

### 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	1092700036		
法人名	特定非営利活動法人 みんなの太助さん		
事業所名	グループホーム今宿の太助さん		
所在地	群馬県利根郡みなかみ町新巻29番地		
自己評価作成日	平成23年3月5日	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	
----------	--

**【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成24年4月12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)】**

認知症対応型共同生活介護は、認知症に対応した介護ができていることが前提にある。このため、認知症対応の考え方を徹底的に教育している。特に、利用者さんにとってスタッフは環境の一部であり、スタッフの対応如何で利用者さんの笑顔や不穏が作り出されることを教育している。また、ケアマネジメントの過程をふまえた認知症介護が最も重要であり、アセスメントがその中核をなし、スタッフによる”アセスメント(=現状の把握に基づく、気づき)”が認知症介護の質を決めると考えている。

**【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)】**

管理者は、認知症に対する理解、対応を支援の最も基本的なものと考え、日々の介護の実践を通して職員に対して認知症について徹底して指導、教育している。職員はそのことを基本に共通認識をもちながら、事業所の理念である「優しく、愛しく、心をこめて」の実践に取り組んでいる。日々の関わりの中で入居者の現状や課題を把握し、介護計画に反映すると共にノートに記載し・申し送り時に話し合い、入居者一人ひとりの意向や希望に沿った支援に努め、入居者の要望を叶えるため地域包括支援センターが紹介した散歩ボランティアを受け入れ雨が降らない限り毎日2時間の散歩を楽しんでいる。また、一人ひとりの状況をアセスメントし行動等を的確に把握すると共に、廊下やトイレに見守り用の鏡を設置し、玄関は施錠することなく、入居者が自由な暮らしができるよう支援している。

**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
<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	認知症対応理念： 利用者さん離れをしても成り立つような認知症介護は絶対がない ホーム理念：優しく、愛しく、心をこめて	管理者は、認知症に対する理解・対応を支援の最も基本的なものと考え、日々の介護の実践を通して職員に対して認知症について徹底して指導、教育している。職員はそのことを基本に共通認識を持ちながら、事業所の理念「優しく、愛しく、心をこめて」の実践に取り組んでいる。	
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	地域との積極的な交流はできていないが、日常生活の中で(買い物や散歩や近所のこどもの訪問など)地域に出て行く工夫はしている。また、地域のこども太鼓グループの訪問なども受けている。	雨が降らない限り、日々の散歩を通じ地域の人達と顔見知りとなり挨拶を交わしている。地域の子供太鼓が年2回ボランティアで訪問する際は、自治会の回覧版を通じ町内の人達を招待し大勢の人が見物に訪れている。	
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	町づくり協議会への参加継続。		
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	現状は、認知症対応型共同生活介護とは何かを知っていただく場になっており、出席者の意見をサービス向上に活かすのは今後の課題。	会議では、事業所の活動状況等について報告し意見交換が行われている。意見交換では、「地域のお年寄りの居場所づくり」や「そば打ち」が提案され、「そば打ち」を通じ地域の人達との交流を試みるなど、地域との交流を図りながら、事業所に対する地域の認識・理解を深めるよう努めている。	
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	町から、介護困難事例の紹介をうけ、町と連携し受け入れている。また、生活保護者の受け入れも可能である。	会議案内や議事録を持参し、町から「地域子育て支援センター」事業を受託していることから、週1回は町の担当窓口に出向き空き室状況を伝えたり、生活保護者の受け入れについて相談したりしている。また、地域包括支援センターが紹介した散歩ボランティアを受け入れている。	
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	アセスメントが適正に実施できていれば身体拘束等は無用と考えている。また「利用者さんを知り、利用者さんの喜ぶことをすれば結果は必ずついてくる」と考えているため、玄関の施錠なども不要と考えている。	一人ひとりの状況をアセスメントし行動等を的確に把握すると共に、廊下やトイレに鏡を設置し入居者の見守りを工夫し、入居者の活動を抑制せず、玄関は施錠することなく、入居者が自由な暮らしができるよう支援している。また、外部研修等により、身体拘束をしないケアについて理解を深めている。	
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、	介護支援専門員を県主催の権利擁護研修に参加させ意識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
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	管理者は社会福祉士であり平成24年度から「ばあとなあ群馬」の下で成年後見活動を実施予定。		
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	ご家族が利用契約書等を確認できるように、利用開始前に関係資料を郵送し、十分な時間をとり説明をおこなっている。		
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	面会の都度、ご家族と面談し確認している。	家族と入居者及び事業所との意思疎通を絶やさないため、毎月の利用料は持参してもらっている。面会時に日誌を見せて、日々の生活状況を説明し、家族の要望を聞いている。また、緊急以外は、家族とメールで情報交換等を行い、意見や要望を聞く環境作りを行っている。	
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	毎月1回の定例会議を設け、職員の意見を聞く機会を設けている。	毎月開催する職員会議で意見や提案を聞くほか、改善提案制度を設け、色別にした男女の人型トイレの表示板やトイレ・廊下の2ヶ所に鏡を設置し調理室から死角となっている玄関や居室の入り口が観察できるなどの工夫を行い、職員の提案が反映された運営を行っている。	
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	代表者は管理者を兼務しており、日常上の介護勤務シフトに入っているため職員の努力や実績、勤務状況は把握出来ており、それをもとに給与に反映している。		
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践と力量を把握し、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	県介護研修センターの認知症介護基礎研修や実践者研修への参加申し込みを行っている。		
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	地域認知症疾患医療センターである内田病院と連携し、「認知症になっても安心して生活できる利根沼田」づくりをおこなっている。		

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
<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	認知症対応型共同生活介護にとって、アセスメントが最も重要であるためアセスメントに重点をおいた介護をおこなっている。		
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	家族との信頼関係は何にもまして重要なため、面会時の関係作りは重要だと考えている。		
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	認知症対応型共同生活介護にとって、アセスメントが最も重要であるためアセスメントに重点をおいた対応をおこなっている。		
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	結果として、我がホームは”家庭的な雰囲気”ではなく、”共同生活を営む者同士”の生活の場となっている。		
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	家族との連携は重要だと考え、毎月の支払い時にホームに足を運んで頂き、ご本人について近況報告させて頂き、関係性を築いている。		
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	外出等を通じて関係性の維持に努めている。	親戚や友人が訪れ、部屋でお茶を飲み歓談している。ドライブの際に入居者の自宅前を通ったり、職員が連れて理美容院や他の施設に入居している配偶者に会いに行ったり、近くのスーパーに職員と買い物に言ったりする等馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援している。	
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	利用者個々が役割を持ち、共同生活を送っていることから相互の関係性は築けている。		

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	本人と家族が利用開始前よりも関係性が強くなったように感じる。		
<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	全員ではありませんが、希望によりお金を持ち、スタッフと一緒に買い物(食べ物)をしてきます。他の方は特にありませんので、本人の意向としてプラン作成をしています。	面会時に家族から情報を得ると共に、日々の関わりの中で入居者の現状や課題を把握してノートに記載し、申し送り時に話し合い、入居者一人ひとりの思いや希望に沿った支援に努めている。	
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	入居時情報、面会時等に家族より話を聞き、本人の好む生活をしていただいています。		
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	ソファで横になって過ごす方、新聞を一日に何回も読む方、洗濯物をたたむ方など、それぞれ個人にあった生活をしています。		
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	ご家族の方が面会に来られたときは本人の様子などをお話して、要望などをお聞かせいただくこともあります。	アセスメントで入居者の現状と課題を把握し、面会時に家族の意向や要望を聞き、介護計画は毎月開催するケア会議で職員と意見交換を行い、ケアマネージャーが6ヶ月毎の見直しを行っている。	モニタリングの作成月日の記載と様式の統一化を行うと共に、介護計画と日誌との関連付けが図られるよう期待したい。
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	スタッフ間で情報を共有して、日々の様子などを話し合っで見直しを行っています。		
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	当事業所は特別なこだわりがないため、利用者本位での支援をしています。		

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
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	地域の習わしなどに参加し、地元出身者が楽しめるようにしています。		
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	隔週や月1回の訪問診療を受け、随時の訪問歯科診療を受けています。必要があればかかりつけ医の受診の付き添いもおこなっています。	一人のかかりつけ医は月1回往診し、もう一人のかかりつけ医は月2回往診している。歯科医は事業所の要請に基づき、随時往診している。薬は職員が受け取りに行くかかりつけ医と薬局が届けてくれるかかりつけ医があり、投薬は看護師の指導のもとに行っている。受診結果は緊急なものは電話で伝え、緊急でないものはメールで行っている。	
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	毎週1回、訪問看護ステーションの訪問看護を受け、本人の身体状況等を伝え、適切な指示をいただいています。		
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	入院先の病棟看護師長だけでなく、地域連携室や訪問看護を含めた情報交換をおこない、今後の生活に役立つようにしています。		
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	あるご家族からターミナルケアについて前向きな相談があったが、ご家族やホーム職員のみならず医療機関や訪問看護を含めた総合的な対応が必要なため、今後検討していくことを共有した。	最期を事業所で迎えてほしいという家族の要望に応え、利用開始時に重度化した場合や終末期について事業所の対応方針を伝え、そのような状況に至った時に改めて相談し、看取りを行う旨の文書を取り交わしている。また、事業所は、入院等の理由による退去条件は設けていない。	
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	実践力は身につけなくてはいけない事だと思っていますが、定期的に訓練はしていません。		
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	地域との協力体制はまだですが、火災訓練などは消防署と連携し月1回程度実施しています。	年2回消防署の指導のもとに夜間を想定した通報や避難訓練を行う他、随時自主避難訓練を行っている。食糧は充足できるものと考え備蓄していないが、衛生用品等の消耗品の備蓄を行っている。なお、地域との協力体制は現在とられていない。	運営推進会議で議題に取り上げるなどして、地域との協力体制の構築に向けての取り組みを期待したい。

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
<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	居室に入るとき「○○さん、カーテンを開きたいので部屋へ入ります」など、声かけを行ってから入室している。利用者を否定するのではなく、まず受け入れてから、プライドを傷つけない声かけを行っている。	入室の際のノックやトイレ誘導の声かけ、同性介助をも嫌う人にはカーテン越しの見守り、鏡を設置しトイレの扉の隙間からの見守り、目線を同じくして語りかける等、入居者の誇りやプライバシーを損ねない対応をしている。	
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	何かをして頂くときには「～してください」ではなく、「～しますか」「～していただけますか」等の声かけをおこない、意思を尊重している。		
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	利用者のようすをみながら、楽しそうなら、おしゃべりもよし、空気が沈んでいるときは歌などのレクを行ったり散歩に行くなど、時間にとらわれず、利用者の状況に沿って支援している。		
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	朝、男性には声かけをしてヒゲを剃っていただいたり、理容所等へ行き髪が変わったときは「さっぱりしましたね」「キレイになりましたね」などの声掛けをしている。衣類も趣味に合った物をきていただけるように声かけている。		
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	食事にどんな物がでるか話をしたり、できる人には食材を切っていただいたり、米とぎやトレー拭きをしていただいている。見当識障害があってもいっしょにおこなうことで自分が役に立っていると思っただけ。	調理師資格を持つ職員が、入居者の希望を取り入れた献立表を作成している。入居者は、調理の下拵えや配膳・下膳など力量に応じた役割を分担している。また、職員も入居者と食卓を囲み、同じ食事を摂り会話しながら食事を楽しんでいる	
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	日中の水分量が足りないときは、夜トイレ起床時に声かけし水分摂取していただいている。どのくらいの温度だと飲んでいただけるのかその人に応じた対応をしている。		
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	食後、声かけをおこない、ハミガキやうがいをおこなっていただいている。見当識障害などで一人でできない方には、一緒に行き声かけをし、介助をおこなっている。		

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
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	トイレに入ったときに声かけにてパットの確認をおこない、手渡して自分で使用してもらうようにしている。夜間のアラーム使用でもなるべく一人でいけるように見守り、必要なときにはトイレ誘導をおこなっている。	入居者個々の排泄記録を活用し、トイレ誘導や見守りを行っている。また、夜間にトイレの場所が認識できない人にはセンサー付きアラームが感知した時に声掛けを行うなど、トイレでの排泄ができるよう支援している。	
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	排便追跡をおこない、排便があったかどうか確認している。必要な場合、医師に相談し便秘薬の処方をお願いしたり、利用者のトイレ時に声かけで便がでたか確認している。		
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	入浴時に職員と話がしたい利用者とは話をし、静かに入りたい人には見守りで静かに入っていただけるようにしている。	月・火・木・金の午後を入浴日とし週2回を基本として、自分のペースで時間をかけゆったり入浴できるよう支援している。また、入浴を拒否する人には時間をずらし再度声かけをしたり、羞恥心の強い人にはプライバシーの確保の面からカーテン越しに見守りをする等細心の注意を払っている。	
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	昼夜逆転にならないように昼間起きていたが、ホールで居眠りされている方には、声かけで居室で休んでいただいたり、寝る時刻も夕食を食べてすぐ居室へ入る人と、しばらくフロアで過ごされている人等、その方のペースに合わせた無理のない入眠時刻を考えている。		
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	症状により、服薬に変化があった場合は申し送りノートに記入し、職員がわかるようにしている。薬の目的・副作用等、医師から処方されたものはファイルに綴っている。		
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	季節に応じた外出や誕生日会等をおこなっている。歌や塗り絵なども好きな方にはおこなっていただき、その人に応じた対応をしている。		
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	日常的な外出支援を行っている。台所用品の買い物や薬の受け取り時にも希望を聞き、なるべく外出の機会をつくっている。	散歩ボランティアの受け入れにより、およそ2時間の散歩や近くのスーパーでおやつや買い物をしている。ドライブを日常的に取り入れ、ドライブの移り変わりを楽しんでいる。また、足の弱い人はフェンス沿いを散歩するなど、それぞれに適した外出を楽しんでいる。	



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	希望があれば買い物時に個人の買い物もおこなっているが、金銭管理のできる利用者が少なく、必要な物は家族にお願いし用意していただくことが多い。		
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	希望者は数人のみだが、希望があれば家族に電話する支援はしている(自らが電話にでている)		
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	トイレは入室すると電気が自動でつき、出ると自動で消えるようになっている。ホールのすわる場所も利用者を選んでいただき、なるべく快適にすごしていただけるようにしている。	玄関や廊下には木製のベンチが置かれ、木のぬくもりを感じる。ホール兼食堂には炬燵式のテーブルが配置され、加湿器が置かれている。周囲の壁には手作りのカレンダーや干支の張り絵などが飾られ、親しみのある空間となっている。	
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	廊下やホールにソファを置き、座って話することができるようになっている。また、居室を訪問し気の合う人同士でおしゃべりしたり、居室へ新聞・雑誌等を持ち込み、一人で過ごす姿もみられる。		
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	ベットがよい方はベットで、布団の良い方は布団で休んでいただいている。衣類ダンスなども家族の方が用意してくださったものを使用している。	居室には家具や小物・写真など馴染みのある物、あるいは布団や枕等使い慣れた物が持ち込まれている。また、入居者の身体状況に合わせ立ち上がりやすい便利な掴まり柵を設けるなど、居心地良く過ごせるような工夫をしている。	
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	歩行する廊下などには手すりをつけ、なるべく自分で歩行していただいている。朝方足取りが悪くなる方は、日中は見守り歩行していただき、朝方は両手引きをおこないトイレ起床時介助している。		