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	4290101304		
法人名	社会福祉法人 致遠会		
事業所名	グループホームサンハイツ西町 ふうりん棟		
所在地	長崎市白鳥町2-26		
自己評価作成日	令和6年9月20日	評価結果市町村受理日	令和6年12月23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.kaigokensaku.jp/42/
----------	---

【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ビル内		
訪問調査日	令和 6年 10月 22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)】

地域に根差した事業所を目指し、自治会や地域の主治医、かかりつけ医と日常的に連携を図っている。他法人からの相談も多く、認知症の方の現状や課題に取り組み、「地域と共に共存し家族様と一緒にご利用者の生活を支える。」を目標としている。しかし、近年はご家族間不在の方の相談や入所も珍しくなく、認知症についての理解や地域をサポートする側の支援にも協力したい。職員数は多くはないが、日本人をはじめ留学生や技能実習生が介護を学び、技術を習得しながら楽しく就労できるよう、待遇改善に努めている。

【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、母体法人理念と“サンハイツ愛フィロソフィ”を支援の柱と位置づけ、具現化を目指している。認知症が進行しても、できることに着目しその人らしさを尊重し“人権と尊厳を守る”支援に注力している。日頃から入居者との対話を心掛け、行きたい所、食べたい物等の反映に努めている。ドライブ、散歩等チャンスがあれば、車椅子の入居者も個別で対応し、梅ジュース作りや長崎名物ミルクケーキ、桃カステラを味わい、笑顔を引き出している。管理者は毎月事業所便りを家族へ郵送し、家族がホッとできる温かい文章を添え活動内容を伝えている他、複数の協力医による24時間医療連携体制は家族の安心と信頼に繋がっている。職員は毎月個人目標を設定、評価し質の向上に取り組んでおり、“豊かに、安らかに、自分らしい生活”“ノーマライゼーションの追及”の理念も浸透しており、理念の具現化に向けた職員の努力がみえる事業所である。

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	毎日の申し送り、サンハイツ愛フィロソフィの音読で職員の意識の統一を図っている。	法人理念“豊かに、安らかに、自分らしい生活の支援”のもと利用者の尊厳を守る支援に努めている。各フロアごとに毎日サンハイツ愛フィロソフィを輪読している。外国籍の職員にも分かり易く説明することで、理念についての考えが職員間により深く浸透する手立てとなっている。	
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	地域で過ごされていた方、活動されていた方が入居することで地域活動(慰問など)の活性につながっている。	事業所として自治会に加入、令和5年度から対面での運営推進会議に自治会役員が出席している。高齢者サロン”なごみカフェ”の慰問があり、盛況であった。事業所の餅つき会では近所住民が寄り合う機会となっており、コロナ禍で自粛されていた地域の祭りも再開し、交流を図っている。	
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	認知用カフェの活動に参加されている方々との交流がある。また、包括支援センター、すこやか支援課と認知症の方の支援について相談をしている。		
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	ご家族様からのご意見(面会条件の緩和など)、地域活動の計画を確認し、参加・協働できる努力をしている。	年6回行政、自治会役員、家族、職員が出席し、対面で開催している。会議では入居者や職員研修や防災訓練の状況等を報告している。事業所の便りで会議への参加を呼び掛けており、家族から質問が寄せられている。ただし、出席者の増加にはまだ繋がっていない。	現在の事業所からの報告が主体の会議から、家族も関心があるテーマを設定して共に検討するなど、会議内容の工夫・充実を期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	すこやか支援課、包括支援センターとの連携を密にしている。現入居者だけではなく、緊急性が高い入居希望者の相談を受けている。GH連絡協議会開催の研修講師として介護保険課に依頼した。	行政から案内がある研修等に職員が参加している。事故報告や不明な点を問い合わせている他、メールや文書が届き情報を得ている。管理者がグループホーム連絡協議会の理事を務めており、担当課に出向き意見交換を行うとともに、行政に研修講師を依頼するなど連携を取っている。	
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	身体拘束拘束適正化委員会、ユニットごとの会議での勉強会で研修で身体拘束について理解し、身体拘束のない生活を支援している。	3ヶ月毎に身体拘束適正化委員会を開催している。年2回の内部研修やユニット毎の勉強会で職員の理解を深めている。全職員が定期的に不適切ケア自己チェックシートを用いて、振り返りを行っているとともに、言葉の拘束はその都度、管理者が指導し、拘束のない支援に取り組んでいる。	

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
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	虐待について定期的なチェックを実施している。身体的、精神的虐待はもちろんのこと、金銭的、性的な虐待について周知徹底している。		
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	保佐人や包括支援センターとの定期的な意見交換や情報共有の場を持ち、適切な管理を行っている。		
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	入所前にサービス内容、契約内容、重要事項おの他についての説明を行い、同意を得ている。		
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	2ヶ月に1回、運営推進会議を実施時、または面会時、サービス担当者会議などで本人様やご家族様の意見を確認している。	契約時に、苦情処理の体制及び手順を説明している。管理者は、毎月事業所便りを家族へ郵送し、家族に向け丁寧なメッセージや写真を添え、活動内容を伝えている。家族の意見や要望は面会時や電話で聞き取り対応するとともに日頃から入居者との対話を重視し、行きたい所や食べたい物など反映するよう支援している。	
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	定期的に全ユニットのリーダーとの会議、ユニットごとの会議を開催し、業務や運営についての意見を聴取している。また、個人的な面談を必要に応じて実施している。	職員は、意見や要望を毎月のフロア会議や日常業務中に伝え、個人的な相談は管理者に話している。毎月、個人目標を設定し評価してモチベーションを上げている。管理者は気になる職員は個人面談し、ライフステージに合わせた勤務形態やスキルアップの援助など働きやすい職場環境作りを目指している。業務改善など反映は多い。	
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	個人面談、契約更新時に面談を実施。場合によっては本部へ報告し労働条件の見直しを図っている。		
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	就労状況、モチベーションなどを定期的に面談すると同時に毎月の人事評価を確認している。研修参加や資格取得に向けた勉強の機会を提供している。		

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
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	他事業所と合同の運営推進会議の参加、入所前の面談や契約の場面に同席し、実務的な知識の習得とコミュニケーション能力の向上など職員の能力向上に努めている。		
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	初回面談空入所までの間、必要な限り本人様や関係者、ご家族様からの情報収集を行い、本人様の身心、生活の課題を把握している。		
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	ご家族様との面談で隠れた課題を引き出し、GHや認知症についての不安について十分に説明している。		
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	GH入所前の生活状況、健康状態、認知・身体状況を事前に何度もアセスメントし、他機関との連携してGH以外のインフォーマルサービスの導入を検討する機会を持っている。		
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	入所後のアセスメントにより本人様や家族様の能力を活かして、他者との生活、交流の場を設けている。趣味や特技、職業など生活歴の共通点を探る。		
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	入居後も健康状態や生活支援について報告や相談をしている。ご家族様の意向や意思の確認を徹底し、本人様の生活に反映されていることを実感していただく。		
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	ご家族様や知人の面会はもちろんこと、ご家族様との外出する機会を極力持つていただく。必要に応じて外出支援を行う。	現在、面会は週1回と制限があり、家族がほとんどである。職員は入居者の生活歴を把握しており、編み物や俳句の読書や新聞を読むなど、以前の暮らしが継続できるよう支援している。また、孫の結婚式への出席や馴染みの美容院へ行ったり携帯電話で友人と連絡をとるなど、馴染みの関係継続の支援に努めている。	

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	食事以外でも一緒に過ごせる時間を設ける。レクや体操など多数・少数で実施している。職員が間接的にコミュニケーションの場を盛り上げるようにしている。		
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	他施設への移動、入院など今後の生活に必要な情報提供や金銭的な相談などは相談員やMSW、ご家族様と連携している。		
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	生活に対する意向やACPを本人様やご家族様に確認し、必要な支援を行う。コミュニケーション不可の場合はご家族様からの意見を中心に確認する。	職員は日々、入居者と会話するように心掛けている。難聴者とは筆談し、表出が苦手だったりコミュニケーションが困難な入居者は、日常生活の様子や家族に聞くなどして推測している。知り得た新しい情報や聞き取った思い、意向は個人記録に記載し介護計画へ繋げている。ただし、アセスメントシートへの追記はこれからである。	入居者本人を深く広く理解するために、また、新人職員が本人像を知るためにも、新しい情報のアセスメント追記に期待したい。
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	ご家族様、後見人、サービス事業所やCMから、アセスメントを実施する。入所前に実際の生活の場所やサービス事業所を訪問し、本人様の活動内容を目視と情報提供により把握する。		
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	在宅時の起床から入眠までの生活習慣、睡眠状態を確認する。しかし入所後は環境の変化による認知書状の悪化、ADL低下、活動に対する拒否も考えられる。		
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	在宅時の生活、支援に寄り添いつつも環境の変化による課題は大きいため、初回以降のプランは実際の能力を生かした内容にしている。	入居時は計画作成者が暫定プランを作成している、その後、本人・家族の意向、利用状況を確認し、半年を目安に見直しを行う仕組みであり、主治医からの意見をプランに反映している。厚労省の科学的介護推進システムに参加し、モニタリングとしても活用している。ただし、プランと実践の連動はこれからである。	職員が介護計画を熟知し、目標に沿ったケアに取り組むことができるよう、介護計画とケアの実践を連動し、確認できる仕組みの整備に期待したい。
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	毎日の生活記録、健康状態を詳細に残し、実際の能力と課題を定期的にモニタリングし、プランの継続・見直しを行っている。		

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
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	GHでの生活だけではなく、ご家族様の面会や外出の機会を極力盛り込んでいる。感染症対策を十分に行い、外出や他者と関わる時間を設けている。		
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	生活していた環境の主治医や近所の美容室の利用を希望する場合はご家族様の協力のもと継続していただく。自治会や包括支援センターとの情報共有・協力体制を構築している。		
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	可能な限りご家族様の協力を得て主治医の指示のもと健康管理を行う。定期、必要に応じて受診や検査を行う。	事業所では近隣病院への通院介助、3名の医師による往診、訪問看護による24時間の医療連携体制を整えている。家族の意向があれば、入居前からのかかりつけ医の継続が可能である。家族受診の際にはバイタル等の記録を渡し、受診結果を知らせてもらい、職員間で共有している。	
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	主治医の指示ものと訪問看護と連携して健康管理を行う。良好な事業所間の協力関係を築き、医療保険以外での相談や管理、指示指導で職員の知識の向上につなげる。		
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。	入院時には主治医への報告、入院先への情報提供を行い、定期的に地域連携室との相談の機会を持つ。状態の改善と同時にスムーズに対応できるよう面談やサマリー作成を依頼する。		
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	入所時、モニタリング時、状態悪化時にはサービス担当者会議を開催し、ご家族様に現状を把握していただく。主治医からの報告、相談の機会を持ち、ACPについては柔軟に意向に沿ったサービスを提供する。	事業所は“看取りに関する指針”“ターミナルケアマニュアル”に沿って看取り介護に取り組んでいる。契約時に指針を説明、状況に応じて家族とACPの確認を行い、終末期には家族や職員、主治医との話し合いの場を設けている。家族の付き添いのもとで最期のお別れができるよう配慮している。	
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	緊急時の連絡先を把握し、主治医へとともに報告を行う。ケガなど健康面の事故の場合は必要に応じて受診や看護師への報告と指示を仰ぐ。原因や再発防止対策を記録に残す。		

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
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている。	毎月の防災活動や委員会、もしもに備えた訓練(BCP)は定期的に研修・勉強会を開催している。防火管理者による訓練は実施している。	年2回の総合訓練と毎月自主訓練を行っており、内1回は夜間想定で消防署が立会っている。防災委員会ではBCPに従い、勉強会を開き自然災害対策における必要事項を職員間で共有している。ただし、通報や消火訓練、動画や資料閲覧等による机上訓練が主となっている。	リスク管理強化に向けて、入居者も含めた事業所全体での避難訓練の回数を増やしていくことが望まれる。
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	性格や病状などを考慮たうえでし、認知症状による言動を理解する。尊厳のある行動や言葉かけと生活支援を行っている。	職員は理念にある入居者の人権と尊厳を守ることを念頭に支援しており、認知症が進行したとしても、その人らしさを尊重することに注力している。トイレ介助や入浴など羞恥心に配慮し接している。入居者の写真等の掲載については家族から同意書を得ている。職員は守秘義務の誓約書を提出し遵守に努めている。	
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	健康状態を鑑み、規則正しい生活を基準としているが、本人の意思や希望がある場合は出来る限り、意向に沿えるようにする。常に選択肢のあるコミュニケーションを行い、話しやすい環境を整える。		
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	月ごとの行事や活動、週単位での予定、毎日の活動や習慣は予定を立てて生活している。しかし、季節によってはドライブを実施。本人の希望があれば出来るだけその日に対応する。逆に日課の拒否(入浴・清掃など)の場合は変更する。		
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	起床・入浴時は定期的に更衣している。汚染時は都度更衣しているが、衣類は極力選択していただく。		
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	全員で楽しく同時に食べることができない場合(介助など)は時間帯を分けて摂取している。後片付け(食器洗い、拭き上げ)は利用者様と一緒に取り組んでいる。	毎日の食事は外注食を提供している。敬老会やおせち料理等に関しては、出前や仕出し料理、手作りの雑煮を提供している。また梅ジュースやおにぎり作りを企画するなど楽しい食事の場を設けている。個別の食事形態や食事の時間帯に配慮している他、本人の好みや体調によってはパンや野菜ジュースなど用意している。	
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	誤嚥に注意し、食事形態や介助方法等を工夫している。摂取状況を管理し、摂取不良時の原因と対策を検討する。脱水予防に努めている。血液検査の結果で主治医より野菜ジュース接種の指示あり。食事摂取不良時は補助食品を提供。		

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	個々の能力に応じて毎食後に口腔ケア・管理をしている。夕食後は義歯洗浄・保管をしている。口腔内の残渣物や口腔ケアの状況によっては歯科医、歯科衛生士の治療や指導助言によるケアを実施している。		
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	排泄コントロールで①排尿排便の頻度、②排泄物の内容、を観察し適切な排泄方法と時間に介助や誘導、下着やパンツ・パッド類を選択している。夜間帯はポータブルトイレも使用している。	職員は排泄チェック表を基に、排泄リズムを把握、共有し、声掛け誘導を行っている。日中は座位排泄を基本として2人介助で取り組んでいる。気持ちよく排泄が出来るように、夜間のポータブルトイレは、都度洗浄している。また、パッド類や介助方法など入居者の排泄状況を検討し、本人が不快にならない支援に努めている。	
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・水分の摂取量と排便回数などを主治医に報告し、下剤でのコントロールもしている。適度な運動ができるご利用者様には体操を提供している。		
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むように、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	清潔保持、衛生管理が一番の目的ではあるが気持ちよさや安眠など気分も左右される支援の一つ。週2回以上の入浴が原則で計画的に実施するも、拒否や汚染時などはその都度仕様を変えて入浴している。	入浴は毎日準備し、体調や気分にも対応して週2回の入浴を支援している。リフト浴で車椅子の入居者も浴槽へ入り、職員との会話を楽しんでいる。好みのシャンプー類の持ち込みや同性介助にも対応し、菖蒲湯や「温泉気分を楽しもう」と入浴剤を使い、一人毎に好みの湯量や温度に配慮し、湯を入れ替えるなど楽しむ支援に努めている。	
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	昼夜逆転予防で日中活動と食事を提供し、健康管理の範囲内でご利用者様のペースを活かした睡眠を促す。自室でのプライベート空間でゆっくりと寝ていただく。睡眠センサーで睡眠時間、不眠時間を精査し、場合によっては主治医に相談する。		
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	誤薬を防ぐため、受診時のDr.の指示から内服、点眼、軟膏塗布までの工程、チェックを何度も確認する。申し送りを徹底し、誤薬を防いでいる。嚥下状態に合わせて錠剤・粉砕など薬局に協力を依頼している。		
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	生活歴、特技、趣味、職歴に合わせて日課や役割を考えている。また、認知症状により今の生活や場所の理解が困難な方もいる。また、専門医のデイケア利用など、多様性のある生活を支援している。		

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
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	ユニットや事業所での行事、ドライブを楽しんだり、事業所合同での餅つきや祭りに参加。認知症カフェ慰問など、自治会・包括支援センターと協力してイベントを盛り上げている。	外出は各ユニット毎に出掛けている。感染リスクを避け少人数ずつ、桜や紫陽花などの季節の花見や気候の良い日の遠出ドライブ、イベントなど車椅子や寝たきりの入居者も、その日の状況で気軽に出掛けている。また、家族と行きたい場所や食事、自宅などへ出掛ける入居者もあり、積極的に外出支援に取り組んでいる。	
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	金銭管理はご家族様が行っている。紛失・他者とオントラブル防止で個人での貴重品管理は禁止している。必要なものは事業所が立て替えて購入している。		
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	ご利用者様の希望とご家族様の都合に合わせて電話のやり取りは行っている。郵便物が送ってくる場合もある。		
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	生活の場として過剰な装飾はしていない。行事や季節合わせた創作物は作成している。生活空間の清潔・清掃・整理整頓を心がけ、毎日実施している。	リビングは落ち着いた雰囲気、入居者は新聞を読んだり、テレビ鑑賞や制作活動等、思い思いに過ごし、段差を改修したベランダでは庭の植栽や外気浴を楽しんでいる。廊下に季節の壁飾りや入居者の作品、行事の写真を掲示し、死角となる箇所は状況が把握できるよう安全策を講じている。職員は、清掃、空調管理等環境整備に努めている。	
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	リビングの共有空間、居室でのプライベート空間を提供している。		
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	入所時に自分らしい生活空間を作り、居心地が良い場所を作ることができると説明している。危険がない範囲で個人の持ち物を配置できる。	居室は畳の懐かしさを感じるクッションフロアを敷き、持ち込みに制限はなく、ソファや衣装ケースなど自宅で使用していた物を自由に配置し、落ち着いた環境となっている。枕元で日課のラジオを聞いたり編み物やテレビを楽しむ等、在宅時の暮らしを継続する様子が窺える。職員は清掃・室温調整等に努め、居心地よく過ごせるよう心掛けている。	
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	共有空間を識別し、互いに協力しながら生活出来るようにハード面、誘導などのソフト面で支援している。しかしリビングと居室の棟が離れており、行きづらさ、見守りが難しいマイナスもある。		

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	4290101304		
法人名	社会福祉法人 致遠会		
事業所名	グループホームサンハイツ西町 いろり棟		
所在地	長崎市白鳥町2-26		
自己評価作成日	令和 6年 9月 10日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.jp/42/
----------	---

【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ビル内
訪問調査日	令和 年 月 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)】

認知症のご利用者様が「自分らしい生活、安心できる生活を送っていただく。」を目標にサービスを提供する。ご家族様や地域の皆様の協力を仰ぎ一体となってご利用者様を支えている。ご利用者様の要望や身体的・精神的の状況を常に把握し職員が共有し統一したケアを行っている。

【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)】

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	職員同士で1日1回サンハイツフィロソフィの読み合わせを行っているが実践できてない所もある。		
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	地域のお祭りや地域の行事の参加と認知症カフェとの交流を行っている。		
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	地域代表者を運営推進会議へお招きし、活動内容や要望などを報告し理解を頂けるよう努めている。		
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	地域代表者やご家族様代表などからの様々な意見や要望を頂き、職他ご家族様へにも手紙にて内容を報告しサービス向上に活かしている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議に参加して頂き、意見を頂くようにしている。		
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	チェックリストを用いて、身体拘束の理解と現在のケアが拘束にならないかを確認し、身体拘束をしないケアに取り込んでいる。		

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
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	虐待防止についての勉強会や資料を用いて学び理解し、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	今年度は学ぶ機会を設けていない。		
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	管理者、計画作成担当者が責任をもって行っている。		
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	面会時などにご家族様からの要望や意見を聴取し、必要に応じて改善するようにしている。また、年に1度はアンケートを実施している。		
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	毎月フロア会議やフィロソフィ読み合わせの時など意見交換の場を設けている。		
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	個々との話を通じて職場環境などの整備に努めている。		
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	内部勉強会の開催やZOOM研修や外部研修への声掛けを行っている。		

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
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	グループホーム連絡協議会の会合や各種研修に参加している。		
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	積極的に会話し、困っている事などの不安な気持ちを汲み取り、声掛けや環境を整えて安心出来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	契約時にサービスの説明を行い。要望を把握し入所後に様子を電話などで報告し良好な関係づくりに努めている。		
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	グループホームで利用可能なサービスの紹介し、(自費レンタル等)必要に応じて利用できるように支援している。		
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	個人の強みや能力に合わせてサービス(洗濯物たたみ等)提供を実践している。		
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	面会時や定期受診で変更があった際は報告を行い状態を共有している。		
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	馴染みの場に外出する事は難しいが、テレビや新聞で馴染みのある場所の情報があればお伝えしたり、遠方の方は電話やテレビ電話を活用している。		

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	お茶の時間を作り、他利用者様との会話の橋渡しを行い、関係づくりを行っている。能力に合わせ役割を持って頂く。		
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	退所後、来設されたり、電話がある際は経過を聞き必要に応じて支援に努めている。		
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	ご本人様の意向を重視し、意向の把握が困難時には、会話や行動から希望を汲み取り本人本位で対応している。		
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	ご本人様や家族様または、ケアマネージャー等にお話を十分に聞くようにしている。		
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	毎月フロア会議にてADLや過ごし方を見直している。		
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	計画作成担当者が作成したケアプランを基にフロア会議等で話し合ったり、主治医の意見や家族様の意向を聞き反映し作成に努めている。		
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	随時変化や様子を記録に記入し対応の変更がある時には送りノートで共有している。		

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	自費レンタル等に応じ対応しているが、外出などの対応はあまりできていない。		
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	地域のお祭り等のイベントに参加している。地区のふれあいセンターで定期的に本を借りたり絵の展示を見に行く計画たてるも実践できていない。		
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	月に1回もしくは、必要に応じて受診を行い、状態を報告し適切な医療を受けている。		
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	週に1回もしくは、必要に応じて訪問看護に報告・相談を行い情報を共有に努めている。		
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。	入院される際は、介護サマリーを提出し、面会や電話にて経過を聞いたり、退院時には看護サマリーにて状態や治療内容の把握に努めている。		
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	終末ケアは、主治医より説明後に看取りプランを作成し、医療・看護・介護・家族様と共に看取りが行えるように支援している。		
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	救命救急の研修は数名しか参加できていない。		

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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている。	毎月、訓練を計画し実施し防災・自然災害の意識の向上に努めている。		
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	訴えに対して否定せず受容し丁寧な言葉かけを心掛けている。		
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	自己選択ができるような声掛けに努めている。		
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	各ご利用者の状態や意向に沿ってそれぞれのペースで生活できるように支援している。		
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	衣服は自己選択してもらい、起床や離床時人は髪を整えるなどの配慮している。		
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	各ご利用者の嚥下状態に合わせた食事形態と能力に合わせた食器や端、スプーンにて提供している。		
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	食事・水分量の把握に努め、状態に合わせて飲み物の種類と回数を増やして提供している。		

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
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	毎食後必ず声掛けし誘導し口腔ケアを行っている。不足している際は職員が確認や介助を行っている。		
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	排泄の記録を行い、パターンを把握し声掛けや誘導行う。また、介護用品も適切な物を選択している。		
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	排便管理を行い、間隔が長い時は主治医に報告しスムーズに出来るように取り組んでいる。		
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	事前に声掛けを行い希望やタイミングを合わせている。体調不良等でできない場合は清拭を行っている。		
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	各ご利用者の状態に合わせたベッドメイキングを行っている。		
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	ドクターの指示のもと服用し、飲み込みの確認を行っている。受診時に症状の変化を報告している。		
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	状態や能力を考慮し役割を提供し、各ご利用者の日課や趣味活動を提供している。		

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
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	ドライブや外出はあまり出来ていない。		
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	実践できていない。		
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	個人の携帯電話を所有されている方もおり、常に通話ができるように準備し使い方などの支援をしている。お手紙が届いた際はお渡しし希望があれば内容をお読みしている。		
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	ベンチやソファを配置し自由に座れるようにしており、季節がわかるよう花を飾ったりしている。また、定期的に換気や温度を調節している。		
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	ご希望の席やよくお話しされる方同士近くになるように席を配置している。共有空間で一人になれるスペースがないが、希望がある際は可能な限り席の移動をしている。		
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	なるべく使い慣れた物や過ごしやすい家具は持ってきてもらい、安全を考慮し本人・家族・職員で相談し環境づくりをおこなっている。		
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	居室やトイレがわかりやすいように工夫したり、居室内でも安全に移動できるよう置物を配置し、必要な物・よく使用する物は取りやすい所に配置している。		

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	4290101304		
法人名	社会福祉法人 致遠会		
事業所名	グループホームサンハイツ西町 竹とんぼ棟		
所在地	長崎市白鳥町2-26		
自己評価作成日	令和 6年 9月 11日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.jp/42/
----------	---

【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ビル内
訪問調査日	令和 年 月 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)】

経営母体が大きい為、相互協力が可能。近隣に住んでいる職員も多くいる為有事の際のフォローもきくのではないだろうか。理念の一つにある「ゆたかに、やすらかに、自分らしい生活」を支援する事を念頭に、地域との繋がりも少しずつ増やしていきながら地域密着型施設として努力している。

【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)】

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	出勤時の申し送りの際、併せて愛フィロソフィの唱和を行い理念の共有を図っている。		
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	日常的な交流は近隣の病院受診以外にも、正月の餅つき大会や地域のお祭りへの参加、カフェなごみ会の慰問等、行事等を通じて地域の交流を図っている。		
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	近隣に住んでおられた利用者様のご家族やご友人との面会を通して、認知症の人の理解や支援方法を発信出来るよう努力している。		
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	西町2の小規模多機能、グループホームと共に二カ月に一度運営推進会議を実施している。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	事故報告書を提出し、その後の対策や取り組みを伝えている。		
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	不穏が強く帰宅願望のある方がおられる時も夜間以外の施錠はせず、基本的に身体拘束に抵触しないケアの実施に取り組んでいる。また、定期的なミーティングや勉強会にて各職員の身体拘束についての理解を深めるようにしている。		

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
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	勉強会やチェック表を用いるなどをして不適切なケアを見過ごさないよう注意を払っている。		
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	今年度は勉強する機会を設ける事が出来なかった。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	十分な説明を行い理解と納得を得るよう努めている。		
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	玄関にご意見箱を設置している。また、面会時に要望やご意見を聞くよう努めている。		
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	フロアミーティングや個人面談を通して職員の意見や要望、提案を聞く場を設けている。		
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	管理者は職員の努力や実績、勤務状況を把握し職場環境の整備に努めているが、給与については把握していない。		
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	内部勉強会の実施、外部研修、zoom研修の参加、法人内や協議会主催の勉強会の参加を行っている。		

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
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	法人主催の勉強会や協議会主催の勉強会の参加等、同業者との交流やネットワークづくりに努めている。		
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	本人が安心して過ごせる為の信頼関係の構築に努力している。		
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	入居相談時に十分な聞き取りを行い、関係づくりに努めている。		
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	入居相談時や入居面談時に本人にとって必要なサービスを見極め対応している。		
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	一方的で過剰な介護をするのではなく、本人の残存能力を維持し、本人にとっての役割を見出す為の支援を実施している。		
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	毎月西町通信を発送し状況報告をしたり、電話連絡にて日々の様子を伝えるようにして共に支えていく関係づくりに努めている。		
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	馴染みの場所に出向くことは難しいが、馴染みの人が訪ねて来られた際の場所の提供は行っている。		

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
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	レクリエーションやティータイム等で交流を持つようにしている。また、ユニットだけでなく全館でのレクリエーションも年に数回行えるようにし、利用者同士が関わり合い支え合えるよう支援している。		
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	退去後であっても入院先の病院へ面会に行ったり、亡くなられた場合は通夜や葬儀に参列し、これまでの関係を大事にしている。		
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	本人からの聞き取りを行っているが、困難な場合はご家族へ聞き把握に努めている。		
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	入居相談時や面談時に聞き取りを行い把握に努めている。		
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	入居後は相談時の情報を元に、生活の中から心身状態のやADL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	本人やご家族からの聞き取りを元にミーティングで検討し介護計画に反映させている。		
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	ほのぼのを用いて個別に記録として残すほか、申し送りノートを活用して情報の共有を行い実践や介護計画の見直しに活かしている。		

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	都度本人やご家族の要望を聞き、本人の状況に合わせて臨機応変に柔軟な支援が出来るよう努めている。		
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	今年度は正月の餅つきや他事業所との共催でお祭りを実施予定。		
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	極力入居前からのかかりつけ医は継続し、利用者が安心して適切な医療を受けられるよう支援してい		
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	週に一回訪問看護師来設。一週間の状況報告をして健康管理を行ってもらい、相談や情報提供することで利用者が適切な医療を受けることが出来るよう支援している。		
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。	入院時には介護サマリーを提供し、入院中もMSWや家族と連絡を取り合い早期に退院できるよう情報交換を行っている。		
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	入居相談時に説明し理解を得ている。重度化した場合にはその都度面談を行い説明と今後の方針について話し合いを行う。		
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	年に一度、消防署実施の普通救命講習を受け対応を学んでいる。昨年と今年度は受けることが出来た。		

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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている。	防火管理委員会を軸に毎月避難訓練や消火訓練等、何らかの訓練を実施し、各職員が有事の際に対応出来るよう努めている。 火災や地震災害と比較して風水害の訓練に関しては不足している。		
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	利用者を敬い、誇りを守りプライバシーに配慮しながら言葉かけや対応を行うよう努める。		
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	日常生活の中で本人の望みや希望を引き出せるような言葉かけを行うよう努めている。		
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	なるべく利用者それぞれのペースを優先した支援を提供出来るよう心掛けている。		
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	起床時や入浴後の整容、その日に着る洋服の選択を支援している。また、面会時や受診等の外出時、誕生日会や敬老の日等の行事では日頃とは違う装いを心掛けている。二カ月に一度訪問美容師によるヘアカットをして頂き、希望があればカラーやパーマも出来る。		
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	利用者それぞれの状態に合わせた食事形態で提供している。ケアを充実させる為、メニューは委託したものを提供しているが、アレルギーやどうしても食べれないような品に対しては代食を用意する事もある。正月や敬老の日等ではお寿司やお節のオードブルの出前をとり提供している。		
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	摂取した食事量や水分量はその都度チェックしている。水分量は制限等が無い限り1日1000～1500cc摂取を目安として確保出来るよう努めている。		

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
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	毎食後必ず口腔ケアを行う。各利用者の状態や能力に合わせてケアに用いる道具や支援の仕方を変えて臨機応変に対応する。義歯を使用している方は夕食後に義歯洗浄剤を用いて衛生的に保っている。		
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	利用者の排泄パターンを把握し、オムツ使用者でも可能であればトイレでの排泄をして頂くよう心掛けている。		
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	適宜主治医や訪問看護師へ相談し、排便コントロールの指示を実行している。		
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	事前に声掛けをし、出来る限り本人が入りたいタイミングで入浴出来るようにしている。週2回以上の入浴を心掛けている。		
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	状態に応じて休息を促している。室温や光、音に配慮し、安楽な環境で眠れるように努めている。		
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	薬の効能や副作用、禁忌について把握し管理するよう努めている。症状の変化を観察し、受診時以外でも電話連絡や情報シート等で医師に報告している。		
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	洗濯物を畳んで頂いたり、食器洗いや拭き上げや床掃除等、本人のADLを理解し、役割を持って日々の生活を送れるよう支援している。		

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
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	ドライブや地域のお祭りの参加などで戸外へ出る機会を設けているが、本人が行きたいタイミングでの外出は殆ど実施できていない。		
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	基本的にホーム内で金銭を持つ事は遠慮して頂いている。どうしてもという方へは紛失しても問題のない額だけを持たせている。また、その旨をご家族へお伝えする。		
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	時間帯やご家族の意向次第ではあるが、希望があれば出来る限り電話をかけて頂けるよう努めている。手紙を頂く利用者もおり、遠方のご家族からの電話には本人が出られるよう支援している。		
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	共有空間では四季折々のレイアウトを心掛けており、ホームで過ごされる時間が多い利用者へ季節を感じて心地良く過ごして頂けるよう工夫している。		
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	共有空間に一人になれるスペースは無いが、ソファや畳のスペース等もあり、思い思いに居心地の良い空間提供に臨んでいる。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	基本的に居室内の荷物や配置に関しては本人とご家族にお任せしている。使い慣れた物を持ち込んで頂いたり、写真や飾りをするなど、本人が居心地良く生活を送れるよう工夫している。		
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	全館バリアフリーで、各居室入り口には自身の部屋と分かるような目印を設置したり、安全に自分らしい生活の場を提供出来るよう努めている。		