

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	4270200399		
法人名	社会福祉法人光の子福祉会		
事業所名	グループホーム光の子		
所在地	長崎県佐世保市上原町749-1		
自己評価作成日	平成22年12月5日	評価結果市町村受理日	平成23年4月28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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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	長崎県長崎市桜町5番3号 大同生命長崎ビル8階
訪問調査日	平成23年1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)】

施設は山里にあり、交通量も少なく、空気も澄んでおり、とても良い環境の中で日々の生活を送っています。年間の行事も多く、法人で保育園、幼稚園を営んでいる為、園児訪問なども頻繁に行き交いを大切にしています。また、隣接しているケアハウス、小規模多機能ホームの方々と親睦会等で交流を図っています。
また、職員は認知症ケアの取組に全力を注いでおり、基本理念に沿って日々の生活を送っています。

【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)】

昭和49年法人設立から長い歴史を持つ事業所は社会福祉の基本が根付いており、理事長の地域福祉への熱い想いが根底にある。ホームでは職員の動きが慌しくないので時間がゆっくりと流れており、利用者の穏やかな表情から丁寧な支援が読み取れる。事業所は法人内の保育園、幼稚園など様々な施設と交流を多く持つことで利用者にも閉塞感がないよう配慮している。また、管理者、居宅ケアマネージャーが民生委員の会合や老人会に出席し相談を受けるなど地域に密着した活動を継続していることも事業所の優れた点である。

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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが <input checked="" type="radio"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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、その時々々の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 checked="" 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	基本理念を理解しながら朝のミーティングで唱和しており、全職員で確認し、理念に基づいたケアに努めている。	全職員と話し合い、「家庭的な雰囲気、その人らしさを大切にしていこう」を理念に掲げている。理念は毎朝唱和し、日々の支援が理念に添って行われているか職員で振り返りながら支援に努めている。	
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	隣接しているケアハウス、小規模ホームの方々とお茶会や親睦会に参加している。納涼祭やバザーなどといった行事には地域の方を招いて交流を図っている。また、地域の行事には積極的に参加しており、地域の一員として定着している。	事業所の行事には、地域の方も参加している。地域の老人会には、管理者と居宅ケアマネジャーが参加し、介護の相談などに応じたり、情報提供を行っている。民生委員の会合にも参加し、地域の中にある福祉施設として定着し、信頼を得ている。	
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	中学生の職場体験学習の受け入れを行っている。		
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	今年度も小規模多機能ホームと一緒に実施しており、運営趣旨、取り組み、活動などを報告し、意見、要望などをいただくようになっている。	家族代表、利用者、職員、施設長、民生委員、市職員が出席し併設の小規模多機能事業所と合同で2ヶ月に1回開催している。内容は、近況報告が主であり、意見交換も行われている。家族から歩行器使用の要望が出され、検討し反映している。	
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取り組んでいる	介護保険申請などの関係で支所を訪問することも多く、その都度意見交換を行っている。	介護保険の申請などで市役所を訪問、11月には事業所に保健師を招いて結核についての勉強会を実施するなど相互に協力関係を築いている。インフルエンザなどの情報についてもファックスなどで情報提供があり、支援に役立っている。	
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	見守りの強化を行い、夜間帯では定期的に巡回を行っている。身体拘束ゼロ委員会を設置しており、基本的には絶対に行わないという考えを、ケア会議、職員会議などでも共通認識し、ケアに取り組んでいる。	法人全体の身体拘束ゼロ委員会があり、職員会議時に内容を報告し共有している。声掛けの声の大きさ、言葉使いには特に配慮している。日中の施錠はなく、職員が出入りする際は、声掛けで出入りを知らせ、利用者の出入りを拘束しないよう注意を払う工夫をしている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	安心と尊厳のある生活を送っていただけるよう、介護士として愛情と誇りを持って対応している。入居者様の身体的状態確認を入浴時、更衣時等、あらゆる機会に顕著な変化がないか注意している。勉強会も実施している。		

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
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	知識向上のためにも、地域福祉権利擁護事業の参考資料などにて勉強している。相談があった場合も参考資料にて対応している		
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	契約時や変更時には文章と口頭で十分に説明し、了解を得ている。		
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	利用者、家族からの意見や要望等をもってもらえるような雰囲気づくりに留意し、出た意見については会議等で話し合い、反映している。	家族の訪問時や電話で、利用者の近況報告と共に要望など聞いている。職員の入れ替わりがないようにして欲しいという要望は、施設長まで報告し、検討し改善するなど家族の意見を運営に反映させるよう努めている。	
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	月に一度、管理者(運営者)と職員の会議の場を設けている。	月1回のケア会議で職員の意見交換をしている。事例として、利用者の食事介助は本人のADL低下に繋がるのではないかと意見が出て、時間がかかっても自力で食事摂取するよう見守る支援に改善したり、外出の企画などサービス向上に繋がる提案を反映している。	
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	職員の資格取得に向けた支援を行い、取得後は本人の意向を重視し、職場内で活かせるよう働きかけている。		
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	研修等の案内は内部、外部に関わらず常に職員が見れる場所に掲示し、参加を促し、なるべく多くの職員が受講できるようにしている。		
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	学習会や、他の事業所の事例研究などはっぴょうを聞いたり勉強することにより、サービスの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	入居前の事前面接で今までの生活状態を把握するように努め、要望や困っていること、不安なことを尋ね、少しでも解消できるように心掛けている。		
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	家族からの希望等を理解し、事業所としてはどのような対応ができるか事前に面接の場で説明し、少しでも近づけられるように努力している。		
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	本人をよりよく知る為にアセスメントをしっかりと行ない、「その時」必要とされるサービスを優先にケアプランを作成し、必要であれば他のサービスも検討している。		
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	その人らしさを支える「家」として位置づけ、共に生活する家族として日々を過ごしている。		
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	利用者の様子や、職員の思いを毎月のホーム便りに載せ、家族の方に届けている。また、来所持には最近の出来事、体調などを報告し、現在の状態を確認して頂いている。		
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	家族の協力を得て、自宅に帰ったり、お墓参りや買い物などに行き、利用者一人ひとりの生活習慣を尊重している。	利用者の自宅が広範囲の為、墓参りなどの外出は家族の協力を得て行っている。週2回の食材の買い物は職員と一緒に出かけている。日頃から併設のデイサービス利用者の訪問もあり、閉塞的な生活にならないよう馴染みの人と協力しながら関係継続に努めている。	
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	レクリエーションなどを通じてコミュニケーションを図り、お手伝いなども協調性を持って頂くなど仲良く信頼関係を保っている。利用者同士の関係が円滑になるような働きかけを行っている。		

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
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	退去後も気軽に来訪していただけるような雰囲気作りに努めている。相談などがあれば出来る限り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	出来る限り本人本位で検討している。訴えが困難な方は、言葉や表情からその真意を察したり、家族から情報を得るなどして、確認するようにしている。	意思表示できる利用者にはトイレ誘導時などの話題から希望を聞き記録している。発語困難な場合は動作や表情で気持ちを汲み取るよう努めており、洋服など選ぶ場合には指差して選択してもらうなど工夫している。把握した希望は職員全員で共有して支援に役立てている。	
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	本人、または家族から今までの生活歴などを聴取を行い把握し、その人にあった生活環境を整えている。		
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	日常も生活動作、食事のお手伝い等の状況を観て、本人の有する力、心身状態を把握するようにし、状態に応じた暮らしが出来るように努めている。		
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	利用者が自分らしく生活できるように本人、ご家族から要望を聞き、課題となることをケア会議で話し合い、プラン作成に活かしている	利用開始時に利用者や家族から要望を聞き、計画に反映し説明して同意を得ている。日々の記録や連絡ノートで利用者の状況を把握しケア会議で計画の見直しを行い、目標を2、3項目あげて作成し直している。ただし、目標に対する日々の実践状況の記録がなく、評価につなげていない。	利用者個々の介護計画にある目標を職員全員で把握し、目標が日々実践できているか、進捗度がわかるような仕組み作りに期待したい。
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	日々の様子や、気づきなどの記録はコンピューターと連絡帳に個々に記録を残している。その記録を基に一日3回のミーティングを行い、統一し実践に活かしている。		
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	隣接している小規模ホーム・ケアハウス・デイサービス等と連携して援助するように心掛けている。		

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
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	地域の中学生を体験学習で招いたり、園児訪問などで交流を図っている。		
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	それぞれ家族が希望するかかりつけ医への受診を基本的に家族支援でお願いしている。月に2回嘱託医の往診を受けておられる方もいる。また、電話でも健康状況について指示を仰ぐこともある。	かかりつけ医の受診は基本的に家族が同行しているが、緊急時など家族の対応が無理な場合は職員が同行している。受診結果は相互に連絡しあい情報を共有している。得た情報はケース記録や連絡帳に記録し職員が確認できるようにしている。	
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	看護職員を配置しており、緊急時などすぐに対応できるようにしている。関連施設の看護職員との協働もある。		
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。	入退院時には、本人の状態などの情報交換を行っている。また、早期退院(3ヶ月以内)のための話し合いを行っている。また、その際、当ホームの受け入れ態勢も説明している。		
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	状態の変化があるごとに家族へ伝えていく。本人(家族)が希望すれば、グループホームで最後を迎えることも可能なことを伝えていく。	これまでに看取りを行った実績がある。併設の施設に看護師がいるため、主治医とも連携しながら重度化、終末期の利用者への対応を行っている。事業所の方針は、口頭で家族に説明しているため、文書化されておらず、同意書も取っていない。	利用者の重度化、終末期については家族の不安要素でもあるため、事業所の方針は口頭での説明だけでなく文書化し、家族に説明し同意を得ることを期待したい。
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	救急手当や、蘇生法等の訓練に参加し、全職員が緊急時に対応できるようにしている。全職員が普通救急救命講習を修了している。		
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	年に2回(昼間、夜間帯)避難訓練を行っている。スプリンクラーの設備もあり、体制が整えられている。また、地域の消防団の会員であり、会合に出席し、協力を依頼している。	年2回、昼夜の想定で避難訓練を実施しており、緊急連絡網は整備している。ただし、消防署立会の避難訓練はなく、地域の消防団の参加もまだ実現していない。風水害の訓練や備蓄品の整備もこれからである。	消防署立会による指導や地域の消防団の訓練への協力は、災害時に利用者の安全確保には欠かせないため、実現することを期待する。また、風水害の想定や備蓄品の整備などもあわせて検討が望まれる。

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
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	利用者のその時の気持ちを尊重し、さりげない声掛けで出来るだけ自己決定してもらえようような援助を心掛けている。	排泄の誘導はさりげない声かけで支援している。職員から守秘義務の誓約書は取っており、個人情報も所定の場所に保管している。パソコンは個人コードを必要としており、情報漏えいに配慮している。ただし、ホーム便りの写真掲載について家族の同意を取っていない。	写真掲載については、家族の同意を得ることが望ましく、文書で同意を得てホーム便りなどを作成することを期待したい。
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	自らの動こうとする気持ちを大切にし、訴えや希望を聞こうとする姿勢を心掛けている。		
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	一人ひとりの状態、ペースに合わせ、「その人らしさ」のケアに努めている。		
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	起床時の身だしなみに気をつけ、行事や外出時など、その人らしいおしゃれが出来るような援助をしている。		
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	準備片付けは出来ることを手伝ってもらい、職員だけで行うのではなく、皆で一つのことをしようとする気持ちを尊重している。	利用開始時に利用者、家族に尋ね嗜好調査を行っている。献立は職員が一週間分を作り、旬の食材を提供している。キザミ食など対応しており、利用者が盛り付けを手伝っている。誕生日には希望を聞いて特別メニューを用意したり、家族との外食など利用者の食事の楽しみに繋がるよう工夫している。	
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	一人ひとりのその日の体調を把握した上で、食事摂取量、水分摂取量を記録し、職員全員が人目で分かるようにしている。献立についても併設施設の管理栄養士のアドバイスを得ている。		
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、声掛けや、一部介助で口腔ケアを行っている。感染予防としてお茶でのうがいを行っている。		

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
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	排泄チェック表を利用し、一人ひとりのパターンを把握している。出来るだけ自力でトイレで排泄を行えるような援助を行っている。	排泄チェック表に記録し、日中は布パンツにパッドでトイレ誘導している。オムツ利用はなく、夜間帯はリハビリパンツとなるが、職員は声を掛けてトイレ誘導し、排泄の自立に向けた支援に努めている。	
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	水分補給はこまめに行い、日々の食事にも食物繊維の多い食品を取り入れるように心掛け、適度な運動も行っている。		
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	入浴日は決まっているが、その都度理解を得た上で入浴して頂いている。拒否がある人には曜日、場所を変えて入浴してもらえようような声掛け、誘導をしている。	週に3回を入浴日として支援している。入浴拒否の場合は無理強いせず清拭で対応する場合もある。季節を感じる菖蒲湯や、入浴剤で入浴を楽しめるよう利用者ごとに支援している。	
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	活動量や体調を把握し、心身に無理のないよう休息してもらえよう時間を設けている。日中の活動を促して、生活のリズムを整えるよう援助している。		
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	処方箋のファイルを作成して、職員全員がいつでも情報確認できるようにしている。臨時薬がある時は症状に気をつけ、特変時にはかかりつけの医師、看護師報告し、指示を仰いでいる。		
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	無理なく出来ることを手伝ってもらい、その意欲を重視して必ず感謝の言葉掛けをして、役割、張り合いを感じられるよう援助している。また、趣味で習い事をされている方もいる。		
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	天気が良い日は散歩や買い物に行ったり、ドライブや花見などの外出も定期的に計画している。	気候のいい時には気分転換を兼ねて散歩に出かけている。食材購入で外出する時は遠回りをして外出気分を楽しめるよう工夫している。初詣や桜見物、紅葉狩りなど車での外出は年間行事として出かけており、室内だけでなく、戸外に出掛ける支援に努めている。	

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
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	所持している方は限られているが、自己管理が困難な方には家族からの同意を得て、預かり金で対応している。		
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	併設しているケアハウスの公衆電話を使用することが可能で、希望時はすぐに対応している。また、携帯電話を所持している方もいらっしゃるの自由で使用していただいている。		
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	季節が感じられるような壁画を入居者様と一緒に作成し、掲示している。空気清浄機を使用しており、室温管理も十分に注意して行っている。	リビングにはレクリエーションで利用者が制作した季節ごとの壁面作品が飾られている。利用者は日中リビングで過ごすことが多く、職員は毎食後には換気と掃除を行い、イオン空気清浄機を使用して、快適な空間となるよう配慮している。	
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	ホールのソファが寛ぎのコミュニケーションの場となっている。一人になりたい時や家人と過ごされる時は居室で寛がれている。		
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	居室には使い慣れた家具や好みのものを持ってきて頂いており、その人にとっての居心地の良い部屋となるよう心がけている。	タンス、ソファ、整理棚など利用者の馴染みの物が持ち込まれている。掃除は朝から職員と利用者が行っている。温度調節、換気は職員が行い、居心地の良い居室になるよう努めている。	
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	身体状況に留意して廊下や、浴室にも手すりを設置し、安全に生活していただけるように対応している。居室には洗面所、トイレが設置されている為、自分で洗顔などできる方にはしていただいている。困難な方には一部介助にて支援している。		