

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2872700493		
法人名	多可町社会福祉協議会		
事業所名	グループホーム やすらぎの郷		
所在地	兵庫県多可郡多可町加美区市原40-1		
自己評価作成日	平成24年4月24日	評価結果市町村受理日	平成24年7月24日

※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.kai gokouhyou.jp/kai gosip/infomationPublic.do?JCD=2872700493&SCD=320&PCD=28
----------	---

【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 ライフ・デザイン研究所		
所在地	兵庫県神戸市長田区萩乃町2-2-14		
訪問調査日	平成24年5月18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)】

自然に囲まれた静かな環境の中で、地域性を活かしたお互いが顔なじみの家族のような雰囲気大切に、家族と共に一人ひとりの希望に沿った支援の提供をこころがけている。

【第三者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ケアマネジメントへの取り組み・ アセスメント・プラン作成・カンファレンス・モニタリングが相互補完されている。必要なタイミングにおいて、関係者全員が柔軟性のある係わりをもって取り組んでいる。②食事を楽しむことへの支援・開所以来、食事は全食手作りで入居者の嗜好や季節(旬)を感じられる食事を提供している。地元で採れる食材(野菜・果物・山菜等)を用いて、利用者の馴染みのある料理を提供することにも努めている。また、行事食等の場合には、器も工夫し松花堂風にして「食」に楽しみも付加している。③ゆったりとした住環境・ 共用部分は、事務所・キッチンから見通しが良く入居者の見守りにも適している。居室は広くゆったりとしている。また各居室にトイレが設置されているので排泄の自立支援に利点がある。

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 3. 利用者の1/3くらい 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				

自己評価および第三者評価結果

自己	第三者	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	家庭的な雰囲気を提供し、できることをできる範囲で行うことで入居者の精神的、体力的負担を軽減しながらも自分らしさを失わないように心がけている。入居者と共に職員も笑顔で過ごせるよう努めている。	理念の中で、特に「家庭的な環境の下…笑顔で自分らしく…」に焦点を当て、個々の日々の生活の中で無理なく、楽しく生活が行えるよう支援している。	
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	地域の子供会の実施する資源ゴミ回収に資源ゴミを提供、回収してもらっている。環境の変化に対応が困難なことから、他の地域行事への参加はない。訪問に関する制限はなく、近隣に来たと言って訪問してくる友人等もある。近隣施設との交流もある。	老人会のメンバーとの交流が行われている。また、近隣のスーパーへ買い物に行き、地域の一員としてのホームの認知度アップにつなげている。	認知症高齢者の現況を地域の方へ理解・共感してもらうためにも、意図的・計画的に地域行事への参加を期待します。
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	近隣住人への挨拶や日常会話程度。		
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	運営委員会の開催ができていない。家族等との意見交換は頻繁に行っている。サービスの向上につなげるようにしている。	過去に開催したことはあるが、現状定期開催がなされていない。早期での継続開催実施に向けて検討中。	ホームの事業計画の中に盛り込み、開催が出来るように期待をします。開催日程を固定化され、出席できる方々での継続開催から先ず取り組んでいかれるとどうでしょう。
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	入居者の変化、困難事例時の相談、入居希望者の問い合わせ時の報告、入居、空室状況の報告等頻繁に行っている。	町営のため指定管理を受けており、町全体に関する介護サービスについて連気鋭を図っている。また、グループホーム連絡会の中でも町との連絡を図っている。	
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	施設内、施設周辺は自由に移動できる。居室ドアにはかぎが取り付けられているが、本人が希望しない限りは施錠することはない。ベッド柵も介助バーとしての使用のみである。	玄関ドアは施錠されず自由な出入りが可能となっており、ホーム周辺への散歩は自由になっている。本人の自由を尊重しているが、安全確保のための見守りは徹底している。	
7	(6)	○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	職員も身体的、精神的虐待の理解はできている。職員のストレスの蓄積による虐待の予防として勤務体制で負担とならないよう配慮するようにしている。	職員ミーティング等により「虐待防止」の基本は共有できている。職員のストレスが「不適切なケア」に陥ることへの観点から職員のメンタルヘルスにも配慮している。	

自己	者 第三	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	(7)	○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	地域性が該当者と対面する機会が少ない。社会福祉協議会の活動として職員会議での資料にて概要のみ理解している。	職員のスキルアップを年度目標計画におき、権利擁護における制度理解につとめている。	地域包括支援センターや社協の職員等に協力を願い、職員や家族向けに、「権利擁護」に関する学習会を開催してみてもどうか。
9	(8)	○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	契約時に重要事項説明書を読み上げ、疑問点等を聴き納得を得たうえで同意を得ている。	契約に際しては、管理者が契約書・重要事項説明書にとどまらず、事前に配付している資料等も含めて懇切丁寧な説明を行い、疑問点等については、それらが払拭されるよう取組んでいる。	入居後において、生じてくるような要望等も踏まえたQ&Aスタイルの小冊子を作成し、事前配布資料等として利用されてはどうか。
10	(9)	○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	家族の訪問時等に話しをするようにしている。話しの中から要望等を聴いている。毎月状況報告を書面で郵送している。	定例の会合は設けていないが、家族が訪問しやすい施策（毎月報告でのアプローチ、訪問時の笑顔での対応他）が奏効し、意見・要望等を受ける機会が増している。また、それらへは迅速に対応している。	
11	(10)	○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	管理者は職員の要望等を随時聴くようにしている。聞いた要望の内容を把握し必要なことは報告し反映されるようにしている。	年度計画を策定するに際し、職員からは要望を聴き取り、経常的には職員会議の場等で「日々の思い」を聴き取り、速いタイミングでのフィードバックを心がけている。	
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	資格取得により給与アップされている。職員はそれぞれ介護職としての自覚を持ち、今以上のスキルアップを目指すようにしたい。		
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	研修の機会を持つようにしている。管理者は場面に応じた指導、助言を行うようにしている。		
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	町内のグループホームによる連絡会が立ち上げられ、3～4ヶ月に1回程度の間隔でお互いの事業所が持ち回りで意見交換会や行政説明会等が開催されている。		

自己 者 第三	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	入居前に面談し、本人の希望、家族の思いを聞き取り、職員間で情報を共有し、入居者の思い・訴えに耳を傾け、地域性を活かした顔なじみの関係を活用し、安心感を提供することで信頼関係づくりに努めている。		
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	入居申し込み時、事前訪問時に家族の思いを聞き、要望に対応できるよう努めることを話す。		
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	申込時に本人、家族、介護支援専門員等より情報を聞き取り、今必要なサービスの利用を一緒に考えるようにしている。		
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	普段の生活や会話の中からできること、したいことを見つけ出し、強制するのではなく、共に行い「ありがとう」と言う言葉で助け合っていると実感できるようにしている。		
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	月1回請求書と共に状況報告することで理解をしてもらうようにしている。家族の訪問により活気が出ることも伝える。外出、外泊、訪問の制限はない。		
20	(11) ○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	家族、親族、友人、近隣の訪問はある。入居者と、他者の家族、家族同士も顔なじみとなり一緒に過ごすこともある。デイサービス行事参加、近隣施設との交流会も行っている。ボランティアの不定期訪問もある。	地域の老人会のメンバーの訪問を受け、馴染みの人たちとの交流を図っている。また、以前の入居者の家族の訪問により現入居者と楽しい時間を共有する場面もある。	
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	集団での行動は少ないが、それぞれ馴染みの関係ができています。		

自己 者 第三	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	退所先に状況を確認する。本人・家族と出会ったときには声をかけ状況を聞いている。		
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	(12) ○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	日常の会話の中から思いを推測し把握するようにしている話し言葉で記録することで職員間でも本人の思いが伝わりやすいと考えられる。次のケアプランへつなげる資料としている。	思いや意向を把握する意味を職員全員が理解している。日々の関りの中でご本人が発したサインを見落とすことなく、個別支援に繋がる入居者の「今」を共有できるよう記録方法を工夫している。	
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	入居前の聞き取りと・入居後の会話の中より情報収集している。		
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	日々の記録として記載し、状況の把握を行っている。改善点、問題点に対してはその都度話し合うようにしている。		
26	(13) ○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	入居者の言動・日々の生活状況を家族に書面で報告、面会時に報告・相談等行い、支援の実施状況を踏まえた上で計画作成を行うようにしている。	「プランとその実践」というテーマでの研修を実施し、プランの意義とその内容への関係者の係わりの重要性については共有しており、家族への聴き取りも実施されている。	モニタリングの手法(頻度と実施者)とカンファレンスの頻度について、回数アップ並びに担当者の増加を検討されてはいかがでしょうか。
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	日々の様子を個別記録に記載し、職員はその情報を共有することで連携した介護が実践され、職員間での介護・介護計画に対する資料にもなっている。		
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	個々の状況により必要な支援を提供するようにしている。面会、外出、外泊の制限はしていない。遠方であっても家族の協力の下、医療機関は自由に選択できる。		

自己	者	第三	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	入居者個々が地域資源の活用はできていないが、近隣施設との交流会は定着している。不定期ではあるがボランティアの訪問もありレクリエーションを行うこともある。		
30	(14)		○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	入居に伴い主治医を変更されることもあるが、家族の協力により入居前からのかかりつけ医の受診を継続されている。月1回定期的に主治医による往診。検査、緊急時には家族に連絡した上で受診の為に送迎を行っている	どの医師を主治医とするかは、本人・家族等の希望に優先している。かかりつけ医継続の場合も当該協力医師との連携をはかり、検査・緊急時にはホーム側がサポートしている。	
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	施設内に看護職員がいるため入居者の健康管理、状態の把握、医療機関、家族との連携を図っている。また、同法人が運営する通所介護事業所看護師の協力も受けることができる		
32	(15)		○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。	入院時は入院先に出向き状況を確認、サマリーを作成し提供することもあり。退院時は入院先よりサマリーを受け取り連携を図っている。ここ一年以上入院事例はない。	この1年間においては、入退院の事例がない。入退院時においては、医療関係者との連携を図っている。(情報提供・退院時カンファレンスへの出席等)	
33	(16)		○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	初回面接時に施設において対応可能な範囲を説明した上で、家族の要望を聞き取りし、重度化した場合は主治医の指示を受け、最善の対応ができるよう、他事業所、行政、家族等と共に連携を図るようにしている。	重度化や終末期に向けては、事前に「看取りに係る指針」を用いて説明を行い、本人・家族の意向を把握している。看取りの実施に際しては、医師・家族・職員間での協力体制が図れている。	
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	救急法の講習会への参加。緊急時対応マニュアルを作成し職員周知し、対応できるよう努めている。		
35	(17)		○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	災害を想定した訓練は実施できていない。運営法人により災害マニュアル策定中。3日分以上の食料の備蓄を心がけている。	地域の消防団との協力体制は整っており、近隣の学校が災害時の避難先となっている。	入居者参加、消防立ち会いの訓練を実施されることを期待します。

自己	者三	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	(18)	○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	親しみを持った接し方を行っているが、年長者としての敬意は忘れることなく、プライドを傷つけないよう注意しています。	入居者との会話においては、自尊心を傷つけないよう配慮している。日常生活での支援においても本人の意思を尊重し、羞恥心への配慮も欠くことなく接している。	
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	入居者の言葉を傾聴し、個々に対応することで自己決定を促すようにしている。全てを自己に託してしまうと生活支援にならない場合もあり、助言、誘導することがある。		
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	食事、入浴等基本的な1日の流れは決まっているが、その他の時間は個々のペースで過ごしてもらっています。		
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	服装は好みに合わせて支援している。 希望にて行きつけの美容院を利用している。 外出時には着替える人もある。 整髪・歯磨きの声かけや介助をすることもあり		
40	(19)	○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	誕生日には好物を提供するようにしている。個人にあった調理形態にしている。旬の食材を取り入れるようにしている。行事等では、食器を松花堂風に変更し雰囲気を楽しめるようにしている。	献立作り、食材の調達、下拵え、配膳・下膳等入居者と協働している。本人にあった調理形態にし、旬の食材を取り入れ、一汁三菜を提供するようにしている。	
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	主治医に指示により減塩、糖尿病に対応した調理、盛りつけ等の工夫をして提供している。 水分補給も兼ね毎食汁物を出すようにしている。 お茶に甘みを足すことで水分補給につなげる人もある。		
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	声かけをしているが、本人に任せている。習慣として実施していなかった入居者に対しては介助を行っている。		

自己	者三	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	(20)	○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	便意、尿意のはっきりしている入居者も間に合わないときがあり、軽失禁用パットを自分で交換できている。また、排泄時に付き添い汚れた床を気付かない用に拭き取ることで意欲低下予防を図っている。時間的な声かけ、誘導することでトイレでの排泄を促している。	失禁用パットを利用している方が数名おられるが、排泄パターンを把握し、声かけ・見守りの意識を高め、トイレで排泄できるように支援している。	
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	食事摂取量をチェック、水分摂取を促す。腹部膨満等観察。排泄介助時に確認。主治医による緩下剤の投与。		
45	(21)	○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	基本として隔日で午後に入浴。能力に合わせた介助を行っている。強い拒否や、体調不良時には翌日様子を見て入ってもらっている。拒否が続く場合に家族の協力を受ける場合もある。	ADLの低下による入浴に対する不安を取り除き、安全に安心して入浴できるよう手すりの増設を検討している。	
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	寝具は各自自宅より持ち込み、使い慣れた物を使用。日中も居室で過ごす入居者もある。希望により居室を施錠することもある。本人の訴え、主治医に指示がない限りは薬に服用は行っていない		
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	服薬は一括管理し指示に合わせて準備し服用を確認している。お薬手帳を保管し服用中の薬もわかるようにしている。追加、変更は業務日誌に記録し連絡するようになっている。		
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	全体として洗濯物たたみ、タオルたたみを行っている。個別対応で、手芸、パズル、塗り絵等希望に合わせて実施している。時にはドライブに出かけることもある。環境の変化に対応できないこともあり全員で出かけることが困難である。		
49	(22)	○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	施設周辺の散歩、花見等ドライブ、日用品の買い物、美容院への送迎支援を行っている。	「外気に触れる」、「季節を感じる」を継続できるよう、無理のない入居者の状況に応じた外出を行っている。	

自己	者	第三	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	個人で管理している入居者もある。小遣い程度持っている入居者もある。家族に貰って持っていたが理解出来なくトラブルの原因となる入居者もあり、家族で管理して貰っている		
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	届いた郵便物は個人に渡している。理解困難な入居者に関しては家族訪問時に家族のいるところで渡すようにしている。電話も自由に使用出来る人もあるが、ほとんどの人がかけることができず、かかってきても一方的に話し、返事を待たないため手伝っている		
52	(23)		○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	キッチンとリビングは対面式で調理中も顔を見て話ができる。ホール内には作品を飾り、制作意欲の向上となっている。冷暖房完備されているが、天井が高く冬場は足元が冷えベッドで過ごすことが多い。夏場は涼しい。	事務所・キッチンとリビングに死角がなく、会話や見守りがしやすい空間となっている。共用空間は広く外光も降り注ぎ穏やかに過ごせる。冬の時期には、加湿器・エアコンで温度等調節している。	
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	リビングのテーブルの位置が生活の中から定着している。一人になりたいときにはソファーに座りくつろぐ。テレビ視聴時にはテレビの前に移動等それぞれ自由に過ごしている。		
54	(24)		○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	ベッド以外は個人の持ち込みとしている。それぞれ自分らしさを工夫されている。居室内にトイレがあるため自由に使用ができる。介助もスムーズに行える。畳の間とフローリングの間とがあり、ベッドの横で家族も腰をおろし、寛ぐことができる。	居室は広く、車椅子に対応できるトイレが設置されている。使い慣れた寝具・家具を持ち込み落ち着いた居室となっている。部屋からウッドデッキに出ることができ、植栽などを置くスペースがある。	今後も、出来る限り自立した生活の継続を目標に、本人の現在の移動・移乗の状態に合わせた動線の安全確保ができるように、家族と相談しながら対応願います。
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	居室内にトイレがあり自由に使用出来る。夜間に迷うことなく利用できる。壁に貼った絵を目印に移動している。居室内、施設内に段差がなく車椅子、歩行器、シルバーカー等でも自由に移動できる		

