

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	1070700222		
法人名	医療法人上野会		
事業所名	グループホームつどい		
所在地	群馬県館林市赤生田町2042		
自己評価作成日	平成22年9月 11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	http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成22年10月7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)】

母体が診療所であり、医師と24時間の連絡体制を確保している点、必要に応じて看取りまで行う体制は、ご本人やご家族にも安心できるという言葉をしていただいています。ご家族も参加していただける行事を年に数回行い、コミュニケーションを大切にしています。

【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)】

「認知症は病気です」「あなたの前には誰が?」「認知症介護のダメ3原則」等、管理者自らが作成した具体的で解りやすい文章で綴られた冊子と合わせて、運営理念を毎朝ミーティングの際に全員で唱和し、常に基本に立ち返れるよう努めている。昼夜を通してきめの細かい支援を心がけている。「身体拘束をしないケアの実践」や「看取りのための体制作り」への対応は、母体医療機関の医師の指導のもとで家族等と十分に話し合いながら、職員が一丸となって入居者のあるべき姿の実現に向けて取り組んでいる。また、毎月「つどい新聞」を発行し、ホームでの暮らしの様子の報告や運営についての連絡を行う等、家族との関係を大切にしている。

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している (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
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	壁に掲示しているほか、朝の申し送り時に読み上げて、全員で共有し、日々の中で実践につなげている。	「たのしく いっしょに その人らしく」をキャッチフレーズに、全職員で検討した理念を掲げている。実践に役立つように項目別に解りやすい文章で綴られた冊子を、毎朝全職員で1ページずつ唱和し共有している。日常業務の中では各々が理念に立ち返る介護に心がけている。また、意識を高めるために、定例会で理念について話し合い、意見を出し合って皆で見直しや追加を行っている。	
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	事業所周辺の農家の方と挨拶や会話を通じて交流を図っている。地区の集まるの際など、立ち寄ってもらえるよう声を掛けている。地域の祭りに参加している。	自治会に入会し、地域のお祭り等に参加している。近隣の畑の所有者が野菜や新米を届けてくれるが、民家が離れており気軽に立ち寄る人は限られている。隣接するケアハウスの入居者が、日常の交流の中心となっている。	認知症の専門施設として介護のノウハウを活かし、地域との交流に一層の働きかけを期待したい。
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。	地域の方の個々の相談に対応することはあるが、積極的に活動できていない。		
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	2ヶ月に1度開催し、ホームや利用者の状況や行事、活動、事故等の報告をしている。ご家族や地域の代表の方からも意見をいただき、サービス向上に活かしている。	事業所の現状を報告すると共に、区長等から地域の情報を聴取し運営に活かしている。会議のテーマに応じて、消防署員・警察官等の専門職を招致し、実践に向けた意見の交換が行われている。また、ケアの方法について、家族の希望とホーム側の方針が合わない時などは、それを議題に挙げて検討し、結果をケアに活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議には毎回出席していただいている。必要に応じて相談や情報共有に努めている。	生活保護関係の相談や管理者が務める市の介護保険計画策定委員を通して頻繁に市を訪問し、相互の協力関係を築いている。	
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	新人研修において説明を行い、職員更衣室に拘束に関する標語を掲示、日頃から意識するようにしている。施錠はせず、玄関チャイム、内扉のチャイムで見守りを行っている。	標語を掲げるなど身体拘束を行わないケアの実践に取り組んでいる。身体拘束をしないことでのリスクについて入居時に説明し、家族等に納得してもらっている。運営推進会議でも話し合い、事故防止のためベットを低くしたり、衝撃吸収マットを設置するなどの対策も取られている。些細な事でもヒヤリ・ハット事例として報告し原因を追求して再発防止に努めている。また事例を挙げて、身体拘束に当たるか否かを職員間で話し合っている。	
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	管理者、職員とも研修に参加している。朝の申し送り時に心得を読み、防止に努めている。アザや傷などが発見された時には事故報告書に記入し、出来る限り原因を探っている。		

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
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	研修に参加している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	ホームの見学時から契約までには時間を掛けて説明を行い、理解して入居できるよう心がけている。改定時には文書で通知するほか必要に応じて説明会を開催したり、個別に説明している。		
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	ご家族が訪問した際には、出来る限り声を掛けて要望を引き出すようにしている。意見箱を玄関に設置している。苦情相談の窓口を玄関に掲示するほか、お便りでも知らせている。	「苦情になる前に状況把握」を心がけている。面会時にはお茶の接待で寛いでもらうなど、会話のしやすい環境作りがなされている。月1回、状況報告書を家族に送付している。聴取した家族からの意見や要望は管理者に伝えられ、業務日誌に家族との会話欄が設けられており、その記録を全職員が確認している。	
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	毎月定例会を開催し意見交換をしたり、個別に意見を聞くなどして、職員の意見を運営に反映させている。	基本的には人事異動は行わないが、職員からの希望があれば対応している。毎月定例会で入居者の状況や運営面についての話し合いが行われる他、匿名での投書やメールでの意見交換、管理者との面談等が行われており、働きやすい職場づくりに向けて、職員の意見を運営に反映させている。	
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	職場環境は整備されているが、給与水準は十分とは言えない。		
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	経験や力量、希望にあわせて研修する機会を確保している。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会に加入し、交換研修や施設見学など行っている。		

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
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	入居前に本人にお会いして確認し、サービスを開始している。		
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	入居前に本人、ご家族に話を伺いながら、関係づくりに努めている		
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	入居前に本人、ご家族の状況や要望をうかがい、他のサービスの紹介も行っている。		
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	入居者の気持ちになって家族のように共に暮らす同士として接するよう心がけている。裁縫を教えてもらったり、「感謝の気持ち」や「もったいないの精神」を教えてもらったり。		
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	訪問時やお便り、電話などで近況を報告し、意見を聞いたり情報を共有している。ご家族の協力を得ながら支援している。		
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	馴染みの友達や知人、家族がいつでも気軽に寄れるように、声を掛けたり居心地の良い雰囲気作りに努めている。	隣接のケアハウスからの入居者がおり、ケアハウスとの交流が主になっている。また、各人の希望から馴染みの店への買い物や詩吟教室への送迎も行ってはいたが、介護度が高くなるにつれて外部との交流が少なくなっている。	馴染みの地域や人との関係を大切にしながら、その人らしい暮らしをホームでも継続できるよう、更なる工夫を期待したい。
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士でおしゃべりしたり、助け合ったりする姿がある。陰悪な場合には職員が入っている。良い関係作りのため、食事の席移動など行っている。		

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
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	退居した後も葉書を送ってくれるご家族がいる。		
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	日頃の会話の中で希望や意向を伺ったり、把握が困難な方は行動や表情からも読み取るようにし、思いを大切にしている。	日常の会話や表情・しぐさ・声かけの反応等から思いや意向の把握に努めている。また、入居者が判断しやすいように、いくつかの選択肢を提供して本人の意思を確認している。意思の表出が困難なケースでは、職員が意見を出し合い検討している。	
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	ご本人やご家族から出来る限り伝えていただき、把握に努めている。直前に利用されていた施設などからも情報を集めている。		
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	日誌をもとに情報を共有し、日頃の生活リズムを把握したり、出来ること、出来ないことを見極め、日々の状態をみながら、その人毎に支援している。		
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	ご家族の訪問時や電話などで話し合う機会を持ち、ケースによっては医師や理学療法士にも相談しながら計画を立てている。	家族等と話し合い、職員の意見を反映してそれぞれの状態に即した介護計画を作成している。月1回のモニタリングと3ヶ月に1回サービス担当者会議を開催し、原則6ヶ月ごとに介護計画の見直しを行っている。状態に変化が生じた際には家族を交えて話し合い、随時適切な対応を行っている。介護計画の内容を家族に説明し、同意を得ている。	
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	個人毎の日誌に、日常の様子や目標に対しての記録欄を設けて記録。毎日のケアや介護計画の見直しに活用している。		
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	入・退院時の移送、付き添い等の支援を行っている。必要に応じて理学療法士の指導を受けている。		

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
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	イベントを行う際にはボランティアさんに来ていただいたり、年に2回の総合避難訓練では消防署の協力をお願いしている。		
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	母体の診療所の医師に毎日状態を報告。他のかかりつけ医がいる場合はご家族の協力を得て支援している。	入居者の希望を優先し、現在多くが母体の医療機関がかかりつけ医となっている。内線電話で入居者の状況を医師に毎日報告し、適宜受診している。他の医療機関への通院は、家族付き添いを原則としているが、職員も同行している。口腔外科や眼科等、必要に応じた適切な医療の受診を職員が付き添って支援している。	
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	法人内の老人保健施設の看護師を非常勤職員として配置し、相談や健康管理にあたっている。		
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	入院時には日頃の状態の情報を病院側に提供し、入院中の配慮をお願いしている他、普段から情報交換を行っている。		
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	ターミナルケアを希望するケースが多くあり、家族や医師と話し合いを持ち、終末期のケアに取り組んでいる。	医療処置での回復が望めないと判断した時点で事業所で出来る介護の限界を家族に説明し、終末期の過ごし方を家族と共に相談し決定している。終末期に立ち会う者として何ができるのかを全職員で話し合い、「その人らしさ」を大切に支援に努めている。家族の付き添いや宿泊にも対応している。	
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	普通救急救命講習や誤嚥の対処法などの研修に交代で参加している。		
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	年に2回の総合避難訓練の他、月に1度自主訓練を行い、日頃から災害時に対応できるよう心がけている。近隣の人に災害時の協力を呼びかけている。	昼と夜を想定して、年2回消防署の指導のもとに避難訓練を実施している。また毎月1回、入居者個々の避難経路と時間の確認や、通報装置の作動訓練等を実施している。調理機器の電気化・スプリンクラー設置・防災グッズ等も備えている。万一の事故発生時には職員がどんな役割でも果たせるように日頃から訓練している。	運営推進会議のメンバーをはじめ、近隣住民の協力が得られるよう、一層の働きかけを期待したい。

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	思いをよく聞く、感じ取るなどし、個々にあった声掛けで自尊心を傷つけないようにケアにあたっている。言葉掛けで気をつけなくてはならない場合も見受けられるので注意していきたい。	「認知症介護のダメ三原則(怒ってはダメ・押し付けてはダメ・駄目とってはダメ)」を守って、自尊心を傷つけないケアを心がけている。呼称は苗字か名前に「さん」をつけることを原則としている。個人情報保護の取り決めを職員が共有している。	
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	入浴の際は自分で衣類を選んでもらうなど、些細なことでも選ぶ、決める、ということを大切にしている。		
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	食事やお茶の時間、トイレ誘導など、個々のペースに合わせて時間を調整している。行事などはお誘いはするが無理強いはしない。		
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	着過ぎやボタンの掛け違いなど、さりげなくフォローしている。		
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	好き嫌いを把握し、苦手な献立の時は別メニューを提供している。料理の下処理など、出来る範囲で一緒に行っている。食器拭きも毎回一緒に行っている。	料理の下ごしらえなどの作業や箸くばり・下膳など、入居者がやりたいことを分担している。栄養士が1ヶ月分の献立を作り、入居者の希望を取り入れて提供している。春と秋には家族参加の外食会や各種行事の特別献立も楽しんでいる。	
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	毎食の摂取量を記録し、食欲がない時は栄養ゼリーなども用意している。おかゆや刻み、ミキサー食など食べやすい形態で対応。コップの重さや大きさも個々に合った物にしている。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。入れ歯は定期的に消毒液に浸けている。口腔ケアセットが置き忘れて見つからなくなる方は職員が管理し、毎食後居室に届けている。		

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
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	個々の排泄状況を記録し、パターンを把握。夜間はポータブルトイレを使用するなど個々に合った介助をしている。出来る限りオムツをしないよう努めている。	日々の記録から排泄のパターンを把握し、水分摂取量の調整や薬の使用等を医師と相談しながら出来る限りオムツをしないケアを行っている。	
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	排便をチェックし記録。薬だけに頼らず、便秘予防に繊維質の多い食品や乳製品、水分などを摂っていただくようにしている。		
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	入浴のタイミングがわかるように記録し、毎日お風呂を沸かし、交代で午前、午後で入浴している。身体の不自由な方は負担の少ない介助浴槽で対応。時間は必ずしも希望に添えていない。	一般浴と機械浴があり、一般浴は家庭的な個浴用浴槽でゆったりとした入浴を支援している。ほぼ毎日、午前と午後に入浴時間を設け、基本は週2～3回としているが、入居者の状況で柔軟に対応している。失禁時にはシャワーで対応している。衣類の脱着や入浴時等は入居者の状態に応じた支援を行い、季節の入浴剤などを使用して楽しめる入浴を心がけている。	
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	食後横になる習慣のある方など個々の希望や状態に合わせて支援している。室温を調整したり、暗くないと眠れない方には遮光カーテンに変えるなどして、安眠できるように支援している。		
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	薬の効能や副作用の書かれた用紙をいつでも見られるようファイルし、新しい薬が処方された時は注意事項も伝えている。服薬状態を毎日医師に報告し、指示をもらっている。		
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	興味や力に応じて家事や行事などの参加により役割を持っていただき、張り合いのある生活が送れるよう支援している。出来ない方でも楽しみが増えていくよう更に努力したい。		
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	日頃散歩や買い物には行っているが、行ける方が限られてきている。	広い敷地内を日常的に散歩し、敷地内にあるケアハウスで毎月1回行われている買い物ツアーには、ホームの入居者が2～3名同行している。現在は車イス移動の方が増え散歩が中心の外出となっている為、少しの間間にも外で過ごせるよう工夫している。個人的に墓参りを希望する方には、家族同伴で職員が同行している。	

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
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	ホーム内では金庫でお財布を預かり、買い物や外出の際に本人にお渡ししている。出来る方はレジ等で支払いをしていただいている。		
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	希望に応じ、自由にやりとりしている。必要な物がある時、ご自分で電話にて持ってきてもらうよう伝えている。		
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	普通の家庭で使う調度品を使っている。季節を感じられる柄の飾りを飾っている。トイレには消臭剤とスプレーを置き臭いに対応。	共用空間は整備され清潔感が感じられる。食堂兼居間にオープンキッチンがあり、入居者は食事づくりから食事までの一連の時の流れを共有している。過度の飾りつけを避け、行事での写真や習字の作品が飾られている。畳スペースや中庭を望む廊下に置かれた二人掛ソファや小型のテーブルセットなど、おちついた雰囲気居心地の良く過ごせるようにしている。	
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	廊下にテーブルと椅子を置いている。一人で座っていたり談話している姿がある。		
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	ご本人が使用していた家具類を持ってきていただいている。ない場合にはホームで用意したものを使っている。	居室にはベットとクローゼットを常設し、その他は、入居者の使い慣れた家具や所持品等が持ち込まれている。各室の庭に面したサッシは掃き出し型で開放感があり、明るい室内となっている。	
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」「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	トイレ前や居室入り口に目印をつけ、わかりやすくしている。洗面台の高さを調節し、自立できるようにしている。		