

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	2470201415		
法人名	株式会社 四季の郷		
事業所名	グループホーム 四季の郷富田		
所在地	四日市市東茂福町4番4号		
自己評価作成日	H21.7.14	評価結果市町村受理日	

※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://kaigos.pref.mie.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2470201415&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 21 年 8 月 6日 (木)

【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)】

自分の家で生活しているように、くつろいで過ごせるように支援している。毎日の食事は健康維持のうえで重要である。バランスのとれた食事をおいしく食べれるように配慮している。旬のとれた野菜の食材を利用したり、アンケートを実施し選択食・特別食でご利用者のニーズに応じている。利用者が摂取されている料理をご家族と一緒に食べてもらえるように場所を提供して利用者の笑顔を喜んでもらう。イベントでおばんざい・バーベキュー・喫茶店へ行こうなど企画して食欲の増進・生きる意欲の向上を図っている。季節を感じてもらえるように天気の良い日は散歩・ドライブ・花見など外出支援に努めている。食事のした処理、下膳、洗濯たたみ、お絞りつくり、洗濯干し等ご利用者の能力に応じて家事を行っている。

【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)】

住宅街にある事業所としての条件を生かしながら、地域との交流が自然になされている。婦人会や老人クラブの関係者と相互に関わりあったり、防災訓練に協力し合ったり、畑の作物が提供されたり、さまざまな交流が始終されている。廊下やリビング等の共用部分が広く設計されており、ゆったりとした感じがする。また扉が全て吊り下げ式で敷居なしのバリアフリーとなっており、トイレも広く出入りしやすい。

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
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	倫理規定・職員訓示(言葉三訓・介護三要・接客五訓)の研修により、意識した介護を日々実践している。朝礼で四季の郷憲章・運営理念を復唱する。	その人なりの権利と意思を大切にすることになっている。また自宅で過ごしているように温かく迎え「くつろいでもらおう。利用者と一緒に一期一会の気持ちで関わっていく」これらを共通理念とし、職員は毎朝、暗唱している。	
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	自治会に加入し、老人会との交流、事業所ホールをギャラリーとして地域に開放し、各種作品展を開催するなど、近隣住民と利用者との集いの場として交流を図っている。	当事業所がある地区全体に民家が集中しており、婦人会や老人会との交流が盛んである。近隣から野菜をもらったり、婦人会員がデイサービスの場に盆踊りを教えに来てくれたりする。	
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	毎月『いすず会たより』を配布し認知症のワンポイントアドバイスを掲載する。また、ホームページにより活動内容を紹介している。		
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	二ヶ月毎に運営推進会議を開催しサービス向上の取組を実施している。有識者・ご家族代表の意見を聞き、提案により改善を図る。	会議は概ね2ヶ月毎に開催している。参加者は地域包括支援センター職員、家族会有志、老人会長、司法書士(後見人)、事業所として依頼した有識者(2名)等である。市担当は時々参加するが、継続的参加を依頼している。	
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	毎月発行の『いすず会たより』を市担当者や地域包括支援センターに届け現状報告や意見交換を行っている。また、市の相談員の訪問を月に一回受け、利用者の要望や不満の抽出にあたってもらいアドバイスを受けている。	市担当からの積極的、継続的働きかけはないが、事業所から質問したり提起すれば、その都度意見や説明をしたり、情報を提供してもらえる。	
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	内部研修の実施により身体拘束の具体的な行為を理解している。緊急やむをえない拘束はケース会議で検討し、ご家族に理解を得る。	身体拘束がよくないと理解しているが、歩行困難のうえ妄想と暴言が激しい利用者に対し車椅子を使用する際は、ずれ落ちないように拘束せざるをえないことを家族と話し合っ理解を得ている。	支援上の困難を伴う利用者の拘束については、家族の理解を得るのみでなく、市担当や地域包括支援センターにも報告し、認識を共有されるよう、今後の対応を期待する。
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	施設内研修の実施。 虐待の対応として、虐待の種類を理解し早期発見でやむを得ない措置を図る。法律上の虐待を研修し予防を図っている。		

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	内部研修により制度について学ぶ機会を設けている。また、講習・研修の案内を連絡帳に添付して希望者を募っている。		
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	入所時は診療提供書、面接(看護師同席)により判定会議を行い検討している。料金の内訳は契約時に十分説明し資料を渡し理解を得ている。退去する際には利用者やご家族に十分な説明を行い過程・決定が明確である。		
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	定期的に介護相談員が来訪し情報交換を積極的に行い、相談員の言葉を受け止め対応している。アンケートを実施し、要望を今後のサービス向上につなげている。	家族には各担当からその都度連絡しているが、一般的に家族の来訪が少なく、季節の変わり目以外は事業所任せのようである。ただし、通院はできるだけ家族で対応するよう依頼しており、2家族は月1回付き添っている。	
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	『提案ノート』を作成し運営に反映させている。 普段より職員との会話を多くもつよう心がけ意見や提案を聞き反映させている。	会社として運営する各事業所のリーダー会議が月1回、ランチミーティングとして実施され、現場の意見反映の場となっている。当事業所内では月1回、定例会議や研修会を実施している。	
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	自己評価・人事評価を実施し、能力実績を昇給などに反映して意識向上につなげている。		
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	採用時には新人研修を実施し施設理念、業務の全体像の理解を図る。 外部研修後はレポート提出により伝達講習を行い全体の周知を図っている。内部研修を毎月テーマを決めて実施し職員の専門性向上に努めている。		
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	市・県それぞれのグループホーム連絡協議会に所属し相互訪問による活動や勉強会、見学会などの交流を通じてサービスの質の向上に努めている。		

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	入居希望者にはデイサービスや体験のお泊りを利用していただき話を聴く機会を設けている。その際、利用状態をみて、客観的にも本人の要望などを知るように努めている。		
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	ご家族が話しやすい環境づくりをし、話を聴く機会を十分に設け、ご家族の意向を親身に受け止めるよう努めている。		
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	専門的な知識向上に常に努め広い視野をもち、一人ひとりが必要としているサービスを提供している。		
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	和気藹々とした雰囲気の中で過ごす中で職員は昔ながらの知恵を利用者から教えてもらうなど毎日の生活の中で横のつながりを意識した『共に過ごし支えあう関係』を作っている。認知症の進行により日常会話も困難な事もあり出来る事は共に行い会話を持つように心がけている。		
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	午前7時から午後9時の間は、いつでも面会していただけるようにしている。また遠方からの面会の場合は居室内に宿泊していただけるスペースは十分あるので簡易ベッドの貸し出しを行っている。また、ご家族と一緒に食事をしながら交流が図れる場を設けた。		
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	居室内には今まで使用してきたなじみのある家具や布団などを持ってきていただき使用している。	ベッドやクローゼットは共通家具として設置してあるが、それ以外はそれぞれ個人的好みによる道具や飾りなどが置かれている。	
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	職員がすぐに手助けするのではなく見守りということを大切にしていくことで本人同士が出来ない部分を補い合いし自然に支えあっている。なじめない方には、その人が気の合いそうな方の近くに席を誘導するなどの配慮をしている。		

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
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	情報提供を実施し、今後に向けて相談にのっている。		
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	アセスメントシートへの記帳と日々の会話の中で希望や意向を把握し、本人本位に生活が送れるように支援している。	利用者本人ができることはやってもらう、という方針で支援している。手芸品作りが多いが、他におしぼりや洗濯物たたみ、調理の下準備、下げ膳等をしてくれる人たちもいる。	
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	生活歴や生活環境を把握して個別ケアや個別リハビリ等に心がけている。レクリエーション等を活かし主役になれる場面作りの支援をしている。(習字・生け花・おやつ作り等)		
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	全ての介護職員は日勤だけでなく夜勤も行うことで現状を総合的に把握するよう努めている。		
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	介護計画書は3ヶ月毎に、見直しを行い、ご家族にも同意を得ている。変化のあったときには速やかにご家族と連絡をとり話し合いをしている。	介護計画は施設長が策定している。その際は、職員と相談し、意見交換しながら記録をまとめている。策定後は家族に説明している。しかし利用者が徐々に重度化しているのが事業所の気がかりとなっている。	
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、個別記録を記入している。一か月分の個別記録はすぐに見れるところに保管しているので職員は情報を共有できている。また、ケース会議を開催し介護計画に反映している。		
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	通院や理美容院への送迎など利用者やご家族の状況に応じて外出支援などの柔軟な支援をしている。		

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
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	地域の色々なボランティアの方々に来ていただき一緒に楽しい時間を過ごすように支援している。消防の方に協力していただき定期的に避難訓練を実施している。民生委員さんに施設を理解していただいている。		
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	近隣の医療機関と複数契約しておりご家族やご本人の意向に沿って納得の得られたかかりつけ医を決定している。ご家族による受診同行を原則としているが希望があれば通院支援をしている。また、必要に応じて往診もいただいている。	受診マニュアルにのっとり、利用者個別の受診記録を整理している。受診は家族対応を原則としているが、事業所が対応する通院事例が増えてきている。また精神科クリニックへの受診も増えてきている。	
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	常勤の看護師を配置している。医療的なことは看護師と介護職員が連携し支援をしている。		
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。	環境の変化に戸惑いがないように職員は病院へ交代でお見舞いに行く。 退院時には病院とケアカンファレンスを行い退院に向けて準備する。		
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	重度化した場合の対応指針が作成されご家族への説明同意を得ている。 医療との連携を図り受診・往診で対応している。緊急マニュアルを作成、周知し24時間、医師と連絡がとれるようにしている。	ターミナル対応は限界があるため、重度化について指針を策定し、家族に説明や相談をしている。しかしすでに車椅子利用者がいて、事実上のターミナル対応であるが、限界を感じながらも援助している。入院した場合、3ヶ月は入居継続としている。	
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	消防の方に来ていただき、心肺蘇生法など緊急時に備えた講習を開いている。また、AEDを設置している。		
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	防災マニュアルを作成し、年4回定期的に防災避難訓練や消防署と連携した避難訓練を実施し、避難方法を身につけている。また地域の方々との協力依頼もしている。	消防署と連携による防災・避難訓練の他、夜間想定訓練もしており、本年5月には救命救急訓練も実施している。	

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
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	運営規定に職員の秘密保持に関しての規定があり朝礼やミーティング等で言葉使いなどプライバシー保護の具体的項目について意識の徹底を図っている。また、年間目標に言葉使い等標語にして対応している。	一人一人の違いを理解するよう研修と話し合いをしている。また「その人なりの権利と意思を大切にする」ことを理念に掲げている。	
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	主観的事実を尊重し、一人ひとりが伝えたい事を受け止め十分に話を聴き本人がわかるように伝え納得しながら暮らせるように支援している。		
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、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	基本的な一日の流れは決められているが一人ひとりの体調や精神面を把握し、その時の本人の希望を尊重して対応している。		
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	本人の要望に応じ理容店へ送迎するなどの支援をしている。また定期的に職員が本人の希望でヘアカットをしている。 週に一度タンス内の生理整頓を行い季節にあった衣服を着用できるように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	有料老人ホーム・デイサービス併設の為、食事は一斉に提供しているが昼食の選択メニューを実施したりおやつ作りやおばんざいなど食事を楽しむ支援を行っている。 食材の下処理や下膳など利用者が出来る事は積極的に参加していただく。	調理ができる利用者はいないが、できることは一緒にしている。昼食はデイサービス利用者と一緒に食べており、互いの交流がうかがえた。嗜好調査や糖尿病食にも取り組んでいる。メニューは栄養士(委託)に見てもらっている。	
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	献立は職員が考えているが管理栄養士のチェックも受けている。摂取記録はその都度、記録しその人に合わせた食事量を提供している。水分は毎食事時、9時、15時にお茶を出し、水分確保に努めている。必要に応じて水分摂取量を測定する。		
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、就寝前の整容時に歯みがきの声かけ、また見守りにて洗浄液につける。昼食後は居室での歯みがきの声かけ、誘導にて行っている。		

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
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	日中、場面が変わる時等にトイレの時間をもつよう声かけをする。また、失禁のある利用者には時間を決めトイレ誘導をしている。	おむつやリハビリパンツを使用する人もいるが、その人たちも時間や動きを見ながらできるだけトイレ誘導している。	
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	排便時にチェックシートをつけ、その人の排便習慣を把握するように心がけている。毎日、皆で体操を行い身体を動かしている。また気候が良い時には散歩を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	週3回の午前中の中の入浴となっている。利用者の要望・体調に合わせて個別で入浴を実施している。他の時間帯での入浴希望者はいないが希望があれば希望に沿うように努める。	風呂は週3回(月、水、金)入れるようにしているが、暑いときは他の日にシャワーを使っている。事業所の浴槽に入れられない人がいるので、デイサービスの特殊浴槽を利用している。	
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	眠れない方がいるときには十分に話を聴いたり、傍にいて安心して環境作りに努めている。		
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	薬表を作成し、いつでも見れる場所に保管している。主治医・看護師と連携して体調・症状に応じて服薬支援を図っている。		
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	洗濯物干し・洗濯物たたみ・テーブル拭き・お膳拭き等一人ひとりが得意とされることをみつけ主役となる場面作りをしている。また、個別ケアを楽しめるように茶道・書道・絵画等のクラブを作り本人の希望を聞いて参加していただいている。		
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	施設の周囲1kmの散歩が日常の日課となっている。レクリエーションの一環として四季を感じる外出を設けている。(初詣・お花見・公園への散歩・ドライブ・外食・買い物等)	事業所が住宅街にある(ただし隣家は工場)ため、散歩には出やすい環境で始終出かけている。雨天等で外出できない時は、テラスに出て外の空気にふれている。	

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
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	金銭管理は認知症の進行の度合いにより支援方法を変えている。		
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	本人の要望に応じているが認知症の進行の度合いやその時々々の精神状態によって支援を変えている。(ご家族の意向と利用者の要望を調整して支援している。)		
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	廊下にはソファが置かれ季節に応じた手作りカレンダーや壁飾りを飾り居心地よく過ごせるような雰囲気作りをしている。デイサービスとのリビングの共有空間やテラスに自由に出入りできるようにしている。	グループホームとデイサービスの間は、構造上、扉で仕切られているが、利用者は二つの建物の間を共用空間として始終行き来している。また二階にある有料老人ホームに行く人もいる。共用部分が広く設計され、バリアフリーの工夫もされている。	
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	ソファや機械マッサージを設置している。テラスには自由に出入りできるようにしている。 相談室には絵や写真などを展示しつろげる空間を設けている。		
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	入居されるまで使用されていた馴染みのある家具を置くなどして混乱防止に努め、本人とご家族の好みに応じて居心地よく過ごせる部屋作りをしている。また臭いの気になる部屋には消臭機を設置している。	ベッドやクローゼットは共通家具として設置してあるが、それ以外はそれぞれ個人的好みによる道具や飾りなどが置かれている。	
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	生け花・茶道・カラオケ・掃除・洗濯物干し・洗濯物たたみなど主人公になる場面作りを心がけている。パソコンによる脳トレーニングを実施している。		