

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	1293000095		
法人名	株式会社 ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンターひとみ		
所在地	千葉県君津市人見2-6-8		
自己評価作成日	平成29年3月16日	評価結果市町村受理日	

※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	我孫子市本町3-7-10		
訪問調査日	平成29年3月27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)】

毎日の散歩で外の新鮮な空気を吸い、季節の変化を身体で感じていただいている。食事作りや洗濯、清掃は入居者のADLを見極め、可能なことはやっていただき、そうでないことはスタッフが支援に入ってやっている。
内外含めて研修参加を推奨しており、スタッフが内部研修はもとより外部研修にも参加してスキルアップを図ってきている。

【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)】

桜並木の続く川べりから近く、閑静な住宅地の一角にある2ユニットのグループホームであり、開設3年目を迎えた本年度に満室となった。新任の若手施設長は、支店の6ホーム施設長で企画した研修内容を、ミニ研修として事業所で頻回に開催するなどして、職員のスキルアップを図っている。また、多くの外部や家族の意見を聞く機会を増やしており、昨年度1回開催の運営推進会議を今年度は6回開催、地域交流、地域貢献活動に積極的に取り組み、地域との繋がりを深めている。第二の職場として介護を選んだ人生経験豊富な複数の職員が、施設長を支援し、経験を活かして利用者と語り、若手職員を励ますなどして、明るく和やかなホームの雰囲気を作り上げている。

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、生き活きと働けている (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	事業所理念を作成し、実践している。	社は「誠意・誇り・情熱」を事務所に掲示して、朝礼で唱和している。支店「プロ意識でやりきる」拠点「人に優しく自分に厳しく」のスローガンをホーム会議録に印字し、共有している。	
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	地域の行事に参加し、地域の皆様と交流を図っている。また、ボランティアに毎月来ていただき、交流を図っている。	自治会に加入している。利用者は、地域の秋祭りの小中学生が打つ和太鼓を楽しみ、子育て支援センターに通う親子のホームでの演奏会を楽しんでいる。歌・踊りのグループや傾聴のボランティアとの交流なども盛んである。	
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	認知症予防の脳トレや歩行訓練(スクエアステップ)などの勉強会を月1回開催し、地域の皆様の参加を頂いている。		
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	運営推進会議において、地域のかたがたへ声かけし、参加いただいている。また、運営推進会議の場でホームをよりよいものにする意見を頂いている。	市高齢者支援課職員、自治会代表、民生児童委員、家族の参加を得て年6回開催した。ホームより運営状況や事故について報告し、防災対策、外出レクリエーション、同性介助等が話し合われ、サービス向上に活かしている。	
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	市の担当者とは月1回以上連絡を取り、現状の報告をしている。	市の高齢者支援課を訪問し、入居状況、健康状態等を報告している。地域包括支援センター主催の多職種連携、事例検討の研修にも参加し、協力関係を築いている。	
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	千葉県の高齢者虐待・身体拘束廃止研修を施設長、管理者が受講し、その後の業務ミーティングにて全員に周知している。また、会社として高齢者虐待防止の研修を行っている。	袖ヶ浦市の高齢者虐待防止の研修会を施設長、管理者が受講し、ホーム会議で伝達研修している。日常の利用者への言葉使いなどで気づきがあるとホーム会議で話し合っている。2階に複数の離設願望者がおり、家族の同意を得て安全のため一時的に内扉を施錠している。	
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	千葉県の高齢者虐待・身体拘束廃止研修を管理者が受講、職員からの疑問に答えられるようにしている。また、虐待につながりそうなときは管理者・職員が一丸となり虐待しない方法を話し合い実践している。		

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
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	職員が日常生活支援シートを作成することにより日常生活自立支援の方法を学び考えることが出来ている。		
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・解約に関しては十分な時間を用いて疑問点が出ないように説明しているが、後日質問が出てくることもある。その際にはご自宅に訪問もしくはホームにこられた際に説明して納得いただいている。		
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	ご家族がホームにこられた際や運営推進会議の際にご意見ご要望を伺い、実践している。	家族との面接や電話をする時には日常生活状況を報告し、意見・要望を聞いている。受診同行した家族からホームでの対応の大変さが分かるや入所前に暴力・暴言があったが面会后に手を振ってくれてうれしいとの言葉を聞いている。	
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	職員から上がってくる意見に対して管理者で話し合い、対応を検討している。また、拠点管理者だけでは解決できない場合他拠点管理者や千葉支店に意見を求め対応している。	日常業務の中で二人のユニット管理者が職員の意見や提案を随時聞いている。ホーム会議では、勤務シフト、時間帯など意見が出ている。内容により、施設長、支店担当者に意見を求め、反映している。	社内研修に思うように参加できていない現状があり、運営推進会議の参加者からの意見もあるので、研修を受けられるような体制づくりに努めていただきたい。
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	人員不足の為職員と十分に話し合うことはできていないが、日々のコミュニケーションの中で不安なことを聞き出し、どうしたらうまく実行できるのかを一緒に考え実行している。また、やりがいの持てる職場環境作りを心がけている。		
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	職員個々の介護スキルを把握し、社内研修に積極的に参加するように勤めているが、人員不足の為下半期は参加できていない。介護スキルアップの為にその時々においてミニ研修を実施している。		
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	管理者が営業時に他事業所の職員と交流することはあるが、職員が他事業所の職員と交流することは出来ていない。君津市内にある社内他拠点とはスタッフ研修の目的で相互に交流がある。		

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
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	入居前にご本人様と面談させていただき、ご本人様の状態の把握、要望などを聞き取りしている。		
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	入居前にご家族と話し合う時間を作り、要望などを聞き取り、入居後に実践できるようにしている。		
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	ご本人様・ご家族と十分に話し合い、必要なサービスを見極め、外出支援などの他のサービスも提案している。		
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	職員が友達や家族のように接することで一方通行な立場になら無いように関係を築いている。		
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	ご家族が来訪された際にご本人様の状況報告をし、ご家族様にも支援する側の仲間として共助の関係を築いてきている。		
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	時間帯や天候、距離にもよるが、散歩の希望には極力こたえるようにしている。また、ご本人様が入居前まで過ごしてきた自宅のご近所の方や前に利用していた施設の関係者の訪問を受け、馴染みの関係が切れないようにしている。	入居前に利用していたデイサービス等の職員が来訪することもある。手紙を書く利用者が多く、手紙にホームの地図を添える方もおり、家族へは来訪時に手渡し、友人等へは職員が投函し、馴染みの関係継続に努めている。家族とお墓参り等へ出掛ける方もいる。	
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	利用者同士が陰悪な関係になら無いように職員が間に入り、より良い関係作りに努めている。		

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	サービス終了後、ご家族からの悩み相談を受け付けている。また、他施設に入居となった方や入院が長引いている方にはご家族の了解の元で、またはご家族と同席して面会に行っている。		
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	利用者の思いを受け止め、希望や意向を聞き取り、ホーム会議やケアカンファレンスを利用してどうしたら希望通りの生活が出来るか職員全員で検討し、実践している。	一人ひとりに寄り添い、日々の会話や表情から希望や意向を把握している。それらを介護記録に記入し、どのようにして叶えてあげられるかを全職員で話し合い、支援に活かしている	
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	入居前カンファレンスで利用者の生活歴や生活環境などを職員に周知している。		
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	ケアカンファレンスを通じて一人ひとりの状況確認、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	計画作成担当者が介護計画を作成する際に利用者のモニタリングを行い、職員からの意見も参考にしながら作成、ご家族に説明し同意を得ている。また、要望や希望が出てきたら介護計画を作成しなおし、再度ご家族に説明、同意を得ている。	モニタリングは2ヶ月に1回、見直しは更新・変更時、また利用者・家族の要望等があればその都度実施している。介護記録等や職員の意見を参考に、計画作成担当者の各階の管理者が本人に合った介護計画を作成している。	
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	利用者一人ひとりの介護記録を密にし、職員は介護記録を確認、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	現状の事業所として可能な範囲内でご本人様やご家族の要望にはこたえてきている。サービスの多様化には取り組めていない。		

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
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	利用者の生活暦を考慮し、出来ることを生かした生活が出来るように支援している。		
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	入居時に往診医が2週に1回往診に来てくれることを説明し、往診を受けていただいている。往診医以外の医療機関の受診を希望する場合にはご家族にご協力いただき対応していただいている。	協力医であるクリニック医の往診が月2回ある。内科以外の専門医は家族が対応している。昨年9月から毎週、看護師の訪問があり利用者の健康管理等を行い、主治医と情報共有している。他に週1回、訪問歯科医による治療や口腔ケアが受けられる。	
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	平成28年9月より毎週の訪問看護導入。訪問看護師に利用者の状況を説明・相談し、適切な受診・看護を受けられるようにしている。		
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。	入院設備のある医療機関の相談員、MSWとは密に連絡を取り合っている。入院となった際にはケアサマリーなどで情報提供し、退院する際には看護サマリーを頂き、情報共有している。また、入院者の退院後の受け皿として入居相談も受けている。		
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、事業所です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	終末期の方は入居時より家族・提携医師との連携を密にとり、入院設備のある医療機関や療養型の入居施設の空き状況を確認し、いざという場合にすぐに対応できるようにしている。	入居時に「重度化した場合における対応に関する指針」を基に、説明し同意を得ている。終末期には主治医を交え家族と関係者で話し合いを重ね、ホームですることを伝え方針を共有し、支援に取り組んでいる。	
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	利用者急変時に備え、職員の教育を行っている。まだ救急対応をしたことのない職員もいるため救急対応の教育も行っている。		
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	非常時に利用者が迅速に避難できるように年に2回避難誘導訓練を行っている。消火器の使用方法が分からない職員もいるため消防署より消火器の使用について講習を行ってもらっている。	年2回の避難訓練で1階は玄関から、2階は非常階段から、それぞれ駐車場へ職員が利用者を安全に誘導している。消防署より消火器を借り、使用方法を学び、消防署へ訓練の結果を報告している。津波の際は500メートル先のセントケアホームを一時避難場所としている。	年2回自主避難誘導訓練を実施しているため、今後は夜間想定での避難訓練も行えるよう検討していただきたい。

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
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	利用者一人ひとりの人格を尊重した声かけを行っているが、不適切な声かけをしてしまっている場合には職員間で注意するようになっている。	利用者は人生の大先輩と尊び、節度のある親しみやすい言葉かけや対応に心がけている。「ちょっと待って」「坐ってて」等の言葉を発してしまった時は職員間で、また管理者からも注意し、ホーム会議等で話し合い共通理解に努めている。	
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	利用者一人ひとりの要望を聞きだし、選択肢を提示、可能な限り自己決定してもらっている。自己決定できない場合には要望に沿った方法を職員間で話し合い、実践している。		
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	利用者の生活ペースを尊重し、それにそって対応している。		
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	更衣する際に何種類かの衣類を用意し、どれを着たいか利用者の要望を聞きながら支援している。		
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	利用者の好みを尊重し、メニュー作りに反映させている。利用者は調理に参加したがらないが、食事後の食器拭きやお盆拭きは積極的に行っていただいている。	利用者の好みを考慮し、3～4日分の献立を考えてから、食材の購入や食事作りを職員が交代で行っている。2階は野菜の皮剥きや包丁を使って調理に参加し、1階は食後の片付けを手伝う等、利用者の特徴を活かし職員と一緒にいき、食事を楽しんでいる。	
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	食事料や水分量は毎日の個別の介護記録に記録している。食事量や水分量の増減は提携医師に報告し、摂取栄養バランス量が不足している場合には栄養補助ドリンクを処方していただいている。		
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	職員が口腔ケアの研修に参加し、適切な口腔ケアの方法を受講してきており、ホーム内会議で伝達研修実施。利用者ごとの口腔ケアを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	利用者ごとの排泄パターンを把握し、数時間排泄が行われていないときは声かけ・誘導しトイレに行ってもらっている。排泄時もそっと見守り、排泄失敗しそうなときは声かけを行っている。	介護記録の中に排泄記録欄があり、個々の排泄時間の間隔を把握し、声掛けや誘導することで日中は全員トイレで排泄ができています。夜間は利用者が複数同時にトイレへ行く事もあり、職員は身体状態をみて優先順位を決め、安全第一に支援をしている。	
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	毎日の笹の体操に参加いただいている。また、お散歩やレクなどで身体を動かすようにしている。排便が3日異常ないときは提携医師の指示の元で便通を良くする薬を処方していただき、服用していただいている。		
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	利用者の希望にあわせて入浴していただいている。衛生面から5日以上入浴やシャワー浴を出来ていない利用者に対しては声かけを行い、浴室誘導もしくは居室で全身清拭している。	一人週2回の入浴を基本としているが、毎日入浴する方もいる。入浴を拒む方は時間や曜日の変更、声掛けに工夫し、シャワー浴や全身清拭で対応している。	
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	利用者が安心して就寝できるように支援している。入居前までの生活習慣を尊重しながら生活できるように支援している。昼夜逆転となら無いように注意している。		
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	薬局から頂く薬剤情報説明書をいつでも確認できるようにしている。処方される薬が変わるときには状態の変化に注意している。		
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	利用者の入居までの生活歴から判断し、畑仕事・掃除・調理・洗濯物干し・たみ・食器洗い・拭きなどの役割を持っていただいている。		
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	利用者の外出要望には職員付き添いの元で行っている。外食レクなどで徒歩圏外に出る場合にはご家族了承の元でタクシーを利用して外出している。	天気の良い日は駐車場や近隣を、車椅子の方は職員と1対1で、シルバーカー使用や歩行の方は2～3人に職員一人付き、外気浴や散歩に出掛けられるように努めている。年2回、介護タクシーを利用して2ユニット合同で、外食に行き楽しんでいる。	

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	利用者が金銭を所持することは契約上出来ないが、お小遣いを事業所として預かり、利用者の趣味嗜好品や日常生活に必要なものを購入する際に使用している。近所のコンビニで帰るものに関しては職員同行して精算の際にお小遣いの入った財布を手渡し支払いをしていただくこともある。		
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	ご家族から利用者宛の手紙は直接ご本人様に手渡している。ご家族宛の手紙は職員が一時預かりし、ご家族が来訪された際に手渡している。		
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	共用空間においては利用者皆様で作った季節の壁飾りを掲示し、季節を感じていただけるようにしている。また、過度な装飾とにならないように注意している。	共用の空間の清掃は朝、夜と消毒を兼ねてモップかけ等で清潔にしている。季節毎に利用者の手作り作品や笑顔の写真を壁面に飾っている。朝はうめぼしの歌を歌いながら体操を行い、午後は居間兼食堂の周辺を歩行訓練やレクリエーション等が楽しめる工夫をしている。	
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	食事の席は決めていて利用者も食事の際は、その席で食事していただけている。食事時以外は各所に椅子を配置して自由に座れるように配慮している。		
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	居室内は利用者が入居前に使用していた家具などを持ってきていただき、馴染みのものを使用していただくことで快適に過ごせる環境づくりをしている。	使い慣れた家具などを置き、中には「歩けるようになって家に帰る」と自書を貼っている方、沢山の馴染みの物を置いて安心される方など、本人が居心地良く過ごせ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	可能な限り自立した生活が送れるように配慮している。		