

平成 25 年度

事業所名 : グループホーム おからぎ

# 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	0391300043		
法人名	社会福祉法人つつ星会		
事業所名	グループホームおからぎ		
所在地	岩手県二戸市堀野字大川原毛89-12		
自己評価作成日	平成25年2月20日	評価結果市町村受理日	平成26年7月1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.kaijokensaku.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0391300043-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=02">http://www.kaijokensaku.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0391300043-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=02</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 いわての保健福祉支援研究会
所在地	〒020-0021 岩手県盛岡市中央通三丁目7番30号
訪問調査日	平成26年3月4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)】

自宅と同様に生活の場として、自分らしい生活リズムに沿った過ごし方ができるようにゆったりとした雰囲気を作り出している。生活の中に自分なりの日課や役割を持っていただくことで生活にメリハリを作ったり、生活感を実感できるように支援を行っている。国際医療福祉大学大学院教授の竹内孝仁先生の自立支援介護を実践し、認知症の軽減につとめている。

## 【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)】

商業地域への立地という特性を活かし、買い物を通じて家族のホームへの来訪の呼びかけ、また利用者の日常生活を通じての交流の楽しさなどが窺われる。日常のケアのあり方も、利用者一人ひとりの行動に心配りがなされ、その日の健康状態などに合わせ適切なサポートがなされている。特に食事(可能な限り普通食・水分補給など)、運動(有酸素運動など)、排泄サポート(おむつ外しのための適切なトイレ誘導)に力を注いでいる。また自分らしい生活を可能な限り維持することを基本としており、散歩、調理・配膳・片づけなどへの参加、部屋でのくつろぎなど自然な形で営まれている。職員の認知症の自立支援への取り組みの理解・意識も浸透しつつあり、それが実践活動につながっており、利用者・家族の満足度を高め、信頼を深めている事業所として大いに期待される。

## 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらい <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらい <input type="radio"/> 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)
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)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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)
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない		

【評価機関:特定非営利活動法人 いわての保健福祉支援研究会】

事業所名 : グループホーム おからぎ

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	法人の事業報告書を職員全員が所持し、会議の際に使用している。また、理念を玄関と事務所の目の付きやすい場所に掲示しており、周知し、常に意識するよう努力をしている。	法人の理念を言葉としての表現にとどまらず、事業所ごとの6つの「行動指針」としてより具体的なものに深め、「コンセプトマニュアル」として毎月行動の実践確認を行っている。なお、平成26年度に理念の見直しを予定としている。	
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	近隣の商店街で食材やおやつ等買い物をおこなっている。また、外出し、文化祭、地域のお祭等に外出して交流を図っている。	周辺が商業地区であるため、ホームの身近で買い物や外食、地域のお祭りなど、日常生活を楽しめ、新たな馴染み・場所をつくるといった多くの交流、地域との関わりを図っている。なお、いわゆる町内会にも加入し、有事の支援、協力を戴ける関係にある。	
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	グループホーム待機者が常に居る状況で、申込者に対し、地域のサービス等の説明や相談にのっている。		
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	運営推進会議の中で職員の名前を分かるようにしたいという要望があり、事業所内に職員の写真と名前を掲示し、分かりやすくしています。	会議では、ホームの空き状況や待機者等の入居状況、法人の増床計画のほか、避難訓練、文化祭見学などの活動報告を通じて情報交換を行い、外部評価の実施機関の選定への意見を述べその役割を果たしている。	推進会議の運営がマンネリ化する可能性があり、定期的な交代、臨時の委員の招へい、計画的なテーマ設定など、ホームの改善助言、ホームの役割・機能を活かした地域との交流促進の話し合いを期待する。
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	運営推進会議で二戸市職員の委員から防災マニュアルの作成の助言があり、計画に取り組んでいる。市のケア会議に、ケアマネや管理者が参加している。運営推進会議には行政にも出席いただいているので、普段の連絡は電話等で行っている。	市主催のケア会議等での情報交換のほか、生活保護や介護認定、待機者等に関して必要に応じて電話等で連絡調整を図ったり、また利用者が広域にわたっているため広域事務組合との連携も行っている。	
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	身体拘束に繋がるケースはない。法人内部研修で、利用者の権利擁護の意識を高めている。	拘束は「自由を抑える」「安全になるわけではない」という認識のもと、法人内の研修で拘束の弊害を学び、職場内での行動に対しては、丁寧な「言葉づかい」を含め、行動指針に従い実践し、職員同士確認し合っている。なお、現時点では拘束に至る状態の利用者はいない。	
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	法人内部研修会を実施、各職員が虐待防止の意識を持って業務を遂行している。		

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	法人内部研修会を実施しています。		
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	入所前に施設見学をしていただき、概要説明等についても、十分な時間をとり、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	家族会を実施している。 よろず相談所を第三者委員に依頼し実施 第三者委員に連絡を取れる環境がある。	外部の者と相談しやすい環境をつくるため、民生委員や教員等による「よろず相談所」を設け、3ヶ月1回ホームに来訪され利用者の相談を受け、例えば食事の改善に繋げている。なお、そのほか家族会や運営推進会議を通じて意見などを訊いている。	
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	業務会議を月一回行い意見交換を行っている。職員アンケート、面談で、職員の意見を管理者が聞き取り、人事・運営等に反映するようにしている。	業務運営で改善に気づいたときは、申し送りノートや連絡ノートに記入する他、毎月の業務会議で提案したり、人事考課とも関連付けながら職員アンケートや管理者の面談を通じて提案を聞き、内容を検討しながら意見を反映している。	
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	定期的に職員にアンケートや面談を行い意向を確認している。 人事考課を実施している。		
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	法人内部研修の実施 外部研修にも参加の機会を設け、知識の向上に努めている。 新人研修やOJTの実施		
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	グループホーム協会に入会し、研修や定例会に参加している。交換研修では、他事業所へ行き実習等を行っている。		

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	入居時に情報を収集し、アセスメントを行い、支援につなげている。 担当職員とも事前面接を行っている。		
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	家族の不安や要望を聞き安心してサービス利用を開始できるように支援を行っている。		
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	入所申し込み時に本人の状態をアセスメントし、サービス受け入れを行っている。 ケースにより各関係機関と連携を行っている。		
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	本人の意向を尊重した支援を行っている本人様の出来ることを一緒に皆で行い、暮らしを共有出来るようにしている。		
19		○本人と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	基本的に病院受診は家族にお願いしている。家族が来所の際は近況を伝え、連携できるように支援を行っている。些細なことでも、家族へ相談・報告し、家族との繋がりを大切にしている。		
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	隣りのデイサービスに出かけたり、ボランティアの方が来たり等、馴染みの関係を切らないように対応をしている。敬老会や夏祭り等他の事業所や家族様との交流も大切にしている。	馴染み支援では、在宅時の生活や暮らしの感覚をできるだけ維持できる機会をつくるよう心掛け、その気持ちを把握するためセンター方式を導入している。そのため家族と過ごす泊まりや外食、買い物の機会を設けたり、隣接ディサービス等に出掛け馴染みの継続支援を行っている。	
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	本人の能力を把握しながら、出来ることは皆と一緒にできる様に支援している。なるべく周囲と関わりをもてるようにしている。孤立しがちな方には、得意なことを行っていただくよう職員が関わっている。		

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			
<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	日々の生活の観察をしながら、本人の意向や希望を把握できるように努めている。職員同士で情報を共有し、支援につながるようにしている。日々の中で、ご本人が話していた内容を記録に残すようにしている。	日々の食事、散歩、排泄、入浴等の機会を通じて利用者との接する時間も多く、その際の会話や動作観察の過程で利用者の意向をくみ取っている。その意向を必ずケース記録に記入し、その情報を共有し実践に繋げている。	
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	本人、また、家族が生活等について伺ったり、担当ケアマネージャーから情報を収集している。		
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	日々観察をしながら、記録で職員間の共有をし支援を行っている。		
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	本人の意向や生活状況をアセスメントし、ケアプランを作成している。面会時、家族様に報告している。	利用者担当が毎月モニタリングを行い、目標や特記事項に掲げている実践状況や満足度合いをしっかりと確認のうえ、また家族からの要望や本人の意向を確認し、再アセスメントして介護計画の作成にあたっている。	
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	各個別のチャートに24時間の流れで記録を行っている。申し送りノートを作成し、支援内容を職員で共有している。介護日誌、連絡ノートの活用。		
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	本人家族の意向に沿った係りができる様にニーズに応じた支援を行っている状況をみて、外出等を企画する等している。		

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	近所のスーパーに買い物に行ったり、食事に行ったりと地域に馴染めるように支援している。出前をとったりしている。		
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	入所前から、主治医との関係を継続し、医療を受けられるように支援している。その都度、状態に応じた内容を報告し、指示をもらい支援を行っている。	医療受診は在宅時からのかかりつけ医とし、通院は原則として家族対応としている。協力医療機関は隣接の二戸病院であるため、夜間等の急変時に速やかに対応でき安心できる環境にある。	
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	併設の通所介護の看護師に利用者の情報、内服薬・主治医を伝え、把握している。急変時には、指示を仰ぐことができる。		
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。	県立二戸病院と協力関係にあり、退院時カンファレンス等に参加している。また、入退院時は、共通の連携パスを使用している。地域医療連携研究会に参加している。昨年度は入院者がいなかった。		
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	重度化に向けた指針の作成をしており、24時間の看護師へのオンコール体制を実施している。重度化に向けた指針の説明は、ご家族様に説明をしている。	重度化や看取りについては、入居時にホームとして対応方針や対応できる範囲を本人・家族に説明を行い了解を得ており、医療等の必要度合を勘案しながら医療機関などを紹介している。なお、重度化への対応は看護師の24時間オンコール体制にあるとしている。	今後としては入居の長期化等から重度化及び終末期への対応の要請が高まると考えられることから、看取り対応指針等を定め、職員の対応学習を高め、かかりつけ医・協力医との連携を深め今後の対応に期待する。
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	マニュアルを作成し、救急救命講習を受ける予定。		
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	昼・夜を想定した避難訓練を行っているが、地域との連携協力体制は築けていない。	消防署の指導・協力を得ながら夜間想定を含め通報訓練や避難訓練、消火訓練を行っている。当地域は商業地域であるため、夜間は地域が手薄になるためその対応の在り方が課題としている。	夜間時の対応を課題としており、日頃の火災発生予防の徹底、避難マニュアルの習熟、夜間想定のある定期訓練、出火場所の異なる職員のシュミレーション訓練、運営推進会議での協力依頼など様々な観点から検討を期待する。

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>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	個人情報、プライバシー保護の研修を行っている。利用者の尊厳を傷つけない様に注意しケアを行っている。	法人の経営方針の第1に「心のこもった丁寧な態度と言葉づかい」を掲げ、その実現に向けて、マナー研修の実施や個人情報の管理など、一人ひとりの尊重の行動の基本重視が窺われる。	
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	本人の希望や思いを達成できるようにケアを心がけている。本人の意思を大事にしている。職員は、話易い環境や雰囲気づくりに努め、自己決定ができるよう、選択肢を増す工夫をしている。		
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し、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	利用者がしたい様に寄り添うように支援を行っている。役割を持っていただき、個々のペースに合わせ、対応している。		
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	定期的に来訪をお願いしたり、家族の支援も含め床屋に出向いたりしている。化粧品等も一緒に買いに行ったりしている。		
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	日々の会話の中で、利用者さんの嗜好を把握し、メニューを考え提供している。片付けは、職員と一緒に行っていただいている。調理の頻度は少ないが、できるだけ、声かけし、行ってもらうよう努めている。	食事支援は、単に食べるだけではなく、楽しみ、喜び、健康、二戸の文化などに配慮し、例えば、食器や箸は自宅で利用していたもの、嗜好と栄養バランスにも考慮し、時には出前の寿司をとったり、買出しや調理や片づけなどの役割もある重要な位置づけと捉えている。	
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	食事、水分摂取状況を管理しながら、排泄状況、体重管理を行っている。		
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	口腔内の清潔保持のため、食後、声かけによりうがい等行なっている。寝る前の口腔ケアを入念に行っている。出来ない方には、介助をしている。		

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
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	法人で自立支援介護に取り組んでいるため、基本的に布とパット使用。トイレで排泄する事を意識し、本人の排泄パターンに応じた声かけ、介助を行っている。	支援の重要な視点として自立支援介護を目指し、「おむつ外し」に取り組んでいる。自信をもって貰うため適切なトイレ誘導を行い、日中は殆どおむつなしで生活している。夜間だけリハビリパンツを利用している。	
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	食事摂取量、水分摂取量、活動性を意識した支援を行っている。ヨーグルトや乳製品、食前酢を摂取していただいている。		
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	週2回、13:30～16:00頃に入浴介助をしている。皮膚状態が悪い方等には、入浴回数を増やしたり、足浴をする等の対応をしています。1ヶ月に1度は、季節に応じた花等を入れ楽しんでいる。	入浴は週2回で午後入浴とし、利用者は歌を歌ったり楽しめる場であり、ホームは利用者とは会話する大切な場として対応している。入浴を断る利用者は今はいないとしている。	
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	本人の生活リズムや体調に応じて、居室で休んでいただくようにしている。夜間は本人の就寝時間に合わせている。気温に応じ、居室の温度、湿度管理をし入眠しやすい環境づくりをしている。		
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	薬の処方箋の管理をしながら、日々の状態観察と支援の注意点に留意しながらケアを行っている		
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	本人の好みややりたいこと等を尊重し、物や場の提供を行っている。食事の後片付け、洗濯かけ、洗濯たみ、そうじ等を分担したりしている。		
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に支援している	天候と体調をみながら、1～3日おきに、1時間程度散歩と、月1～2回バスハイクをしている。花見・お祭・生家等に出かけている。	外出支援は、気分転換や健康保持、交流の機会という視点で大切に、天気の良い日は周辺の散歩等に出掛けている。そのほか桜見や、新緑・紅葉の時期を捉え、隣接のディサービスの車を借用し出掛けている。なお、時には自宅に帰り泊まったり、墓参に出掛けている。	

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
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	自分で管理できる利用者には、お金を渡している。基本的には、事務所で管理している。		
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	希望時、対応している。		
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	十分な広さをとり、ゆったり過ごせるようにしている。季節の飾りつけを行い、季節感を演出するようにしている。	天窓からの採光によりホール全体が明るく、色調も落ち着いた雰囲気である。台所の流し台を少し低くし、また利用者が流し台を囲んで話しやすく、作業しやすくするため対面式としている。利用者が部屋にこもらず、ゆったりと過ごすためソファを設け談笑やテレビを楽しめるようにしている。	
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	ソファと食堂の椅子と2箇所あり、気の合った利用者が好みの場所で会話を楽しんでいる。		
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	本人が自宅で使用していたタンスを持ってきていただいたり、自宅で使用していた食器類、写真等を持ってきていただき、落ち着いた環境になるよう支援している。位牌を持ち込んでいる方もいる。	居室には家族の写真や位牌、タンス等が置かれ、利用者の思い出が保たれ、中にはテレビを持ち込んでいる方や、雑誌や新聞をゆっくり見ている利用者もいる。エアコンが設置され温度管理は確保され快適に過ごせるよう配慮されている。	
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	トイレは3箇所を設置しており、安心できる環境である。バリアフリーになっており、移動にも支障がないようにしている。		