

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	1290100021		
法人名	株式会社ツクイ		
事業所名	ツクイ蘇我グループホーム		
所在地	千葉県千葉市中央区南町3-3-15		
自己評価作成日	平成29年2月16日	評価結果市町村受理日	平成29年4月14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.kaijokensaku.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29年3月15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)】

往診医との連携において、ホームでの看取りにも積極的に取り組んでおります。生活リハビリを中心とし、ご家族様の意向にも沿い、在宅復帰した方も1名ですがおります。現在入居している方も在宅復帰を目標としていることから、支援方法として取り入れ実施しているところ です。

【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)】

最寄りのJR蘇我駅から徒歩で10分ほど、末広通りに面した住宅街の一角に溶け込んだ、2ユニット2階建てのホームです。買物や訪問などに便利な場所にあります。内部は全体的に明るく、ゆったりしており開放感があります。開設後11年になりますが、フロア、浴場、トイレなど綺麗に保たれ清潔感があります。「海のような大きな心で、空のような大きな心で。・自由・笑顔・ゆとり・地域・家族」の理念を、全職員は共有し、家庭的な雰囲気の中で利用者個々の思いを尊重した介護が定着しています。また利用者の残存機能を生かし、時間がかかってもできることは余裕をもって見守る支援に努めています。今年看護士の職員と医師の連携のもと2名の看取りを行い、医療体制も充実し、家族に安心感があり感謝されています。

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、生き活きと働いている (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	各階の事務室内に基本理念を掲示している。	地域密着型の意義を織り込んだ理念を、各事務所のタイムカードの上やパンフレットにも掲げ、月1回の全体会議時に研修も兼ね、確認・共有し日頃のサービス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	ホーム周辺のゴミ拾いや散歩時におけるゴミ拾いなどをお客様と行うことがある。近隣のコンビニは緊急時の避難場所としてお願いしている。	傾聴、囲碁将棋、アコーディオン、フラメンコなどのボランティアを定期的に受け入れています。また地域のガールスカウトも合唱や作品作りに訪れるなど、地域の交流も活発に行っています。	
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	H29年1月に「認知症サポーター養成講座」を開催。 地域の方々に認知症を正しく理解頂ける様今後も継続し貢献したいと考えている。		
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	ご家族様・自治会長・包括の方に参加して頂き2か月に一回実施している。	会議は、地域包括支援センター、自治会長、家族代表、利用者、職員などの参加で年6回開催しています。活動、行事、ヒヤリハット報告の他、毎回テーマを決め(防犯カメラの設置、救急法、看取りなど)話し合い、参加者からの貴重な意見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	分からない事や必要に応じて連絡し、指示仰ぎ対応している。	市・区の担当課とは、常に連絡を取り合い、アドバイスを貰っています。運営推進会議にも地域包括支援センターの出席があり、助言を貰うなど信頼関係が築かれています。千葉県グループホーム連絡会に管理者が参加し意見交換をしています。	
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	外部研修への参加・内部での研修の実施を行いながら、日々の支援の中で特にスピーチロックをしていないかといった点に職員間で注意しあい、防止に努めている。	身体拘束排除を玄関に掲示し、管理者が講師になり、年間研修計画に沿って社内研修を実施し徹底を図っています。職員も理解するよう努めています。玄関は施錠せず、各ユニット間は施錠していますが、職員が見守りをして拘束感を抱かせぬようフォローしています。	
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	身体拘束同様、日々の支援の中で職員間で注意しあうことを心がけている。必要に応じて、管理者との面談も設けている。		

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
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	現在は「成年後見制度」を利用される入居者様はいない。利用の必要があればすぐに利用出来る体制は整えている。		
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	契約時に必要な書類を事前に準備し、ご家族様と共に内容を確認しながら説明を行い契約の締結をしている。		
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	お客様とは日々の支援の中で汲み取る様に努めている。またご家族様を介して聞けることもある為、ご家族様の面会時など聞く様になっている。必要に応じてメールや電話で直接連絡を頂けることもある。	家族からは、運営推進会議や行事開催時、来訪時などで意見・要望を聴き運営に反映するように努めています。また外部評価の家族アンケートでも「家族の話をよく聞き要望を柔軟に対応してくれる」と好評です。利用者については、日頃の触れ合いの中から、思いや願いを汲み取り対応しています。	
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	朝礼や申し送り時において、職員からの意見が聞かれることがあり、汲み取るように努めている。日常会話の中で比較的意見をいう職員が多い様に感じる。	管理者は、職員から普段の対応の中や、朝礼、申し送り時、月1回の全体会議などで意見を聴き運営に反映しています。また適時個人面談も実施しています。本部に「こころのやすらぎ相談窓口」もあり意見を言いやすい体制もできています。	
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	契約更新時の面談実施・毎月のシフト作成時において本人からの申し出や必要に応じて管理者判断で本人と話あう事もある。 職員から「時間ありますか」と言ってくる事もあり、必ず時間を作る様にしている。		
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	本社での入社オリエンテーションや巡回研修への参加・千葉市社会福祉研修センター主催の研修や認知症実践者研修等にも参加している。		
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	近隣の同業他社のGH管理者さんと電話や直接訪問での情報交換・交流を図っている。GH連絡会に加入し、研修への参加や電話での情報交換・共有に努めている。		

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
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	直接、ご本人様と事前面談を実施している。必要に応じて、ご家族様・相談員・ケアマネと連絡をとることもある。		
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	問い合わせや見学時において伺う事が多いが、その後電話での相談なども随時対応している。		
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	居宅ケアマネ・老健など他施設からの紹介での入居も多く、必要としている「その時」に応じた支援が出来る様心がけている。		
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	本人のできること・できていること・声を掛ければできることなどを個別で確認・把握した上で、本人に実践してもらう様に支援している。		
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	状態や状況など必要に応じて電話連絡し、相談し決めることが多い。看取りを取り組んだ際に、家族の想いというのはより汲み取る必要があると実感した。		
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	親戚の方や働いていた時の知人が面会に来ている。本人が直接、手紙のやり取りをしており、毎年、年賀状が何枚も届く方もいる。	面会者は居室やフロアなどくつろげる空間で談笑しています。家族と故郷へ旅行したり、自宅に戻って泊まることもあります。遠方からの面会者もあり、気軽に訪れることのできるホームです。	
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	初めはスタッフが間に入るが、共に仲間意識は生まれている様子が伺える。体調不良でフロアに来れなかった方がいない事に対し「あの方どこか行ってしまったの？」と心配する声が聞かれることもあった。		

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	退去後に手紙などがある場合には対応している。ご家族からの連絡があった時にも対応している。		
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	常に本人の状態を把握し、何気ない一言なども拾うように心がけている。対応する職員によっても反応が違うので拾った情報は職員間で共有している。	家族からの情報や職員の気づきを共有することにより利用者の思いをキャッチするよう努めています。興味のあることや昔のことを話題にして言葉を引き出すなどの工夫をしています。	
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	独居の方については本人からの情報が主であるが、ご家族様から聞ける場合は聞いている。写真や使用していた食器類なども持ってきて頂き継続して使用して貰っている。		
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	入居直後・数週間後・数ヵ月後など生活を送っていく経過の中での状態把握を実施している。		
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	3ヶ月に1回のカンファレンスや状態に応じ随時行っている。 介護計画書作成時には、本人・ご家族・主治医・看護師の意見も取り入れている。	入居後約1か月間の暮らしぶりを観察し、介護計画を作成しています。本人・家族やかかりつけ医などの関係者からの情報をもとに課題を抽出し、支援の方向性を定めて計画を作成します。3か月ごとにモニタリングし、変化時、更新時には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	一日ごとの状態を個人経過記録として記載している。 朝礼は1・2階合同で行い情報交換している。各階でも申し送りしている。情報を活用し介護計画書の見直しを行う時もある。		
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	状態の変化に応じてその都度新しいニーズが生まれてくる。その為、他職種との情報交換は必須である。本人にとって必要な支援は何かと考えること念頭にしている。		

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	千葉市や地域の情報の収集に力を入れている。包括支援センターの方からの情報も活用している。		
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	本人・ご家族により希望される医療機関が異なる為、よく話し合って納得のいく形をとる様にして貰っている。 往診への切替は状態に応じて家族と協議の上決めている。 その上で、ホームでの状態を正確に医師に伝える努力をしている。	本人・家族の了解のもとで3か所の訪問診療を利用しています。月に2回の往診と看護師の健康チェックにより健康を管理しています。医師間の情報共有を含めて医療連携が取れていることは大きな安心につながっています。	
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	常に介護職は、情報や気づきを看護師に伝えている。緊急時など必要に応じて連絡し、報告相談・指示を仰ぐ。往診時には必ず、主治医に状態報告を行っている。		
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。	入院時には『千葉県オレンジ連携シート』を作成し情報を提供し、退院時には病院からの『サマリー』を貰っている。 退院後ホームでの生活がスムーズに送れる様に密に連絡し共有に努めている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	意思確認出来る方については、延命治療の可否を確認しておく。本人だけでなく、家族の意向も確認し、必要に応じた支援の提供を行う。その上で、重度化や終末期になったときに「看取りに係る同意書」の説明及び同意を得、支援方法・方向性を決め取り組む。	入居時に「重度化した場合の対応に係る指針」を本人・家族に示して同意を得ています。終末期には家族・医療と十分に話し合い、連携を取っています。看取りに向けての体制を整え、最近では2名の看取りを行っています。	
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	職員によって多少の個人差はある。急変や事故発生時の対応や手当ては、全職員が一定レベルの対応ができるように研修を行っている。		
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	年2回避難訓練の実施・夜間想定避難訓練も実施している。また、万が一のための備蓄もしている。ご近所には「何かあったらお力添えをお願いします。」と依頼している。	消防署立会を含め年2回火災・災害時の避難訓練を実施しています。スプリンクラー、消火器、通報装置等必要な防火設備は整っています。緊急時の対応表や連絡表も掲示されています。備蓄も3日分保管されています。	高齢化に伴い、地域の協力体制が必要だと思われます。消防署、自治会合同による災害避難訓練の実施が期待されます。また備蓄についても、数量・内容の見直しが見込まれます。

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	特に、排泄や入浴時の羞恥心への配慮には十分気をつけている。個人情報情報の漏洩や個人情報情報の乱用によるプライバシー侵害を起こさない様に研修でも伝達している。	個人のファイル、薬は鍵のかかる棚に保管し個人情報情報の保護を徹底しています。利用者の尊厳を守るための研修を行い、プライバシー保護や羞恥心について気づいたことがあれば都度指導しています。また職員は自己評価を行い、支援の適性を確認しています。	
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	一対一での関る(入浴介助時や居室への入室時など)機会や食事時など本人から本人の意向が聞き取りやすい環境を作り、本人の希望思いが表出できる様努めている。		
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、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	起床時間や食事の時間は本人の体調などに配慮した上で、時間に幅を持たせ提供している。 入浴等においても受診・外出に合わせて順応に対応している。		
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	本人の持っている衣類の中から、自分で選ぶ方については入浴準備など含めて選んで頂いている。支援が必要な方は一緒に確認し、本人が選択出来る様な声かけし対応している。		
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	食材は業者配達にて、季節ごとのイベント食も献立に組みこまれている。それ以外で、お客様からの要望で出前(寿司・ピザなど)や外食に出かけることもある。食事を作る際にも、切ったり炒めたり、食器洗い・拭き等も実践している。	利用者の状態を見極めながら、食材を切ったり下ごしらえをするなどできることを行っています。食事中はTVを消してBGMを流し、職員と談笑しながら食べています。ピザや寿司の出前、外食、おやつ作りなど食を楽しむ工夫をしています。	
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	定期受診時において主治医から検査結果などを踏まえて必要な栄養素を取る様になどの指導がある。水分量も主治医指示にて制限を行うこともある。食事・水分量は毎食確認し集計管理している。		
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	自分で出来る方は声かけにて促し、支援が必要な方については口腔内の状態を確認した上で口腔ケアを実施している。必要に応じて、訪問歯科による義歯調整・口腔内清掃・虫歯治療を依頼している。		

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	看取り期の方以外の殆どの方は、トイレ排泄を基本としている。時間での声かけ・誘導を行い、自立に向けた支援を目標とし取り組んでいる。夜間を対象の方のみオムツ使用しているが、ポータブルトイレや尿器でも対応している。	排泄が全介助だった人が、車椅子での自走が可能になりトイレでの排泄ができるようになった例があります。また、適切な誘導と声かけにより失禁が減るなどの改善例もあり、排泄の自立に努めていることがわかります。	
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	排便コントロールは精神状態へも影響することから、看護師・主治医と相談しながら内服薬の調整を行っている。食事では、野菜類やおやつ時に乳製品・バナナを提供している。		
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	週2～3回を目安とし、血圧・体温・気分などを本人の体調を考慮した上で入浴を実施。本人の要望があれば毎日の入浴も支援している。季節に応じた菖蒲湯・ゆず湯なども行う。	希望があれば毎日でも入浴できますが、清潔の保持とともに皮膚の乾燥を防ぐことも考慮して入浴の頻度を考えています。入浴時間は30～50分と余裕をもっており、利用者が自分でできることを行えるよう「見守る」支援をしています。	
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	自宅・他施設・病院からの入居といった流れは違うが、自宅で使用していた寝具(毛布・枕・タオルなど)を持ち込んで頂き、本人の安心感へ繋げる様にしている。		
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	居宅療養管理指導に入って頂き、残薬の管理や飲み方・錠剤が飲めない方などへは粉末への変更など随時対応して貰い、本人にあった服薬方法で支援している。		
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	編み物が好きな方は居室で行っていたり、書道レクにおいては絵や詩をかいったりと個々の趣味を継続してと行っている。読書が好きな方の為に定期的に雑誌や本を購入し読む時間を設けている。		
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	天気が良い時は散歩やスーパー・コンビニと近隣のお店に行き、自分で欲しい物を選び購入することもある。スタッフが多くの時は車を使用し、ドライブや大型スーパー行き散策してくることもある。園芸も定期的の実施し、昨年はピーマンやトマト・サトイモの収穫もした。	近くを散歩したり、中庭でお茶をするなど個々の気分や状態に合わせて外出を支援しています。週末は職員の配置を多くしてドライブに出かけ、大型スーパーで歩行訓練を兼ねてショッピングを楽しむこともあります。季節の花見や初詣などの年間行事も楽しいひと時です。	

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
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	立替金にて原則所持はしていない。本人からの要望や必要なものがあれば立替にて購入している。支払い時には自分で支払う事が可能であればお金を渡し払って頂くこともある。		
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	本人希望にてご家族様に電話連絡している。現在ははないが、携帯電話を使用している方もいた。年賀状のやりとりも継続して行っている方もいる。		
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	天候などによって照明の調整、温度・湿度毎日確認し、乾燥している時期は加湿器やタオルなどで調整している。季節感を感じられる様に、時期ごとに合わせた掲示物をお客様と共に製作し掲示している。	明るいリビング兼食堂は、広くゆったりしており、畳敷きの間もあり、座席の配置など利用者が居心地良く過ごせるように配慮されています。厨房が一体となっているので、調理の匂いや音で生活感が感じられます。壁には利用者の習字、雛祭りの折り紙などが飾られています。室内環境や臭い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	リビング内の座席は決まってはいるが、レクやお客様同士の雑談時には自由に座れる様にしている。和室部分にも腰をかけて洗濯物たたみ等行える様になっている。		
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	備え付けの備品以外は、持ち込みにて本人が使用していた物を入居時に持参して頂けるよう依頼している。転倒リスクの高い方はご家族様と相談した上でセンサーマット使用・ベッドなどの配置交換も必要に応じて実施している。	清潔でゆったりした居室は、エアコン、カーテン、クローゼット、壁掛けピクチャーが備え付けです。利用者は机、ダンス、テレビ、ぬいぐるみ、家族の写真など、馴染みの物を持ち込み居心地良く過ごしています。大きな名前と笑顔の写真入りの名札は、ホームの温かさを感じさせます。	
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	本人の出来る事見出します「やってみよう」と出来ない場合でも「ここまででは出来るかな?」と本人と考えながら実践している。		