

### 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	2391200223		
法人名	南医療生活協同組合		
事業所名	グループホームいりやあせ (2Fユニット)		
所在地	愛知県名古屋市南区三吉町3丁目78番地		
自己評価作成日	令和元年10月 1日	評価結果市町村受理日	令和 2年 7月 7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://kaigokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2391200223-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">kaigokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2391200223-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	--

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	令和元年10月18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)】

入居者様一人ひとりを理解し、それぞれの「あたりまえの生活」が維持できるようなケア・事業所を目指している。そのため、認知症のある利用者様のADL、できること、性格を把握し、「できる事は手を出さないで見守る」「出来ている事はできるだけ任せる」ことを心がけている。  
職員が正しく入居者様を理解し、サポートすることが、入居者様の生活を支える第一歩だと考えている。  
1ユニット7名の入居定員であることは、経営的にはデメリットだが、強みと捉え、午前・午後ともに外出に行くなど、利用者様の要望に、タイムリーに応えられることを強みとアピールしている。

#### 【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)】

来年2月に地域内とはいえ、ホームの移転を控え、あれこれと段取りを進める時期の訪問調査となった。思えば、訪問調査に何うようになって10年余り、評価員としてもホームへの感慨はひとしおである。  
歴代の管理者がぶれることなく、利用者が「あたりまえの生活」が送れるように、利用者の自己決定を尊重し、役割を持って暮らせるように、利用者本位の支援を徹底している。また、現管理者は、今年度、特にその環境を理解する職員育成に励み、ホームの職員だけでなく、法人全体の職員のスキルアップにつながるよう取り組んでいる。さらに、法人内の多職種の連携強化で、グループホームが本来あるべき姿を追求し、地域における認知症高齢者介護の拠点となるべく邁進している。法人の目指す『認知症に強い町づくり』の要として、職員の意識改革を進め、指導力を発揮している。

### 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ます (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. 全くいない
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	○	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
<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	毎年4月の時点で、職場目標を職員全員で確認し、具体的に一人一人が「業務時間内」にどのように行動するかを決定し、期首・中間・期末で面接を行い振り返っている。	法人理念を踏まえ、職場目標を定めている。毎月目標の遂行状況を振り返り、利用者の「あたりまえの生活」支援を目指した支援実践につなげている。個別には、年2回の個人面談で、達成状況を検証している。	
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	学区のお祭りへ参加したり、散歩・買い物・美容院などに出掛けることで、地域とのつながりが持ち続けられるような支援をしている。今年度は移転も控えているので、地域の住民と新しい施設作りを話し合っている。	地域とは継続した相互交流があり、地域に認知された存在である。ホームの移転を控え、地域住民と話し合い、協力を得ている。地域の介護相談、困りごと解決についても、相互の助け合いで連携している。	
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	地域の事業所が集まり、地域の住民に向け発表会をするなど認知症の理解が進むよう行動している。		
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ヶ月に1度運営推進会議を行なっている。評価の結果や、移転に対する意見などを聞いている。	利用者家族、地域代表、地域包括支援センターが参加し、年6回の会議を開催している。内3回は、近隣にある同法人の事業所と合同開催し、広く意見交換を行える環境にある。ホームの運営報告のほか、ホームや地域が抱える課題について話し合っている。	
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取り組んでいる	運営推進会議には、いきいき支援センターの職員も参加いただいている。また生活保護の方も受け入れ、区役所職員とも連携をとっている。	利用者に生活保護受給者がいることから、区の保護課とも緊密に連携している。地域包括支援センターから、困難事例相談や利用者の受け入れ要請を受けることもある。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束適正化委員会を設置し、3ヶ月に1度、身体拘束に抵触する事柄がないか話し合っている。虐待に関しても同委員会で話し合っている。	今年度は、身体拘束に関する指針を見直し、方針や考え方、手順書等を含んだわかりやすいマニュアルを作成している。3ヶ月毎の委員開催、内容の職員周知の流れを確実に遂行している。職員間の話し合いの結果を委員会にフィードバックし、さらに検討を重ねるルーティンで、ホーム全体の意識向上を図っている。	
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	毎年、虐待の学習会を行っている。GHイリやあせでのルールを明確にし、ケアにあたって頂いている。身体拘束適正化委員会時に、虐待についても検討している。		

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	職員が成年後見制度について学習する機会はない。 今後必要になる可能性のある方、そのご家族様には、管理者より助言している。 時には法人弁護士に介入して頂くときもある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	話し合いの場を持ち、理解しあった上で契約、終了書を結んでいる。		
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	家族会、お便り、面会時に日頃の様子を伝えることで、意見や要望が出てくるため、フロア会議や職員会議にて情報共有・反映させている。また、ご意見箱を設置し、意見を頂いている。	今年度は特に、ホーム移転や利用料値上げ、協力医の変更、新規事業所の内覧会等、環境変化に伴う変更事項について、説明会を開催し、きめ細かな説明で、理解と同意を得ることができている。日常的にも、面会時を活用し、直接面談して意向を聞き取っている。	
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	フロア会議・職員会議などで、提案討議する機会を設けている。	ユニット会議と全体会議をそれぞれ月1回開催し、意見交換を行っている。職員は日々感じていることや疑問に思うことを積極的に発言し、話し合いの中で改善点を協議する環境がある。	
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	管理者が年3回の面談を実施している。必要者については、適宜機会を設けている。		
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	法人の学習会については、参加を呼びかけるなど、学びあえるような雰囲気作りを心がけている。また、個々の力量に応じた研修に参加できる機会を作っている。		
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	法人内の介護職の交流会や症例発表、介護の実習生の受け入れなどを行なっている。また経験に応じた研修制度がある。		

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	見学時は、家族だけでなく本人にも来ていただきどんな場所か知っていただくようにしている。入所時は、環境の変化に戸惑いも多いので、面会や家族との電話機会を多めに取り、安心できるような対応に努めている。		
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	家族にもアセスメントを記入してもらったり、面談時の要望などをケアに反映するよう努めている。		
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	事前申込時に、現在の状況を把握する事に努め、他のサービスが適切と判断できた場合は、他のサービスの説明を行なうなど、本人・家族にとって最良の選択ができるよう努めている。		
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	調理や、風習など利用者から学ぶことも多い。レクや行事は、要望を聞きながら職員も一緒に楽しめるような計画を立てている。ADLが低下してきた利用者様にも役割を実感してもらえるような支援をしている。		
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	お便りや電話などで出来るだけ近況をこまめに伝えるようにしている。状況に応じて、カンファレンスを開いたり訪問の依頼などもしている。		
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	元の職場に行き同僚に会ったり、定期的に友人と喫茶店に行ったり、今までの関係が維持できるよう支援している。ご家族様・ご友人など、ご本人様のより良い生活の為に、多様な人々に支援して頂けるよう心がけている。	地域からの利用者が多く、馴染みの関係を様々に継続している。友人が訪ねて来て、一緒に喫茶店や外食に出かけたり、職員支援で自宅に立ち寄りたり墓参りに出かける利用者もおられる。馴染み支援の目標を介護計画に位置付け、確実な支援につなげている。	
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	日々の活動や行事の中で、利用者同士が協力し合ったりする機会は大切にしているし、職員もきっかけが作れるよう心がけている。		

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	ホームから特別に働きかけはしていないが、入院の為に退去した方が、再申し込みをしてくださったり、退去後にホームでの生活の写真が欲しいと、家族が足を運んでくださり近況を伺ったりした。		
<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	各スタッフが、日常の会話の中から想いや希望を引き出している。フロア会議では、利用者様のより良い生活の為に情報交換、決定ができています。	『利用者本位』を基本に、「利用者のあたりまえの生活」を支援するため、利用者のやりたい事、やれる事を情報共有している。把握した希望や意向は、希望実現に努め、利用者の希望のある生活につなげている。	
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	家族や本人からの聞き取りや、ホームでの生活の中で把握できたことなど記録に残している。アセスメント用紙を現在法人全体で見直しを図っている。		
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	日誌経過記録や、申し送りノート、ケアプランを活用し職員全員が把握に努めている。		
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	家族、本人からの聞き取りや、生活の中から情報を収集し、スタッフ間で話し合う機会を持っている。	短期目標期間でモニタリングを実施し、達成度を検証している。ケアカンファレンスで職員意見を集約し、本人と家族の意向重視で介護計画を立案している。管理者は、本人がワクワクできる目標設定となるように、指導している。	
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	日々の様子を表情や言葉など細かく観察して記録に残すようにしている。フロア会議でケアに反映させている。		
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	医療保険を活用し、訪問マッサージを活用、歯科往診を活用するなど、介護保険外のサービスも活用し、利用者様の生活を支えるようにしている。		

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	町内の町籍簿に登録し、敬老会や町内祭りなどに参加している。		
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	入居時にかかりつけ医について説明し、納得の上で主治医についてはホームのかかりつけ医に変更してもらっている。眼科や透析などはそれまで通っていた所へ、通い続けられるような支援もしている。	ホーム協力医の月1回の往診と、週1回の医療連携訪問看護師の訪問で、利用者の健康管理を支援している。母体が医療法人であることから、利用者・家族の安心は大きい。今年度、協力医を同法人内の診療所に変更し、さらなる充実を図っている。	
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	みなみ訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護を受けられる。週1回の定期訪問がある。		
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。	法人内に提携病院があり、家族とともにカンファレンスに参加できるようになっている。早期退院にも力をいれており、何時でも退院できるよう伝えている。		
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、事業所の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	医療連携体制をとることで、看取りが可能になった。今までで6例の看取りを行った。法人で共有の看取りの指針もでき、訪問看護と連携し学習会を行なうなど、強化にあたっている。	入居時に本人と家族の終末期対応の意向を聞き取り、ホームの方針を説明している。原則、希望があれば看取りまでの支援を行える体制があり、協力医と看護師の協力を得て、終末期を支援している。職員は、法人勉強会やホーム内勉強会で、重度化や終末期の対応を習得している。	
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	急変時の対応を明確にした。その他事故発生時の医療連携についても、マニュアルを整備し、実行してもらっている。急変時の対応は、訪問看護の学習会で毎年行えるようにしている。		
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回避難訓練を行っている。移転もあり、地域との合同避難訓練は行っていない。	年2回の避難訓練を実施している。ホームの移転後は、現在まで築いてきた地域連携が無となることから、移転先の立地を考慮し、特に風水害を想定した協力関係構築を急務に取り組む予定がある。	

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	努めている。ともに目指す介護理念にもうたっている。職員への教育も、体系化し、評価している。	介護理念に「人権の尊重」や「自己決定」「役割の実感」を掲げ、職員はそれに則り、その人らしい当たり前の生活支援を実践している。
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	出来るだけ思いを引き出すような努力はしている。外出の希望など、すぐに対応できるように努めている。	
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	食事や入浴など大体の時間が決まっているだけで、その他は利用者が主体となって生活できるよう心がけている。	
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	化粧品の購入や、訪問理容だけではなく好みの美容院にいけるような支援をしている。	
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	食事は湯銭だが、みそ汁、食材の買い物、盛り付けなどは、利用者様主体でおこなっている。また、利用者様の希望にあわせ、サラダを作ったり、臨機応変に行なっている。	メイン料理は配食(冷凍)サービスを活用し、「季節の料理」や「ご当地料理」等、多彩なメニューを提供している。ご飯と汁物は職員と利用者が一緒に作り、利用者のやれる事支援の継続がある。食後は自分の食器は自分で洗う、ホームのルールは健在である。
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	記録用紙を活用し、水分量や食事を把握できるようにしている。	
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	義歯の管理や、歯磨きの促しをしている。歯科衛生士に毎月来ていただき、口腔ケアの助言をうけ、また受診に繋げている。	

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	排泄でのトラブルがあれば、排泄チェックをしてパターンを把握したり、話し合う機会をつくり、対策を考える。	トイレでの排泄を基本に支援している。現在ほとんどの利用者が排泄面で自立しており、必要に応じた声掛けや誘導でトイレ排泄を支援している。夜間はポータブルトイレを使用する等、状態に合わせた個別支援を行っている。	
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	毎日本人確認や、お腹の張り具合などを確認している。状況に応じて、水分摂取の促しや、便通に良い食べものの提供、ケアプランへの反映などを行う。		
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	入浴時間帯は午後に着しているが、それぞれの時間や曜日は特に決めておらず、毎日入浴をしてもらう事が出来る。必要な方には、見守りや介助を行う。	毎日の入浴を提供し、一人ひとりの入浴回数や時間帯を固定せず、本人の意向を尊重し、「入りたい時」の入浴を支援している。清潔保持の観点から、週3回以上の入浴ができるように入浴管理を行っている。一人ずつ湯を入れ替え、気持ちよく入浴できるように配慮している。	
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	夜勤の巡視は、嫌がる方には回数を減らすなど柔軟に対応して、安眠を妨げないようにしている。日中でも利用者様の様子を見て休息を促すなどの対応をしている。		
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	処方箋をカルテに閉じて、用法や副作用などを確認できるようにしている。また薬の変更があれば必ず申し送りを行い、様子観察に努めている。内服方法も検討し、必要であれば医師・薬剤師に報告し対応してもらっている。		
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	それぞれが得意なことを中心に役割りが持てるような支援をしている。日々の活動や外出などの行事のほか、お墓参りなど、個別に対応している。		
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	フロア全体での外出機会や毎日の散歩に加え、個別での外出レクで日帰り旅行や、ご家族様も交えての1泊旅行なども行っている。	日課の散歩、食材やおやつの買い物、外食やユニットごとの企画外出等、外出の機会を多く作っている。個別には、個人の買い物や自宅への立ち寄り、墓参り、銀行等、希望に沿った外出も積極的に支援している。	



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	自己管理できる方はしてもらっている。職員管理の方でも、支払いの時は本人にさせていただくなど、状況にあわせた支援をしている。		
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	希望があれば電話していただいたり、手紙や年賀状を出すような支援をしている。本人の希望を出来るだけ叶えるよう配慮している。		
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	食堂に花を飾ったりベランダや中庭に、花や農作物を植えたりと季節感を取り入れたり、居心地が良くなるような工夫をしている。	リビングには外出時の思い出の写真を掲示し、施設的な飾り付けを好まず、家庭的な雰囲気になるように工夫している。利用者同士が集える環境に配慮し、ソファの配置やリビングから少し離れた位置に居場所を作っている。気の合った利用者同士が思い思いの場所で集い、歓談する環境がある。	
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	リビング以外にも談話コーナーがあり、利用者同士で話したり、新聞を読んだりする姿がある。		
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	入居時に使い慣れた家具や道具、写真などを持ち込んでいただくように進めている。	テレビの前にローテーブルと椅子を置き、そこで喫煙を楽しんだり、仏壇や鏡台、衣桁(衣文かけ)を持ちこみ、好みの和風に仕立てるなど、それぞれの個性を大切に環境づくりを工夫している。安全な暮らしを考慮し、家具の配置には特段の配慮をしている。	
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	段差にはテープを張って分かり易くしたり、部屋がわからなくなる方には、目印となるものをドアにかけておくなどの工夫を取り入れている。		

### 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	2391200223		
法人名	南医療生活協同組合		
事業所名	グループホームいりやあせ (3Fユニット)		
所在地	愛知県名古屋市南区三吉町3丁目78番地		
自己評価作成日	令和元年10月 1日	評価結果市町村受理日	令和 2年 7月 7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://kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2391200223-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2391200223-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター
所在地	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F
訪問調査日	令和元年10月18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)】

入居者様一人ひとりを理解し、それぞれの「あたりまえの生活」が維持できるようなケア・事業所を目指している。そのため、認知症のある利用者様のADL、できること、性格を把握し、「できる事は手を出さないうで見守る」「出来ている事はできるだけ任せる」ことを心がけている。  
職員が正しく入居者様を理解し、サポートすることが、入居者様の生活を支える第一歩だと考えている。  
1ユニット7名の入居定員であることは、経営的にはデメリットだが、強みと捉え、午前・午後ともに外出に行くなど、利用者様の要望に、タイムリーに応えられることを強みとアピールしている。

【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)】

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)	○	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. 全くいない
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	○	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
<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	毎年4月の時点で、職場目標を職員全員で確認し、具体的に一人一人が「業務時間内」にどのように行動するかを決定し、期首・中間・期末で面接を行い振り返っている。		
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	学区のお祭りへ参加したり、散歩・買い物・美容院などに出掛けることで、地域とのつながりが持ち続けられるような支援をしている。今年度は移転も控えているので、地域の住民と新しい施設作りを話し合っている。		
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	地域の事業所が集まり、地域の住民に向け発表会をするなど認知症の理解が進むよう行動している。		
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ヶ月に1度運営推進会議を行なっている。評価の結果や、移転に対する意見などを聞いている。		
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取り組んでいる	運営推進会議には、いきいき支援センターの職員も参加いただいている。また生活保護の方も受け入れ、区役所職員とも連携をとっている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束適正化委員会を設置し、3ヶ月に1度、身体拘束に抵触する事柄がないか話し合っている。虐待に関しても同委員会で話し合っている。		
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	毎年、虐待の学習会を行っている。GHいりやあせでのルールを明確にし、ケアにあたって頂いている。身体拘束適正化委員会時に、虐待についても検討している。		

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	職員が成年後見制度について学習する機会はない。 今後必要になる可能性のある方、そのご家族様には、管理者より助言している。 時には法人弁護士に介入して頂くときもある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	話し合いの場を持ち、理解しあった上で契約、終了書を結んでいる。		
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	家族会、お便り、面会時に日頃の様子を伝えることで、意見や要望が出てくるため、フロア会議や職員会議にて情報共有・反映させている。また、ご意見箱を設置し、意見を頂いている。		
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	フロア会議・職員会議などで、提案討議する機会を設けている。		
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	管理者が年3回の面談を実施している。必要者については、適宜機会を設けている。		
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	法人の学習会については、参加を呼びかけるなど、学びあえるような雰囲気作りを心がけている。また、個々の力量に応じた研修に参加できる機会を作っている。		
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	法人内の介護職の交流会や症例発表、介護の実習生の受け入れなどを行なっている。また経験に応じた研修制度がある。		

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
<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	見学時は、家族だけでなく本人にも来ていただきどんな場所か知っていただくようにしている。入所時は、環境の変化に戸惑いも多いので、面会や家族との電話機会を多めに取り、安心できるような対応に努めている。		
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	家族にもアセスメントを記入してもらったり、面談時の要望などをケアに反映するよう努めている。		
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	事前申込時に、現在の状況を把握する事に努め、他のサービスが適切と判断できた場合は、他のサービスの説明を行なうなど、本人・家族にとって最良の選択ができるよう努めている。		
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	調理や、風習など利用者から学ぶことも多い。レクや行事は、要望を聞きながら職員も一緒に楽しめるような計画を立てている。ADLが低下してきた利用者様にも役割を実感してもらえるような支援をしている。		
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	お便りや電話などで出来るだけ近況をこまめに伝えるようにしている。状況に応じて、カンファレンスを開いたり訪問の依頼などもしている。		
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	元の職場に行き同僚に会ったり、定期的に友人と喫茶店に行ったり、今までの関係が維持できるよう支援している。ご家族様・ご友人など、ご本人様のより良い生活の為に、多様な人々に支援して頂けるよう心がけている。		
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	日々の活動や行事の中で、利用者同士が協力し合ったりする機会は大切にしているし、職員もきっかけが作れるよう心がけている。		

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
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	ホームから特別に働きかけはしていないが、入院の為退去した方が、再申し込みをしてくださったり、退去後にホームでの生活の写真が欲しいと、家族が足を運んでくださり近況を伺ったりした。		
<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	各スタッフが、日常の会話の中から想いや希望を引き出している。フロア会議では、利用者様のより良い生活の為の情報交換、決定ができています。		
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	家族や本人からの聞き取りや、ホームでの生活の中で把握できたことなど記録に残している。アセスメント用紙を現在法人全体で見直しを図っている。		
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	日誌経過記録や、申し送りノート、ケアプランを活用し職員全員が把握に努めている。		
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	家族、本人からの聞き取りや、生活の中から情報を収集し、スタッフ間で話し合う機会を持っている。		
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	日々の様子を表情や言葉など細かく観察して記録に残すようにしている。フロア会議でケアに反映させている。		
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	医療保険を活用し、訪問マッサージを活用、歯科往診を活用するなど、介護保険外のサービスも活用し、利用者様の生活を支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
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	町内の町籍簿に登録し、敬老会や町内祭りなどに参加している。		
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	入居時にかかりつけ医について説明し、納得の上で主治医についてはホームのかかりつけ医に変更してもらっている。眼科や透析などはそれまで通っていた所へ、通い続けられるような支援もしている。		
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	みなみ訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護を受けられる。週1回の定期訪問がある。		
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。	法人内に提携病院があり、家族とともにカンファレンスに参加できるようになっている。早期退院にも力をいれており、何時でも退院できるよう伝えている。		
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	医療連携体制をとることで、看取りが可能になった。今までで6例の看取りを行った。法人で共有の看取りの指針もでき、訪問看護と連携し学習会を行なうなど、強化にあたっている。		
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	急変時の対応を明確にした。その他事故発生時の医療連携についても、マニュアルを整備し、実行してもらっている。急変時の対応は、訪問看護の学習会で毎年行えるようにしている。		
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回避難訓練を行っている。移転もあり、地域との合同避難訓練は行っていない。		

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
<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	努めている。ともに目指す介護理念にもうたっている。職員への教育も、体系化し、評価している。		
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	出来るだけ思いを引き出すような努力はしている。外出の希望など、すぐに対応できるように努めている。		
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	食事や入浴など大体の時間が決まっているだけで、その他は利用者が主体となって生活できるよう心がけている。		
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	化粧品の購入や、訪問理容だけではなく好みの美容院にいけるような支援をしている。		
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	食事は湯銭だが、みそ汁、食材の買い物、盛り付けなどは、利用者様主体でおこなっている。また、利用者様の希望にあわせ、サラダを作ったり、臨機応変に行なっている。		
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	記録用紙を活用し、水分量や食事を把握できるようにしている。		
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に、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	義歯の管理や、歯磨きの促しをしている。歯科衛生士に毎月来ていただき、口腔ケアの助言をうけ、また受診に繋げている。		



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	排泄でのトラブルがあれば、排泄チェックをしてパターンを把握したり、話し合う機会をつくり、対策を考える。		
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	毎日本人確認や、お腹の張り具合などを確認している。状況に応じて、水分摂取の促しや、便通に良い食べものの提供、ケアプランへの反映などを行う。		
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	入浴時間帯は午後に定着しているが、それぞれの時間や曜日は特に決めておらず、毎日入浴してもらう事が出来る。必要な方には、見守りや介助を行う。		
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	夜勤の巡視は、嫌がる方には回数を減らすなど柔軟に対応して、安眠を妨げないようにしている。日中でも利用者様の様子を見て休息を促すなどの対応をしている。		
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	処方箋をカルテに閉じて、用法や副作用などを確認できるようにしている。また薬の変更があれば必ず申し送りを行い、様子観察に努めている。内服方法も検討し、必要であれば医師・薬剤師に報告し対応してもらっている。		
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	それぞれが得意なことを中心に役割りが持てるような支援をしている。日々の活動や外出などの行事のほか、お墓参りなど、個別に対応している。		
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支援している	フロア全体での外出機会や毎日の散歩に加え、個別での外出レクで日帰り旅行や、ご家族様も交えての1泊旅行なども行っている。		

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
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	自己管理できる方はしてもらっている。職員管理の方でも、支払いの時は本人にさせていただくなど、状況にあわせた支援をしている。		
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	希望があれば電話していただいたり、手紙や年賀状を出すような支援をしている。本人の希望を出るだけ叶えるよう配慮している。		
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	食堂に花を飾ったりベランダや中庭に、花や農作物を植えたりと季節感を取り入れたり、居心地が良くなるような工夫をしている。		
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	リビング以外にも談話コーナーがあり、利用者同士で話したり、新聞を読んだりする姿がある。		
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	入居時に使い慣れた家具や道具、写真などを持ち込んでいただくように進めている。		
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	段差にはテープを張って分かり易くしたり、部屋がわからなくなる方には、目印となるものをドアにかけておくなどの工夫を取り入れている。		