

### 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	1290900628		
法人名	有限会社 アキラ建設		
事業所名	グループホーム楽家 薬園台		
所在地	千葉県船橋市薬園台1-18-8		
自己評価作成日	平成28年7月20日	評価結果市町村受理日	平成28年9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.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	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28年8月29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)】

職員育成のため月に1度内部、外部研修を行い、入居者への接遇面の強化、介護技術の向上、認知症への対応や理解を深めている。また日々の生活の中でご入居者一人ひとりの生活歴や残存能力を活かした園芸や家庭菜園、壁面創作などを行っている。施設内だけでなく、施設周辺の散歩、ドライブ、近くにあるスーパーやコンビニへ買い物、個別外出や、少人数での外食など屋外での活動を行い、その方に合ったケアプランの作成と支援を実施している。それ以外にも時季に沿った行事や、地域のイベントも参加され楽しんで頂く。

【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)】

新京成線薬園台駅より、徒歩で5分ほど、成田街道に面した住宅街に立地し、グループホーム専用に建てられた、訪問や買物に便利な3階建てのホームです。  
「家庭的な雰囲気」「尊厳を守り、自己決定を尊重」「地域コミュニティの中で、その人らしい生活」と3項目の理念を、管理者はじめ職員が共有し、開設2年目ですがその実現に向けて、家庭的な雰囲気の中で、明るく元気に笑顔で利用者に接し、利用者個々の思いに沿ったケアを実践しています。今回実施した家族アンケートでも職員の柔軟な温かい対応などに高い評価を得ています。  
2ユニットのホームは、1階と2階に分かれていますが、行事やボランティアの来訪時だけでなく、日常的に上下で行き来して、気の合う利用者同士が自由に交流できる良さがあります。

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広がったり深まり、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、生き生きと働いている (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	理念に「家庭的な雰囲気」「尊厳を守り、自己決定を尊重」「地域コミュニティの中で、その人らしい生活」を実現するための援助を掲げています。管理者・職員は毎日のミーティング時に情報を確認し、共有してサービスに実践しています。	地域密着型サービスの意義を踏まえた3項目の理念を玄関、各ユニットなどに掲げ、毎日のミーティングや月1回の職員会議で唱和確認し、日頃の活動の中で日々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	平成27年7月より薬園台自治会に加入しました。また、平成28年6月の運営推進会に町会連合会長に参加して頂いた際に、近くの神社でのゴミ拾いなどの詳細日時を伺い、現在検討段階です。	自治会に加入し、夏祭りなどの行事には積極的に参加しています。また定期的に音楽ボランティアや専門学校生の2週間の実習受け入れなど、地域との交流拡大を図っています。	
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	地域の方にグループホームに訪問・見学して頂き、理解していただくように努めています。		
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	現状として3か月に1度開催しており、施設の近況報告、入居者情報、外部・内部での研修内容を添付しております。また、活動状況報告や避難訓練実施報告を記載しております。また、地域貢献のための意見交換を町会連合会会長(民生委員兼務)、家族、利用者、職員で話し合っております。	会議は、地域包括支援センター、民生委員、家族、利用者、職員等で年4回のペースで開催しています。議題はグループホームの近況報告(行事、職員研修、避難訓練等)の他、グループホームから地域に貢献できる事はないかなど話し合いが行われ、参加者からの意見をサービスに活かしています。	運営推進会議は、年6回以上の開催が望ましいとされています。年間行事日程の中に織り込み、地域包括支援センター、自治会長などと連携を深め目標に近づけていくことが望まれます。
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取り組んでいる	市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、相談にのって頂いております。運営推進会議やグループホーム連絡会に参加し、情報を収集し運営に役立てています。	市の関係各課とは、常に連絡を取り合い、相談に乗って貰っています。運営推進会議にも地域包括支援センターの出席があり良好な関係を築いています。また市のグループホーム連絡会にも、管理者が参加し意見交換の機会を持っています。	
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	身体拘束排除の方針を掲げ、マニュアルを作成。また、過去に実際に行われた身体拘束の写真などを用いた研修を行い、職員に周知し身体拘束を行わないケアに取り組んでいます。	身体拘束排除の方針として掲げ、社内外の研修を実施し、職員に周知徹底を図っています。玄関は交通量の多い成田街道に面しているため施錠していますが、拘束感を抱かせぬよう各ユニット間の施錠はしていません。	
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	内部研修を行い、態度、言葉づかい等においても注意を払い、職員会議の時間や連絡ノートを用いて、虐待に繋がらないように配慮しています。		

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
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	権利擁護の考え方について事業所内で研修を行っています。現在、成年後見制度の対象者が入居されています。		
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	契約時に利用者・家族の方からの質問、疑問について理解されるように説明をしています。また、入居前には必ず見学にてホームの雰囲気を見てもらい決定して頂くようにしています。		
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	職員は家族の訪問時に直接意見を聞いたり、年1回の家族会や運営推進会議で意見を聞き、運営に反映しています。実施例は在宅往診時、家族にも立ち会って頂き説明を聞いて頂いております。	家族からは、訪問時、各種行事(納涼祭、敬老会)、運営推進会議などで意見・要望を聴き運営に反映するように努めています。また外部評価の際に実施する、家族アンケートについても貴重な意見として参考にしています。利用者については日頃のケアの中で意向の把握をしています。	
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	管理者は職員から毎朝のミーティングや職員会議で意見を聞き運営に反映しています。平成28年7月には駐車場が遠いとの提案があり、その際には近くの駐車場と契約を結ぶなどを行いました。	管理者は、日頃の対応、ミーティングや職員会議の中で、職員の意見・要望を聴き運営に反映させています。また運営法人代表者との個人面談が年2回あり、何でも言いやすい環境が整っています。	
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	人事考課表の作成、必要に応じ職員との面接を行い個々の意見や思いを聞いています。研修にも参加できるように配慮し、働きやすい環境になるよう努めています。		
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	外部研修・内部研修に参加を促し、研修参加時には研修レポートによる伝達講習を行い必要に応じその場で指導を行い介護者における勉強会を行っています。		
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	グループホーム連絡協議会に参加、地域のネットワークに参加し交流を図っています。サービス向上につなげるよう努めています。		

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
<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	ご本人の生活歴や性格等を把握し、その人に合う話し方、接し方に心がけ、会話や表情からご本人が安心できる声掛けや対応に努めています。		
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	面会等で来られた時には、こちらから必ず声をかけさせて頂き、ご利用者の説明や状態の変化をお話し、要望等を気軽に聞けるよう心掛けています。		
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	ご本人からの情報やご家族からの情報を基にどのように支援をすればよいか、何が必要かを話し合いながら対応するよう努めています。		
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	その方の立場に立ち一方的にならないよう、出来る方には掃除や食器洗い、洗濯物等を生活感が持てるよう職員と一緒にしています。		
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	外泊やご家族と一緒に外出される方もおられ、月に何回も面会に来られる方もおられます。必要に応じてご家族の方と連絡を取り、ご本人の生活の様子を伝えています。		
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	ご家族や関係者等がいつでも自由に訪問できるよう受け入れ時間、雰囲気かできています。行きつけの美容院に行かれる方もいらっしゃいます。ご家族との外出、買い物などに行かれる方もいらっしゃいます。	家族と共に、たまに孫やひ孫が来訪し利用者の喜びとなっています。入居前に近所だった人が来て懇談する人もいます。また家族と一緒に墓参りや外出・買い物をする人もいて、今までの関係が継続できるよう支援に努めています。	
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	レクリエーションや共同作業(作品作り)において関わりや協力ができるように心掛けています。職員はその雰囲気作りにも努めています。また、天気の良い日は屋上で利用者同士の関わりが持てるように、お茶会や体操を行っています。		

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
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	入院された時はお見舞いに伺います。また、他施設等へ移られた場合でも面会に伺う場合があります。必要に応じてご本人・ご家族をフォローし、相談や支援に努めています。		
<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	ご本人やご家族から聞き取り、思いや暮らし方の希望、意向の把握をし、日常の支援に活かすよう毎朝のミーティングや職員会議時に確認しています。また、把握が困難な場合にはご本人に話しかけ把握に努めています。	コミュニケーションが取れる利用者が多く、職員が声かけて「YesかNo」の意向は確認できる状況です。ヨーグルトが好きな利用者の要望や新聞を取りたい要望に応えるなど、個々の意向に添った支援を心がけています。	
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	ご本人やご家族からの情報で生活歴や暮らし方を把握し、また、困難な場合にはご本人に話しかけ回想法を行い把握に努めています。		
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	日常の暮らし方や表情、身体的変化を見ながら何ができて何が困難になったのかを見極めながら現状の把握に努めています。		
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	介護計画は介護支援専門員または、介護計画作成担当者が3か月に1回のカンファレンスを行い職員と相談し、本人の意向を基に、ご家族の意向も取り入れ担当医からの診療情報提供書の情報を織り込みながら作成しています。	介護計画は計画作成者を中心に、本人や家族の意向を尊重し、担当医や看護師の意見を織り込み、職員と話し合い3か月に1回のカンファレンスで作成しています。体調変化時や退院時等には随時の見直しも行っています。	
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	日常の様子や身体変化等、ご本人の様子を毎日個別に記録し把握に努めています。連絡ノートの利用や朝のミーティング時に職員間で共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしています。		
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	生活保護者の受け入れや身寄りのいない方の受け入れを行っています。		

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
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	行事には、月に一度ボランティア(歌謡・日本舞踊、フラダンスなど)が来所してください。		
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	在宅往診医(主治医)月2回の訪問往診により日頃の体調管理に留意しています。初回往診時にはご家族も立ち会って説明を聞いて頂きました。身体的変化があれば24時間随時対応でき、指示を仰ぐことができます。	往診医は月2回来訪して利用者の健康管理・維持に努めています。看護師は週1回来訪し、バイタルだけでなく健康相談や身体的変化の対応にも応じています。歯科は訪問歯科と歯科衛生士が共に来て、必要に応じて口腔内のケアや義歯の調整等を行っています。	
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	週1回の訪問により身体的変化や対応等の相談や指示を受けることができます。		
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。	入院時は、在宅往診医(主治医)による紹介状や診療情報提供書等による情報提供を行っており、また、退院支援においては、ソーシャルワーカーとの連携を行いできるだけ早期に退院できるように調整を行っています。また、主治医との連携も行っています。		
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、事業所の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・入所時にご本人、ご家族と終末期について話し合い、終末期意向確認書を交わしています。また、体調の変化に伴い再度意向を確認し希望があれば看取りも受ける体制ができています。緊急時の対応マニュアルを職員が何時でも見れるように設置しています。研修を行い看取りへの意識向上につなげております。	契約時に本人や家族と話し合い「終末期医療確認書」を交わしています。看取りのマニュアルや「看取り介護の援助手順」が具体的に細かく記載され、職員間での情報の共有ができています。常時医療行為が必要となった場合は、入院となります。管理者に看取りの経験があり、職員の安心感に繋がっています。	
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	急変や事故発生時に備えて緊急対応マニュアルに基づきすべての職員が実践できるよう教育をしています。また、ヒヤリハット検討会を開き事故の推移を調査し二次予防に努めています。		
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回消防避難訓練を実施しており、スプリンクラー、消火器、非常口、緊急通報装置が設備されています。又近くに了解を得て避難所も確保しています。緊急時対応表、連絡先があります。また、災害時の為に食料を7日分備蓄しております。また、カセットコンロ、ガスボンベ、ブルーシートの準備をしています。	消防署の立会を含め年2回の通報・消火・避難訓練(夜間想定を含む)を実施しています。スプリンクラー、消火器など必要な防火設備は整っています。緊急時対応表、連絡網も整備されています。また地域住民の避難・受け入れも想定し備蓄を7日分に増やしました。	高齢者も多いので、利用者の誘導等実際に即した災害・避難訓練を、消防署と地域住民(自治会)と連携し合同で実施することが期待されます。

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	個々の人格を尊重しています。あまり堅苦しくならないように家庭的な雰囲気を大切にしています。虐待防止研修においても、下の名前で呼ぶ事のないよう周知し、誇りやプライバシーを損ねない声掛けで対応をしています。	「認知症の理解シート」を作成し「して欲しい事(例えば否定しない)、して欲しくない事(例えば急がせる事)」を職員が記入し、支援に活かしています。トイレ誘導の時に他の利用者に気づかれないようにプライバシーに配慮をしています。	
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	日常会話の中から思いや希望を聞くよう心掛け、散歩や体操、レクリエーション等も強制することなく意思を確認できるような声掛けを行うよう心掛けています。		
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	起床から就寝まで日常生活において原則とか規制はなく、かきねのない生活をして頂き、ご本人のその日の状態やペースに合わせて生活して頂き、支援を行っています。		
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	ご本人により好きな色・形の洋服をきておられます。また困難な方は職員によりその方が引き立つような工夫をしています。また衣類による体温調節も心掛けています。		
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	食事のメニューは、1か月分を作成し調理の担当職員が買い物から調理まで行っています。出来る利用者は職員と一緒に下膳や食器を拭いたり手伝っています。また、食事中はテレビを消しBGMを流したり雰囲気作りにも配慮しています。	利用者一人ひとりの食食用トレーに「おしぼり」を置く気遣いをしています。食事介助が必要な人もいますが、自立の人が多く、声かけや見守りをしています。盛り付けや下膳を進んで手伝っている人が見られました。また10時と3時にはティータイムを設け、水分不足にならないように配慮しています。	
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	1日1600kcalを目安に献立が考えられています。食事は身体や口腔の状態に合わせ、ご飯、おかゆ、キザミ、一口大に切る等の工夫をしています。水分不足にならないよう水分チェックも行っています。また、食が細い方には主治医に相談し、栄養補助食の補給を行っています。		
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	食事後には口腔ケアを行います。残菌のある方はケアに注意し清潔にしています。また口腔内の炎症や義歯の調整等において訪問歯科に来てもらい医師の指示を仰いでいます。		

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	排泄チェック表から時間を見て一人一人に合った排泄支援を行っており、自立の方、訴え時誘導の方、時間での誘導の方がおられます。排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄に心掛けています。また、清潔保持に努めています。	入居時には失禁が多かった人が、排泄パターンの把握から失禁が減り、本人の不快感も減り喜ばれました。また退院時はオムツだった人が、排泄パターンから少し早目の誘導により、時間はかかってもリハビリパンツに向上した例があり、自立支援の向上にも努めています。	
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	排泄表に毎日記録を行い排便の確認をしています。水分や運動(腹圧のかけかた)により便秘予防をしていますが便秘が続く場合には医師の指示により薬の内服を行うようにしています。		
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	入浴は、週2回で「月・木、火・金」の午前中に4～5人が入浴しています。午後に定期往診等や、レク、体操、散歩、買い物等を行うため、午前中に一人ずつ個浴で対応しています。洗身・洗髪もその人に合った支援を行っています。季節感が持てるように5月にはしょうぶ湯を行ったり、12月にはゆず湯にしたり工夫をしています。	入浴拒否の人に対して、声かけの職員を代える、時間をずらす、翌日に延ばす等、入浴して貰えるように配慮しています。翌日に延ばしても無理な場合は清拭に切り替えています。要望があれば同性介護で行っています。また冬場は温度差がないように、事前に風呂場や脱衣所の温度調節を行っています。	
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	その日の状況や変化に応じ、起床や就寝時間を見極めた対応をしています。夜間、居室の電気も、その方の希望に合わせて対応していますので安心して休むことができます。		
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	薬は、鍵の掛かる事務所で管理し服用前に個別のケースに配役し提供しています。個々の薬の用法・効果・注意書きがすぐわかるようにしています。薬の処方変更時には医師より説明を受け、服薬の前には日付、名前の確認等を行い安全に服用出来るように心掛け、症状の変化の観察を行っています。		
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	入居者様のその日の体調に合わせて役割(掃除・洗濯干し洗濯たたみ等)、趣味(塗り絵・切り絵・花の水やり)を生かし生活できるように支援しています。また、屋上に上がり気分転換をしています。		
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	利用者は、暑い日を除いて天気の良い日には散歩に出かけています。お小遣いを持って買い物に行ったりしています。また、屋上に上がり、お茶やおやつを食べたり気分転換しています。また、近くのファミリーレストランなどへも外食を楽しんで頂けるようにしています。	散歩は約20分間出かけています。また散歩時に買い物をする場合もあります。広いスペースの屋上に長椅子を置き日光浴や外気浴が楽しめます。初詣は近隣の神社に出かけ、花見は薬円台公園に行く等、外出や外食支援を行っています。ホーム内には利用者の笑顔あふれる写真が掲示されていました。	

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
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	現在、ご本人が所持管理出来る方は、1名のみです。他の入居者様はご家族より預かり出納帳にて管理しています。		
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	電話はいつでも使えるよう配慮しています。携帯電話使用も可能にしています。手紙や葉書を書かれたときは職員が預かり投函しています。		
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	リビング、食堂、台所が一つの部屋となっており、テレビは壁掛けになっています。料理の匂いが楽しめます。空調管理も行い適温になるようにしています。ホーム内の環境美化に努め、トイレも臭いのないように十分心掛け不快な空間にならないようにしています。季節の花の壁面などを入居者と共に作成しています。	リビング兼食堂は、明るく清潔で、利用者がゆったりとくつろげるように、ソファや畳部屋もあり居心地良く過ごせるようになっています。厨房が一体となっているので匂いや音が身近に感じ生活感があります。壁には思い出の笑顔の写真や、季節に合わせて朝顔やアジサイの切り絵が飾られ季節感があります。空調も完備され、室温や臭いにも配慮されています。	
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	共用空間では、リビングのソファに座り、くつろぐ方、それぞれの方の居場所があり、個別に対応しています。職員・入居者とのコミュニケーションを設けています。		
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	利用者は自分のなじみの物を部屋に持ち込み、自分の家のように居心地よく過ごしています。	広い居室は、エアコン、クローゼット、カーテン、介護用ベッド、ナースコールが備え付けになっています。利用者は使い慣れた馴染みの物を持ち込み、自宅に居るように居心地良く過ごしています。壁には誕生日に居室担当者からの色紙が飾られ、温かい気遣いが感じられます。	
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	廊下や出入口には極力、障害物を置かないよう安全に心掛け、洗面道具や湯飲み等のすべてに名前を貼り手に届くところに置くようにし、自分の所持品と分かるようにいつも同じ場所に置くようにしております。		