

### 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	2170102483		
法人名	社会福祉法人 岐協福祉会		
事業所名	グループホーム 大洞岐協苑		
所在地	岐阜県岐阜市大洞3丁目3番地1号		
自己評価作成日	平成30年8月21日	評価結果市町村受理日	平成31年1月17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.mhlw.go.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JivvosyoCd=2170102483-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JivvosyoCd=2170102483-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022</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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成30年9月25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)】**

山に囲まれた自然豊かな立地の中、ホームは2階にあり、リビングの大きな窓や、それぞれの居室からは心癒される風景が広がっています。ベランダではスタッフと一緒に野菜や花を育てています。地域活動が活発で、ボランティア精神にあふれた地域の方々の協力を得て、行事やサークルに力を入れています。地域のふれあいサロンや認知症カフェ、映画鑑賞会などにも参加し、温かく迎えていただいています。入居者同士は仲が良く、お互いを思いやり、助け合おうとする姿が見られます。スタッフは、皆さんが心地良く過ごしていただけるよう、笑顔・雰囲気作りを中心に掛り、言葉づかいに注意しながら、温かいケアをめざしています。併設の特別養護老人ホームとは、行事での交流も多く、グループホームでの生活が困難になった場合の住み替えも可能となっています。

**【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)】**

利用者の思いや意向を個別支援として実行することを目標に掲げ、外出支援に力を注いでいる。計画された毎月の外出では季節の花見や外食、喫茶店のモーニングの他、個別支援として本屋や図書館へ通ったり、カラオケを楽しむ、サロンに通う、自宅へ帰って家で昼食をとる等が行われている。また、ホーム内でも楽しめるようにと抹茶を点てる、習字をするなどアクティビティの充実も図っている。家事も活発に行われ、午前中から昼食の準備として包丁で音をたてて野菜を刻む、みそ汁をお椀に入れる姿も見られた。また、併設している特別養護老人ホーム、ケアハウス、老人デイサービスセンターなどで行われる多様な行事を活かして、利用者同士の交流も活発である。

**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	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				

# 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	法人・グループホームの理念を玄関と室内に掲示し、日常的に確認できるようにしている。月1回のグループホーム会議で理念を基に地域の方の力を借りながら心地よい暮らしができるように話し合い、日々のケアにつなげている。	法人及びホーム理念は日頃の支援の考え方や方法のベースになっており、職員へ浸透している。利用者が持つその人らしさを活かせるように日々努めている。	
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	地域の夏祭り、サロンなどに参加させていただき、交流を深めている。	敷地内で行なわれる地域の祭りは、自治会と法人が協力して開催しており沢山の地域住民や利用者家族が参加をしている。小学校の文化祭見学、保育園児の訪問、中学生の職場体験を受け入れている。	
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	地域での認知症会議に参加し、グループホームとしての役割などの説明をさせていただいている。また、近くの大学より実習生の受け入れを行っている。		
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	運営推進会議では自治会代表・民生委員など委員の方や家族から意見をいただき、ケアに活かせるようにしている。	年6回の運営推進会議には利用者や家族、社会福祉協議会や地域包括支援センター職員、民生委員、老人クラブ会長、市介護保険課職員が出席している。ホームの課題など多岐にわたって活発な意見交換をしている。	
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	市担当者に運営推進会議に参加していただき、会議時に事業所の実情を報告している。また毎月市の担当課に待機者の報告を行っている。	市担当者の運営推進会議参加や市役所に赴いて相談・報告することで連携を取っている。認知症サポーター養成講座に参加して職員のオレンジリング取得を推進したり、認知症カフェに利用者と一緒に参加している。	
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	身体拘束対象の利用者が1名いる為、毎月身体拘束改善会議を行い、家族に説明し同意をいただいている。また、運営推進会議において報告を行っている。	身体拘束、虐待防止等の内部研修で理解を深めている。現在、身体拘束対象者がおり正規の手続きをして適正に記録・評価・会議にて報告をしている。利用者の安全を優先して玄関等を施錠しているが、気持ちに寄り添い散歩に出掛ける等の対応をしている。	
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	苑内研修等で学んでいる。		

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	苑内研修等で学んでいる。		
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	契約書等は必ず口頭で説明し、質問等を受け同意を得ている。		
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	意見箱を設置している。また家族の面会時には必ずお話しをし、要望や意見を伺うように心がけている。	家族の要望から毎月の食事、排泄、入浴、ケアプラン実施についての報告書を送付している。利用者の変化があった場合はすぐに連絡をして、必要時には話し合いの場を設けている。	
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回グループホーム会議を開き、積極的に意見を出し合っており、よりよいケアが行えるよう努めている。	毎月のグループホーム会議では活発な意見交換が行われている。提案は皆で検討して実施し、改善を重ねてよりよい支援につなげている。理念のひとつである「円滑な共同生活の工夫」の実践に努めている。	
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	施設長による個人面談があり、率直な意見を直接伝える環境がある。		
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	月に1回苑内研修があり、知識・技術の習得に努めている。また、外部での研修も順次受講している。		
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	岐阜県グループホーム協議会、第一支部会や外部研修への参加がある。		

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	面接時にはケアマネと一緒に家族・利用者本人からお話を伺っている。		
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	15と同様に、ケアマネと共にお話しをする機会を設けている。		
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	ホーム以外のケアマネとも連携し、相談内容に応じた対応に努めている。		
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	料理作り、洗濯たたみなどを通して共同作業の充実を図っている。		
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	月次報告書の送付、また家族の面会時には必ず声掛けし、ホームでの生活の様子や現状報告をしている。受診は家族に依頼し健康状態の確認を行っている。		
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	以前住んでいた地域の行事に出席したり、苑内散歩時にデイサービス利用者など顔なじみの方と挨拶や会話を楽しんでいる。	家族とお盆に墓参りをしたり、受診の帰り道に外食をしている。本屋や団地の地域サロンに通ったり、同法人のケアハウス、デイサービスと一緒に過ごした知人と交流している。年賀状や絵手紙を書く支援もしている。	
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	性格上合う・合わない利用者を把握し、職員間で情報共有しテーブルの席位置などに配慮している。皆でコミュニケーションがとれるように職員が間に入りフォローしている。		

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	併設された特養に移られた利用者に対しては、面会に行くなど今までの関係性を大切に保つようになっている。		
<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	利用者への声掛けを積極的に行い、利用者の思いを引き出すよう傾聴に努めている。	利用者と一緒に話したり、TVを見たり、作品作りなどの作業や家事などの生活リハビリなどを通して、利用者の思いや意向を把握している。意思疎通が難しい場合でも表情などから読み取り支援につなげている。	利用者の思いや意向が、介護計画作成時に反映できるように記録の取り方等について話し合うことに期待したい。
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	利用者や家族との会話の中から情報を得るように心がけている。センター方式やICFを活用するようにしている。		
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	日々の様子や気づき、特変などはPCの個人ファイルや日誌に入力し申し送りすることで、職員全員で周知できるようにしている。		
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	利用者本人、家族から思いや希望を聞き、毎月のグループホーム会議でケアマネージャーと職員で話し合いを行い介護計画を立てている。	利用者や家族から聞き取った希望などをケアマネージャーと職員が話し合い介護計画を作成している。更新時の他、利用者の状態や要望の変化時に計画の見直しをしている。	家族を含めたサービス担当者会議を行なうことで、さらに利用者らしさが反映された介護計画となる事に期待したい。
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	以前は個人ファイルを使用していたが、現在はPCシステム内に日々の健康状態、心身の変化、生活の様子などを入力し、職員全員が周知できるようにしている。		
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	受診は協力をお願いし家族対応を基本としているが、急変時、家族の都合上やむを得ない場合は職員が病院に付き添うなど柔軟に対応している。		

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	毎月行われている地域のふれあいサロンへの参加、ボランティアによるお菓子作り、読み聞かせ、笑いヨガなどがある。また地域のスーパーと一緒に買い物に出掛けている。		
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	入居以前からのかかりつけ医をを継続して受診している。身体的な変化があればその都度報告している。	利用者や家族が希望するかかりつけ医の受診は家族が対応している。ホームは情報提供書等でかかりつけ医とやりとりをして適切な受診支援を行なっている。	
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	看護師は特養と兼務であるが、日頃から利用者の状況を報告し、特変時には対応をお願いしている。		
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。	入院後は家族に状況の確認をし、お見舞いにも行っている。退院時には担当看護師、家族、ケースワーカー、ケアマネでカンファレンスを行っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	当事業所では終末期ケアに関してはまだ未定であるが、特養では終末期ケア実施のための委員会が発足している。特養が隣接しているため、重度化した場合や終末期ケアに関しては、特養の利用や他施設を探す等、家族に説明し同意を得ている。	重度化や終末期ケアが必要になった場合、適正な支援が受けられる環境について医師や家族等と話し合いを重ねて決定している。併設の特別養護老人ホームの看護師と連携をして対応をしている。	
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	地元の消防署にて救命救急やAEDの使用方法の講習を受けている。また、ホーム内に酸素ボンベ・吸引器を設置し管理を行っている。		
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	年2回の消防署の立ち入り検査と、消防訓練がある。	ホームの敷地内に同法人の特別養護老人ホームがあり年2回合同で避難訓練をしている。昼間・夜間の想定で利用者は実際に建物外まで避難をしている。	災害時を想定して数日分の飲料、食料、排泄用品、懐中電灯などの備蓄の充実に期待したい。

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
<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	利用者一人一人の様子を見守りながら、自主性を尊重した支援を心がけている。	利用者の個性を考えて支援に取り組んでいる。プライバシーに配慮して話の内容によって居室で話をする様にしている。呼び掛けは苗字または名前に"さん"付けしている。	
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	おやつやお茶の時間には、飲み物等の希望を聞いている。余暇時間には思い思いの行動が出来るように働きかけている。		
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	食事などの時間は決まっているが、延食をするなど一人一人のペースに合わせている。起床・就寝時間には声掛けはするが、出来るだけ個人に合わせた対応を行っている。		
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	二ヶ月に一度訪問美容師によるヘアカットを行っている。また毎朝の整容時には髪を整えている。朝晩には蒸しタオルで顔を拭いた後に化粧水を塗ってもらっている。		
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	献立は利用者の好みや希望を聞き取り入れるようにしている。昼食・夕食作りは毎日利用者で行い、昼食は同じテーブルで職員も食事をしている。	献立は利用者の嗜好を反映して立てている。包丁を使って野菜を切る、盛り付け等、今ある能力を活かす支援をしている。誕生日には利用者の好物、ケーキやプレゼントで盛大に祝っている。	
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	毎回食事摂取量を記録している。体調に応じて水分摂取量の記録も行っている。毎月の体重測定、特養の管理栄養士にBMI表を作成してもらい助言をもらっている。		
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	自室で行う方もいるが、毎食全員に声掛けし口腔ケアを行っている。就寝前には義歯を預かり、洗浄剤による消毒を行っている。		

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
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	一人一人の排泄パターンを把握し、日中のトイレ誘導、夜間のポータブルトイレ設置、パットの交換などを行っている。パットも個人に合わせて容量・形態を変えている。	排泄記録を取り、利用者の変化があった場合はすぐに申し送り共有をしている。排泄は常に注視しており、排泄記録を基に声掛けをしている。ポータブルトイレの利用者は夜間のみ数名いる。	
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	毎朝ラジオ体操や散歩を行い、食堂やリハビリ室での運動を心がけている。また便秘予防にヨーグルトなどの乳製品(おやつ)の提供もしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴前には必ずバイタルチェックを行い、体調に合わせて3日に1度入浴していただいている。バイタルが正常値でも本人が入りたくない時は無理強せず休浴としている。	基本的な入浴の時間帯は午後、週2回としている。楽しみとして季節の菖蒲湯やゆず湯は毎年欠かさず行っている。入浴準備はできるだけ利用者自身が行えるように支援している。	
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	日中の余暇活動やビデオ体操、散歩などを行い夜間の安眠につながるようにしている。眠れない利用者には無理な声かけはしないで、いっしょにお茶を飲むなどして一人一人に合わせた対応をしている。		
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	誤薬がないように、服薬管理シートを作成し、配薬から投薬まで管理を行っている。体調の変化や薬の相談などは受診時にかかりつけ医に相談している。		
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	食事作りの際、その方の得意・不得意を把握し、皮むき・副菜分けなどできることをお願いして行ってもらっている。また余暇活動やサークルへの参加も個人個人に合わせて配慮している。		
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	毎月外出ツアーを企画し、外出支援を行っている。長期の利用者が増えADLの低下など全員一緒での外出が難しくなっているが、遠出と近場で分けたり、なるべくたくさんの方が外出できるようにしている。毎日の散歩では、気候や天気に合わせて苑外へも出かけている。	外出は2~3名ずつ花見やドライブ、喫茶店に出掛けている。併設の特別養護老人ホーム内あるカフェコーナーや喫茶店のモーニングを楽しんでいる。本が好きな利用者は本屋や図書館へ、また家族と一緒にランチに出掛けている。	

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	家族の方からお小遣いとして現金を預かり管理している。精神的な面から、ご自分で財布を所持したい方には、家族の理解を得て少額の金銭を所持してもらっている。		
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	電話希望の方にはその都度付き添い介助している。また物作りサークルでは季節毎に絵手紙を作成し、家族に送っている。		
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	ホームの共有スペースには大きな窓があり、裏山の四季の移り変わりを楽しむことができる。食堂は椅子・テーブル・ソファがゆったりと配置され、思い思いの場所で過ごしていただけるようにしている。家庭的で明るい雰囲気になるように、サークルでの作品や季節の置物などを飾っている。	リビング等共有スペースは広く利用者がゆったりと過ごしている。壁には絵手紙や季節をテーマにした共同作品を飾っている。リビングの一角にタタミコーナーがあり、落ち着いた空間となっている。	
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	居間を中心に居室が配置されている為、一人になりたい時はすぐに居室へ行く事ができる。1ユニットのため、どの居室にいても食堂や居間の様子が伝わるようになっている。		
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	使い慣れた馴染みの家具や家族の仏壇を置かれている。また思い出の写真や家族の写真を飾ったりしている。	利用者が自宅で使い馴染んでいる調度品を自由に持ち込んでいる。居室の飾り付けも利用者の思いのままに飾られている。	
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	廊下には手すりを設置。杖・押し車・歩行見守り・車椅子等、個々の身体状況に合わせている。歩行される方も、体調により必要時には車椅子対応を行っている。		