

### 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	2019/3/1	評価結果市町村受理日	令和元年6月12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31年3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)】**

地域連携として4か所の往診医と連携し、ホームでの看取りを実施している。 2018年より自社の理学療法士の巡回にて、看護師を中心として機能訓練にも積極的に取り組んでいる。
---

**【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)】**

JR蘇我駅から徒歩5分ほどの交通の便利な場所にグループホーム専用にて建てられた2階建て2ユニットのホームで、訪問や買い物に便利です。 介護事業35年の経験を有し関東を中心に全国的に介護保険事業所を運営している法人の運営になるグループホームで、施設の管理者任せにせず、マニュアルの作成、運営推進会議の年間開催件数、その他ホーム運営に係るいろいろな点できめ細かな指導・支援があり、サービス面、設備面についての細かなチェック体制も整っており、高いサービス水準が確保されています。 週4日常勤の看護師が健康管理に携わり、従前からの内科医でも、4か所のクリニックの月2回の訪問診療を選ぶことも可能で、24時間オンコール体制により、今年も3人をホームで看取っています。
--

**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)	○ 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している (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
<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	各階の事務室内に掲示している。朝礼時に、唱和する様にし、共有に繋げている。	地域密着型サービスを考えた、5か条からなるホーム独自の理念や企業の経営理念を事務所内に掲示し、朝礼時に唱和することにより職員への周知を図り、日頃のケア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	傾聴ボランティア定期受け入れをしている。地域のガールスカウトが来訪し交流をしている。	町内会に加入しており、自治会長が運営推進会議に出席してくれます。地域のお祭りに利用者も出かけたり、散歩中に出会う人達と挨拶を交わす等交流に努める他、傾聴ボランティアやガールスカウトが来訪し、利用者と地域の人が触れ合う機会が増えています。	
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	近隣のDSと共に認知症サポーター養成講座を開催した。継続実施することで、貢献していく。		
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	二カ月に一回実施している。	地域包括支援センターと自治会長に加え4, 5家族の参加を得て、3ヶ月に一度の開催で良いところを、本部方針により2か月に一度開催し、事故報告について話し合う等様々な事柄について意見を交換し、施設運営に活かしています。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の担当者に必要に応じて連絡し、指示を仰ぎ対応に努めている。訪問して相談することもある。 GH連絡会にて千葉市担当者との意見交換会には管理者が参加し、情報収集にも努めている。	市の担当者とは、電話で報告・相談するだけではなく、出来るだけ直接会って話すようにしています。地域包括支援センターが運営推進会議に出席してくれるので、実情への理解が進み、緊密な協力関係を築いています。	
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	身体拘束禁止に関する指針を玄関に掲示し、社内研修実施している。日々の支援の中での言葉かけがスピーチロックになっていないかといった点は常に意識する様に努めている。	身体拘束禁止委員会を、3ヶ月に一度で良いところを、2ヶ月に一度開催し、職員への研修も、年間計画に2回織り込み、排除に向けて熱心に取り組んでいます。ユニットの出入り口はロックしていますが、玄関は日中施錠せず、非常口も内部からは鍵が無くとも出られるようにしています。	身体拘束排除に真剣に取り組んでいますが、知らず知らずのうちに拘束を行っているという事が無いように、具体的な行為について、全職員に正しく理解させておくことが望まれます。
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	身体拘束同様に、日々の支援の中で虐待にならない様お互いに注意しあっている。目に見えないものもあると考え、必要に応じて管理者との面談を設け、防止に努めている。		

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
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している方はいないが、必要に応じて利用できる受け入れ体制である。		
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	契約書を事前に準備し、内容を一つひとつ説明しながら契約締結を行っている。分からない点等ないか、確認し質問があれば説明している。		
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	意見箱を玄関に設置している。面会時や運営推会議の中でも必ず意見を伺う様になっている。	利用者については、市から毎月2名の介護相談員が来て話を聞いてくれる他、傾聴ボランティアも受入れています。家族については、玄関に意見箱を置く他、運営推進会議に5家族程度参加しています。出席しない人には面会等の来訪時に話を聞くようにしています。	
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	常にスタッフとコミュニケーションをとる様に努めている。社内の伝達事項等も必要に応じて、伝達し情報共有している。	月1回全体会議を開催している他、毎日の申し送り時や面談時にも意見を述べる機会があります。また、「身体拘束」「事故検討」「衛生」の三つの委員会のいずれかに所属して、責任感をもって運営に携わっています、	
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	契約更新時や業務中の態度などを確認した上で、必要に応じて面談し勤務形態や時間数など調整している。		
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	社内統一資料を基にOJT実施・事業所外での社内研修や千葉市社会福祉研修センター・千葉市GH連絡会主催の研修に参加している。		
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	GH連絡会に加入し、研修への参加や電話での情報交換を行っている。近隣他社のGHの管理者同士での情報交換を積極的に行っている。		

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>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	入居前に事前面談し本人もしくは家族から話を聞いている。必要に応じて、ケアマネ・他施設・病院等いる場合は相談員やSWとも連絡をとることがある。		
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	入居前の見学時において話を聞き、入居申込となり入居となる段階で事前面談やその都度電話連絡し関係づくりに努めている。		
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	病院・老健・居宅ケアマネからの問い合わせ・紹介などでの入居が多いことから、必要としているタイミングで対応できる様に心がけている。		
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	本人ができること・声かけすればできることなど本人の状態を理解・把握した上で過剰支援にならないように本人主体での支援の実践を行うようにしている。		
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	事故時や体調不良時は電話にて、状態並びに状況報告を行っている。ケアプランに更新時には要望なども伺う様にしている。看取り期においては、普段以上にこまめに連絡し情報共有をより強化している。		
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	長年の友人や近所の方、遠方の親戚など個々で異なるが面会に来ており、入居後も交流が続いている。	家族等が面会に来やすいように、事前に電話さえあれば何時でも訪問可能にしています。毎週来る人等訪問頻度は様々ですが、馴染みの友人や、遠方の親戚等が来ることもあります。家族と墓参りに出かけたり、泊りがけで家族宅に帰る人もあり、馴染みの関係が続くよう支援しています。	
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	入居直後はスタッフが中間に入り、コミュニケーションが取りやすい環境を作っている。時間の経過と共に、お互いを心配しあう会話が自然と生まれてきている。		

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
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	退去の手続きが完了するまでは連絡を取り、その中で相談された場合も可能な限り対応する様心がけている。		
<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)	○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	本人とコミュニケーションを取りながら意向の把握に努めている。会話が困難な時は筆談で相手の思いを汲み取る事もある。	希望を言いに来る人もいますが、言葉での表現が困難な人については、質問の仕方、それに対する反応から把握するようしたり、ジェスチャーから把握する等、日頃のケアの中での会話や表情から読み取るようにしています。	
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	ご家族様からの情報収集した上で、本人から聞き出し把握している。馴染みの物としては自宅で使用していた(食器類・寝具類など)は持参して頂き使用している。		
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	入居後～現在の生活を送っていく経過の中で状態把握に努めている。		
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	入居時は暫定プランとして作成し、入居後約1ヶ月の状態観察した上で、ケアプランを作成し直している。3ヶ月毎にモニタリングを実施し、状態変化時・更新時にも見直している。	計画作成担当者が、職員や家族の意見に加え、医師等医療関係者の情報も加味して計画を作成しています。長期計画は1年で、3か月ごとにモニタリングして短期目標を見直し、変化があれば随時見直しています。支援記録用紙の上部に目標を示し、計画に沿った支援を行えるようにしています。	
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	プランに沿った支援の実施・実施に伴った記録を残す様にしている。合同朝礼にて、情報交換している。ユニット毎での申し送りも実施している。		
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	状態変化に伴いニーズが変化してくるから、常にアンテナを張り、状態変化に気づく姿勢で関わっている。往診医等とも密に報告しあいながら、柔軟な支援を心がけている。		

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
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	保険者である千葉市や近隣のGH・自治会・包括などと交流を図り、地域の情報収集にも力をいれている。		
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	状態に応じて、通院や往診といった形態を本人もしくはご家族様の意向で決めている。往診医についても、一か所に絞らず、本人並びにご家族様に決めて貰う様に支援している。	かかりつけ医は、以前からの医師でも良く、あるいは4か所のクリニック(内1か所は精神科も専門)の内いずれでも自由に選ぶことが出来ます。眼科医の訪問診療がありますが、その他の専門医への受診は家族が対応し、緊急の場合は職員が同行支援しています。	
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	看護師が週4の勤務に従事しており、介護も兼務して入る時がある。その為看護の視点のみならず介護の視点をもった考え・ケアに取り組んでいる。医療依存度の高い方にも対応できるようになってきた。		
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。	入院時には病院からの要請により、情報を提供している。退院時には病院から情報提供書を貰い、情報交換・共有することで、退院後ホームでの生活がスムーズに送れる体制を整えている。		
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	入居時に「重度化した場合の対応に係る指針」を本人もしくはご家族様に示し、同意を得ている。終末期には、ご家族・往診医と話し合いを行った上で、方向性を決めた上で必要な支援を行っている。	入居時に重度化した場合における対応方針を説明同意を得ておき、現実に終末期に近づいた時は、医師を交えて家族の意向を再確認し、希望があれば看取りを行っています。終末期の進行具合は人により様々なので、マニュアルに沿いつつ、施設長と看護職員主体に実情に合わせながら行っています。	
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	お客様の入れ替わる度に、リスクも変化して行く為その都度に合わせた対応をひとり一人が理解把握が必要。応急手当は看護師が指導員として伝達し、実践練習を行っている。		
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	備蓄については、賞味期限の確認をしながら増やしている。消防署立ち会いの避難訓練も実施し、指導を受けた。近隣のコンビニ・レンタカーショップにも災害時には協力依頼している。	消防署立ち会いの防火訓練及び自主避難訓練を毎年各1回実施しています。訓練への近隣住民の参加はなかなか実現しませんが、人の居る機会が多いコンビニ等に万一の場合の協力を依頼しています。飲・食料品は5日分程度備蓄しています。	様々な出火のケースに、咄嗟にどう対処すればよいか、皆で話し合う等職員一人ひとりに医師付けしておく事、オヨ帯大規模災害に備え、備蓄品の内容及び数量を絶えず見直すことが望まれます。

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
<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	個人ファイル・薬は鍵のかかる場所で保管している。社内のSQチェックを受け、支援の適正確認を行い、指摘事項についてはスタッフ間で共有し改善に向けて取り組んでいる。	本社から時々施設管理や職員のケアの仕方等細かな点についてチェックにやって来て、不備なところがあれば指摘して改善報告を出させることにより、サービスの質の向上を図っています。職員は丁寧な言葉遣いで、人格を尊重したケアに努めています。	
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	個別での対応時に、思いや希望を言う方が多い。入浴介助時や居室内で関わっている時は特にアンテナを広げ汲み取る姿勢で取り組んでいる。		
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	一日を通して、基本は本人のペースに合わせた時間を確保する様に心がけている。		
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	自分で選べる方は、一日に数回着替えたりすることもある。一人では選べないが一緒に選ぶことができる場合は一緒に選ぶ様に支援する。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一階のお客様は自立度が高く、交代で家事支援を行っている。一階のお客様が二階の家事支援に入ってくれている。	朝・夕食は食材を業者が配送しています、昼食については、調理済み湯煎料理を別の業者が納めています。手伝いは2階はあまりできる人はいません。2階では全員で外食に出かけることがあります。利用者に人気の寿司の出前を取ることがあります。	
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	水分量や塩分量については、主治医指示にて必要な方は個別対応している。血液検査の結果を基に栄養バランスを考え、エンシュア等の対応も行っている。		
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	定期的に訪問歯科医による義歯調整・口腔内清掃・必要な支援を行っている。口腔ケアの正しい方法も直接指導を受けて、実施している。		

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	看取り期以外の方は、日中は誘導し、トイレでの排泄を基本としている。本人の間隔や声かけにて誘導を行い、自立に向けた支援を目標としている。夜間のみ、オムツやポータブルトイレを使用している方もいる。	排泄の自立に向けた支援の為、個々の排泄パターンを記録した排泄表に基づきトイレ誘導を行っています。オムツを使用している人も、日中はトイレ等誘導し、トイレでの排泄支援を行っています。	
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	便秘傾向の方も多く、往診医・看護師に相談しながら排便コントロールの為の服薬調整をしている。歩くことが便秘解消になる為、歩ける方は歩行訓練も実施している。		
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	本人希望で毎日の入浴も可能だが、清潔保持と共に皮膚の乾燥予防も考慮し、週2～3回を目安に入浴している。入浴時間も体調など観察しながら、ゆっくりと入って頂ける様支援している。	毎日午前中に入浴支援をしており、1日に3～4人が入っています。入浴を拒否する場合は、時間や日をずらしたり、シャワー浴にする等工夫しています。柚子湯やしょうぶ湯などの入浴の楽しみもあります。	
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	入居までの流れは個々で異なるが、自宅で使用していた寝具類を持ち込んで頂くことで、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て、残薬の管理・服用方法・注意点など薬剤師から直接指導を受けている。個々の状態に応じて、錠剤や粉末などの対応も随時行っている。		
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	1階のお客様は家事支援を好んでやる方が多い為、2階に応援に来てもらう様にしている。趣味や歩行訓練など個々でやりたいことをできる様に配慮した支援を実施。		
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	近隣の散歩や中庭でのレク・お茶会など個々の気分や状態に応じて支援している。1階のお客様は自立度が高く、希望もある為定期的に買い物に行っている。毎朝の車の点検に毎日参加している方もいる。	天候が良い時は、近くの公園に散歩に出かけています。又中庭で体操をしたりお茶会をすることもありますが、近くのコンビニに職員同伴で週に一度買い物に行く人もあります。遠出する時は、施設の車に加え介護タクシーを使って花見や花の美術館等へ出かけています。	

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
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。本人からの要望にてスタッフと共に買い物に行き、購入している。支払いの時に可能な方はお金を渡し、支払っていただく様にしている。		
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	本人からの希望時など常に電話できる様にしている。入居後もホームに年賀状や手紙が送られてきている。		
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	フロアにおいては、年間を通して空調調整し適温を保つ様にしている。乾燥する時期は、加湿器やタオルなどにて調整している。	玄関・階段・廊下等かなり広くゆったりしており、各ユニット3か所のトイレの内2か所は車椅子対応で、居間兼食堂には畳のコーナーもあって、全体にゆったりした感じがあります。トイレの換気扇は常時回し、臭いのこもらぬよう配慮しています。調理室が隣接しているので、調理の音や匂いで生活感もあります。	
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	食事時の座席は決まっているが、レク時やお客様同士の雑談時には自由に座れる様にしている。和室はいつでも使用できる様にスペースを確保している。		
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、今まで使っていたものなどを持参してもらい継続して使用している。ベッドなどの配置も状態に応じて変更している。	居室はクローゼットや空調は備え付けで、壁面にはハンガー等を気軽に掛けられる器具もつけてあり、毎日窓を開けて換気をする等の配慮もしています。かなりスペースがあるので、ダンス、机、椅子等馴染みの物もかなり持ち込むことが可能です。	
55	2か所宇あ	○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	「できること」・「わかること」には個人差がある為、ひとり一人の状態を理解・把握した上で、過剰介護にならない様に本人と確認しあいながら実践している。		