

### 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	1872000276		
法人名	社会福祉法人 織田やすらぎ会		
事業所名	グループホーム やすらぎ 東館		
所在地	福井県丹生郡越前町織田 83-24-1		
自己評価作成日	平成 27年10月30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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成27年11月19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)】

当ホームは四季折々の山に囲まれた環境で静かでのんびりした所です。春には日帰りバス旅行や菊人形には、特に本人、家族、職員との絆を深めるように取り組んでいます。又 毎月の外出、ドライブ等も利用者のリフレッシュに取り組んでいます。又 地域交流として地区の文化祭や地元の祭見学、保育園、小学校、中学校との交流会にも積極的に参加しています。ホーム内においては利用者の個々の状態に合わせた作業や趣味を生かせるように支援しています。毎日転倒予防体操やPTIによる個別訓練や集団体操にも参加し体力が落ちないように取り組んでいます。又 月1.2回の回想法を取り入れ認知症の予防にも力を入れています。

のどかな田園地帯に位置し、大きな公園に隣接しており、天気の良い日は散歩に出かけたり畑作業をしたりしている。また住民による裁縫教室が開かれ、慣れ親しんだ活動を取り入れている。月2回ほど外出や、遠出の行事を企画し、地域の各層の住民との交流も盛んで、話題に事欠かない有意義な日々を過ごせるよう支援している。利用者が畑で採れた野菜でオリジナルメニューを作ったり、共用空間の掃除や、個人の洗濯をしたりする事を支援し、事業所全体で利用者の生きがいにつながるよう取り組んでいる。理学療法士2名による個別訓練やカラオケ体操の転倒予防訓練を毎日実施し、車椅子利用の方はいない。認知症予防として定期的に回想法を取り入れ、馴染みの関係の発掘にもつなげている。

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(グループホーム 東館)

[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	法人の理念のもと、事業所独自の理念・目標の設定を行うとともに、職員、利用者、家族が確認できる位置に掲示している また、サービス会議等において、理念に沿った対応の実践ができていないか評価等をしている	法人理念を利用者の手作りによる刺繍で貼り出している。また事業所理念をホールの中央に、個人目標をスタッフルームに貼り、職員はそれらを念頭に行動している。	法人ならびに事業所の理念、倫理、基本方針を職員の一人ひとりが理解し、深めるためのさらなる具体的な取組みに期待したい。
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	地区内の文化祭や、町内の祭り見物に参加し地域住民との交流を図っている	子ども会、小中学校、婦人会、老人会等が交流に訪れ、地域住民が裁縫教室を開いている。近所から畑で採れた花が定期的に提供される。自治会の清掃活動に利用者職員が参加し、文化祭に作品を出展している。町内に広報紙を発行している。	
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	利用者の活動の一環として、地域の方に来て頂き、利用者のもっている能力を引き出せる作業の取り組み、完成したものを地区の文化祭に出品している		
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	利用者の生活状況や活動報告を行い、そこで出された意見を取り入れサービスの向上に生かしている	2か月に1回定例実施しており、家族代表、民生委員、自治会長、婦人会、町職員、地域包括支援センターが出席している。事故やヒヤリハット等を報告し、議事録を作成している。	
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	運営推進会には町の担当者が出席し、事業所の状況を報告している。会議等の意見を受けサービスの向上に繋げている	町の介護サービス会議に職員が出席、事業所の運営推進会議に町や地域包括支援センター職員の参加を得るなど、情報交換している。また、困難事例について相談や報告をしている。外部評価結果の報告もしている。	
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	事業内で全職員を対象とした内部研修を行っており、日頃から身体拘束をしないケアに取り組んでいる 玄関やドアには音がなるようになって入るが鍵はかけず、自由に入りが出来るようになっている	身体拘束防止に関する研修を受講している。認知症理解のため、外部研修の伝達を行っている。身体拘束ゼロの冊子を事務所の入り口に備え、常に閲覧できるようにしてある。	
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	内部研修を行い、虐待について話し合い利用者との接し方の見直しを行っている		

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
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	管理者や職員の研修資料を基に勉強会をしている。		
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	契約時に、入所時の疑問点や不安事を十分に聞き取り納得した上で契約をしてもらっている。		
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	月1回の寄り合いを設け利用者の意見や思いを聞く機会を設けている。 また、意見箱を設置し、面会時や家族会の際には聞き取りを行うなどし、意見を聞き運営に反映させている	利用者の寄り合いを毎月行い、食事や外出の希望等を聞いている。また年1回アンケートを行っている。年2回の家族会では、苦情への改善策や外部評価の結果、目標計画、運営推進会議の協議内容等を報告している。	
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	ケア会議、業務改善会議等に参加し職員が困っている意見を聞く機会を設けている	管理者は働きやすい職場であってこそ良いケアにつながるとの信念を持っており、働きやすさに心掛け、職員も協力し合って業務に取り組んでいる。また業務改善に向け定期的にアンケートを取っている。	
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	面談、自己評価を行うなどし、職員個々の評価を行うなど、人事考課を行い、職場環境・条件整備を行っている		
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	職場内研修にはパート職員も参加し介護の向上に努めている。新人研修を行い、日々の記録を書くようにしている		
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	他のグループホーム、ケアマネ研修会などに参加し情報交換やネットワークを作りを行っている		

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
<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	入所前に、自宅への訪問、事業所内見学、生活状況を説明、要望の確認を行いサービス提供に結び付けている		
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	入所前に、本人と同様に自宅への訪問、事業所内見学、生活状況を説明、要望の確認を行いサービス提供に結び付けている		
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	入所前に事前訪問を行いし、状態を確認しどのような支援が必要なのか、本人、家族、ケアマネと話し合ったうえで、サービスの提供に結び付けている		
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・掃除・洗濯等の日常の家事を職員と一緒に行うことで、共有できる関係作り心にかけている		
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	面会時や電話、毎月のお便りで情報交換を行いつつとも家族会、旅行等にも参加促し、本人、家族との関係の継続に努めている		
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	在宅で続けてきたお墓参りや馴染みの店への外出支援を行うとともに、手紙等での友人や近隣との関係が継続できるよう支援している また、入所後もかかりつけ医との関係も継続できるよう支援している	回想法で馴染みの関係について情報を得たり、家族から電話で聞いたりして把握に努めている。友人宅、買い物、美容室、お墓、自宅などへ外出したり、年賀状を送ったりしている。	
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	皆で参加できる活動や、軽作業を通して、1人1人が孤立しないように努めている		

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
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	入院された方については、面会や家族への電話を含め相談に応じている 特養に入所されている方には、定期的に会いに行き馴染みの関係が途切れないようにしている		
<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	アセスメント時に本人への聞き取りを行うとともに、サービス提供時、自宅での様子を含め本人の希望の把握に努めている	本人の意向がわかりにくい場合は、絵を描いたり、現物を見せたり、本人の身振りから察したりしている。家族と本人の思いに相違がある場合は、本人の気持ちに立ち戻り、理解が得られるよう努力している。	把握した一人ひとりの思いや意向を共有することで、より組織的に実践的に支援できるよう、過去の生活習慣や馴染みの関係を文書化する等の取組みに期待したい。
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	本人や家族、友人、近所の方の面会時には本人の生活歴等を聞き取りを行っている		
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	一人ひとりの日課を確認するとともに、日々の心身状態、ADLの変化について記録し、継続的に状態把握に努めている		
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	家族の面会時や電話があった時、又 現状に変化があった場合は本人や家族もケア会議に参加し、意向を聞き介護計画作成に反映させている	回想法で得た情報や毎日の様子を個人記録として入力している。毎月のケア会議を基に介護計画を立案している。モニタリングは3か月に1回行い、家族に報告して同意を得ている。	
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	日々の記録を個別的に記録し、職員同士で情報の共有し、介護計画の見直しを行っている		
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	本人の状況に応じ個別リハビリを実施するとともに、昔の習慣等を継続できるよう、家族、地域住民などの協力を得てサービスを提供している 病院受診も本人や家族の状況に応じ柔軟に対応している		

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	日頃から地域の方に認知症の理解が出来るよう地区内の行事に参加したり、地域包括支援センターと連携を図っている 地区内の保育園、小学校の慰問も受け入れている		
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	入所前からのかかりつけ医との連携を大切にしており、月2回の訪問診療や往診を実施しながら、緊急時にも連絡が取れ、健康状態が維持出来るように支援している	入居前からのかかりつけ医と連携している。本年度から訪問診療が受けられるようになってきた。受診の際は、受診連絡票で医師、家族、事業所間で情報を共有している。緊急時は指定医療機関がある。	
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	毎日、看護申し送りをを行い、利用者の健康健康状態を報告している 事故や状態変化時にも、看護師に指示に従い対応している		
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。	日頃の状況が確認出来るように、個別記録の報告や病院との情報が共有できるように、フェイスシートを作成し病院と情報を共有している。		
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	常にかかりつけ医、法人内の他事業所の看護師と連携し、緊急時の対応を行っている 利用状況開始時に延命治療を含めた説明や意向を聞いている	入居時に、終末期や延命治療の希望等について聞いている。事業所でも家族の協力を得て終末期を迎える事ができる。重度化した時は、事業所で生活を続けるか、法人の別事業所に移るか選ぶ事ができ、安心して生活できるように配慮している。	
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	特養の看護師と連携し、怪我や応急処置、AEDの研修をしている 訪問診療を行っている利用者には、直接主治医に連絡が出来る体制をとっている		
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	災害マニュアルを作成し、避難訓練を行っている 避難区域の場所を確認出来るように掲示してある 地域の方にも火災時に緊急通報が行くようになっている	年3回、マニュアルに基づいた訓練を消防署の指導のもと実施している。隣接する当法人の事業所が町指定の緊急避難場所で、職員はここに集合する。災害時はグループ事業所と連携する他、近隣に住む職員が多く、隣家が自治会に連絡する協力体制もある。	

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
<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	入浴や排泄時には本人のプライバシーがもれないように、音の強弱やカーテン等をしている 個人情報保護の観点からパート職員も研修をうけ一人ひとりの人格が尊重されるように対応している	職員は一人ひとりの尊重とプライバシーに関して外部講師による研修を受講している。着替えは部屋やトイレを使い、同性介助が出来ない時は、職員の立ち位置にも配慮しながら見守っている。	利用者と職員が顔見知りであることで慣れ合いになったりプライバシーを侵害したりしないよう、より一層人格を尊重する言葉遣いに向け配慮するよう期待する。
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	利用者の思いや意向が伝わるように、身振り手振りで示したり、絵や現物提供し本人に決定してもらっている		
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	基本的な流れはあるが、その日の気分や体調に合わせて穏やかに過ごしてもらえるようにしている		
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	生活にメリハリが持てるように、朝夕の着替えて1日のリズムに変化をつける。その日の衣装も本人と相談しながら行為している。行き付けの美容室の利用継続し自分のスタイルが維持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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の意見を取り入れ月1回のオリジナルメニューや普段の食材で利用者と一緒に食材切りや、準備や後片付けを協力して行っている	職員は日頃から利用者の好みを把握している。利用者は準備、片づけを手伝い、自分の箸、茶碗やコップを使っている。事業所横の畑で作った野菜を皆で相談して作るオリジナルメニューは好評で、楽しみとなっている。	
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	毎日の食事量や水分量等の記録に残す。水分も同じもを提供しないように変化をつけて水分の確保にしている 毎日の献立は管理栄養士が作成したものを使用している		
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	毎食後の歯磨きやうがいの実施 1週間に1度の入れ歯消毒も行っている 臭いが生じないように舌や歯茎の一部介助も行っている		

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	出来るだけ布パンツを使用しているが、止む得ない場合は紙パンツを使用している 本人の行動をや排便周期を観察したり、腹部に圧をかけて排泄を促している	排泄チェック表に記載しパターンを把握することで、その人に合った自然な排泄に心掛けている。おむつ使用者はなく、紙パンツ使用も必要時のみとし、基本布パンツを使用している。	
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	毎日の排便の記録で本人の周期を把握したり、牛乳やOSI等の利用者が飲みやすい水分の工夫をしている 毎日適度な運動を継続して便秘予防に取り組んでいる		
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	利用者の状況に応じて時間帯や回数の変更を行いゆつくりと入浴できるように心がけている。	基本週2回だが、本人の意思に沿っている。同性介護で、気分が乗らない時は無理強いないで、気分を紛らわし時間を置いて誘っている。利用者は入浴準備をできる範囲でしている。しょうぶ湯など入浴を楽しめる工夫をしている。	
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	食後の午睡も強要せず、利用者の生活習慣に合わせるようにしている 寝具も本人の馴染んだものを使用している		
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	個々の内服薬記録帳があり、いつでも職員が把握できるようにしている。内服の変更時の症状に変化がある場合は主治医や看護師に報告、連絡している		
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	利用者1人1人の生活歴を踏まえた上で、手作業や畑仕事等に参加し、出来上がり時の喜びを感じていただくようにしている。毎日の読経や家事仕事等その人に合ったものを提供し強要はしないようにしている。		
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	県外への家族参加日帰り旅行や季節に応じたドライブや買い物、近隣の公園や神社参拝等の実施で地域の人と交流する機会を設けている	天気の良い日には必ず散歩に出かけ、近所の人が声掛け見守りしてくれている間柄である。月に1、2度のドライブや外出行事では、家族の支援を受けている。また、回想法を基に得た情報で、喫茶店、友人宅に行ったり、地元の夏祭りやイベントに参加したりし、地域との交流を図っている。	



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
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	お金の管理が出来る方は、自分で管理し買い物を行ってもらっている		
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	本人が希望する場合は家族や兄弟に電話を入れたり、手紙やハガキも自分で書き住所等を教えている。自分で投函している。		
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	ホールに大きなソファを入れたり、食堂のテーブルの配置で変化をつけたり、ホールには季節に合った花を飾ったり、リラックスできるような音楽をかけ、ゆっくり過ごせるように工夫している。	ホール中央に大きな掲示板があり、利用者と職員で作った季節の大きな作品を飾っている。ホールの窓は大きく日当たりがよく、窓の下には皆で収穫した野菜が並び、温かみのある空間である。	
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	ホールには大きなソファがあり自由に座ることができる。気のあった方同士で食事も同じ席にしている。		
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	入所時には本人が慣れ親しんだ家具や飾り、写真等を持って来てもらい居心地の良い部屋作りを提供している。又 気のあった利用者の会話が弾むように、食事テーブルにもなじみの関係が出来るように工夫している。	各居室には住民による裁縫教室で作ったのれんが吊ってある。利用者は馴染みの鏡台を持ち込み、家族との写真など思い思いに飾っている。各居室に空気清浄機を備え、快適に過ごせるようにしている。	
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	ホーム自体はバリアフリーになっており、壁には手すりつけ利用者が歩行しやすいようになっている。トイレや入浴場もトイレのマークや温泉マークで分かりやすくしてある		

### 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	1872000276		
法人名	社会福祉法人 織田やすらぎ会		
事業所名	グループホーム やすらぎ 西館		
所在地	福井県丹生郡越前町織田 83-24-1		
自己評価作成日	平成 27年10月30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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成27年11月19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)】

当ホームは四季折々の山に囲まれた環境で静かでのんびりした所です。春には日帰りバス旅行、秋には菊人形に行来、家族にも参加して頂き、本人や家族、職員との絆を深めるように取り組んでいます。又 毎月の外出等にも利用者がリフレッシュ出来るように取り組んでいます。又 地域交流として地区の文化祭参加や地元と祭見学、保育園、小学校、中学校等の慰問で交流を図るようにしています。中には 月命日のお墓参りの実施で馴染みの店で花を買って参れるように自宅での生活を継続出来るように取り組んでいます。ホーム内においては個々の状況に応じて活動や趣味を生かせるように取り組んでいます。毎日の転倒予防体操、PTによる個別訓練や集団リハビリも取り入れ体力作りをしています。又 月2回の回想法も取り入れ認知症の予防も力を入れています。

東館ユニットと同様

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（グループホーム 西館）

〔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	法人の理念のもと、事業所独自の理念・目標の設定を行うとともに、職員、利用者、家族が確認できる位置に掲示している また、サービス会議等において、理念に沿った対応の実践ができているか評価等をしている	東館ユニットと同様	
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	地区内の文化祭や、町内の祭り見物に参加し地域住民との交流を図っている		
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	利用者の活動の一環として、地域の方に来て頂き、利用者のもっている能力を引き出せる作業の取り組み、完成したものを地区の文化祭に出品している		
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	利用者の生活状況や活動報告を行い、そこで出された意見を取り入れサービスの向上に生かしている		
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	運営推進会には町の担当者が出席し、事業所の状況を報告している。会議等の意見を受けサービスの向上に繋げている		
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	事業内で全職員を対象とした内部研修を行っており、日頃から身体拘束をしないケアに取り組んでいる 玄関やドアには音になるようになって入るが鍵はかけず、自由に入りが出来るようになっている		
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	内部研修を行い、虐待について話し合い利用者との接し方の見直しを行っている		

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
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	管理者や職員の研修資料を基に勉強会をしている。		
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	契約時に、入所時の疑問点や不安事を十分に聞き取り納得した上で契約をしてもらっている。		
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	月1回の寄り合いを設け利用者の意見や思いを聞く機会を設けている。 また、意見箱を設置し、面会時や家族会の際には聞き取りを行うなどし、意見を聞き運営に反映させている		
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	ケア会議、業務改善会議等に参加し職員が困っている意見を聞く機会を設けている		
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	面談、自己評価を行うなどし、職員個々の評価を行うなど、人事考課を行い、職場環境・条件整備を行っている		
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	職場内研修にはパート職員も参加し介護の向上に努めている。新人研修を行い、日々の記録を書くようにしている		
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	他のグループホーム、ケアマネ研修会などに参加し情報交換やネットワークを作りを行っている		

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
<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	入所前に、自宅への訪問、事業所内見学、生活状況を説明、要望の確認を行いサービス提供に結び付けている		
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	入所前に、本人と同様に自宅への訪問、事業所内見学、生活状況を説明、要望の確認を行いサービス提供に結び付けている		
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	入所前に事前訪問を行いし、状態を確認しどのような支援が必要なのか、本人、家族、ケアマネと話し合ったうえで、サービスの提供に結び付けている		
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・掃除・洗濯等の日常の家事を職員と一緒に行うことで、共有できる関係作り心にかけている		
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	面会時や電話、毎月のお便りで情報交換を行いうとともに家族会、旅行等にも参加促し、本人、家族との関係の継続に努めている		
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	在宅で続けてきたお墓参りや馴染みの店への外出支援を行うとともに、手紙等での友人や近隣との関係が継続できるよう支援している また、入所後もかかりつけ医との関係も継続できるよう支援している		
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	皆で参加できる活動や、軽作業を通して、1人1人が孤立しないように努めている		

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
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	入院された方については、面会や家族への電話を含め相談に応じている 特養に入所されている方には、定期的に会いに行き馴染みの関係が途切れないようにしている		
<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	アセスメント時に本人への聞き取りを行うとともに、サービス提供時、自宅での様子を含め本人の希望の把握に努めている		
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	本人や家族、友人、近所の方の面会時には本人の生活歴等を聞き取りを行っている		
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	一人ひとりの日課を確認するとともに、日々の心身状態、ADLの変化について記録し、継続的に状態把握に努めている		
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	家族の面会時や電話があった時、又 現状に変化があった場合は本人や家族もケア会議に参加し、意向を聞き介護計画作成に反映させている		
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	日々の記録を個別的に記録し、職員同士で情報の共有し、介護計画の見直しを行っている		
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	本人の状況に応じ個別リハビリを実施するとともに、昔の習慣等を継続できるよう、家族、地域住民などの協力を得てサービスを提供している 病院受診も本人や家族の状況に応じ柔軟に対応している		

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	日頃から地域の方に認知症の理解が出来るよう地区内の行事に参加したり、地域包括支援センターと連携を図っている 地区内の保育園、小学校の慰問も受け入れている		
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	入所前からのかかりつけ医との連携を大切にしており、月2回の訪問診療や往診を実施しながら、緊急時にも連絡が取れ、健康状態が維持出来るように支援している		
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	毎日、看護申し送りを行い、利用者の健康健康状態を報告している 事故や状態変化時にも、看護師に指示に従い対応している		
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。	日頃の状況が確認出来るように、個別記録の報告や病院との情報が共有できるように、フェイスシートを作成し病院と情報を共有している。		
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	常にかかりつけ医、法人内の他事業所の看護師と連携し、緊急時の対応を行っている 利用状況開始時に延命治療を含めた説明や意向を聞いている		
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	特養の看護師と連携し、怪我や応急処置、AEDの研修をしている 訪問診療を行っている利用者には、直接主治医に連絡が出来る体制をとっている		
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	災害マニュアルを作成し、避難訓練を行っている 避難区域の場所を確認出来るように掲示してある 地域の方にも火災時に緊急通報が行くようになっている		

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>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	入浴や排泄時には本人のプライバシーがもれないように、音の強弱やカーテン等をしている 個人情報保護の観点からパート職員も研修をうけ一人ひとりの人格が尊重されるように対応している		
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	利用者の思いや意向が伝わるように、身振り手振りで示したり、絵や現物提供し本人に決定してもらっている		
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	基本的な流れはあるが、その日の気分や体調に合わせて穏やかに過ごしてもらえるようにしている		
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	生活にメリハリが持てるように、朝夕の着替えで1日のリズムに変化をつける。その日の衣装も本人と相談しながら行為している。行き付けの美容室の利用継続し自分のスタイルが維持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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の意見を取り入れ月1回のオリジナルメニューや普段の食材で利用者と一緒に食材切りや、準備や後片付けを協力して行っている		
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	毎日の食事量や水分量等の記録に残す。 水分も同じもを提供しないように変化をつけて水分の確保にしている 毎日の献立は管理栄養士が作成したものを使用している		
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	毎食後の歯磨きやうがいの実施 1週間に1度の入れ歯消毒も行っている 臭いが生じないように舌や歯茎の一部介助も行っている		



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	出来るだけ布パンツを使用しているが、止む得ない場合は紙パンツを使用している 本人の行動をや排便周期を観察したり、腹部に圧をかけて排泄を促している		
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	毎日の排便の記録で本人の周期を把握したり、牛乳やOSI等の利用者が飲みやすい水分の工夫をしている 毎日適度な運動を継続して便秘予防に取り組んでいる		
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	利用者の状況に応じて時間帯や回数の変更を行いゆっくりと入浴できるように心がけている。		
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	食後の午睡も強要せず、利用者の生活習慣に合わせるようにしている 寝具も本人の馴染んだものを使用している		
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	個々の内服薬記録帳があり、いつでも職員が把握できるようにしている。内服の変更時の症状に変化がある場合は主治医や看護師に報告、連絡している		
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	利用者1人1人の生活歴を踏まえた上で、手作業や畑仕事等に参加し、出来上がり時の喜びを感じていただくようにしている。毎日の読経や家事仕事等その人に合ったものを提供し強要はしないようにしている。		
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	県外への家族参加日帰り旅行や季節に応じたドライブや買い物、近隣の公園や神社参拝等の実施で地域の人と交流する機会を設けている		

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
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	お金の管理が出来る方は、自分で管理し買い物を行ってもらっている		
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	本人が希望する場合は家族や兄弟に電話を入れたり、手紙やハガキも自分で書き住所等を教えている。自分で投函している。		
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	ホールに大きなソファを入れたり、食堂のテーブルの配置で変化をつけたり、ホールには季節に合った花を飾ったり、リラックスできるような音楽をかけ、ゆっくり過ごせるように工夫している。		
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	ホールには大きなソファがあり自由に座ることができる。気のあった方同士で食事も同じ席にしている。		
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	入所時には本人が慣れ親しんだ家具や飾り、写真等を持って来てもらい居心地の良い部屋作りを提供している。又 気のあった利用者の会話が弾むように、食事テーブルにもなじみの関係が出来るように工夫している。		
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	ホーム自体はバリアフリーになっており、壁には手すりつけ利用者が歩行しやすいようになっている。トイレや入浴場もトイレのマークや温泉マークで分かりやすくしてある		