

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	職員会議で、法人理念・ケア理念について具体的な確認を行い、理念に基づいたチームケアに取り組んでいる。	理念については玄関正面に大きく掲示してある。理念の共有に向け具体的な実践項目を挙げ職員会議で話し合い、利用者一人ひとりの状況も全職員で把握し理念に沿った支援に取り組んでいる。仮に理念にそぐわない言動等があった場合には職員全体の問題として職員会議で話し合い利用者に向けた支援に繋げている。家族に対しては利用契約時に理念の内容を書面に渡し話をしている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の催しに参加したり、ホームの行事にも近隣の方に来て頂けるよう声をかけている。地域の環境整備(草刈りなど)にも職員が出ていき、交流に努めている。	自治会費を納め地域の一員として活動している。地区の文化祭には利用者の作品を出品している。また、阿智コーラス隊の発表会にも出掛けている。定期的に開催しているサポーター養成講座も地域の中で「何が出来るか」を常に考え実施している。地域の活動に積極的に参加することと合わせ地域ボランティアの来訪にも力を入れている。地域の方がホームの庭の草刈り、木の手入れに来訪されたり、傾聴、演芸、マジック、音楽、踊り等のボランティアの来訪も数多くある。中学生の職場体験も引き続き受け入れており、3名が2日間来訪しレクリエーション中心に利用者とは交流している。	
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	村内における認知症サポーターのキャラバンメイトは当事業所の職員2名だけであり、ほぼ全ての養成講座を依頼されている。行政と連携して回数を重ね、住民の10%が認知症サポーターとなった。		
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	本人、家族、行政、地域包括支援センター、社協、民生委員、訪問看護ステーションというメンバーを中心に年6回開催。出していた、意見・要望・アイデアをサービスに活用している。	利用者代表、家族代表、役場民生課職員、地域包括支援センター職員、村社会福祉協議会職員、民生委員2名、ホーム関係者の出席で2ヶ月に1回開催している。利用者の現状と課題、研修、事故、地域に向けての活動状況などの報告、行事ボランティアの受け入れ状況、意見交換等きめ細かく行われている。職員には会議内容を報告し運営に役立てている。	
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	民生課、地域包括支援センターとの連絡は密に取り合っている。行政から相談を受けることも多く、当事業所の相談に乗ってもらうことも多く、お互いに頻りに協力しながら取り組んでいる。	役場民生課、地域包括支援センターと連携を深め様々な事柄について相談している。役場から在宅の認知症の家族対応について相談を受けお互い行き来し情報交換を行っている。介護認定更新調査は調査員がホームに来訪し実施している。役場の協力もいただきサポーター養成講座、キャラバンメイトを定期的に開催し村におけるホームの認知度も着実にアップしている。	
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「介護保険法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	玄関の施錠は、防犯のための夜間帯のみとしている。平成30年度の改正で身体拘束廃止委員会の設置が義務付けられたが、現状では身体拘束に当たる方はいない。研修を行い職員の意識の向上に努めている。	身体拘束のないケアに取り組み、現状リスク回避のための対応を必要とする利用者はいない。外出傾向の強い方もなく、玄関は日中開錠されている。年1回の身体拘束勉強会があり、職員会議の度に話し合いを重ね拘束のないケアに取り組んでいる。利用者の所在確認は職員がきめ細かく巡回し確認している。転倒リスクのある利用者があるので安全確保のため家族に相談の上センサーマットを使用している。	

グループホーム大地

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
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	社内研修・社外研修を受講し、職員同士でも互いに意識しながら、虐待防止に努めている。 また、法に触れないことであっても「悪性の社会心理」とならないよう、教育を行っている。		
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	成年後見制度を利用している入居者もあり、OJT(職場内研修)を活用して周知している。 一般職員は日頃直接的に制度に関することをしていない為、意識していない者もいる。今後は法人内研修で知識を付けてもらいたい。		
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	入居時に面談を行い、要望や不安に感じる点を明白にし、十分な説明を心がけている。改定があった時点で、面談及び文書により説明を行い、署名をお願いしている。		
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	相談受付は管理者とリーダーが窓口になって、随時対応している。在籍期間の長い職員ばかりなので、家族のほとんどは一般職員に対しても気兼ねなく意見を出してくれる。その為、意見箱は設置しているが入っていたことがない。	ほとんどの利用者が自分の要望を伝えられるが、表情や今迄の状況も参考にしながら支援に取り組んでいる。家族の来訪は平均すると週1回～月2回位で、職員の在籍期間が平均7年と長く、家族からの信頼も厚く来訪された時には気軽に話している。年数回家族交流会があり、バーベキュー大会、流しそうめん、五平餅大会等を行い楽しい交流の場を持っている。ほとんどの家族が誕生日にはプレゼントを持って来訪されている。ホーム便り「ありがとう、ありがとう」は毎月発行され、利用者の様子やイベントのお知らせ、個人別の近況報告を載せ家族あてに届けている。	
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	職員会議や日々の業務の中で意見や提案を聴く機会を設けている。実現性の高いものを運営に反映させている。	月1回第2水曜日の夜6時より職員会議を実施している。業務全般、提案事項、意見交換等が行われ、より良い支援に繋げている。目標管理制度に沿い、自己評価を行い、年2回、3月と10月に個人面談を行い、意見の吸い上げとモチベーションアップを図っている。年間の研修計画に従い職員の知識の習得とスキルの向上に取り組んでいる。	
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	年一回面談を行い、職員から直接話を聴く機会を作り、職場環境の向上に努めている。年度末に自己評価を提出し、管理者からも一人ひとりの状況を伝え、給与に反映させている。研修の受講を通じキャリアアップを後押ししている。		
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	年間計画に基づき、各自に適した研修に参加できるようにしている。OJTを中心に、Off-JT(職場外研修)やSDS(自己啓発援助制度)の支援を行うことで、レベルアップを図っている。今年度は長野県版キャリアパスに沿って中堅クラスの育成に重点を置いている。		

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
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	長野県宅老所・GH連絡協議会に加盟し、研修や交流会に参加している。近隣の宅老所やGHとは、お互いに訪問・見学し合って切磋琢磨している。		
<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	居宅のケアマネージャーや地域包括支援センターからの情報を活かしつつ、ひもときシートとセンター方式を使用。パーソンセンタードケアに努め、じっくり傾聴する事から始めている。		
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	入居に当たり、十分な話し合いを行い、理解してもらうようにしている。		
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	本人の生活歴・習慣・趣味・趣向・疾患を踏まえ、まずどのような支援が必要か、実現性があるものに優先順位を付けてサービス提供を開始している。		
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	「ゆっくり・のんびり・一緒に」をモットーに入居者のペースに合わせて、家事全般を協力しながら行っている。農作業などは職員よりも利用者の方が詳しいので教えてもらいながら取り組むようにしている。		
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	家族の方には、主に心理面を支えてもらえるよう、面会や外出・外泊等の協力をいただいている。職員は日頃の様子を伝え、家族が戸惑わないよう配慮している。		
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	近所や地域の方たちとの接点を持ち続けられるよう外出の機会を増やしている。また、ご近所さんや同級生・友人などが気楽に会いに来てくれるようにしている。	ほとんどの利用者に自宅近所の方の来訪があり、お茶を飲まれ親しく話をされ楽しまれている。友人から手紙が来たり、毎月家族より絵手紙を頂く方がいるので職員が手伝い、利用者が年賀状を作成し家族に出すことを検討中である。半数以上の方が馴染みの美容院へ出掛けたり、通い慣れた近所のスーパーやコンビニへおやつの買い出しに出掛けている。	
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ご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	個性を尊重しながら、気の合う仲間づくりができるよう、職員が媒介となっている。利用者さん同士で支え合うこともあり、また、お互いに部屋を行き来してお喋りする姿も見られる。		

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	ここ2年ほどは殆ど死亡退所のみとなっている。築いてきた関係もあるので、度々様子をお聞きしたり、グリーフケアを行っている。		
<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	本人を抜きにしては何も始まらないので、多様なかかわり方から意向を把握する。自分の思いを言葉で表現できない方も多い。家族や職員で協力し、センター方式を用いて本人の代弁者となれるようにしている。	朝の洋服選び、入浴後の服選び等、自己決定を大事に二者択一の提案を行うようにしている。また、食事についても何を食べたいのかスーパーのチラシ等を見せ、希望を聞き、出来るだけ取り入れるようにしている。発した言葉は介護記録に残しているが、記録として残し易い方法を考えながら取り組んでいる。合わせてお風呂、居室等での1対1での話を大事にすることと家族から聞いた過去の生活歴も参考にし支援に取り組んでいる。	
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・家族はもとより、それまでの担当ケアマネージャーや在宅サービス事業所、医療機関などから情報を頂いている。		
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	介護記録から一人ひとりの生活リズムを把握。「やりたいこと」と「できること」のギャップが小さくなるようにしていくためのアセスメントはしっかり行っている。		
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	長期目標6ヶ月、短期目標3ヶ月以内とし、課題は本人が毎日取り組めるハードルが低いものとしている。ケアプラン原案は必ず本人・家族にも説明を行い、承諾を得るようにしている。	管理者と2名の介護福祉士が経過報告を作成し管理者がモニタリングを行い、カンファレンスで職員の意見も聞きプランの作成を行っている。プランは本人や家族にも説明し、希望も聞き、反映させている。状況に変化が見られた時には随時見直しを掛けている。	
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	本人の話したこと、行動や表情からも読み取れる本人の気持ちを介護記録に残し、職員間で話し合いをしながら、実践し介護計画に結びつけている。		
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	家族、協力医、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、社会福祉協議会、ボランティアの協力を得ながら、その時々ニーズに対応している。		

グループホーム大地

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	主に地域包括支援センター、社会福祉協議会を通じてインフォーマルサービスの資源を活用している。また、地域行事への参加や、顔なじみの商店などにも協力してもらい、本人が地域社会の中で暮らしていけるよう支援している。		
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	指定協力医療機関には受診・往診の柔軟な対応をしてもらっている。電話での対応や、医師に時間を取ってもらい直接相談に乗ってもらうなどの関係性を構築している。	現状ほとんどの利用者が24時間対応のホーム協力医の往診と定期受診で対応している。オンコール対応の訪問看護師も毎週火曜日に来訪し利用者の健康管理を行っている。合わせて協力医との緊密な連携が取られ万全の態勢を整えている。歯科も必要に応じ協力歯科医の往診があり口腔ケアも含め対応している。	
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	訪問看護ステーションと契約を結び、週1回火曜日に健康チェックに来てもらい、介護職員への指導もお願いしている。24時間の対応や、利用者の様子に変化が生じた際に適宜連携を取り、利用者毎の主治医に繋いでもらうようにしている。		
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。	入退院時には医師、看護師、理学・作業療法士、MSW(医療ソーシャルワーカー)など病院スタッフ、家族と綿密に打ち合わせをしている。特に退院後の生活や留意点等、連携を取り合っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	本人の状態、家族のその時々的心境の変化に応じ、柔軟に対応している。職員にも適宜終末期ケアの研修や学習会を実施。協力医療機関、訪問看護ステーションとも協力し、チームとして最後まで支援を行っている。家族へのグリーフケアには管理者が当たっている。	重度化の取り組みについては入居時に話しているが、終末期を迎えた時改めて話し合い希望を聞き同意書も頂き、看取り支援に取り組んでいる。開設以来4名の看取りを行ったが、この1年以内では本人や家族の希望を聞き、2名の方の看取りを行った。医師、訪問看護師と連携を取りながら、全員で花、折り鶴等を作り、自宅と同じようにホームとして出来ることを精一杯行い、他の利用者と共に最期のお見送りを行った。職員には心構えについてその都度細かく話し、気持ちのこもった支援に当たっている。	
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	AEDを設置し、全ての職員が年1回の講習を受講している。一般救命講習は全員が受講、3名は普通救命講習を修了している。法人内研修で、急変や事故発生時の対応方法を学んでいる。		

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
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	避難訓練は年2回実施。うち1回は運営推進会議と同時間開催し、行政や防災士、地域の人達に訓練の様子を見てもらっている。職員は役割分担に基づき行動できるようにしている。地域包括支援センターを通じ、避難場所確保など協力を頂いている。	本年9月4日に急接近した台風21号の影響で近くを流れる阿智川が危険水位に達したため、役場、社会福祉協議会の協力を頂き、全利用者が村の保健センターへ車で5往復して避難した。その後、一晩を過ごし全員無事でホームに帰ることが出来た。家族にも携帯電話で連絡を取り状況をお知らせした。振り返ると訓練の中で行って来たことが着実に実行でき、訓練の重要性を感じたという。年2回、5月と10月に水害想定避難訓練を中心に行っている。消防団参加の際には消火、通報訓練も実施している。避難訓練は実際を想定し、利用者全員が役場まで避難している。今回の経験の中で実際の避難時間は訓練の1.5倍の時間が必要であると実感したという。水、非常食を主とした備蓄が利用者、職員分として3日分準備されている。	
<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	一人ひとりの個性・人格を尊重し、接する態度や言葉遣いに留意しながら対応できるように心掛け、尊厳の確保に関する研修やOJTも行っている。	利用者一人ひとりを良く見てその人の人格を尊重し言葉遣い、接し方等に気配りし楽しく生活していただけるよう心掛けている。呼び方は名前を「さん付」でお呼びし、男性利用者は本人の希望により「お父さん」とお呼びしている。入室に際してはノックをし「失礼します」、「お邪魔します」と優しく声掛けするようにしている。プライバシー保護の勉強会は職員会議の際に、ミニ勉強会として行い支援に役立っている。	
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	常に待つ姿勢で接するようにし、職員の急かす態度や思い込みがないよう心掛けている。また、意思決定しやすい環境を整えられるよう、本人に合わせて工夫している。		
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	施設側のルールではなく、本人視点でのルールを重要視し、要望に応じるよう配慮している。本人に迷いや困りごとなどがある部分だけ援助するようにし、体調や気分を崩さないようにだけ留意している。		
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	服については自分で選べる方は好みで選んでいただく。難しい方は二者択一で選んでいただき、職員はそれに共感的な態度を表明している。行きつけの美容院へ出かけた時、訪問美容にも来てもらっている。		
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	職員と一緒に台所に立って下拵えをしてもらったり、盛付をお願いしている。食器洗い・拭き、テーブル拭きも一緒に行う。献立作りにも参加してもらうようにしながら、本人の好みを把握している。	若干名の方が介助を必要とする時があるが、他の方は自力で食事ができ、職員と話をしながら楽しい食事の時間を過ごしている。献立は利用者の希望を聞きながら季節感のある物を取り入れ職員が考え調理している。食材は配達して頂き不足分は週1回利用者をお連れし買い出しに出掛けている。彼岸、年末年始、誕生日等には特別食をお出しし年数回家族とバーベキュー大会、流しそうめん、五平餅大会等を開き楽しんでいる。ほとんどの利用者が後片付中心にお手伝いに参加している。夏野菜をホームの畑で栽培し料理に使っている。	

グループホーム大地

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
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	バランスの取れた食事ができるよう、訪問看護師や外部の管理栄養士に協力してもらっている。1日の水分摂取量を記録し、熱中症や脱水症状にならないよう支援している。		
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	本人の力に応じ、一人ひとりにあった支援方法で口腔ケアを行っている。状況に応じて、訪問歯科診療にも来てもらい、職員にも指導して頂くようにしている。		
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	おむつ、リハビリパンツの使用はどんどんやめている。排泄パターンの把握をして、適宜トイレで用を足してもらっている。	自立の方が半数強おり、残りの方が一部介助、全介助という状況であるが、トイレにお連れし、自由に気持ちの良い生活に戻す努力と費用の削減に取り組んでいる。その結果、現在は布パンツ使用の方が三分の二、日中布パンツ使用で夜間リハビリパンツ使用の方が三分の一という状況である。排泄パターンは排泄表から把握しているが職員が個々のパターンを掴んでいるので一人ひとりに合わせてトイレにお連れしている。スムーズな排便にも心掛け根菜類を多く摂取することと便秘解消体操を行っている。	
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	排便記録からリズムを把握している。飲食物の工夫、運動や腹部マッサージを取り入れている。便秘の予防、排泄メカニズムについての研修を行い職員に周知しているが、更なる向上が不可欠。		
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	午前・午後を問わず、本人の生活習慣に合わせて入浴できるようにしている。夕食後や夜間帯は職員の配置の関係で希望には添えていない。	見守りで自立の方が三分の二、一部介助と全介助の方がそれぞれ若干名ずつという状況である。現状入浴拒否の方はなく週3回出来るだけ希望の時間に入浴を実施している。夏場シャワー対応の方もいる。入浴剤を使ったり季節によりゆず湯や菖蒲湯等、季節のお風呂も楽しんでいる。	
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	施設側のタイムスケジュールではなく、本人の習慣に合わせている。空調や照明も併せ、本人が最もリラックスして休みやすいよう、環境を整えている。		
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	職員は処方されている薬については理解しており、症状に変化があった際は、速やかに訪問看護や主治医に連絡し、指示を仰いでいる。また、減薬に努めており、家族や医師・薬剤師と相談して薬だけに頼らないケアを目指している。		
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	家事や庭仕事など、本人の生活歴や、やりたいこと・手伝えばできそうなことを職員と一緒にやっている。ボランティアにも来てもらったり、近くの温泉に足湯につかりに行ったりして気分転換を図っている。		

グループホーム大地

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
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	天候や季節に合わせて、ドライブや散歩に出掛けている。施設の食材の買い出しと一緒に、ご自分のお小遣いでお菓子を買ったりする時はワクワクした表情になります。家族と一緒にコンサートや外出などに行かれる方もいて、毎回楽しみにされている。	外出時に手引き歩行と杖歩行の方が半数強で、残りの方が車イス使用という状況である。日常的にはホーム近くの遊歩道や綺麗に整備されたホーム南側の裏庭を散歩している。また、天気の良い日にはウッドデッキに出て木製ベンチに腰掛け外気浴とお茶を楽しんでいる。季節によりお花見、はなもも見物、紅葉狩り等に出掛けている。更に気が向くと少人数に分かれ昼神温泉周辺までドライブに出掛け、足湯を楽しんでいる。	
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	ご自身でお金の管理をされている方はいない。		
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	電話の使用は自由に使ってもらえるようにしているが、減多にない(月に1回あるかないか)。		
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	自然の木材をふんだんに使った館内には、季節の花を飾ったり、利用者が作成した季節ごとの作品もさりげなく飾っている。五感に対する刺激が本人にとって心地よいものになるよう配慮している。夏は冷房、冬は全面床暖房を使用しているが、極力季節の空気を入れるようにしている。	木材を基調にした館内は軟らかさと落ち着いた雰囲気がある。ホール兼食堂は十分な広さと大きな窓で開放感があり、ゆったりとしている。そのような中で歌を歌い、体操で体を動かし、作品制作を行うなど、寛いでいる利用者の姿が見られた。壁には利用者が制作したはり絵やぬり絵等の作品や中学生から送られた年表が飾られている。自由な生活の中で玄関は開錠されており、ドアが開くと大きなチャイム音が鳴り利用者の安全確保に繋がっている。	
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	食卓での座る位置はある程度固定しているものの、それぞれが気の合う者同士で席を変わって、お喋りしたり一緒にレクリエーションをしたり、自由にしてもらっている。ホールの片隅に寛げるスペースも用意している。		
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	それぞれの思いが詰まった、馴染みのある家具や仏壇、テレビ・ステレオから家族アルバムなど、その人だけの空間を作るようにしている。また体力や認知機能などに応じて、使いやすい家具や手摺りを配置している。	各居室入り口ドア横に首から下げられる避難用ネームプレートが下げられ、緊急時に備え「氏名、住所、お薬内容」が記載され、用意されている。居室内は掃除が行き届き綺麗にされており、大きなクローゼットが設置され整理整頓が容易になっている。室内には昔から使い慣れた家具、テレビ、ラジカセ、仏壇、お位牌等が置かれ、壁の掲示板にはバースデカード、家族の写真等も飾られ、のんびり、落ち着いて生活していることが窺えた。	
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	全館バリアフリーの中、各居室に表札をつけたり、共用部分のトイレや風呂は分かりやすいよう表示している。手摺りも目立つよう工夫している。		