

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	4590700029		
法人名	医療法人社団 とめのファミリークリニック		
事業所名	グループホーム みずなら		
所在地	宮崎県串間市大字都井字田中3030-1		
自己評価作成日	平成29年10月5日	評価結果市町村受理日	平成29年12月14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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kihon=true&JigyosvCd=4590700029-008&PrefCd=45&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成29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)】

いつまでも住み続けたいと思える第2の我が家を理念に、利用者様のこれまでの生活や性格を知り、ご家族や地域と協力し合い家庭的な雰囲気づくりを大切にしています。
ご家族様や友人、知人の面会も多く、ボランティア受け入れや作業療法士の実習生受け入れもあり、楽しい時間を過ごされています。かかりつけ医の診療所とは300m程離れていますが、日常より連携をとり、必要時は迅速に対応し、利用者様もご家族様も安心して利用できる体制を整備しています。

【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)】

ホームは利用者の第2の我が家を理念に自治会へ参加し、地区行事への参加など地域との交流も図られ、居心地の良い生活が送れるよう支援している。周辺には小川や農業ハウスがあり自然豊かな環境の中にある。運営母体の医療機関に来るリハビリ実習生のボランティア訪問も定期に実施され、身体機能に留意した取り組みも行われている。自宅へのドライブやスーパーへの買い物などなじみの場所や人との関係継続に努めているホームである。

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 3. 利用者の1/3くらい 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

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	独自の理念を施設内に掲示し、全職員が共有できるようにしている。そのための心得を実践することで、利用者様と信頼関係を築き上げている。	開所時に職員で定めた理念を継続しており、半年に1回は職員会議の中で理念の確認や変更の必要性について検討している。ホーム内に理念を掲示し、理念の理解と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	散歩や帰宅支援、馴染みの美容室の利用など日常的な付き合いを大切にしている。友人や知人の面会、音楽療法への参加、ボランティアの受け入れで交流を図っている。	自治会へ参加し地区の行事参加や地域のスーパーを利用している。管理者が民生委員であり、地域のホームに対する認知度も高い。散歩の時等、近所の方から利用者へ声かけも見られるなど良好な付き合いが図られている。	
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	民生委員による見学受け入れを行っている。2ヶ月に1回みずなら便りを作成し、運営推進会議に出席された方、ご家族様へ配布、かかりつけ診療所待合室にも展示している。		
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	事業所の取り組みや現状報告を行い家族代表、利用者代表、自治会長、行政の担当者などと情報、意見交換を行っている。	定期での会議開催ができており、ホームの活動報告が行われ参加者から地区の行事案内や運営・取組について意見が出され検討実践している。離設者が発生した場合の対応マニュアルを参加者の意見により作成した。	
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	市の医療介護課及び社会福祉協議会を月1回は訪問し、事業所の実情を報告し、相談や指導を仰いでいる。	毎月、1度は行政窓口を訪問しホームの状況について報告を行っている。利用者数や空き人数が把握され必要時に情報提供が図られている。運営推進会議へ市町村職員が参加し顔なじみの関係が図られている。	
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「介護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	身体拘束廃止について文書をファイルし、いつでも見られるようにしている。自身の行うケアが禁止の対象となる行為にあたらないか、職員間で確認し合っている。	身体拘束マニュアルを作成し職員会議などで利用者へのケアが拘束になっていないか話し合いを持っている。玄関は日中施錠せず、身体拘束の弊害も理解をしている。	外部研修に参加し復命研修を行うなど、職員全員が正しく理解して身体拘束をしないケアの更なる実践に期待したい。
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	虐待防止についての文書をファイルし、いつでも職員が読み返しができるようにしている。日々の中で個人個人の介護、介助方法を確認している。		

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
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に支援している	今年度は研修会などで学ぶ機会はなかったが、常に利用者本位体制を心がけ、必要時にご家族の協力を得るように職員間で行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	ご家族様が分かりやすい言葉で説明し、納得した上で契約、解約を行っている。		
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	ご家族様が面会などで来居された際には、施設への要望やご意見を伺うようにしている。意見箱の設置と申し送りノートの活用、内容により運営推進会議で検討する。	家族の訪問時や電話連絡の際に意見や要望を伺っている。出された意見や要望は職員会議や法人代表に報告しできる事は改善するよう取り組んでいる。	
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	職員が意見を出しやすいように、個別に不安・不満・改善して欲しいことはないかコミュニケーションをとるようにしている。	職員会議は毎月開催し、職員の意見を聞く機会を確保しケアの実践や運営に反映させている。月に数回は法人代表もホームに足を運び、職員の意見を聞くよう努めている。	
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	月1回は必ず施設を訪問され、職員とのコミュニケーションを大切にされ声かけをされる。		
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	資格取得のための研修機会を作り、職員間でも協力してスキル向上に努めている。		
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	事業所交流会がある場合は参加し、同業者との交流にて情報交換を行ったり、電話を利用して情報を得ている。		

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	入居前はご本人様とのふれあいや面談を行い、不安の軽減と信頼が得られるようにしている。施設見学も勧め希望を伺い入居されるようにしている。		
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	入居前はご家族との面談を行い、ご本人様の状況、状態をよく聞き、ご家族様の意向を伺うようにし、必ず事前に施設訪問、見学をしていただくようにしている。		
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	相談の中で、ご本人様とご家族様の必要と言われる支援内容に加え、かかりつけ医や今までの担当ケアマネからの情報をもとに、サービスを提供している。		
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	家事活動などを行っていただくことにより、職員が利用者様を必要としている感謝の言葉かけを行い、食事を共に摂り、同じ環境の中で生活することで人間関係を築いている。		
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	面会時は居室でゆっくりと過ごしていただけるように配慮している。日々の中では、電話で状況報告したり、2ヶ月に1回の便りを郵送し、活動状況をお伝えしている。		
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	外出や散歩、帰宅支援を行い、なじみの人や場所との関係が途切れないようにしている。	利用者の多くは自宅があり、ドライブで自宅へ戻ったり墓参りやなじみのスーパーでの買い物、行きつけの美容室を利用するなどなじみの場所や人との関係継続に努めている。	
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	これまでの人間関係や性格、相性など生活している中で把握し、食堂やリビングでの座る位置の配慮をしている。		

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
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	退居された方に対しては、訪問時に面会したり、ご家族様にも会う機会がある場合はお声かけし、体調など伺っている。		
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	ご本人やご家族様との対話にて意向の確認を行い、日常生活に生かせる様に支援している。	家族からの聞き取りや、毎日の利用者との会話や表情から希望や意向の把握に努め日常生活上での選択ができるように取り組んでいる。気づきがあった場合、職員で情報を共有しケアの実践に努めている。	
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	ご本人様やご家族様、前担当ケアマネジャーから話を伺い、情報提供を受け、施設生活でも可能な限り在宅生活と変わらないように残された機能を生かしている。		
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	1日の生活状況をシートに記録し、心身の変化があった場合は毎日の申し送りで情報を共有している。家事活動の中で能力や機能を維持している。		
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	ご本人の心身の状態やご家族様のご要望を伺い職員それぞれの意見も取り入れながら、現状に即した介護計画を作成している。	ホーム独自の介護計画様式やモニタリング様式を使用し利用者本人や家族から聞きとり、職員から情報を収集し定期や随時での計画作成を行っている。	モニタリングが計画期間に1回の実施となっている。また、ホーム独自の介護計画書に長期・短期目標期間の設定がないため、様式の改善やモニタリングの数か月単位での実施に期待したい。
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	支援内容ごとに記録し、日常生活の様子などは個人介護記録に記載し共有情報については連絡ノートを活用し事故のないように取り組んでいる。		
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	多職種との連携、職員間の連携は取れており、必要時はシフトの変更をしたり、家族支援の困難な方に対しては職員が家族と連携しながら協力して行っている。		

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
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	少し離れた場所に医療機関や通所リハビリテーションがあり、なじみの人達との交流や実習生(OT)の受け入れ、地域行事への参加、交流など行っている。		
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	かかりつけ医とは別に専門医への受診支援も行っている。緊急時は往診など適切な対応が取れるように協力体制を整えている。	かかりつけ医は利用者や家族の希望で決める事ができており、定期や随時での受診に家族の支援が得られない場合はホーム職員が付き添い受診している。家族が付き添う場合は情報提供を書面にし、家族に渡し医療機関へ提出するなど適切な診療が受けられるように取り組んでいる。	
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	バイタルの異常や変化に気づいたときはすぐに管理者へ報告し、かかりつけ医に状態報告を行い、医師の指示を受けられるようにしている。薬剤師との連携も行っている。		
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。	管理者が窓口となり、コンセンサスルールブックを活用し、情報提供し担当看護師や地域連携室との連携もとっている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	当施設では看取り体制がないことを入居時に説明し、同意書をいただいている。事業所のかかりつけ医との面接も行い重度化対応説明もしていただいている。	ホームは看取りケアはしない旨、入居時に本人や家族に口頭で説明している。病状悪化時や重度化した場合の対応については、法人代表(近接のクリニック院長)が説明し他の医療機関へ紹介や入院を勧めている。	口頭での説明となっているため、双方の勘違い等、防止できるように文書で看取りについての方針を定めて説明・同意を得る取組に期待したい。
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	急変時の連絡手順はある。応急手当や初期対応の指導は行っているが、スタッフ全員が実践力を身に付けていない。		
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回の避難訓練の実施と運営推進会議にて自治会長、消防団へ協力を呼びかけ、手順など確認し、避難場所も確立している。	年2回訓練を実施している。地区の消防団にホームの見学にも来てもらい次回訓練に参加する予定となっている。近所にも災害時の協力を要請している。	

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
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	行事や入浴、散歩などご本人様の意思を尊重し行っている。居室への入退時の声かけやあいさつを怠らず、その日の体調など確認し職員間で情報を共有している。	居室への出入り時の挨拶や利用者への声掛けなど、一人ひとりの人格を尊重して行っている。入浴や排せつ介助時に同性が介助できるよう配慮し、困難な場合は事前に説明し同意を得て行うように取り組んでいる。	
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	普段から物事を進める際声かけを行い、返事を頂くことで自己決定に繋がっていると考えている。表現の乏しい方に対しては2択の選択で希望を取り決定していただく工夫を行っている。		
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	朝のあいさつ、睡眠状態、健康状態を確認し、日付や曜日を皆で声に出して1日の始まりを確認し合っている。食事開始時間や終わりの時間もストレスがない様、時間をずらす工夫をしている。		
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	パジャマの上に服を着たり、季節や気温に合わない服を着ているときは、さりげなく居室にて更衣していただいている。髪の毛の伸びた方々には美容院利用を声かけしお連れしている。		
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	何か食べたいものはないか尋ねたり、調理の一部のお手伝いを声掛けし、できあがりの楽しみをもてるようにしている。配膳や下膳も出来る方は職員と一緒にしている。	利用者のリクエストを聞いたり食材の下処理や盛りつけ、配膳や片づけなど利用者が役割として行っている。職員と一緒にテーブルにつき同じものを食しながら会話し食事が楽しめるように取り組んでいる。	
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	食分量、水分量の記録をしている。1年を通して10時と15時のお茶以外にも補水液を施設で作り、11時、14時に提供している。前日の献立とダブらないよう材料を使ったり必要時は補助食品も利用している。		
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	毎食後声かけや介助、確認、義歯の洗い直しなど利用者様の状況に応じた口腔内の清潔保持を支援している。必要であれば歯科受診支援も行っている。		

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
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	排泄チェック表を確認しながら、時間誘導、声かけを行い、感染症予防や失禁防止に努めている。オムツ使用者も自室のポータブルトイレや共用トイレで気持ちよく排泄できるように支援している。	排せつの状態や頻度・時間をチェック表で把握し、日中は利用者全員トイレでの排せつができるように支援している。職員会議の中で排せつの改善に向けた話し合いが持たれケアの実践に努めている。	
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	排泄チェック表にて確認を行う。体操や水分補給、食材の工夫なども行っている。ほとんどの方が下剤を使用されており、便秘予防されている。排便時は形態も確認するようにしている。		
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	サービス開始時に、ご本人様、ご家族様からご意向を伺い、対応できる範囲で援助している。入浴時の羞恥心やプライバシーに配慮しコミュニケーションを図りながら安全確認に努めている。	週2回の入浴が行われるが毎日の入浴も対応できるようにしている。利用者に合わせて温度管理や入浴(浴槽に浸かる)時間が把握されている。季節が楽しめるようにゆず湯の提供や入浴剤の使用もあり、入浴が楽しめるように取り組んでいる。	
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	健康維持のためにある程度は規則正しい生活習慣を身につけられるように、起床や就寝時間は声かけに注意しながら行っている。高齢のため午後は仮眠、休憩時間を設けている。		
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	内服薬と説明書は鍵のかかった事務所のロッカーにあり、職員が確認できるようにしている。臨時処方などの変更時は、申し送りノートで全職員が理解できるようにしている。		
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	家事が出来る利用者様には、洗濯物干しやたたみ方、掃除、茶碗洗いなど役割を持たせている。CDやカセットを利用して懐かしのメロディーを聞かせたり、散歩などを取り入れてる。		
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	季節のドライブに出掛けたり、地域外への買い物など気分転換の支援を行っている。お盆やお正月は出来る限りご家族の協力をいただき、面会や外出をお願いしている。	ホーム近所の散歩や敷地内の畑作業、スーパーへの買い物など日常的な外出支援に取り組んでいる。散歩の時に近所の人と利用者が挨拶を交わすなど日常的な風景となっている。	

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
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	一部小銭を自分で管理されている方も数名おられ、支払い時は職員が助言をしながら管理されている。自分で管理困難な方は預かり金があり、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	希望があった場合、施設の電話を使用している。手紙を書かれる方は自分で書かれ、近隣ポストへの投函支援を行っている。		
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	光、温度に関してはこまめに調節したり利用者様に不快感を与えないよう心掛けている。植木や造花、生花を飾り心地よい空間になるよう努めている。	天窗や大きな窓が設置され自然な光を取り込み日当たりも良い。木材がふんだんに使われ季節の花が飾られており自然や季節を感じながら居心地よく過ごせるように取り組んでいる。	
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	居室にて一人で過ごされたり、気の合った利用者様同士が居室を行き来されておられる。リビングではおしゃべりや歌を唄うなどされ和まれている。		
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	使い慣れた日用品や飾り物、イス、テーブル、箸などの持ち込みをいただいている。リラクセスできる環境支援を行っている。	日用品や箸、テーブルやたんす、写真等なじみの物が持ち込まれ一人ひとりがなじみの物を使い居心地が良く過ごせるように配慮されている。	
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	本人、家族の了承のもと、居室に名札をつけている。生活動線には障害物などを置かず、廊下に手すりを設置している。移動時には声かけや見守りをし、自立して生活できるようにしている。		