

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	1275800082		
法人名	吉村商事有限会社		
事業所名	グループホーム緑の風		
所在地	千葉県大網白里市南横川3786-1		
自己評価作成日	平成28年11月16日	評価結果市町村受理日	平成29年2月7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.kaiakensaku.jp/12/index.php
----------	---

【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 日本高齢者介護協会		
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602		
訪問調査日	平成29年1月18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)】

緑の風では「一人にさせない、一人にならない」をモットーに、入居されている利用者様がお部屋に閉じこもることなく同じスペースで一日を過ごし、重度の方も軽度の方も助け合いながら生活されています。我々職員は、利用者様一人ひとりが残存機能や、これまで人生で培った経験や特技、趣味などを生かしながら生活できるよう支援し、「その人らしい生活」を続けられるよう心掛けています。

【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)】

JR大網駅から車で約20分、田畑や緑も多く自然環境に恵まれた住宅街の一角に、民家をリフォームした2階建てのホームです。広い敷地の中には菜園があり、夏みかん、柿、柚子などが植えられ、外気浴の他、季節の野菜(じゃがいも・大根)などの栽培や収穫及び食べる楽しみがあります。
「人間としての尊厳を大切にし、地域に密着した家庭的な雰囲気の下、入居者の個性及び能力を生かし自立した日常生活を営むことができる様、支援するものとする」の理念とモットーを掲げ、管理者と職員は共有しチームワークで利用者個々の思いに寄り添い、利用者主体の介護が定着しています。医師、看護師、職員の医療連携により看取りを行う体制もあり、また見守り専門の職員を配置し、利用者・家族にホームに対する信頼と安心感があります。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)	○ 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、活き活きと働いている (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、安心して暮らしている (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	運営理念に地域密着型としての意義をと見え、ボランティアの招待や地域の行事にできる限り参加できるよう努力している。	地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を、玄関、リビングに掲示し、毎日のミーティングや日頃のサービスの中で確認・共有し実践に努めています。	
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	地域のリサイクル活動やゴミ捨て場の掃除などに参加し、地域との交流を密にするよう努力している。	段ボール紙回収やゴミ捨て場の掃除など、町内会行事に参加し、地域の敬老会、福祉祭りには利用者の手芸作品を出展するなど、地域交流が活発に図られています。また、踊り、三味線、焼き芋の手伝い、レクリエーションなどのボランティアが訪れ利用者を楽しませてくれます。	
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	運営推進会議を開催するなかで、認知症高齢者に対する日々の困難事例の対応事例などを発表している。		
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	食事のメニューや趣味活動などをテーマにした議題を立て、参加者から様々なアイデアをいただいた上で、日々のサービス向上につなげている。	会議は、市担当者、地域包括支援センター、民生委員、地域住民代表、家族、利用者、職員等で年6回開催しています。ホームの現状・イベントの活動報告や様々な議題について意見交換を行い、参加者からの貴重な助言をサービスの向上に活かしています。	
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	2か月に1回開催される運営推進会議には、必ず介護保険課担当職員か地域包括支援センターの職員に参加していただき、事故報告や現状の問題点などを報告している。	市の担当課とは常に報告し相談に乗って貰っています。運営推進会議にも、市担当者、地域包括支援センターの出席があり、密接な協力関係が築かれています。介護相談員も2か月毎に来ています。	
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「介護保険法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	マニュアルを掲示し、職員の身体拘束に対する理解を深めるとともに、拘束が必要な可能性がある場合は、職員全員で話し合い決定するようにしている。	身体拘束排除を謳い、マニュアルも完備、社内研修は管理者が、事例集をもとに周知徹底を図っており職員も理解しています。日中玄関は施錠せず職員が見守りをしています。	
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	虐待について、申し送り時間や空き時間を使って、職員同士話し合う機会を設けるよう努力している。		

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
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	現在は成年後見人制度を利用する入居者はいないが、過去には利用されていた実績もあり、職員も制度についてはある程度理解できている。		
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	契約時に説明し、捺印して頂いている。		
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	近くに住んでいるご家族については、面会時や運営推進会議への出席時に意見を聞き、離れた家族へは、毎月サービス内容の結果や状況を手紙でお知らせして、必要な場合意見を聞かせていただけるよう求めている。	家族については、来訪時や、運営推進会議、ホーム行事の際に、意見・要望を聴いて運営に反映しています。利用者については、介護相談員が2か月毎に2名訪れ、本人から意見・要望を聴いています。また外部評価の際に行われるアンケートも参考にしています。	
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	不定期ではあるが、職員会議を開催し、意見や提案を取り入れている。そのほか、申し送りの時間などを利用するなど意見や提案などができるよう努力している。	管理者は、毎日のミーティングや職員会議、日頃の対話の中や、個人面談で意見・要望を聴き運営に反映させています。また普段から何でも言える環境があり、職員との良好な関係が築かれています。	
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	環境整備担当や買い物担当などその職員に合った役職と手当を付けやりがいにつなげている。処遇改善加算についても夜勤など荷重が大きいシフトに手厚く手当をつけるようにしている。		
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	必要な研修などには積極的に参加してもらっている。		
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	近隣のグループホームと交流する機会を持つため、当ホームで開催する行事へ招待するなど交流のための努力をしている。		

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
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	常にご入居者様の見守り担当を1名置き、心身の状態変化や不安、悩み事などに気づき声をかけられる体制をとっている。		
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	入居時にご家族とも密な面接をすることで、利用者様との関係性や入居するうえでの悩みや不安、ホームに対する希望などを踏まえてケアプランを作成し、入居後も月1回は手紙にて現在状況を報告している。		
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	入居に至った理由や、これまでの生活状況を把握したうえでケアプランの目標を定め、日々達成できるよう努力している。		
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	掃除、洗濯物たたみ、野菜の皮むきなどの家事や庭の水撒き、畑仕事などの作業を得意不得意を考慮しながら手伝っていただくことでやりがいを感じる生活を送っていただいている。		
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	外出支援や通院介助を中心にご家族にも協力を依頼している。ターミナル期はご家族との時間が多くとれるよう面会の時間に制限を作らずいつでも受け入れるよう心掛けている。		
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	通いなれた美容院や商店に外出したり、手紙のやり取りなどを通じて近隣の友人との関係を継続できるよう支援している。	通院の為や外食の為、家で収穫した野菜の持参など面会目的は様々ですが、半数以上の利用者は必ず家族と会える交流があります。家族が疎遠の場合には、利用者が書いた手紙を出したり、写真やエピソード等を「お便り」にして家族へ送っています。	
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	重度の方も軽度の方も日中はできるだけ同じスペースで生活していただくことで自然と声の掛け合いや助け合いが生まれる環境を作り出している。		

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	退去された方のご家族が、ボランティアで民謡のコンサートを開催して下さったり、親戚や親族を再び紹介して下さることがある。		
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	ケアプランの短期目標にその方の趣味や趣向に合わせた具体的な目標を設定し達成できるよう支援している。	利用者の思いを生活歴や性格の把握によって職員間で共有し、寝たきりにならず苦痛のない生活の継続を念頭に置いて支援しています。利用者の感情や心の揺れをいち早く把握して対応するようにしています。	
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	特に初回アセスメント時は、本人だけではなく、できるだけ多くの家族や知人から生活歴や性格などの聞き取りを行うようにしている。		
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	日内変動のある精神症状や、体の動きなどを考慮して無理なく生活できるよう支援している。		
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	主に家族、介護士、主治医、看護師それぞれから意見を聞き、ケアプランを作成している。	詳細な経過記録と家族の意見、医師・看護師、職員の情報からアセスメントし計画を立案、実行しています。2か月毎に長期・短期・満足度・成果をレ点でチェックし、特記事項を記して家族に状況報告をしています。3か月毎の計画更新も行っています。	
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	毎日の変化を介護職員が経過記録へ記入し、それを他の職員も把握することで同じ視点で介護することができている。		
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	その時の体調や意欲によってその日の予定を変更している。変更が長期に渡る場合は、ケアプランに取り入れ、問題点として改善に努めている。		

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
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	社会福祉協議会が管理するボランティア活動を受け入れたり、有志のレクリエーションボランティアを依頼することで様々な刺激を得られるよう支援している。		
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	主治医はセカンドオピニオンを拒むことなく、診療情報提供書を作成したうえで希望する病院や医院を紹介している。	主治医の往診、訪問歯科診療、訪問看護による健康管理が行われています。大網在宅医療体制をとる事で病院と迅速に連携が取れて入院時も利用者に安心感を与えています。家族が専門病院へ受診させる場合もありますが、整形や眼科等の通院支援を行っています。	
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	特変や処方変更などは、提携している往診医に逐一報告し、必要な指示を受けている。		
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。	協力医療機関等の情報交換、相談をしている。入退院の際は、主治医や看護師との連携を取り、退院後の生活に支障がないよう留意している。		
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	入居時に看取りを行うかを確認はするが、さらに医師からターミナルを宣告された時点でも、ホームで看取りを行う場合と入院する場合の違いを詳しく説明したうえで家族の意向に合わせながら対応マニュアルを作成し看取りを行っている。	病院医師が主治医であるメリットがあり、緊急時入院も対応が早く、また日々の介護とも上手に繋がっています。終末期は家族同意の上、24時間対応で医師・看護師・介護職が滞りなく連携・支援しています。家のようなホームで最期まで仲間と共に暮らす生活を望む利用者・家族が少なくありません。	
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	緊急マニュアルを作成し、定期的に職員へ確認している。		
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	定期的に避難訓練を行っている。地域とも協力体制を築いている。	年2回消防署立会いと自主訓練(避難・通報)を実施しています。スプリンクラー、自動通報装置、消火器等必要な防火設備は整っています。緊急対応表、連絡網も掲示されています。10日分の備蓄も準備しています。	避難訓練では、運営推進会議の出席者や近隣に声掛けをしていますが、ホームのそばに河川があるので、利用者の誘導等実際に即した災害避難訓練を消防署・町内会と連携し合同で実施することが望まれます。

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
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	言葉使いや、介護方法には気を付けている。申し送りなどの伝達時にはご本人様やその他のご入居者様自分たちのことを話していることを悟られ不安感を与えないよう名前を呼ばない、大きな声で申し送りをしないなどの工夫をしている。	呼名は入居時に利用者に決めて貰っています。声かけや話かけは、押しつけではなく利用者が選ぶことに徹しています。トイレや入浴時はできるだけ同性介護とし、困難な場合は本人を傷つけないようにバスタオルや脱衣籠を工夫して巧く使っています。	
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	徘徊などの周辺症状がみられる重度認知症のご利用者様に対しても、むりやり制止することはなるべくせず、できるだけ見守りするようにしている。		
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	突然の買い物依頼や通院依頼にも可能な限り対応している。		
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	希望があれば指定の美容院へ送迎したり、入浴時のシャンプーや普段使用する化粧品なども希望のものをそろえるようにしている。		
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	副食は必ず6種類以上で季節感があるようなものを提供するよう心掛けている。野菜の皮むきや配膳、下膳などご利用者様がすることは手伝ってもらったり、時には逆に職員へ味付けなどを指導してもらったりしている。	食事準備ができる利用者が約半数です。1日3回の食事からおやつまで手作りで、必ず1日1回は6品の献立としています。旬のものや手作りヨーグルトを含む手間暇かけた毎日の食卓で、糖尿病の持病がある利用者の血糖値が正常に抑えられるなどの効果を上げています。	
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	食事摂取量は毎日、体重は月に1回必ず測定し「摂取量が減少していないか」「提供している量は適切で、過度な体重の増減はないか」等を確認している。		
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に、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	毎日口腔ケアができるよう、声掛けや介助を一人ひとり行っている。		

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	トイレ誘導が必要な方には、一人ひとり適切な時間にトイレ誘導し、日中夜間ともにできる限りオムツを使用せずリハビリパンツで対応するよう努力している。	排泄時間や排泄物の内容を記述し、利用者の緊急性の有無をいち早く捉え、早期対応を心がけています。時間誘導し、夜はおむつの人も、日中は出来るだけトイレを使うようにしています。尿意を感じられる自立者は、布パンツにパッド併用で暮らしています。	
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	できるだけ下剤に頼ることのないよう、便秘傾向の利用者様にはホームで手作りするヨーグルトを毎食提供したり、寒天や海藻、根菜類など食物繊維の多く含まれた食材を多く提供している		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	決められた入浴日はあるものの、夏場や汗をかいた後などは、本人の希望に合わせてシャワー浴などができるよう支援している。	入浴時間は9時～12時で週2回、9名全員同じ日に入浴して貰っています。入浴順やシャンプー、液体や固形の石鹸の選択の希望、ADLの重度・軽度など利用者本位で入浴支援しています。	
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	就寝時間はこれまでの習慣を崩さないよう、入居者様個々で最適な睡眠時間をとれるよう心掛けている。天気の良い日は必ず布団を干し、寒暖の差に合わせた寝具が使用できるように気を配るなど安眠できるよう心掛けている。		
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	個別に服薬管理表を作成し、飲み忘れがないよう管理している。処方された薬の最新情報は個別にファイリングし管理することで、いつでも確認できるようにしている。		
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	入居者様個々の趣味や趣向、能力に合わせて、日々の活動を共に考えたり、やりがいとしてホームの家事仕事などを能力に合わせて依頼するようにしている。		
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	買い物への同行や散歩などを頻繁に実施し、ホームから出る機会を増やすよう心掛けている。自分で選びたい日用品の買い物や美容院などは希望があればできるだけ付き添いできるような時間を作っている。	利用者6名は歩行が可能で、一日約30分、1km以内を目安に月の半分は散歩に出ています。美容院に行くついでに買い物をする人、庭の畑の水撒きが外気浴になっている人、初詣やチューリップ祭り、桜、紫陽花やコスモス等の花見を楽しむなど、毎月が潤いのある生活になるように支援しています。	

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
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	日用品や嗜好品の買い物は、料金をホームが一度立て替える形を取り、後ほど領収書を添えて家族へ請求している。		
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	手紙、電話ができる入居者様はご自分でを行い、できない入居者様には職員が支援代行している。		
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、トイレ、台所などは定時で掃除し、常に清潔を保持できるよう留意している。	日中ほとんどの利用者が過ごすリビング兼食堂は厨房とも一体でこじんまりしており、清潔で生活感があります。ソファが置かれ、利用者は手芸やランプをして「和気藹々」と自分のペースで快適に過ごしています。壁には笑顔の行事写真や利用者のぬり絵などが飾られています。	
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	リビングは入居者様が全員でくつろげるようにソファやいすを配置し、落ち着いた雰囲気の中で楽しい会話ができる空間になっている。		
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	居室には入居者様それぞれが入居前から使用し使い慣れた家具や、愛着のあるものを置いている。	居室は、木造家屋を改修してリフォームした為、畳敷きで個性ある趣になっています。利用者は馴染みのテレビ、椅子、家族の写真、ぬいぐるみなどを持ち込み自宅に居るように過ごしています。職員は衣替えや、エアコンの調整、布団干しなどを行って、快適な環境で過ごせるように気を配っています。	
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	ホーム内に直接転倒につながるような段差はなく、車いすが必要になった場合でも、窓際にスロープが設置してあるため、スムーズに外出ができる。		