

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット1階)

事業所番号	2771000862		
法人名	医療法人松仁会		
事業所名	グループホーム雅の家		
所在地	大阪府大阪市西淀川区大和田5-4-14		
自己評価作成日	平成29年12月4日	評価結果市町村受理日	平成30年1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	
----------	--

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成29年12月21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)】

介護職員は目配り・気配り・思いやりをモットーに「あたり前」を考え地域の中で利用者様と一緒に暮らしています。運営推進会議を通し、地域とのつながりが広がっています。自治会での津波避難・災害時避難訓練等グループホーム雅の家が地域の中の一員です。職員の勤続年数も長く、元気さは今も健在です。グループホームだからできる事、自分たちの雅の家であるからできる事、「個別ケア」「やりがい」「面白み」を考えながら、スキルアップに繋げ、利用者・ご家族にも安心して同じ方向を向きながら1日1日を大切に積み重ねられるそんなホームでありたいと職員全員で頑張っています。

【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)】

西淀川区大和田地区に、医療法人松仁会は、病院、診療所、老健施設やグループホームを運営し、同一系統の社会福祉法人松福会は特養を運営して、高齢者が、どのような状態になっても受け入れる体制を作っている。当グループホーム「雅の家」の特長の一つに、職員の離職率の低さが挙げられる。グループホームの家族アンケート調査では、殆どのホームについては職員の交代の多さを訴えているが、当ホームについてはそれが全く無い。それほど働き甲斐がある。入居者についても認知症がすすみ、徘徊や弄便も多く、職員間のチームワークの良さで乗り切っている。管理者の考え方の一つとして、介護の仕事は資格ではなく、人そのものの資質で決まるという言葉が印象に残った。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)
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)
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)
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、生き活きと働けている (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)	○ 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
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
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、安心して暮らさせている (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	自分が主役・ここが我が家である。生活の場を広げ、生きがいを持って暮らしていただけよう支援・計画を進める	当ホームの基本理念として、「自分が主役である、ここが我が家であると感じ、安心と安堵と安楽を得られることによって……終(つい)の棲家と感じていただけるよう支援する」と定め、職員間でも徹底しその実践に励んでいる。	
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	自治会に加入することにより、地域行事への参加等により利用者様の意向に合わせた(個別ケア)ケアができるよう進めている	地域行事(夏祭り、地域運動会、地区敬老会等)に参加したり、当ホームも管理者がキャラバンメイトとして地域向けに認知症勉強会を開いたりして双方向の交流が出来ている。地域ボランティアも受け入れ、高校福祉科の介護実習生の受け入れもあり、保育園児との交流も楽しんでいる。	
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	認知症キャラバンメイトに登録し、地域包括等連絡会に参加、認知症サポーター養成講座の講師役として参加。西淀川区グループホーム協会に参加し(1/3ヶ月)情報の共有		
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	2ヶ月に1回開催。地域包括支援センター・自治会・老人会・福祉児童委員・他の福祉施設が参加しやすいように、開催時間を考慮する(午後6時～)	開催日を偶数月の第3火曜と固定し、時間も関係者が出席し易いように18時よりと定めている。行政からは地域包括支援センター、地域からは自治会長、有識者として特養のケアマネージャーが参加している。しかし、肝心の家族の参加に結びついていない。	せっかく家族も参加し易いように午後6時から開く工夫をしているが、あまり効果は無いようである。これからは、毎回の記事録を家族に送ったり、直接家族に電話して入居者の様子を伝えたりして可能な限り出席を促す等の努力が望まれる。
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	地域包括支援センターとの連携・市町村(生活保護支援担当)との連携・西淀川区在宅サービスセンター(あんしんサポート)との連携	地域包括支援センターおよびその関連の陽だまり西淀川チーム、区の生活保護科とはよく連携がとれており、色々な相談事にも関わっている。西淀川区在宅サービスセンター(あんしんサポート)とも連携し、生活保護受給者金銭管理をお願いしている。	
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	身体拘束はしないケアの実践。常に利用者が心身状態を平穏に保ち、生活できるよう、なるべく行動制限をしない。玄関の施錠は安全面(施設の前が市道)を考慮しています。	毎年1～2度は各種身体拘束の弊害についての社内研修実施し、現在は拘束例は無い。当ホーム周辺は比較的交通量が多く、玄関は施錠せざるを得ないが、閉塞感を与えないよう見守りケアに徹し、洗濯物取り入れ等外気に触れるよう支援をしている。	
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	虐待・身体拘束(行動制限)ゼロを目指す		

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	成年後見人制度利用者(17人中3人)社会福祉協議会あんしんサポート(17人中2人)大阪市集団指導受講(人権問題)		
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	グループホーム雅の家、重要事項説明書2部作成(雅の家・利用者各1部保管)		
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	グループホーム雅の家、運営基本方針揭示。玄関入り口に苦情箱設置。ご家族様来訪の機会を利用。	利用者も認知度が高くなり、会話もままならないが表情の変化やリラックスされている時(入浴時、居室内等)に聞き出す工夫をしている。家族についてはよく来訪されるので、ケース記録を開示しその時に要望等を聞いている。毎月更新している「ホームページ」を見て意見を言われることもある。	
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	月1回、合同会議開催(午後7時～午後9時まで)各階、ミーティング・担当者会議開催	普段から管理者や介護主任に何でも相談し易い雰囲気がある。ユニット会議や合同会議およびサービス担当者会議で発言してもらっている。職員間のチームワークもよくお互いに助け合い、離職率も非常に低い。	
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	介護保険処遇改善給付金申請し、職員平等に支給する。		
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	外部研修は管理者のみで、職員まで参加させることが確保できない。研修録は回覧で職員の押印を頂く。内部研修は、年間計画をクリアしている。		
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	関連施設の勉強会・グループホーム西淀川区連絡会1/3カ月の順番制。		

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	入居前のご家族と利用者様は時間をかけ施設見学・面接を行う		
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	入居前のご家族とは時間をかけ面接・じっくり傾聴に努める		
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	グループホームの運営・介護保険制度を十分に説明し支援方法を勧める		
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	利用者さんの意向をくみ取り、ケアができるよう相合の存在を認め合う関係作り		
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	今、現時点を活かしながら、施設には気軽に足を運んでいただける関係作り。施設行事へのお誘い。		
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	ご利用さん宛ての手紙等お読み聞かせ、返事の代筆、或いは相手に連絡とり近況をお知らせする。電話の受け継ぎ。	入居当初はお見舞いを兼ねて近隣の方や友人・知人の訪問は多かったが、入居が長くなり認知度も進むと減ってくる。今では同窓生などがたまに訪問してくれている。馴染みの場所というより、馴染みの地域イベントにお連れするようにして、そこで友人・知人に会ったりして楽しむケースもある。	
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	くつろげる空間がDルームしかないので、テレビ・カラオケ・新聞・広告等で職員介入し話題を広げる。1階・2階への移動(遊びに行く)し、穏やかさを保つ		

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	入居・退去後のケアとご家族・病院・他施設・他居宅事業所の連携を図る。ホームに立ち寄れる雰囲気づくり(地域密着型でご家族が近くに居住を構えてる)		
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	アセスメントやミーティングで職員間の情報共有。アドボカシーの立場でご家族への意見の反映を行い、実際のケアに活かしている	入居者の認知度も高くなり、現在の思いや意向を聞き出すことは困難になっている。普段の会話や表情の変化で把握する努力をしている。把握した各入居者の要望等は必ず職員間で共有し、ケアプランに反映させている。	
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	入居時、ご家族様より、情報提供して頂いている。病院⇒看護サマリー・居宅⇒直近のケアプラン・施設⇒介護、看護の情報		
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	日常生活動作・自立度・認知度を把握している。(水分・食事量・睡眠時間・排泄パターン・バイタル・口腔ケア・服薬支援)		
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	サービス担当者会議(ミーティング等)を毎月、月末に開催し、実施期間(通常3ヶ月～6ヶ月)と状態変化に応じた随時の見直し、ご家族の同意書をとる	個別の介護記録や入居者の変化も参考にし、家族・かかりつけ医の意見も取り入れて、毎月サービス担当者会議を開き、ケアプランの変更や追加を検討している。モニタリングについては毎月行い、ケアプランの見直しや追加については原則3ヶ月に1度は行っている。	
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	認知症対応型共同生活介護サービス計画書1・2作成し、モニタリング総括表を使用。服薬管理表・薬塗布・ケース記録・水分チェック表・介護日誌等記録の仕方の申し送りの徹底		
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	その時々生まれるニーズに対応して柔軟なサービスを提供(身体の調子の悪い人には適宜に食事形態を変える。ペースト状のおやつ・お粥等)		

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	レクリエーション等外出時、自治会会長の応援要請を行う。ご家族、歌体操、保育園児の訪問、職員の子どもの出入り。		
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	訪問診療・訪問歯科・訪問鍼灸リハビリ・居宅療養管理指導(薬学、薬局)等個々に同意書を交わし適切な医療援助を行う。	利用者・家族の希望するかかりつけ医となっている。内科(往診月2回)歯科の往診は希望者が受け鍼灸院を利用している人もいる。皮膚科・泌尿器科などの受診は家族同行となっているが、困難時は職員が同行し、適切な医療支援を行なっている。	
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	事業主体が医療法人でホームの前に診療所もあり、利用者の緊急事態にも即対応できる		
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	医療機関⇒ソーシャルワーカーとの連携。ご家族・医師・ソーシャル・施設管理者で入退院時のカンファレンス実施。入院時日常生活品をホームが持っていく(ホームを窓口として届け出)		
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「利用者のご家族の皆様へ」と題し終末に向けとの希望、健康管理の記入をお願いしている	入居時に「健康管理書」でホームの取り組みと力量を説明している。身体状況変化時は主治医と共に意向を聞き、話し合っ方針の統一を図っている。体調変化の見極めを徹底する為、職員全体の勉強会でスキルアップを行い、家族・医療関係者と連携を取りチームで支援している。	
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	夜間救急対応(緊急編)・夜間緊急対応(火災編)雅の家緊急連絡網・		
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	大阪市災害時要援護者名簿作成(地域自治会・地域包括支援センターに提出)避難場所(淀中学校・老人保健施設フェリス大和田・大阪市市営住宅3階)	消防署指導の下の訓練と自主訓練を年2回実施している。近隣の法人関連の診療所・老健施設と連絡網を作成し協力体制をとっている。訓練時には地域住民が参加をしている。各居室(1~2階)の窓は掃き出し窓ですぐベランダに出られ、火災時の一時避難の場に適している。	

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
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	ご利用さん宛ての手紙等お読み聞かせ、返事の代筆、或いは相手に連絡とり近況をお知らせする。電話の受け継ぎ。	会話の中でその人を理解し、利用者本位の生活は何かを常に意識しながら取り組んでいる。特にプライバシーの配慮が重要な排泄・入浴時にはモットーにある「目配り・気配り・思いやり」を意識し、一人ひとりの尊厳ある生活を大切にしている。	
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	ご本人の意向に応じた支援。ご本人の思い込みを否定しない。ご本人の希望や自己決定できるような雰囲気職員一同作っていく		
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	利用者の日々諸事の変化をあたり前としている。優先順位を考える(基本的には、施設生活、食事、入浴の時間は決まっている)		
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	その人らしさを支える為の支援。季節ごとの衣服の準備はご家族の協力を得る		
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	週の献立は決まっているが、行事時は特別メニュー。職員も一緒にいただく。声かけ介助で完食をめざす。職員と一緒に片付け	献立と食材は配食業者に依頼し、調理は職員が担当している。職員は見守り・食事介助を行い、利用者と同じ物を一緒に会話を交わしながら食事をしている。春の花見の際は公園で食事をし、秋はホームの庭でバーベキューを楽しんでいる。	
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	水分チェック表(1日平均1500CC以上を目標)バイタル表(起床時・入浴時)状態悪い時は適宜に測定。食事量チェック表(声かけにて完食をめざす)		
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	訪問歯科1/週。毎食後口腔ケア(個々で歯ブラシ・ガーゼ・うがいのみ等)義歯は夜間帯、浸け置く。職員預かり		

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	個々の排泄、職員同士、連携申し送りを徹底し、ADL向上に向けて支援している。極力オムツは避ける。(個々の排泄パターンの把握)使用時はご家族の了承を得る。	排泄チェック表を基にパターンを把握し、日中は布パンツ、リハパンを使用してトイレでの自然排泄を支援している。夜間はオムツ使用者の定時交換や身体状況・水分補給を考慮しながら排泄支援を行なっている。夜間時に頻回な尿意の訴えにもその人に合った対応で支援している。	
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	ティタイム時の牛乳・バナナ・ヨーグルト等提供しなるべく服薬に頼らず予防している		
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	利用者の体調に合わせて週2回の入浴時間を設けている。尿・便失禁時のシャワー浴は随時行う(レクリエーションや会議等施設都合で曜日や時間帯を変更する場合がある)	週2回午後からの入浴、適宜で午前中もあり。入浴拒否の人には時間をかけて本人の気持ちの変化を見ながら、時々に応じた声掛けや誘導で入浴支援をしている。尿・便失禁時にシャワー浴を随時行ない、清潔保持に努めている。	
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	個々の睡眠パターンを把握する。夜間は巡回(3回)を行い良眠の確保に努めている。健康状態を把握し、個別で臥床の時間を設ける適宜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	居宅療養管理指導(服薬)月2回。ケース記録に個々の薬管理表を作成し、定期薬ごとに記録の更新を行う		
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	過剰介護にならないよう、見守り、声かけをおこない、役割分担、居場所の確保(カラオケ・別メニューでの食事会)		
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	春は遠足の遠足・秋には裏庭でバーベキュー、体調を考慮し、できるだけ外気に触れるように心がけている(洗濯干し・ごみ捨て・近くの公園に散歩)	日常の外出は近隣の公園に出かけている。現在外出を嫌がる利用者が多く、ホームの庭にある洗濯干し場で一緒にその取り込みを行い、外気に触れる機会を作っている。神社の初詣・花見の外出や、介護タクシーで春の遠足として海遊館・神戸の動物王国等へ出かけている。	

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
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	ご家族からおこずかい程度の預かり金の管理を行い、買い物の支援(化粧品・食料品・遠足時のお土産代)預かり金収支表の管理(1ヶ月締め)		
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	手紙は利用者さんから申し出のあった時は代筆を行う。電話の取次ぎ。携帯電話の充電支援。グループホームでの新聞の購買		
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	狭い玄関を広く使えるように整理整頓を心がけている。家庭的・季節感を作り出す支援(開閉扉を利用し季節感を味わうレイアウト(1ヶ月に1回)をしている	居間兼食堂は厨房と一体化している構造で、職員と利用者が常に顔を見合わせる環境となっている。廊下・壁面を利用して行事・満面笑顔の利用者写真・塗り絵・習字などを飾り、和やかな雰囲気となっている。トイレ・浴室は清潔に保たれ居心地良い共有空間となっている。	
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	共有空間における居場所の確保(廊下の壁を利用して毎月の行事写真を掲示し話題づくりの材料にする)		
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	入居者の使い慣れた生活用品や備品を持ち込み、その人らしい居室を作る	入りロドアに夫々の表札を掲げ、馴染みのある家具・小物・写真・ぬいぐるみが持ち込まれ、本人が落ち着いて今迄の生活の継続が出来る部屋づくりを支援している。ベッド・防災カーテン・洗面台が設置され、快適で過ごしやすい居室となっている。	
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	身体機能低下を補う配慮(車椅子、介助ばかりでなく、自走を促す)場所の間違いや、わからない事での混乱を防ぐ為に、居室の表札やドアに工夫をしている		