時には入居者様の变化を伝え、ご家族の存在感、大きさを伝えるようにしています。</p>		
20	(8)	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>活動をしていた頃の友人や昔、ご近所の方の面会、関係者の訪問を受けています。</p>	<p>一緒に活動していたシルバー友の会の仲間が良く訪ねて来る。元のご近所の方が訪ねて来る。家族と馴染みの店に食事に行く。毎週自宅に帰る方や妹さんと外出するかた。良く行ったことのあるボーリング場や元住んでいた所にお連れするなど、馴染みの関係を継続できるよう支援するようにしている。</p>	
21		<p>利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>その時々で話しやすい環境や配置を考慮し気の合うご入居者様と近くなるようにしています。</p>		

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	ご逝去され方の通夜、葬儀には必ず参列させていただいております。		
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	御家族様の意向を伺い、カンファレンスを行い、入居者様主体のケアプランを作成しケアをさせていただいております。	今までの情報、以前の言動、本人の日常の会話での訴えを家族に確認したり聞いたりしている。声掛けをしてみて、やりたいのかやりたくないのか、何ができて、どこまでできるのか、何ができないか、また本人が動いたときには何をするのか確認する。入居時にセンター方式のB(暮らしの情報)、C(心身の情報)、D(焦点情報)シートを使用し、6か月に一度居室担当者がアセスメントを行い、本人の意向を汲み取るよう努めている。	
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	日々の会話や御家族様からの情報を聞き、入居者様の経験や出来事を知り、職員同士で情報の共有をしケアに努めています。		
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	日々の様子を個人記録に残し、申し送りで連絡するようにしています。		
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	各居室担当者が毎週土曜日にモニタリングを行い状況を把握し、御家族様の意見を伺い、次回のケアプランに反映出来る様になっています。	職員に対してケアプランに関する研修を行っている。居室担当者がモニタリングを毎月行い、アセスメントを6か月毎に行っている。職員はカンファレンスで意見を出し合い、ケアマネジャーが家族の意向を確認し3ヶ月毎のプラン作成となっている。訪問看護師や医師のアドバイスをプランに反映させることもある。作成されたプランは全職員で確認をしている。現状に即した計画をチームでつくる事ができている。	
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	日々の様子やケアの実践、結果や気づいたことなど記録に残して職員間で情報の共有をしながら計画の見直しをしている。		
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	入居者様の状況に応じた対応をしています。少人数での外出もしています。		

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
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	他事業所からの紹介で手品や大正琴の演奏や御家族様の紹介の教会の方の訪問があります。		
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	入居時に今までのかかりつけ医と往診医を選べるようにしております。通院は御家族様にご協力いただいておりますが緊急時や不可能な場合には職員が行う事もあります。	かかりつけ医には家族が受診同行し、入居者の状況を家族を通して医師に伝えている。受診内容や薬、次回受診について職員で情報共有している。月に2回往診医の受診があり、週1回の訪問看護は全入居者が診てもらっている。「往診、訪問記録」にて1週間の様子や受診内容の情報共有をしている。訪問歯科は週に一度となっている。	
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	訪問看護ステーションと24時間の体制で連絡が取れるようになっております。何かあった場合はすぐに対応できるようになっています。		
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。	入院時には医療機関に入居者様の情報を伝えています。入院時には定期的に面会に伺い状態を必ずお聞きするようにしています。御家族様にもご連絡させていただきます。		
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	往診医、訪問看護師、御家族様、職員に相談し、協力を得ながら看取りを行っています。	この一年間でターミナル期5名、4名の看取りを行った。重度化や終末期となると、往診医は家族と今後の話をして、家族の意向を聞いている。グループホームでの看取りを希望されると、職員全員に看取りの説明を行い、職員が同意できるとケアプランの変更となる。職員間で看取った方の思い出を話している。	
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	緊急時のマニュアル、連絡体制を構築し連絡が取れる体制になっております。		
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	年間2回、日中、夜間想定で避難訓練を実施しています。内1回は消防職員に参加していただいています。	毛布使用での移動やおんぶ等の訓練も行い、個々の避難のし方も細かく検討している。消火器訓練に利用者も2名参加。近隣にも避難訓練参加を呼び掛けている。夜間緊急連絡網を作成し、10分以内に2名の職員が駆けつけることができる。消防設備は定期点検を行っている。備蓄は三日分を用意。毎日、防火用自主点検票をつけている。	

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
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	一人一人に合わせた声かけや対応をしています。	職員の出勤と退勤時には利用者全員に挨拶をしている。人前で話すのを嫌がる方には耳元で話をしたり、居室でお話を聞くようにしている。耳の遠い方にはトイレへの誘いを紙に書いて行っている。入居者は「さん」付けでよび、それ以外の呼称は家族に確認し了承してもらっている。	
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	入居者様に意見や要望などを聞き日々の活動に反映できる所はしています。		
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	生活の流れはある程度決まっておりますがその時々入居者様の状態にあわせそのときにしたい事をしていただいています。		
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	日々の中で衣類などご自分で選んできている方もいます。髪の毛のカットなど訪問理美容や近くの1,000円カットを利用しています。		
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	食事はご自分でなるべく食べられるように小分けにしたりしています。盛り付けや下膳も入居者様と職員とで行っています。	回転寿司、道の駅などで外食したり、オードブルやお寿司を買って食べることもある。月に一度手作りおやつを楽しみ、ホットケーキやあんみつ、たこ焼きなどを作る。皿洗い、食器やおぼん拭きなどを入居者が行っている。駐車場にてお弁当を皆で食べたり、鉄板焼き、流しそうめんを行うなど、食を楽しむ機会がある。	
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	食事の摂取量は毎食、個々の記録に残し把握しています。食事量が少ない方などはそれぞれの好物などを食べていただいている事もあります。		
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	始めはご自分で出来る方はして頂き、必要に応じて仕上げをさせて頂いています。はじめから援助させて頂いている方もおります。夜間義歯はお預かりしています。		

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
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	個々にあわせたものを状態に応じて使い分けをしています。	移乗により脱臼のリスクが高い方のみ日中おむつ使用。寝たきりであっても、ポータブルなどでトイレでの排泄を続けてもらいたいと考え支援しており、排泄の自立を意識した支援を行えている。	
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	個々に管理し、状態によって医師や看護師に相談対応をしています。		
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	一人一人の状態に合わせて日中でも入浴していただいています。	入浴頻度は週に2～3回で、職員二名対応の方もいる。入浴拒否の方にも対応を工夫している。入浴時間は午前も午後も可能で本人の状況を見ながら声かけをしている。個人用の石鹸類や洗面器を使用している方もいる。入浴剤は数種類用意し、ゆず湯や菖蒲湯も楽しんでいる。	
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	その方の状態に合わせて声かけをし入浴していただいています。		
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	内服準備時にも薬表を見ながら確認、用意し内服介助時には日付け、後、名前、錠数を声に出し他職員に確認また入居者様にも同様に読み上げています。		
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	入居者様の出来る事をお願いし役割としていただいています。		
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	ホームで月1回の外出(外食)をしている。また御家族様での外出も有ります。	週に2～3回、1～2名程で散歩に出ている。入居者と買い物に行くこともある。初詣、お花見、動物公園、ポートタワー、保田漁港などに出かけることができた。外のベンチで外気浴をすることも有る。	個別の外出に取り組むこと、散歩や外気浴または体操などで毎日外出できるよう検討されているので実現されることを期待します。

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	入居者様個々に小口現金としてお預かりし、必要な時は御家族様に連絡をし使用しています。		
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	事前に御家族様に了解を経ています。		
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	各ユニットでレク時に作成した物を掲示したりしています。季節の飾りつけもしていません。玄関付近には御家族様のご協力で季節の花が有ります。	玄関前にベンチがあり、プランターには花が咲いている。1階ベランダでは外気浴ができる環境となっている。居間や廊下には写真、水墨画、掛け軸が飾られている。ホワイトボードには行事予定が記入されている。換気は掃除のときに行い、加湿器を稼働させ、温度湿度にも気配りをしている。	
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	テーブルのほかにソファやテレビがあり個々に移動し過ごされています。		
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	今までご自宅で使用していたものをお持ちになっていただいています。	エアコン、クローゼット完備で、手作りのネームプレートがかけられている。持参されたものは、テレビ、チェスト、タンス、オーディオ、イス、カーペットなど。入眠前には濡れタオルを各居室にかけている。ベッドでの立ち上がりが不安となった方は布団使用となっている。居室での転倒が増えた方には、タンスを置きつかまり歩きができるようにすることで転倒予防の対策をしている。ターミナル期には、テレビや昔聞いていたCDをかけて穏やかに過ごしていただいた。	
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	廊下、浴室には手すりが多くあり、安心安全に使用できます。居室ドアにも名前などが掲示してある方もいます。		