

### 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	1273600377		
法人名	社会福祉法人 北斗泰山会		
事業所名	グループホーム あいや		
所在地	千葉県印西市草深1132-8		
自己評価作成日	平成28年12月16日	評価結果市町村受理日	平成29年2月6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.kaiakensaku.jp/12/index.php">http://www.kaiakensaku.jp/12/index.php</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 日本高齢者介護協会		
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602		
訪問調査日	平成29年1月10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)】**

地域に開かれた施設として地域の住民や見学に来られた方々に随時相談に応じている。入居者の方の嗜好に合わせたランチバイキングを年2回、家族を招待して開催しています。月行事を毎月開催して楽しんで頂いている。  
開かれた施設として身体拘束は勿論、施設も行っていない。  
入居者同志の繋がりが1階、2階の入居者の隔たりがなく交流ができています。

**【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)】**

最寄りの北総公団線千葉ニュータウン中央駅から徒歩20分程、幹線道路沿いに立地した鉄筋コンクリート造り2階建のホームです。自然エネルギー発電設備が設置され、建物内部は明るくゆったりとしており、回廊式建物の真ん中にある庭園は、利用者の癒しの場にもなっています。  
「地域の方達とふれあいを持ちながら、家庭的な雰囲気の中で自立した生活が出来るようにお手伝いする」との運営理念を全職員が共有し、その実現に向け利用者個々に寄り添った利用者本位の介護を実践しています。家族アンケートでも、「よく家族の話を聞いてくれ、柔軟な対応をしてくれる」と感謝の声が多くあり、利用者の笑顔溢れるホームです。  
運営法人の理事長が医師として往診するほか、訪問看護師との連携で毎年看取りを行っており、管理者が看護師なので医療面も充実していて利用者・家族に安心感があります。

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	1F・2F入り口に理念を掲示。目の付く所に掲示し、意識の共有を図る。勉強会のテーマに取り入れ意識の向上を図る。	地域密着型サービスの意義を踏まえた運営理念を、パンフレットに記載するほか各ユニット内に掲示し、月1回の職員会議や勉強会で確認・共有し日頃のサービスの中で活かすように努めています。	
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	地域に開かれた施設を目指して随時、見学や相談に応じています。隣接しているお店に食事に出かけたり、散歩に出かけた際、地域の方々に挨拶をしています。一年1回幼稚園児との交流会を持っています。	自治会の活動はあまりありませんが、散歩や行事で食事に出かけた際出会った人に積極的に挨拶をしています。大正琴、民話、フラダンス、歌と踊り等のボランティアの受け入れや毎年近隣の幼稚園児との交流会を行い利用者も一緒に楽しんでいます。	
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	地域にある大学の福祉課の実習生を受け入れ、入居者との関わりを持ってもらい認知症の理解を深めてもらっている。		
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、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	サービス状況や今後の予定他、毎回のテーマに沿って全体で話し合っている。	会議は市職員、自治会長、民生委員、家族代表、職員等で年6回奇数月に開催しています。サービスの提供情報の他毎回テーマ(各種災害、転倒予防、外部評価等)を決めて意見交換しサービスの向上に役立てるように努めています。	
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	介護相談員の来訪や運営推進会議での状況報告。アドバイス、必要に応じて連絡を行っている。	市の関係課とは、常に連絡を取り合いアドバイスを貰っています。また運営推進会議やホームの行事にも出席があり密接な協力関係が築かれています。毎月1名の介護相談員も来ています。	
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「介護保険法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	身体拘束に関する研修会に参加し、職員全員で知識を共有して身体拘束ゼロを実践している。入居者の見守りを徹底し、施錠せずに支援を行っている。	身体拘束廃止を謳い、職員は、県主催の研修会に参加し、職員会議や勉強会で知識を深めるよう努めています。各ユニット間や玄関は施錠せず、職員はチャイムの音で見守りをしています。	
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	虐待防止の研修会へ参加し、勉強会で報告した内容を職員全体で共有している。朝の申し送り時随時話し合いを持ち、虐待のない施設を実践している。		

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
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	抑制や虐待に関する勉強会や会議の際に併行して行っている。		
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	契約時は契約内容と重要事項説明書の内容を説明後、ご家族の方には一度自宅へお持ち帰って頂き、納得頂いた上で署名・捺印を頂いている。		
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	意見や要望は来所時や電話で直接伺っていますが、話づらい内容については意見箱を玄関に設置し利用して頂くようにしています。	家族からは、面会時や行事(納涼祭・ランチバイキング等)参加時、運営推進会議などで意見・要望を聴き運営に反映させています。利用者については、毎月1名の介護相談員が訪れています。	
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	毎月の職員会議・勉強会での意見交換や朝申し送り時に話し合いを持っている。	管理者は、申し送り時、月1回の職員会議や勉強会、年1回の個人面談などで意見や要望を聴いて運営に反映させるようにしています。また管理者は普段から何でも言える環境を作っています。	
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	出産育児休暇、資格手当、処遇改善給付金、賞与、労働賃金の向上などを行っています。		
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	案内を頂いた際、その職員の希望に合わせた研修を行っています。昨年度、身体拘束、レクリエーション研修、実務者研修など		
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	毎月の全体会議においてサービスの向上に繋がるよう行っています。地域の居宅介護支援事業所への連絡や現状に対する事例相談を行っている。		

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
<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	ご入居の際には、ご家族の方とご本人からの主訴や現在の困っている事を聞きケアプランを作成しています。ご本人が安心して暮らせるよう毎日の関わりの中からスタッフ間でも情報の共有に努めています。		
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	ご入居前からご家族の方への連絡を取り状況を把握し、実際にお会いしお聞きした情報をケアプラン作成に繋げ、ホーム側とご家族側での情報の共有を図り、信頼の構築に努めています。		
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	ご家族、ご本人から得た情報から今必要と思われる事をケアプランに反映させています。生活の中で必要と思われるケアをその都度、ケアプランに取り入れています。		
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	グループホームの理念に基づき、共同生活の中で職員と共に作業をしたり、家庭的な雰囲気の構築を目標に関わりに努めています。		
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	ご本人の状況に変わりがある時は必ず連絡文書と電話にて連絡し、今後のケアをご家族と共に考えています。		
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	親戚など、ご家族との外出や外泊は勿論、遠方の友人との手紙のやり取りも出来るよう、ご家族の方の協力のもとで行っています。	家族と墓参りに行ったり自宅に泊まったりと、これまでの生活の流れが継続できるよう支援しています。また携帯電話を持ち、家族や友人に電話を掛ける利用者もいます。	
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	全体でレクリエーションやスタッフが間に入る事で孤立することの無いように、1F,2Fの入居者同志がなじみの関係を構築され近所付き合い、お茶飲み友達として交流されています。		

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
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	契約終了後も他施設や病院などの機関への紹介、情報の共有や連携に努めています。		
<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	ご本人やご家族の意向を取り入れ、その人らしい生活スタイルが送れるようスタッフ全員で情報を共有し実施しています。	掃除の好きな利用者には、廊下のモップ掛けや部屋の掃除を積極的にやってもらっています。また花が好きな人は花壇の草取りや水やりをしたり、窓から花を眺められるようにするなど、本人の思いに沿った支援に努めています。	
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	ご家族やご本人からの情報や利用されていたデイサービス、居宅介護支援事業所等からのフェースシートにて把握しています。会話の中から得た情報など記録し活用しています。		
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	日々の生活の中での観察・定期的なバイタル測定や、訪問看護と医師との情報の共有と連携で現状把握をしています。		
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	ご本人・ご家族・施設管理者・計画作成者と話し、医師と訪問看護からの医療面での情報も反映させたケアプランを作成しています。	入居後1か月で管理者・ケアマネージャー・職員で担当者会議を開き支援の方向性について話し合いを行い介護計画を作成しています。3か月ごとにモニタリングを行い、状態の変化や更新時に計画を見直しています。	家族や職員の介護計画についての理解を深めるためにも、家族の意向を計画に明記し、職員は利用者とともに立てた目標にむけて日々の支援ができるよう取り組むことが期待されます。
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	個別の介護記録へ記録した、個別に利用者情報を作成し送りや会議で情報を共有しケアや介護計画の作成に繋がっています。		
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	歯科受診、整形外科受診、買物などご本人の訴えに対し、ご家族と相談し行っています。		

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	訪問看護事業所、協力病院、協力施設、消防団との関わりをもちながら、安心できる事を目標に支援を行っています。		
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	法人内に診療所があり、ご本人・ご家族へ説明、納得のもとで受診しております。かかりつけの病院受診はご家族付き添い、専門医の必要がある時は情報提供・紹介状を作成しています。	月に2回の訪問診療により利用者の健康を管理しており、管理者が看護師なので、医療連携がスムーズに行えることから本人・家族の大きな安心を得ています。専門医の受診は主に家族が対応していますが、難しい時には職員が介助しています。	
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	管理者が看護師である為、毎日のケアから常に相談し、ケアや支援に繋げています。訪問看護と協力体制のもと支援をしています。		
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。	入院時は情報提供による病院側とホーム、法人診療所にて情報を共有し、管理者は病院のソーシャルワーカー、ご家族と連絡や実際に会い今後のケアを考えています。		
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	契約時に重要事項説明書にて急変時の対応を確認し、状態が憎悪した場合、再度ご家族と検討を行っています。管理者がNSであることや法人内診療所もあり、ご希望によってターミナルケアを行っています。	入居時に本人・家族に「延命処置等に関する要望書」により意向を確認しています。また重度化した場合には「看取り介護についての同意書」を示して同意を得るとともに、医師や職員と話し合いを重ねて終末期の支援を行っています。	終末期については家族の意向を尊重してターミナルケアを行っています。現在は個々の状況に応じて対応していますが、今後は職員に向けての研修やターミナルケアのマニュアルを整備することも期待されます。
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	急変事の連絡順の表作成、勉強会にて対応の行い方を看護師の指導のもとで行っています。		
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	年2回の消防訓練・1回は消防立会い(避難誘導・通報・消火)消火設備の立入り検査にて確認。と地元消防団との協力体制を整えています。	年1回の消防署立会いの防災訓練と年1回の自主消火・通報・避難訓練を実地しています。消防法に定められた防災機器は設置されています。緊急時の対応表や連絡表も掲示され、備蓄も水7日分、食料品3日分準備されています。	消火・避難訓練や地域の協力体制について、運営推進会議で話し合っていますが、高齢化に伴い、様々な災害に対処する為実践に即した災害訓練を、消防署・地域住民と連携し合同で実施することが望まれます。

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
<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	個別のプライバシーに関わる情報は入居者様の前では話さない、呼びかけは～さんで統一等、尊厳について職員会議や勉強会で話し合い、対応をしています。	個人ファイルなどの個人情報には鍵のかかる引き出しに保管しています。言葉かけについては、親しみを込めた言葉かけの中でも節度を持って接するよう心がけています。また排泄時にはトイレの外で待つなど羞恥心にも配慮しています。	
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	普段の生活では入浴や受診など、ご本人に勧める形の声掛けを行い、自己決定を尊重しています。		
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	時間や曜日による決まりは設けていません。入浴日や時間、外出のタイミングなど、できるだけ1人1人がご自分のペースで過せるよう努めています。		
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	理美容の際は髪染めなど自由にされています。装飾品、化粧品等皆様自己管理されています。		
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	年1回の嗜好調査、1人1人の体調や嚥下・咀嚼に合せた食事提供、料理の配膳や手伝い等可能な範囲内で行っています。	利用者は、おかずの盛り付けや配下膳、茶碗拭きなど、できることを見つけて行っています。また職員とともに会話を楽しみながら食事をしています。年に2回ドライブの後に外食をして、好みの物を食べる楽しみもあります。	
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	法人の栄養士作成による献立表、全ての入居者様の1日の食事水分摂取表を使用し、状況に応じて捕食や点滴を行います。		
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	毎食前後口腔ケアを行っています。ご本人の状態に応じて介助を行っています。		

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
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	入居者様1人1人の排泄表があり、そこから排泄パターンを把握、時間ごとの声掛けを行っています。夜間帯、間に合わず失禁される方に対してはポータブルトイレの使用も行っていきます。	排泄チェックシートで、個々の排泄パターンを把握し、トイレ誘導や声かけをしています。夜間オムツを使用していた人が、職員のトイレへの誘導でリハビリパンツになるなど、排泄の自立を支援しています。	
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	便秘の改善、腸内環境を整える為毎日10時のおやつ時に牛乳やヨーグルトを提供、運動不足解消の為毎日体操と歩行可能な方は散歩に出かけています。		
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	できるだけご本人の希望に添った入浴を行っています。時間を決めずにその時々状況に応じ入浴して頂いています。拒否が続く時は清拭やドライシャンプーなどを行っています。	週に2~3回のペースで入浴しており、毎日入れる状態です。湯船にゆっくりとつかれるようゆとりを持って介助しています。拒否のある人には、無理強いをせず、日を変えたり、言葉かけを工夫して入浴を促しています。	
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	ご本人の意思を尊重し就寝時間はご入居様によって違います。昼間も個人によって静養されたりしています。		
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	ADLチェック表に内服薬と効果を記入、用量について台所脇に掲示。状況の変化をケース記録と申し送りして周知。変化がある時はDrに報告し指示を仰いでいます。		
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	買物や散歩に出かけたり、もやしの芽を取るなどその方に出来る範囲の役割を持ち、生活にメリハリをつけています。		
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	買物や外出はご家族様の協力により実践しています。出かけられない方には行事を通して外出の機会を設けています。希望者に対して天候を見計らい散歩に出かける。又転倒のリスクが高い方達に対しては回廊を歩行して頂いています。	職員の人数の都合で、個別に外出するのが少ない現状ですが、暖かい日には近くの公園や畑を散歩するようにしています。事業所の周囲には梅の木や桜の木があり、居ながらにして花見のできる環境です。年に2回はアジサイ見物などドライブを楽しんでいます。	

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
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	今まで自己管理できた方ができなくなり紛失される事が続いたため少額のみ自己管理しその他は事務所金庫管理としています。		
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	ホームの電話を使ったり、個人管理の携帯電話を使用されています。ご家族の協力で友人との手紙や年賀状を出される方もいます。		
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	ホームの中庭がある為、全体的に明るく、季節ごとの花や飾りをつけています。居間と台所が繋がっているので雰囲気的にも生活感を出しています。	殆どの方が過ごす食堂兼リビングは日当たりもよく、広い廊下が中庭を取り囲んでおり、畳部屋やソファが置かれ居心地良く過ごせるように配慮されています。玄関や卓上には季節の花が飾られ、壁には行事(芋掘りなど)の写真や貼り絵が飾られています。加湿器を設置して、室温や換気に気を配っています。	
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	ソファで傾眠されているお姿をよくお見受けします。1人で過される方は居室に戻られています。		
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	出来るだけご本人が使い慣れた物をご準備いただき、自宅と同じ生活が継続できるように努めています。	清潔で明るい居室は、テレビ、ダンス、ぬいぐるみ、家族の写真、孫の絵等馴染みの物を持ち込み、自宅に居るように過ごしています。室温や臭いにも配慮し、名前と一緒に花の名札(なのはな、ひまわり等)が貼られホームの温かさが感じられます。	
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	個別ケアを基本に1人1人にあわせたケアを目標としています。		