

### 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	1291700035		
法人名	(有)ドリー夢		
事業所名	グループホームシャロームきこえ		
所在地	千葉県佐倉市染井野4-5-4		
自己評価作成日	平成29年10月15日	評価結果市町村受理日	平成29年12月18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.mhlw.go.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.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29年11月20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)】**

目の前に七井戸公園、徒歩圏内に商業施設。また閑静な住宅街の一角に位置しているという恵まれた環境を活かし、普段の生活の中でも自然と地域の人たちとの交流機会を持てるよう心掛けています。  
また、入所当初からのADLを維持できるよう日々生活にレクリエーション等を組み込んでおり、その結果、他のグループホームより平均介護度が低くなっています。  
そして、何よりも家庭的な雰囲気の中、入居者様とケアスタッフとの距離感を極力無くし、同じ目線で時間を共有していくよう各職員が心掛けています。

**【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)】**

京成臼井駅から車で5分ほど、商業地域が近く七井戸公園が目の前にあり、自然環境に恵まれ、訪問や散歩、買物に便利なホームです。同じ敷地内に有料老人ホーム・ディサービス・ショートステイなどの施設が併設され、消防避難訓練、給食、各種行事(夏祭り等)、人事交流、医療面などで連携して効率的に運営されています。  
法人共通の基本理念「尊厳」「自立」「社会参加」と、「地域から得た有益は、地域に還元する」という運営理念を掲げ、管理者やスタッフは共有し、利用者個々の思いを汲み取った家庭的な介護を定着させています。また看護師やベテランスタッフの存在が利用者に安心感を与えています。平均年齢86歳にもかかわらず介護度が低いこともあり、毎日の散歩や日常のリハビリ体操やレク活動などを積極的に行なって生活機能維持に努めています。

**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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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 (1F)	外部評価 (1F および 2F 全体)	
			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	「尊厳、自立、社会参加」という社内理念を踏まえ、その上でGH内で職員が共有するテーマ等をミーティング時で話し合う等の取り組みをおこなっている。	基本理念3項目(尊厳、自立、社会参加)と、地域密着型のサービスの意義を踏まえた運営理念を玄関に掲げ、管理者やスタッフは、月1回のミーティングなどで確認・共有し日頃のサービスの中で実践に心がけています。	
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	日課として公園への散歩に出ることで、地域の人たちとの交流を日常的に図っている。また、近隣保育園との交流会や職場体験実習の受け入れも行い、地域との繋がりを大切にしている。	地区の敬老会や七井戸公園の散歩を通して地域の人達との交流を図っています。ボランティア(ギター演奏・マジックショーなど)や中学校から職場体験実習生を受け入れています。また保育園の昼食会に招かれたり園児がホームに来るなど相互交流も図っています。	
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	実績なし		
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	近況報告、対応困難例等を発表し参加されている地域住民の方や家族へ、情報の公開、交換を意識して行っているが、サービスの向上に活かしているかは、今後の課題に思われる。	運営推進会議は、地域包括支援センター、民生委員、家族代表、法人代表、管理者などが参加し年6回開催しています。議題はホームの現状や行事報告の他時々話題などで、出された意見をサービスの向上に活かすように努めています。	
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	介護相談員の受け入れを行い、実際の様子を定期的に見学して頂いている。また、施設内で発生した事故については、市の規定に添って、その都度、報告をしている。	運営推進会議には毎回地域包括支援センターの出席があり、密接な協力関係が築かれています。また市から介護相談員1名を毎月受け入れており、市内のグループホーム連絡会では、出席する市の担当者から情報を得ています。	
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	年に一度「身体拘束とは何か?」という内容の施設内研修を行っている。また、管理者は、身体拘束廃止の外部研修を積極的に受けるようにしている。	身体拘束排除を謳い、マニュアルも作成されています。管理者は県主催の外部研修を受講し、内部研修を行い周知徹底に努めています。日中玄関やユニット間は施錠しておらず、スタッフの見守りで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	年に一度、虐待防止研修を施設内で行っている。		

自己	外部	項目	自己評価（1F）	外部評価（1F および 2F 全体）	
			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	1階の入居者、該当者なし。		
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	定期的に契約書の見直しを行い、追加が必要となった内容については、管理室より家族へ、説明を記載した手紙と同意書を送付している。また、直接、問い合わせがあった場合は、十分に説明をしている。		
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	家族会を開催し、近況報告及び、家族からの意見、要望を伺う機会を設けている。また、ケアプランについても、本人、家族の要望を伺い、ケアへ反映させるように心掛けている。	家族については、来訪時や年1回の家族会そして家族代表が参加する運営推進会議などで、直接意見・要望を聴き運営に反映させています。利用者については、介護相談員が月1回来訪し話を聴いています。	
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	「どんな施設を創っていききたいか？」という内容のアンケートを全職員に実施し、ミーティングで話し合った。	管理者は、就業時や月1回のミーティングやアンケートなどでスタッフの意見を聴いています。運営法人としても、常勤者会議や管理者会議などを開催し意見の吸い上げをしています。またスタッフとの関係もよく、普段から何でも言いやすい環境を作っています。	
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	常勤者会議等で年に2回ほど、個々に目標を設定させ、その後、一定期間を経たら、自己評価をさせる等、各自が向上心を持ち取り組めるように努めている。		
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	年4回、必須項目の施設内研修を実施。また、希望者には外部の研修も受講させている。		
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	2、3か月に一度のペースで市内のGH連絡会が開催されている。管理者、計画作成担当者は出席している、また、連絡会で得た情報は全職員に周知するように心がけている。		

自己	外部	項目	自己評価（1F）	外部評価（1F および 2F 全体）	
			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	入居から1か月間は本人のADL状況や精神面を把握するためにも、個人対応の時間をなるべく多く設けるようにしている。		
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	契約の際などに家族が一番困っていること、今後、施設に望むことを把握するように努め、また、家族や本人の不安解消のためにも、頻繁に施設へ来ていただくよう働きかけている。		
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	約一か月程度の介護計画を立て、次の段階で必要としている事的を絞っている。		
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	対、入居者として捉えるのではなく、「自分だったらどうしたいか？」と、自分に置き換えて接する事を心がけて、共に過ごすようにしている。		
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	月一回のお便りの他、年四回の活動内容を写真を添えて報告する事で、様子を共有してもらおう努めている。また、本人にとって、より家族の協力が必要と思われたら、その旨を家族に伝えている。		
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	家族以外の方の面会も快く応じている。また、家族の協力のもと、慣れ親しんだ自宅や、行きつけの店などの外出も可能なよう支援している。	家族はもちろん、以前に住んでいた近所の方が来訪し歓談しています。家族と一緒に自宅へ外出・外泊・旅行を楽しんでいる人もいます。法事やお墓参りに家族と出かける時もあります。馴染みの美容院に行ったり、教会に行く人もおり、継続した関係が築かれています。	
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	普段の生活の中での入居者同士の関わりを考慮し、その都度、リビングのテーブル席の配席等を配慮している。		

自己	外部	項目	自己評価（1F）	外部評価（1F および 2F 全体）	
			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	退所された入居者の家族から相談があれば、対応していくように心がけている。		
<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)	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	日頃も何気ない言葉から本人の希望や意向をくみ取り、言葉で表せない方からは、本人が望んでいるであろう部分で皆で話し合い検討している。	食事やお茶の時間に隣に座りたくない人が分かり、席順に工夫をしました。またお風呂を一人で入りたい希望の人には、必要な見守りだけにとどめ、プライバシーに配慮をしています。	
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	入居の際、本人、家族から生活背景を伺い、それをサービスに繋げていく努力をしている。		
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	本人のADL、体力、機能低下の状況、メンタル面に配慮した生活を組み立てている。		
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	時に担当者会議を開き、家族と情報共有すると共に意見を出し合い、介護計画に反映させている。	介護計画は、職員の日々のケア記録を元に作成しています。モニタリングは2か月に1回行い、利用者及び家族の満足度（5段階評価）を把握しています。退院時や著しく体力低下があった時などに素早く対応して見直しを行っています。	計画は、面会に来た人には直接、来ない人には郵送で説明していますが、今回実施した家族アンケートで「計画の説明は受けたが話し合っていない」とした人が4名あり、家族が話し合っていると認識する工夫が必要と思われます。
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	毎日の様子、出来事に対する反応など克明に記録し、月一回のミーティングなどで情報共有している。		
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	体力の低下や状況に応じたサービスを、その都度、連絡ノート、毎朝の申し送り、月一回のミーティング等を活用し、共通認識を持たせることで、取り組むように心がけている。		

自己	外部	項目	自己評価（1F）	外部評価（1F および 2F 全体）	
			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	時々の保育園の子供たちとの交流や、週数回の公園の散歩などを通じて地域の方々とのお話を楽しんでいる。		
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	医療面においては、ご家族様の選択を優先にしている。	訪問診療医師が2週間に1回来訪しています。訪問歯科には、希望する利用者がいれば、義歯の調整や口腔内のトラブル等で来訪して貰っています。家族が以前からのかかりつけ医の受診を希望する場合は、家族が付き添っています。	
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	ケース記録や日々の様子をもとに看護師に相談をしている。また、場合により、ケースミーティングで取り上げ、各職員から看護師へ報告している。		
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。	家族、病院との情報交換を看護師が中心となって行っている。		
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	入居契約時に「重度化の場合の指針について」を説明している。また、実際の生活の中で、病状等の変化がみられた場合は、その都度、家族と話し合いを行い、今後の指針について共有できるように取り組んでいる。	入居契約時に「重度化した場合における対応に係わる指針」を説明しています。重度化が進んできた場合は、主治医に相談し家族の意向確認をして、今後のより良い対応を話し合い、決めています。	
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	急変や事故発生時の対応についてのマニュアルを用意している。ミーティング時に確認を行っているが、定期的には行っていない。		
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（春、秋）、全部署での避難訓練、及び、通報訓練を実施している。また、社内にも、災害対応マニュアルを用意してある。	消防署指導のもと、併設の施設と合同で防火・避難訓練を年2回実施しています。スプリンクラー、自動通報装置、消火器などの必要な設備は整っており、災害対応マニュアルや連絡網は完備されています。備蓄は2日分程度しかありません。	高齢者や車いす使用者が多くいるので、消防署と地域住民と連携した合同の災害訓練が期待されます。又備蓄は5日以上が必要とされています。内容、数量共に見直すことが望まれます。

自己	外部	項目	自己評価（1F）	外部評価（1F および 2F 全体）	
			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	入居者一人、一人への言葉かけ以外にも、その人が持つコンプレックス等に配慮した対応を心がけている。	スタッフの対応に問題が生じた場合は「自分がそう言われたらどう思う」と問いかけています。排泄介助の声かけは、本人のそばで周りの人に気づかれない配慮をしています。頭髪がない人には、コンプレックスを持っているので、スカーフをかぶって貰うなどの工夫をしています。	
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	日常生活での関わりを通じ、入居者が自分の思いを伝えられるような雰囲気作りや、自分の思いを上手く伝えられない入居者に対しては、「はい」「いいえ」で答えられるよう、コミュニケーションの取り方を工夫している。		
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	一日の大まかな流れは、ある程度決まっているが、入居者の希望も汲み取り、可能な範囲で、本人のペースを優先していくよう心掛けている。		
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	ヘアスタイルなど、こだわりがある入居者には、それを維持できるよう努めている。		
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	現在の入居者のADLでは一緒に食事の準備を行うことは困難ではあるが、出来る範囲で、味噌汁に使う具材の下準備的な作業や、テーブル拭き等は入居者に依頼している。	同じ運営法人のデイサービス・ショートステイ・有料老人ホームが同じ敷地内にあり、別棟のキッチンで管理栄養士が栄養のバランスを考え献立を作成しています。ホームでは、ご飯をたき味噌汁を用意します。必要に応じて刻み食対応をしています。	
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	食事摂取量、水分摂取量を記録し把握に努めている。また、食欲不振、偏食等で栄養が偏っている入居者に対しては、代替として栄養補助飲料を導入している。		
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	毎食後、口腔ケアを行うよう声掛けをしている。誘導が必要な入居者には居室の洗面台まで誘導を行っている。口腔ケアについては全入居者が自力で可能。		

自己	外部	項目	自己評価（1F）	外部評価（1F および 2F 全体）	
			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	排泄の記録をケース用紙、また、バイタル表に記入し個々のパターンを把握するようにし、それを支援に繋げていくよう努めている。また、日々の排泄については、共通のメモ書きに記載し排泄失敗の防止に努めている。	介護度の低い利用者が多く、布パンツが約3割、あとは、失禁パンツやリハビリパンツの人がほとんどです。排泄パターンを把握してトイレ誘導し、トイレでの排泄支援に努めています。なるべく本人の意向に任せ、手伝いが必要な場合は、スタッフがフォローしています。	
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	排便チェック表を活用し、個々の排便状況を把握している。また、3日以上、排便がない時には、朝の申し送り看護師に報告している。水分摂取を促す、おやつに寒天ゼリーを提供するといった工夫も行っている。		
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	各ユニットの入浴日は決めてはあるが、外出等の個人的事情で入浴できない場合は、他ユニットで翌日、入浴してもらう。入浴の順番、タイミングは個人の事情や習慣を考慮して平等となるように心掛けている。	ユニット毎に入浴日は週3回(例えば1階は月、水、金)と決めています。体調不良等で入浴出来ない場合は、1階の利用者が2階のユニットで翌日に入ったり、臨機応変に対応しています。季節により、しょうぶ湯やゆず湯にし、たまに入浴剤を入れ、入浴を楽しめる支援に努めています。	
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	入床する時間は大半を入居者に任せている。なかには、認知症の症状ゆえに起こる不安や行動をとる入居者もいるが、本人が安心して、落ち着くまで、一緒に過ごす等の対応を可能な範囲で行うよう心掛けている。		
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	各個人のフェイスファイルに薬剤情報を挟み全員が確認できるようにしている。服薬する薬の変更があった際には、様子の変化について記録し、情報を共有できるように努めている。		
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	季節の行事やイベントを月に1回程おこない、単調な生活にならないように配慮している。また、日常生活の中でも、手伝い等を好まれる入居者には、手伝ってもらよう役割を持たすようにしている。		
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	日常的に散歩に出かけることで、施設外の人と交流が図れるように努めている。また、家族と入居者が一緒に出掛けることの意義を説明し推奨している。しかし、本人の本当に行きたい場所と家族の意向が必ずしも一致しているかは疑問ではある。	散歩は季節のいい時には、近隣の公園に約20分出かけています。初詣は近隣の神社へ、花見は七井戸公園(隣の公園)、ドライブは全員で印旛沼にチューリップを見に行き、秋には佐倉高校のコスモスを車窓から楽しむ等、外出支援に心がけています。	



自己	外部	項目	自己評価（1F）	外部評価（1F および 2F 全体）	
			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	以前は、家族の協力を得て、自由に使える多少のお金を所持していた入居者もいたが、現在は、入居者の認知症の進行に伴う症状から、見合わせている。		
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	新規入居後、生活に慣れるまでは、家族の了承を得て、本人が家族に連絡出来るよう支援している。その他、電話、手紙については要望があれば応じていく。		
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	共用スペースの照明については、入居者の落ち着くよう調整を任せている。また、時には、季節に応じた花を活けたり、リビング内に季節を意識した装飾品を飾るようにしている。	リビング兼食堂は、明るく、厨房と一体となっているので匂いや音で生活感があります。目の前に自然公園があり居ながらにして四季が感じられず。壁には利用者とスタッフが季節ごとに作成した作品が飾られています。管理者は、換気や照明にも気を配り、床暖房などで利用者が居心地良く過ごせるように配慮されています。	
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	食事の際のテーブルは、入居者同士の関係性に配慮した席を提案している。また、自由に過ごす時間には、特に場所を決めることはせずに、皆、好きな人や好きな場所で過ごしてもらっている。		
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	入居の際に使い慣れた家具等を用意出来るならお願いしている。また、生活上、必要になった家具等については、その都度、入居者の様子と共に、家族へ説明と相談を行っている。	綺麗な居室は適度な広さもあり、イス、時計、家族の写真、タンス、テレビ、仏壇など馴染みの物を持ち込み、自宅にいるように居心地良く過ごしています。ホームとしても、快適な環境で過ごせるように室温や臭いにも気を配っています。	
55		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	可能な限り、出来る事は自分で行なえるように、必要な箇所には、案内や簡単な説明を貼っている。（文字を読める人ばかりなので）		