

### 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	2394600056		
法人名	社会福祉法人 高浜市社会福祉協議会		
事業所名	高浜市社会福祉協議会指定認知症対応型共同生活介護あつぽ 1階		
所在地	愛知県高浜市戸町三丁目8番地21		
自己評価作成日	令和元年 11月1日	評価結果市町村受理日	令和2年3月9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.mhiw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;Jigyo_syoCd=2394600056-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaigokensaku.mhiw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;Jigyo_syoCd=2394600056-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

**【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中区三本松町13番19号		
訪問調査日	令和1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)】**

地域共生型福祉施設として、地域の人々と共に支え合い・助け合い・協力しながら地域に根差した施設です。特徴として、子供から高齢者までの幅広い年齢層の方が、垣根を取り除き和気あいあいと楽しく交流しています。地域の人たちも気軽に、ランチを食べたりカフェしたり、また散歩の途中で足湯に立ち寄りすることもできます。会合やカルチャー教室などでホールや囲炉裏も利用して頂く事ができ、地域に開放的な施設です。

**【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)】**

当ホームは、グループホーム以外にも運営母体である社会福祉協議会の「地域共生型事業」として、様々な方への支援を行っている。地域で生活している多くの方が毎日訪問しており、事業所を利用しながら生きがいや楽しみの機会につなげている。当事業所は、要介護以外の方にも利用してもらう目的で「宅老所」も開設しており、日中を事業所で過ごしてもらいながら、介護予防等につなげる取り組みが行われている。高齢者の支援以外にも、子育て支援や定期的に「こども食堂」を開催する取り組みも行われており、地域の子どもがホームに訪問し、高齢者とふれあう機会がつけられている。また、グループホームでも様々な取り組みが行われており、毎年度の行事になっている県外への一泊旅行をはじめ、日常生活を通じて様々なレクリエーションの実施等、利用者への支援や活動が行われている。

**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
<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。	施設の玄関やグループホームの廊下など誰もが目に付く場所に掲示し、職員は常に意識し共有している。	関連事業所との共通の理念(5項目)に、地域との交流を重視した内容(1項目)を加えた理念を支援の基本としており、ホーム内の複数の場所に掲示が行われている。職員間で理念を共有し、日常の支援につなげる働きかけが行われている。	
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。	地域や市内のイベントには、積極的に利用者様と共に参加しています。又お手伝いも積極的に行っています。	ホームの基本方針として「地域との共生」を掲げていることで、様々な機会を通じて地域の方との交流が行われている。年間を通じて子どもから高齢者まで、様々な方がホームを訪問しており、地域貢献にもつながる活動が行われている。	
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。	地域に出掛ける事で地域の方たちと顔なじみの関係になり、会話も弾むようになりました。会話を通じて地域の方たちが認知症に対する理解をして下さるようになり、今ではよき理解者です。		
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。	事業所の取り組みやサービスの状況や事故報告等、全てを報告しています。地域の方や協力医院、行政の方など、様々な方からの意見や改善案など貴重な意見をサービスの向上に反映させています。	会議の際には、地域の様々な分野の方、協力医の出席も得られており、出席者からの意見等をホームの運営に反映する取り組みが行われている。また、会議の際には、ホームの運営状況が細かく報告されており、出席者の理解にもつなげている。	
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取り組んでいる。	運営推進会議のメンバーに行政の方が毎回出席して下さるので情報交換を行っている。	運営法人が市の社会福祉協議会である利点を活かしながら、市担当部署との定期的及び随時の連携が行われている。また、介護相談員を通じて交流や市内の介護事業所が集まる連絡会等への参加も行われている。	
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。	社内研修や外部研修などで身体拘束の知識を深め日々の業務に取り組んでいる。今年度はスピーチロックの研修を計画している。	身体拘束を行わない方針で支援を行いながら、言葉による拘束にも注意する等、職員研修が行われている。検討委員会の際には、運営法人の責任者も参加しており、法人全体で身体拘束のない支援が行われている。	
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。	高齢者虐待について学び、ミーティングで事例検討会を行い、虐待のないケアに取り組んでいます。		

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
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。	法人研修で権利擁護について学んでいます。		
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。	契約時に契約書と重要事項を説明し、納得してから契約を結んでいます。		
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。	家族会で、ご家族からの意見や要望を聞き入れるようにしている。また意見箱も各フロアに設置している。面会に来た時には日々の様子を伝えるようにしている。	定期的に家族会が行われており、家族との交流が行われている。家族からの要望等については、内容にも合わせながらホーム管理者や運営法人の社会福祉協議会による対応が行われている。また、毎月のホーム便り「あっぼ通信」の作成が行われている。	
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。	毎月のミーティングや日々の業務の中で職員間の情報交換をおこなっている。	毎月の職員会議の際には、運営法人からも責任者が参加する機会がつけられており、職員からの意見等をホームの運営に反映する取り組みが行われている。また、管理者による職員面談も行われており、職員一人ひとりの把握が行われている。	
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。	家庭があつての仕事をしている職員が多い。職員それぞれが家庭の事情にあわせた勤務時間になっている。また資格取得に向けた支援も行っている。		
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。	職員の力量を把握し、職員に合った研修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。	市内事業者で組織する会議や市外の西三河認知症グループホーム連絡協議会に参加し、意見交換や勉強会など行なっている。		

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。	入所前にアセスメントをとり、環境の変化があっても、不安が少しでも軽減できるよう、本人の表情や言動に気を付け、声かけをするよう心がけている。		
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。	入所前に自宅に訪問し、ご家族からの話を伺うようにしている。家族の話を聴き、寄り添えるよう心がけている。家族は実際に入所となると、心が揺れ動く方もみえるので、何がその家族にとって良いのか、考えさせられることもある。		
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。	家庭と施設では、支援内容も変わることも出てくるため、ひとつひとつ確認しながら支援を行っていくように心がけている。		
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。	普段からの声かけを大切に行っていくことで、少しずつ馴染みの関係ができていくのかと思う。暮らしを共にするもの同士になるまでに簡単にはいかないが、利用者が気兼ねなく話せる相手になれるよう努めている。		
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。	入居者ひとりひとり家族の関係性も違うので、その家族にあった対応をと心がけている。家族に会って話をする機会が設けにくい現状があるので、関係を築くまでには時間がかかると感じている。		
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。	本人との会話の中から、情報を得て、可能な場合は、馴染みの場所に出掛けるなどの支援をしたいとは思っているが、現状ではなかなか難しい。	宅老所やサロン等が行われている際には、利用者の入居前からの関係の方も訪問しており、交流の機会にもつながっている。家族やホームの支援で美容院を継続している方もいる。家族との外出も行われており、利用者の中には遠方へ出かけている方もいる。	
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。	相性が良さそうな方が話せるようにしているが、日によって状況も違うため、思いこみをせず、その都度考えて行うよう努めている。職員が間に入ることで関わりがもてることもあるので、必要時、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
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。	退所等されてから、関わりをもつことがないため相談や支援は行えていない。		
<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。	居宅介護支援事業所や、これまでの暮らし習慣を本人・家族より聞き取りしたりしている。	職員間で利用者を担当する取り組みも行いながら、利用者に関する意向等の把握が行われている。毎月のカンファレンスが行われており、利用者一人ひとりに関する意向等の検討を行い、日常の支援につなげる取り組みが行われている。	
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。	居宅介護支援事業所から情報依頼と必要時にはサービス事業所へ利用状況の確認をしている。		
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。	入所前は、家族や居宅介護支援事業所より確認するが、入所後は生活状況を見ながら出来る事の把握に努めている。		
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。	入所前は、家族等の意見や意向を確認しながら支援を行っているが、入所後はミーティング等で意見を出し合っている。即した介護計画は行っているが充分できているとは言えない。	介護計画の見直しは1年であり、利用者の変化等に合わせた対応が行われている。毎月のカンファレンスを通じたモニタリングを実施している。また、職員間で介護計画の内容に関する共有を行い、日常の支援につなげる取り組みが行われている。	モニタリングに関する記録が十分に残されていない状況でもあるため。今後に向けたホームの検討や取り組みに期待したい。
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。	生活記録・特変記録や業務日誌等で、日々の状況は共有している。介護計画変更時には活かしているが、充分できているとは言えない。		
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。	ご本人の要望が、GHのできる事であれば支援しています。ご家族の協力が必要な事は、連絡し相談しています。介護サービス・ボランティア・家族・地域・組織等にて、要望に沿えるようにしています。		

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。	友人や知人に会うができる馴染みの場所やスーパー等に外出し、お会いした時にはその時間を楽しみ懐かしく思う気持ちを大切に支援しています。また町内会に加入し地域の行事等に、積極的に参加しています。		
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。	本人の要望確認が難しい場合がある為、家族に確認をしている。かかりつけ医以外の受診が必要な時は、紹介状を書いて頂き適切な機関にて治療が受けられるようにしています。	協力医とは訪問診療以外の時間にも連携が行われており、医療面に関する随時の対応にもつながっている。受診は家族による対応としているが、ホームでも受診支援が行われている。また、看護師が勤務しており、医療面での支援が行われている。	
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。	異変や気づきはその都度、介護職から報告されている。バイタル値の異常については報告が抜ける場合は記録上から再測定を実施している。		
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。	入院時、情報提供をしている。退院時は、カンファレス等に参加し入院中の情報を得るようにしている。		
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、事業所の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。	重度化した入居者については、管理者を主として家族と話し合いを行えている。	家族とは、ホームでの看取り支援には対応していないことを説明しており、身体状態にも合わせながら、次の生活場所への移行支援が行われている。利用者の中には身体状態の重い方も生活しており、ホームでも可能な支援が行われている。	
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。	急変時の対応等は、法人で実施する研修に参加しています。急変時対応マニュアルを作成し取り組んでいます。		
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。	津波を想定した避難訓練等を、地域と連携し行っています。また、施設が福祉避難所となっており市とも連携しています。	年2回の避難訓練の際には、夜間を想定した訓練や通報装置の確認が行われている他、関連事業所との合同の訓練も実施している。地域の福祉避難所でもあり、地域の方との協力関係にも取り組んでいる。また、倉庫内に備蓄品の確保が行われている。	ホーム内に備蓄品の確保が行われているが、十分な量が確保されていない状況でもあるため、今後に向けたホームの取り組みにも期待したい。

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。	年長の方という事を思い丁寧な言葉かけを心掛けている。 利用者に合わせた言葉かけや接し方をしている。 目線を合わせる等一人一人に丁寧に対応するよう努めている	ホームの基本理念には、利用者を尊重した対応を行うことが掲げられており、職員が日常的に利用者への対応を意識する機会につなげている。職員には言葉遣いに関するアンケートを実施しており、注意喚起につなげる取り組みが行われている。	
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。	利用者に選択してもらえるようにしている。 自己決定がづらい方には、選択肢を減らしたり、わかりやすい言葉にかえる等、伝え方の工夫をしている。		
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。	一日の過ごし方の希望や、食べたい物を尋ねて、できるだけ希望を叶えられるよう努めているが、業務に追われて、一人ひとりの希望に寄り添えない現状もある。		
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。	入浴後の着替えを一緒に選ぶようにして、本人が着たいものを選んでもらうようにしている。 髪の長さなど、鏡の前に立った時に本人に尋ねたりして、その方の好みを把握できるように努めている。		
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。	畑で採れた野菜で何ができるか、利用者と一緒に考えたり、毎食の献立を職員側だけで決めないよう食べたいものを聞く。調理はそれぞれできることを行ってもらっている。 職員と一緒に食事をができるように意識している。	メニューは利用者と職員と一緒に考える機会をつくっている。利用者も買い物、調理、片付け等、できることに参加している。専門の魚屋と連携した魚料理の提供も行われている。また、食事の際には職員も利用者と一緒に食事を行う機会をつくっている。	
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。	献立が偏らないように意識している。メニューをノートに記入している。 水分、食事は記録に残している。		
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、口腔ケアの声かけ、見守りを行う。 できない方には介助している。 食後→食器洗い→口腔ケアと毎食後声をかけ習慣として行っている		

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。	排泄チェック表を参考にし、誘導が必要な方には時間をみて声かけをしている。タイミングが合わずに失敗することもある。	利用者の排泄状態等にも合わせて、記録用紙にペンの色を変えて記録に残す等、日常的に利用者に合わせて排泄支援が行われている。トイレでの排泄を基本に考えながら、協力医や看護師との排泄に関する医療面の連携も行われている。	
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。	水分を意識してとってもらっている。体操など適度な運動を心掛けている。その人にとっての便秘解消の食べ物等を提供できるよう努めている。		
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。	いつ入浴したいか尋ねて、その希望にそえるよう努めている。職員の都合で、利用者が望む入浴になっていない場合もある。	利用者が毎日の入浴が継続できるように準備が行われており、実際に利用者が毎日の入浴が行われている。ホーム内に足湯場があり、利用者の楽しみにもつながっている。また、ミスト浴があることで、身体状態に合わせた支援も行われている。	
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。	夜間、眠れてない様子があれば、無理せず日中に休んでもらったりしている。夜間の不眠にならない程度に日中の活動を考え、適度な疲労で安眠につなぎたいと考えている。		
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。	利用者それぞれの内服薬の詳細までは把握できていない。副作用など、処方箋など活用して確認できるよう努めたい。何か変化があれば、看護師へ報告している。		
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。	生活歴等はアセスメントを確認している。日常生活の中で家事を役割として行ってもらえるよう務めている。利用者ができること、新しい発見ができるよう、職員の働きかけが足りない部分もある。		
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。	希望にそって外出を出来るよう努めているが、状況によって希望にそえない時もある。個別では、買い物等には出掛けているが、行きたい場所へ個別での対応まではできていない。地域行事は、地域の協力を得て出掛けることができている。家族への働きかけは、まだ不十分などところがある。	ホームでは、利用者が日常的に外出ができるように、散歩や買い物を通じた外出が行われている。毎月の外出行事が行われており、年間を通じて様々な場所への外出行事が行われている。また、今年度も県外への一泊旅行が実現しており、利用者の思い出にもつながっている。	



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。	財布を持ちたいと希望する方は持ってもらい、買い物時は支払いまで行ってもらえるよう支援しているが、特に希望されない方は、一括で管理しているので、その人の能力に応じての支援まではできていないこともある。		
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。	こちらから働きかけを積極的には行っていないが、手紙を書きたいと希望される方には、書いていただいている。書き方に悩んでいる時は声をかけたりしている。		
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。	廊下やリビングに花を飾り、季節を感じられるようにしている。換気、室内の温度調整など配慮している。 安全面に意識が強く、利用者の居心地の良い空間づくりまではできていない現状。	ホーム内は利用者が自由に移動できるように開放的な空間となっている。通路の脇にはベンチが設置されており、利用者の寛ぎの場所にもなっている。また、リビングや通路の壁面には、季節に合わせた飾り付けや利用者の作品等の掲示が行われている。	
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。	廊下のベンチがあることで気が合う方達が会話する機会はある。		
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。	居室には馴染みの物や、思い出の写真を飾っている方もいる。	居室には、入居前からの馴染みのある家具類や趣味で作っていた作品を持ち込む等、利用者の意向に合わせた居室づくりが行われている。また、居室については、洋室と和室が用意されていることで、入居前からの生活環境にも近いことが特徴でもある。	
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。	自室がわからない利用者には何か目印になるものを飾ったりしている。トイレはわかりずらいため、利用者の目線にあった案内書きがある。		