

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	3390200701		
法人名	株式会社 アクティブ・ライフ		
事業所名	グループホームみのり倉敷 (藤の花館)		
所在地	倉敷市日吉町347-1		
自己評価作成日	平成25年10月1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	http://www.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=3390200701-008&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【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 ライフサポート		
所在地	岡山県岡山市北区南方2丁目13-1 県総合福祉・ボランティア・NPO会館		
訪問調査日	平成25年11月14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)】

ホームの理念「あゆんでこられた人生に共に寄りそい、心おだやかなみのりある生活を支援します」を実践するべく、入居前には自宅訪問し生活歴を伺い、歩んで来られた長い人生を少しでも知り理解することで、個別性を重視した支援を心がけています。本人・家族との信頼関係作りはもとより、ホームに入居されたことにより家族との関わりが途切れることなく、新たな家族関係が構築されるよう支援に努めています。日々の健康管理はもとより、併設されている訪問看護ステーション・主治医・薬剤師と密なる連携を図ることで体調の維持に努めます。本人・家族が希望されれば看取りも行います。

【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)】

母体である法人は平成3年に設立。医療機器の販売を皮切りに訪問看護ステーションを開設、利用者様への信頼を得ながら実績を積み、北海道を拠点に全国へ介護事業を展開してきた。そのノウハウを生かし平成23年12月に倉敷市にグループホームを開設した。このホームの設立時に介護経験豊かなホーム長が就任した。ホーム長は認知症をよく理解しており、認知症の方が安心して暮らせるホームづくりにも素晴らしい考えを持っていると思った。数多い介護に携わっている人の中で認知症ケアを理解し、グループホームとはどういうことをすべきなのかを知っている職員は本当に数少ないと思う。このホームは訪問看護ステーションと併設しており、医療と介護の連携が有機的にでき、認知症になっても人間重視の新しいケアスタイルを期待できそうです。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	ケアカンファレンス・ミーティング等において、職員全員が理念を理解することに努め、理念に基づいたケアプランを作成し日々のケアに取り組んでいる。	母体は大きな組織であるが、設立時にホーム独自の理念を作り、できないことのみを手助けすることで利用者の本来持っている能力を生かした充実した生活をしてもらおうとしている。職員はそれを理解できている。	
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	近所の氏神様や公園へ散歩に行き地域住民の方々との交流を図っている。	町内会に入り、認知症の勉強会を町内の会館で開催したり、近所から認知症の相談を受けたり、運営推進会議で意見をもらうなど、町内との関係を大切にしている。祭りの神輿が来たり、高校生や幼稚園児の訪問がある。	
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	地域の定期総会に出席し、介護保険制度についての説明はもとより、ホームの役割や特徴についての説明を行い認知症の理解に努めている。		
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カ月に一度当ホームにて運営推進会議を開催しホームでの活動報告はもとより、ご家族・町内会長・民生委員・地域包括職員・近隣のGH管理者からの率直な意見をホームの運営に生かすように努めている。	まだ設立して間がないが、出席者の皆さんとホームの運営内容や認知症の人の生活の場について近隣の人に理解や支援をしてもらえるよう説明や話し合いをしている。	
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	地域包括支援センターの職員の運営推進会議参加時には、ホームの現状報告を行うとともに情報提供を受けている。市の研修に参加し情報交換するように努めている。	ホーム長が市の窓口とは相談したり、指導を受けている。信頼ある関係にあって情報交換できる。	
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	ユニット間の行き来は自由で、日中は玄関を施錠することなく解放している。「行動を制限しない」ケアを実践するべく外に出るのを止めるのではなく一緒に行動し安全面に配慮している。「待つ」などの言葉の拘束にも注意している。	利用者に生き生きと生活してもらうために、身体拘束をすることなく、自由に過ごしてもらうようにしている。安全には配慮し、見守りや付き添いをするほか、必要に応じてセンサーマットや鈴を利用して事故がないようにしている。	介護現場では利用者の安全と拘束的行動は隣合せて避けて通るわけにはいかない時もある。そんな時は職員の気持ちの持ち方が大切である。
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	虐待は暴力をふるう身体的虐待以外に言葉や態度、介護拒否が虐待に含まれることを職員に伝え防止に努めている。見学や相談時にも問題のあるケースは、地域包括支援センターや担当ケアマネに報告・連絡・相談を行っている。		

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	現在、日常生活自立支援事業や成年後見制度を利用されている方はいないが、制度についての知識と理解ができるように職員研修に取り入れていきたい。		
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	契約の前の面談時に、疑問や質問に納得されるまで説明するように努めています。又、入居時には重要事項説明書によりさらに細やかな説明を行い同意を得ている。		
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	電話や面会時に日頃の様子を細やかに伝え、情報の交換・共有に努め、本人・家族の意見や苦情に速やかに取り組むように努めている。ご意見箱を設置している。	月1回ホームの便りを家族に送ってホームの状況を知らせている。運営推進会議への参加を呼びかけ、意見をもらっている。ホームの地図を家族の要望で作成した。	
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	GH会議・ユニットミーティングにて職員の意見交換の場を設けている。	ホーム全体会議・ユニット会議・リーダー会議などを毎月1回開催し、職員の意見を反映させる機会を設け、記録も残している。ユニット毎や職員個人ごとの目標を作ったり、その反省や仕事への思いを発表してもらっている。	
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	人事考課表・自己評価表により給与・賞与に反映される仕組みがあり、やりがいのある職場環境作りに役立てたい。		
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	ヘルパー講座の受講希望者には、会社から資格費用貸与の制度がありバックアップしている。外部研修の紹介や参加はもとより、認知症の勉強会を計画している。		
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	外部研修等により、交流の場を得ると共に情報交換が行えるように取り組んでいる。認知症の勉強会を計画し他ホームの職員との意見交換・交流を計画している。		

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	入居までに自宅訪問し本人・家族より直接アセスメントを行いニーズを掘り下げます。職員間で暫定プランを共有し理解することで安心できる場所の提供と信頼関係作りに努めます。		
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	見字をしてもらいホームの役割と特徴の説明を行うと同時に、入居を考えるに至った問題点(困っていることや不安など)を傾聴するように心がけている。又、入居前の自宅訪問時にもしっかりと話を聞き信頼関係作りに努めている。		
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	担当ケアマネ・病院MSW・地域包括支援センターとの情報の共有化と連携に努め、一番必要なサービスの見極めに努めています。		
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・洗濯などの作業工程を単純作業に分割し、本人に無理なくできる仕事を見極め参加してもらうことにより、共に生活していることを実感できるように工夫している。		
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	ホームでの生活状況を密に電話連絡し状態を伝え、本人と家族の関係性がより一層親密な関係となるように努めている。一か月に一回広報誌を郵送しホームの活動に理解を得られるように努力している。		
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	地元の方の入居者も多く、同級生・町内会の方・友人などの訪問がよくあります。訪問時には歓迎し何度でも面会できるような雰囲気作りに配慮している。	利用者の友人知人など訪問者は多く、花や鉢花を持って来てもらったこともある。馴染みの場所や墓参りなどには家族と一緒に出掛けてもらっている。	
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	一人一人の性格やこだわりを見極め気の合う仲間作りの支援(席やテーブルのレイアウト等の配慮)に努め、トラブル発生時には問題解決に努め、入居者同士の良好な人間関係が構築できるように配慮している。		

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	退去後の生活に支障がないように、地域包括支援センターや担当ケアマネに必要な情報提供を行い介護サービスが途切れないように配慮している。		
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	本人からの生活に関する意向が聞き取れない場合でも「絆シート」により、本人の思い描く暮らしに近づけられるように努めている。	ケアプラン作成時に確認しているが、生活の中で話を聞いてゆっくり対応し、職員間で共有している。日々の記録にも利用者の発言や表情の記録もあり、職員は利用者の思いを把握する努力をしている。	利用者の発言や行動が何を意味しているのかを考え職員がどう判断したかを記録し、表面に表したことだけでなく、利用者の内面・本音の思いを突き止めて叶えてあげてほしい。
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	生まれてから現在に至るまでの生活歴の聞き取りはもちろんのこと、入居に至るまでに利用されていた介護サービスの把握に努めている。		
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	個別性を重視しホームの時間割ではなく、一人一人に合った時間配分に努めている。精神状態・身体状態の日々の変化を細やかに観察するように努めている。		
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	本人・家族の意向確認はもとより、主治医・訪問看護のアドバイス等を参考にしている。モニタリング・アセスメント・チームカンファレンスを行いケアプランを作成している。	本人・家族の意向を確認し、計画作成者・管理者・ケア担当者などでカンファレンスを行い、日常ケアのモニタリング結果などから計画の見直しを行っている。利用者の満足度を高めるための具体的な支援を計画に掲げたい。	ケアプランの中に利用者に対するケアすべき行動と利用者の機能改善や満足度を高めるための施策が混在している。ケアプランは上記の后者に限定して、毎日行うケアチェックは別にしたらどうでしょう。
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	ケアプランに連動した個別のケース記録により、日々の状況を記録に残し、職員間で情報共有することでケアの統一を図っている。		
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	家族の状況に応じて(遠距離や身元引受人が兄弟など)通院や買い物など必要に応じて判断し対応を心掛けている。		

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
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	散歩時に地域住民の方と会話を交わしたり、近所で畑を作っている方に野菜の作り方を教えてもらったり、苗をもらったりなど馴染の関係作りに努めている。		
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	2つの協力医が訪問診療を行っている。それぞれの特徴を説明し主治医を選択してもらっている。精密検査などが必要時には、家族の協力のもと受診している。	ホームの協力医が1カ月に2回訪問している。個人のかかりつけ医や他科受診は家族に対応をお願いするが、連絡は取り合っている。ホーム内に訪問看護ステーションがあり、健康診断やアドバイスを受け、緊急時にも対応してもらう。	
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	概ね週一回、訪問看護師が健康チェックを行っている。一週間の身体状態の変化を記録で伝え、訪問看護師との連携を図っている。緊急時には、同じ建物の中に訪問看護ステーションが併設されているので緊急対応できている。		
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	入院時には、病院関係者に情報提供を行っている。又、入院中は、病院のMSWとの情報交換はもとより、家族の同意のもと主治医のカンファレンスに同席し情報の共有化に努めている。		
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	入居時に看取りの指針の説明を行い理解を得る努力をしている。看取りの時期が来た時には、繰り返し本人・家族の意向を確認している。24時間体制の訪問診療医も契約時から身体状態の変化に合わせて看取りの説明をその都度している。	利用者や家族の意向を確認し、医師と連絡を取り合っ方針を立て、必要なら他施設を紹介する。医師と家族との協力で、看取りを経験した。本人の思いを生かしたケアができ、本人と家族から感謝の言葉があったとのこと。	
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	緊急時・事故発生時の連絡系統、対応マニュアルを作成し、掲示するとともに、応急手当や初期対応の訓練を行い、急変時にすばやい対応を行えるようにしていきたい。		
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	社内会議、運営推進会議の中で災害対策について話し合いを持ち、年2回、消防署の協力を得て昼夜を想定した避難訓練の実施を予定しています。	消防訓練のマニュアルを作り、消防署や地域の人の参加を得て、火災対応の避難訓練を実施している。スプリンクラーの設置あり。地震対策として家具の転倒防止のため固定器具を取り付けた。	

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	入居者への呼びかけは、苗字や名前に「さん」付けを基本としている。気になる言葉使いは職員間で注意し合い敬意を称している。夜間、転倒のリスクの高い方は居室のドアを開けているが、プライバシー保護のためにのれんを使用している。	昼間は換気も考えて居室のドアは開けているが、プライバシー保護のためのれんをし、入室時には本人の許可を得ている。職員は利用者との触れ合いをしっかり持つことにより信頼関係を保っている。	
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	画一的な支援にならないように個々の気持ちを聞く時間を設けるように努めている。日々の生活の中で、皆同じではなく自ら選択することのできる質問形式での声掛けを心がけている。		
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	精神面・身体面の変化に配慮しながら、生活のリズム・パターンを考慮し、ホームの業務を優先するのではなく、本人が暮らしやすい時間配分にその都度変化するように努めている。		
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	訪問理美容を利用しカット・毛染め・パーマを行っている。本人の好みを尊重した洋服選びやアドバイスをを行うように心がけている。季節の衣類の交換は家族に協力をお願いしている。		
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	誕生日には本人の好みを聞き献立を立てている。食事作りは、下ごしらえ・配膳・下膳・食器拭き片付けなど職員と協力しながら行っている。食事は職員も同じテーブルと一緒に食している。	本部特養の管理栄養士が立てたものを基にホームに合わせて献立を作っている。利用者の状態により、1プレートにしたりおにぎりにするなどの工夫をして、自分で食べる意欲を大切にしている。外食にも月1回は行く。	
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	心疾患・糖尿病・腎機能低下・高血圧などの病気に配慮し、カロリー摂取や塩分に注意した栄養バランスが良い食事作りに努めています。水分量・食事摂取量のチェックも行っている。		
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、歯磨きを実施している。本人の能力に応じた支援を行い、口腔内の観察はもとより、義歯の不具合や虫歯・歯槽膿漏などは訪問歯科を利用し治療を行っている。		

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
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	排泄チェックリストにより排泄のパターンを見極め声掛け・トイレ誘導を行っている。その結果、リハビリパンツから布パンツ着用になった方もいる。	要介護度の軽い人が多く、排泄が自立している人がかなり多い。排泄記録を取り、その他の利用者には食事前など時を見計らってトイレ誘導をしている。夜間のみ居室でポータブルトイレを利用する人もある。	
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	排便チェックリストにより排便のパターンを知り、主治医と情報交換し適切な薬の処方と服用を行っている。又、繊維質の食材選びや乳製品の摂取、水分摂取、運動を心がけています。		
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回を基本とし入浴日は決めているが、体調や本人の希望や入浴のタイミングに配慮しながら柔軟な対応を心がけている。	一般の家庭浴槽に手すりやシャワーチェアなどを設置。週3回1日おきに午後入浴している。希望や状況に合わせて回数は増減する。男性介助者も「やさしい」と受け入れられている。	
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	就寝時間は特に決めておらず自由で、本人の生活のリズムに合っている。夜間不眠の方には、状況に合わせた対応を心がけている。又、日中活動の見直しを行い良眠できるように工夫している。		
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	疾患と薬についての理解に努め、薬の用量や服薬するタイミングなど、医師・薬剤師と密なる情報交換及び連携を図っている。		
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	生活歴を把握し得意分野(畑仕事・針仕事・歌・料理・習字など)での活躍の場を設けるように支援している。		
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	日常的に日用品の買い物に出かけたり、3プランの中から選択できる個別性を重視した外出行事を計画している。又、お墓参りや馴染みのお店や親戚への訪問など家族の協力のもとに行っている。	毎月1回はユニット毎に全員で出かけている。外食や紅葉狩り、名所散策などにレンタカーで行く。玄関前の広い庭での日向ぼっこや散歩も日常に行っている。畑で野菜を栽培し、収穫や食事の下ごしらえを楽しんでいる。	

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	一緒に個別に買い物に行く機会を設け支払いも自分でできるように支援している。		
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	家族からの電話の取次ぎは勿論のこと、希望時には電話をかけられるように支援している。		
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	居間の大きな窓から見える花壇の花や畑の野菜などから、四季の移り変りを身近に感じることができる。又、室内にも季節感あふれる飾りを作業活動として行い飾り付けることにより季節を感じるよに工夫している。	玄関・リビング・廊下などに利用者の作品が多く飾られている。観光地の陶芸教室で作った器やホームの文化祭に作った絵や書の展示は利用者の励みになると思う。観葉植物も利用者が水やりを楽しんでいる。	
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	各人の個性や性格を尊重しながら席のセッティングに配慮するのはもとより、玄関のベンチで他者の気配を感じながらも一人になれる空間作りを行っている。		
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	自宅で使用されていた馴染の家具の使用はもとより、家族写真や趣味の作品・誕生日の色紙など飾ることで安心できる環境作りに努めている。	家具や道具の持ち込みは家族にお願いしている。まだ新しいホームなので、家具の少ない人もあるが、人形や好きな植物の鉢などその人の好きなものを家族や職員が用意してあげている。	
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	居室の入り口には、表札をだし部屋の確認ができるようにしている。トイレ・浴室にもさりげない看板がある。又、廊下・トイレ・浴室には手すりを設置し安全に移動ができるようにしている。		