

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	4271102339		
法人名	有限会社 やまぐち企画		
事業所名	グループホーム あかり		
所在地	長崎県長崎市上黒崎町665-1		
自己評価作成日	平成24年10月11日	評価結果市町村受理日	平成25年1月23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)】

周囲を海と山、畑に囲まれた自然豊かな環境の下で静かで穏やかに生活できるように支援しています。当ホームでは、食生活に重点を置き、ホームの畑で出来た無農薬野菜や地元の食材を使い、スタッフの手作り料理を提供しています。ご近所や知人から季節の野菜、果物、花等の差し入れがあったり、行事内容によっては一人暮らしの高齢者に配食しています。

【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 福祉総合評価機構		
所在地	長崎県長崎市宝町5番5号HACビル7階		
訪問調査日	平成24年11月29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)】

事業所は海岸沿いに近く、背後には畑や山といったように豊かな自然に囲まれた静かな地域に位置している。事業所内は看護師でもある施設長を中心に職員が協力し合いながら、理念に掲げられているように「楽しい、うれしい、よかった」と利用者、家族、地域の皆が思えるような事業所を目指し、日々努めている。利用者が事業所に入居してから入れ替わりが少ない事もあり、年々、年齢を重ねると共に介護度が高くなってきている方が出てきており、利用者によっては以前のように外出等を行う事が少なくなりつつあるが、可能な限り、要望に応え支援を行うように努めている。2ヶ月に1回行っている運営推進会議の中で行政や地域の方との関係を深め、協力を得やすい関係作りを目指している。また、職員全員の参加を義務づけている災害に対する訓練の回数を増やし、日常的な防災に対する職員の意識を高めている。

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)	○	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、安心して暮らせている (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	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	毎月1回の会議で内容によっては理念を再認識し、「よかった」といってもらえるように努めている。	職員皆で作成した「楽しい、うれしい、よかった」という介護理念を掲げ利用者、家族、職員、地域の方が最後に「よかった」と思える事業所を目指し日々努めている。また、理念は定例会議の中で再確認の意味で取りあげ職員間での共有化を図っている事が会議録の中で確認できる。	
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	外出する機会は減ってきたが、野菜、花等ももらい、地域からの協力を得ている。また、自治会の役員を受け、地域の一員として交流している。	事業所の行事である七夕祭りや近隣保育園の運動会において園児たちとの交流がある。敬老会や町民運動会の中でも地域の方との交流がある。また、近隣の一人暮らしの高齢者へ日頃の協力のお礼も兼ねて行事食を配食している。専門学校からの実習生の受入れもある。	
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	毎年、地域の行事や活動には積極的に大勢で参加している。盆踊り、保育園、町民運動会には天候が悪くない限り殆ど参加している。		
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	利用者の現状報告・これまでの評価報告及び取り組んでいるサービ内容などを報告し、家族の意見や意向及び自治会からの情報や意見を聴き、課題解決に市町村の理解と指導を受けながらサービス向上に努めている。	会議は2ヶ月に1回構成メンバーで開催している。内容は入居者の状況や活動報告を中心に、外部評価の報告や虐待のニュースの事について話している。参加者から職員がストレスをため込まないような体制作りが虐待等を起こさない1つのポイントなのではないかという意見が挙がっている。	
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取り組んでいる	運営推進会議をするようになってから市町村窓口へ気軽にいけるようになったし、電話による連絡もスムーズになってきた。	利用者の介護認定調査の際等、担当者とは必要に応じて連絡を取り合っている。2ヶ月に1回行っている運営推進会議の中で関係を築き、日常的に相談や連絡を取りやすくなっている。	
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、玄關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	研修会に参加したり、ホーム内での拘束について勉強会を実施し、身体拘束をしないように取り組んでいる。また、身体拘束防止委員を設置している。	身体拘束防止委員を中心に拘束を行わないように日々の支援に取り組んでいる。言葉による拘束についても委員が中心となり注意し合い配慮している。外部の研修会には積極的に参加しており、参加した職員は定例会議の中で他の職員への報告を行っている。	
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	研修会に参加し、高齢者虐待防止関連法について研修に参加し、ホーム内勉強会でも虐待防止について学習し注意を払うためにも虐待防止委員を設置している。		

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
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	研修会に参加し、職員の理解を深めるように努めている。		
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	契約時には重要事項説明をきちんと説明し同意を得ている。又、重度化や看取りについての対応等も説明し、その都度家族と対応方針も説明し、その都度家族と対応方針を相談している。		
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	面会時や電話をもらった時に御家族の意見や利用者の言動から本人の思いを察することに努め、出来るだけ意向に沿った介護を心がけている。	家族とは月1回訪問された際の面接時に利用者の状態報告と要望等の聞き取りを行っている。家族が遠方の場合は電話連絡等により対応している。もっと歩かせて欲しいという要望等があり支援に努めた例があり、運営に関しての意見も抽出に努めている。また、苦情処理の流れや窓口は文書にて明確にされている。	
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	月1回のミーティング時に職員の要望や意見を聴き、反映できるように努めている。	日常的な会話の中や月1回の定例会議、勉強会の中で意見交換を行っている。例えば、圧力鍋やミキサー等の物品購入の希望があり実現されている。また、勤務ローテーションや有休取得は可能な限り要望に応じている。皮膚に傷を負わせないように利用者を抱える際のベルト付装具も意見を出して作ったものである。	
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	職員の資格取得に向けた支援を行い、研修や仕事の内容によっては時間外手当を支給している。本人の意向を重視しながら職場内で活かせるように努力している。必要な時は、二人介助で助け合っている。		
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	今年も月1回の勉強会を行っている。又、外部の研修会にも自ら希望を出し参加したり、月1回のミーティング時に研修内容を報告している。		
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	長崎市グループホーム協議会に入会し、勉強会に参加したり、興味がある研修会には参加している。		

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
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	話しかけを多くする事で不安や困難、要望などを把握するように努め、本人が話しやすいような雰囲気をつく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	本人と家族の思いの違いを把握し、家族のこれまでの状況や要望をゆっくり聴き、安心してもら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	相談時には本人と家族の話をよく聴きサービス内容を相談し、これまでと急な変化がないように努めている。		
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	利用者は人生の先輩であると共に家族的な思いで対応している。また、畑作業などは職員が指導を受けることもある。		
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	日々の暮らしの出来事や気付きの情報を共有し、家族と同様な思いで支援出来る様に努めている。敬老会と一緒に食事をしてもらうことで、家族に現状を把握してもらい、利用者にも家族を理解してもらうようにしている。		
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	利用者の友人、知人から時々面会に来てもらっている。また、回数は減ってきたが、近くで花見をして馴染みの人から声を掛けてもらうこともある。	事業所には利用者の家族や知人、近所の方の訪問がある事が面会簿で確認できる。地域の方が野菜等の差し入れを持ってこられる事もある。地域の方とは顔を合わせると挨拶をし合う関係を築けている。	
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	利用者同士が会話をしたり、支え合おうとする場面も見られる。		

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	契約が終了して他事業所に移られた方にも時々面会に行っている。		
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	日々の会話の中で言葉や表情などから本人の要望や意向を把握し、家族へ現状報告している。出来るだけ本人の意向へ沿うように努めている。	日々の観察や利用者との会話の中で要望等を把握する事に努めている。意思表示が困難な方は表情や仕草、声等から意向をくみ取るように努めている。アセスメントは1年に1回見直す等し、職員は最初からわからないと決めつけて接する事がないように気をつけている。	
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	入所及び面会時にこれまでの生活歴を本人や家族、知人等から聴き、生活環境を整えたりサービス内容を検討している。		
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	個人の一日の生活リズムを聞き、利用者の全体像を把握するように努めている。また、その日の体調により出来ること出来ないことを把握するようにしている。		
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	日々の関わりから利用者や家族からの要望・意見を聴き、介護計画作成に活かしている。また、本人や家族に変化が生じた時は実情に応じたケアが出来る様に随時話し合い、介護計画を立てている。	介護計画は3カ月に1回を目安に見直しを行っているが利用者の状態に応じての見直しも行っている。モニタリングも定期的に行っている。ケア会議が月に1回あり、職員は利用者本位の計画を作成する事に重点を置き、必要に応じて家族の協力を得ながらニーズへ応えられるように努めている。	
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	個人ファイルを作成し、一人ひとりの食事量・排泄・健康状態の変化等を記録し、介護計画に役立てている。		
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	その時々に応じて、通院介助、外出の付き添い等を支援している。また、外出困難な方には、希望によりスタッフによる散髪サービスをしている。		

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
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	自治会長、民生委員、消防団の意見を聴き、地域の人や場所を提供してもらい協力を得ている。		
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	本人や家族の希望を聞き、かかりつけ医と相談し適切な医療を受け、安心して生活が送れる様に支援している。緊急時にも往診等の対応を受けている。	取り巻く環境を鑑み、家族等との話し合いのもと、主治医は最寄りの連携医療機関となっている。連携医療機関の往診や精神科を含む訪問看護を受け、歯科や眼科も可能な方は通院のための支援を行っている。受診は家族の協力を得て行う事もある。	
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	管理者が看護師で、日頃の利用者の健康管理や医療連携機関との連携を密に取れるようにしている。また、ホームの隣に住居があるため状況変化に応じた支援が出来る様にしている。		
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。	入院時には医療機関と家族とに情報交換しながら本人や家族に安心してもらえるように心がけ、回復状況時には関係医療機関や家族と協議し、なるべく早く退院出来る様に支援している。		
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	利用者にとって、その人らしい終末期を安心して迎えることが出来る様に家族・かかりつけ医及び事業者が話し合っ取り組んでいる。	家族等の要望があり、本年11月に初めて事業所においての看取りを実施している。重度化した場合の対応に係る指針を明確にしており、説明後同意を得ている。事業所には看護師が常駐している事も強みの1つと言え、実際初めての看取りであったにも関わらず職員等に大きな混乱は無かったという事である。	
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	事故発生時の対応に関するマニュアルを作成し、取り組んでいる。		
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5回避難訓練を行っている。又、地域の消防団には、ホームの平面図を渡して緊急時に協力が得られるように依頼している。また、安全かつ避難出来る様に移送台を作成したり、移送方法をベッド頭上に貼っている。	防災訓練はここ1年に5回実施されており、夜間想定でも行っている。地域の消防団に協力を依頼し参加してもらっている。水害や地震も含め緊急連絡網や避難計画等のマニュアルが備えられている。避難経路は明確であり、保存食の備えもある。しかし、地域住民等の協力までには至っていない。	日中、若い世代が少ないという事業所を取り巻く環境や参加者のリスクに関する課題等について再検討しながら、地域住民や近隣の協力を得られる機関、施設と協働し災害対策へ取り組まれる事が望まれない。

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	全ての居室を個室にして、プライバシーを損なわないように努めている。	職員は利用者を人生の先輩として接するように心がけ言葉使いにも注意している。個人記録は所定の場所に置くようにしており、事業所内掲示物への写真掲載は事前に家族等の同意を得ている。また、職員入社時に個人情報の守秘義務に関する誓約書を取り交わしており事業所外では話さないように再認識している。	
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	本人の希望や嗜好を把握し、本人が決める事が出来る様にしているが、健康上無理な場合は理解出来る範囲内で説明している。		
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	一人ひとりの体調に配慮しながら、本人の気持ちを尊重し、個別性のある支援をしている。		
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	本人の意思で決めたり、自己決定が困難な利用者には職員と一緒に話し合いながら季節に合った清潔なものを着てもらうように努めている。また、散髪も本人に似合う髪型を配慮している。		
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	食事は全て職員の手作りで、利用者の能力に合わせ、一緒に調理の下ごしらえ、下膳や皿洗い等を手伝ってもらっている。	献立は職員がその日の利用者の状態や食材状況を見ながら調理を行っており、記録を残して、栄養の偏りが無いように配慮している。利用者と一緒に作っている事業所の畑の食材や地域の方からの差し入れを食材として利用する事も多い。行事に応じた食事もある。	
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	一人ひとりの食事摂取量を把握し、体調によっては高カロリー食等の栄養バランスを考慮している。また、水分チェック表を作成し、水分確保に努めている。		
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	毎食後の義歯洗浄や歯磨き介助、うがい等をしている。		

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
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	昼間は、全ての方がオムツを使用せず、リハビリパンツを使用し、時間を見て誘導、又はトイレで排泄がスムーズに出来る様に支援している。	職員は水分チェック表と排泄チェック表に記録し利用者別に排泄パターンを把握し、随時トイレ誘導の声かけを行う事で排泄の自立、改善へ努めている。敢えて居室にポータブルトイレは置かず、必ず排泄物を職員が確認できるようにトイレの水もすぐには流れないように設定してある。	
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	常に排便の有無を毎日チェックし、水分補給や運動、下剤の調節をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴を拒む人に対し、言葉かけ対応及びチームワーク等によって利用者に合わせた入浴支援を行っている。曜日は決めているが、常にシャワー浴が出来る様にしている。	週3回以上を目安に入浴の支援を行っているが利用者の状態に応じて柔軟な対応ができる。必要に応じて清拭を行ったり、2人での入浴支援を行っている。現在、利用者も職員も皆女性となっている。季節を感じ楽しめるようにゆず湯やしょうぶ湯を提供することもある。	
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	日中は殆ど全員で1階ホールで過ごしてもらっているが、状況に応じて自室で昼寝や休息してもらっている。		
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	処方薬と処方箋を同じ場所に置き、内容や副作用・用量を常に確認出来る様にしている。また、薬の内容が変更になった時は必ず記録と引継ぎをし、職員全員が把握出来る様にしている。服薬時には、必ずスタッフ二人で確認している。		
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	本人の能力やその時の気分に応じて、一人ひとりにあった楽しみや役割を見つけ、退屈しないで過ごせ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	介護度が重度化して、段々と外出に対して不安感を増し、精神的にも身体的にも苦痛になってきているので、以前に比べれば外出が減ってきている。又、散歩が出来る人は、戸外に出掛けられるように支援している。	利用者の高齢化や介護度の上昇に伴い、全員の遠方への外出は困難になってきているが、可能な方は車いす利用者の方も含めて日々の散歩や事業所の畑仕事に出ている。近隣の道の駅に買い物に出かける事もある。また、家族の協力を得ながらの外泊支援も行っている。	

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
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	本人の希望を家族の納得の上で、能力に応じてお金を使えるように支援している。		
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	利用者の希望や現状に応じて、電話をかけ家族と会話することで安心出来る様に支援している。		
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	共有空間を家庭的な雰囲気の中で、季節を感じられるような装飾している。温度・空調に気配りしながら、居心地よく過ごせるよう努めている。	屋外の景色が窓から良く見え日当たりの良いリビングに利用者は集まり、ゆったりとした生活を営んでいる様子が見える。廊下トイレ等は車いす利用者でも十分な広さがあり、壁際には季節感を感じる装飾がなされている。職員は利用者への声かけを常に意識し笑顔が絶えないように配慮している。	
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	玄関のベンチや2階のソファでくつろげるようにしている。		
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	本人が使い慣れたものを使用してもらい、自分の居室が理解でき安心して生活出来る様に支援している。	居室へ使い慣れた家具等の持ち込みは自由であり、鏡台やタンス、家族との写真等が持ち込まれている。基本的にはベッドであるが、転倒の可能性が大きい利用者に対しては布団を使用し、エアクッションを活用し褥瘡防止も行っている。また、居室の清掃は、職員が毎朝行い清潔を保てるように配慮している。	
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	本人の能力に合わせて職員と一緒に見守りや声かけしながら、活動意欲が低下しないように支援している。		