

# 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	1293300016		
法人名	株式会社チェリーコート		
事業所名	チェリーコートグループホーム		
所在地	千葉県四街道市大日549-1		
自己評価作成日	平成25年10月12日	評価結果市町村受理日	平成26年2月6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.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a>
----------	---

## 【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11月11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)】

ご入居者様と大きな家族でありたい。1ユニット9名の家族を「ありのまま」受け入れ一人ひとりが穏やかに日々を過ごすことができるよう支援させて頂いております。ご入居者様の高齢化に伴い、より一層、医療との連携に力を注ぎ、ご家族様、ご入居者様に安心して過ごして頂けるよう努力をしております。今後、終の棲家として、最期までご入居者様に、ご家族と共に愛情を注ぎ、その人らしさを大切に、ケアを行って参りたいと考えております。また、地域との交流やふれあいの場も提供させて頂いております。地域の方から夏祭りやお餅つきのご招待をされたり、出来る限り住み慣れた地域で生活を継続できるお手伝いが出来たらと考えております。余暇活動では、音楽療法を取り入れ、歌う事で楽しんで頂き、お花が得意な方にはフラワーアレンジメントに参加して頂いたりしております。

## 【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)】

87歳～最高齢100歳、90歳以上が6名と長寿の入居者が多いホームである。入居者と「大きな家族でありたい」入居者一人ひとりの「ありのまま」を受け入れ、その人らしく穏やかな日々を過ごすことができるようチームワーク良く支援に努めている。地域に良く溶け込み、市との連携も良く取れている。終の棲家として最期まで介護できるよう医療連携や職員研修に力を注いでいる。管理者は、センター方式を取り入れ、アセスメントやモニタリングも職員全員で実施し職員一人ひとりの更なる気付き力・介護力の向上を目指している。「介護にベストはない」との考えに基づき、ケアサービスの更なる向上に意欲的に取り組む姿勢を評価したい。

## ・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)	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+-) + (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
<b>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	毎年の事業計画に施設の理念等を明記し、ミーティングや勉強会でその都度共有し、常に意識して援助ができるように心がけている。	毎年の事業計画に「サービスに関わる理念」を判り易く具体的な8項目として明示している。管理者は特に入居者と大きな家族として「ありのまま」を受け入れ、一人ひとりがその人らしく穏やかに過ごすことができる支援を大切にチームとして実践するようにしている。	
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	施設全体で取り組んでいる。夏祭りの招待を受けたり、敬老会には地域の代表や区長、副区長の参加を頂いている。	町内の餅つき大会や夏祭りに席を設けて頂いて入居者と家族も参加している。併設施設と合同の6周年記念行事に30名近い方が参加されたり、敬老会・運動会や毎月開催のもっと元気になり体操と生き生きサロンに自治会や長寿会の方に参加して頂くなど、地域との双方向の交流をしている。	
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	毎月、生き生き体操やサロンを開催し、地域に開放している。内覧会などでは、グループホームの役割なども説明している。		
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、運営方針、年間行事、サービスについて、また医療面等の報告を実施している。地域、ご家族、施設の交流の場ともなっている。	入居者の近況や行事報告、地域との交流や外部評価への取組や感染症・災害対策等を議題として、市や包括の職員、民生委員や区長・地域代表、家族代表などの出席を得て、概ね3ヶ月に一度開催している。議事録を見ると参加者との活発な意見交換が行われ、運営推進会議を活かした取り組みがされていることが良くわかる。	
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に取り組んでいる	運営推進会議を通じ、施設の状況を把握して頂いている。また不明な点については、随時高齢者支援課担当者に連絡をさせて頂いている。	市や包括支援センターの担当職員との連携が良く取れている。運営推進会議にも毎回出席いただき、ホームの現状等についても把握して頂いている。認知症有志の会にも参加し、市や社会福祉協議会とも協力しキャラバンメートなど認知症への理解の普及にも努めている。	
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	身体拘束の勉強会を行い、残存機能を活用する事、事故防止の為に制止するのは違う事を理解できるよう指導し、身体拘束を廃止により、現在身体拘束はゼロである。	身体拘束の研修の中で、誰が何をしていたか？何ができれば事故を防げたのかなどヒヤリハット事例を見直し検討し話し合い、事故防止のために制止することも拘束に当ること等の理解を更に高め、身体拘束をしなくても済むケアを実施出来るようになってきている。	
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	地域包括支援センターより、研修会を開催して頂き、理解を深める事が出来ている。		

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	全体研修の中で制度の説明を行っている。		
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	契約等については、誤解が無いように説明をし、1つの項目毎に、質問を受け、分かりやすいように補足をしている。		
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	業務ミーティングや、カンファレンスの際に状況を把握、共有し、連携が取れるように努めている。また、ご家族のご要望は即検討し、支援に反映させている。	家族の方には面会時や電話をするたびに運営に関するどんな些細なことでも言って頂くよう信頼関係を築き、室温のこと、着衣のことや病院受診のこと等意見や要望を良く言っていただけしている。頂いた意見や要望については、業務ミーティング等で話し合い職員で共有すると共に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	毎月1回、部署会議、業務ミーティング、常勤会議と行い、施設長と管理者との意見交換を実施している。随時、個別にて管理者より職員との意見交換や検討を行っている。	管理者は職員が仕事をし易くすることが管理者の仕事であるとの認識の下、職員参加の各会議や個人面談時に職員の意見を積極的に聴き、意見交換を行うようにしている。週一度やっていた全入居者のシーツ交換を毎日一人ずつ交換をするようにしたり、シフト時間を変更することによって残業を0にしたり、どうしたら時間内に業務を終えられるかを一緒に考えるなど職員からの意見や要望を運営に活かすようにしている。	
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	年1～2回、個人面談を行い目標や現状の把握を行っている。自己評価等を取り入れ優れていること、頑張ってもらいたいことの評価を実施している。また、随時、褒める事によりやりがいを感じてもらえるよう努力している。		
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	施設全体で研修会の開催をしている。また必要な研修には会社負担での研修を実施している。		
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	市内で「認知症の人を支える有志の会」に、施設長、管理者共に参加し、他の施設の意見交換を図っている。		

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
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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>ご入居にあたっては、ご家族様と十分に話し合い、居心地の良い環境を、ご家族様と一緒に作れるよう努めている。</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>入居後しばらくは、近況報告の連絡や、ご家族の不安や要望などを管理者より連絡を伺い、安心して頂けるよう努めている。</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>アセスメントとモニタリングを常に行い、必要時、職員に指示したり、その時に必要なサービスを提供できるよう努めている。</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>残存機能の活用や、お手伝いなども最近は活発になってきており、役割になってきている方もいらっしゃる。</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>ご本人の為に、ご家族様と情報を共有しながら、ご本人の望む生活に近づけるよう努力している。</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>ご近所の方が訪問される方も、回数は少ないですがいらっしゃいます。また、お手紙を書かれたり、つながりを大切にしている方もいらっしゃるのので支援している。</p>	<p>住んでいた近所の方が家族と一緒に面会に来られたり、併設のデーサービスに通っていた馴染みの方とフラワーアレンジメント教室で一緒している方やお手紙のやり取りや携帯電話での連絡を支援する等、馴染みの関係を途切らせないように努めている。</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、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>難聴の方、耳の遠い方が多く、利用者間のコミュニケーションが困難になってきている。適宜、職員が間に入り、入居者様同士、交流がもてるよう支援している。</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	現、管理者入職後に退去された方はおらず、今後退去者がある際は、継続し、相談や支援を行っていきたい。		
<b>、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	アセスメントとモニタリング、職員からの情報を収集し、適宜、検討している。	センター方式を用いて本人の思いや意向を把握するよう努めている。Aの基本情報、Bの暮らしの情報、Cの心身の情報、D焦点情報、Eの24時間アセスメントまとめシートを使用し、本人の言葉や行動をとらえ、本人の思いや意向を汲み取れるようカンファレンスで検討している。	
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	ご入居前の情報提供や、情報収集に努め、職員全員で共有し不安なく支援が開始できるよう努めている。		
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	業務日誌、ケース記録、申し送り等により、職員全員で、情報を共有できるよう努めている。		
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	居室担当者中心に、カンファレンスを行い、必要時、ご家族様と相談をし、ケアプランの変更を行い、リアルタイムでご本人に合ったケアプランの作成を行っている。	プランに統一すべきポイント事項を赤字で記入しており、全職員がプランに目を通している。ケース記録は、日勤を黒色、夜勤を赤色でサービス内容番号毎に記録をしている。ケアマネジャーは支援経過、業務日誌、申し送り、ケース記録からモニタリングを行っている。プラン作成前に職員全員に「何をプランでとりいれたいか」自由記載のアンケートをとりケアマネジャーがまとめ、家族には面会時もしくは電話で相談し、プラン原案を作成している。担当者会議には居室担当者、ケアマネジャーの他に、訪問看護師、医師が同席することもある。家族面会時に職員がプランを説明して同意を得ている。カンファレンスは申し送り時に行っている。	センター方式Cシートを居室担当者を中心に記入することや居室担当者がアセスメントとモニタリングを行えるようにしたいとのこと、是非実施し更に現状に即した介護計画作成に活かされることを期待します。
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	ケース記録の様式の変更を行い、書き方の勉強会を行い、専門職としての視点や、記入の仕方を説明している。必要時、個別の指導も行っている。		
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	お買い物など、ご要望があれば、ご本人と一緒に出掛ける事がある。		

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	平均年齢が93歳と高く、要望のある方には、買い物、散歩などに努めている。		
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	ご家族の選択にて主治医を決めている。同敷地内の診療所を主治医としている方が殆どだが、相談できる環境があり、アドバイスなどを適宜受け、迅速な対応を心がけている。	かかりつけ医の定期受診は家族に同行してもらい、本人の現況を家族に口頭で伝え、医師宛てに文書を作成することもある。受診内容は家族から報告を受け、職員は申し送りノートで情報を共有している。往診医師は電話で相談に応じてくれるとともに、必要に応じて看護師の訪問もある。往診日の前日までに予定表に現況を記入し、受診当日に医師からの指示を記入して医師指示書を作成し、職員で情報を共有している。	
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	月2回の訪問診療、週1回の訪問看護を受け、適宜アドバイスや相談を受ける環境があり、適切な受診や看護を受けられている。		
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。	ケアマネジャーや管理者が、病院に行き、直接話を伺い、退院後の注意点や、アドバイスを伺い、施設に戻っても安心して生活を送れるように努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	運営推進会議等でご家族様と話し合い、同意書を頂く事になっている。また、看取りに関する指針を設け、ご家族様に説明をし、共有していく予定である。	医師と看護師との医療連携体制を整え、看取りを行っている。家族には医師からの説明とともにケアプランと看取りに関する説明を行い了承を得ている。医療とターミナルケアに関する勉強会も予定している。	
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	マニュアルを作成し、勤務室に掲示している。また、必要時、個別指導を実施している。また、訪問看護の協力もある。		
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	避難訓練は、強化して行っている。運営推進会議では、地域の方、自ら名乗り出て下さり、今後、協力体制を築けるよう努力していく。	火災想定と地震想定避難訓練を行った。近隣在住職員から呼び出す夜間用連絡網を整備し、10分以内に5名の召集が可能であるとともに、隣家が災害時の見守り協力を約束してくれている。火災の時にはベランダに出て消防の到着を待つことになっている。夜間想定訓練も計画している。備蓄は本部に用意されている。	夜勤者全員が避難方法を習熟するための夜間想定避難訓練を実施されることが望まれる。グループホーム自体でも多少の備蓄を検査されているとのこと準備しておくこと期待します。

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
<b>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	職員は個々のご入居者様の性格、特徴を捉えて援助にあたっている。不適切な発言が聞かれた時にはその場で注意をし、改善を図っている。	呼称はさん付けにしている。トイレは必ず戸を閉めるとともに、トイレでの失敗があってもトイレで着替えを済ませることはしない。利用者の状態を不穏、徘徊とせず、詳しく状況をとらえ、表情や声についても記録していく。「～してあげる」という言い方はしないようにしている。利用者がしてくれたことに対しては有難うとお礼を伝えている。	
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	ご本人とお話しをし、要望や、食べたいものを伺うようにし、職員間で共有できるよう努めている。		
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し、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	業務ミーティングで、職員の業務優先ではなく、利用者優先である事を常に説明している。ご本人が何がしたいか、こちらからの支援についても確認する事を、常に指導している。		
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	モーニングケアでは、整髪を整え、洗面では目ヤニを落として終了する事を指導している。髪の高い方も、髪を結ったりする事を介助する事もある。		
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	もやしやの芽取りや、インゲンの筋取りなど手伝える事は協力して頂いている。食後は、食器拭きを手伝って下さる方が多い。	おしぼりやお箸の準備、下膳、調理の下準備を利用者が手伝っている。ご家族からいただいた野菜を調理することもある。おやつはスイートポテト、桜もち、おはぎ、柏もちを手作りした。本人にあわせた補助具を使用し、食事の形態もそれぞれに合わせている。イベント食としては、刺身、天ぷら、手巻き寿司、うな重、年越しそば、おせち風、スイカ割りなどがあり、食を楽しむ機会も多い。	
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	硬さや量などもご本人に合わせて調整をし、残しても無理に進めず、栄養が不足している際は、経口栄養ドリンクなどを併用している。		
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に、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、口腔ケアを行っている。また、訪問歯科にて、口腔ケアを定期的実施されている方がいる。		



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	トイレでの排泄を継続できるように、車椅子になっても、歩行が困難になっても、トイレでの排泄を望み、努力される方の支援に努めている。	排泄確認表にて管理している。足の痛みのある方は夜間ポータブルトイレを使用している。おむつ使用の方は立位がとれない方であり、立位が可能であればトイレでの排泄支援にこだわるなど、排泄の自立にむけた意識が高い。	
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	食事、水分量のチェック表を常に意識し、不足気味の方はご家族と相談をし、ご本人の好きなものを持参して頂き、水分摂取に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	自立されている方については声掛け、見守りを入浴している。2人介助を要する方の対応も、適宜行っている。	シャワーチェア、浴槽台、バスボード、滑り止めを使用。二人介助の方が3名となっている。概ね週に2回の入浴となっており、拒否の強い方には時間をかけ、職員を替えて声をかけ週に一度は入浴してもらえよう支援している。洗身タオル、石鹸類は私物使用の方もいる。菖蒲湯やゆず湯など季節のお風呂も楽しんでいる。	
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	個々の身体状態に合わせ、休息、昼寝などの支援を行っている。		
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	内服変更時、職員へ文章にて申し送りし、情報共有している。お薬情報も、個別でファイリングし、見やすくしている。		
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	出来る事をして頂いている。やらされている感覚にならないように、お願いする際、お礼の際などの声掛けを、ご本人の性格に合ったもので実施するよう指導している。		
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	外出を希望される方が少なくなってきた。行事や、外出の声掛けに拒否される事が多くなってきた事を感じるが、買い物などのご要望がある方は、居室担当者と一緒に買い物に出掛けたりしている。	家族と受診の帰りに自宅に寄ったり、ひ孫に会ったりという方もいる。買物に行く方が1名おり、週に1～2回出かけている。お花見、夏祭りなどを皆で楽しむことができた。	自立歩行、車椅子歩行の出来る利用者や外出意欲のある利用者の日常的な外出支援を職員間で工夫されることを期待したい。



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
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	使う事は無いが、持っていて安心する方は、小銭入れを保有している。買い物へ出掛けられる方は、管理から支払い迄、ご自分でされる。		
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	携帯電話を所有している方の、充電の支援や、本人管理により、ご家族と好きな時に電話かけられる環境がある。また、手紙の依頼があると、職員がポストへ投函している。		
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	リビングの日当たりが良いので、夏場など気温に配慮する必要がある。職員の体感温度ではなく、ご入居者様の体感温度に合わせるよう指導している。	窓が広く明るいリビングとなっており、日当りはカーテンで調節している。リビングにはソファや大きな机のほかに二人掛けの丸テーブルもあり、日中をここで過ごす入居者も多い。職員は室内で同時にいるんな音が混ざらないように配慮している。広い廊下には写真などが飾られている。手すりつきの階段を使用する方もいる。	
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	入居者間の関係なども、変わってきているので、今まで決まっていた席などを再度検討する必要がある。今後取り組む予定となっている。		
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	入居前に、ご本人の使い慣れたものを持ち込むようお願いしている。また、居室担当者が環境整備にあたっている。	カーテン、洗面、エアコン、クローゼットが完備されている。ご自宅からは、机、イス、カーペット、棚、テレビなどを持参されている。畳風にされている部屋では靴を脱ぎあがるようになっている。ADLの変化により、手すりやポータブル、起き上がりセンサー、ベッドから車いすに移乗するためのスライドボードを導入している。入居者は居室担当者とともに掃除、整理整頓、衣替えを行っている。	
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	アセスメント、モニタリングより常に分析し、処遇の変更や、出来る事、分かる事への視点を持つよう指導している。		