

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	愛知県名古屋南区三吉町3丁目78番地		
自己評価作成日	平成30年 9月13日	評価結果市町村受理日	令和元年 8月19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.kaisokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kan=true&ligovsvoCd=2391200223-00&PreFCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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	愛知県名古屋緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成30年 9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)】

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くて見守る」「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)】

今年度は、職員の教育システム変更に伴い、一人ひとりのキャリアアップに力を入れる1年となっている。成果については今後の進捗次第となるが、本人の課題解決に意味のある取り組みになることが期待される。
ホーム全体の支援としては、1ユニット7名の強みを活かした個別の徹底を継続し、職員の力量アップと、自身の「まだできる」という思いの育成につなげている。
利用者も職員も、毎日の生活に個性を発揮し、できることをできる人が行い、助け合いの中で暮らす「あたりまえの生活」を実現するホームである。

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	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。	各階階段に、法人理念「みんなちがってみんないい。一人ひとりの輝く街づくり」を掲示している。理念に基づき、毎年度の職場目標を定め、職員は目標達成を目指す個人目標を策定して利用者一人ひとりの望む生活を支援している。	
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。地域との交流企画も行っている。	地域からの情報提供を基に、積極的に地域行事参加し、交流は盛んである。今年度より、年3回は運営推進会議を地域にある同法人の事業所と同で実施することになり、新たな繋がりが増えている。	
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。昨年度も、地域防災の意識向上の為、防災企画を行い、地域住民15名が参加。今年度はまだ実施していない。	年6回の会議を開催し、内3回は同法人4事業所合同で開催している。多数の地域住民や地域包括支援センターが参加し、ホームの現状報告のほか、防災や地域交流など様々な課題について意見交換し、大変有意義な会議となっている。	
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	平成28年1月1日から、南医療生活協同組合への移行に伴い、新規指定を行う。その際、一から市町村と施設の見直しを行った。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。	地域包括支援センターの運営推進会議参加が得られ、ホームの現状理解を推進している。近くホームは移転の予定を控えており、行政の各方面と連携を図り、助言・指導を仰いでいる。	
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	夜間の玄関施錠以外は、原則無施錠。また、身体拘束排除の理念を明示し、職員は入居者の行動が意味あるものと理解している。しかし現在2階ユニットの利用者様で1名、離設の可能性のある利用者様がおられ、対応困難時はユニット入口を施錠させて頂くこともある。	法人として「身体拘束についての指針」を見直し、各事業所に展開している。法人内のグループホーム全体で委員会を設置し、ホームでは3ヶ月毎に勉強会を開催し、職員周知を図っている。身体拘束ゼロの方針は職員に浸透しており、その意識は高い。	
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。		

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無い。 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。	家族の来訪時や随時の電話、家族会等で意見や提案の聴き取りを行い、運営に反映させている。また、年1回の満足度アンケートの実施もあり、内容は職員周知で改善につなげている。	
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。	月1回のユニット会議ではケアカンファレンスや行事企画等を協議し、全体会議では各ユニットの報告や運営の通達、勉強会を行なっている。職員の意見や提案の表出の機会として活用があり、やりがい支援につなげている。	
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。		

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	元の職場に行って同僚に会ったり、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。	地域からの利用者は、日常的に地域に出かけ、入居前と同じように生活ができるように支援している。家族の協力を得ながら、家族外出を推進し、親戚付き合いや馴染みの場所へ外出している。
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。		
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	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。	職員は利用者との会話を大切に、一人ひとりの思いを引き出すよう努めている。掴んだ情報はユニット会議で話し合い、内容を共有し、実現に向けて取り組んでいる。	
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。	「その人」に合わせ、随時計画を見直している。ケアカンファレンスで職員意見を集約し、本人と家族参加のサービス担当者会議で、具体的な目標を設定し、総合的な観点で介護計画を立案している。	
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回の往診を支援している。協力医の24時間対応で、緊急時にも指示が仰げる体制がある。医療連携の訪問看護師の週1回の訪問と併せ、利用者の健康管理を行っている。専門医の受診もホームで支援している。	
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。透析先については、連絡ノートでのやり取りをしている。		
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	医療連携体制をとることで、看取りが可能になった。今までの5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。	本人と家族の意向に沿った終末期支援については、協力医の支援も得られ、ほぼ意向通りの支援を行うことができている。状態変化の都度、医師を交えて家族と話し合いを重ね、意向を確認して支援方法を決定している。ホームでの対応が難しい場合は、本人にとって最善の方法が選択できるように支援している。	
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	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。昨年度も、地域住民を招いた防災企画を行い、協力もお願いした。今年度はまだ未実施。	毎年、年2回の避難訓練を計画し、実施している。昨年度行った地域住民参加の訓練は、ホームの移転を控え、今年度は見送ることとした。飲食料と備品の備蓄は、専門業者の協力を仰ぎ、三日分以上を準備し、有事に備えている。	

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。	利用者一人ひとりの状態に合わせた支援を行い、聴き取った要望には即対応に努めている。日常生活の中でそれぞれ役割を担ってもらい、誇りと生きがいを持って日常生活が送れるように支援している。
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	食材の買出しから、調理、後片付けまで毎食一緒にやっている。できない利用者様でも、目の前で調理するなど、生活の雰囲気を楽しんで貰えるよう努力している。	現在、利用者の要望に応える時間を優先するため、配食業者のレトルト食材を活用している。ご飯と汁物は各ユニットで調理し、利用者はそれぞれ可能なことを職員と一緒にやっている。
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、水分量や食事量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。定期的には歯科往診を受け入れたり、必要時に歯科受診を行うなどしている。	

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。	見守りや声かけ、時間誘導等、一人ひとりの状態に合わせた支援方法で、トイレでの排泄を支援している。本人の尊厳に配慮し、失敗のない支援実践を目指している。	
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、毎日入浴してもらい事が出来る。必要な方には、見守りや介助を行う。	利用者の意向を尊重し、入浴頻度は固定していない。1日最低3名は入浴できるよう支援し、希望があれば毎日の入浴も可能である。入浴拒否のある利用者には無理強いせず、入浴が楽しみの時間とな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。	行きたい時に行きたい場所へ行ける支援に努め、散歩や買い物など個別対応で外出している。家族外出を楽しむ利用者もおられ、一緒に外出の機会が多い。重度化もあり、ユニットや全体での外出が難しくなったからこそ個別対応を工夫している。	

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。		
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。	法人の看護師寮を改装したホームであり、居室は寮の個室をそのまま使っているため、廊下側からは「自分の部屋」の趣が強い。共有空間は個室の二間を抜いて広さを確保し、生活感のある寛ぎの空間となっている。まさに共同生活の言葉がぴったりの、利用者の活気ある生活の場である。	
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。	部屋ごとに趣が違い、ホームでの生活を楽しんでいる様子がよくわかる居室である。使い慣れた家具や物品を持ち込み、それぞれに落ち着いて過ごせる環境を工夫している。個室のドアには、自然にノックをして声掛けを行わざるを得ない風格が感じられる。	
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	愛知県名古屋南区三吉町3丁目78番地		
自己評価作成日	平成30年 9月13日	評価結果市町村受理日	令和元年 8月19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.kaiyokansaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kanistrue&KijyosyoCd=2391200223-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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	平成30年 9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)】

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。
 3Fの利用者様は、2Fと比べ介助が必要な方が多いが、基本的な考えは変わらない。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、職員の正しい対応で、やる気を引き出す」ことで、現在の生活が長く続けられるよう、支援している。
 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	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。地域との交流企画も行っている。		
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。昨年度も、地域防災の意識向上の為、防災企画を行い、地域住民15名が参加。今年度はまだ実施していない。		
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	平成28年1月1日から、南医療生活協同組合への移行に伴い、新規指定を行う。その際、一から市町村と施設の見直しを行った。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。		
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	身体拘束排除の理念を明示し、職員は入居者の行動が意味あるものと理解している。しかし現在3階ユニットの利用者様で2名、離設の可能性が高い利用者様がおられ、2度離設があり、警察に連絡している。そのため、ユニット入口に鍵を設置させて頂き、安全確保を行っている		
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。		

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、理解しあつた上で契約、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。		

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。		
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	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を大切にしているし、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。		
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	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、利用者様より良い生活の為の情報交換、決定ができています。お酒・タバコなど、危険を配慮し提供している。		
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	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。		
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、その時々にも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。		
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。		
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5例の看取りを行っている。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。昨年度は、地域住民参加の津波避難訓練を行うと共に、災害時の協力もお願いした。今年度は未実施。		

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。		
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。外出の希望などが多く、すぐに対応できるように努めている。利用者様優先で考え、業務の見直しも行っている。		
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	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。午前中の中の入浴も多い。		
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	3階ユニットは、外出希望の方が多く、よりニーズに対応できる様、食事の業者介入を始めた。食事作りの時間を短縮し、ケアに当てる方針。盛り付けなどは、やって頂くようにしている。みそ汁は作ることに変更した。		
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、水分量や食事量を把握できるようにしている。摂取量の低下などは、往診医に繋ぎ、改善を目指すようにしている。		
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。定期的に歯科往診を受け入れたり、必要時に歯科受診を行うなどしている。今年度から、歯科との連携を開始。		

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、便通に良いたべものの提供、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ず、個々にそった支援をしている	入浴時間帯は、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。午前中に入る方も多く、希望にあわせている。		
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・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。毎日出かけられる環境が整っているところは、いりやあせ1番の強みである。		

50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>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。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>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。</p>		
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>利用者様が混乱しないよう、整理整頓に努め、利用者様の私物をユニットで預る場合は、専用のスペースを確保し、利用者様が混乱しないよう配慮している。</p>		
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>ソファで過ごされる方、自室で過ごされる方など、1人1人の性格、落ち着く場所を考慮している。プライベートな空間は確保できていると感じている。</p>		
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>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勧めている。</p>		
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>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。</p>		

