

### 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	2794400032		
法人名	生活協同組合ヘルスコープおおさか		
事業所名	グループホーム野江ゆおびか (1F)		
所在地	大阪府大阪市城東区成育4丁目6番29号		
自己評価作成日	平成25年5月21日	評価結果市町村受理日	平成25年8月2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 親和ビル4階		
訪問調査日	平成25年6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)】**

<p>入居者様の視点に立ち、かかわりを持つようにしています。理念に沿ってケアが出来るように、職員全員で目標を立てて取り組んでいます。 認知症生活共同の場として、認知症に特化したアプローチが出来るように取り組んでいきます。</p>
--

**【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)】**

<p>生活協同組合ヘルスコープおおさかは、大阪市内に、診療所、居宅介護支援及び各種介護事業等42箇所を運営している。ホームは、平成21年11月に、木造造り、2階建ての1~2階部分に、2ユニットで開設された。ホームは、閑静な住宅地区内に在り「住まい」の佇まいがある。ホームの名前の「ゆおびか」は「落ち着いた、ゆったりとしたさま」という意味から命名された。ホームの理念は「自由にその人らしく暮らせる家」とし、看護師を配置して、医療・健康管理面での安心した日常生活を確保し、ISO9001(品質マネジメントシステム)を導入して、医療・介護・ケア教育等への有効活用で、理念の具現化に向けての実践が見られる。</p>
---

**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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	2011年3月の総括会議で論議して、策定した。策定後は、事業所玄関に掲示したり、申送りの帳票にて職員間で理念を共有できるようにした。	平成23年に、全職員で協議して事業所独自の理念「自由にその人らしく暮らせる家」を創り上げ、施設内に掲示し、利用者が「ゆおびか」な「その人らしく生きる」を目指して、常に全職員で理念を共有して実践に繋げている。	
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	地域での祭り等に参加したり、買物は近くのスーパーにしているが、具体的な取り組みはおこなえていない。	地域で開催される各種行事(お祭り、餅つき大会、夜警見廻り等)に参加したり、散歩、買い物時での地域の人々との挨拶、会話等での交流を日常的に実践している。	
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	運営推進会議において、地域包括支援センターやネットワーク委員会と協議し、認知症の理解を広げていけるような取り組みを共同して進めていく方向を確認している。		
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	運営推進会議が定例化でき、メンバーも増えていっている。地域や利用者家族目線での話しを聞く事ができ、サービスの向上につなげている。	24年度は、年5回開催し、延べ24人の参加があった。参加者は、家族、地区ネットワーク委員、民生委員、連合・町会長、地域包括支援センター職員、地域住民、管理者、職員等の参加で、双方向的な会議を実施した。	
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に取り組んでいる	本年度から、城東区社会福祉施設連絡会への参画することになっている。	日常的に、市の担当者との各種サービスに関する相談・情報交換・指導等を受けて連携を図っている。高齢福祉課や運営推進会議等でも、市の担当者との協力・連携関係を築くように取り組んでいる。	
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	玄関および1Fフロアの施錠はしておらず、自由に外にできるようなにしている。会議のなかで、学習会を実施して身体拘束の内容を共有している。	管理者及び職員は、身体拘束をすることの弊害は良く理解している。認知症ケアの専門職である管理者は、認知症高齢者の身体拘束・虐待等について日々のケアに活かすための集合教育を実施している。	
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	虐待に当たるものがどのようなものなのかを職場内で学習会を行い周知している。		

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	具体的には取り組めていない。		
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	ISO9001のグループホーム入居受付手順を作成し、それに沿い説明をおこなうことで、納得してもらえるように図っている。		
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	介護事業所不適合管理手順書や苦情受付書を作成して、しようすることで、家族および本人の要望をとりいれるようにしている。	苦情相談窓口を設置し、管理者による意見・苦情・不安への対応をしている。毎月「野江ゆおびか」を発行し、利用者の日常生活を報告して意思疎通を図っている。ISO9001での手順書・苦情受付書での対応もある。	
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	フロア会議での運営に関する職員からの意見・提案する機会をつくったり、個人面談を実施し、要望を取り入れる機会を設けている。	毎月実施するフロア会議で職員による意見・提案等を聞く機会を設けている。日常業務においても、職員の意見やコミュニケーションを図っている。個人別職場目標があり、年2回、管理者による個人面談を実施している。	
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	正職員の就業規則はあるが、パート職員の就業規則は作成途中にあり、事業所によって整合性が取れていない等の課題が多い状況である。		
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	入社時と、毎年1回力量チェックをおこない。その結果に応じて、教育訓練の計画を立てている。		
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	地区の介護事業者が集まる会議への出席や、活動(認知症キャラバンメイト)等に参加している。		

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>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	要求事項明確化手順書を作成し、その内容にそって入居者の要求する事項を明確にしている。		
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	要求事項明確化手順書を作成し、その内容にそって入居者の要求する事項を明確にしている。		
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	サービスを利用する前にアセスメントをおこない、現在必要とするサービスへつながるようにケアマネージャーと連絡をとりあい、必要なサービスにつなげることができるようにしている。		
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	サービスする側・される側の位置づけにならないように食事作りや掃除等のホーム内でおこなうことは職員と入居者協同でおこなうことにしている。		
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	連絡をとりやすいようにメールでの情報共有をおこなったり 月に一度ホームでの様子をお伝えする手紙を郵送している。また、ホームに来やすいように面会時間や日時も決めておらず、どの時間でも来訪できるようにしている。		
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	友人や近所の人にも積極的にホームに来訪してもらうように家族の方にも伝えており、友人の方と昼食に出かけるなどされている。	アセスメントシート、センター方式の焦点情報シート等により、利用者の生活歴や心情・能力等を把握している。親しい友人の訪問や馴染みの図書館、美容院、食堂等への訪問で、従来の生活の継続性を確保した支援をしている。	
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	集団生活のなかで、様々なかかわり方もあるので、職員もその関係を理解し、間にはいたり話相手になることで、孤立せず一緒に生活をしていける支援をおこなっている。具体的には何人かの入居者様と共に買い物に行くなど関わりを保てるよう支援している。		

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
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	サービス終了された方が少ないこともあり、具体的事例がない。		
<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	入居者様とコミュニケーションを密にはかり、ご本人の思いを聞き逃さないように努めると共に、行動も注意深く観察するようにしている。又ご家族からもお話を聞き、アンケートによる意向の把握も実施している。	アセスメントシートや個人別生活記録票、日々の関わり、家族からの情報を収集して、利用者の暮らし方の希望・意向を把握している。把握しづらい面については、利用者の自己決定を促がす対応をしている。	
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	ご家族の来訪時や計画書をお渡しする時などご家族に会える機会にお話を聞くようにしている。また、定期的にアンケートをお願いする際に暮らしのヒントとして生活歴等お聞きしている。		
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	日々の引き継ぎの中でスタッフ間で情報共有し、個人記録を用いて情報の記録も行っている。定期的なアセスメントを実施しており、ケアカンファレンスもスケジュールを決め開催している。		
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	全スタッフ共同で情報収集を実施。各入居者様毎に担当スタッフを決め、計画作成担当者と共にアセスメント実施後、介護計画(案)を立案。ご家族の意向も反映させた形での計画書を立案し1回/2か月モニタリングを実施している。	アセスメントシート、センター方式の焦点情報シート、診療情報提供書、業務日誌、本人、家族、職員等からの各種の個人別情報を収集し、介護計画書が作成される。見直しは、介護計画書の評価欄で定期的にモニタリングを実施している。	
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	1日の過ごし方がわかるような個人記録を用いその方の状況が把握できるようにしている。ケアについて検討が必要な際はフロアリーダーが中心となって情報を取りまとめ具体的な対応策について見直しすることも多い。		
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	診療所やその他の機関と連携し、その方の求めるサービス提供ができるように努めている。地域運営推進会議を通じて、多機能化できるべく情報収集も行っている。		

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
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	地域運営推進会議を実施し、地域の方々から地域資源に関する情報を得るように努め、町会の行事や法人関連の診療所が主催する催しにも計画的に参加している。		
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	ご本人及びご家族の希望される医療機関への受診をしていただくよう、入所前に説明している。必要に応じて主治医への連絡書類を作成し、ホームでの身体状況を伝えるべく対応している。	近くに法人運営の診療所が在るが、あくまでも、利用者のかかりつけ医を基本としつつ、やむなく事業所の協力医療機関で受診する場合には、本人と家族の納得と同意を得て受診ができるように対応している。	
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	個人記録や日誌に日々毎の身体状態を記録し、必要時各フロアリーダーないし管理者に報告する体制をつくり、状態が早期に発見できるように努めている。		
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。	入院先病院と連絡をとり、カンファレンスに参加し情報交換・状況把握に努めている。また近隣病院への挨拶もおこない、事業所を知ってもらえるようにしている。		
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	昨年より検討会を実施し、随時施設見学も行っている。ご本人、ご家族との話し合いも徐々にではあるが、開始し事業所の方針説明とご家族のお考えについて聞き取りを行っている。	「看取介護に関する意向確認書」があり、早い段階から、本人、家族、医師、関係職員での方針の共有と話し合いが行われている。看護師も配置して医療連携体制を築き、法人診療所のバックアップ体制もあり、今後の重度化や終末期に向けた取り組みが期待される。	
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	緊急対応マニュアルに沿った対応が全職員同様に行えるよう周知の徹底を行っている。急変や事故発生時の対応についてミニ学習会を実施している。		
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	災害時の連絡網作成済み。防災訓練を定期的実施し、避難方法について学習会を実施。地域との共同した取り組みについては地域運営推進会議を通じて体制づくりに取り組んでいきたい。	年2回の消防署立会いの避難・救出訓練を実施している。非常災害時の対応手順や役割分担のマニュアルを作り学習会も実施している。向こう3軒両隣の近隣住民の方々への緊急時の協力体制が課題である。	特に、深夜の地震・火災等の災害時の近隣住民の方々の協力が不可欠なので、現在、管理者が中心となり協力体制を構築するための働きかけが行われており、その成果が期待される。

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	6ヶ月に一度「アルツハイマー病患者の権利」をもとに作ったチェックリストで各職員が自身の振り返りを実施継続している。フロア目標として言葉かけについて意識を持って支援できるように掲げたりもしている。	利用者のプライバシー保護の取り組みに関するマニュアルを作成し、職員の研修も実施している。入浴時や排泄時には、利用者の誇りやプライバシーを損ねないように、さりげない言葉かけをしている。	
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	コミュニケーションをとる際に ご本人がお気持ちを言い出しやすいような雰囲気作りや環境作りに配慮するとともに、これまでの生活歴を把握した上での自己決定できるような声かけを行っている。		
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	ニーズに沿ってご本人、家族様と話し合いを行ったり、制限をすくなくすることで、各入居者様の希望にそった支援に努めている。		
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	本人、家族、関係者から好みを聞くことや、暮らしから予想されることを日頃のケアに活かす支援をしている。		
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	食事作りでは、作る楽しみや好みの味の調整をできるようにしている。片づけも一緒にやっている。一緒に食べることについては、入居者様・職員の双方の意見も集約したところ、一緒に食べないことにしている。	職員が検食を行い、味付け、量、内容等をチェックし、旬の、新鮮な、安心・安全を確認しての食事提供をしている。食材は、外部委託の業者から調達し、厨房で、匂い、食材を切る音で五感を刺激しながら作られる。ホームには、家庭的な食事風景が見られる。	
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	一人ひとりに合った食事量や栄養、水分量を日々記録し把握することで身体のよい状態を保ち、習慣を継続する支援をしている。		
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	口腔内及び義歯のケアをご本人の力に応じた支援に取り組んでいる。ご家族様に依頼し、洗浄剤の使用も行っている。また歯科受診時に得た情報や注意点到に配慮し実施している。		

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	排尿時間の確認をおこない、出来る限り現在の状態を保つことができるように支援している。	業務日誌の排泄記録(時系列に記録)を基に、排泄パターンを把握してトイレ誘導を促がしている。排泄パターンや習慣を活かした、自立を目指した支援をしている。	
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	お薬の使用、調節に頼らないようにし、便秘を改善に役立つ食品を取り入れたり、1000ml/日以上水分摂取の促しを実施している。その方にあった運動の促しを行っている。		
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	入浴曜日は決めておらず入浴したい日に入浴してもらっている。入浴時間は、夜間帯以外は時間を決めていない。また、一人での入浴もしてもらう等その人にあった入浴方法をこころがけている。	入浴は利用者の体調や希望を尊重して柔軟に対応をしている。入浴拒否の場合は、日時や職員を変えたり、足浴、清拭、シャワー浴等に対応をしている。清潔な個浴槽は2方向介助が可能な造りである。	
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	室温、照度、音等の環境整備をおこない、ゆっくり安らげる環境づくりをおこなっている。		
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	入居者様が服用・使用しているお薬の効能・副作用などを一括ファイルにし、いつでも確認できるようにしている。個々の入居者様にあった服薬介助を実施し、状態の変化に留意している		
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	職員・入居者様で共同して、どのようなことにも取り組みおこなうことで、役割作りをおこない、やりがい楽しみを持てるように支援している。		
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	散歩を日課にしたい希望のある入居者様にはご家族との相談のもと一定の決まりごとを決めた上で外出して頂いている。その他にも地域の祭りや映画鑑賞、昼食に出かけたりなど、出きるだけ外出の機会が得られるように支援している	利用者の体調や心身状態を考慮して、近隣の散歩や地域の祭り、映画鑑賞、外食等での支援をしている。今後は、利用者の介護度の重度化が進み、車椅子対応が必要となるので、利用者の外出の動機づけや家族やボランティアの協力体制が課題である。	利用者の外出の動機づけをするための工夫、家族やボランティアの積極的な協力体制を構築して、より楽しい日常的な外出の支援が期待される。

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	金銭は事業所で管理しているが、いつでも使えるように話をしている。また、本人でももってもらっている方もいる。		
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	ご本人・ご家族からのご希望があれば、携帯電話を所持していただくことを了解しております。ご本人の希望に沿っての電話連絡やご家族に近況をお知らせする手紙や写真の送付も一緒に行うなどしている		
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	家のような環境になるように、きれいに片付けすぎず適度にきれいな環境にしている。	庭には花壇が在り、季節の花が植えられ、ベンチ・テーブルも置かれて、四季を味わいながらの楽しい憩いの場が在る。木造りの廊下、腰壁、床、居室戸は心を和ませる環境がある。明るく、清潔なりビングには、手作りカレンダーや色紙の手芸品が壁に貼られている。	
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	屋内以外に玄関前にベンチ、庭にテーブルとベンチを設置し、気分転換しやすい屋外の環境での居場所提供を行っている		
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	基本は畳の間であるが、絨毯(防災)を敷くなどして洋室としての使用もしていただけるように配慮。使用されていた家具の持込をしてもらい、自宅での生活環境に近い雰囲気作りとなるよう配慮している	居室は畳部屋で、襖付きの押入れが設置されている。利用者の馴染みの物が持ち込まれている。そこには、従来の日常生活の継続性を確保した環境がある。ナースコール、スプリンクラー、火災報知器等も設置して、安心・安全な環境を整えている。	
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	出来る事・わかることに配慮した環境づくりをおこなっている。棚に名前を記入したり、水道にシールを貼ったりして使いやすいように工夫をしている。		