

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	0790900054		
法人名	株式会社 ビジュアルビジョン		
事業所名	けあビジョンホーム相馬1		
所在地	福島県相馬市坪田字御仮殿前9-1		
自己評価作成日	令和元年12月11日	評価結果市町村受理日	令和2年8月11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)】

入居者様、職員にとことん優しいホームを目指している。
 入居者様一人ひとりの生活が見える関わりをさせて頂いている。これまでの生活の延長線上に今の生活がある事、介護する側、介護される側ではなく、同じ場所で同じ時間を一緒に過ごさせて頂く中で、お互い、必要な関わりをさせて頂いていることを大切にしている。今を大切にした関わりを意識している。職員は、同じ方向を向いていけるよう、意見を出し合い、話し合い、経験の異なる職員が勤務していることを強みにしている。

※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.kaignokensaku.mhlw.go.jp/07/index.php>

【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)】

1.運営推進会議の委員には行政職員をはじめ地域包括センター職員、地区長・民生員、家族代表等が選任されている。委員からは様々な助言があり、運営推進会議の意義を十分活かした会議となっている。また、行政職員は毎回参加しており、事業所の実情やケアサービスの取り組みについて詳細に伝えながら、協力関係を築いている。
 2.事業所では月1回協力医療機関の訪問診療を受け入れており、事業所の看護師と連携して利用者の健康管理に努めている。また利用者が入居前のかかりつけ医の継続受診には家族の協力を得ながら支援しており、利用者は常に適切な医療を受けられる体制となっており、利用者及び家族の安心につながっている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県福祉サービス振興会		
所在地	〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3		
訪問調査日	令和元年12月26日		

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 ↓該当する項目に○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、生き活きと働いている (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
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	理念を朝礼や夕礼で唱和し確認し、共有し、実践しているが理念に基づく、具体的な取り組みが不足している。	法人としての「経営理念」及び「経営三原則」(経営の理想)は策定されており、職員は朝夕の引き継ぎ時を利用し意識を共有しているが、地域密着型サービス事業所としての事業所独自の「理念」は策定に向けて準備中である。	地域密着型サービスの意義を踏まえた「事業所理念」を早期作成されることが望まれる。
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	職員が、地域の消防団で活動している。回覧板の役割や地域の集まりには参加していない為、地域と繋がる活動が必要。ホーム便りを、地域の回覧板に入れて頂いている。	事業所では地域のボランティア(ハーモニカ演奏・舞踊・ゲーム等)を受け入れ交流している。また、地域住民からは農作物の差し入れもあり、さらに台風19号の影響により断水した時には地域住民から井戸水の提供があり、地域との交流が進んできている。地域の行事にも積極的に参加するため、運営推進委員等から情報提供を得ながら計画している。	
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	ホームでの取り組みなど、運営推進会議などで報告しているが、地域の皆様には活かすことができていない。	/	/
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	運営推進会議では、取り組みや事故、ホームの現状など、事実を報告し、意見を頂き、改善策を検討し、サービスの向上に活かしている。	運営推進会議は年間を通して定期的に行われており議事録も詳細に記載されている。委員は各分野から選任されており、委員からは毎回様々な提言があり事業所運営に反映されている。	
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	市役所の訪問や、ホームからも職員体制、協力医療機関の体制など、随時報告し、必要な情報提供を頂き、市役所に職員募集のチラシを掲示して頂いている。	事業所は設立後1年を経過したところであるが、行政担当者は設立時より運営推進委員として毎回会議に参加しており、福祉制度全般の運営や利用者の状況等について逐次相談や報告をしており、友好的協力関係を築いている。	
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	身体拘束をしないケアを理解し、取り組んでいるが、設備や立地環境の課題あり、玄関の施錠を行っている。	「身体拘束適正化委員会」は開設時に設置し定期的に開催されている。全職員は内・外研修に参加し、身体拘束の弊害と言葉による拘束の弊害を理解し日常のケアで実践している。開所して間もない現在は利用者の状況等を鑑み玄関の施錠はやむを得ないと思われるが、家族への説明や長期にならないよう配慮が望まれる。	

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
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	管理者が学ぶ機会を作っていない為、学ぶ機会を作ることが必要。管理者が、日常的に介護職として関わる機会を作っており、虐待防止に向けて、注意している。		
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	学ぶ機会がない為、学ぶ機会を作ることが必要。		
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	契約時は、十分説明をし、質問を確認している。		
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	介護計画書の更新時など、定期的にご家族の意向や意見を確認しているが、入居者様、ご家族様の意見をすべて聴くことは出来ていない。	利用者の意向確認は日常のケアの中から意見や要望を把握している。家族の要望は面会時や運営推進会議時に把握している。これらの要望は月例の「職員会議」で検討し事業所運営や利用者サービスに反映している。	
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	職員一人ひとりと、定期的に面談し、意見を取り入れている。	管理者は全職員と日常の業務の中で会話する機会をとらえ意向や要望を聴取したり、月例の定期的な面談の機会を活用し聴取している。職員自身も目標と達成度の自己評価を行いスキルアップしている。月例の「職員会議」では常に事業所運営やサービスについて話し合っている。	
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	社員は年2回、パートは年1回、評価により、給与の見直しがある。社員は、目標管理シートにて、自身の目標と達成度を評価し、やりがいにつなげている。		
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	ホームの取り組みとして、資格取得のための研修受講など、有給や休みを確保し、職員全員で協力する体制が出来ている。法人として、介護の研修への参加が十分でない為、研修に参加する機会作りが必要。		

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	地域の介護支援専門員協会の集まりや、介護保険事業所連絡会などに参加し、情報交換している。		
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	本人の意向を確認し、入居後、困りごとなどを具体的にしながら、本人の安心に繋がっている。家族の意向と異なる場合もある為、配慮している。		
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	家族の意向を確認し、入居後、困りごとなどを具体的にしながら、家族の安心に繋がっている。本人の意向と異なる場合もある為、配慮している。		
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	グループホームだけでなく、他のサービスの情報提供も行っている。		
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	介護する側、介護される側ではなく、お互い様の関係で、同じ場所で、同じ時間を過ごしているなかで必要な介助などをさせて頂いていることを意識している。		
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	家族と本人との関係性に配慮しながら、絆を大切にしている。		
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	買い物や外食、ドライブ、散髪、医療機関など、馴染みの場所や人との繋がりを継続した関わりをしているが、ホーム付き添いでは不十分の為、家族の協力を頂いている。	なじみの店での買い物や美容院・かかりつけ医の受診等入居前からの付き合いは家族の協力を得ながら引き続き継続できるように支援している。	

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
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	入居者様同士の関係性に配慮している。入居者様同士が、関わる機会を作ることで、入居者様の安心に繋がっている。		
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	退居後も、随時連絡し、必要時相談に応じている。		
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	一人ひとりの意向、想いを確認している。言葉ではない表現により、意向を確認し、職員の決めつけにならないよう、振り返りをしている。	職員は日々の生活の中から会話や仕草等から利用者の思いや希望を把握している。把握した情報は「朝夕の申し送り会議」等で話し合い、全職員が情報を共有し日々のサービス等に生かしている。意思表示のできない利用者の場合は、家族から情報を得て、利用者本位のケアに努めている。	
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	入居時、情報収集するが、確認できないこともあり、入居後、少しずつ、把握している。		
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	一人ひとりの能力を把握するまでには、一人ひとりに合わせた関わりの中かで、タイミングで、把握している。押しつけにならないよう、待つこともある。		
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	本人と家族の意向を確認し、また居室担当や介護職員の意見を取り入れながら、介護計画書を作成している。具体的な内容を入れることで、関わり方の統一を図っている。	利用者・家族の思いや意向を踏まえ、利用者の実情に即した介護計画を作成している。利用者の心身の状況変化や職員の意見をもとに介護計画を定期的に見直している。また、利用者の状態に変化があった場合には、看護師、職員、家族等で協議し、随時介護計画を変更している。	
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	介護計画について、項目をつけ、介護記録に記録している。項目を付けることで評価しやすくしている。		

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
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	医療保険での訪問看護など利用する場合もある。また、定期的な訪問診療が困難な場合や家族対応での定期通院が困難な場合は、ホーム対応で通院している。今後、協力医療機関の検討必要。		
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	入居前の踊りや歌の会などに参加することが出来ていない。また、地域の活動に参加出来ていない為、地域の活動に参加する機会を作ることが必要。		
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	症状に応じて、主治医に相談しながら、緊急性を判断し、必要な医療機関に繋げている。	かかりつけ医の受診は家族対応を基本に支援している。協力医療機関の訪問診療も月1回受け入れており利用者や家族の選択で対応できる体制となっている。また、利用者の緊急な症状に応じて、かかりつけ医や協力医療機関の医師の指示により必要な医療機関で受診対応している。受診結果は家族と事業所が互いに連絡し合い情報の共有をしている。	
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	ホームの看護師、訪問看護の看護師、介護職員が情報交換することが出来ている。		
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。	入院時は、入院時情報の提供や、退院前には、実際に状況を確認し、情報交換している。また、必要に応じて、医師や家族と今後の方向性を相談、本人と家族の意向を病院側に随時伝えている。		
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、事業所の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	入居時に意向を確認しているが、その後、状況に応じて意向を確認している。ホームで出来ること、出来ないことを伝え、協力医療機関の体制や主治医との約束事を具体的に相談している。医療体制、看護体制、介護職の医療的ケアに課題あり。	事業所では、「看取りに関する指針」を策定し、利用開始までに利用者と家族に説明し同意書を交わしている。利用者の急変時には改めて医師・看護師・担当職員等の協議のもと家族の意向を踏まえ、柔軟に対応する体制となっている。開所して間もないため看取りの実践はまだ無い。	
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	緊急時のマニュアルの確認はしているが、定期的に訓練は行っていない。		

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
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	地域の公民館に避難することになっているが、地域との協力体制は出来ていない。	消防署立ち会いの防災訓練は年2回実施している。事業所独自では避難訓練・通報訓練等を実施している。非常時の備えとしてレトルト食品・水・缶入りパン・缶詰・衛生品等を備蓄している。	災害時に全職員が利用者を適切に避難誘導出来るよう、あらゆる場面を想定した避難訓練を数多く実施されることが望まれる。また、あらゆる災害の初期対応についても事業所全体で検討されることが望まれる。
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	出来ていない時がある。入居者様への愛情が「○○ちゃん」などなる時があり、その都度、正しい声かけについて伝えている。職員同士が、注意し合うことが出来ない為、良いことは褒め、悪いことは注意し合える関係が必要。	全職員は接遇研修を受け、利用者への言葉遣い等については人格や尊厳を損なわないように注意している。利用者の個人情報簿冊は施錠可能なキャビネットに保管している。医療機関への個人情報提供は事前に家族の同意を得ている。	
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	日常生活の中で、職員のペース、都合にならないよう、入居者様の行動を待つことを大切にしている。		
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	職員の都合ではなく、入居者様一人ひとりの生活が見える関わりをしている。起床時から、一人ひとりのペースがある。		
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	身だしなみやおしゃれに配慮しているが、出来ていない時もある。どうしたら、出来るのかの試みが必要。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	職員だけで調理することもあるが、調理や盛り付け、味見、片づけなどの作業を行う機会を作っている。職員が献立を作るが、入居者様の食べたいものを取り入れている。	献立表は給食委員会が利用者の希望や季節感のある食材利用で策定している。食材は市内業者からの配達を利用している。近隣住民から野菜等の差し入れもある。また、外食や行事食も数多く実施している。利用者の体調により、おかゆ・刻み食等の対応も可能となっている。	
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	食事や水分など、一人ひとりの好みを確認しているが、摂取量が少ない時もある。必要に応じて、医師に相談することもある。		

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
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、口腔ケアを行っているが、行えていない時もある。出来る方法、動作に繋がる方法などを職員が共有することが必要。		
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	排泄パターンが確認できる、一人ひとりの排泄表を使用している。トイレで排泄することを大切にしている。職員の介助能力の向上が必要。	利用者のトイレでの自立排泄を目標にしている。各利用者の「排泄管理表」を活用し、経過時間や仕草等からさりげなくトイレに誘導している。利用開始前から比べるとトイレでの排泄に改善された利用者もいる。	
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	排便習慣を確認し、下剤で調整する方もいるが、水分や乳製品、甘酒など取り入れている。乳製品を毎日摂っていない為、乳製品摂取が少ない、改善必要。		
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	入浴時間は、勤務都合により、9時15分から17時30分だが、その中で、入居者様のタイミングで入浴して頂いている。毎日入浴したい方には、回数が少ない。	利用者の希望により入浴できる体制となっている。入浴拒否者には担当者や時刻、話題を変えながら誘導している。入浴できない利用者には足湯・シャワー浴・清拭等に対応している。湯は1人毎に交換しており、季節感のある入浴剤を活用し楽しんでいる。	
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	起床や就寝のタイミングは、入居者様のペースで行い、日中休息する時間もある。時間やタイミングは、入居者様で異なる。		
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	看護師、介護職員が内服薬を把握し、副作用と思われる症状について、内科や心療内科などの主治医に報告し、原因を確認するなど、医療機関や家族との情報交換を行っている。		
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	畑作りや食事作りなどの役割、月1回のドライブなどの楽しみがある。しかし、外出の楽しみ作りは、ほとんど出来ていない為、改善が必要。		

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	回転すしや地域の海鮮の美味しい店など、行くことがあるが、少ない為、改善が必要。	好天時には事業所周りの散歩等で外気浴を楽しんでいる。菜園での野菜栽培や収穫は利用者の楽しみになっている。事業所行事としてはドライブでの花見・紅葉狩り・外食等を実施している。個別の外出は家族対応で楽しんでいる。	
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	自己管理している入居者様もいるが、事務所でお預かりしている。ヤクルト販売や、入居者様との買い物の際には、実際に現金を見て頂いている。		
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	手紙は少ないが、電話は希望者はかけている。しかし、自分から希望しない方の電話の機会は少ない為、家族との話をする機会を作ることが必要。		
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	季節感を感じられる物や、入居者様と職員が一緒に作った作品が飾られている。	玄関を入ると左右対象に1ユニットずつ向かい合っており、廊下は広く一直線の奥に共用空間がある。椅子とテーブルのエリアと長椅子のエリアがあり、空調も適切に配慮されている。広間から外に掃き出し窓があり避難時には有効である。壁には利用者の作品等が飾られ落ち着いた雰囲気となっている。	
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	共同空間では難しい。ソファでひとり過ごす方もいるが、事務所が居場所になっていることもある為、事務所に椅子を設置している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている	馴染みの物の持ち込みは少ないが、置く場所など、こだわりがある為、配慮している。入居時、入居後状況に応じて、居室の環境は本人、家族と相談している。	居室は、エアコン・換気扇・介護ベット・クローゼットが標準設置されている。ベット利用者が多いが床にマットを敷き和室利用も可能となっている。利用者は使い慣れた家具やテレビ・ポータブルトイレなどを持ち込み穏やかに過ごしている。	
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	居室やフロアは、安全な環境を作ることが出来ているが、玄関などは死角になる為、見守りが出来ないこともある。		