

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	0195700083		
法人名	クリーンハウス株式会社		
事業所名	グループホームたんぼぼ岩見沢館 ユニット1		
所在地	岩見沢市6条西13丁目38-4		
自己評価作成日	平成26年2月8日	評価結果市町村受理日	平成26年4月3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)】

入居者の一人ひとりの想いを大切に、その人らしい生活が出来るように支援しています。施設内に籠らないように積極的に外出し、地域の中で生活を楽しめるように支援しています。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL [http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou\\_detail\\_2013\\_022\\_kani=tue&JigyosyoCd=0195700083-00&PrefCd=01&VersionCd=022](http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=tue&JigyosyoCd=0195700083-00&PrefCd=01&VersionCd=022)

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西7丁目1番あおいビル7階
訪問調査日	平成 26 年 2 月 20 日

【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)】

グループホームたんぼぼ岩見沢館は、運営法人のもつ介護への想いや実績を地域に還元するために、居宅介護支援事業所、訪問介護、通所介護及び高齢者施設のある敷地内に法人の4つ目のグループホームとして誕生しました。ホームでは、理念を基に高齢者の自立や豊かな生活を支えるという使命の実現に向け職員一丸となって取り組んでいます。特に、利用者の社会との交流の継続や自由な生活を大切に、日常的な外出はもちろん、日曜日は外出の日として取り組んでいます。職員は業務に流されるのではなく、利用者の希望を叶えるための専門性を身に付け、身体状況やできることの見極め、リスクをどのように減らしていくかについて検討し、家族とも協力しながら利用者の生活を支援しています。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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			

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	会議毎に介護理念の確認や介護理念の意味合いを話す機会を設け職員の実践につなげるように努めているが、全職員が介護理念を正確に理解している状態ではない。また、介護理念はリビングの見やすい場所に掲示している。	法人共通の理念を掲げ、法人として10年あまり取り組んできた認知症高齢者への温かいまなごしを理念を通じて実践しています。職員採用時からホームの目指すものが単に介護技術の高さだけではないことを先輩職員から学んでいます。	
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	事業開始から1年経っていないが、町内会への参加や施設行事を行う際には、地域へ参加を呼びかけるなどをしており、少しずつではあるが交流をしている。	開設間もないホームのため、現在、地域との交流を活発にするための取り組みを行っています。利用者が散歩時に地域家庭の庭で住民と交流したり、夏祭りに近隣を招待するなどしています。	ホームの敷地内には複数の介護事業所や、高齢者住宅があり、今後連携しながら地域への機能還元や交流について検討しています。交流についてはもちろん、高齢者の相談や認知症の知識の普及など地域に貢献していくことが期待されます。
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	運営推進会議を通じて、地域の人たちで認知症の人で困難な生活をしている人がいるなどの話があった場合は、認知症についての対応や理解等を説明させていただいている。急を要する場合には包括支援センターや自事業所の居宅支援事業所を紹介している		
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	高齢介護室、地域包括支援センター長、町内会長、民生委員、利用者家族代表などに参加していただき、ホームの運営に対して意見を頂いている。	運営推進会議は定期的開催し、市の高齢介護担当、地域包括支援センター、町内会町、民生委員、家族等が参加しています。ホームの状況や行事、災害などが取り上げられ、活発な意見が交わされています。また、議事録はホーム入り口に設置しています。	
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	高齢介護室の担当者には大変お世話になっています。毎月の入居状況報告をメールでお知らせし、不明な点等は電話で問い合わせして、お答えして頂くなどしています。	ホームの立ち上げから運営まで市の高齢介護担当に確認しながら業務を行っています。利用者の散歩コースへのベンチ設置の相談や夏祭りで社協からのテントを借りるなど、行政や地域資源と適切に連携を取っています。	
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「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	虐待防止委員会を設置し研修を行い、その中で身体拘束について学んでいます。夜間は防犯上の理由により施錠していますが、昼間は人が自由に入出入りできるように開錠されています。	虐待防止委員が2名おり、毎月施設内研修を行っています。身体拘束の理解だけでなく、認知症や人権について学び、利用者の尊厳について職員が考える機会を多く持つようにしています。夜間は防犯のために施錠していますが、日中は職員が目配りを行い、鍵を掛けず自由に外出できるようにしています。	
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に注意を払い、防止に努めている	虐待防止委員会を設置し、施設内で虐待防止の研修を行って職員に周知をしています。また外部研修にも参加し、自施設が気づかない虐待防止に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	施設として日常生活自立支援事業や青年後見人制度の勉強会はしていません。		
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	入居前から当施設の概要を説明し、不安や疑問があればお答えさせて頂いています。契約時には契約内容の説明を話ししながら契約をさせて頂いています。		
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	日常的に利用者や家族には、職員または管理者に要望等と言って頂けるようにお話ししています。また苦情相談窓口を設定し、外部苦情受付機関があることも、契約時に説明させて頂いています。	利用者毎に担当職員がおり、毎月家族に利用者の様子を伝える個別のお便りを送付しています。事業所の便りで事業所全体の様子も伝えています。家族の来訪時には状況の説明や気持ちを汲みとるように努め、要望等は職員で話し合い、連絡ノートに記載して共有を行っています。	
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	毎月の職員会議で職員の意見を幅広く聞くようにしています、その中で良い意見があれば取り入れるようにしています。	職員会議を毎月行い職員の意見を聞いています。また半年程度を目途に自己チェックシートの記載を行い、職員と上司が面談を行っています。研修の参加希望や資格取得など職員が向上しながら長く働けるよう取り組んでいます。	
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	職員には定期的に自己チェックをしてもらい、自分の出来ている部分と出来てない部分をチェックしてもらいます。その上で上司の評価と判断、今後の業務への要望や達成出来ている事への評価を出しています。		
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	日常的に職員と話しをするように努めており、職員の全体的なレベルを見ています。また職員の能力に合わせ、外部研修へ出てもらっています。		
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	法人内の介護保険事業所に研修に行ったり、日常的に交流を図っています。一部の職員は地域のグループホームに研修に行かせて頂いたり、会合等に参加しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	入居前の段階で、本人の困っている事を聞き取り、施設として何が出来るかを説明させて頂き、ケアの方針を決めて安心して生活出来るように努めている。		
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	入居前の段階で、家族の困っている事を聞き取り、施設として何が出来るかを説明させて頂き、ケアの方針を決めて安心して生活出来るように努めている。		
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	前任ケアマネや家族から情報を頂き、本人の状態を見ながら、暫定ケアプランを入居時に作っている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	職員は利用者と共に生活をしていくという想いをもち、日常的な仕事も出来ること出来ないことを考え、利用者と一緒に出来ることをしています。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	家族には自由に来訪して頂けるような関係を作れるように努めています。また利用者の支援でも家族に協力をお願いしたり、家族からの希望等を聞き入れながら利用者の支援に努めています。		
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	馴染みの理容室に行ったり、友人が訪ねて来た時には居室でゆっくりと楽しんで頂けるように努めています。	社会とのつながりを継続して欲しいという願いから、希望者と居酒屋に出掛けたり評判の飲食店に出掛けたりしています。また、外出の中で昔馴染みに再会した利用者には、ホームに遊びに来てもらうよう伝えたりするなど、関係が継続できるように働きかけています。	
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	利用者が孤独にならないように、職員は利用者との関わりを持っています。また利用者同士のコミュニケーションを大切にし、職員は円滑にコミュニケーションが出来るように見守りと支援をしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	転居された利用者がまたいません。		
<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	親切の押し売りにならないよう、職員は利用者と家族の意向などを聞きながら支援方法を検討している。	利用者の言葉をアセスメントに記入し、職員がケアする際に課題だけでなく、希望や利用者の良い点に着目しながら希望を叶えるためのリスクの軽減などについて話し合い、実現に結びつけています。	
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	生活歴は入居時に家族から情報をもらい、利用者と一緒に生活をしながら、馴染みや暮らし方を聞いています。		
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	介護支援経過記録やアセスメントを取りながら、職員会議等を通じ利用者の現状を情報共有しています。		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケア会議を設け担当者と職員の間で会議をしている。また家族には来訪時にケアマネや管理者から話しを聞きケアプランに反映をしている。本人からは生活の中で色々な話を聞きながら必要なことを判断している。	介護計画は半年毎に作成しています。利用者と家族の希望をもとに安心安全と自由な暮らしのバランスをとるため、利用者の力量についてアセスメントを行い、見守りの方法などについて検討しています。計画のモニタリングは毎月行い、自立した生活を支えるために職員が意見を出し合っています。	
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	介護支援経過記録・ケアプラン・ヒヤリハット・事故記録などの記録は常に職員が見られる場所においてあり、情報を共有することが出来、モニタリングなどが出来るようになっていきます。		
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	外出や外食等、その時の利用者の希望や状況に合わせて、利用者に危険がない限り現場の判断で行えるようになっている。		
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	利用者のいきつけの美容室や食べ物屋などに、希望に沿って外出している。また施設内に籠らないように利用者忘年会を地域の居酒屋で開催する等、積極的に支援している。		
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	入居前からの、かかりつけ医を利用して頂いています。本人家族の希望があれば、他病院への受診にも対応しています。	入居者のかかりつけ医への受診対応は職員が行っています。受診結果は医療ノートに記録しています。ホームの非常勤看護師にはいつでも連絡が取れる体制となっており、適切な受診のタイミングや症状の伝え方などのアドバイスを受けています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	医療ノートで利用者の受診状況や体調の変化を記録しており、非常勤看護師が出勤した際には指示を受けられ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。又は、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。	入院時には利用者の退院時期を含めて、病院との連絡を取り合っている。			
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化・見取りに関わる指針を作成し、入居時に家族に説明をしている。家族には個別に終末期の希望を聞き、文書で確認をしていく予定である。	医療連携加算があり、契約時に重度化や終末期についてのホームの考え方を伝え、同意を得ています。家族や利用者の希望を踏まえ、段階に応じて個別に対応を検討することになっており、その時々で文章を作成し家族の同意を得ています。		
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	普通救命救急の研修を予定しているが、まだ行っていない。			
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	火災避難訓練を2回/年行っている。災害時の食糧備蓄は行っている。運営推進会議を通じ地域の協力体制について協議を続けている。	避難訓練は年2回、昼間と夜間想定を行っていません。敷地内の系列事業所との連携について確認していますが、地域からの参加はまだ得られていません。2階部分は2方向の避難経路の安全な利用を検討しています。	すべての利用者が安全に避難できるよう、独自マニュアルの作成や系列事業所との連携を含め、体制を整えることが期待されます。また、地域への訓練参加については今後も呼びかけを継続していくことを期待します。	
<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	親しいと馴れ馴れしいを勘違いしないように、利用者一人ひとりとの関係を考え対応をしています。	利用者の生活歴や価値観を踏まえ、ケア会議の中で職員対応について話し合っています。利用者にとっての毎日がかけがえのないものだということを職員が自覚しながらケアに当たっています。		
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	日常的な行動の選択は利用者にして頂いています。利用者との会話の中で、利用者の希望や気持ちを汲み取って支援するように心がけています。			
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、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	大まかな日課は決まっているが、利用者のペースに合わせた生活リズムを優先している。			
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	外出時や来客の予定がある場合には、本人と相談しながら身だしなみに気をつけるようにしています。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人ひとりの利用者の力にあわせ調理に参加して頂けるように支援しています。また日常的に食事の片付けは利用者中心で行われています。	利用者と一緒に食材の買い物に行くなど、利用者が食べたいものの希望を取り入れながら献立を立てています。野菜の収穫やケーキ作りなど、利用者が楽しんで参加できるよう工夫しています。職員も一緒に食卓を囲んだり外食に出掛けています。	
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	利用者に合わせて刻みやペーストなどに対応している。また好みの飲み物を提供するなどして水分の確保に努めている。		
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	毎食後口腔ケアの声かけと、必要な利用者には一部介助を行っている。		
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	排泄をした時間を記録し、時間を見ながらトイレに誘導するようにして、トイレでの排泄が継続できるように支援をしている。	排泄のパターンを把握し、トイレに行きたいサインを見逃さずに誘導を行っています。失敗をなくす工夫を検討し、紙パンツはできるだけ使わないようにしています。入院などで一時的に難しくなった場合でも、徐々に感覚を掴んでもらい自立につなげています。	
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	飲み物は好みのものを選んで頂き、水分が取れるように配慮をしている。毎朝のテレビ体操を日課としている。夏は近隣の公園などに散歩に出かける等をして、楽しみながら運動が出来るように心がけている。		
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	基本的に午後からの入浴になっていますが、本人の希望があれば、いつでも入浴は可能になっています。	入浴は毎日可能となっています。仲の良い利用者同士での入浴の希望や、入浴剤を入れて気分を変えたりしています。温泉施設を利用することもあり、今後は出掛けられない利用者のために温泉の湯を運んでくることも検討しています。	
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	居室で休まれる利用者もいれば、リビングのソファで寝ている利用者もいて、好きな場所で休んで頂いています。		
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	薬剤情報は職員が、いつでも見られる場所に保管されており、用法や服薬のタイミング副作用等を確認できるようになっている。		
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	家事を職員と一緒にやって頂いたり、縫い物を一緒にして頂く等している。冬場は玄関先の雪投げをしている利用者もいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	外出行事は季節に合わせた外出や外食等を多く取り入れています。また予定外の外出でも利用者の希望があれば希望に沿って外出をしています。	ホームでは外出に力を入れており、希望によりできる限り外出の要望に応じています。一人になりたい時など、利用者の力量や家族の同意により、散策などを自由に楽しんでいる事例があります。カラオケボックスや居酒屋、回転寿司など、利用者のリクエストで予定を決めずに出かけています。		
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	自分でお金を持っている利用者は、外出の際に自分で買い物をすることもあります。			
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している	利用者の希望があれば、電話の取次ぎなどの支援をしています。			
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	リビングや食堂には、自分で好きな時に飲めるようにコーヒーやお茶がセットされています。リビングには利用者や職員が話しをしやすい距離でソファなどがおいてあります。	ホーム内は広々とした造りになっており、一人になりたい時に活用できるスペースなど利用者が思い思いに過ごすことができます。温度管理、湿度管理がなされ、ホーム内は温度差がないようにしています。トイレの配置なども工夫されており、居間などから見えにくいようになっています。居間にはユニットごとにひな壇を飾るなど、季節の装飾が行われています。喫煙室があり分煙に配慮されています。		
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	リビングとは別に窓辺に椅子を2つ置き、外を眺めたり話しが出来る場所を用意しています。			
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	居室の家具やベットは利用者と家族で用意してもらい、自宅に居た頃の物を多く用意してもらっています。	利用者は使い慣れた家具などを持ち込それぞれに工夫して部屋作りをしています。居室や共有スペースの掃除なども利用者が参加し、自分の家として全体を整えています。また、仲の良い利用者数名が居室に集まり、趣味の編み物をみんなで行うなどプライバシーを守りながら共同生活が送れるように支援しています。		
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	施設内はバリアフリーで段差が無く、手すりが付いており安全に移動できるようになっています。			