

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	2795000187		
法人名	(株)三輪		
事業所名	グループホーム 緑の風		
所在地	東大阪市岩田町1-1-43		
自己評価作成日	平成29年3月25日	評価結果市町村受理日	平成29年5月23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	大阪府中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成29年4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)】

23年に開設し、6年の月日が経ちました。今では開所時からのご利用者様は、半数以下になってしまいました。新しいご利用者様、家族様との信頼関係の構築と共に、日常会話の中から利用者の思いをくみ取り、個別ケアの充実を図っております。いつでも明るく、楽しい笑いの絶えないホームです。食事においては、夕食のみ職員が作っています。時には、家事の大先輩である利用者様に尋ね、お手伝いして頂くこともあります。時々苦手な食べ物もありますが皆様、食欲旺盛です。ここでの生活が楽しい時となりますように、職員一同、業務中心になることなく利用者様に寄り添い、共に笑って過ごしていただけるように、目配り、気配りしております。

【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)】

母体は地域に密着し、いち早く地域包括ケアシステムに取り組んでいる病院である。事業所は4階建ての4階部分に1ユニットを運営している。2・3階部分にはグループである別法人のグループホーム2ユニットが併設されており、運営推進会議・避難誘導訓練等を協同し、開催している。昨年末に就任した新管理者は短い期間であるが、現状のホームの課題等を把握し、職員皆と意思疎通を図り、改善に取り組んだり、居室担当を決め、毎月の暮らしぶり事実を詳細に家族に送付し、頻りに訪問されている家族から意見や要望を聞き、運営に反映している。リハビリが必要な方にはグループの理学療法士等が訪問されたり、法人の在宅医療科から毎週看護師が訪問され、利用者ごとの身体状況をチェックしており、家族は健康面で安心である。

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 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)
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広がったり深まり、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	フロア独自の理念を職員全員で話し合い作成し、統一したケアをめざしている。	今までの理念を変更し、職員が話し合い、唱和し易い2項目の事業所独自の理念を新たに作成し、掲示し、新管理者の下で職員の質向上を図り、実践につなげるべく日々、取り組んでいる。	
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	自施設での夏祭りを開催し施設を開放している。利用者との散歩では、こちらから挨拶するように心掛けている。	自治会に加入している。会長が運営推進会議等で地域の行事等の情報を伝えている。就任間もない新管理者は積極的に参加すべく、自ら事前調査に出向き、地域とのより深い連携として毎週開催している「お互いさん」や盆踊り等への参加を検討している。	
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	近隣のスーパーで買い物をしたり、地域資源を生かすようにしている。		
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	二か月に一度定期的開催するようになり、施設の報告だけでなく、自治会の困りごとなども少しずつではあるが聞かせてもらえるようになった。	今年度より年6回の開催に向け、協同開催をしている併設のグループホームと日にちを設定し、取り組んでいる。家族・自治会代表・地域包括支援センター職員とは双方向な話し合いを行っている。メンバーの拡充や地域の防災訓練等への参加等も検討している。	
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	市の講習会には積極的に参加し、情報はファクスにて得ている。	市には分からない事があれば電話し、助言を得ている。市の連絡会や勉強会等に参加し、同業者との交流や研鑽をしている。日常生活支援総合事業がスタートされたので地域包括支援センターと連絡を密にし、地域ケア会議への参加等に関心を持っている。	
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	玄関前が交通量の多いところで危険なため、出入り口はカードキーになっている。身体拘束においては、ミーティングにおいて職員間で共有、周知徹底している。	身体拘束排除のマニュアルを整備し、定期的な法人の研修も行い、職員の共有を図っている。センサーマット等を試験的に使っている方もいるが状況を日々チェックし、外す検討もしている。玄関は施錠しているが外出希望シグナルには即対応している。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	内部、外部研修において、職員には周知徹底している。ミーティングにおいて話し合いの機会をもっている。		

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
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	市の外部研修などで学ぶ機会を持ち、伝達講習もおこなっている。		
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	入所時には、利用者、家族と会い、重要事項説明書に添って説明を行っている。面会時には利用者の様子の報告と共に家族と話す機会を持つようにしている。		
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	苦情相談窓口を出入りに設置し、対応をしている。ほとんどの家族が一週間に一度面会に来られるので、その時に情報交換をしている。その他、月に一度家族に日常の様子を手紙にして送っている。	ホームは居室担当を決め、利用者ごとに毎月の健康状況や暮らしぶりの事実を詳細に記入し、家族に送付している。家族が頻繁に訪問されており、面会時に家族の意見や要望を聞き、記録し、運営に反映している。	
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	毎月のミーティングや、人事考課のフィードバックにおいて職員個々の意見を聞く機会を設けている。普段からの会話も重要だと考えている。法人全体での職員満足度調査において、職場の環境や条件整備に配慮し、職員の意見を運営に反映させている。	法人は職員の満足度調査を実施したり、資格取得の為に研修参加を支援している。直近の新入職員は先輩の方から色々な知識を教わり、楽しく勤務されている。職員は毎月のミーティングで気軽に意見等を言える環境であるが幹部職員は現場での応援が多く、適正な人員補充を依頼している。	
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	法人全体で職員満足度調査を行い、職場環境や条件の整備に努めている。		
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	積極的に資格取得の為に受験を勧めている。色々な研修に自ら探し受講できる環境にある。		
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	管理者は、相互訪問や勉強会の機会を作り、サービスの質の向上を目指している。地域包括支援センターの職員の方からも運営推進会議などで他の施設の情報を得ている。		

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	入浴時や食事時など、日常生活の中で常に会話をしながら利用者の話に傾聴するように努めている。出勤時、退社時には、一人一人に挨拶をするよう目標に設定している。		
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	面会時には、利用者の様子を伝えると共に、職員は、明るく話しやすい雰囲気になるように努めている。		
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	ホームケアクリニック、訪問看護と共に連携を取り、必要であれば、訪問リハビリ、デンタルクリニックなども受けて頂いている。他の医療機関を受診することもある。各部署とパソコンでつなぎ情報を共有している。		
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	料理、裁縫など、人生の先輩としてアドバイスを頂き、理念にあるように出来ないことの支援をさせて頂きながら共に生活をしている。		
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	家族様に利用者様の生活歴を尋ねながら、ケアプランを立て、なるべく今までの生活に近い支援を行うようにしている。個別支援ノートを作り職員で共有し統一した支援を行っている。		
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	フェイスシートで利用者の生活歴を確認し、家族からの情報を得てアルバムや馴染みの物を持ってきていただき、居室や記憶の壁に飾っている。地域資源を生かし買い物に出かける。	近隣の知人で50年間も付き合い合ってきた方や故郷が高知県同士の仲間が訪問されている。ホームは関係が途切れないように支援している。現状、今までの馴染みの場所支援は無くなっているが、家族との外出等をお依頼して、支援している。	
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	レクリエーション、行事等で全員が参加することで関わっていくようにしている。朝の挨拶は、一人一人お顔を見て笑顔で挨拶するという目標を立てている。毎日おやつ前に行うラジオ体操は出来る方が参加されている。		

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	契約が終了すると相談はないです。		
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	日常会話の中から利用者の思いに気づき、「本人本位の支援をするように努めている」。家族からの情報も収集している。	入居時のフェースシートで過去の生活歴等を把握し、職員の共有を図っている。入所後も家族や利用者との会話から新たな思いを聞き、出来るだけ意向に沿った支援を心掛けていく。高齢の方の中には布パンツで過ごされ、調理を手伝い、完食をされて、歩くことを大切に、凛として自分の思いに沿って過ごしている方もいる。	
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	家族様に利用者様の生活歴を尋ねながら、支援計画を立て、職員で共有している。		
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	毎月のミーティングにおいてケアカンファレンスを行い、職員間で共有している。必要であれば連絡ノートにて周知徹底している。		
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	フェイスシート、診断書、ケアチェック表、家族会話ノート、チャート、利用者、家族、ミーティングなどで各種個人別ケア情報を収集し介護計画書が作成される。見直しは、毎月定期的に、介護支援経過記録を基に、モニタリングを実施している。	日々の支援経過に利用者1人ひとりの変化等を記録し、サービス担当者会議で話し合い、チームで現状に合った介護計画作成につなげている。見直しは6ヶ月ごとに行っているが急変や入退院時には計画変更の対応を実施している。	
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	毎月のミーティングや、個別記録において、情報の共有を図りながら実践や介護計画の見直しをしている。3か月に1度の割合で担当者会議を開いて(訪問看護、訪問リハ参加)各部署との連携を取り共有を図っている。		
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、家族から要望を聞き、ミーティングで話し合い対応している。他の専門機関へ受診の際は、管理者が付き添うようにしている。		

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	買い物や散歩などで地域資源を活用している。近隣の方から畑で採れた野菜をおすそ分けして頂いたりしている。		
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	母体が病院ではあるが、あくまでも利用者のかかりつけ医の受診を基本としている。事業所の協力医療機関を受診する場合には本人、家族の納得と同意を得て受診が出来るように対応している。	利用者は法人の在宅医療科の医師より、月2回の往診を受けていると共に歯科もグループのデンタルクリニックが月2回、歯科衛生士とペアで訪問され、必要に応じて治療や口腔ケアのチェックを受けている。従来の眼科や脳神経外科等の専門医には家族の支援で通院している方もいる。	
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	週1回の訪問看護に情報を伝え、指示を受けている。合同ミーティングにおいて訪問看護、訪問リハビリの意見を聞き支援している。パソコンでつなぎ情報を共有している。		
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	法人内の病院にて入院もでき、連携を取っている。法人全体で研修も行っている。電子カルテを共有している。		
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	開設より2名の看取りを経験。その後、職員、訪問看護、クリニックセンター長と共に振り返りの会も行いました。職員全員良い経験になったと話しています。訪問看護、喜馬病院との連携も力になりました。	入居時に重度終末期に関する対応指針書に基づき、家族に説明し、同意を得ている。今迄に看取りを2回経験している。グループの看取りが出来る在宅医の自宅が遠いという課題もあるが利用者にとって最も良い最期を迎えられるように家族と相談しながら支援している。	
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	緊急連絡網や、初期対応のマニュアルは作成している。職員はマニュアルによって行動をとるようにしている。		
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2回の避難、救出訓練を実施している。災害対策マニュアルや災害時の連絡網も作成している。ベランダには緊急時脱出用シューターを設置している。リュックサックに緊急時備品を用意している。	年2回、消防署の指導も受け、消火避難誘導訓練を実施している。水害は4階建て故、心配が少ないが地震や夜間1人体制時の火災は不安である。災害時に於ける最低限の備蓄は整備している。地域の防災訓練への参加を検討している。	地震時や夜間1人体制時の火災は対応マニュアルを整備し、地震は居室も含め落下物の予防対策を行い、夜間想定は外部の資料を参考にしながら、職員がパニックにならないよう、より実践的な訓練を積み重ねることを期待したい。

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	人生の先輩としての意識を常に持ち対応させて頂いている。職員研修を実施し、対人援助サービスの知識と技術を身につけるように取り組んでいる。	先輩である利用者のプライバシーを損ねる言葉使いや態度に十分に配慮するようミーティング時に話し合っている。気づいた時は互いに注意し合うように努めている。利用者との個別ケアの進化を図るべく新たな研修も実施し、利用者との信頼関係を築くように検討している。	
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	声かけを密に行い、ゆったりと見守りながら自己決定できるように働きかけている。		
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	利用者様のペースを尊重し、体調に合わせて個別に配慮した支援を心がけている。		
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	居室、トイレには鏡を設置し、毎朝髪を整えておられる。衣服も好みで着ておられる利用者様もおられる。		
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、利用者職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	朝・昼は、宅配のチルド食、夜は、手作りで、一人一人に合った調理を行い、軽い食器や介護食器などを利用し、なるべく自身で召し上がって頂けるように工夫している。	現状、朝と昼は外部業者の献立とクックチルの食材を調達し、湯煎し、出来立てを提供している。夕食は別の業者から食材を調達し、職員が手作りし、提供している。利用者は出来る範囲で手伝い、楽しく職員と会話しながら食事している。定期的に食事レクリエーションを実施している。	
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	食事摂取量や飲水表などで確認し、一人一人の状態を把握している。		
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	毎食後には、うがいや歯磨きを施行。就寝時には義歯をポリドントに浸けている。月2回法人内のデンタルクリニック往診にて口腔ケアを行って頂いている。必要であれば治療も行って頂ける。		

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	職員が個々の利用者の排せつパターンを把握し声掛けを行って支援している。	布パンツだけで過ごせる方も2人いる。日中は排泄パターンを把握し、出来るだけトイレでの排泄支援につなげている。日々の水分補給や運動及び散歩を大切に支援している。	
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	生活経過記録を確認し水分補給に気を配ると共に、必要であれば訪問看護の指示にて服薬も行う。		
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	入浴日は決めているが、不穩があったり体調が悪い時は、中止する。その都度希望があれば入浴して頂く。入浴以外の利用者は、足浴を行っている。	基本は機械浴の浴槽で週2回、入浴が出来るように支援している。シャワー浴や足浴も支援している。入浴を拒否する方には時間を変更したり、工夫し入浴につなげている。ゆず湯やしょうぶ湯等楽しい入浴も支援している。	
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	利用者は、それぞれ休みたい時に居室に入って休んだりして、ご自身のペースに合わせて生活しておられる。		
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	服薬時には利用者に声を掛け確認し、職員同士声を掛けあっている。体調の変化があればホームケアクリニックに相談し、指示を受け支援している。		
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	生活歴や会話などから趣味やしたいことを引出し、レクリエーションや行事などで楽しみごとの支援を行っている。		
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	暖かい日には近隣の公園に出かける。階下に利用者が育てている花や野菜に水をやりに行かれたり、見に行かれたりされる。	天気の良い日は買い物や近隣の公園に散歩に出掛けている。階下にある花壇や菜園での水やり及び日光浴は利用者にとって外気に触れることができ、大きな楽しみとなっている。	認知症緩和や良好な睡眠につながる散歩や日光浴を暑い夏・寒い冬を問わず、日課的な取組として、全職員が工夫し、事業所の個別ケアの進化として取り組まれることが望まれる。

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	家族様からお小遣いを預かり、買い物などで好きな物を買っておられる。		
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	希望があれば電話などかけて頂くようにはしている。親戚や家族からハガキが届くこともある。		
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	毎月利用者と職員とで季節の壁飾りを作成し楽しんで頂いている。カーテンは2重にし、日が差し込む時はレースのカーテンで対応している。階下で育てた花を切り花にしてリビングの食卓に飾っている。	居間兼食堂は適切に机を配置し、廊下にソファを置き、利用者が思い思いに過ごせる共用空間となっている。食事時には静かな音量で懐かしい音楽が流れている。壁には季節を感じる貼り絵や手作り作品が飾られている。1階にある多目的室は今後、地域の高齢者に向けた相談事業(健康等)としての活用が期待できる。	
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	ソファを置いたり、カウンター前に椅子を置いたりして、くつろげる空間を作っている。		
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	馴染みの物やアルバムなどを、家族に持参頂き居室に置き、今まで生活されてきた居室に近づくようにしている。	ベッド・タンス・洗面台・鏡・冷暖房設備がホームで用意されており、利用者は馴染みの家具・置物等を持ち込み、壁には写真等を飾り、今までの家庭と変わらないように支援している。ポータブルトイレを持ち込んでいる方もいるが職員は匂い等に配慮した支援を行っている。	
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	障害物を置かず、廊下、トイレ、浴室などに手すりや、滑り止めを設置し、個々の身体機能を活かし自立した生活が送れるように工夫している。		