

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	毎年法人理念、GH基本方針、地域密着型事業所としての役割を考えながら事業計画を作成し年度初めに確認、職員個々の役割分担なども話し合いを行い、計画に沿い実践を行っている。	法人の理念、「明るい」、「楽しい」、「安心」の三本柱と基本方針を基に毎年度ホーム独自の基本方針を立て、年度初めの法人事業所が一同に会する全体会議で発表し、周知している。利用者や家族には入居時や見学時に、随時、方針と共にグループホームとはどのような所かを説明している。また管理者も現場に入っており、日常業務の中で行動が方針に沿っているかどうかを確認している。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	年一回市民まつりに参加したり、地区活動へ参加し交流をしている。また、食材については近隣の商店・業者(4社)より配達していただいている。法人文化祭では地域の方に多数来場して頂いている。	法人として自治会に加入し、市の広報なども回ってきている。管理者が地区の保健推進委員を務め地区の介護予防教室に参加したり、小学校の資源回収への協力も行い、また市民祭りへ利用者と一緒に参加している。市内中学生の福祉体験の受け入れがあり、隣接しているチャイルドハウスの子供達との交流も月2回実施している。ホームには毎月アコーディオンのボランティアが来訪し、年3回、ケアハウスの利用者と昼食交流会を行うなど、外部との交流が多く持たれている。	
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	運営推進会議には区長・民生委員の方の出席をいただき、認知症の学習会を開催したり、利用者様と交流していただくなどの機会を設けまだまだ認知度の少ないグループホームの事業内容や活動の様子を知っていただくよう努力している。		
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	運営推進会議には区長・民生委員の方の出席のほかご家族様・利用者様も参加して頂いている。年度のはじめに事業計画をお知らせし、その後は日々の活動報告や年度末には事業報告を行い意見交換の場を設けている。	2ヶ月に1回、利用者、家族、区長、民生委員、市職員または地域包括支援センター職員、ホーム職員が参加し、活動報告や行事報告、防災対策などについて意見交換を行っている。グループホームへの理解を深めてもらうために認知症について勉強会をしたり、グループホームとはどのような所かビデオを見て学ぶ機会もある。また、委員より外出についての提案もあり、道の駅への外出やお花見外出に結び付けたことがある。	
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	運営推進会議、在宅サービス調整会議、GH部会などの定期的会議での情報交換や相談、必要時には、電話相談、窓口への訪問を行っている。	毎月、市の在宅調整会議やグループホーム部会に参加し、情報交換や事例検討などを行っている。市の担当職員とは随時電話や会議の場で相談をし、市と協定を結び高齢者の見守り事業所にもなっている。また介護予防教室への協力も行っている。介護認定の更新は調査員がホームに来訪し、同席できる家族や職員が対応し、申請の代行も行っている。	
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	法人で作成されている「人権配慮マニュアル」を元に学習会を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	夜間以外は玄関の施錠をせず、他の拘束も行っていない。必要時にはタッチコールを使用することがあるが、その際は家族へ説明し、承諾を得ている。年度初めに「人権配慮マニュアル」を確認し、過去の学習会資料等で学び、職員の人権意識を高めている。職員は5感を働かせながら見守りを行い、拘束しないよう努めている。	

グループホームやまびこの家

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
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	法人で作成されている「人権配慮マニュアル」、法人で実施した「虐待防止の理解と権利擁護」研修会に参加しその後もその資料を元に学習会を実施し虐待防止に努めている。		
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	在宅サービス調整会議、集団指導等での学習会があり参加している。また、制度必要性についてはその都度検討、関連機関へ相談している。		
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	契約時には契約内容の項目ごとの説明を行い、不安・疑問点が解消され理解を得られるよう対応した。改定・改正時には事前説明、文書の送付を行い、理解・納得いただいたうえで承諾書にサインをいただいた。		
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	日常の中で利用者様の言動に着目、ご家族様来所の際はご意見・要望を伺うよう努めている。運営推進会議では地域の方、行政の方、利用者様、ご家族様が一同に会するため様々な立場での意見交換を行うことが出来、それらを運営に反映できるようにしている。	思いや意見を表出できる利用者からは日常生活の中で直接聴き、表出できない方については仕草や表情などから推察するようにしている。家族の面会は3日に1回から2ヶ月に1回など、まちまちであるが、面会時や電話で随時要望を聴くようにしている。毎年家族会があり、今年度10月には収穫祭を兼ねて家族会を行った。会食をしながら、家族に日常の様子を伝えたり、意見を聴いたりしている。また、年1回発行される法人の広報紙やホームでの活動状況、受診結果、福祉体験をした中学生の手紙のコピーなどを毎月の請求書に同封し、家族とのコミュニケーションに役立てている。	
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	申し送り時、利用者様に関することに限らず、業務に関することも話し合っている。法人経営会議に管理者が出席、その内容について職員へ報告している。職員の意見・提案については他職員の意見も聞き話し合い後結論を出している。	毎月法人の管理者会議があり、職員会議は必要に応じて開催している。利用者カンファレンスや業務に関することは1日3回の申し送り時に話し合っている。年度初めに職員は目標実績確認表を記入し、それを基に年2回管理者や法人の事務局長と面談を行っている。また、職員から提案があれば、管理者が経営会議に上げるようにしている。	定期的に職員会議の場を設け、スタッフの意見や思いをお互いに共有したり、職員同士のコミュニケーションを図ることを期待したい。
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	毎年自己申告書にて、勤務条件、職務・職場についての意見、自己目標達成評価、改善策提案等把握し、個別面談を行い、助言や環境改善に努めている。		
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	日々のケアの様子から職員個々のスキルの把握に努め、人事考課制度や個人目標設定の項目と結びつけながら助言や指導を行っている。必要により職場内研修を実施したり、外部研修会に参加できるようにしている。		
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	小諸市内のGH4事業所で構成されたグループホーム部会では各事業ごとに事例提出を行い、事例検討会を実施したり、職場内アンケートを元に職員交流会を開催し意見交換を行いサービスの質向上に努めている。		

グループホームやまびこの家

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
<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	入居前にご本人様が見学に見えることはほとんどなく、ご家族様やケアマネさんからの紹介が多いため、現状の様子だけでなく発症前からのご本人様の情報をいただき言動と照らし合わせていくとキーワードがみつきり関係性が良好となるよう努めている。		
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	見学・申込みの時点で現状の様子、ご家族の思いの聞き取りを行い、グループホームの特性・特徴、他利用者様の生活の様子・経過などを説明し実際に利用者の様子を見て頂きご本人様のGHでの生活の様子をイメージしていただけるよう努めている。		
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	申し込み時の状況とサービス開始時の状況把握を行い、「その時」必要な支援が当グループホームで適切か見極め、必要に応じ市役所・地域包括支援センターへ相談している。		
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	職員は「認知症のある利用者〇〇さん」と捉えず「一緒に生活している〇〇さんにはたまたま認知症がある」というように病気から考えるのではなく、その方自身をまず理解し関係性を築くよう努めている。		
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	個々に違うご家族様との関係性に配慮しながら、ご家族が負担を感じず継続できる役割を持っていただき、一緒に支えていく支援に努めている。		
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	面会を常時受け入れ、面会時には環境を整えゆっくり時間を過ごしていただけるよう配慮している。外出は車椅子利用者様も多いためご家族様の協力も困難なため、行事等の案内を接積極的に行い来訪回数を増やせるような支援を行った。	面会はいつでも可能であるが、継続的に来訪される友人・知人は少なくなってきたという。また家族と馴染みの場所へ出掛けてはどうかと提案をしているが、家族の高齢化や利用者の身体機能の低下により、難しくなってきた。家族付き添いの受診の際には馴染みの処での外食などを提案するようにしている。	
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	1日の大半は利用者様9名が食堂で過ごされるため座席に配慮したり、お手伝いを行って頂くときは複数の方にお願ひし、おしゃべりしながら、協力しながら進められるよう支援している。		

グループホームやまびこの家

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
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	退去者は死亡退去がほとんどだが、必要に応じ相談支援を行っている。		
<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	繰り返される言動を「いつもと同じ」と受け止めず、なぜ繰り返されるのか検討したり、発した言葉の意味をご家族様と一緒に考えたり、ひもときシートを使用したり、様々な視点から意向把握に努めている。	利用者から情報を得たら生活歴と照らし合わせたり、家族に聞いたりして、職員側だけの解釈にならないようにし、拒否のサインが出たら対応する職員を替えたり、時間を置いたりして無理強いしない対応をしている。日頃管理者は「気持ちが動かなければ、身体も動かない」と職員に伝え、利用者の思いを大切にしている。	
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	生活歴などの情報はできるだけご家族様複数から頂いたり、入居前の使用サービス状況や様子などの情報をケアマネや事業所から頂き、入居後の言動から更に情報収集し詳しく具体的なようにしている。		
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	これまでの生活状況、職歴や趣味等から生活リズムや生活スタイルを把握し、現在もできそうなこと探し支援している。やってきたこと=好きなこと、できることではないので、今できることへ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	毎日3回ある送り時間を活用し、利用者様への気付きを話し合い、ケア等で改善が必要となった際はご本人・ご家族様へ状況説明し意見や意向を伺いその後のケア、介護計画作成に反映させている。	一人ひとりの利用者の担当制ではなく、職員全員で全利用者を支援している。申し送り時にカンファレンスを行い、3ヶ月に1回のケース会議の場でモニタリングをしている。ケース会議には利用者、家族、管理者、主任が出席し、必要に応じて事前に主治医や訪問看護師から情報や意見をいただくようにしている。基本的に介護計画の長期目標は1年、短期目標は6ヶ月で設定し、入居間もない時は長期を3ヶ月、短期を1ヶ月に設定し様子を見ている。心身に変化が見られた場合には、その都度、変更するようにしている。	
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	日中は介護日誌、夜間は夜勤日誌にご本人の言動や様子がわかるよう記録をつけ職員間の送り時に使用、利用者情報共有に活用、それを元に個別ケース記録をつけケアの継続、変更、介護計画の見直しに活用している。		
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	現状に満足せず、新しいニーズには前向きに検討し、時には併設施設の協力を得ながら支援の幅を広げている。		

グループホームやまびこの家

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
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	ご本人様の暮らしをより豊かにできるよう地域資源の把握に努めている。		
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し、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	事業所の協力医はあるが、ご本人様・ご家族様が希望するかかりつけ医への受診も支援している。新たな受診科目が発生した場合は、医療関係者と相談し、ご家族様へ説明、承諾後スムーズな受診ができるよう支援している。	ホーム利用前からのかかりつけ医を継続している方もいるが、ほとんどの方が協力医へ切り替えている。定期受診については家族が付き添うこともあれば、スタッフが付き添うこともあり、病院で家族と待ち合わせ、利用者の移動支援を行うこともある。職員が受診に付き添った際には管理者が窓口となって家族に受診結果を報告するようになっている。受診外出が困難となった場合には協力医の往診が受けられ、訪問看護師や歯科衛生士も毎週来訪している。必要時には歯科医師の往診も可能となっている。	
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	週一回訪問看護師が訪問、日々の状況・情報を説明、受診者は受診結果を報告、新たな症状については相談し指示を仰いでいる。また、訪問日以外についても相談でき、受診や看護につなげている。		
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。	入退院時には必ずご家族様と共に職員も同行、病院関係者と情報交換がスムーズに行くよう支援し、入院中も定期的に面会に行き、状態把握に努め、早期退院に向けご家族様、病院関係者と話し合いをもてるようにしている。		
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	入居時 重度化や終末期の対応について事業所ができる対応を説明し、ご本人様、ご家族様の意向確認を行っている。状態変化時には主治医よりご本人様・ご家族様への説明を行って頂きその後の方針を話し合い決定している。	看取りの指針があり、入居時や急変時に家族へ説明している。状態に変化が見られた時には医師より家族へ現状及びその後の見通しを説明した上で、ホームでできることを家族へ話し、方針を決定している。看取りになった場合は、訪問看護師と個別に契約を結んでいただき、家族、医師、看護師、ホーム職員間で連携を取りながら穏やかな最期を迎えられるように支援している。直近での看取りはないが過去4年の間に3名の方の看取りを行った。	
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	年一回救命救急講習会の受講を行い、受講した職員が職場内研修を実施、年二回の避難訓練時には応急手当方法の研修も併せて行うようにしている。		
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	夜間避難訓練(実際夜間に全職員参加)と日中の避難訓練を毎年各一回づつ実施し、地域の方々、消防関係の方々の協力を得ている。また、運営推進会議において訓練内容を説明し、実際に訓練を実施するときもある。	年2回、日中と夜間の想定で区長、区役員、消防団員、消防署員の協力を得ながら実施している。夜間想定は19時ごろから始め、実際に全利用者が玄関まで避難している。年1回、ポンプ車も来て訓練をしている。訓練前には実施要領を作成し、訓練後には日誌にて振り返りをしている。また地区との防災協定を結んでおり、浅間山の火山泥流に関しても随時、話し合っている。防災マニュアルや食料品などの備蓄も整備されている。	

グループホームやまびこの家

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
<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	法人の「人権配慮マニュアル」に基づき人生の大先輩である利用者様の「尊厳」・「人間性」・「自立心」を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないよう丁寧な言葉かけ、笑顔を持って接するよう努めている。	「人権配慮マニュアル」を基に職員の人権意識を高め、一人ひとりの利用者に対して配慮すると共に利用者同士の関係にも配慮している。利用者によっては苗字の認識が難しくなってきたので、家族に相談して名前に「さん」を付けて声掛けし、認識できるようにしている。	
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	利用者様ごとの意思表示方法を把握し、自己決定を焦らせず反応を待つよう努めている。働きかけをして反応を待つと気持ち動き、体が動く事がわかり、積み重ねにより関係性を深めている。		
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	個々の生活リズムを大切にしながら、日々の体調変化、要望にあわせ利用者様と相談しながら過ごし方を決定できるよう支援している。活動(行事)参加や食事時間、食事場所、入浴、外出等。		
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	利用者様の好みを把握し、服装選びや整容の支援を行い、2ヶ月に1回利用者様の好みにあった散髪(移動美容室訪問)の支援を行っている。		
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	食事は利用者様の楽しみの1つでもあるため季節感のある食材選び、献立作成、調理の工夫を行っている。事業所の畑で利用者様と一緒に作った野菜を収穫したり、準備したり、食事は一緒にテーブルを囲みおしゃべりしながら食べている。	若干名の方が介助を必要とし、他の方は自力で摂取出来ている。食事形態はほとんどの方が常食で、ミキサー食の方もいる。献立は1週間ごとに職員が考え、必要時には法人の管理栄養士から指導を受けている。可能な利用者にはネギの皮むきなどの下準備や茶碗洗い、茶碗拭き作業等を行っていただいている。またホームの畑では大根、ネギ、カボチャ、モロヘイヤなどを作っており、利用者で草取りや収穫を楽しんでいる。近隣や家族からの差し入れもあり、訪問日のご飯は、利用者家族が作っている地元産の米を使用していた。	
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	個々の体調や状態に合わせた食事内容・形態を検討し実施している。主治医や看護師、栄養士に助言頂く場合もある。食事時間、回数も変則的になることもあるが対応している。		
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に、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	個々に合わせた口腔ケアを行っている。協力歯科医の訪問があり、口腔内の状態に合わせた口腔ケア方法の助言を頂いている。		

グループホームやまびこの家

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
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	日中はトイレでの排泄を基本とし、定時の誘導と状況にあった誘導を行っている。	布パンツの方が若干名で、他の方はリハビリパンツやパットを使用している。夜間テーブル式のオムツを使用している方もいるが、日中は排泄チェック表や利用者の様子を基に全員トイレ誘導をしている。また排泄用品の変更に関してはその都度家族に状況を説明し、コストが増えないように在庫管理をしている。	
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	排便チェック表にて排便有無を確認、排便サイクルを把握し、利用者様ごとにあった対応を医療関係者やご家族様と相談し個々の対応を取っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	一人ひとりの要望に応じ入浴の提供ができるといいますが、浴室の状況や利用者様の状況から入浴日を決め対応している。気の合う方同士で入浴したり、季節によって菖蒲湯やゆず湯、リンゴ湯などを楽しめるようにしている。	基本的には週2回、午前中の入浴となっているが、随時、清拭対応したり、タイミングが合わなかった場合などはケアハウスの浴室を使用している。ほとんどの利用者が介助を必要としており、入浴日には2名の職員が役割分担をしながら介助している。また利用者に拒否が見られる場合には、時間を置いて声掛けしたり、清拭や足浴をするなど無理強いしないよう努めている。	
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	利用者様ごとに生活リズムがあるため目安はあるが、消灯時間・起床時間は決めておらず。午睡時間に限らず、体調等ご本人様の意思決定により午前中や夕方に休息とられる方もいらっしゃる。		
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	薬内容表で薬の目的、作用、副作用などの内容を確認し、処方内容が変わった際は用法・容量確認、訪問看護師へ報告、観察ポイントなどの助言を頂いている。		
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	個々に得意そうな作業(お手伝い)をお願いし利用者様同士協力して行っていただいたり、職員と一緒に行うことで張り合いや喜びを実感できるよう支援を行っている。終了後は感謝の言葉を忘れずに伝えるようにしている。		
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	利用者様・ご家族様の要望を聞きながら、個別の外出は困難だが、法人内の車椅子対応車両を使用し、年2回全員での外出を支援をしている。その際はご家族様の協力を呼びかけている。	車いす使用者が増え、外出が困難となりつつあるが、日常的には周辺を個別に散歩したり、畑へ草取りに行ったり、テラスや玄関に出てチャイルドハウスの子どもたちが遊んでいる園庭などを眺めたりしている。また年間行事計画を立て、家族の協力を得ながら、お花見や道の駅、森林浴や買い物などへ出掛けしている。	

グループホームやまびこの家

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
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	預り金の対応を行っていない。必要状況に応じご家族様へ相談、承諾を得た上で立替金での対応をとっている。		
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	希望により電話を掛ける支援を行っている。また、ご家族様より定期電話がかかってくるケースもある。		
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	家庭的、季節感を大切にし、食堂での壁面飾りは控えめにしている。	玄関にはチャイルドハウスの子供達との交流の写真や共同で製作した貼り絵が飾られ、廊下には福祉体験にきた中学生からのお礼の手紙が掲示されている。食堂はこじんまりとし、落ち着いた雰囲気である。食堂横には小上がりがあり、子どもたちとの交流の際にステージとして使用することもあるという。トイレは2ヶ所あり、広い造りとなっている。浴室も広く、浴槽はやや深いが、脱衣室との寒暖差を予防するため、パネルヒーターと温風ヒーターで温めている。	
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	カーテンや簡易式仕切りを使用したり椅子の配置を考え、個別空間を持てるように工夫している。		
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	入居時に馴染みのもの、使い慣れたものの持ち込みをお願いし、入居後も必要に応じご家族へ依頼することもある。また、入居後にご本人様の様子により配置の変更が生じた際はご本人様・ご家族様と話し合い対応している。	エアコンとクローゼットが備え付けられており、ベッドは自由に持ち込んでいただいている。窓からは畑が見渡せ、仏壇や使い慣れたタンスがある居室、家族との写真・人形が飾ってある居室など、一人ひとりの利用者が穏やかに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	安全、わかりやすさに配慮し環境を整えている。		