

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4月25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	前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成23年5月17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)】

平成22年7月に開設したばかりであるが、町役場担当職員や地区組織等と連携をとり、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ている。また、困難事例や生活保護者の受け入れも積極的である。管理者は、認知症対応の考え方を日々の介護や会議の中でも実践しながら繰り返し徹底して教育を行っている。入居している利用者一人ひとりの思いに寄り添ったその人らしい暮らしを実現しようと、日常生活や家族から得た情報をアセスメントし、適切なケアサービスの提供に努力している。

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
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	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はない ホーム理念：優しく、愛しく、心をこめて	管理者は、月1回の会議や日々の生活の中で、常に理念を意識し、利用者の生活歴や現状をつかむことで初めてアセスメント出来ることを繰り返し指導している。職員は、それを実践につなげ具体的なケアを提供する努力をしている。	
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人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、地域の子ども太鼓グループの訪問なども受けている。	日常的に散歩や買い物に出かけたり、地域の子供太鼓の訪問などを受けている。町の催し物などには、利用者の希望があれば参加している。また、地域の方から野菜の差し入れなどがある。	
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	今年度、町の地域活性化プロジェクトに参加し地域貢献を開始した。		
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。	これまでの運営推進会議で、「認知症」や「認知症対応型共同生活介護」に関することや推進会議出席者と利用者との懇談会を持ち、積極的に事業所の役割や利用者の理解に努めている。地域との関わりについても進めている。	
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。	町の担当者と連絡を密に取っており、困難事例や生活保護者の受け入れなどを積極的に行っている。事業所の役割を理解してもらうよう努めている。	
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。	一人ひとりの利用者の気分や状態をアセスメントし、身体拘束が必要ない自由な暮らしを支援している。日中の玄関施錠もしていない。自由な暮らしの大切さと事業所の取り組みを丁寧に説明するほか、リスクについては書面でも説明し理解を得られるように努めている。	
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	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	東京大学市民後見研究実証プロジェクトに参加し市民後見活動支援室に登録している。		
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	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。	意見箱などの設置はないが、家族の面会時に必ず面談し、要望や意見などを確認している。出された意見は会議等で話し合うようにしている。	
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	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1回定例会議を設けており、自由な意見をいえる雰囲気づくりをしている。会議では、認知症ケアの確認や利用者個々の情報交換を行い、食事や水分補給についての意見を出し合い、ケアの実践に活かしている。	
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	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	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
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	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。	日頃の様子から行動を予測して声かけし、意向を把握している。行きつけの美容院などに行く場合は家族に協力してもらい、近所の床屋などは職員が付き添って行くようにし、できるだけ個々の生活習慣を尊重している。	
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。		
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	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。	家族の面会時や日頃の様子や会話の中から予測して声かけし、個々の意向の把握に努め、散歩や料理、買い物等の実践につなげている。意見の表出が困難な利用者には、寄り添って関わる中でニーズを把握し、家族とスタッフ間で検討した上で対応を行っている。	
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	ソファー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。	利用者の状況や家族の意向や要望を聴取し、計画を立案しているが、個別性があまりなくモニタリングも十分に出来ていない現状である。状態に応じての対応はできているが、プランの見直しがされていない。	アセスメントに対して非常に努力されているがさらに利用者を良く把握し、個々にあったプランを立て、実践されることを期待したい。また、状態に応じての対応はできているので、プランに反映されることを期待したい。
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。	事業所の協力医や本人や家族が希望するかかりつけ医の受診の他、訪問診療、歯科の訪問診療を受けられる体制がある。受診結果は報告書を作成して家族に知らせるようにしている。	
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。	短期間(3泊4日)の入院でしたが情報交換をおこない、今後の生活に役立つようになっています。		
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。	重度化した場合や終末期の支援は、利用者の状況に応じて家族や職員、医療機関をまじえて随時話し合いをして意志を確認しながら取り組んでいきたいと考えている。	
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	実践力は身につけてくはない事だと思っていますが、定期的には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。	毎月、119番通報と非常ベルを押すなどの実践に役立つトレーニングを行っている。消防署の立ち会いでの訓練は年2回行っている。夜間訓練はまだ行っていない。	月1回行っている訓練に携わっていない職員に対し、マニュアル等を整備し、災害時に備えた対応を期待したい。

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
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	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。	食事や排泄介助の際に、さりげない言葉かけを行い本人の気持ちを考えた対応を行っている。	
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	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	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。	職員と利用者が同じテーブルを囲んで食事を楽しみ、準備や後片づけのできる方は職員といっしょに行っている。365日自前のメニューを考えて食事の提供しており、栄養士はいないがバランスの取れたメニュー作りをしている。定期受診と体重測定を月1回行い、利用者の健康管理に気を配っている。	
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	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行けるように見守り、必要なときにはトイレ誘導をおこなっている。	日中は利用者個々の排泄パターンを記録した排泄チャートを活用しつつ、布パンツ・リハビリパンツを用いて、トイレで排泄してもらう支援を行っている。また、尿意や便意が少ない方でも機会を見てトイレに行ける声かけをしている。利用者の状態や能力に応じて、見守りや一部介助を行い、できる限りの自立支援を心がけている。	
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。	入浴は日中に行っているが、可能な限り利用者の意向に沿って一人で入りたいときは見守り、職員と話しながら入浴したいときは話をしながら入浴してもらっている。入浴を拒否する利用者には、無理強いせず時間をおいて声をかけたり、入浴日を変更する等の対応を行っている。	
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だいているが、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入っている。		
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、その人にあった対応をしている。		
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	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。	天気の良い日、雨の日でも散歩の希望があれば、自足歩行可能な利用者は見守り、杖歩行や車椅子介助を要する利用者にはスタッフや家族が付き添い外出の支援をしている。また、買い物や薬の受け取りなどにも外出の機会を設けている。	

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	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。ホールのずわる場所も利用者に選んでいただき、なるべく快適にすごしていただけるようにしている。	玄関から居間、廊下、トイレ、浴室に至るまで手入れが行き届いており、採光や音、広さや温度などの調節も快適な共有空間を作りだしている。壁の絵や表札は地元の名士が作成したものが使われ地域との関係が伺える。今後はさらに家庭らしさを作っていきたいと考えている。	
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、座って話をする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。	それぞれの居室には、利用者の意向に合わせてベッドや布団、たたみ、家具などを使用している。利用開始時に、以前から使用していた馴染みの食器や写真などを持ち込み、本人が居心地よく過ごせるよう工夫がされている。	
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	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。		