

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	1270901885		
法人名	医療法人 沖縄徳洲会		
事業所名	グループホームなしの郷		
所在地	千葉県船橋市大穴北 7-22-2		
自己評価作成日	平成30年2月10日	評価結果市町村受理日	平成30年5月15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	http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【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ACOPA
所在地	千葉県我孫子市本町 3-4-17
訪問調査日	平成30年2月26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)】

四季を通じての行事(豆まき、花見、夏祭り、運動会、忘年会など)を行い限られた環境の中での生活で、季節の移り変わりを感じて頂いている。施設内の家庭菜園の収穫で季節感をよみがえらせたり、1階2階合同で行事を行うことで「馴染みのご近所さん」として交流を図っています。

【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)】

アクティブで刺激のあるホームである。嚥下体操兼ウォーキングタイムでは、利用者が毎日交代でリーダーとなり、ラジカセからのなじみの曲に合わせて歌い、歩き、そして踊る。広いリビングに歌声や手拍子、足踏みがこだましている。今回はさらに刺激が一つ加わった。千葉県が初参加する認知症啓発リレーマラソンの船橋市内におけるRUN伴に当ホームも初参加した。利用者とスタッフが総出で応援する中、ランナーの利用者が伴走のスタッフとともに無事にタスキをつないだ。ホームのムードは大いに高まった。開設して15年、当初からのベテラン管理者2人がスタッフの力を借りながら利用者の体力維持継続に配慮した運営を行っている。

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、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
I. 理念 1270901885					
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	入居者個々の人権を尊重し日々その人らしい暮らしが送れるよう利用者の個性を重視したケアの提供を理念とし更なるQOLの向上を図るためすべてのスタッフが共有実践している	「利用者の現存能力に合わせた個別ケアを提供する」という理念を掲げ、毎朝、その日のリーダーが読み上げ、全員で唱和をしている。個々の利用者のその日の状態をスタッフで毎朝確認、共有して個別に対応している。	
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	隣接する老健施設と行事を通しての交流が日常的に行なわれている他、町内会の住人として社会福祉協議会を通して年間行事等に声をかけていただき参加交流を図っている。	地域ふれあい祭りは、社会福祉協議会から声掛けがあり、毎回参加している。看護専門学校の実習生受入れは利用者に喜ばれており、従来の1回から2回に増やした。隣の介護老人保健施設との共同イベントを通じて、地域住民との交流を図る等、地域の一員として活動は活発である。	
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	定期的に地域のミニデイに参加し血圧測定、健康管理、リハビリ体操の他グループホームや認知症を理解するための講話を行なっている。		
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ヶ月に一度の運営推進会議は定例化している、毎回テーマを決め利用者や家族及び事業所の抱えている諸問題について意見を出し合い業務に反映させている	運営推進会議は昨年4回行われ、社会福祉協議会、地域包括支援センター、民生委員、在宅支援センター、家族代表は毎回出席している。初参加となるRUN伴については参加者の安全面を中心に建設的な意見交換が行われた。	
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	グループホーム連絡会が定期的に行なわれ、市担当者も参加、行政からの連絡事項を始め各事業所からの実情報告等の意見交換の場が設けられ常に行政との連携が得られている	市の相談窓口とは生活支援課。利用者の生活支援について随時相談している。グループホーム連絡会にも毎回参加して情報共有を図っており、今回、RUN伴への参加の話は船橋市グループホーム連絡会からである。	
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	身体拘束は人権侵害と全ての職員が認識しており、身体拘束のないケアに取り組んでいるが、入浴時、夜間は人員的に見守りが万全に出来ない等の理由から家族の同意を得て施錠を行なっている	外部研修には昨年2回参加した。外部の人間が無断でホームに入ってくるケースがあったので、防犯上やむを得ずに夜間と入浴時のみ玄関の施錠をしている。家族には事前に説明をして同意を得ている。	
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	虐待は絶対にあってはならない行為として全職員が認識している、言語による虐待もかたく禁止虐待防止に努めている。		

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	老老家族、独居、家族が遠隔地等必要性が増えつつある、成年後見人制度によって認知症高齢者の権利が擁護されると学ぶ、必要性が生じた際には活用を勧めたい。		
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	入居に際し運営規程、重要事項説明書、契約書を各2部作成し説明を行い理解・納得の上、署名捺印をし相互で1部ずつ所持する。		
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	利用者、家族には日常的に意見や要望を聞いたり引き出す機会を設けケアに反映させている。生活上問題となる事項について職員間で検討し記録に残し、運営推進会議等で公表し解決の糸口となっている。	いずれの家族もほぼ1か月に1回は訪問がある。スタッフは家族の来訪時には面談し、利用者の状況を伝えるとともに家族の要望を聞く機会を設けている。外出支援の実情が、家族に充分伝わってなかったため、家族に状況をしっかり説明するよう努めている。	
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	業務に係る提案や改善事項について業務カンファレンスのなかで取り上げ検討考察する機会を設けている、結果については全職員が共有出来るよう伝達を徹底させている	管理者は、1日2回の業務カンファレンスの時や日常のコミュニケーションの機会をとらえて、運営についてのスタッフの意見や要望を聞くよう努めている。	
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	定期的に行う人事考課があり、自己評価と合わせ各自の実績、勤務状況の評価を行い報酬に反映させ各自が更に目的意識を明確にし働く意欲湧き立たせる様努めている。		
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	内外の研修を始めインフルエンザ・ノロウイルス等の感染期には特に集中してくり返しトレーニングを行なっている、研修を受けられない者については伝達し全職員が知識を共有するように指導している。		
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	定期的と同業者との交流があり勉強会や情報交換を行ないサービスの向上を図っている。		

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	住み慣れた家や家族との別れ、環境の変化に戸惑う混乱の初期状況から自分の居場所として安心できるよう本人の情報を手がかりに時間をかけて見守り、傾聴等で精神的安定を図り信頼関係を築いている。		
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	利用者同様家族の心理状態は想像を越えるものと察します、家族にしか分からない部分を理解することは初期において限界がありますが、本人家族の潤滑油となって支え信頼関係が持てるよう努力している。		
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	本人・家族の要望を重視しながら何が一番困っているか、出来ないのか、優先順位を見極めながら欲張らずに本人の自尊心を尊重した対応を心がけている。		
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	職員は利用者を介護される人と捉えずに共に生活する人と捉え家族の一員として行動を共に暮らすことで信頼関係を築いている。		
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	長年生活を共に暮らした家族と離れて生活する孤立感を少なくし本人と家族が一緒に過ごせる機会(年間行事等)を多く設け、家族との絆を深めるようにしている。		
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	入居に際して得た情報をもとに、その人の一番輝いていた時代に焦点を合わせ話題に取り入れ記憶への働きかけで環境の変化をカバーしたり面会時は居室でゆっくり過ごしてもらっている	友人・知人等の来訪受け入れの際は、事前に必ず家族の了解を得てからにしている。利用者の生活歴から趣味等を把握して、ご最頂の野球チームと一緒に応援するなど、本人の思い出に寄り添った支援に努めている。1階・2階ユニットの合同行事も多くお互いに顔見知りになり、新しい馴染みの関係が構築されている。	
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	長期に生活を共にする入居者同士が馴染みの関係を保ち孤立を防ぐためスタッフ間での情報を密にし調整支援している。		

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	契約終了後も家族との交流を通して得た情報に応じたアドバイス等で家族の精神的負担を軽減させる支援を心がけている。		
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	認知症により言語によるコミュニケーションができない事が多くその内容をうまく伝える事が出来ず苛立ったり興奮といった形での行動障害の意味を読み取り要求を適切に満たすよう心がけている	日々の会話を大切にしている。天気の話などからポツポツ会話が続いてその中から意向等の把握に繋げている。意向表出の困難な方は、「初めから出来なかった訳ではない、嫌な思いをしているのでは」と、表情や仕草・行動等から把握に努めている。	
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	利用者のこれまでの暮らし方や生活習慣を「生活史」の書式に記載してもらい参考にしている。		
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	出来る事、できない事を見極め残存している機能を活かした暮らし方を大切にしている。		
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	介護計画とモニタリングを連動させ定期的にもしくは支障が生じた際にケアカンファレンスの中で見直し本人、家族の意向を踏まえ作成したものに同意を得、全職員が共有し実践している。	本人・家族の意向を基に、業務日誌や個人記録・連絡簿等と職員の意見及び、医師・看護師からの意見等を頂き、介護計画を作成している。モニタリングは6か月毎及び状態変化時は都度行っている。	
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	業務日誌、個人記録、連絡簿に1日の生活状況を明記し各々の情報を共有し実践や援助計画の見直しに活かしている。		
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	本人や家族に対し思入れや要望が満たされるよう働きかけ利用者が現在一番必要としているサービスを把握しそれに対して的確なアドバイスを行なっている。		

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	地域のボランティア団体による日舞や演芸が定期的に行なわれ(隣接老健施設)一緒に観劇が出来る楽しみ事として支援している。		
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	母体である医療機関と24時間連携体制が出来ている入居時に本人と家族にかかりつけ医の希望を聞き変更したいと申し出があった際には、かかりつけ医からの診療情報書に沿って同様の医療が受けられるよう支援している。	母体の医療機関と24時間連携体制があり安心との声もある。入居時にかかりつけ医の希望を聞き対応するが、現在全員がホームの訪問医をかかりつけ医にしている。2名の医師が月2回交互に来診し、同じく月2回の訪問看護師(24Hオンコールあり)と薬剤師は薬の説明や一包化など行っている。	
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	日々のバイタルチェックを始め利用者の異変等の情報を逐一伝え指示をうける体制が整っている、看護師は24時間連携可能であり状況に応じて適切な対応をおこなっている。		
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。	入退院に際しては連携病院と往診制度が導入されており受診から退院に至る課程まで往診部を通じて行なわれ常に連携は保たれている。		
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	病状が重度化した利用者については主治医の医療的判断の下、家族の意向を踏まえ十分な説明と話し合いを行い、事前確認書、同意書を作成している。最終的には主治医の判断に沿って場合によっては病院での医療とも連携しながら対応している。	「重度化対応・終末期ケア対応方針」の事業所指針があり、本人・家族の希望と経口摂取が可能で医療が必要でない場合は「ギリギリまではホームで対応できる」ことを説明し、順次同意書を得ている。医師の判断によっては入院することを勧め、病院との医療連携体制が構築されている。	
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	利用者の急変や事故は予告なしに突如発生する事を職員は常に視野に入れ万が一に備えて応急処置や知識についてマニュアル化し勉強会や訓練で定期的に学習し緊急時に備えている。		
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2回定期的に隣接の老健施設との協力体制下で昼・夜を想定した災害訓練を消防関係者の指導を受けて実施している。消防署への連絡、初期消火、避難訓練及び地震による家具の転倒防止等のほか非常食の備蓄、災害に備えての知識を身につけている。	年2回隣接の老健施設と合同で消防署の指導により火災通報、初期消火等、昼・夜を想定し避難訓練を実施した。災害に備えた対策として地震による家具の転倒防止等の他、非常食やオムツ等の備蓄を行っている。	

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	認知症高齢者は意思の疎通が困難でコミュニケーションが取りにくい反面、感情面は保たれている為、介護する側の偏見や人格否定などケアのあり方に大きく左右されます、一人の人間として見る目を養い理解する事を基本とし対応している	名前は本人の希望する呼び方にして家族の了解を得ている。本人が何か動作をしている時に急に分からなくなってしまう時があり、後ろからそっと「お手伝いさせていただきますね」等の声掛けをしている。	
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	利用者の好みや意思を大切に、一人で出来る事が活かされるよう希望に沿って働きかけ支援している。		
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	本人の今までの生活習慣を乱さないよう利用者が好む自由な過ごし方を優先し日々楽しみ事やメリハリが持てるよう支援している。		
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	出張理容師による整髪や、スタッフと一緒にこなうヘアカラー、化粧等身だしなみの支援をしている。		
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	出来る利用者と職員と一緒に食事の準備や後片付け等分担して行い時々利用者から教えられることも多い、一人ひとりの好みも大切にしているが、たまには嫌いな食品を省く事も良しとしている。嚥下困難、咀嚼が不十分な人にミキサー食やキザミ食を提供している	出来る方は、職員と一緒に下膳等行っている。おせち等の行事食や誕生日祝い、「月曜日はカレーの日」など、周知されている。嚥下困難、咀嚼が不十分等の利用者の状態に合わせてミキサー食やキザミ食の提供や食事介助・促し等している	
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	1日の栄養カロリーを1500calぐらい食事含有水分量800ml(隣接管理栄養士指導)便秘対策として野菜を多くし各食事時のお茶も含め水分量には特に気を使い摂取量のチェックを行い個々の栄養バランスを考慮し支援している。		
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	口腔ケアは諸々の合併症の予防に欠かせない、毎食後全員に周知徹底させている。往診歯科医からの指導も受けている		

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	個々の排泄パターンを把握し、自立以外の利用者については日中はトイレ誘導を行い、夜間に於いては一部利用者に予防的にリハビリパンツを使用しながら可能な限りトイレ誘導を行い排泄が心地よくできるように、更に尿意便意が失われないように支援している	トイレでの排泄に取り組んでいる。個々の排泄パターンを把握し、日中はトイレ誘導を行い、夜間にはリハビリパンツを使用しトイレ誘導を行っている。入居当初おむつ使用の方にも入居当日からおむつ外しを実行し、小まめな取り組みで1か月も経過しないうちにおむつが外れ、トイレでの排泄に移行できた。本人・家族から感謝の言葉を頂いている。	
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	食事での工夫として野菜を多く摂取する、水分量の確保、乳酸飲料やヨーグルトを定期的に飲用、適度な運動等で対応している。		
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	健康管理上身体全体の様子を観察できる機会(湿疹 浮腫など)として週5日入浴日を確保希望に合わせて入浴してもらい、衛生上3回は入浴を勧めている、又自力で浴槽に入れない利用者用にリフト浴の設備もあり安全で個々にそった入浴が行なえている。	週3回の入浴を支援している。浴槽もやや広めで深さもあるので、洗体の外介助・浴槽内の中介助の2人で対応している。自力で浴槽に入れない方には2階のリフト浴での入浴を支援している。	
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	加齢に伴い睡眠時間が短く睡眠パターンも一定しないことから一応入眠時間は決められているが他者への迷惑行為がない限り個々の状況に応じた対応をしている、他者の睡眠の妨げになる場合はスタッフが側で見守り静観している。		
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	薬が処方されている利用者の説明カードで薬の内容の全てが把握できるようにしてあり、用量、用法に合わせて分包、色分け、粉末にする工夫と、誤薬を防ぐためのマニュアルを掲げ服薬前の名前の確認を3回行なうよう徹底指導している。		
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	趣味を活かしたアクティビティとして、折り紙・刺繍パッチワーク・書道・編物・貼り絵等を取り入れ利用者が得意の分野で役割を持ってもらい作成完成する喜びを分かち合っている。		
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	年間行事としてお花見や町内会の行事に出かけるが、全員が揃っての外出は困難になっている。全員参加の戸外活動としてホームの庭での行事が中心となっている。利用者のレベルに合わせた近隣の散歩、畑仕事を行なっている	入居歴の長い方が増え高齢化し介護度も上がり、花見や町内会行事等への全員の参加は困難になっている。ホームの庭の桜の木の下で外気浴を兼ねた花見や散歩などが多くなってきた。其々のレベルに合わせて近隣の散歩、菜園での土いじり等の支援を行っている。	

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	金銭管理は困難になっている為、全員のお小遣いは預かり金の形にしている、本人にお金の必要が生じたときに渡し使えるように支援している		
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	口腔ケアは諸々の合併症の予防に欠かせない、毎食後全員に周知徹底させている。往診歯科医からの指導も受けている		
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	多機能空間としてリビングを中央に配置し利用者は一日の大半を此処で過ごしている、四季に合わせ模様替えを行い季節感を表現している、庭に面した窓は大きく全面透明ガラスで外部の人の動きや景観が一望でき、吹き抜けの空間も癒しの場となっている	廊下・居間等共有の空間は掃除が行き届き、季節に応じた飾り物や写真が掲示されている。小上がりのコーナーには、この時期は雛人形が飾られ、庭に面したガラス窓からは採光だけでなく、景観が望める場となっている	
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	食事での工夫として野菜を多く摂取する、水分量の確保、乳酸飲料やヨーグルトを定期的に飲用、適度な運動等に対応している。		
54	(20)	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	各居室には本人の使い慣れた愛用の家具などを配し自宅の雰囲気近づけるよう工夫している、各居室入口には利用者作品の「のれん」を下げ各々の目印にもなりプライバシーも兼ねて居心地よく過ごせるよう配慮している	居室は、使い慣れたタンスや小物等を持ち込み自宅の雰囲気に模した配置など工夫している。出来る方には職員と一緒に、居室の掃除をしてもらうなどの役割意識を持てるよう支援している。	
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	加齢に伴い睡眠時間が短く睡眠パターンも一定しないことから一応入眠時間は決められているが他者への迷惑行為がない限り個々の状況に応じた対応をしている、他者の睡眠の妨げになる場合はスタッフが側で見守り静観している。		