

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	4270102629		
法人名	有限会社 ヘルパーステーションぬくもりの家		
事業所名	グループホーム ぬくもりの家		
所在地	長崎県長崎市大手2丁目1番63号		
自己評価作成日	平成31年4月26日	評価結果市町村受理日	令和元年7月29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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/42/index.php
----------	---

【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 ローカルネット日本評価支援機構
所在地	長崎県島原市南柏野町3118-1
訪問調査日	令和元年6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)】

建物は古い木造の家ですが、家庭的な空間で、入居者様に寄り添い思いを受け止め、毎日安心して生活が送れるように支援しています。又、ご家族と連絡等を密に図り、ご家族と共に入居者様を支えるように努めています。

【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)】

当ホームは、従前の管理者がケアマネジャー業務に従事し新たな管理者のもとで運営を始めている。また、ホーム2階部分を改築し、定員8名から9名へと変更がなされている。ホーム内は家庭的な雰囲気でも温かみのある共用空間づくりができており、小規模ならではの入居者へ目の行き届くケアが実践されている。提供されている料理は全て手づくりで、職員は意思疎通が困難な方であっても一つひとつ丁寧な言葉掛けを行い、入居者がしっかりと食事を摂る様子が窺える。ホームには介護経験が豊富な職員が従事している一方で、新人職員が入職した際には新人職員の能力に合わせて職員が納得できるまでサポートするよう就業環境にも留意されている。職員は入居者への日々の関わりの中で本人のペースに合わせた支援に留意しながら、職員自身が入居者から元気をもたらしているとの意識を持って介護の実践に努めている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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広がったり深まり、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				

自己評価および外部評価結果

ユニット名 グループホーム めくもりの家

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	職員がいつも目に触れる場所に提示し、チーム意識を常に持ち、理念を共有しながら実践に繋げている。	ホーム内の誰もが目につく場所に理念が掲示されている。管理者はミーティングや申し送りの機会等を通じて職員が理念の意識づけができていないかを確認しており、理念について職員が互いに話し合える環境ができています。	
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	ご近所との挨拶、声掛け等して交流を大切にしている。季節の野菜、果物を頂いている。又ホームの駐車場を利用して頂いたりとお互い助け合いながら信頼関係を深めている。	ホームでは近隣の洋菓子店からの頂き物や近隣の方へホーム駐車場を無料で利用していただくほか、高齢の方が多く住まう地域ということもあり、民生委員から地域の様々な情報を得るなどして地域との交流や信頼関係の構築に努めている。	
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	地域との交流を始め、運営推進会議等を通じ認知症高齢者の方々の理解や支援を頂いている。		
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	2か月に1回会議を実施し、ホームの状況や活動報告をしている。地域の情報も分かり、防災、防犯に活かしている。	運営推進会議は自治会役員・地域代表・民生委員・行政担当者・ホームの職員で構成されており、ホームの活動や入居者の状況、行事予定等について報告がなされている。	今後、運営推進会議におけるテーマに応じて講師役となるような方(例えば地元の警察官や保健所の保健師、認知症地域支援推進員等)を招いて家族や地域の方にも参加を促すなど、運営推進会議を更に充実させていくような今後の取り組みに期待する。
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	市町村等の情報や資料は、必要に応じて観覧し、情報の共有をしている。運営推進会議には、市役所の方も参加されるので、情報交換や助言を頂いている。	ホームでは市担当者が運営推進会議に参加されており、助言を得ている。また、必要に応じて市の福祉総務課や社会福祉協議会なども連絡を取り、情報を共有し協力関係を築くよう努めている。	
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	年間の研修やホーム内の研修、勉強会を通じ理解を深めていけるよう取り組んでいる。身体拘束をしないケアを心掛けている。	職員は社会福祉協議会が行う身体拘束に関する研修会やホーム内の勉強会を通じて身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。また、言葉遣いについても留意されており、丁寧な言葉を使うよう心掛けていることが窺える。	
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	定期的に勉強会をして職員の認識、意識を深め日々のケアに努めている。		

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	勉強会を通じて、学び理解ができるように取り組んでいる。		
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	契約の締結、変更、解約の際は、口頭や文章にて説明を行っている。又、疑問や要望の確認を行い理解を得ている。		
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	家族には、面会の際に近況の報告を行い、何か要望がないかを確認している。その際は、申し送りや個人日誌に記載してホーム全体で対応がとれるようにしている。入居者様には日頃の会話の中で思いや希望などを聴いている。	ホームでは入居者の日頃の様子を載せたホーム便りを家族宛に発行しているほか、年1回アンケート調査を実施している。家族来訪時にはケアマネジャーが要望を伺い、ホーム運営に反映するよう努めている。	
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	会議や日常生活の中で、意見や提案など聞いて対応している。職員一人ひとりが、自分の思いや意見を話さるようにつくっている。	ホームではミーティングの際に職員が意見や提案を出し合っており、職員の相談事については管理者やケアマネジャーが聴くほか、取締役が直接話を聴く機会もある。新人職員が入職した際には新人職員の能力に合わせて職員が納得できるまでサポートするよう就業環境にも留意されている。	
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	管理者からの状況報告、連絡、ホームの様子を見て状況の把握と理解に努めている。		
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	研修や勉強会の機会を確保して、個々の能力の把握と質の向上に努めている。		
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	協議会の参加により、お互いの情報、サービスの質の向上に努めている。		

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	本人との面談、談話時にはゆっくりとした対応に努め、話を傾聴するようにしている。又、利用開始前に担当者へ確認し関係作りがより良くなれ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	入居申し込みや、見学の段階より、家族の不安や心配事など聴き思いに添え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	本人と家族の状況を確認し、その方にとって必要なサービス、支援は何かを話し合い対応に努めている。		
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	生活の中で一人ひとりが出来る事、やりたい事を確認し、職員と共に行い、支え合って生活している。		
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	面会の際や電話連絡にて近況を報告し、状況によっては相談しながら、本人にとって何が良いのかを一緒に考え支援している。		
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	知人や馴染みの方が来られた時は、居室でゆっくり過ごして頂いたり、リビングで皆さんと楽しく談話され過ごされている。又電話での連絡や家族との電話の際はゆっくりと話が出来るように支援している。	ホームでは入居者の友人や同僚の方、親戚の方や近所の方などの訪問が窺える。正月には自宅へ帰省する方や年賀状が届く方もおり、これまでの本人へのつながりを大切にしたい支援に努めている。	
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	一人ひとりの性格や状態を理解して、入居者様同士の関わりを大切にしている。全員で参加できる歌や体操などを行い、楽しく過ごせるように努めている。		

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	契約が終了しても、ご本人の状態を確認したり、会いに行き様子を伺っている。		
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	本人の希望、意向など日々の生活の中での会話、表情により、思いを理解し支援できるように努めている。	ホームでは入居の際に家族からその方に合った言葉掛けやクセなどといった本人のこれまでの情報を聴き取り、入居時には特に留意するよう取り組んでいる。職員は意思疎通が困難な方には質問の仕方を「ハイ・イエ」で応えられるよう配慮している。	
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	本人から汲み取れるところは大事にし、関係機関から情報が貰えるようお願いしている。入居後もその人らしい生活が出来るように努めている。		
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	一人ひとりの一日の流れに添って、その日の体調やペースに合わせて過ごして頂いている。日々の様子や状態は記録に残し、現状の把握に努めている。		
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	本人の思いを汲み取り日々の状態を観察し、変化を見落とさないように努めている。状態に変化があれば話し合いを行い、介護計画に反映している。又、家族が面会時に意見を伺い、介護計画を作成している。	ホームでは初回の介護計画を1ヶ月で立案し、その後はモニタリングを実施して本人の様子や心身の状態の変化を見ながら必要な見直しが行なわれている。家族との面会時には介護計画への意見を伺い内容に反映している。	
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	職員全員が個別に記録し、認識している。申し送りノート含め、情報の共有を図り、介護計画の見直しを実施している。		
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	本人の状態と家族の要望に対して、他機関と連絡を行い支援できるようにしている。		

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	地域の行事に参加したり、消防訓練には、地域の方に参加して頂き交流を図っている。		
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	本人の信頼しているかかりつけ医の受診が出来るように家族と協力しながら適切な医療を受けられるように支援する。又、毎月1回往診時に主治医に状態を伝え、安心して医療を受けて頂けるように努めている。	ホームでは毎月1回医師による往診や週1回の歯科衛生士による訪問があり、必要時には歯科医師による往診を受けている。入居前のかかりつけ医を継続意向のある方についても受診ができるよう配慮されている。受診時には主治医へ入居者の情報を伝えるとともに、家族にも受診結果を伝えている。薬は薬局からの配達がありホーム職員の看護師により管理されている。	
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	職員である看護師と共に連携を取り看護的な把握も十分に行っている。		
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	安心して病院での治療が出来るように面会に行き、精神面のフォローと状態の把握を行い、家族に連絡するようにしている。医療機関との情報交換、相談も行っている。		
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	重度化した時や終末期に向けた方針については、入居された段階で説明を行い、同意を得ている。状態によっては、主治医、家族との相談、話し合いを行い、状態変化や今後の事について共有している。	ホームでは入居前に痰吸引や経管栄養などの医療的な措置が必要となった場合や重度化した場合は医療機関や特別養護老人ホームへの入所等を検討していただく旨を説明している。終末期の支援体制については職員の不安感や協力医との連携体制について課題があり、今後検討していく意向にある。	
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	定期的に勉強会を行い、急変時、事故発生時に対応できるようにしており、何時でもマニュアルや連絡体制が確認できるようにしている。事故後は対応、対策を話し合い再発防止に努めている。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている	年に2回の避難訓練と毎月の会議時にホーム全体で勉強会、シュミレーションを行い、災害時の対策に努めている。運営推進会議を利用して、地域の方々と協力体制を築いている。	ホームでは年2回の避難訓練を実施するとともに、月1回の会議でも災害時の対応について勉強会を行っている。また、緊急対応マニュアルを作成し、職員への周知を図っている。火災時の役割分担については職員勤務時の担当に応じて決めている。夜間想定訓練や重度化した方を想定した避難訓練も実施し、消防署の講評、自治会副会長の指摘事項、職員の反省、振り返りが行われている。	入居者の情報が一つにまとめられている一覧について、更に可能であれば写真は身体状況が一目で分かるよう全身写真も追加しておくことを提案したい。

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	一人ひとりの人格や、精神面を理解し、言葉遣いや対応に努め接するようになっている。	職員は入職時に個人情報保護誓約書に署名し、個人情報を適切に管理するよう努めている。ミーティングを通じて言葉遣いや対応について話し合い、職員同士が互いに注意している。	
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	日々の生活の中で、本人の思いや希望が自然に出来るように声掛けを行い、働きかけをしている。		
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、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	一人ひとりの一日の日課やペースを把握しながら確認を行い、希望に添えるように支援している。		
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	毎朝、鏡の前で容姿のチェックをして頂き、出来る場所、出来ないところを職員が判断、相談し支援している。		
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	利用者の楽しみの一つである美味しい物を食べる事が出来るように、栄養バランスを考えながら好みの物を取り入れ、食べやすいように提供している。	ホームの食事は職員が交代で調理し、手づくりのものが食卓に並んでいる。入居者の状態に応じてキザミ食やトロミ食を提供して本人が食べやすいように工夫している。また、食事量や水分量の摂取状況を記録に残して状態把握に努めている。	
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	栄養バランスを考えて献立を考えている。食事、水分量には注意し、記録する事で状態の変化があった場合に変更したり状態把握に努めている。		
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	毎食後の口腔ケアと個々に合わせた口腔ケア(仕上げ)をしている。歯科衛生士の指導の下、衛生、清潔保持に努めている。		

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	排泄パターンを把握し、排泄の確認とチェックのもとトイレでの排泄を支援している。排泄に失敗があっても、安心できる声掛けを心掛けている。	職員は入居者本人の排泄習慣やパターンに応じて早目のトイレ誘導を心掛けている。夜間帯はポータブルトイレや尿取りパットを使用するなど、本人の状態によって個別の対応がなされている。	
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	身体状態と排便状況を把握し、排便が困難な方は、主治医の指示の下、コントロールを行い、適切に排泄が出来るように努めている。適度な運動、食事内容にも気を配り予防に努めている。		
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	一人ひとりに合わせ、ゆっくりと入浴ができるように努めている。月曜日から土曜日まで入浴日を設けているので状態、状況に応じて支援している。	ホームでは週に2回の入浴を基本に、月曜日から土曜日まで入浴ができるよう支援している。入居者の状況に応じてシャワー浴や足浴で対応している。	
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	一人ひとりのペースに合わせて休んで頂いている。居室内の温度や湿度に注意しながら、入居者様の状態に合わせて対応している。		
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	薬の内容、説明等は確認できるようにファイルに綴じている。重要な事はその都度説明し、申し送りノートに記載している。		
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	日々の生活の中で、本人が出来る事を見つけ出せるように関わりを多く持ち、能力や生活歴を活かして楽しみのある生活が送れるように努めている。		
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	家族の協力を得ながら外泊、外出をして頂いている。天気の良い日は日光浴をしたり、又、季節によっては花見に行ったりと気分転換を図っている。	ホームでは入居者の高齢化により以前より外出する機会は減っているものの、本人の体調が良い時や季節に応じて花見に外出したりホームの敷地で日光浴を行ったりするなど外気に触れて気分転換ができるよう配慮されている。入居者によっては行きつけの美容室に出掛けたり家族の協力を得て外泊する方もいる。	

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	本人が直接お金を持つことはないが、預り金としてホーム管理している。希望があれば職員が購入したり一緒に出掛けられる時に、確認し使えるようにしている。		
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	希望がある時や必要に応じて電話で話ができるように支援している。手紙、葉書が送られてきた時は、本人が分かりやすいように説明し、対応している。		
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	温度、湿度、換気に随時注意を払い環境を整えるように心掛けている。居心地がよい空間づくりに配慮し、四季折々の物が感じられるように工夫している。	ホームでは朝と昼に換気を行うとともに、温度及び湿度にも注意して冷暖房を適切に管理されている。カレンダーの配置や季節感のある装飾を行うなど配慮されており、見当識障害(時間や場所がわからなくなる状態)による混乱もない。	
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	気の合った者同士近くで過ごしている。又、思い思いに自分の部屋に戻りゆっくりと過ごされる。		
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	入居時から、本人、家族へ使い慣れた物を持ってきて頂き、必要に応じて心地よく安心して過ごして頂けるように配慮している。	ホームでは紛失した場合に困るようなものや高価なもの、火気類については居室への持ち込みを不可なものとして入居時に説明している。家具の配置など、介護の動線にも配慮しながら居室の環境づくりがなされている。	
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	安全を考慮し、物の配置には注意している。出来ないこと、分からないことは、言葉かけ等工夫している。		