

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	2290300025		
法人名	医療法人新光会		
事業所名	グループホームつながり		
所在地	静岡県田方郡函南町塚本77-7		
自己評価作成日	平成29年2月19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	有限会社 モア設備設計事務所		
所在地	静岡県葵区昭府1丁目20番16号		
訪問調査日	平成29年2月25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)】

「ゆっくり・ゆったり・ありのままに・いつもにこにこ」の理念のもとに、利用者様・職員ともども笑顔の多い生活を送っている。寒い日も暑い日も毎日屋外散歩に出て紫外線を浴び、階段も昇降し、皮膚の鍛錬・運動機能の維持を図っている。看護師が常勤し、関連施設の伊豆平和病院との連携により医療が必要となられた方に対し、素早く対処出来ている。

施設の理念である「ゆっくり、ゆったり、ありのままに、いつもにこにこ」が職員に理解され、実践がされている。利用者からもその雰囲気は伝わり、施設長の元、職員が一つになって利用者の生活を支えている。利用者が家庭で暮らしておられる状態に近い環境をできるだけ実現するように努めている。終の住みかとしての受入れも行われている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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	「ゆっくり・ゆったり・ありのままに・いつもにこにこ」を理念とし、これを見やすい所に明示し、同じ理念の下にチームで取り組んでいる。	各階のリビング、事務室に理念を掲示し、常に職員が見ることが出来る。職員間でも業務の中で声をかけ合い、理念に基づく仕事ができるよう、努めている。	
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	組に入ったが日常的な交流は図れていない。子供会の廃品回収に協力。1人で外出した方が道に迷っておられた時、電話をいただいたり、ホームに誘導して下さる。	近隣の人はグループホームのことを理解し、利用者が外に出たときなど声をかけてくれる。地域の行事などは夜間がメインの物が多く、参加することが難しいが時間帯的に参加しやすい隣の地区の祭りなどには参加している。	
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	ホーム来訪者に実践している認知症介護を見て頂き、説明を加えている。毎日の散歩風景をみて「認知症になっても出来る事」を認識されている人もおられる。		
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	サービス提供の状況を報告。看取り事例・ホーム内での肺炎治療事例・行政関与の入居事例等を報告。実践した認知症介護を認めていただき、今後の取り組みに自信を得ることができた。又認知症の理解を深めてもらう機会ともなっている。	昨年より2ヶ月に1回開催できるようになった。行政(または地域包括支援センター)、民生委員、地域で出席できる方に参加してもらい、実践している事柄などを報告、相談をする場にもなっている。	平日日中の開催が多いため、地域包括支援センターが参加の時は、時間帯などの変更も検討し、色々な人の意見を聞く機会が持てると、より理解が深まるのではないかと考える。
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主催の地域ケア会議に出席し、意見交換している。隔会の推進会議に町の参加を得てサービスの取り組みを伝えている。	運営推進会議や、函南町のグループホーム連絡会(3ヶ月に1度)に行政も参加するため、その中でも取組を伝え、意見交換を行っている。	
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	日中は出入り口は出入り自由となっており、屋内でも動きの制限をする事はない。が、見守りが手薄になっている時間帯に、出ていきたい人に、ときどき言葉による拘束をしている事がある。	研修の機会なども持っているが、突発的なことが起こった時など、スピーチロックをしてしまうことがある。その場でお互いに声をかけ合い、ユニット会議などで取り上げ、より良い対応等について話し合いを行っている。	
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	管理者と職員は常に自分及び同僚の言葉・行為が虐待にあたらぬか意識し、注意して防止に努めている。		

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	権利擁護の研修に参加するようにしているが、理解のできていない職員もいる。現在、この制度を活用している人はいない。		
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	契約時に説明している。入居後も、不安・疑問があればいつでも聞いて下さいと話している。		
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	ホーム来訪時には利用者と同様に自宅のつもりで振舞って頂くよう配慮し、気軽に話のできる関係を作っている。ホーム外でも職員と気軽に話のできる関係ができています。	面会時等の機会を捉え、職員が家族に本人の状態を伝える時に、一緒に家族の要望や意見を聞くようにしている。話しやすい雰囲気を作れるよう、普段からの関係づくりを行っている。	
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	毎朝のミーティング・ユニット会議・日常業務の中で聞いており、反映させている。	ユニット会議を通じ、意見収集をしている。会議には施設長も必ず出席をし、職員みんなの意見を汲み取っている。また、日常業務の中でも、朝礼などの時間に意見を聞き、運営に反映させている。	
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	管理者が運営者に対し職員個々の状況を報告できる場がある。人員配置・賃金・研修出席等への配慮がなされている。		
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	管理者による機会教育を積極的に行うほか、法人外の研修参加、資格取得を進めている。		
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	管理者は町内グループホーム連絡会に出席し、勉強・情報交換等でサービスの質の向上のヒントを得ているが、職員間の交流はできていない。		

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
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	入居前1～2回ホームに来訪していただき、お茶を飲みながら本人と交流、話を聞く機会を作っている。又、自宅訪問時にも話を聞き、入居時の不安の軽減に努めている。		
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	家族から相談を受けた時にも聴くが、入居前の住居訪問時・入居後にもはなしを良く聞き、要望等を受け止めるようにしている。		
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	入居前に御家族に「それまでの暮らしの様子」を記入していただき、その資料を参考にするとともに本人に会い、必要としている支援を見極めている。		
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	大家族の一員として、それぞれができることを共に或いは分担して行なっているが、認知症の進行それに伴う身体介護の増加で、介護されるのみの人も増えてきた。		
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	利用者は家族であり、その家族も「ホームの家族」ととらえた対応をしている。ホーム来所時に情報交換し共に支え合っている。		
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	入居期間の長い人は馴染みの関係も薄れている。来訪者との対話を取り持つようにしている。家族の協力を得て支援している。	家族の協力を得ながら、今迄本人が通っていた馴染みの場所や行きつけのお店(美容院・食堂等)へ出かける機会を作っている。また場所などには外出の際みんなで回ることもある。友人の面会は、積極的に受け入れている。	
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	毎日皆で行動する時間をもうけ、連携を深めている。利用者同士の関係を把握し、さりげない関わりをしている。が、時には衝突してしまうこともある。いたわりあい、助け合いながら生活している。		

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	訪問や電話により関係を保っている。ご家族が来訪して下さることもある。亡くなられた方のお宅を訪問しお仏壇にお参りしている。		
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	日常生活での対話や行動から時には一対一でじっくり話をすることで把握している。それを職員間で共有し対応を考えている。認知症が進み思いが表出できない人の場合は把握が難しい。	会話の内容や、出てきた言葉などを記録し、内容に沿って話をすることで、本人の思いに近づこうと努力している。記録により職員間で情報の共有をしている。	
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	入居前に家族に「それまでの暮らしの様子」を記入してもらい、生育歴まで把握するようにしている。入居後は本人や家族から得られた情報をミーティングや記録により共有するようにしている。		
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	日々の個人記録内容やミーティングで把握している。		
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	本人の状況の変化に合わせて本人、職員、家族等の意見を反映させて計画を作成し、変更している。	家族の意向については、面会時などに確認をしている。介護計画については、作成・モニタリングとも朝のミーティングやユニット会議で取り上げ、原案に対する意見を求め、より良い計画を作成するよう、取り組んでいる。	プランの作成に当たって、PDCAのサイクルをより意識し、ケアプランを元に作成した施設サービス計画を今迄以上に活用して行って欲しい。
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	日々の様子は記録できているが、ケアの実践結果記録は確実にできていない。職員間の情報共有はできており実践・、計画の見直しをしている。		
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・知人との外出・家族との外泊は本人に支障の無い限り自由にしてもらっている。昼食時に家族が来訪されている時は一緒に食べてもらう事もある。その時々々のニーズに柔軟に対応する姿勢でいる。		

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
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	地域資源との協働は全くできていない。来年度は中断していた地区のサロン参加を再開する予定でいる。		
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	本人・家族の希望される場所で医療を受けて頂いている。必要時職員が同伴する。希望の無い時は同法人の伊豆平和病院又は紹介病院で適切な医療を受けている。	内科は基本的に嘱託医の往診になるが、他科及び総合病院、今迄のかかりつけ医に受診する場合は、ご家族にも協力をお願いしている。協力病院受診時については、職員だけでも対応している。	
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	ホーム職員の看護師が健康管理と医療支援をしている。介護職による異常の早期発見、報告は日々行なわれている。転倒や体調変化については日頃から対処方法の指導を受け、実践している。		
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、病院に対しホーム入所中の病状・生活状況の情報提供書を渡している。入院時、面会時、退院時に直接あるいは家族を介して医師・MSWと情報交換している。		
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	入居時看取りについての話をしている。その時に明確な考えを示されない方が多い。身体レベルの低下してきた方、高齢になられた方の家族に対し、その時点で再度終末期の対応について確認している。	看取りの方針については入居時や終末に近くなつた時点で、本人家族に確認をしている。本人が判断が出来ない場合は、自宅での生活の中でどのような希望があったかを家族から聞き取り、一緒に考えている。看取った後は、職員全員で対応や気持ちを共有する機会を持っている。	
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	人形を使い救急蘇生訓練を行っている。ほか応急手当マニュアルにそって対応している。適切な対応により、損傷を最小限にできている。		
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	火災・水害・地震を想定した防災訓練を定期的に実施している。その都度、本人の認知度に合った避難誘導の方法を検証している。地域との協力体制はできていない。	訓練は年3～4回実施している。消防署に立ち会ってもらった訓練はそのうち2回、夜間を想定し、避難訓練を実施している。地域との協力体制はなかなか進んでいないが、近隣の人の協力は得られている。	地域も一緒に参加できる防災訓練の計画・実施を行って欲しい。また、地域との災害時に於ける協力についても、話し合いを進め、地域の中での役割を持つことも重要だと考える。

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
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	言葉掛けや対応が、その人の誇り、プライバシーを損ねていないか気を付けているが、時々、強い言葉掛けになってしまったり、プライバシーへの配慮が欠けている時がある。	職員同士が、入居者への声かけについてはお互いに気をつけ、注意しあっている。間違った対応が合った場合は、職員同士が声をかけ合い、なぜその場面で使うことになったのかを話し合う機会も会議の中で設けている。	
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	「・・・したいですか?」「・・・しましょうか」等の問いかけをしている。希望を表出したり決定できない人もいる。表情を見てその人に合った支援ができるよう心がけている。		
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	認知症が進みその日をどのように過ごしたいか希望出来ない人が多い。自分のペースで過ごしている人もいる。職員の都合に合わせてもらっている場面もある。		
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	最近おしゃれの支援ができていないため、どうでもよいと思われるようになってしまっている。外出時には、着衣の好みを聞きながら一緒に身だしなみを整えている。		
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	準備は調理の一部を担当してもらっている。彩りを考え、「わーきれい」と視覚を刺激する。いただいた家庭菜園の野菜で料理と一緒に考える事もある。下膳、食器拭き等で力を発揮される。正月の雑煮のお餅で元旦を確認。	入居者の希望も聞きつつ、各階で各々にメニューを考え、調理をしている。小鉢の内容も同じ食材でも味や食感が変わるよう、工夫しており、目でも舌でも楽しめるよう心がけている。	
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	多くの種類の食材を使う。それぞれの食べられる量、運動量に合わせた量を盛り付け、咀嚼・嚥下能力にあわせた形態・道具の工夫をしている。毎月の体重測定で肥満にも配慮している。		
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	毎食後の歯磨きを実施。それぞれの能力に応じた介助をしている。異常を見つけたら行きつけの歯科受診或いは訪問歯科を依頼し、ケアの指導を受けている。		

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
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	日中1名を除き全員トイレで排泄している。ほぼ全員尿取りパッドを使用。着衣やパッドの操作が上手く出来ない人には介助、尿意の無い人には時間を見て誘導する。それぞれに合った支援をしている。夜間はテープタイプのオムツ使用者もいる。	出来るだけトイレで排泄が出来るよう、個々の排泄パターンを把握、本人の様子を見ながら声かけや誘導を行っている。尿意のない人については、時間での声かけ、誘導も行っている。	
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	個々の排便状態、腸の動きを観察している。毎日排便の無い日数を確認し水分補給、運動、食材、薬剤使用等で対応している。		
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	毎日の午後、入浴できる態勢を取っている。入眠前に入りたい人の希望には添えていない。強制はしないが、入浴してもらえ誘導は行なう。ほとんどが毎日入られる。入浴中は日頃無口でも介助者を相手に、話のはずむ人が多い。	入浴は毎日午後に実施している。行事などで出かけた際も、帰ってきてから入浴を実施している。入浴については、本人の意思に任せている。入浴中はいろいろな話が出来るため、本人の考えていることなどを理解できる場でもある。	
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	ほとんどの人が夕食後早々に就寝される。自室で遅くまでテレビを見ている人もいる。日中の日光浴、外気浴、散歩が夜の睡眠を促している。		
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	常勤の看護師が管理しており、副作用について説明している。個々の服用薬の説明書がいつでも見られるようにしてある。与薬前、必ず薬袋に記入された個人の名前を読み上げ誤薬を防止している。		
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	誕生日の夕食はご馳走を作り、皆で祝う。カラオケで歌うことの好きな方が家族の協力を得て出かけておられるが、支援ができていない。		
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	雨の日以外は毎日散歩に出る。季節ごとの花見、地域の祭り、初詣等、集団で出かける。この時は家族も参加される事もあり、職員も、楽しんでいる。1人で買い物、自宅に行く人もいるが戻ってこれなくなり地域の方からの連絡で迎えに行く。	日課である散歩は勿論のこと、季節毎に外出を企画し、日常生活の一部として取り入れられている。地域でのお祭りなどの行事への参加もその一環として行われている。	

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	入居時に小遣いとして現金を預かって居る。希望があれば、所持してもらおう。一緒に買い物に出かけ支払いをお願いする事もある。		
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	電話したい時はホームの電話を使う。遠方の御家族には、手紙やハガキを戴きたいとお願いしている。便りが届くと返事を出せ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	自然の草花や庭から取ってきた季節の花を飾り、くつろげる家具を配置している。採光、風の通りも良い。調理の音や美味しそうなにおいが漂う。来客は一度に来られる人数を制限している。	草花や木の家具や元入居者の絵画などを室内に飾り、自然な雰囲気があり、落ち着ける空間となっている。非常用のラジオなどの位置は表示されてはいるが、何かあったときはここにあるという安心感があり、全体の中で違和感はない。	
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、廊下、玄関前等にソファ、椅子、ベンチ等を置いている。それぞれ好みの場所で過ごされる。		
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	居室には自宅で馴染んでおられたものを持ち込んでもらう。入居前の居宅訪問時に相談して決められる事が多い。日中ほとんどの人がリビングで過ごされている。居室の家具は地震災害時、安全が確保される配置となるよう配慮している。	自宅で使用していた家具などを配置し、自宅の部屋の近い環境を心がけている。防災時の安全面を考慮し、本人及びドアに影響ある位置には家具を置かないよう、気をつけている。写真のアルバムを部屋に置き、家族との会話等にも役立っている。	
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	玄関には段差とスロープ、階段とエレベーターがある。縦の握り棒、手摺、家具、歩行補助器に掴まり、或いは車いすを操作して移動される。トイレや居室ドアに漢字で場所の明示をする事もある。		