

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	2772401770		
法人名	有限会社 ひまわり		
事業所名	グループホーム ひまわり		
所在地	大阪府枚方市氷室台1丁目14-20		
自己評価作成日	平成22年5月1日	評価結果市町村受理日	平成22年6月28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)】

・地域との関わり交流として、昨年度より地域担当者職員を1名配置し、地域行事や自治会会議へ参加することで、今まで以上に交流の幅が広がるようになりました。また、地域ボランティアの受け入れを強化し、指体操や読み聞かせ等の訪問をして頂くようになりました。その他には、防災の取り組みとして、近隣住民の方々に避難時の支援、協力、訓練への参加をして頂くようになっていきます。利用者の方々は、地域のパトロール隊として役割を継続しており、行き交う地域の方々と挨拶等で身近な存在として受け入れられてきております。

※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	c.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2772401770&SCD=320
----------	--

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪府中央区常盤町2-1-8 親和ビル4F		
訪問調査日	平成22年5月26日		

氷室台の閑静な住宅地域の中にあり、平成15年に個人住宅を改造して1ユニット定員6名で開設したもので、利用者は家庭的な雰囲気の中で、和やかに心豊かに過している。ホームの近隣は、戸建住宅の庭の植木や公園丘陵地の豊かな自然に囲まれ、遠くには生駒山の連峰が眺望できる。施設長や良き指導者の下、職員は地域の住民からの信頼も厚く、また東部地域のグループホーム連絡会議や合同会議に参加して、情報交換や意見交換を通じてサービスの向上に日々研鑽している。

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)
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)
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)
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)
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
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
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	環境が変わっても一人ひとり、その人らしく生活が出来るように理念を掲げ、朝礼時、夜勤者からの引継ぎ前に職員で理念を復唱することで共有を図り、実践に向けた取り組みが継続できるようにしています。	理念は「認知症があっても、住み慣れた地域で、その人らしく暮らしたいという希望をかなえるホーム」「一人一人個性豊かに、心豊かに」とし、職員全員で共有し、困った時、悩んだりした時は、常に理念に立ち返って考え、実践につなげている。	
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	自治会の行事には、地域の方々の配慮により数年の間に顔馴染みの関係が出来てきています。また、昨年より老人会やサークル等にも地域担当者職員と共に参加することも快く受け入れられています。	利用者3名が老人会に加入している。地域の老人会主催の日帰り旅行、防犯パトロール、ゴミ拾いなど、またホームが地域の会館で開催する敬老会などの行事に積極的に参加し、地域との交流を図る取り組みをしている。	
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	以前より地域の独居高齢者の方々との交流を考慮しており、自治会活動としても同様なことを検討されているためホームで出来ることを担っていけるように運営推進会議、地域福祉連絡会議を通し、交流に努めています		
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	外部評価に結果を利用者、ご家族、運営推進会議構成員、介護相談員へ報告しており、意見を頂くようにしており、サービスの向上へつながるように努めています。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し運営について細部にわたる部分まで参加者の意見を聞いて運営に反映させている。今年から地域のひとり暮らし老人会の会長も参加となった。	
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に取り組んでいる	地域包括支援センター職員は推進会議へ参加して頂き、その時々での報告をもとに意見や情報を得るようにしております。転居希望者の相談から市への働き等もして頂き協力を得ており、良い関係の継続に努めております。	地域包括支援職員との情報交換は、必要に応じて行っている。介護相談員が2ヶ月に1回の訪問し、利用者の悩みや相談に対応していることで、サービスの質の向上に役立っている。	
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、虐待防止等は学習会で繰り返し、周知徹底に努めており継続しています。玄関の施錠については、帰宅願望や不穏利用者の安全確保のために、状態に応じて、センサーや防犯器具等臨機応変に対処しています。	管理者および職員は鍵をかけることの弊害は理解している。玄関は施錠されているが、利用者が外出しそうな様子を察知したら、止めるのではなく、さりげなく声をかけたり一緒についていく等、安全面に配慮して自由な暮らしを支えるようにしている。	
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逃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	研修に参加し学習するようにしており、不定期ではあるが、虐待防止マニュアルを活用し、会議等で周知徹底に努めています。		

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
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	年度ごとに、全職員が制度を理解出来る様に職員会議等で話し合学習しています。利用者が必要とする制度は関係機関に相談し活用するようにしています。		
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	契約時、時間を掛けて不安や疑問点を取り除くように詳細に説明するようしております。報酬改定や加算時には、連絡事項を各自に郵送し、質問等にも答えるようしており、理解、納得して頂けるようにしています。		
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	利用者との話し合いや介護相談員、地域の方との交流で、利用者の意見等を把握するようしており、ご家族様からは、電話や面会時に意見を頂いたりしています。	運営推進会議、介護相談員の受入れ、意見箱の設置等意見、要望を表せる場を設け、全員で検討、改善に取り組んでいる。	
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	朝礼や職員会議等で意見を聞くようしており、反映できるように努めております。	職員は向上心を持っており、互いに意見や提案を言いやすい雰囲気にある。職員会議は月1回開催され、管理者は、意向をサービス改善に反映させるようにしている。	
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	研修会や勉強会の参加への声かけを継続しており、資格取得者に対し、手当ての支給等で向上心を持って勤務できるように努めています。		
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	グループホームの内容に関わる研修は、随時参加出来るように継続しています。		
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	地区によるグループホーム連絡会議や合同会議を含め年4回あり、事前にテーマを決めたり、情報交換や意見交換を通してサービスの向上に努めています。		

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
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	家族と連携をとりながら状態把握し、傾聴に努め見学等でホームの生活状態を説明し、利用者と短時間でも一緒に時間を過ごすことで、在宅生活から安心して移行出来るようにしており、受容から不安解消に努めています。		
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	利用者や家族から困っている事、不安、希望、意向等を聞き、これまでの生活歴を含め受容するように努め継続しています。		
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	本人や家族から生活等について、情報を得るようにしており、必要に応じカンファレンスを繰り返し、職員間の連携を図りながら納得して頂けるように対応に努め継続しています。		
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	日常生活から利用者の身体・精神・趣味・特技、性格等を把握した上で、喜怒哀楽を共にし、その方に応じた対応に努め継続しています。また、その方の喜ぶ事柄を会話に織りませる等し、気持ちを共感したり、工夫しています。		
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	日常の状態観察から変化時把握したことを家族の面会や電話連絡等で支援の確認をしており必要により家族の協力を得られるような関係の構築に努めており継続しています。個人日誌、受診記録等も確認して頂くようにしています。		
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	本人が生活の中で大切にしてきたことや、交友は、家族の協力を得ながら面会等の継続できるようにしています。新しい環境と地域の中でも交流の場を増やし、本人の意向を出来る限り添えるように努めています。	利用者が以前から利用している、美容院や理髪店、また墓参り等ひとり一人の生活習慣を尊重し、支援している。また意思疎通がとれない利用者には日々の会話の中から回想法を用いて思い出させる工夫がなされ、役に立っている。	
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	各利用者のADLや理解力の差はあるが、共同生活の中で支え合いながらともに喜びを一緒にすることで、受容しあえるような関係を支援し継続に努めています。		
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	利用者や家族の意向を確認しながら、必要により関係を継続するように努めています。		

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
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	日常の会話時や個別に時間をとり、ゆっくり傾聴や必要によりカンファレンスに開催を繰り返しながら対応しており継続しています。	日々の暮らしの中での会話や仕草などの情報を職員間で共有して希望や意向の把握に努めている。意志疎通の困難な方にはケアを通して本人の思いの把握や、家族や関係者から情報を得て検討している。	
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	入所前の見学や面談等で個人情報を把握するようにしています。必要により入所前に自宅訪問等で生活状態、また、居宅担当ケアマネからも情報を得るようにしており継続しています。		
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	本人や身近な家族また、在宅での担当ケアマネによる情報と担当職員による詳細のアセスメントに基づき、ケースカンファレンスを開催し、話合いの内容からケアプランへつなげるようにしています。		
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	担当職員によるアセスメントを基本に日常の観察や記録表、本人、家族の意見を伺いモニタリングをしています。必要によりケースカンファレンスを開催しケアプランへつなげています。	本人、家族の思いや、関係者からの医療、介護情報を収集し、アセスメントに基づき計画作成担当者がケアプランを作成している。各種の個別ケア情報とモニタリング結果から毎月の評価を行い、利用者本位の個別ケア計画を作成している。	
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	日常の気づきや観察を個別日誌へ記録し、申し送りや連絡帳等で情報を共有し、実践へつなげるようにしております。必要によりカンファレンスを開催し、介護計画の見直しにいかすように努めています。		
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	本人の意向や必要性により地域ケアマネや他の事業所と連絡を取り、情報交換等を得て必要な支援が出来るように努めています。現在必要としている方には、他のサービスを利用できるよう対応しております。		

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
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	地域自治会主催の行事、サークル活動、また、地域の他の福祉施設等の行事参加や交流でホーム以外の生活の拡大につながるよう支援しています。		
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	定期受診時、状態報告しかかりつけ医と密な連携をとりながら利用者、家族の希望に応じて治療が出来るように支援をしております。	入居以前からのかかりつけ医の受診は、利用者や家族の希望により継続支援している。また連携医療機関による定期受診も、利用者や家族の同意を得て実施し、健康管理を図っている。	
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	ホームの非常勤の地域看護師が週1回来荘し、健康管理や相談、助言等しており、24時間連絡対応可能な状態であり、必要によかかりつけ医との医療連携体制を継続しております。		
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、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。	かかりつけ医に相談の上、本人、家族の意思を尊重し、ホーム対応可能であれば、受け入れ体制を整備し退院後は、Drや地域看護師と連携をとりながら対応するようしており、継続しています。		
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、事業所です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	病院、家族、看護師、職員との連携から看取りの指針マニュアルを作成し、1年ごとに家族と共に意向を確認し、終末ケアに対する方針を決めており対応できるように努めています。	入居時に「緊急時医療対応と看取りの指針」を説明し、同意を得ている。重度化や終末期に向けた、医師、看護師、家族、利用者、職員全員での話し合いにより、方針を共有している。終末期対応について職員の意識向上の取り組みを進め、ホームでの看取りも検討している。	
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	定期的に看護師による勉強会や研修へ参加するようしており、リビング掲示板に応急手当等のマニュアルを掲示し、職員の意識付けに努めています。		
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	消防計画に基づきホーム内で年4回の避難訓練実施。また、消防署立会いにて、実施指導を受けています。散歩やパトロール時に利用者の方には避難場所を学習して頂き、校区や地域主催の災害訓練にも全員で参加し近隣の協力体制強化にも努めています。	年4回避難訓練を実施している。災害時には地域の住民の協力体制が構築されており、近隣の職員、介護相談員、ひとり暮らしの会の会長などの協力が得られることになっている。しかし、備蓄品の準備や警報装置、煙探知機などの設備がない。	日本防災協会認定品参考として災害用、非常食を含め備品等を1階の定位置に常備しており、その他の自動火災報知器、火災警報器等は現在業者に依頼をしている。

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
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	個人情報保護法を含め、言葉遣いマニュアルを作成し、会議で繰り返し学習し、周知徹底に継続して努めています。	職員全員がプライバシーの保護および個人情報の保護を徹底するように研修に参加すると共に、職員会議において職員同士が確認しあっている。	
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	マンツーマンで個別対応しながら、本人が自由に思いや希望等を表出したり、自己決定が出来るような関わり方をするように継続して努めています。		
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し、その日をどのように過ごしたか、希望にそって支援している	一人ひとりのその時々々の状態や個々の性格、癖等を理解した上で、声かけや誘導等を臨機応変に対応しており、必要により声かけや時差対応する等の工夫をし、希望に添えられるような支援を継続しています。		
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	自由に、好きな時におしゃれを楽しめるようにしており、地域の2ヶ所の理美容院を利用したり、個人外出等で衣類や化粧品等、好みの物を購入出来るように個別支援を継続しています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事当番を決めており、メニュー書きから職員と一緒にコミュニケーションをとりながら調理や盛り付け、配膳をし、準備から食べるまでの楽しみも味わって頂けるよう継続して支援しています。	食材は外部業者に委託している。献立表は季節の旬の物を取り入れて作成している。ホームのプランターで収穫された食材を使用することもある。食事の一連の流れを利用者と共に行い、食事前には毎日必ず、口腔ケアが実施され、誤嚥防止に努めている。	
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	一人ひとりの嗜好を把握し、その日の体調に配慮した摂取量や水分量を確保し、記録しています。栄養バランスの良い摂取に心がけていますが、必要によりメニューの変更をする等、臨機応変に対応出来るよう継続して努めています。		
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	毎食後と就寝前の口腔ケアの促しや準備の支援、かかりつけ歯科医との連携にて、必要な治療や3ヶ月ごとのメンテナンスの支援を継続しています。		

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
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	個々の排泄パターンを把握し、必要により記録から支援や援助方法を決定するようにしており、対応の継続をしています。	排泄チェック表でパターンを把握している。本人に合った布パンツ、パット等の検討を行い、可能な限りトイレにて排泄ができるように自立に向けた支援を行っている。日中はパンツ、夜間はパットを使用し、対応している。	
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	食材の工夫や散歩、体操等の運動を取り入れたり、便秘傾向の方には、腸の働きを促す為に、起床時にコップ一杯の水分を飲用、個人購入によるヨーグルトの摂取、腹部マッサージをする等、対応し、必要により下剤の調整をしています。		
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	基本週3～4回の夜間入浴と季節によりシャワーが可能であり、必要により随時シャワー浴の支援を継続しています。	入浴は、週3～4回とされ、夜間入浴を基本としている。一人ひとりの生活習慣や希望に合わせた支援をしている。また体調不良、入浴拒否の場合は日時を調整するなど、利用者が楽しく、気持ちよく入浴ができる配慮がある。	
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	室温や個人の体調の状態により、安眠出来るように支援しており、夏場はアイスノンを使用したり、夜間眠れない方には、水分補給や傾聴、対話等に努め、継続しています。		
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	処方箋ファイルを作成し、いつでも内容確認出来るようにし、服薬確認表では、準備と服薬時の2度のチェックで間違いの防止に努めています。また、内容変更時には、連絡ノート、申し送りにて、周知徹底を継続して努めています。		
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	個々の生活歴から、趣味、嗜好品等の情報を得て、能力に応じた役割や楽しみへの参加や機会を提供出来るように支援し、買物等で嗜好品の購入等の対応を継続しています。		
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	地域や他施設の行事に全員で参加や、希望により個人買物等の外出や話し合い、希望を聞き、支援をしています。また、家族にも外出時の参加を呼びかけ、交流の機会を増やすようにしており、地域ボランティアの同行依頼も継続しています。	屋外に出て気分転換し、心身の活性化につながるように、できるだけ外出している。ひとり一人の希望や状況に応じて近隣の公園を散歩したり買い物に出かけるほか、地域の各種行事に参加している。	

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	個人管理の方と希望によりホーム預かりの方がおり、外出時には、個人でお金を持って買物して頂くように支援しています。可能な方は、購入されたレシートをノートへ添付、小遣い帳に収支の計算をして頂くよう支援、継続しています。		
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をしている	現在、手紙のやり取りを希望されている方はおらず、本人の希望により電話の取次ぎ支援を継続しています。		
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	閑静な住宅地の為、不快な音は殆ど無く、光はロールブラインド等で調整するようにし、安全面に配慮しながら快適に生活して頂けるよう努めています。玄関には季節の花を、リビングには利用者の手作り作品等を飾り、四季を感じながら過ごして頂けるよう工夫しています。	トイレ、浴室、廊下に手すりが設置され清潔である。台所は使い勝ってよく配置され、リビング兼食堂は利用者が寛げる配慮がされている。廊下の壁や居室の入り口には利用者の作品などを飾り、家庭的で居心地良く過ごせる工夫がされている。	
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	状況に応じて自由に活動出来るように場所の提供をしており、気分転換や楽しみの場として利用出来るように継続して対応しています。		
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	各自の居室で本人らしく生活出来るよう、使い慣れた家具や置物等を設置して頂き、安全を考慮しながら居心地のよい安心感を与えられる居室になるよう対応しています。	居室の入り口には、利用者の絵が飾られ、自室が分かり易いように名札も工夫されている。室内には使い慣れた家具や椅子が配置され、落ち着いて過ごせる居室が確保されている。窓から近くの森や公園の木々が見える居室もある。	
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	自立に向けたADLに配慮した対応に努め、その人の残存能力を引き出すように見守りや声かけ、役割を担うことで自信を得られるように対応、出来ない所を支援するようにしています。また、ホーム内の設備点検を定期的を実施しています。		