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	0292500030		
法人名	社会福祉法人貴望会		
事業所名	グループホーム第二みほの		
所在地	〒039-3144　青森県上北郡野辺地町一ノ渡１９－１		
自己評価作成日	平成25年10月23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	公益社団法人青森県老人福祉協会
所在地	〒030-0822　青森県青森市中央3丁目20番30号　県民福祉プラザ3階
訪問調査日	平成25年11月12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）】

・利用者の食事、水分、排泄、入浴、睡眠、服薬をしっかり管理することで、健康状態の維持向上ができるよう努めています。

・なるべくホールで過ごしていただけるように働きかけ、人との交流や日常生活の活動等により、生きがいを持ちながら、認知症状の進行予防に努めています。

・毎月の季節の行事、地域や町外に出かけることで、利用者に楽しんでいただけるように努めています。

・日常生活リハビリを基本にし、利用者に動いてもらう機会を作ることで、身体状況の機能低下の予防に努めています。

【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）】

表札代わりのように玄関入口に、大きなホームの看板を掲げている。ホールは広く2ユニットの利用者が集い、天井は高く大きな窓から周囲の田畑が見渡せ季節を感じられる。利用者は町内の方々で、職員も町内や近隣から来ており話題など地域性豊かな中で生活している。また、看護師が常勤し、介護職員全員が研修を受けて医療面の支援が充実している。

Ｖ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
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）		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
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
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
62	利用者は、その時々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている （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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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りや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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

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	利用者が健康で生きがいのある普通の生活が送れること、地域との関わりを持てることを事業所独自の理念、目標としてケアをしています。	法人の理念に基づいた創立当初からのホームの理念を、目のつく場所に掲示している。年度目標や個人目標を掲げ、理念の実践に取り組んでいる。	
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	隣近所とは散歩時などに挨拶を交わしています。地域の行事などがあれば参加して町の人達と交流を図っています。近所に住んでいる方が慰問を見に来ることもあります。	地域の祭りの際は近隣の協力でテント内で見学している。民家が点在しているが、外で会った時は挨拶をしたり、敬老会に踊りを披露してもらうなど交流している。	
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	地域の方が見学や相談に来られた際に、認知症についての質問、疑問を聞き、支援方法のアドバイスをしています。		
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	運営推進会議では事業所の活動を報告しています。委員からの要望や意見をサービスの向上のための参考にしています。	家族等に負担をかけないように、参加者を固定して上・下半期の2回開催し現状の報告を主にしている。メディアで取り上げられた火事などで、注意するように意見を頂いている。	開催時間や開催の内容などを工夫することで、更にホームへの理解や多くの意見が頂けるような取り組みに期待したい。
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	市町村担当者とは入居者の介護保険の更新や生活保護関係、高額サービス費、支援困難者の入所相談、利用者の状況等の報告や相談を行ない、連携を取り合っています。	介護福祉課に手続き等で出向いたり、案内を頂いた研修会に参加している。地域包括支援センターから、一人暮らしの入居の相談等を多く受けている。	
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	職員は身体拘束の弊害を理解しています。身体拘束は基本的に行いませんが、危険行為や不潔行為等がある方は家族から同意書をいただくことにしています。	身体拘束について、法人の研修等で職員は理解し取り組んでいる。ホームの前が交通量が多く危険な為、玄関の施錠は家族の了承、職員の理解のもと、やむを得ず行っている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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注意を払い、防止に努めている	職員は虐待について理解しています。ホーム内や家族からの不適切な事例がないか、日頃から管理者、計画作成担当者が注意しています。		

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
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	権利擁護に関して、以前入居されていた方が利用されており、職員は理解しています。現在は利用されている方はいませんが、必要に応じて紹介しています。		
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	契約前にはホームの内容や料金の説明を行い、利用者や家族からの疑問や質問、要望などを聞いています。契約時や解約時にも納得が得られるように努めています。		
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並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	職員は利用者及び家族の意見や要望を聞くように心がけており、実現に向けての検討をしています。	料金の支払いの際に訪れた家族と話す機会をもったり、連絡をした際に意見などを頂けるようにしている。意見箱など設けることはしていない。	
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	カンファレンスや申し送りなどのときに、職員の気づきや意見を聞き、要望や意見を上申し、事業所運営の改善に努めています。	月１回職員間で行うカンファレンスで意見を出し合い、その意見を月１回の全体会議や適宜代表者に伝え、早い対応に努めている。	
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	運営者は定期的にホームを訪れ、現在の勤務稼働状況、現場の要望や問題点、職場環境を把握し、職員が働きやすい環境で仕事ができるように努めています。		
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	研修に関する委員会があり、出来るだけ外部研修に参加できるようにしています。月に一回は研修報告会があり、研修内容の周知を図っています。		
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	外部研修や会議などを同業者との交流、情報交換する機会にしており、サービスや運営改善の参考にしています。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入所前の調査において、本人との面接の時に心身状態や思いなどが聞き取れるように努めており、サービス利用が順調に開始できるようにしています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入所前の調査において、家族からこれまでの出来事や要望などが聞き取れるように努めており、事業所と家族が協力し合えるようにしています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居申し込み等の相談時に家族が困っている場合は、地域包括支援センター、介護保険事業所や施設の説明や紹介を行い、家族に助言をするなどの対応をしています。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者と職員が一緒にすごして行く中で性格や好き嫌いや思いなど、本人の気持ちの理解に努めています。日常生活で一緒に活動や行事を行いながら、感情の共有を図っています。		
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置かず、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	家族には、気づいたことや状態の変化がある時には必ず連絡しています。わからないことがあれば納得できるよう説明し、家族が安心できるように努めています。場合によっては面会や電話、外出をお願いしています。		
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	家族以外の関係者にも面会をお願いしています。地域の病院への通院時やイベントなどに参加したり、親類宅に訪問するなど、地域の人との交流が出来るようにしています。	身体機能が低下された方が多いため出掛けられる方は限られるが、可能な方は家族等と墓参りや外食などに出掛けられるように働きかけている。親戚の方々の訪問もある。	
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	利用者同士の関係は、申し送り、カンファレンスなどで情報交換し、全職員が把握できています。できるだけホールに誘導し、利用者同士の交流ができるようにしており、一人になりがちな利用者には職員が積極的に関わるようにしています。		

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	サービス利用が終了後に病院で亡くなるケースがほとんどですので、継続的な関わりが必要な事例はありませんでした。		
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	利用者全員からの思いや意向の聞き取りは困難ですが、普段の会話や行動、本人の生活歴や性格などを考慮して、本人の目線に立ち、どんな思いがあるのかを把握できるようにしています。	話せる方からは直接聞いている。長く入居されている方、開設当初からの職員が多く、生活歴を職員が理解しているので意思疎通が困難でも家族から聞き取りしたり、把握できるようにしている。	
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	入居前の事前調査時に本人や家族、ケアマネジャーから生活歴や暮らし方、サービスの利用時の状況などの情報提供をしてもらい、入居後も機会のある度に情報を集めています。		
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	利用者の生活パターンや習慣は共同生活に支障がない限り、その人に合わせています。できるできない、様子の変化等の情報を職員間で共有し、必要な支援を行えるようにしています。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	介護計画は、家族との相談時やカンファレンスの際、本人からの訴えや変化、気づいたことを話し合い、今後の生活上で必要な援助は何かという課題を見つけ出し、計画作成に活かしています。	毎日の生活状況を記録し、その記録等と把握した意向で計画を作成し、3カ月毎にカンファレンスやモニタリングを行っている。計画は変化がある時と6カ月毎に見直しをしている。	
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	個別の記録はできるだけ詳細に記録を残し、状態変化時の分析に生かせるようにしています。記録を継続していくことで日常生活での変化や健康状態の指標とし、介護計画に活用しています。		
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、その時々に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	定期受診以外にも体調に応じて、かかりつけ医や専門医への受診を行っています。家族の負担が少なくなるよう、紙おむつ、日用品等の購入代行をしており、関係機関への手続き代行等も支援しています。		

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	役場や地域包括支援センター、地域の病院受診や郵便局や銀行の手続き、消防署との避難訓練、慰問時のボランティア、商工会や他の福祉施設のイベントなど地域の資源や関係機関を活用して支援しています。		
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	入居前からのかかりつけ医を基本として、受診や往診が出来るように支援しており、必要に応じて各種専門科の受診を勧めています。	入居以前からのかかりつけ医を継続している方の外来受診は家族かホームで対応し、希望のある方は協力病院の医師が月１回往診している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	職員に看護師を配置しており、日常の健康管理や内服管理を行っています。介護職員は、病状の変化に気づいた時は看護師には報告を行い、看護師は受診が必要と判断した時には上申し、医療につなげるようにしています。		
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、また、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。	入院時には本人の様子を確認に出向いています。退院時に病院から現在の状況や今後の見込み、治療方針の情報をもらい、退院後の治療やケアに活かし、受診時には様子の報告と相談をしています。		
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組んでいる	重度化している場合には医師や家族とともに、病気の進行具合や今後の治療方針を話し合います。家族の意向を踏まえながら、ホームでのケア方針を決定し、チーム全体で支援して行けるよう取り組んでいます。	今迄看取りの経験はないが、看取りを行う方針であり、本人、家族に説明している。現在経管栄養の重度化した方が数名入居しており、状態に応じて医師と家族と相談し対応している。	
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	緊急時には看護師や管理者にオンコールできる(呼べばすぐ来てくれる)ように体制ができています。介護職員は看護師から処置方法の指導を受けています。職員全員が野辺地消防署で普通救命講習を受講しています。		
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	職員は避難訓練により災害時の避難誘導、消火、通報方法等を理解しています。災害時の連絡網、必要物品の備蓄があり、町内会に災害時の協力をお願いしています。	年２回火事を想定した避難訓練を消防署の協力を得て実施している。春先、町内に協力依頼のチラシを配布した。震災の教訓で食材の備蓄や発電機等を準備している。職員は救命救急の研修を受講している。	身体機能の低下した重度な方々が多いので、地域の方々の協力が実際に得られるような取り組みに期待したい。

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)	○一人ひとりの人格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	個々の利用者のプライバシーを損ねるような対応や声かけには注意しています。本人が嫌がる、傷つくようなケアや声掛けは行わないようにしています。	職員の声掛けに対して、丁寧さに欠ける時は個別に伝えている。個人ファイルは見えないように配慮し保管している。トイレはドアによりプライバシーは確保されている。	
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、なるべく本人の希望を聞くように心がけています。決定ができない時や不適切な場合には、本人が納得できるよう説明を行います。		
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	ホームの基本的な日課は決められていますが、共同生活に支障がなければ、その他の時間は自由にすごしてもらっています。		
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	服装やおしゃれはアドバイスを行い、適切な身だしなみができるようにしています。散髪は月に一度、理髪店や訪問美容がホームに来てくれます。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事はホールに集まり、利用者と職員が同じテーブルで一緒に食事を摂っています。簡単な準備や後始末はお手伝いをお願いしてます。	畑代わりのプランターでミニ菜園を行い、収穫を楽しんでいる。献立は法人の栄養士が担当し、3食ホームで手作りし一緒に食事している。間食や行事食を相談し行っている。	
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	毎日、食事量、水分量をチェックし、個々の摂取量を把握しています。栄養士が、バランスのとれたメニューを提供し、治療食にも対応しています。嗜好品は特に健康上の制限や禁忌が無ければ、本人や家族の希望に合わせて支援しています。		
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	食後の口腔ケアを習慣付けており、週に2回は義歯の消毒を行い、必要時には歯科受診します。食事形態の工夫を行い、経口摂取の継続と健康維持に努めています。		

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向けた支援を行っている	排泄パターンや失禁状況、後始末が上手くできるかなどを勘案しながら誘導や介助を行い、できるだけトイレでの排泄ができるようにしています。	ホームの排泄チェック表で把握して、声掛けや誘導を個別に行っている。身体機能の状況に添った排泄形態で対応している。	
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組んでいる	便秘予防のため、日中の離床時間や活動を増やすように促しています。排泄状況の確認、水分量の確保、下剤の調整、必要があれば浣腸を行い、排便コントロールしています。また、ヨーグルト等の乳製品を提供しています。		
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、個々に応じた支援をしている	入浴は、基本的なパターンがあり、週2回は必ず入浴できるようにしています。精神状態や体調により入浴日を変更したり、スキントラブルの方が入浴したり、汚染時には直ぐに入浴できるよう個々の状況に合わせて柔軟に対応しています。	曜日は決めているが、１日を通して入浴できるようにしている。大きな湯船と特殊浴槽があり、状況にあわせて入浴できる。ホームで用意しているシャンプー等があるが、個別に持ち込みされる方もいる。	外出が出来ない方も多く、楽しみのある入浴の工夫などの取り組みに期待したい。
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	共同生活での支障がない場合は、本人の生活習慣や希望にあわせて、自由に睡眠や休憩を取れるようにしています。		
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	ファイルに内服薬の一覧が綴ってあり、薬の内容について確認が取れるようにしています。内服薬の変更時には申し送りで周知し、様子観察を行います。		
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	本人のできる範囲で、日常の家事や軽作業などの手伝いを行い、レクリエーションや行事の参加をうながし、生きがいや楽しみを持ってもらえるように支援しています。		
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。また、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	天候や体調に合わせて、外に出るようにしています。日向ぼっこや散歩、ドライブに出かけるなど、車椅子対応の方もホームの中に閉じこもらないようにしています。	法人のマイクロバスで計画された外出ドライブが4～10月に月1回あり、平日遠出している。敷地内はコンクリートでフラット、車椅子でも散歩でき、天気の良い時はベンチで過ごす事ができる。	

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	金銭管理ができる利用者がほとんどいないため、ホームで金銭管理を行っています。お金を持たないと不穏になる場合には家族の了解を得て所持してもらっています。		
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	手紙やクリスマスカードの発送、本人の希望や機会のある時には、家族に電話できるように支援しています。		
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	ホーム内の共有空間には一般家庭で使用する家具、家庭用品や季節を感じられる装飾品、壁新聞やお知らせを張り付けて、利用者が快適に過ごせるように工夫しています。ホーム内の明るさや温度、音量にも気を付けています。	みんなが過ごすホールは光や室温、湿度などを調整している。ドライブで撮った写真を拡大し月ごとに掲示し、いつでも見られるようにしている。炊飯の匂いや食事作りの音など生活感がある。	
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	ホール内のソファーに多く人が集まったり、テーブルに少人数で集まったり、一人で椅子に座ったり、利用者が気ままに過ごせるようにしています。		
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	居室には本人の馴染みの物を持参してもらえるように家族に協力をお願いしています。思い出や家族の写真を飾るなど自分の部屋らしく感じることができるように工夫しています。	担当職員が準備したのれんやコルクボードに写真を飾ったり、着慣れた衣類をかけたり、安心した部屋の工夫をしている。湿度温度調整も行っている。	
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」や「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	トイレには「お手洗い」のプレート、居室に名前を付けたり、目印を貼り付けることで、利用者が迷わないようにしています。必要な場所には手すりが設置されており、福祉用具等を利用し、自立を支援しています。		