

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	0770201143		
法人名	社会福祉法人 会津若松市社会福祉協議会		
事業所名	グループホーム みなづる		
所在地	〒969-3481 福島県会津若松市河東町郡山字中子山25-1		
自己評価作成日	平成23年 9月29日	評価結果市町村受理日	平成24年2月10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.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
所在地	〒960-8043 福島県福島市中町4-20		
訪問調査日	平成23年12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)】

職員は「自分が生活したいグループホームみなづる」を目標に掲げ、日々の生活で外出の機会を多く設けるなど、利用者がいきいきと暮らせるにはどうしたらいいか全職員で意見を出し合い日々ケアを実践している。入居後も家族や馴染みの方々との交流が希薄にならないよう四季折々の行事に参加を呼びかけ楽しく交流できるようにし、また今年で結成3年目になる家族ボランティア会にも協力いただき、「家族と一緒に」がより一層深みが増してきています。職員間では「声掛け運動」を行い、利用者の処遇、職員同士の関係など、より良いものとなっています。

1. 運営推進会議や関係機関、家族、ボランティア、地域住民との緊密な関係を築き運営に反映させている。
2. 消防署の指導を受け、毎月計画的な夜間訓練、夜間想定訓練を含む各種の防災訓練を行うとともに、地域住民との協力関係を構築している。

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 ↓該当する項目に○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している (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	毎月の職員会議時に全職員で理念の唱和を行い、理念に基づいた介護をしているか振り返る機会を設けており、いつでも目の届くところ(事業所内5箇所)に掲示している。	事業所独自の理念を掲げ全職員で毎月唱和したり、各種会議で理念を踏まえたあり方を検討し実践に繋げている。	
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	地区敬老会や地元夏祭りに参加し、地域の馴染みの方たちと交流を図れるように支援している。また隣接している通所介護事業所の利用者様や保育所の子供たちとの交流も行っている。	地域の夏祭りなどの行事参加、広報紙の地域配布や家族、職員の地域の草刈り作業、食事会、おやつ作りなどのボランティア受け入れ、保育所の子供との交流など日常的な交流がある。	
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	地域にある福祉専門学校の学生や福祉を目指す他事業所の生徒に実習の場を提供している。また包括センター会議などへ参加し認知症の理解を求めている。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	利用者の利用状況、行事、広報、防災訓練、衛生管理の状況を2ヶ月に1回づつ報告し、運営推進会議のメンバーからは活発に意見が出されている。意見は利用者へのサービス(処遇)向上、職員の職場環境改善の参考としている。	定期的に運営状況を報告し、防災、衛生管理、評価結果など各種の課題について検討しサービス向上に活かしている。	
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	市高齢福祉課より震災時に地域体育館に避難されていた認知症の方の受け入れ要請があり1名の方を受け入れ、運営、地域行事、施設環境等についても、相談するなどし協力関係を築いている。	行政職員も運営推進会議の委員になっており、震災者の受け入れ、利用者の程度変更、生活保護受給などの課題について協議するなど日頃から協力関係を築いている。	
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	玄関の鍵は日中常施錠せず、扉が開くとチャイムが鳴るシステムであり利用者が外に出た場合は付き添うケアを徹底している。また職場内研修においても身体拘束の具体的な事例をあげ理解し、身体拘束ゼロに取り組んでいる。	身体拘束の弊害をマニュアル、研修などで全職員に徹底するとともに、具体的なあり方を会議で検討し身体拘束しないケアに取り組んでいる。	
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	職員は研修に参加し虐待防止について学んでいる。各利用者を思い浮かべどんな時にリスクが高まるか職員間で話し合いを行い防止に努めている。		

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	研修において権利擁護について学ぶ機会を設け職員全員が理解できるようにしている。また本年度より運営推進会議メンバーに市民後見人の方に参加して頂いている。		
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	入所前に、ご利用者様、ご家族様へ契約、解約等十分に説明し、疑問に対し納得のいくまで時間をかけ説明することを心掛けている。入所後についても不安や疑問点など随時説明を行っている。		
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	日々の生活の中で利用者の意見を申し送りの時間に話し合い対応している。家族会や訪問、面会時に意見を頂き随時、検討話し合いを行い運営に反映させている。	日頃利用者の意見や家族会、訪問、面会時などに気軽に相談要望できる関係を築き、それらの課題について迅速に回答し運営に反映させている。	
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	月1回職員会議を行い、職員一人ひとりが自由に意見を出し合う機会を設けている。また日々のミーティングでも職員の気づきを出し合い運営に反映させている。	職員のストレスマネジメントを行い、私的なことや業務についても管理者が積極的に意見を聞き運営に反映させている。職員の労働環境にも配慮した職場になっている。	
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	個々の勤務状況や実績を把握し勤務内容の見直しや各種手当など検討し改善に努めている。随時話し合える環境作りにも心掛けしている。		
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	研修会には職員一人ひとりの力量も考慮しながら積極的に参加している。また内部研修も毎月行い職員全体がレベルアップできるよう取り組んでいる。		
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	福島県認知症グループホーム協議会に加入し会津方部の管理者会に参加している。同業者との情報交換を行いサービスの質の向上に活かしている。		

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	本人、家族、介護支援専門員から入居前の状態を伺い、現在の生活で必要なケアは何かをアセスメントし支援している。入居間もない利用者には特に声掛けを多くし不安を軽減している。		
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	実態調査、契約時に不安なこと現在困っていることなどをじっくり聞き、少しでも不安を解消できるよう説明し、援助関係形成に努めている。		
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	入居相談を受けた際グループホームでは即座に対応が出来ない場合には、他事業所と連携し必要なサービスを受けていただけるようにしている。		
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	利用者の方から畑仕事の方法や、料理方法味付け等を教えていただき、みなづるの家族として、利用者職員共に喜怒哀楽を大切に生活している。		
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	家族会(入居利用者と通所介護利用者の家族で構成)と共に利用者を支えている。調理や清掃など一緒に行う時間をつくり、また行事への参加を促し一緒にでかける支援関係を築いている。		
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	行事で故郷訪問を実施し住んでいた自宅へ訪れる機会を設けている。家族や馴染みの方々との関係が希薄にならないように計画書にも上げ支援している。	利用者とドライブし、利用者の実家を訪問したり、外食、床屋の利用、家族との外出・外食・墓参り、知人との交流など馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
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	利用者間の人間関係を考慮しつつ、家事や散歩を職員を含め複数で行い、孤立せずに利用者、職員と楽しく過ごせるようにしている。		

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	入院で退居した場合、退所後についても相談にのり、他施設申し込みと一緒にするなど支援している。また亡くなられた利用者の家族の方がその後もホームに訪れ、食事作りや思い出話などを行っている。		
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	その都度気付いた事を出し合い本人の意向に沿うよう努めている。センター方式のシートに追記し利用者の思いや意向を全職員で共有している。困難な場合は本人の変化に着目し日々のミーティングで話し合いをしている。	センター方式を活用し利用者、家族の思いや意向を把握し、本人本位のケアができるよう支援している。	
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	センター方式を使用し、本人、家族よりこれまでの生活歴や環境を面会時、カンファレンス時に伺い職員全員が把握しケアを実践している。		
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	一日の様子は支援経過記録表、健康状態(排泄、食事量)についてはケース記録表に記入し、全職員が把握している。変化があればミーティングで再度、確認している。		
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	利用者のモニタリング、家族を含めたカンファレンスも行い、家族に意向を伺い、本人、担当職員、計画作成担当者が一緒に話し合い利用者本位の計画になるようにしている。	より良く暮らすための課題について利用者、家族、関係者と話し合い一人ひとりの現状に即した介護計画を作るとともに、状況変化があった場合にも迅速な対応を検討している。	
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	日々の支援経過記録、業務日誌、月一回担当職員が行うモニタリング、定期的に行う計画作成担当者のモニタリングを基に計画書の見直しに活かしている。		
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	定期受診は家族対応であるが、家族が不安に思うことがあれば職員も同行し、出来る限り家族の思いに添えるようにしている。		

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
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	隣接する保育園との交流や地区敬老会などの行事に参加し地域の方々と楽しむ機会を設けており、近所のスーパーや床屋さんとも馴染みの関係になり協力を得ている。		
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	本人、ご家族の方が納得されて決めたかかりつけ医に受診している。新たな疾患があれば、その都度家族と相談し受診先を決めている。	利用者すべてがかかりつけ医を受診しており、通院支援は家族が主に行っている。その結果は家族から報告があり、相互に情報を共有している。また、緊急時の受診体制も取られており、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	看護師ノートを作り、日々の介護の中で気づきや、質問伝えべき事を記入し、適切なアドバイスを受けられる様にしている。		
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。	管理者が家族と一緒に主治医から話を聞く機会を設け病状の把握に努めている。計画作成担当者も看護師、家族から話を聞き入院生活での様子を把握し退院後の生活に負担がかからないよう努めている。		
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	どこでどのように最後を迎えたいか本人、家族に伺っている。状態が悪化した場合はその都度カンファレンスを行い、看取りの意向があれば、かかりつけ医と連携し対応する体制も出来ている。	利用開始時、本人、家族等に看取りに関する取り組みについて説明し同意を得ている。状態変化時には家族の意向を再確認し、かかりつけ医との連携を図りながら看取りの支援をしている。	
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	月一回行っている防災訓練時にも管理者が指導者になり、急変、事故発生時の初期対応など確認している。		
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	月一回防災訓練を行っている。年一回は夜間召集訓練も行い全職員が参加している。地区住民の方にも参加して頂き消防士の方を招き消火器による消火訓練なども行っている。	毎月、地域住民や消防署の協力を得て、夜間訓練や夜間を想定した避難訓練等を実施している。また、非常用備品や食料を準備するとともに、救急救命法の勉強会も行っている。	

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
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	職員は利用者様の歩んできた人生を大切に、常に敬う気持ちを忘れず対応に心掛けている。また排泄誘導時の声かけなどについては、他の利用者にはわからないよう配慮している。	受容、共感、否定をしないことに心掛け、利用者的人格を尊重した支援をしている。また、排泄、入浴時の羞恥心への配慮や、誇りを損ねない言葉掛けなどの支援をしている。	
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	生活の中で利用者が自己決定できる場面では本人が意見をいいやすいような雰囲気づくりや声かけを行い対応している。また食事の献立は利用者からの意見を取り入れている。		
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	日常生活の中で時間にゆとりをもち本人のペースに合わせて支援している。入浴は日中一日を通して好きな時間に入れるように配慮している。		
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	洋服は本人の着たい服を着用し毎朝鏡の前に立つ時間を取っている。また行事でお化粧教室を行い支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	ホーム菜園で作った野菜を利用者と収穫し調理している。買い物、後片付け等も利用者と一緒に、利用者、職員、全員でテーブルを囲み楽しく食事を摂っている。また旬の食材メニューや食卓嗜好調査会議も行っている。	食卓嗜好調査会議の中で、好みのものを把握し献立に反映させている。食材の購入、下ごしらえや食後の片付けなど可能な利用者職員が共に行い、一緒に食事をしている。	
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	ケース記録に水分、食事摂取量を記入し摂取量を把握している。嚥下機能低下や食欲低下が見られる場合は家族と相談し食事形態をその都度変更している。		
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、職員が関わり利用者に応じたケアを行っている。入れ歯洗浄剤なども定期的に変更し清潔を保持している。		

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	排泄はケース記録に記入して、利用者個々の排泄パターンを把握し、トイレのサインを見逃さないように努めている。出来る限りトイレでの排泄ができるよう支援している。	一人ひとりの排泄パターンなどを把握し、タイミングを見極めできるだけトイレで排泄が行われるよう支援をしている。	
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	食物繊維の多い食材を取り入れ、ヨーグルトなども多く献立にあげており、体操や散歩も行い便秘予防に努めている。		
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	ゆず湯や菖蒲湯を実施し四季を感じて入浴が楽しめるようにしている。また朝から夕方まで時間を問わず毎日入浴出来る様に取り組んでいる。	朝から夕方まで時間を問わず、利用者の希望に合わせた入浴支援をしている。また、ゆず湯や菖蒲湯など季節感が味わえる入浴支援もしている。	
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	個々の生活習慣や体調、能力に配慮し、日中は畑作業、散歩、買い物、食事準備等の活動を一生懸命行えるよう対応し、夜は安眠できるよう支援している。また寝具等の清潔を保つため定期的な布団乾燥、シーツ交換など行っている。		
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	薬の内容表は業務日誌に綴り全職員が把握できるようにしており、体調の変化等みられる場合は、家族、医師、薬剤師、看護師と連携し対応している。		
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	家族の方から得意なことや趣味等を伺い、出来ること出来ないことを見極めて一人ひとりの力が発揮できる、張りのある生活を支援している。		
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支援している	利用者からその日に外出希望があれば職員で業務を調整し随時外出支援をしている。晴れた日の散歩や食事の買い物などは毎日行い、季節ごとの行事では地域ボランティアの協力を得て、外出している。	日常の散歩、食材の購入、墓参りなど、本人の希望に添った外出支援をしている。また、季節毎の花見や神社参拝など名所地への外出は、家族やボランティアの協力を得て支援をしている。	

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
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	本人の能力を考慮し、家族と話し合い、お金を所持してもらっている。買い物時や外出行事などで欲しいものなどを買う機会も設けている。		
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	暑中見舞いや年賀状の作成も行事の中に取り入れ、家族、兄弟、知人等へ葉書を出すことができている。電話については、家族、兄弟へ自由に出来るよう支援している。		
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	民家改修型のグループホームであり一般家庭と同じ生活空間となっている。共用の空間には季節の花や手芸品などを置き居心地の良い空間となっている。	民家を改修した事による不具合の所はあるものの、畳部屋をそのまま活用するなどして、これまでの生活と違和感がないような配慮がされている。また、行事写真、花、季節毎の飾り物を行い、利用者が思い思いの生活ができるよう支援をしている。	
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	庭や共用空間にはテーブルと椅子を置き、お茶飲んだり楽しい時間を過ごしている。居間にはカラオケやマッサージチェアなどを置き思い思いに過ごしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている。	ホームで用意するのはベットとカーテンのみで、入居以前に使用していた家財道具を持ち参していただき安心して過ごせるようにしている。家族で撮った写真や行事の写真、バースデーカードなどを飾り、居心地良く過ごせるよう配慮している。	居室は和室と洋室の2タイプがあり、仏壇、位牌、タンス、家族写真など馴染みの物が持ち込まれ、本人、家族と相談しながら、安心して生活ができるよう支援している。また、入室時のノック、声掛けなどプライバシーへの配慮がされている。	
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	ホーム内はバリアフリーになっており、各所に手摺りを設置し安全に生活できるよう工夫している。自分の居室がわかりやすいように名札を扉にかけ、対応している。		