

### 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	2792500106		
法人名	(有) サン ニシダ		
事業所名	グループホーム さんふらわあ石橋		
所在地	〒563-0032 大阪府池田市石橋4-20-19		
自己評価作成日	平成28年 12月15日	評価結果市町村受理日	平成29年3月31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1月25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)】

当ホームは石橋駅より徒歩13分の住宅街にあります。2階建ての民家風の作りで、庭のふるい柿の木があり秋には干し柿を作ります。庭の花壇は四季折々の花でいっぱいです。利用者さんは朝の体操から始まって、散歩、レクリエーション、作業と毎日を活動的に過ごされています。季節の風物や地域とのふれあいを大切に、月に1度は車で外出や外食のために出掛けています。看取りまで行えるよう医療連携体制を整えており、最後まで慣れ親しんだ場所で安らかに過ごせるよう支援する事に力を入れています。

【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)】

ホームは、平成23年4月に、2階建ての1階部分に1ユニットで開設した。ホームは閑静な住宅地内に在り、玄関前の広い敷地には各種の季節の草花が植えられ、白い椅子が置かれて利用者が寛げる場所が在る。ホーム内から見える芝生の庭には、四季折々の季節の花や野菜を植え、大きな柿の木等が在り「住まい・家」の佇まいが在る。小人数(9名)の利用者は、季節感を味わいながら、楽しい、家庭的な暮らしがある。ケアの重点を「利用者の残存(潜在)能力を引き出し生活に意欲と活力を与える」と「生活リハビリとしての日常的な外出・戸外支援」としている。ホームでは、これらのケアを目指して、永年勤続の全職員による、利用者と共に各種の作業、毎日の散歩、各種行事、レクリエーション等の取り組みの実践がある。理念を「この町でゆったり、生き生き、自分らしく」とし、これらの具現化を目指した実践がある。

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 3. 利用者の1/3くらい 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、活き活きと働いている (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)	○ 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	「この町でゆったり生き生き自分らしく」の理念で、利用者が自信と生きがいを持てるレクレーション、共同作業、散歩を実践している。	理念を「この町でゆったり、生き生き、自分らしく」とし、玄関に理念を掲げ、新人研修も行い、理念の具現化に向けて管理者・職員が一体となったの真摯な取り組みの実践が見られる。	
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	自治会への加入、活動や総会に管理者が参加し、運営推進会議のメンバーにご家族の地域住民や地域包括支援センターの相談員も加わってもらっている。	自治会に加入し、地域の各種の催事に積極的に参加している。日々の散歩時での地域の人々との挨拶・会話、地域の清掃活動、運動会、お祭り、体験学習の受け入れ、ボランティアとの民謡、傾聴、音楽療法等、協働で地域の人々と密なる交流がある。	今後は、事業所と地域との密なる交流を促進するために、市のグループホーム連絡会と協力・連携を図って、地域の人々へ向けての各種の福祉・介護の情報発信の基地的存在に成るような事業所作りの取り組みが期待される。
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	運営推進会議を利用したの、認知症についての知識や、熱中症予防の知識を説明したりしているが、より良い方法を模索している。		
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	2ヵ月に1回開催し、日常生活や行事報告、事故などの報告を行い、質疑応答により家族様や、地域の方の意見を伺いホームの運営に反映させている。	平成28年は、年6回開催して、延べ75名の参加者があった。参加者は、利用者、家族、自治会長、地域包括支援センター職員、ホーム長、管理者、看護師、職員等の参加で双方向的な会議を実施している。会議時には、各種行事の様子をDVDや写真で鑑賞し、提案・意見も傾聴している。	
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	二ヶ月に1回の相談員の受け入れを行っている。運営推進会議の議事録を報告し、困った事や判らない事は相談し指示を仰いでいる。	日常的に市の担当者を訪問して、事業所の状況報告や相談・情報交換・指導を受けながら協力関係を築いている。介護相談員を受け入れ、2ヶ月に1回、2名の相談員が利用者の話を聞き、相談に応じてもらっている。運営推進会議時にも、地域包括支援センター職員と各種ケア情報を交換している。	
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	原則として身体拘束はしないことを運営規定に挙げている。自傷、他傷等の恐れがある場合は、マニュアルに従うようにしている。	職員は身体拘束をすることの弊害は理解している。身体拘束に関するマニュアルを作り、定期的に「虐待拘束に関して」の研修を実施して、身体拘束ゼロを目指した取り組みの実践がある。玄関は利用者の安全のために施錠をしているが、利用者の出入りには即応体制をとり、見守りを重視している。	
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	虐待防止については、内部研修を行い教育をしている。虐待は行われていない。		

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	計画作成者(ホーム長)が、成年後見人制度と権利擁護の研修に参加しており、制度の申し込み書類等の手続きを実施している。		
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	契約に当たり、十分な説明を行い疑問等には丁寧に答え納得していただき、契約を交わしている。将来起こりうる不安などに関しても対処できる限り答えている。		
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	運営推進会議をへの家族の参加を呼びかけ、意見を出してもらい運営に反映させている。個別の相談に関しても、その都度対応している。	苦情相談窓口を設置して意見・苦情・不安への対応をしている。毎月家族に計画作成者が各利用者の「支援経過及びモニタリング」記録を送り、支援状況を詳細に報告している。運営推進会議時にもDVDや写真で日常生活を報告し、意見・提案等を傾聴している。	
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	毎朝のミーティングや随時の全体会議で意見を聞き、対応できるものに関しては対応し、方法を考えている。	ミーティングを毎朝・随時に開催して職員の意見・提案等を聞く機会を設けている。常に管理者と職員は業務改善、ケアの質の向上、職員のスキルアップを行い意思疎通を図っている。永年勤続者が多く経験豊富である。	
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	会社の利益がある時は勤務年数に応じて一時金をだしたり、スムーズに仕事ができる様、道具や設備の充実や補充に努めている。		
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	外部研修の受講を勧めたり、内部研修での課題や、個別のアセスメントを書いてもらったりしている。		
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	池田市グループホーム連絡会に入り定期的な勉強会や情報交換を行っている。		

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	サービス利用の前に本人の希望や不安などをしっかり聴き、生活歴を家族様などから伺う。まずはホームになれて頂く事を念頭に顔を覚えてもらう、無理強いをしないなど工夫を行っている。		
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	見学時や申し込み時に最重要事項説明時に、本人の心身の状況や、家族の困っている事を聞いたりしている。		
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	サービス利用時に必要な福祉用具があれば用意し、医療的な必要があれば関係機関に連絡して必要な治療が受けられるようにしている。		
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	利用者個人の能力を生かし、ホームの仕事を手伝ってもらったり、職員の仕事を一緒にしてもらったりして助かることもよくある。		
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	家族はホームに概ね協力的で、運営推進会議の出席者も多い。お菓子やお土産など頂く場面が多い		
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	家族だけでなく、知人の面会も歓迎。機会があれば、以前住んでいた実家へ連れて帰ってもらったり、友人知人などと外食をしてもらうように勧めている。	アセスメントシートにより生活歴や家族からの情報を収集して、利用者の従来からの生活を継続した支援をしている。親しい友人、知人、後輩の医師等の訪問や馴染みの商店での買い物、公園、お城見学、お墓参り等や家族とのドライブ、外食等での支援がある。	
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	個人の性格に合わせ席替えを行ったり、集団で作業やレクリエーションを行う場合は、職員がはいりスムーズにコミュニケーションをとれるように努めている		

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
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	ホームで亡くなられた後も、葬儀の相談や必要な書類を用意したりお手伝いをしている。		
<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	サービス計画書を作成するに当たり、本人や家族に希望を聞き、生活状況や本人の言葉から真のニーズを把握し充足する事を重要課題としている。	アセスメント・フエースシート、介護日誌、利用者の言動、日々の関わり等から利用者の希望・意向を把握している。把握しづらい面については、家族との意思疎通を図り、本人の自己決定を促す対応をしている。	
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	入居に辺り、本人や家族から今までの生活歴や生活環境、趣味特技、食べ物の好き嫌いを聞き、出来るだけ本人らしく力を発揮できるように計画に反映している。		
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	ICFやセンター方式をの考え方を取り入れたアセスメントにより、利用者の出来る事、できないことしたいことの把握などを努めている。		
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	計画作成において、家族、本人の希望、介護者の意見、主治医、看護師の指導などを考慮して作成している。	アセスメントシート、診断書、介護日誌、ケアチェック表、本人、家族、職員等から各種個別ケア情報を収集して、介護計画書を作成する。見直しは、職員の介護記録を基に、支援経過記録及びモニタリング表で評価をする。	
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	個人記録での利用者の状況の変化、毎朝のミーティングでの意見や気づきを皆で話し合い、介護計画の見直しにつなげている。		
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	緊急な心身の異変や事故以外にも、家族が病院に行けないときは職員が同行している		

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	運営推進会議のときに自治会長や地域住民、包括支援センターの担当者から地域の情報を得たり、広報などで池田市の情報を把握し、必要に応じて取り入れている。		
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	本人及び家族の希望、本人の心身の状況を把握し、主治医や看護師の意見を参考にしながら適切な治療が受けられるようにしている。	本人及び家族の希望を尊重してこれまでのかかりつけ医の継続をしている。事業所の協力医療機関での受診を希望する場合には、本人及び家族の納得と同意を得て協力医療機関で受診ができるように対応をしている。	
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	非常勤の看護師に週に2回の健康チェック、爪切り、浣腸、必要があれば傷などの処置をしてもらっている。変化を相談し必要があれば主治医へ連絡している。		
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	利用者が入院した時は職員が見舞いに行き、本人の状態を知り、家族と共に病院の治療方針を聞いている。		
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	契約時に当ホームの医療連携のあり方、終末期の対応、看取りの方針を説明し、家族から文章で同意を得ている。また、看取りの際、再度、主治医とキーパーソンを交えての相談を行い、出来るだけ本人の希望に添った形を再度確認し方針を決定している。	「医療連携体制及び利用者の重度化及び看取りの指針に関する同意書」があり、入所の早い段階から、現状ではどこまでの支援ができるかを見極め、必要に応じて関係者との連携を図っている。看護師を配置し、医療連携体制を確立して看取りの経験もある。本人、家族の尊厳が守られ、安心して最後を迎えられるような支援の取り組みがある。	
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	内部研修で、急変時、事故発生時の対応について勉強する機会を作っている。職員全員が実践力を持っているところまでは行かないが、連絡体制の徹底はできている。		
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	年に2回の火災通報訓練、避難訓練を行っている。	年2回の避難・救出訓練は確実に実施している。緊急災害時のマニュアル及び連絡網も作成している。地域住民との協力体制も築いている。スプリンクラーを設置し、備蓄も準備して、安心・安全を確保している。	

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
<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	職員は利用者の人格を尊重し、個人の性格を把握し、その人を傷つけない言葉遣いや対応を実践している。	定期的に職員に接遇やプライバシー個人情報保護等の研修を行い、全職員が対人援助サービスの知識と技術を身につけるように取り組んでいる。人生の先輩に対して、尊厳やプライドを損ねない対応の徹底を図っている。	
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	生活や介護する中で、必ず本人の希望を聞き、発言に注目し、記録に書きとめて共有し、本人の真のニーズに寄り添える様に努力している。		
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	利用者の希望を聞き、日々の言動や行動を書き留めてスタッフで共有し、その人の真のニーズに迫れるよう日々努力している。個々のペースにあわせ、画一的な対応はしない様に指導している。		
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	自分で選ぶことができる利用者については褒めて自信を持ってもらい、選べない利用者に関しては好みを把握し一緒に選ぶ。2か月に一回は美容師によるヘアカットを行っている。		
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	利用者ごとに好みや、出来る事を把握しスムーズに美味しく食べられる工夫をし、誕生日や記念日には希望を聞き好きなメニューを取り入れ、週に一回は弁当メニューで少し豪華な食事を提供している。	食の基本を「美味しく食べる」に置いている。献立は、10年間に利用者と共に積み上げたレシピを利用し、食材は担当職員が1週間分を近くのスーパーで、「旬」で新鮮で安全な食材を仕入れてホームのキッチンで、利用者の五感を刺激しながら手作りしている。職員も共に食卓を囲み、和気あいあいの家庭的な雰囲気が見られる。	
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	個人記録での水分、個人の状態を把握し食べられる支援を行っている。栄養バランスを考えてメニューを作っているが、重度化の際にはまずは本人が食べたい物や食べられる物を優先し、食に対する興味を失わせないように注意している。		
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	食後に、全員の口腔ケアの声かけを行い、その人の状態を考慮し必要に応じて介助を行っている。口腔衛生の保持や居ればの手入れが行えるようにしている。		

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
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	利用者の排泄リズムを記録で把握し、生活リズムを考慮しトイレに案内している。出来るだけトイレで排泄出来る様、全介助の人も基本的にトイレへ誘導している。	排泄チェック表に時系列に記録された排泄記録を基に、個人別排泄パターンを把握して、トイレ誘導を促がしている。排泄支援は、あくまでも、利用者の自立を目指した排泄支援に取り組んでいる。トイレの便座前に安全手すりが下りるようにしている。	
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	毎朝、ヤクルトを提供し、野菜など食物繊維を食事に多く取り入れ、水分量の調整も行っている。トイレでの声かけ、必要に応じて看護師による浣腸や、医師とも相談し服薬も行っている		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週6回入浴日を設けている。出来るだけ入りたいタイミングで柔軟に対応している。ほぼ全員が介助を要するため完全には難しいが、入浴時間や温度は体調に差しさわりのない限り本人の希望を優先している。	週6回の入浴を基本としているが、利用者の体調や希望により柔軟に対応をしている。入浴拒否の場合には、日時・職員変更、清拭、足浴、シャワー浴等で対応している。菖蒲湯、柚子湯等の季節感を味わう入浴、リラック時の利用者職員が会話を楽しむ入浴の取り組みの支援もある。	
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	毎日の散歩や作業、日光浴、レクリエーションなどを通して日中の活動を高め、安眠しやすいように心がけているが、どうしても入眠困難な症状の利用者については主治医の判断の元、睡眠導入剤を使用している。		
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	服薬は表で確認し、職員が手渡し又は服薬介助を行い管理している。薬に変更があった場合は理由と共に効能をミーティングや日誌で随時共有し、進捗を追うようにしている。必要があれば主治医に連絡できる体制は出来ている。		
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	利用者の好みや得意分野を把握し、ホームの役割を担当してもらっている。レクリエーションにおいても皆が理解でき楽しめるメニューを意識している。		
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	個人個人の希望に全て添う事は難しいが、毎日の散歩には拒否がない限り出かけてもらっている。月に一度は希望を聞きながら遠出や外食を行っている。家族との外出希望には随時対応している。	ケアの重点項目の「生活リハビリとしての外出・戸外での支援」は、利用者の体調や心身状況を考慮して積極的に実施している。毎日の近隣散歩での地域住民との挨拶・会話、花壇の花の水やり、お世話、玄関前の広場で椅子に座っての外気浴、日光浴、月1回の遠出や外食等での、楽しみながらの支援がある。	



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	お金の所持については家族や本人の希望により行っている。年に何度かはショッピングの外出を企画し、買物の楽しみが味わえるようにしている。		
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	本人や家族の希望があれば随時対応している。		
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	リビングには季節に合った、利用者に塗ってもらった塗り絵やイラストを展示し、庭の花や大きなカレンダーを見て時期を把握してもらっている。不快な雑音となるようなTVやラジオは希望がない限り時間を決めて、部屋の換気は随時行っている。	玄関前の広い敷地には、白い椅子が数個置かれて、プランタンには色々な草花の花壇も在る。利用者は花を愛でながら、外気浴、日光浴を楽しめる。採光で明るい居間兼食堂は、共用空間の中心に在り、回廊式に居室が配置されているので、利用者の部屋からの、動線が短く、出入りの見守りがし易く、安全が確保されている。居間兼食堂の窓越しに、草花や柿の木も観えて心が和む。	
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	気のあった利用者同士は席を近くなるように配慮したり、近くに案内したりしている。話題の種になるようなTV番組を録画し、自発的な会話のきっかけを作れるよう工夫している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅で使い慣れた調度品を持参してもらい、個人個人の好みに合わせた部屋作りをしている。落ち着いた雰囲気の中で暮らせるように心がけている。	居室には、馴染みの家具、家族の写真、テレビ、椅子等が持ち込まれて、従来の生活の継続性を確保している。各居室の窓からは隣家の庭の果樹の緑が観えて四季を感じる暮らしがある。スプリンクラー、ナースコールを設置し、安心・安全な環境が在る。	
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	居室、トイレ、浴室などには見やすい大きな文字を表示し、居室のドアには名前のほかに好きな物の絵を提示している。席替えはむやみに行わず、馴染み易く解かり易いことを心がけている。		