

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	2471300331		
法人名	株式会社 センチュリークリエイティブ		
事業所名	グループホームあみーご奈垣		
所在地	三重県名張市奈垣字掛田1422-5		
自己評価作成日	平成26年9月15日	評価結果市町提出日	

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.kaijokensaku.jp/24/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&JigvosvoCd=2471300331-00&PrefCd=24&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 26 年 10 月 3 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)】

認知症高齢者に必要なものの一つに、落ち着いた環境作りが必要と考え、ホームの立地条件を生かした「自然の中」での「自然体の介護」を行っている。ホーム敷地内にいながらにして四季を五感で感じていただきながら、ゆったりと落ち着いた環境と時間の流れの中で、利用者の方々に穏やかに過ごしていただいている。隣接しているグループホームの利用者及び職員との関わり、重度化した際でも安心して利用を継続できるよう設備を充実させている。

【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)】

障害のある利用者がその人が持っている残存機能をなるべく維持回復できるような理念を掲げ所として運営している施設である。一般の人と同様に喜怒哀楽の感情を率直に発している利用者に職員が会話しながら寄り添っている。人権の尊重は当然であるが危険でない限りは必要以上の介助をしないで職員が見守る「自然体の介護」をしている。

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	理念を基にその人らしさを生活できるように、職員全員が理解し、支援にとり組んでいる。	個別支援・自立支援、人権尊重、医療連携、地域交流が理念である。スタッフが介入し過ぎないことを実践することで利用者の生命力が失われないことに繋がっている。例えば、利用者同士が口論になっても職員が落ち着いて成り行きを見守っている。	
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	自治会や地域で実施されている行事にも積極的に参加している。	自治会で年数回ある行事に参加しているが、離れた近所の民家から野菜をもらったりするなど普通の付き合いをしている。周辺地域からも見やすい大きな看板を付けた。	
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	施設を地域に開放し、地域住民が気軽に相談できる場としたい。地域住民の訪問や運営推進会議を通じて地域への貢献を広げていきたい。		
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、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	運営推進会議を開催することで、利用者や家族、地域住民の意見や要望を聞き取ることができるようになった。定期的に開催するようになっていくが、より多くの家族や利用者が参加でき、意見を交わせる場としていく。	運営推進会議に参加した家族の意見から利用者の直近の写真が欲しいことが分かって写真を提供したり、自宅に外泊する利用者が施設の浴槽内で使用しているマットを自宅でも使いたいことが分かって購入場所を教えたり、他の家族にも提供出来、サービス向上に活かされている。	
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に取り組んでいる	事業所では解決できない問題については、市役所または地域包括支援センターに相談している。また、二ヶ月に一度、介護相談員を受託しており、報告書を基にサービスの向上を図っている。	包括センターから独居・認知症の方を紹介されても費用的な問題で入居できないことがあり、家賃を下げたりして生活保護費で入居できるようにした利用者もいるなど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	日々の申し送り、職員会議等で、自覚のない身体拘束が行われていないか点検している。玄関等の施錠については、出来る範囲で開錠時間を設けている。	身体拘束をしない環境作りに配慮している。日々の申し送りの記録帳も項目ごとに細かく区分され一目で判断できる仕組みである。リビングと玄関が直結しているため、玄関からの出入りも職員から見えており安心である。また、居室のサッシ窓から出てもセンサーがあり、職員がすぐに対応できる工夫がされている。	
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	日々の業務や会議の中で利用者への関わり方を指導している。高齢者虐待防止法に関する理解浸透や事業所での勉強会が行われていない。今年度の合同の勉強会に組み込む予定。		

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	現在、成年後見人制度を利用している利用者があり、後見人や家族と話し合う場も設けることができている。職員全員への理解は今後も進めていく必要がある。		
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	契約説明時には、利用者や家族に納得していただけるよう、時間をかけてオリエンテーションを行なっている。		
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	利用者の個々に不満や苦情はその都度受け付け、速やかに改善を行なっている。また、定期的に利用者と家族と話し合い、運営に反映できるように努力している。意見等が出たときには、カンファレンスを開催し、改善方法を検討している。	直接家族の意見を聞けるのは運営推進会議や面会時であるが、事業所での出来事を利用者ごとに毎日記録したものをコピーし、毎月家族に送付している。そのコピーを家族が毎回読んでいることに職員一同歓心している。	
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	定期的に月1回程度、職員会議を設け、意見交換している。意見等が出たときには、その都度改善方法を検討している。その他、市内のGH全体の会議、社内会議等で現状の把握と改善を行っている。職員からの提案書を作成している。	全体会議は月に一度あるが、司会を職員に任せたりして提案書が上がる工夫をしている。また、桑名にいる経営者が月一で施設に来れるようになったこともあり、職員からの意見が通りやすくなり改善が早くなった。例えば、車椅子利用者が多くなったことなどから福祉車両を増やしたり、居室のリフォームをしたりしている。	
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	運営者による面談の場を設け、職員個々の努力や実績をもとに評価し、給与や役職の見直しを行なっている。また、職員の資格取得に向けた支援をしている。		
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	職員個々の経験やレベルに応じて指導を行っている。今年度より内部研修の充実を図っている。		
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	他法人との関わりは管理者のみにとどまっている。法人内での勉強会や事業所間研修を現在検討中。法人内で他サービスの事業所の職員との関われる機会を設けて行っている。		

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
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	初期面談時に、利用者宅に訪問し、本人の思いや意向に耳を傾けている。		
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	申し込みや初期面談時には家族の不安や困っていること、今後の要望などに耳を傾け、信頼関係作りの努力をしている。		
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	居宅介護支援事業所のケアマネージャーに相談するなどし、当事業所が本人にとって適切かどうかを見極めている。必要があれば、他の施設を勧めることもある。		
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	職員が一方向的に支援してしまわないよう、職員同士で話し合う場を多く持っている。お互いに共同しながら生活していただけるよう、場面づくりや声かけを工夫できるよう努力している。		
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	受身の家族もいるが、通院の付き添い運営推進会議などに参加して頂いている。本人の要望や状態が不安定なときには、家族に協力を求め訪問や外出支援、電話や手紙など、家族にしかできない支援をお願いしている。		
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	今までのつながりを持っておられる方は少ないが、友人・知人が訪問された際は、ゆっくり過ごしてもらえるように心がけている。馴染みのかかりつけ医などを利用してもらっている。	3月に開催される国津神社の餅撒きに出かけて馴染みの人達と交流している。また、馴染みの人や知人にも来訪していただき易くする為に、利用者と一緒楽しめる夏祭りや運動会、おやつバイキングを開催している。	
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	職員が調整役となり、利用者同士の関係がうまくいくように努力している。テーブル席や行事など、気の合う利用者同士になるよう工夫している。		

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	サービスを終了しても、家族と電話や手紙などでやり取りをしていたこともあった。現在はかかっている事例はない。		
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	利用者が何を考え、何を希望しているのかを、毎日の生活や会話を通して把握できるように努めている。職員の気づきや利用者の要望は日誌に書きとめ、必要があれば会議を開催し、変更できるようにしている。	利用者と家族が職員に話し易い環境であり、思いや意向にはすぐに対応している。食事の席が一緒になりたくない利用者には席を調整したり、家族から入浴拒否の知らせを受けた利用者に対応したりと思いや暮らし方の希望に沿っている。	
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	面接時、入居後も利用者との日常会話や家族との情報交換を通じて、利用者の事柄について把握できるよう努めている。		
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	利用者のできることを生かし、職員会議等によって、1人ひとりの生活リズム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	状態に変化があった場合には、本人や家族の意向、職員の意見を反映させ、現状に即した介護計画を作成できるよう現在見直し中。	今までケアプランが順次定期的に文書として整理されていなかった。それはケアマネジャーが夜勤対応もしていたことが原因であったので、専任のケアマネジャーが対応できる体制に変え始めた。	
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	日々の様子や気づきを日誌や引き継ぎシートに記載し、情報を共有している。また、いつでも職員が確認できるようにしており、勤務開始前に確認するよう義務づけている。		
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	利用者・家族の希望にそって通院介助や外食、日帰り旅行、グループや個別の支援を柔軟に行っている。		

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
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	ボランティアの受け入れや、地域や市のイベント等に積極的に参加している。		
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	入居時に協力医療機関への通院を説明している。本人や家族の希望や医師の勧めがあれば、以前からのかかりつけ医で医療を受けられるよう対応している。利用者の心身の状況によっては、新たな医療機関への受診を勧めたり、家族の希望によって医療機関の変更も行う。	半数ぐらいの利用者の通院に、家族が同行している。かかりつけ医には職員が電話で話せる間柄であり、何かあれば対応できる体制になっている。	
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	隣接しているGHの看護師または契約している訪問看護師に相談し、常に健康管理に努め、状態変化に応じた看護、病院受診ができ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。	協力医療機関、かかりつけ医に相談しながら、入院の対応、紹介をして頂いている。入院後は治療方針、今後の経過などについて、医療機関と連絡を取り、本人、家族と話し合いながら、最も良いと思われる支援が提供出来るよう努めている。		
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	初回面接時と契約時に重度化した場合の対応についても同意書を作成し、家族に理解して頂いている。入院、他の施設への転移が必要であれば、その都度カンファレンスを行い、事業所の意向を本人、家族に説明し話し合い理解を求めている。また、利用可能なサービスが他にあれば、十分な情報収集を行い、提供している。	終末期のケアについて指針と同意書があり、契約時に説明と捺印をしてもらっているが、変化があればその都度家族と話し合いサービスを変えたりしている。	
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	新規採用者の救命講習を市内の同法人事業所と合同で行なうことを計画している。		
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	近隣住民にも参加してもらい、日中、夜間を想定した避難訓練を行っていた。今後は消防署の指導も受けながら実施していく。	山間にある施設なので、火災や孤立に対応する努力をしている。スタッフの住まいも車で10～15分と近いところであり、すぐに駆けつけることができる。火災に備えて防火水槽も作った。	

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
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	利用者の人格を否定するような言動をしないよう実践し、日々指導し、職員の教育に努めている。 個々の職員へ、また会議の場で全員に指導している。	職員の態度や言葉使いに細心の注意を払っているが、利用者の日々の体調や気分によって対応する職員を変えている。それによりコミュニケーションがスムーズになることもある。	
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	利用者が自己決定できる場面を作り、また意思表示が困難な利用者には、表情を読み取り、見極めて対応している。		
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、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	基本的に大まかな一日の流れはあるが、起床時間や食事、外出や居室で過ごす時間など、利用者一人ひとりのペースで生活できるよう支援を行っている。		
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	利用者が自分で身支度できるよう支援しているが、洋服選びや準備など、自己決定できない利用者もいる。入浴前の衣類の準備など、利用者本人にしていいただくよう働きかけている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	調理は職員と一部利用者で調理しているが、他の利用者にも食事の準備、配膳や片付けなどを手伝ってもらっている。	6年前から材料と献立を業者に委託している。調理は職員と一部利用者でしている。他の利用者には配膳や下膳を手伝ってもらっている。一汁三菜の栄養価を考えたボリュームのある物になっている。	
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	利用者一人ひとりの嗜好について把握し、食事を毎回チェックし記録している。咀嚼、嚥下能力に応じて、刻むなど食事形態に配慮している。水分摂取量の少ない利用者には、本人や家族の意向を聞き、好みのもので対応している。		
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、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、口腔ケアの声かけを行い、個々に応じて歯磨き、義歯洗浄、うがいの支援を行っている。希望される利用者には訪問歯科での口腔ケアを受けていただいている。		

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	本人の訴え、排泄パターン、あるいは行動によって排泄のタイミングを図り、誘導、支援している。	多くの利用者がリハビリパンツを使用しているが、改善した利用者は少ない。夜間もチェック票で対応しているが睡眠優先をしている。	
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	栄養バランスを考えた食事、おやつを取り入れられている。便秘がちな利用者に対しては、個々の排便ペースを把握し、必要に応じて下剤の服用、また腹部マッサージを行うなどして、自然排便を促す工夫をしている。		
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	入浴の苦手な利用者には、気分の良い日に入浴していただいたり、シャワー浴にしたりと対応している。ある程度、曜日、時間帯を設定しているが、入浴したいと希望があれば、柔軟に対応している。	週に2～3回の入浴を2時過ぎからしている。3分の1の利用者が嫌がるのでシャワー浴や足湯に変える場合もある。	
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	居室の他に、リビング横にはソファがあり、利用者は個別に心地よく休息できる場所、時間に配慮している。夜間については居室の照明や温度、また主治医と薬剤について検討し、良眠できるよう支援している。		
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	服薬確認は毎食後、徹底管理している。利用者の状況変化があれば、医師に相談し、必要に応じて投薬の変更をもらっている。		
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	利用者の得意分野を生かし、洗濯や掃除、炊事等本人の能力に添って役割を自然と持てるよう支援している。実際には重度となり困難な利用者も複数あり。		
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	散歩やデッキテラスでのコーヒータイムなどを日常的に取り入れている。また、買い物や季節に応じた外出の機会を設けていた。体制的な課題があり今後改善を要する。	重度化した利用者が増えており、日常的な外出も限られた人になっているが、福祉車両が増えるので車椅子利用者の外出対応も考えている。	

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
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	入居時に家族には金銭を持たせてもらうことはよいと説明している。しかし、現状は家族の意向もあり、個人で金銭を管理している利用者は少ない。		
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	本人が家族に電話を希望された時は職員が取り次ぎ支援しているが、家族に同意を得てかける場合もある。		
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	山間部にあるログハウスという居住空間であり、木のぬくもりを感じれる落ち着いた住まいを提供している。玄関も外部がよく見渡せるようにガラス張りにし、季節感を感じていただけるようにしている。	リビング兼食堂はログハウスの中心にある。天井が高くなっており、開放感と重厚感のある作りである。浴室も窓が広く開放的である。廊下の天井には青空に雲が描かれている。家具や花の配置などに利用者の意見が反映された共用空間作りになっている。	
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	リビングにはテーブル席とソファがあり、一人で過ごすことも、気のあった利用者同士で過ごすこともできる工夫をしている。		
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	本人、家族には使い慣れた物品を持ってきてもらうようお願いしており、思い思いの居室作りをされている。	居室の窓は広く採光が入りやすく外がよく見えるサッシが組み込まれている。押入れやクローゼットは無いが小さな整理箆笥は持ち込んでおり、衣料の整理が出来る部屋の大きさである。	
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	テーブルの位置や、椅子の形態、トイレまでの距離等、本人の状態を考慮している。また、利用者同士がコミュニケーションをとりやすく、助け合い、楽しみを持てるように工夫している。		