

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	2771900632		
法人名	有限会社 ユニゾン		
事業所名	グループホーム奏音		
所在地	大阪府大東市御領1丁目10-18		
自己評価作成日	平成29年1月15日	評価結果市町村受理日	平成29年3月9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2月14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>・地域に向けた「おたのしみサロン」が定着し、ご入居者と地域の方々や他の事業所との交流が持てるようになり、グループホームの存在や認知症の方への理解が広がっている。</p> <p>・認知症ケアに経験豊富なスタッフを配置しており、質の高い生活、ケアを出れるように努めている。</p> <p>・アクティビティに力を入れている。単調な生活にならないよう、季節ごとの行事や日常のアクティビティを取り入れている。</p>
--

<p>「ありのまま その人らしく ここちいい暮らし」を提供する事を職員の「介護の心」として、自分たちの目指す理想の姿を追い求めているように感じられる事業所である。餅つき、誕生日会、忘年会、お楽しみサロン等々アクティビティにも様々な工夫が盛り込まれ、地域の関係者の温かい協力を得た「地域の根差した暮らし」にも熱心に取り組んでいる事業所である。家族の求めている相談や不安を取り除く家族への対応面も配慮が行き届いている。</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)	○ 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)	○ 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、活き活きと働いている (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、その時々々の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
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	「ありのまま その人らしく ここちいい暮らしを」の理念を基に、ご入居者ひとりひとりの生活ペースを乱すことのないよう支援している。理念は、玄関に掲げ、いつでも目に付くようにしている。	事業所の特徴は？という問いかけに「ありのまま その人らしく ここちいい暮らしを」全職員で支援している事業所です、という答えが実践されている。	
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	月1回、地域のお楽しみサロン、ホーム内で毎週水曜日の元気でまっせ体操を開催し、地域との交流に努めている。	利用者および事業所が地域に根差した暮らしが継続できるように、地域の理解と協力を得ながら、地域で暮らす高齢者や家族のための取組み(お楽しみサロンなど)が行われている。	
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	お楽しみサロンを中心に認知症に関する講話を担当している。又、市より要請があれば、認知症サポーター講習も開催している。適宜、介護相談にも応じている。		
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	運営推進会議で、自治会の方々、包括、近隣事業所の方々とは話し合いや報告を行い、ご意見を頂いた場合は、取り入れサービスの向上に努めている。	地域福祉活動の代表者、包括支援センター、近隣の介護関係事業者が「地域福祉活動の今後について」などを議題にして集まり、検討するなどに、運営推進会議が活用されている。	
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	市の担当者とは、電話やメール連絡などで連絡を取り合っている。又、認知症サポーターや元気でまっせ体操など要請があれば引き受けている。	利用者個々の対応事例や事業所運営に関する情報交換や地域福祉活動課題について相談できる、行政との良好なコミュニケーションが構築・維持されている。	
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	身体拘束を起こさないよう、身体拘束についての勉強会を開催し、拘束になっていないかスタッフ同士で確認をしている。玄関の施錠に関しては、役所、警察、家族からの要請により、簡易的な施錠をしている。	玄関の施錠はしない介護を行っていたが、当局からの指導でやむを得ず施錠している状態である。利用者個々の事例毎に家族の協力・同意を得て利用者本位のケアが行われている。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	身体拘束と合わせて虐待の勉強会も開催している。身体拘束も含め、知らず知らずのうちに虐待になっていないか日々、確認している。又、スタッフのストレスから虐待につながらないように、職場環境を良くするようにしている。		

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
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	必要に応じて、職員には学ぶ機会を設けている。又、それらの制度が必要な方には、利用できる機関を紹介するようにしている。		
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	疑問点などが無いように、十分に理解されるまで説明している。改定がある場合は、家族会で報告している。		
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	家族会、又は、日頃からコミュニケーションを密にとり、会話からご意見やご要望がないか汲み取るようにしている。頂いたご意見は、直ぐに反映するようにしている。	家族の訪問時には本人の最近の健康状態や暮らしぶりについて詳しく報告している。家族には毎月たよりを文書で報告している。文書は居室担当が文章を書いている。	毎月の家族あての便りのタイトルが「月次報告書」となっているが硬い感じがするので、ソフトな感じが望ましい。
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	月1回のスタッフミーティングやノートを活用し、スタッフが意見や提案を言える機会を設けている。又、常にコミュニケーションをとり、意見や提案が言える機会を設けている。	毎月定例的にスタッフミーティングを開催して、情報交換を行うようにしている。日常的にはシフト交代時の引継の場で必要事項の連絡や気づきを話し合っチームケアが徹底するように努めている。	現状でも全体としてのレベルはあるが、職員から積極的に提案や意見が出るような面が強化されれば、更なる質的向上が期待できる。
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	代表者も職員同様に業務に入ることで、職員個々の努力や勤務状況など見る事ができ、個々に合った業務を分担させ、責任を持って取り組ませるようにしている。向上心を持って働けるように努めている。年に1度は長期休暇を取得できるようにしている。		
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	スタッフの個々のスキルに合う研修会に参加してもらい、学んだ事はミーティングを通じて報告、勉強会を実施している。施設内部研修もほぼ、毎月、開催しスタッフのスキルアップに努めている。		
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	運営推進会議や居宅介護支援事業所などが集まるケアマネ研究会を通じて、同業者や看護師などと交流する機会がある。そこに参加し、情報交換をしている。		

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
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	入居時は、事前の家庭訪問でご本人と直接お会いし、お話をするようにしている。不安な気持ちや要望を上手く聞き出し、解消に努めている。早期に信頼関係を築くよう心がけている。		
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	入居前の見学、事前の家庭訪問時に丁寧に話を聞くよう心がけている。又、担当ケアマネからも事前にきちんと情報提供を受けるようにしている。		
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	入居前の見学、事前の家庭訪問時に聞き取ったお話の中で必要としているサービスを見極め、必要に応じて他職種とも連携し対応している。		
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	尊厳を大切にし、落ち着く雰囲気や場所を作るようにしている。認知症や障がいがあっても安心した関係性が築けると考えている。		
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	家人とは、コミュニケーションを密に取り、ご本人に対する思いを共有できる関係を持つようにしている。又、行事の際は家人にも参加して頂き、ご本人と家人により良い関係を築いて頂けるように支援している。		
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	いつでも馴染みの人が訪ねて来れるように、面会時間を設定していない。又、ご本人とご家族に希望により、馴染みの場所への外出の支援をしている。	在宅生活の時の本人の暮しに於ける知人や友人関係、社会とのつながり(馴染みの美容院など)が入所してからも出来るだけ継続できるように、馴染みの店での買い物や年賀状交換の支援を心掛けている。	
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	入居者同士にも合う合わないがあるので、お互いの関係をきちんと把握するようにしている。家事作業の際も、お互いが出来る事を分担し、協力し合っている。		

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
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	契約終了後もこれまでの関係性を大切に、継続的に支援し、相談などにも応じる。又、必要に応じて、その時に必要な機関を紹介・依頼などするようにしている。		
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	家庭訪問時にホームでの暮らしの意向や思いをお聞きし、入居後、出来るだけ意向に沿った生活が送れるよう支援している。困難な方の場合、ご本人の生活歴や毎日の関わりの中で得た情報や家人の意向をもとに把握するようにしている。	入所の段階のアセスメントにて本人の趣味や嗜好や生活歴について家族からヒヤリングすると共に、入所後は本人との関りの中で把握した情報を基に、本人の希望に沿った支援を心掛けている。	
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	入居前の家庭訪問時に本人・家人よりこれまでの生活歴を詳しく聞き、フェイスシートを作成し、スタッフ全員が目を通し把握するようにしている。		
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	個人記録にて1日の生活を把握している。記録には、言動・心身の状態が良く分かるよう、細かく記入するようになっている。3ヶ月毎のアセスメントにて本人の有する力を把握出来るようにしている。		
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	アセスメントと本人や家族の意向に沿って、スタッフ間でカンファレンスを行い、意見を出し合いながらケアプランを作成している。又、状態に変化があれば、早急にケアカンファレンスを行い、ケアプランの見直しをしている。	スタッフミーティングで十分時間を取ってカンファレンスを行って介護計画書のポイントについて周知徹底している。状態変化に応じて家族の意向を聞き計画書の見直しを行っている。	
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	個人記録、ケアプラン実施表をもとに介護経過を作成し、モニタリングにつなげている。ケアプランの見直し時は、共有している情報をもとに話し合いをしている。		
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	希望に応じて、外出や買い物など、又、病院受診の付添い支援などしている。居室の空きがあれば、ショートステイの受け入れにも対応している。		

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	ボランティアによる音楽の会や書道の会などを定期的に開催している。又、地域のおたのしみサロンや市より委託の体操の会に参加し、日常生活が単調にならないようにしている。		
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し、納得が得られたか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	内科医は、ご本人や家人と相談の上、施設のかかりつけ医に1回/2週の往診を受けている。又、他の診療科にかかる際は、必要に応じて支援している。	かかりつけ医の選定は、本人及び家族の希望を優先している。協力医療機関による往診体制、通院支援など医療支援体制面での家族サイドの不安は感じられない。	
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	週1回、訪問看護を受け健康管理に努めている。状態に変化がみられる場合は、連絡や相談できる体制になっている。		
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	入院の場合は、「医療・看護連携シート」を提出することで医療機関側と情報を共有、把握できる体制になっている。又、家人や医療機関と話し合いの場を持ち、早期に退院できるようにしている。		
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	本人と家人の気持ちを一番に考え、十分に説明し、話し合い、理解された上、終末期に関する同意書に署名を頂いている。看取りを希望される方には、かかりつけ医や看護と連携し本人と家人の意向に沿って支援している。	事業所の対応方針を説明すると共に、家族の意向を確認した上で「看取り介護についての同意書」に基づいた終末期対応体制がかかりつけ医による支援を含めて整っている。	
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	内部研修にて事故発生時や急変対応の勉強会を開催している。		
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	昼夜を想定した定期的な避難訓練を(年4回)行い、消防立ち合いのもと、近隣の人々との避難訓練も行っている。区長を通じ、地域の消防団の避難訓練へ参加することになっている(5月参加予定)	自主訓練を含めて年間4回の避難訓練を行っている。万が一に備えて、近隣の協力、自主消防団の協力にも働きかけを行っている。職員の災害に関する意識も高いものがある。	

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
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	入居者一人ひとりの性格や特徴を把握し、それぞれに合わせた声掛けや対応を心掛けている。又、対応に関しては、スタッフ間で都度、話し合いをしている。	調査訪問時の職員の利用者への対応は、相手の人格を尊重し、プライドへの配慮された話しかけや姿勢であった。個人情報の取扱も徹底されていた。研修や指導の成果がうかがえた。	
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	認知症で判断が出来なくても、意思表示や自己決定出来るように働きかけるような声掛けをしている。		
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	起床時間や食事、入浴など時間を決めずにその日の状態やペースに合わせた柔軟な対応をしている。		
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	常に清潔な衣類を身に付け、ご自身で衣類を選べるように促している。ご自身で選べない方は、スタッフが選ぶが、同じ服装にならないように気を付けている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	好き嫌いや禁忌食などは、事前に聞き取り、スタッフ間で把握出来るように表を貼り出している。又、行事に合わせて特別なメニューになっている。テーブルを拭いたり、下膳など入居者が行う場面も見られる。	台所には利用者個々の嗜好や調理方法が貼り出されている。生活リハビリとして残存能力に応じて食事準備や片づけ、テーブル拭き等に参加してもらうように促している。	
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	食事や水分量は、毎食後、表に記入し常に把握出来るようにしている、足りない時は、補食などで補っている。本人の嚥下や歯の状態に合わせて、刻み食、ペースト食、一口大などで対応している。		
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	起床時と毎食後に口腔ケアを行い清潔を保っている。本人の状態や歯の状態に合わせて口腔ケア用品を選んでいく。		

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	個人記録に排泄時間を記入し、入居者の排泄パターンに応じて誘導している。	利用者個人個人の排泄状態を記録して、リズムやパターンを把握して、日中は出来る限りトイレでの排泄が出来るように、事前の声掛けをしてトイレ誘導が行われている。	
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	ヨーグルトや牛乳、オリゴ糖など便秘の予防になる物の摂取を心掛けている。又、体操や散歩など運動も取り入れているが、それでも改善されない場合は、主治医に緩下剤などの処方を受けている。		
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	ある程度の予定は決めているが、毎日、入浴希望があれば入浴できるようにしている。その日の体調やタイミングが合わなければ変更したり、取りやめたりと柔軟に対応している。	入浴は希望があれば毎日入浴可能となっている、週3回を目標に清潔保持に努めている。会話する等、利用者が落ち着いてゆっくりとお風呂を楽しんで貰うように職員は配慮している	
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	入居者の体調や状態に合わせて、午睡を促している。日中は、身体を動かすアクティビティを取り入れ、しっかりと食事を摂り、安心して入眠出来るようにしている。認知症の症状に伴い、眠りにくい場合は、専門の医師を受診し薬の処方を受けている。		
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	薬剤提供表をファイリングし、把握や確認が出来るようにしている。服薬がきちんと行えるよう、包装袋に名前、薬剤名の記載、個数の確認をしてから服薬をしている。		
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	本人に活躍できる場を与えるように、個々に合ったアクティビティを提供するようにしている。(生け花、書道、カラオケ、おやつ作りなど)		
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	お花見や初詣や地域の秋祭など、季節の外出を取り入れると共に、近所のスーパーやコンビニに買い物へ行くなどの戸外へ出る機会を持つようにしている。	出来るだけ戸外の空気に触れるように、本人の体調と天候と相談しながら近くへ散歩に出かけている。地域のお祭りや花見などの季節行事の行事外出も多く取り入れ、利用者の楽しみとなっている。	

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	ホームでは、金銭の預かりや管理はしない事となっている。家人や本人の希望で所持されている場合もあり、ご自身の買い物へ出掛けた際は、本人に支払いをしてもらっている。		
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、どちらも支援している。ご自身で書けない方は、スタッフが代筆することもある。		
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	室温の管理、物音やテレビなどの音量には、特に気を付けている。家具は、ごく普通の家庭にある物で取り揃えている。季節に応じた装飾品やご入居者が書いた書道の作品などを飾っている。	玄関、リビング、食堂、浴室、トイレなど空間を上手に活用したレイアウト、利用者・職員の動線意識した設計の中で、家庭的な雰囲気づくり(生花、ソファ、掲示物)にも配慮がされている共用空間となっている。	
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	居間にソファや椅子を多く置き、それぞれが好きな場所で過ごせるようにしている。事務所もオープンにしているので、スタッフと過ごす入居者もいる。		
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	入居の際は、家具や調度品、使い慣れた生活用品や食器類など自由に持ち込んで頂けるようにしている。住み慣れた部屋での生活と近いようにし、安心して生活できるようにしている。	各居室は掃除が行届き清潔である。家族の協力を得ながら、本人が不安なく過ごせるように、出来る限り入居前の自室の雰囲気に近づける工夫がされている。家具などが持ち込まれ、馴染みの写真が飾られている。	
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	危険な物を置かないようにし、入居者の身体状況に合わせ居室も選んでいる。むやみに手すりを設置せず、家具などで代用できる場合は、同線を考えて家具の配置をしている。		