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	3370301057		
法人名	有限会社のどか宅老所		
事業所名	グループホームのどか I		
所在地	岡山県津山市下高倉西544-1		
自己評価作成日	令和6年6月29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	

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利法人 津高生活支援センター		
所在地	岡山市北区松尾209-1		
訪問調査日	令和6年9月17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)】

今年度は『職員間の日々の会話とかかわり方を工夫し、綿密な情報交換と情報共有ができるようになる』を事業所目標とし、職員の入れ替わりによるコミュニケーション不足からの伝達もれをなくす為に毎月の行動計画に沿っての実践とモニタリングを行っている。又、昨今の物価高騰に対して『必要経費(水道光熱費等)を把握し、必要・不必要を判断するとともに効率・節約を考えながら業務にあたる』を心がけ、職員自らの節約プランに沿って経費節減を考えながら働いている。管理職からの指示で物事にあたるのではなく、職員各自が疑問を持ち、提案を行い、責任と自主性を持って行動し、解決していくような自立した職場を目指している。

【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)】

日々、理念の下で入居者の情報共有と連携を図りながら一人ひとりに合った支援に努めています。又、職員一人ひとりの自主性、現場業務の見直しなどさまざまな取り組みと工夫が窺えます。地域と密着しながら入居者の馴染みの暮らしの継続に努め、地域、家族の安心に繋がっている様子が窺えます。

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している (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。]

		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	開所当初から、『家庭生活の延長線上の介護の実践』を理念として取り組んでおり、又、法人全体としての理念・基本方針も掲げ、内部研修で学ぶ機会を作り、全員が共有できるようにしている。	玄関や各ユニットなど職員が見える位置に理念・基本方針を掲げ、内部研修の時も共有を図り職員全員が日々の介護に意識できるようにしています。
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	主体でのイベントの実施はないが、地区の子供会や小学生の慰問はある。又、地区の草刈り等を一緒に行ったり、今年は秋祭りへの参加も予定している。	地域に密着した普段の生活を大切にしており、今年はお神輿が来る予定になっています。コロナ禍や地域性の中でできる関わりを継続している様子が窺えます。
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	介護についての相談や入居の問い合わせがあった時には、現在の介護状況の聞き取りを行い、必要時には担当ケアマネージャーや他の入所施設の相談員等にも連絡し、在宅サービス利用や施設入所の調整等に協力している。	
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	定期的に運営推進会議を行っており、日々の利用者の状態を報告し、ご家族や地域の方からの質問等を受けている。具体的な意見や要望は少ないが、対応可能な内容であればスピード感を持って対応するようにしている。	運営推進会議での市の職員や家族からの意見を取り入れサービス向上に活かしています。ホームの実情を知ってもらうことで関係性を深める場にもなっています。
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	市役所担当者には、些細な内容でも遠慮なく質問や相談ができています。きちんとしながらも柔軟な返答やアドバイスをもらえており感謝しています。	市の担当者も運営推進会議に出席しており何かあれば連絡するなど日頃からの協力関係が窺えます。
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	職員が外部の研修で学んだ内容を、内部研修で周知徹底している。理解したつもりでも、つい行動を制止してしまうような場面もあり、スピーチロックについては課題となっている。	日頃から精神的、身体的に拘束することがないよう意識して支援にあたっています。入居者の目線にたった声掛けになるように心掛けています。
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	職員が外部の研修で学んだ内容を、内部研修等で周知徹底している。働きかけを理解できずに暴力行為で抵抗したり、感覚を閉ざして拒絶する利用者に対して、さらに働きかけを行うことの是非について考える機会があった。	

		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	内部研修で学ぶ機会を作っている。必要時には相談等に応じる体制にしているが、現在は成年後見人制度を活用している利用者はいない。	
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	管理者が入居時に契約書や重要事項説明書の内容について説明している。その際、内容についての疑問や入居後の生活について心配なことがないか聞き取り、意向や要望の把握に努めている。	
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	毎月、利用者の近況を書面で知らせつつ“入居生活での要望”について尋ねたり、面会時には日頃の利用者の発言内容を伝えて、その真意を一緒に考えたりしながら、平素の対応に活かすようにしている。	何かあれば入居者の様子を伝えたり、タイミングが合えば日頃の写真を面会時に見てもらったりしながら情報共有をしています。入居者、家族からの意見は常に反映出来るようにしている様子が窺えます。
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	年度末か年度初めには“会社への要望”についての意見を提出する機会を作っている。清掃やレクリエーション等に使用する物品はすぐに購入している。又、随時、業務の見直しを投げかけており効率化を目指している。	1年に1回アンケート形式で職員の要望を聞く機会を設け又、管理者は日頃からも職員の意見を聞き反映に努めています。職員の働き方の意見も取り入れ働きやすい転場の環境整備にも取り組んでいます。
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各件の整備に努めている	キャリアパス導入による職員の能力評価を行い、資格や就業年数だけでなく就業態度や意欲等も加味し、職員各自のやる気を引き出せるようにしている。来年度からは改善した新しい能力評価基準で取り組む予定になっている。	
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	今年度は何名かの職員が外部研修を受ける予定にしており、内部研修では、課題に対しての考えを意見交換できるような機会にしている。自由な発想の意見を求めているが、なかなか難しいのが現状。	
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	外部研修会や法人内研修会等への参加をすすめる予定。日頃接することのない同業者と接することで刺激になり、自然発生的にモチベーションの向上につながることを期待している。	

			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	家族・ケアマネジャー・医療関係者・入居前に利用していたサービス事業者等からの情報をもとに、利用者の生活リズム・性格・行動パターン・こだわり等について把握しながら関係づくりをすすめている。		
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	“家族の困りごと”と“本人の困りごと”は違う場合が多い。両者の要望を聴きながら、事業所として可能な対応を提示し実践している。利用者にとってより良い対応と一緒に考えることで信頼関係を深めるように努めている。		
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	入居時には家族とケアマネジャー・サービス事業所・医療関係者等の専門職からの情報収集も行い、生活全体を広い視野でとらえながらサービス内容を検討している。状況によっては他事業所を紹介するケースもある。		
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	利用者は“できなくなる人”という現実を受け止めながらも“できること”を探す姿勢を持つように心がけている。人は特別な何かをしなくてもその存在自体が役割になることを意識しながら、同じ時間を過ごすようにしている。		
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	制限(人数・時間)は残しながらも、対面面会をすすめている。コロナ期間中に症状がすすみ、家族の顔が認識ができなくなっている利用者もいる為、感覚的な部分で快く感じてもらうように接することが大切なことを説明している。		
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	病状の進行により過去の自分の存在がなくなってしまうのが現実。要望に対しては可能な限りは支援する体制にしているが、本人の意向に沿っているかどうかは不明。混乱なく負担にならないようにと検討している。	現在制限なく面会が出来るようになっていきます。家族の協力も得て外出に出かける入居者もいます。外部との関係が薄れていく中、本人の様子に合わせて馴染みの関係の継続に配慮して支援しています。	
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	各利用者にはそれぞれの“我が道”があり、関わり合いを好む場合ばかりではない。職員は利用者同士が必要な時に適切な触れ合いの時間を持てるように仲立ちすることを心がけている。		

		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	他施設へ移る場合は当所での生活ぶりを情報提供している。場合によっては、退居後も家族の相談に応じる等の支援に努めている。		
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	利用者の発言や日常の様子から要望を察し、可能な限り対応していく体制にしている。各利用者の担当職員を決め、「気づきシート」に記入し、「認知症対応型共同生活介護計画書」の作成に活用している。	職員は入居者の言葉や行動を理解するように努め精神的、身体的な状況を把握した支援をするように心掛けています。日頃得た情報は職員同士で情報共有し本人にあった支援を検討しています。	今後も密に入居者の情報を職員間で共有し、一人ひとりが安心した生活が送れる支援の継続に期待します。
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	入居までの経緯や入居前の生活ぶりについては、入居時の情報収集等で把握するようにしている。入居後に言動に変化があった場合には、再度、居宅ケアマネージャー等に問い合わせを行ったりしながら、意向の確認に努めている。		
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	「介護チェック表」に日々の利用者ごとの記録を行い、状態を把握するようにしている。“いつもと違う状態”がみられた時や日頃ない言動があった時等、変化の記入にポイントを置いている。		
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	「認知症対応型共同生活介護計画書」は本人と家族の意向や各利用者の担当職員の気づきをもとに作成している。チームケア推進加算でのアセスメントやモニタリングも兼ねており、鋭い観察力が必要になっている。	ミーティングの延長として職員の意見を共有し、本人にとって何が一番必要な支援なのかを検討しています。日々の中での問題や意向も共有し介護計画に繋げています。	
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	「介護チェック表」には利用者の体調や言動についての観察内容と介護計画を実践した時の状態(反応等)についても記録している。		
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、その時々にも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	要望があれば協力して支援する体制にしている。型にはまらないサービスに挑戦したいと考えている。		

			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	身体機能の低下により、企画をたてての外出が難しい利用者が多い。2～3名程度での短時間ドライブが負担がなくて良い。外部の社会資源の活用よりも、施設内での余暇時間の使い方を工夫する必要がある。		
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	基本的には協力医療機関の医師がかかりつけ医となる。1ヶ月に2回の定期的な訪問診療と随時の受診・往診にて対応している。緊急的な体調不良時には、迅速に他病院の紹介もしてもらえ、スムーズに対応できている。	入居時、看取りや日頃の密な医療連携を説明し同意を得たうえでかかりつけ医を変更してもらっています。受診は職員で対応していますが、連携を取りながら家族も同行することもあります。	
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	1週間に1回の協力医療機関からの訪問看護にて、状態報告と日々の対応についての相談を行い、助言を受けている。看取り介護の際にも刻々と変化する状態の説明や細やかな指示があり、適切な対応につながっている。		
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。	入院時には必ず付き添い、病院スタッフに基本的な情報と対応のポイントについて説明している。入院中には医療相談員に状態の変化について尋ね、退院後に必要となる対応について準備をしたり、退院時には退院後のフォローを依頼している。		
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、事業所の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	入居時に「看取りの指針」について説明している。延命処置についても、家族間での話し合いを依頼し「事前要望書」を提出してもらっている。体力やADLの低下等の状態の変化に合わせて、かかりつけ医とのどかグループ特別養護老人ホームと連携して対応している。	かかりつけ医とは日頃何かあれば連絡を取っていることで、看取り期にも連携をとりながら本人や家族の意向に沿った看取りになるように支援しています。家族には早い段階で状況説明し今後の意向を聞く機会を設けています。	
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	定期的に内部研修を行い、情報を共有しながら実技の練習を行っている。		
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	1年に2回の避難訓練を行い、地域の消防団や民生委員の方にも非常時の応援を依頼している。地震については想定が複雑になり難しいが、部分的な机上訓練も行いながら非常時に備えている。	ホーム周辺の積雪があった際の経験から日頃から災害対策に意識を向けています。発電機を設置したり、備蓄の見直しをしている様子も窺えます。	定期的な避難訓練以外でも今後何があるか分からない状況の中で継続した災害対策を行っていくことに期待します。

			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	利用者の性格と精神状態の把握に努め、場面に適した言葉かけをするように心がけている。行動パターンの予測が追いつかないことが多く、後手の対応になってしまう場面が多いのが現状。	予測が追いつかない事案があった場合には職員同士で情報を共有することで同じことがおこらないように対応しています。本人をよく観察することで一人ひとりに合わせた支援に努めています。	
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	具体的な表現が難しい利用者が多く、思いを察しての対応が多くなる。日常生活上の対応の希望については、対応後の反応が快い表情であれば気持ちに沿った内容だったと判断している。		
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	基本的な生活リズムが乱れてくると体調や精神面に影響が出る為、基本的な日課(食事や入浴等)については一定のスケジュールを作っている。余暇時間については、希望に沿った時間(快い表情)になるように努めている。		
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	2ヶ月に1回、美容師による散髪を実施しており、希望者にはカラーリングも行っている。病状により、鏡を見ても無反応だったり、身なりに関心がなくなっている利用者が多い。		
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	病状により台所作業が難しくなったり、もともと好きではない利用者が多い。余暇活動でのホットケーキ作りやおやつ準備(購入品をお皿に入れる等)は行うが、衛生面も考慮し調理工程と一緒に行うことはしていない。	入居者に合わせその場に応じて、片付けを一緒にすることもあります。業者からの食材とメニューを食べやすく調理し、イベントの際は入居者からの希望のメニューにするなど食の楽しみへの工夫が窺えます。	
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	「介護チェック表」に食事摂取量を記入し、水分摂取量が少ない利用者は水分摂取量記録を記入する。血液検査での栄養状態と毎日の食事摂取量を考慮し、不足している場合は好物や栄養補助食品を個別購入して勧めている。		
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、歯みがき・イソジン液でのうがいや口腔清拭にて清潔保持に努めている。義歯の理解ができない(義歯を外そうとしない)利用者の義歯洗浄が難しい場面が出てきている。		

			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	「排泄記録」により利用者の排泄パターンを把握しながら、トイレ誘導やオシメ等の交換を行っている。排泄の自立というよりは、トイレでの排泄で清潔を保ち、尿路感染症と皮膚トラブルを予防することを目的にしている。	一人ひとりの状況や残存能力に応じた支援で方法や物品の選定など、入居者のプライバシーに配慮しながら排泄支援に繋がっています。	
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	緩下剤の服用だけでは排便がみられない利用者が多い。個別にオリゴ糖・乳酸菌飲料・牛乳等の摂取をすすめており、便秘の解消につながっている。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的に2日に1回の入浴を実施しているが、希望時や必要時は随時対応も行う体制にしている。安全面を優先し、日中に入浴するようにしているが、順番については利用者の希望や状態により当日決定している。	拒否があった際には声掛けのタイミングや、本人に合わせた入浴までの雰囲気や流れなどの環境を整備し無理強いすることなく入浴できるよう支援している様子が窺えます。	
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	利用者の体質に合った入眠剤等の処方にて日中に眠気が残らないように調整している。又、午前中の日光浴で体内リズムを整えたり、昼食後に短時間の昼寝をして休息することで、精神的にリラックスできるようにしている。		
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	「個人ファイル」に内服薬の説明書を綴じて理解を深め、服薬時は介助し確実に飲み込めるまで確認している。臨時薬の処方や定期薬の変更があった時は状態観察をこまめに行うようにしている。		
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	若かりし頃に得意だったことについては、以前のように力を発揮できないことに対してイラ立ったり落ち込むことも多い。現状での本人の快いと感じることを探す努力をしている。		
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	本人からは具体的な希望が出にくい状況であり、気持ちを察しての企画作りとなる。何らかの要望があれば、実現に向けて支援していく体制にしている。	天候や体調、日々の様子から一人ひとりに合わせた外出支援が出来るようにしています。日常的に散歩や近場のドライブなどに行くことで入居者の気分転換が図れるようにしています。	

		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	現在、お金の所持を希望する利用者はおらず、個別に何かを購入する時は事業所が一時的に立て替えをしている。	
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	現在、電話についての要望はないが、家族から連絡があった時には、気が済むまで対話できるようにしている。	
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	木造の平屋建てであり、温かみのある雰囲気になっているが、年月の経過とともにかなり老朽化している。時期の生花を生けることで季節感を演出し、利用者と一緒に作った作品を飾りつけ、楽しみが感じられるようにしている。	職員は明るい雰囲気があり、入居者の表情から落ち着いて過ごしている様子やホームで飼っている犬の元気な鳴き声、又、居室前に飾ってある手作りの名札など温かみが感じられる共用空間づくりが窺えます。
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	共有スペースはL字型にして無駄な動線と死角を少なくしている。各利用者の活動量とパーソナルスペースを加味しながら、心地良く過ごすことができるようにしている。	
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	基本的に家具は持ち込みをしているが、ほとんどの利用者が物への執着や関心がなくなっている。又、以前はベッド使用が危険な利用者がいたが、現在は身体機能の低下や入居前からの習慣で全員がベッドを使用している。	縫物や編み物等趣味の物を持ち込まれている入居者もいます。縫物は安全の観点から日頃は職員が預かっています。入居者一人ひとりに合わせた居室整備になっている様子が窺えます。
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	利用者の行動パターン(動線)と“しっくりくる場所”に配慮しながらソファやテーブルの位置・向きを検討し、安全に行動できるようにしている。	