

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	2392300121		
法人名	有限会社 あかり		
事業所名	グループホーム あかり		
	瀬戸市宝ヶ丘町310番地の1		
自己評価作成日	平成31年1月31日	評価結果市町村受理日	平成31年4月22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.mhiw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyvoCd=2392300121-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成31年2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)】

入居者様の生活リズムに合わせて、その人らしさ、自分らしさを失わず、持っている潜在能力を発揮し、入居者様と共に歩む生活のパートナーとして笑顔と寄り添うケアを心がけています。
またスタッフ一人ひとり、感謝の気持ちと相手を思いやる心で事業所の理念でもある「共思いケア」を実践し、穏やかで安らぎのある暮らしを提供することをモットーにしています。

【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)】

ホームの基本理念でもある「共思い(ともおmoi)のケア」を目指しながら、利用者や職員が心で通じ合うことができるような支援に取り組んでいる。利用者もできることに参加しながら、ホームでの生活を前向きなものになるような支援が行われている。デイサービスを併設して運営されている利点を活かし、利用者の身体状態等に合わせながらデイサービスからグループホームへの移行も可能な体制がつけられている。地域の方との交流については、法人全体で取り組みが行われており、運営法人で毎月のカフェの取り組みを行いながら、地域の方との交流の機会をつくっている。また、定期的開催している運営推進会議については、ホームに関わっている様々な分野の方に参加を呼びかけながら、出席者のそれぞれの立場から意見が出してもらい、ホームの運営に反映する取り組みが行われている。

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、安心して暮らしている (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。	フロア内にあかりの理念を掲げ、毎日目が届くようにしている。また、理念に沿って出来るだけ実践につなげる様に努力している。	利用者と職員が共に想い、心が通じ合うことを目指した、「共想い(ともおもい)のケア」を理念をして掲げている。職員の日常的な支援の基本としながら、リビングに大きく掲示しており、職員の日常的な意識につなげている。	
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。	近所の人に積極的に挨拶したり。町内会の行事参加できるよう努力し交流を心がけている。	地域で行われている行事の際には、ホームからも参加する機会をつくり、地域の方との交流の機会につなげている。また、法人全体で地域交流の取り組みが行われており、毎月のカフェの取り組みが行われている。	毎月のカフェの取り組みについては、次年度より、場所を併設のデイサービスに変更する予定である。ホームの継続的な取り組みに期待したい。
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。	認知症カフェを月一回開催し、地域の方との交流の場を設け、少しずつ認知症を理解していただき、地域の方のお役に立てるよう努めている。		
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。	2か月に1回開催し、いろんな方の意見や話し合いで参考になることは運営に生かすよう努めています。定期的な開催で家族や地域包括支援センター、市職員等に報告している。又薬剤師、訪問看護師にも出席して頂き医療面での情報交換も行っています。	会議の際には、様々な分野の方に参加を呼びかけ、それぞれの立場から意見を出してもらい、ホームの運営への反映につなげている。また、看護師や薬剤師の方の参加が得られていることで、会議を通じた医療面での情報交換も行われている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは、必要に応じて密接に連絡を取りながら運営しています。会議等の案内を直接持参し、定期的な情報交換に繋がったり、地域密着型事業所部会に参加し又はたやま地域包括支援センターとの情報交換も行っています。	市の担当者とは、必要に応じて密接に連絡を取りながら運営しています。会議等の案内を直接持参し、定期的な情報交換に繋がったり、地域密着型事業所部会に参加し又はたやま地域包括支援センターとの情報交換も行っています。	市内の介護事業所が集まる連絡会の際には、ホームからも職員が参加する機会をつくり、情報交換等にもつなげている。また、地域包括支援センターとは、カフェを通じた交流の機会も得られている。	
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。	ミーティングを通じて、スタッフ全員が身体拘束を正しく理解するよう努めています。フロア内にミラーを取り付け、キッチンからホール全体を見渡せる様にし、玄関はなるべく施錠しないように努めている。	ホームでは、身体拘束を行わない方針で支援を行っているが、利用者の状況等にも合わせた対応も行われており、職員間での検討が行われている。また、身体拘束に関する検討や職員研修の取り組みが行われている。	ホームの様々な事情から身体拘束に関する対応が困難であった時期があったが、現状は身体拘束を行っていない。職員間で連携した対応等の取り組みに期待したい。
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逃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。	機会がある毎に、職員研修やミーティングで話し合い、虐待防止に取り組んでいる。		

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
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。	必要な方に活用できる様、権利擁護事業や成年後見制度について理解を深めるよう努めている		
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。	家族等に疑問点の無いよう、十分な説明をお行い、署名、捺印を頂いている。		
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。	利用者からの声、意見等が伝わるよう声かけに工夫をしている。家族が面会にいらした時等に、話す機会を作っている。又、その内容はスタッフ間で共有し支援に反映している。	家族からの要望等については、重要事項説明書に受付担当職員と法人代表者を明記することで、複数の職員で対応する体制をつくっている。また、毎月の利用者毎のホーム便りの作成が行われている。	家族との交流の機会が限られた範囲となっている。次年度からのカフェの取り組み等、家族との交流に関するホームの継続的な取り組みに期待したい。
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。	ミーティングや、職員研修等で職員の意見や提案を反映する機会を設けている。代表者が常にホームの事を気にかけて、色々と立案して下さり職員もそれに応え色々意見を述べたり、提案したりと、よりよいホームにするため話し合っている。	ホームでは、1ユニットのホームである利点を活かしながら、随時の職員との情報交換が行われており、職員からの意見等をホームの運営に反映する取り組みが行われている。また、法人代表者でもある管理者が日常的にホームに勤務している体制をつくっている。	
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。	勤務状況の評価について、代表者が職員と面談して、公平に判断するようしながら、向上心を持って働けるよう職場環境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。	定期的に内部・外部研修を行ったり、実技指導にも力を入れようとしている。申し出があれば計画以外の外部研修にも積極的に参加させる。		
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。	部会や交流会等を通じ交流を深め、質の向上に努めている。		

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
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。	利用者の生活歴を把握し、センター方式を活用しながら、希望や不安などを把握し、利用者本位のケアを心がけている。		
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。	家族が困っている事、不安や希望をじっくり伺い、それらの解消に努めている。		
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。	ご本人と、その家族とは、必要としている事柄が異なるので、よく話し合いケアプランを立てている。必要であれば他のサービスを紹介しています。		
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。	洗濯、掃除、調理等、出来ることは事は一緒に行っている。本人の潜在能力に配慮しながら、暮らしを共にする者同士の関係を築けるよう努めている。		
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。	いつでも来所して頂ける様にしている。、居室でひと時過ごして頂きながら、日ごろの生活状況を伝えている。又月1回のお便りでホームでの生活の様子をお知らせし、家族との一体感が失われないように努めています。		
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。	皆の写真を見たり、昔の話に耳を向けその頃の思い出話を聞いている。外出時に馴染みの場所が近くにあれば立ち寄りすることもある。利用者の親戚や友人の方などが面会に来て楽しく交流したり、外出されたりしている。	利用者の中には、入居前からの関係の方との交流を継続している方もあり、馴染みの関係継続にもつながっている。また、家族との外出の機会も得られており、家族の支援も得ながら利用者の馴染みのある店に出かけている方もいる。	
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。	利用者同士の関係を職員が把握し、上手く関わり良好な関係に築け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
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。	本人・家族等の関係を大切にし、サービスが終了しても、より良い関係が保たれるよう努めている。		
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。	本人の意思に沿えるように、一人ひとりの思いや希望に関心を持ち、ケアプランとして検討している。	日常的に職員間で利用者に関する情報交換を行いながら、職員による利用者に関する気付き等を職員間で共有し、日常の支援につなげる取り組みが行われている。また、随時のカンファレンスを実施し、利用者の意向等の検討が行われている。	
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。	入居時に家族、本人から、出来るだけ詳しく聞き、職員に周知している。		
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。	毎日バイタルチェックを行い、それぞれのケアプランに沿ってケアを行っている。体調の変化は常に記録している。		
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。	日頃から利用者本人の思いや利用者家族の思いを取り入れ提案し、職員同士で話し合い介護計画に反映している。	介護計画については、3か月での見直しが行われており、利用者の変化等に合わせた見直しにつなげている。また、日常的に細かな記録を残すように取り組んでおり、定期的なモニタリングと評価につなげる取り組みが行われている。	
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。	日常の記録を基に、申し送りの際、情報共有し、介護計画の見直しに繋げている。		
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。	本人や家族の状況、ニーズに応じて対応している。		

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。	安全第一で行事や、ボランティアの参加、近隣のお散歩を通じて地域の住民の交流にも努めている。		
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、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。	主治医による月1回の往診を行っている。入居時今までの主治医に情報提供をお願いし、提供して頂いている。入居された時から概りなく支援できるように努めている。主治医ともいつでも連絡出来る体制をとっている。	協力医による定期的及び随時の医療面での支援が行われており、現状、全員の方が協力医をかかりつけ医としている。受診は家族による対応を基本としつつ、状況等に合わせホームでも対応している。また、週1回の訪問看護による支援も行われている。	
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。	訪問看護ステーションの週1回の訪問があり、24時間いつでも連絡が取れる体制にしている。利用者の健康に関する相談にも助言を頂いている。		
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。	主治医により、紹介状を作成して頂き、情報交換できる様努めている。又家族とも連絡を取り、医療機関との情報を共有している。		
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、事業所ですることが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。	本人、ご家族に終末期についての考えを覗い、ご希望に添えるよう同意書等を頂きながら、主治医、訪問看護ステーションと連携を図り体制を整えています。	利用者が最期までホームでの生活を継続することができるように、医療面での連携を深めながら、利用者や家族の意向に合わせた支援につなげている。家族とは段階に合わせた話し合いを重ねており、利用者が最期まで過ごせるような対応に取り組んでいる。	
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。	緊急時マニュアルを事務所に置いています。すべての職員が定期的に救命救急講習を受講するよう努めている。		
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。	年2回は避難訓練を行っている。地域の方に案内を送ったり地域の防災訓練にはホームからも参加できる様努めている。	年2回の避難訓練の際には、併設のデイサービスと合同で訓練を実施しており、夜間を想定した訓練や通報装置の確認が行われている。地域で行われている訓練にホームからも参加しており、地域の方との協力関係に取り組んでいる。	現状、ホームの備蓄品の確保が充分ではない状況でもあるため、ホームの段階的な備蓄品の確保に期待したい。

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。	利用者の思いを傾聴によって感じ取り、そのひとらしさを尊重し、声かけ、言葉ががけや対応に努めている。	利用者との「共想いのケア」を職員による支援の基本と考えながら、利用者の思いに寄り添いながら、利用者を尊重した対応につなげる働きかけが行われている。また、職員間で利用者に関する検討を行いながら、利用者に関わせた対応につなげている。	
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。	日頃の、声かけ、傾聴により本人の思いや気持ちを知る機会を作り、コミュニケーション、表情等を通じて自己決定できるよう努めている。		
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、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。	一人ひとりのペースになるべく合わせた生活をして頂くよう心がけている。常にコミュニケーションをはかり、強制しない等、利用者の気持ちの把握に努めている。		
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。	髭剃りや整容を本人と共に行ったり2ヶ月に1度訪問理美容室に来て頂き髪をカットして頂いている。		
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。	出来る家事は分担し、一緒に準備、片づけをしています。食事時、食事の見守り、介助を行ないながら嚥下状態等の確認を行っている。又、食事が楽しめるようメニューを説明している。	食材業者のメニューを基本に、利用者の好みや身体状態等にも合わせたアレンジが行われている。利用者の参加は困難になっているが、片付けに参加している方がいる。また、利用者の身体状態に合わせた食事形態の提供が行われている。	
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。	栄養のバランスを考慮するとともに、キザミ、トロミ、食器類にも気を配っている。水分が不足している方には、スポーツドリンクや飲み物を温めたり、冷やしたりして提供し支援しています。		
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。	口腔ケア、入れ歯の清掃を毎食後支援しています。毎月2回歯科医院の往診と月1回衛生士から口腔ケアの指導を受けている。		

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。	それぞれ利用者の排泄パターンを把握し声かけ、誘導に努めている。出来る限り最後までトイレでの排泄を目指し自立支援を行っています。	利用者全員の排泄記録を残し、職員間で随時の情報交換を行いながら、利用者に合わせた排泄支援に取り組んでいる。トイレでの排泄を基本に考えながら、職員複数での介助も行われている。また、排泄に関する医療面での支援も行われている。	
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。	日頃から水分摂取や、適度な運動を心がけている。必要に応じて主治医と訪問看護師と相談しながら、下剤などを服用しコントロールすることもあります。		
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。	入浴日、時間帯などはすべての利用者の希望には合っていないが、出来る限り無理のない様に心がけ、気持ちよく入って頂けるよう努めています。	ホームでは、週4日の入浴日があり、利用者は週2回の午前の時間に入浴している。身体状態の合わせた職員複数での介助が行われており、時には3名で介助することもある。また、季節に合わせた柚子湯や菖蒲湯の取り組みも行われている。	
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。	生活リズムをなるべく壊さないよう支援し、個々の生活スタイルに合わせて休んで頂いている。		
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。	薬の情報をファイルし、職員がいつでも確認できる様にしている。 又薬剤師の訪問により薬のセットを毎週行っており、情報交換している。変化や疑問点等は、相談援助して頂いている。		
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。	利用者の生活歴や日々の生活の中で一人ひとり出来ることを把握し、その人に合った事を提供できるよう、支援させていただいている。		
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。	近所の散歩をはじめ、全員ではないがドライブやスーパーなどで買い物等、定期的に外出支援が出来るよう努めています。	ホームでも可能な範囲で近隣への散歩や買い物を通じた外出の機会がつかられているが、全体的に利用者の身体状態が重くなっていることで、利用者の外出は限られた範囲となっている。また、季節に合わせた花見や紅葉等の外出行事が行われている。	利用者の身体状態が重くなっていることで、外出の機会が少なくなっているが、利用者の中には外出が可能な方も生活していることもあるため、個別の外出支援等の取り組みが増えることにも期待したい。

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
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。	お金の管理は事務所で預かり保管している。		
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。	いつでも電話をかけられるよう支援していますが、家族の事情もありなかなか電話が出来ない事があります。 手紙を書いて頂いている。		
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。	静かな住宅街に位置しており室内には観葉植物もあり、季節の作品も飾っている。毎日きもちよく過ごして頂くために、こまめに掃除を行い清潔な空間を保つよう心掛けています。	ホームのリビングは広めの空間が確保されていることで、利用者は日中の時間をリビングでゆったりと過ごしている。ソファの位置を工夫しながら、利用者の状況に合わせている。また、季節に合わせた飾り付け等の雰囲気づくりが行われている。	
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。	ホールには、ソファやイスがたくさんあり好きな場所で本人のペースで過ごされています。又、気の合った者同士の交流に心がけ、居室での静養も大切にしている。		
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。	本人の馴れ親しんだ品や、家族との写真などで心穏やかに過ごせる様に配慮しています。	居室については、シンプルな雰囲気のある居室の方もありますが、利用者や家族の意向等に合わせた家具類の持ち込みが行われている。また、利用者の中には、多くの家族との写真を飾る等、利用者の気持ちに配慮した取り組みも行われている。	
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。	利用者が理解できる様に、居室に表札をつけ、トイレには張り紙をしてトイレと分かるよう工夫している。居室やホールには手すりなどを設置して、安心して生活を送れるように努めている。		