

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2871800245		
法人名	株式会社 高林		
事業所名	グループホームときの郷		
所在地	兵庫県西脇市西脇273番地		
自己評価作成日	平成22年8月17日	評価結果市町村受理日	平成22年9月15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.kai-go-kouhvu-hvogo.jp/kai_gosi_p/informationPubl.c.do?JCD=2871800245&SQD=320
----------	---

【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 ライフ・デザイン研究所		
所在地	兵庫県神戸市長田区萩乃町2-2-14		
訪問調査日	平成22年8月24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)】

利用者様1人ひとりにあった支援を実践し、職員との信頼関係を築き、人生の先輩に色々な事を教わったり支え合って生きがいや楽しみを感じ、その一瞬一瞬の喜怒哀楽を大切に、笑顔が少しでも多く見られるような共同生活を送って頂く。また職員の意見も取り入れながら生き生きとした働きやすい職場作りをする。

【第三者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)】

利用者に関する情報(アセスメント)の共有及びモニタリングがしっかりとできており、個々の利用者の介護計画に反映がされている。介護計画書は、目標に向かった支援プロセスが論理的に思考されている。また、計画作成担当者は、日々のサービス提供内容を介護者に解りやすいように記し、個々の利用者に対する支援方法が介護者によって変わらないように配慮している(利用者の混乱を防止する為の工夫)。毎月、利用者一人ひとりの「暮らしの便り」を作成し生活状況等を家族に報告している(利用者本人が直筆で書いたお手紙なども同封されており家族からの評判は大変良い)。生きがいへの支援も、役割や趣味、外出等々、計画の中に位置付けて精神的安定が保てるようにしている。職員の入れ替わりも少なく、事業所に対する家族アンケートの結果も良好であった。

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、活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				

自己評価および第三者評価結果

自己	第三者	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	『人その人らしく』の意義を職員が周知し利用者様一人ひとりに沿ったケアに取り組んでいる。	基本理念である『人その人らしく』について、職員間で話し合いが持たれている。今後、家族の意見を視野に入れ、一年間かけて取り組んでいく予定。	地域密着型サービスの趣旨を職員間で共有できる理念が創られることに期待をしたい。
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	地域活動は季節ごとの町内の清掃作業へ参加する程度で地域の方との交流は少ない。	自治会に加入しており、こども神輿なども来てくれる。回覧に出ている情報を活用し、近くのコープなども利用している。	
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	取り組めていない。		
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	この1年は運営推進会議を行っていない。	当初1回だけ開催しているが、その後継続には至っていない。(開催に取り組む負担が大きい) 開催する場合の会議室は確保できている。	地域密着の視点から、情報発信する意義は大きいので、地域包括との連携も検討されては如何でしょう。
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	市町村担当者とは、日頃から連絡のやりとりは出来ておらず、協力関係はあまり出ていない。	市町村との連携に向け、施設長が主に動いているが、具体的な取り組みに至っていない。	
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	身体拘束については職員全員が理解出来るまでは至っていない。また玄関の鍵は危険な事もあり施錠している。外に出る時は職員に声を掛けて頂けるよう、ドアに記してある。	危険防止・安全対策上、玄関は施錠している。	「拘束」に関しての理解の周知浸透のための研修の開催に期待をしたい。
7	(6)	○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	虐待防止に関しての勉強会は行っておらず職員全員が理解するまでには至っていない。職員のストレス等から虐待にならないよう注意を払い防止に努めている。	マニュアルは作成されており、研修なども行っている。今後、職員のメンタル面のフォローも検討の予定。	

自己	者第三	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	(7)	○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	一部の職員が資格試験の勉強をしている中で制度を理解している程度。活用はされていない。	現在、成年後見制度の申請中の利用者が一人いるが、事業所全体としての理解が十分とはいえず、今後の検討課題である。	成年後見制度や日常生活自立支援事業について、職員を対象とした研修を行ってみては如何でしょう。
9	(8)	○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	契約時には重要事項説明書・契約書の内容を説明し同意をえている。改訂時には文書、及び家族会で説明させて頂いている。	機会のある毎に、改定などを説明するようにしている。新規契約時には、事前に書類を持ち帰っての検討も可能である。	
10	(9)	○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	重要事項説明書に相談窓口を記載している。ご家族様の面会時に家族様が話しやすい雰囲気や職員から問いかける様にしている。その都度、職員間で共有できる様にしている。	面会時や電話等でご意見や要望を頂いている。9月(土曜日)の家族会は、敬老会も兼ねて開催される予定である。	
11	(10)	○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	管理者はシフトに入っており、ケアカンファレンス等、日々職員と話し合い、利用者様主体の運営に努めている。	代表者への報告は適宜(週一回)行われており、実務に関しては管理者が全て把握している。職員からの意見を取り入れて、利用者の席替え等も行っている。	
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	楽しく意欲的に働けるよう、職員も考えて動いている。職員個々は資格試験などに挑戦してスキルアップしている。		
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	管理者は日々職員と接しているので職員個々の能力は把握出来ている。法人内での研修は行っていない。管理者と職員は働きながら意見交換等をお互いのスキルを上げている。		
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	出来ていないのが現状である。		

自己	者	第三	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	不安を抱えての入居で初めは孤立されがちとなる為、職員は側に寄り添い話し相手になる様に努める。趣味・嗜好を把握し共感し安心を感じて頂けるよう努めている。		
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	いつでも来訪が出来る雰囲気を作り、家族様から尋ねられれば、その都度、適正な対応を心掛けている。		
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	初期のアセスメントで必要な支援を見極めていくよう努めている。当ホームで対応が可能か説明を行い、他のサービス利用についても説明を行っている。		
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	日々の生活において、利用者様が出来る事を利用者様同士、または職員と共にやっている。そうする中でお互いの会話が多くなっている。職員は常に利用者様に「ありがとう」の言葉を掛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	家族様と職員は良好な関係を築けていると思う。また、そうなるように努めている。家族様の来訪時には団らんの邪魔にならない程度に職員も一時を共にし近況報告をしたり、利用者様の昔のエピソードを聞かせて頂いたりしてケアのヒントにしている。		
20	(11)		○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	友人・知人の来訪の足が遠のいてしまうのが現状。家が近辺にある利用者様は散歩がてらやドライブで家の近所やスーパーまで行くと、近所の方が懐かしく声を掛けて下さいます。	家族の来訪時に、昔のエピソードを聴いたり、住んでいた家の近くに出向いたりしている。また、ディサービス利用の方が訪ねて来たり、なじみの関係を維持できるように支援している。	
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	孤立する利用者様が無い様に努める。利用者様同士も声を掛け合ったり、励まし、力を貸す、と言う関係が出来ている。時には口論もあるが様子を見ながら職員が仲裁に入る。		

自己	者	第三	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	入院された利用者様に対しては、定期的に会いに行ったり、病院と連携をとり、今後の相談も行い、ご家族様の相談にも随時応じている。		
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	(12)		○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	日々の生活の中で利用者様からの発言を大事にし、必要に応じて詳しく話を聞くようにし、職員間でも話し合い意向に添えるように努めている。	利用者一人ひとりの外出希望については、人手が足りないという現実があり対応できていないが、日常時での細かな個々の希望への対応はしている。	
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	入居時にご家族様にこれまでの生活歴を記入して頂くように依頼し、以降、利用者様との関わりの中で発見した事を職員間で共有し、随時アセスメント用紙に記入している。		
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	連絡ノート、個別記録からの情報を元に、職員間での情報の共有をしつつ、利用者様の变化等には1人で判断せず、職員同士で確認し合い、対応するようにしている。		
26	(13)		○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	ご家族様に「ご意見・ご要望」の記入を依頼、来所時に近況を伝えつつ情報の共有をしている。利用者様1人ひとりに担当職員があり、担当を中心にアセスメント(6ヶ月毎)、モニタリング(1ヶ月毎)を行い現状把握に努め、介護計画を作成している。	家族からの聴きとりについては、オリジナルシートを作成し、介護計画に反映させている。疾病のある利用者については、定期的な見直しに拘らず、ヒアリングをしている。	
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	個別の記録への記入はもちろんの事、連絡ノートの活用で、伝達漏れのないように情報の共有に努めている。また、新たな情報はアセスメントシートに記入、毎月のモニタリングも活用し介護計画の見直しをしている。		
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	ホーム内での対応が大半である。サービスの多様化の点では、福祉用具のレンタルを初めて取り入れた。		

自己	者第三	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	近隣の店に買い物に行き好きな物を買ひ、支払いをする時、店の方は話し掛けや笑顔で待って下さり協力を得ています。頻りに行く事で理解されていると思う。		
30	(14)	○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	歯科は利用者様が以前に行かれていた歯科医院を受診出来るよう支援している。代表が開業医で週に1回来訪し回診している。定期受診の医療機関の受診は希望の医療機関で受診して頂いている。	入所時に本人、家族と打合せを行い、かかりつけ医についての希望を聴いている。法人の代表が開業医(外科)であり、毎週回診しており、歯科医との連携も出来ている。	
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	併設のデイサービスの看護師に相談している。転倒やケガ、状態に変化がみられた時、対応してもらっている。		
32	(15)	○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。	職員もお見舞いに行き、利用者様の状態を看護師から情報を得たり、実際に利用者様と接して心身状態を把握し互いに情報交換し退院に備えて準備出来るよう連携をとっている。	医療機関との連携は施設長が対応しており、加西市や西脇市の病院などへも出向いている。在宅や老健施設からの入所が多く、その時にADLや家族構成などの基本情報を把握している。	
33	(16)	○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	家族からは相談を受けている。常時医療が必要で無いかぎり出来るだけ対応させて頂くがホームの対応にも限界がある事をお話している。主治医とも話し合い、当ホームで対応が可能か話し合っている。	医療機関との連携があり、入院・退所のケースはあるが看取りまでの事例はない。マニュアル類の作成は今後の課題。	家族等の話し合いの機会を持つためにも、マニュアル類等の作成することが望まれます。
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	緊急時対応マニュアルを作成している。定期的な訓練は行っておらず、すべての職員が実践力を持っているわけではない。		
35	(17)	○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	当ホームから100mの所に避難場所があるが、施設の2階、3階部分へも避難する事が出来る。職員はまだ実践力を身に付けていない。まだ地域や消防などに協力の働きかけも出来ない。	年2回の消防訓練以外に、年1回開催される西脇市の自衛消防大会に参加して賞を貰ったりもしている。	運営推進会議の際に検討してみても如何でしょうか。

自己	者	第三	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	(18)		○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	ホームの理念「人その人らしく」を常に心掛けた支援を行っている。対応や礼儀には注意し、自尊心やプライバシーには配慮して対応している。	トイレ誘導時の声掛けや、部屋に入る時のノックなど、プライバシーに関する配慮をしている。	個人情報を守る意識や、個人の尊厳にかかわる視点から、研修やOJTへの取り組みが期待されます。
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	散歩や体操、レクリエーション等も参加したくない時は無理強いせず柔軟な対応をするよう心掛けている。		
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	1人ひとりの希望をすべてにおいて叶えられてはいませんが、その時の状況において可能であると判断した時は、希望に添えるように努めている。起床や就寝時間も1人ひとりのペースに合わせて支援しています。		
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	一緒に買い物に出掛け、利用者様に気に入った物を買って頂いています。髪を染めたり、カットも利用者様の希望に添って支援している。		
40	(19)		○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	食事はデイサービスの厨房で作られて来ますがその日のメニューを字の得意な利用者様に書いて頂き、食事前に読んで頂いている。盛り付けは支援しつつ、一緒に行っている。	基本メニューはデイサービスと同じであるが、誕生日の特別メニュー対応や外出時のお弁当など、独自の取り組みも行っている。たこ焼きなど、おやつ作りにも参加してもらっている。	メニュー作りを含め、プロセスへの係わりをどの位多く持てるかが求められます。
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	利用者様1人ひとりの体調や口腔内の状態、嚥下力により、食べやすいように一口大やキザミ、ミキサー食、お粥、おにぎり状況に応じた支援を行っている。栄養バランス、摂取カロリーは管理栄養士によって計算されている。水分量は1日の摂取量をグラフにして管理している。		
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	利用者様が出来ない場合は、職員が指示や介助を行い、毎食後行っている。義歯は週一回、義歯洗剤剤を使用している。		

自己	者第三	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	(20)	○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	利用者様の持てる能力を活かしていけるよう、排泄パターンやサインを職員間で日々、意見交換し支援を行っている。	利用者の3分の1がトイレ自立しており、排泄パターンやサインの確認を職員間で行っている。今後、夜間のトイレ誘導にも取り組んでいく予定。	
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	利用者様の排便チェックを行い、出来るだけ自然排便が出来るよう、水分量やおやつを工夫したり、散歩や体操を取り入れている。		
45	(21)	○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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的には隔日入浴となっている。体調などに注意しながら無理はせず洗髪など利用者の意思表示を大切にしている。シャワーをふんだんに浴び満悦される方もあり、一人ひとりに合わせた支援を行っている。	入浴好きな利用者が多く、土日を含めて、隔日に午後の時間帯に入浴してもらっている。入浴時に個人的な生活歴などが話に出た場合の記録もしている。	季節湯以外にも、気分転換できる機会を増やすことを検討されてはどうか？
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	ほとんどの利用者様が昼食後は1時間程、居室で昼寝をされています。夜も良く眠れるように室温や湿度に注意し、日中に体操やレクなどで活動して頂いています。		
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	利用者様一人ひとりの薬の種類、効能を表にして見える所に張り出している。症状に変化がある場合は主治医に薬の調整をして頂いている。服薬に変更がある場合は連絡帳にて情報の共有に努めている。		
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	趣味や得意な事で『誰かの役に立ちたい、立っている』と思って頂けるよう、日々の生活の中で役割を持てるよう支援している。		
49	(22)	○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	近所へ買い物や散歩が大半で利用者様一人ひとりの希望にはあまり叶えられていないのが現状。家族様が外食や外出支援をして下さる利用者様もおられる。	家族からの外出希望に際しては、職員に声をかけて頂き協力して頂いている。利用者の希望により、パラ園などへ出かけることもあるが、利用者のADL低下にともない、利用者同士による支援が困難になっている。	

自己	者	第三	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	家族様の希望などを聞き、個別に管理している利用者様が大半である。買い物に行く時は持って頂き、支払いの出来る利用者様には支払いをして頂くなど、個々の残存能力に合わせた方法で支援を行っている。		
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	耳が聞こえにくい利用者様や電話での会話が成り立たない利用者様が大半。職員が電話を掛けて手渡す事はある。手紙の書ける利用者様はお礼の手紙や年賀状を書き、ポストへ投函まで出来るよう支援している。		
52	(23)		○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	共有スペースには利用者様の作品を展示したり、季節の草花を飾ったりしている。テラスでは季節の野菜を作り、食事に出して食べている。リビングのテーブル・イスの脚には音が出ないように工夫をしている。また、季節を感じて頂くよう室温にも気を付けている。	共有空間には、利用者の作品などが飾ってあり、東側のテラスにはプランターが置かれ、季節の花や野菜などが植えられている。空気の入替えや室温の設定、家具などによる騒音の防止などにも配慮されている。	
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	談話コーナーをおいたりして落ち着いて居られる場所作りをしている。テラスや玄関にもイスやベンチを置き思い思いに過ごしておられる。		
54	(24)		○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	入居時には出来るだけ馴染みの物を持ってきて頂くようお願いしている。居室が狭いのであまりたくさん物は持ち込めないが居室で居心地よくして頂けるように努めている。テレビを置かれて居る利用者様が多くおられテレビ番組を毎日チェックして楽しみにされている利用者様もおられる。	明るい各室には洗面、トイレ、空調機が設置されている。タンス類やTVなど自由に持ち込まれており、時計や写真、手紙なども飾られている。	
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	居室の入り口に表札や目印になるような物を付け、トイレの場所が分からない利用者様には居室内のトイレ入り口に表示している。食事の席にはイスに利用者様の名札を付けている。『場所が分からない・違う』で混乱や他利用者様から攻撃を受けないよう工夫している。		