

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	2393400037		
法人名	有限会社 ふなびきメディカル		
事業所名	グループホーム ほほえみ犬山 1丁目		
所在地	〒484-0064 愛知県犬山市前原西 3-33		
自己評価作成日	令和1年10月5日	評価結果市町村受理日	令和2年2月5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.mhiw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&Jigyo_syoCd=2393400037-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	令和1年10月26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)】

3ユニットのグループホームである。行事事は合同で行い、他丁目の方との交流を楽しんで頂いている。経営母体のふなびきクリニックと連携し医療面でのサポート・緊急時の体制を整え、ご利用者様が快適に過ごして頂けるよう健康管理に努めています。

【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)】

ホームは医療機関に併設していることで、医療面での支援が充実していることが特徴でもある。医療面での支援を行いながら、身体状態の重い方もホームでの生活を継続しており、利用者の中にはホームで最期を迎える方もあり、利用者や家族の安心感にもつながっている。併設事業所と合同で避難訓練を実施する機会が作り、事業所間で連携しながら利用者の安全を確保する取り組みも行われている。定期的に行っている運営推進会議の際には、事前に家族に意見や要望等を出してもらったための専用の用紙を配布しており、家族からの意見や要望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、ホームの日常の支援については、1階のフロアのユニットが平面でつながっていることで、利用者が好みの場所で過ごしたり、日常的に職員間で情報交換を行う機会にもつながっている。

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
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。	事業所の見えるところに貼っているが、理念について話し合う必要性を感じる。	利用者一人ひとりが主役であると考えながら、職員が日常の支援を通じて理念を意識する働きかけが行われている。また、職員間で定期的に振り返りを行う機会をつくり、理念の実践につなげる取り組みも行われている。	
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。	小中高校生の福祉体験等の受け入れを行っている。近所の幼稚園も交流に来てくれる。2ヶ月に1回行なわれる運営推進会議では地域の方を招いている。	地域で行われている行事の際には、ホームからも利用者と参加する機会をつくり、地域の方との交流につなげている。ホームでも中学生や高校生との交流等が行われており、地域の方との交流の機会がつけられている。	
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。	かがやきで行なわれた運営推進会議では「認知症サポーター養成」を行ったが、ほほえみ独自で地域の人に向けた取り組みはできていない。		
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。	運営推進会議の案内を送る時に家族様からの御意見欄を頂き載せている。また、運営推進会議では家族様や市の担当者様との話し合いの場を設けている。	会議の際には、関連事業所と連携しながら開催しており、それぞれの事業所の運営状況を報告し、出席者にホームの現状を知ってもらう取り組みが行われている。また、複数の家族の参加が得られており、家族との情報交換も行われている。	
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。	毎月「ほほえみたより」を送付している。また、困難事例等市の担当者の方から助言やご指導を頂いてケアサービスの向上に取り組んでいる。	市内の医療機関や介護事業所との連携会議が行われており、関連事業所を含めて職員が参加する機会をつくり、情報交換等の機会につなげている。また、地域包括支援センターとも認知症サポーター養成講座等を通じた協力関係もつけられている。	
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。	身体拘束に必要な3要件を満たすかどうか職員間で話し合っている。玄関の施錠はすぐ近くに道路があり、生命の危険が生じるためにやむを得ず行っている。	身体拘束を行わない方針で支援が行われており、ユニット間を自由に移動できるように、職員間で連携して利用者を支援する取り組みが行われている。運営法人で専門の委員会があり、定期的な検討会議や職員研修の取り組みが行われている。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている。	勉強会にて高齢者虐待について勉強した。また、トップミーティングで取り上げられたら後日現場に報告することになっている。		

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
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。	勉強会で取り上げたことはあるが現場でそのケースに対応したことがない。		
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。	契約時には丁寧に説明をし、納得して頂くように努めているが、勉強不足で研鑽を積む必要性を感じる。		
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。	運営推進会議の案内の送付の際にご意見ご要望を伺っている。契約時に職員以外に市や県の相談窓口を明記し案内している。	ホームの行事の際には家族にも案内を行う機会をつくっている。家族からの意見や要望等については、専用の用紙を活用して定期的に案内を行いながら把握する取り組みを継続している。また、毎月のホーム便り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。	毎日の申し送りやカンファレンスで職員の意見や提案を話し合うようにしているが結果を職員間で共有することに関しては工夫する必要性を感じる。	毎月の職員会議や日常的にも職員間で情報交換の機会をつくり、管理者が把握した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、関連事業所との会議も行われており、事業所間でも連携しながら職員の把握につなげている。	
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。	環境改善の必要性を感じると同時に管理者が現場の状況を代表者へもっと伝える必要性を感じる。		
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。	認知症実践者研修や法人内外の研修を受け人選については総務との話し合いで決めている。また、初任者研修や実務者研修の情報は職員に見てもらえるようにしている。		
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。	同業者との交流は余り持っていないが、法人内の色々な職種の人と話すように心がけている。		

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
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。	必ず本人の面談を行い、まずは自分たちの顔を覚えてもらってから本人の要望を伺うように努めている。		
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。	サービスを導入段階の密なやり取りにてご本人やご家族の不安や要望も伺って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。	事前の面談や相談記録を元にサービス関係者との情報共有を行い、その時まず必要としている支援をできるように努めている。		
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。	職員は利用者にお世話をしあう関係ではなくて利用者と共にできることは手伝ってもらい支えあうように努めている。		
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。	家族様の面会時や電話などで本人様の情報を伝え、こちらも本人様に関する事は相談して共に支えてゆくように随時声を掛けて努めている。		
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。	知人や近所の方の面会や家族様の食事へ行かれたり近所の美容院へ行かれたりする利用者があるのでその関係を途切れないように支援している。	利用者の中には、入居前からの関係の方がホームに訪問したり、関連の医療機関の受診等の機会を通じた利用者との交流の機会も得られている。また、家族との害移出も行われており、喫茶や食事をはじめ、自宅に戻り家族と過ごしている方もいる。	
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。	職員は常に利用者同士の関係を観察して毎日の申し送りにて情報共有して臨機応変に対応している。		

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。	サービス利用の終了時に最後の挨拶の際に何か相談事があれば何でも相談ください、と声掛けをしている。		
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。	計画作成者を中心に利用者様の希望や思いや意向を把握するように努めている。困難な時は本人の思いを想像して検討している。	日常的に職員間で情報交換を行う時間をつくりながら、職員による利用者の意向等の把握が行われている。また、毎月のカンファレンスが行われており、利用者の思いや意向等を職員間で検討し、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。	ケアマネージャーや職員が契約時等の利用者や家族様とのやり取りにて得られた情報の把握をするが、それらを生かすように努めたい。		
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。	1人ひとりの現状の把握を努めてはいるがもっと個人の生活スタイルを大事にしていく支援をしていくのが課題である。		
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。	毎月のカンファレンスや申し送り等で把握してケアプランを立てているが、本人、家族、職員等と話し合う機会をもっと増やす必要性を感じる。	介護計画の見直しについては、利用者の変化等に合わせて行われているが、介護計画の内容を3か月で確認を行いながら見直しにつなげている。モニタリングについては、3か月で実施しており、利用者の状態変化等の確認が行われている。	介護計画の見直しまでの期間が長期になっていることが多い現状があるため、より短期間での見直しや家族との介護計画に関する話し合いの機会が増え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。	日々の様子やケアの実践・結果で感じた気づきや工夫を申し送りやカンファで話しているが、個別記録に残す工夫が必要である。		
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。	併設施設の行事などの参加や訪問を行い常に交流をもてるように心がけている。職員の知り合いのボランティアも定期的に来てもらっている。		

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
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。	地元の職員と話をしてもっと地域資源を把握し、整理し直す必要がある。		
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し、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。	本人及び家族等の希望を大切にしながらかかりつけの医療機関と事業所が連携をして受診できるように支援している。	併設の医療機関との定期的及び随時の医療面での連携が行われており、24時間の支援体制で利用者の健康状態に合わせた対応が行われている。また、関連部署の看護師のよる医療面での支援も行われており、医師との連携につなげている。	
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。	医療連携している在宅看護師と連携している。毎日の申し送りや職員との報告連絡相談にて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。		
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。	入退院時には入院先の病院の相談員と情報のやり取りをして早期に退院できるように努めている。		
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。	重度化や終末期のあり方については利用者の状態変化のタイミングを見て医療職と連携しながら本人・家族と話し合いができるように努めている。	医療面で連携を深め、身体状態の重い方への支援が行われており、利用者の中にはホームで最期を迎えた方もいる。ホームの関連事業所に老健もあることで、利用者の身体状態等に合わせた家族との話を重ねており、意向等に合わせた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。	急変時の対応は訓練の機会を設けて実践力をもっと磨く必要がある。		
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。	年に2回消防訓練を行ない利用者が安全に避難できるように身に付けている。地域にも声を掛け災害避難の対策をしている。	ホーム単独での避難訓練や関連事業所との合同の避難訓練も実施しており、事業所間で連携した取り組みが行われている。水害を想定した訓練も実施し、1階の利用者の避難誘導に取り組んでいる。また、運営法人全体で備蓄品の確保が行われている。	ホームの広さが限られていることで、水害時等の際には利用者の避難にも困難が伴うことが考えられる。事業所間で連携した取り組みを継続されることを期待したい。

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。	言葉掛けや対応の仕方は職員全体で話し合う必要があり、これからの課題である。	職員には、「目くばり、気くばり、ほほえみで」を支援の基本と考えながら、職員による利用者への言葉遣い等に関する注意喚起にもつなげている。また、毎月の職員会議の機会や運営法人を通じた接遇に関する職員研修等を通じた振り返りも行われている。	
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。	日常生活の中で自己決定できるように利用者に促している。		
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。	できるだけ職員の決まりや都合を優先することなく利用者のペースを大切にしていこうと努めている。		
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。	離床時や入浴の準備等で利用者と話しながら着る服を決めている		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	毎日のレクで献立を確認したりしている。また、食事前の準備や後片付けを利用者と職員と一緒にしている。	食事については、関連事業所の厨房から提供されており、ホームのキッチンで配膳等の対応が行われている。利用者も食後の片付けに参加する等、できることに参加している。また、利用者の身体状態に合わせた食事形態の提供も行われている。	ホームでの食事作りについては、朝食等の限られた機会であるため、職員間で検討を重ねながらおやつ作り等の機会を増やす等、今後に向けた取り組みにも期待したい。
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。	利用者の体格や体調等に応じて食事や水分摂取の仕方を工夫して支援している。		
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、1人ひとりに声掛けをして口腔ケアの介助をして常に口腔の状態を確認している。		

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
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。	職員間で1人ひとりの排泄パターンや習慣の情報を交換して失敗させないように努めている。	排泄に関する記録を昼間と夜間で、用紙を分けて記録を残す等の工夫も行いながら、利用者の状況に合わせた排泄につなげる取り組みが行われている。トイレでの排泄を基本的に医療面での連携も行いながら、排泄状態の維持、改善につなげている。	
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。	水分量の確保や飲食物やトイレ介助時での声掛けなど個々に応じた予防に取り組んでいる。		
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。	本人が嫌がるなら無理強いせず、自然に入ってもらえるように声掛けの仕方を工夫している。	ホームの入浴設備の状況もあるが、利用者が週2回の入浴をできるように支援が行われている。入浴を拒む方への声かけも職員間で連携して行いながら、定期的な入浴につなげている。また、季節にも合わせた柚子湯や菖蒲湯等の入浴も行われている。	
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。	入床まで利用者と一緒にレクリエーションやコミュニケーションをとったりして安眠して頂くように支援している。		
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。	常に最新の薬情を個人記録に入れて、服薬内容に変化があれば職員に周知したり服薬方法の検討など支援に努めている。		
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。	進んで日常生活を手伝って頂いたりしている利用者もいる。職員が生活歴を活かしたケアをするのが課題である。		
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。	散歩が出来るときはできるだけして頂く。家族や職員の協力が出掛けられる利用者もいる。	関連事業所で行われている行事や関連事業所の厨房に食器類を返却する等、利用者の外出の機会がつけられている。地域で行われている行事にホームからも参加しており、外出につなげている。また、利用者の意向等に合わせた外出支援も行われている。	ホームの外出行事等の取り組みが限られた範囲となっている状況でもあるため、今後に向けた外出の機会が増えることを期待したい。

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
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。	家族様の御同意を得てお金を持ってらっしゃる利用者もいるがトラブルのもとになるので見極めは必要である。		
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。	希望があれば職員が家族様に電話をして話して頂いたりしている。		
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。	窓から直射日光が入らないようにカーテン等で遮ったり利用者に聞いて温度管理をしたりしている。	ホーム内は限られた広さではあるが、ホーム1階のフローアのユニットが平面でつながっていることで、行事等の際には広い空間が確保できる構造になっている。また、リビングの壁面に季節感のある飾り付けを行ったり、玄関先に利用者の作品が飾られている。	
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。	テーブルの席等はその日の利用者の状態に応じて工夫したりしている。フロアにはソファを置き、団らんの場所としている。		
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。	居室に利用者の使い慣れた物や好みの物を置いていただいで過ごしやすいようにしている。	居室については、シンプルな雰囲気の方もいるが、利用者や家族の意向等にも合わせた馴染みの物等の持ち込みが行われている方もあり、一人ひとりに合わせた居室づくりが行われている。ベッドは備え付けであるが、ベッド以外での生活にも対応している。	
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。	居室やトイレには名札や看板を付けたり廊下は手すりをつけたりしている。フロアや居室は転んでもなるべく怪我の少ないような素材を使用している。		