

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	0290700079		
法人名	有限会社ケア・サポート三沢		
事業所名	グループホーム赤とんぼ花園		
所在地	青森県三沢市花園町1-5-16		
自己評価作成日	平成29年9月25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	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成29年10月31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)】

一人ひとりが自由に、安心して生活できるよう、自己決定を支援している。
------------------------------------

【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)】

職員は礼儀正しく、丁寧に利用者へ接しており、日常の会話や態度等から、利用者の要望等を察した時は話しかけ、思いや希望を引き出すように努めている。また、利用者や家族から得られた意見等は、毎日の申し送り等で全職員で共有し、迅速に解決策を講じることで、より快適なホームの暮らしの実現を目指して取り組んでいる。 介護計画は職員の気づき等を共有しながら作成しており、個別例として、調理ができる利用者の家族からの「元気な頃に作っていたアップルパイと一緒に作ってみてはどうか」という提案を基に、計画書に取り上げて実現する等、利用者の個性を尊重した介護計画の作成に努めている。
--

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 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りや深まりがあり、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

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念を理解して意識した実践がみられている。	設立当初、法人が定めた理念があり、玄関の見やすい場所に掲示して、一人ひとりが確認できるようにしている。	
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	町内会に加入している他、近所を散歩した際、地域住民と話をしたり、挨拶をして交流を図っている。	ホームは住宅街にあり、納涼祭の時には近隣住民に参加の声かけをしたり、顔を合わせる時等に積極的に挨拶等を行い、交流を深めている。	
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	AEDを設置して、「必要時はお使いください」と、町内会を通して地域の人に周知している。		
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	2ヶ月に1回、町内会長や民生委員、家族の代表者、市の担当者を交えて、運営推進会議を開催し、意見交換や情報交換を行っている。	市職員や町内会長、家族代表等がメンバーとなり、2ヶ月毎に運営推進会議を開催している。また、年度初めに、ホームの年間行事予定を提示した上で、運営推進会議への出席やホーム内行事への参加を促している。	
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	運営推進会議に市の担当者が参加しており、ホームの状況を理解していただいている。また、外部評価の結果も報告している。	運営推進会議に市職員が出席している。また、利用者の新規入居時や困難事例に伴って相談することで、指導や助言を仰いだり、事務的な報告書提出に関して確認を行う等、連携を図っている。	
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	マニュアルの作成や研修等を通じて、身体拘束の内容を理解できるように努めている。また、身体拘束をやむを得ず行っている利用者があるため、その理由や方法、期間、家族の了解印をもらって記録に残している。	マニュアルを作成し、やむを得ず身体拘束を行う場合には家族からの同意書を得て実施しているが、期間の設定がなく、経過観察記録も作成されていない。	身体拘束を行っているようですので、常に3要件を確認し、貴社作成のマニュアルにある経過観察記録を、拘束実施期間中は作成し、家族等の求めに応じられるように検討してはどうか。

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
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	高齢者虐待防止法について、職員間で学習する機会を設けている他、事例事案を各職員へ配布して、考える機会を設けている。		
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	詳細な部分はまだ必要であるものの、制度の概要はほぼ理解できており、制度の必要な利用者には活用している。		
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	ケアマネジャーと施設長が対応している。		
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並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	家族が意見を出しやすいように、利用者の毎日の行動を記録して、毎月、家族へ報告している。	日常の会話や態度等から、利用者の要望等を察した時は話しかけ、思いや希望を引き出すように努めている。また、利用者や家族から得られた意見等は、毎日の申し送り等で全職員で共有し、迅速に解決策を講じることで、より快適なホームの暮らしの実現を目指して取り組んでいる。	
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1回の職員会議とユニット会議を開催し、職員の意見や要望を確認しながら、ホームの運営に反映するように取り組んでいる。	ユニット会議や職員会議を開催し、運営方法や業務、勤務内容等について話し合い、ホーム内で生じる事例に関して、意見交換がなされている。また、疑問点があれば、その都度、管理者と職員の意見交換を行い、サービスの質の向上へつなげている。	
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	代表者なりの考えで環境づくりに努めている。		

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
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	研修内容と職員本人の力量、希望に合わせて研修に参加するよう、その都度、働きかけている。		
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	年1、2回、他施設を訪問し、挨拶を兼ねながら、情報交換を行っている。		
<b>Ⅱ 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居時や利用者が困っている事に耳を傾け、カンファレンス会議や日々の職員間の申し送り等で話し合い、対応している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	サービスの開始にあたっては、家族の意見や要望を取り入れながら、サービスを開始している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	家族や利用者の要望を、身体的・メンタル的な面を統合して、必要な支援を考えて対応している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者のできる事を見極めながら、職員と一緒に行動し、関係の構築に努めている。利用者と一緒に、調理や洗濯物たたみ等を行っている。		
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置かず、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	毎月、家族通信を送り、日々の生活ぶりを報告して、面会の際にも状況の報告を行っている。		

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
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	職員は家族や関係者から情報収集し、利用者がこれまで関わってきた人や馴染みの場所を把握している。また、知人等の面会の受け入れや、遠方の知り合い等には電話連絡をしている。	入居時、利用者や家族から聞き取り等を行って情報収集し、日々の暮らしの中での会話等からも、馴染みの人や場所を把握している。また、「自宅に帰りたい」、「お墓参り行きたい」等の思いには、家族の協力を得ながら、習慣を継続させるように取り組んでいる。	
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	職員は利用者同士の関係性を十分に把握しており、見守りと声がけを交えながら、利用者同士の関係性を支援している。		
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	家族から要望があった場合に、相談や支援を行えるように準備している。		
<b>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</b>					
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	入居時のアセスメントや利用者の言葉、家族からの情報収集等を通じて、利用者の思いや意向の把握に努めている。職員は利用者の言葉を記録し、利用者の思いに沿った支援に努めている。	日々の暮らしの状況や日常会話、職員の気づきを話し合うことにより、思いや希望、意向を把握するように努めている。また、申し送りやカンファレンス等で情報を共有し、利用者一人ひとりの意向を把握するように努めている。	
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	入居時の家族からの聞き取りや、これまで受けていたサービス提供施設からの情報提供、聞き取りにより、把握に努めている。また、入居後も本人の言葉や家族との話し合いを通じて、把握することも多々ある。		
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	日々の申し送りやケース記録の振り返り、職員同士の情報支援やユニット会議を通して、把握に努めている。		

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
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	介護計画は利用者の担当職員、その他職員、看護師を交えてカンファレンスを開催し、実施期間を3ヶ月としている。可能な限り利用者の意見も聞きながら、利用者本位の計画作成に取り組んでいる。	職員の気づきを申し送りや個別ケース記録を利用してカンファレンスを行い、情報を共有しながら、介護計画を作成している。具体例としては、調理ができる利用者の家族からの提案で、元気な頃に作っていたアップルパイと一緒に作ってみてはどうかという意見が出され、計画書に取り上げて実現する等、利用者の個性を尊重した計画書となっている。	
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	3ヶ月毎の見直しの他、変化が生じた場合は速やかに再アセスメントをして、計画の見直しに努めている。		
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	本来、家族対応の受診であっても、施設サービスとして、利用者の受診に付き添っている。		
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	地域の町内会を中心に、民生委員やボランティア団体の存在を把握しながら、行事等に参加を呼びかけ、協力体制を築いている。また、2ヶ月に1回、定期的にボランティア団体が訪問している。		
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	入居時に家族から確認し、かかりつけ医への継続受診を支援している。また、週に1回、訪問看護師が来苑し、健康管理を行い、職員に対しても助言、指示等をもらい、利用者の支援に努めている。	希望する医療機関やかかりつけ医への継続受診の他、症状により、適切な医療機関を受診できるように支援している。週1回、訪問看護師による健康管理が行われ、利用者毎に受診表を作成して、受診時に携帯した上で、かかりつけ医との情報共有が行われている。また、家族とも電話や毎月の「家族通信」で、情報を共有している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	変化や事故等は速やかに看護師に連絡し、適切な処遇、対応、受診が行っている。また、訪問看護師とも連携がとれているため、いつでも相談ができる。		

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
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、また、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。	入院した際は面会に行き、その都度、病院関係者から状況の説明を受けている。また、退院が近くなると、病院関係者や家族と共に、退院後のカンファレンスも行っている。		
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	入居時に利用者の家族に、重度化及び終末期の対応について、ホームの方針を説明しており、医療行為等が発生する場合は他施設を紹介し、移動となる旨を説明している。	常時、医療行為が必要となった場合等、訪問看護師体制では対応が困難なため、病院の医療連携室等と関わりながら、適切な医療機関や施設を探してもらい、他施設へ移っていただくことになる旨、入居時にホームの方針を説明している。	
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	緊急時の連絡、対応等のマニュアルを作成し、全職員が理解しているが、救急救命の訓練はできていない。		
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回の避難訓練を、町内会長に協力を呼びかけ、地域住民も一緒に訓練に参加している。非常時の食料や物品も保管している。また、設備点検は業者が定期的に行っている。	年2回、日中・夜間を想定した避難訓練を実施しており、具体的な避難誘導策を作成している。また、飲料水や非常食等の非常時備蓄品は、敷地内の保管庫に備えている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	利用者の言動を否定せず、利用者が選択できるような言葉かけを行うと共に、利用者の羞恥心やプライバシー保護に努めている。	人としての基本的な感情を尊重してケアにあたるように心がけており、声がけ等も心理的虐待にならないように配慮している。しかし、一部居室での転倒防止観察用カメラの取り入れは、家族等への説明や同意が口頭のみとなっている。	転倒防止観察用カメラの設置に関しては、説明をした、しない等の混乱を避けるため、家族からの同意書の整備を検討してみてもどうか。
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	利用者の意見を優先して、利用者が自己決定できる場面を促している。		

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
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	利用者の状況に合わせて、本人の希望に沿って支援している。		
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	毎日の頭髪セットや髭剃り、あるいは衣類等の支援を行っている。また、月1回の散髪を行っている。		
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	管理栄養士が献立を作成し、バランスの良い食事が提供されている。利用者と職員が台所に入って、調理作りや盛り付け等を行い、食事後の食器洗いや食器拭き、テーブル拭き等を毎日行っている。また、職員と利用者は一緒に食事を摂っている。	管理栄養士がバランスに配慮した献立を作成している。また、調理の際には、料理が得意な利用者が積極的に参加している他、利用者のできる範囲で、準備や後片付けへの参加等を促し、支援している。	
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	管理栄養士により、食事バランスが確立している。その他にも、午前と午後に飲み物とおやつを提供も行っている。また、一日の水分摂取量、食事量の記録も残している。		
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、一人ひとりの口腔ケアを、見守りや介助にて行っている。また、洗浄剤の使用により、毎日、義歯の清潔を保っている。		
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向けた支援を行っている	排泄チェック表への記録により、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握している。排泄の支援として、利用者の表情やしぐさを読み取り、声かけを行ったり、事前誘導や夜間のトイレ誘導を行い、自立に向けた支援を行っている。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握しており、適切な声かけや誘導により、オムツ排泄ではなく、トイレでの排泄介助を目指し、維持できるように支援している。また、自立1名の維持支援の他、リハビリパンツやパット使用の利用者も、誘導支援により、トイレでの快適な排泄が維持できるように取り組み、少しでも自立を目指したケアに努めている。	



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
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	毎日の体操、下肢運動を行って、屋内外の散歩や歩行運動を実施している。また、水分補給も十分補っている。中には下剤でコントロールしている利用者もいる。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	日曜日以上は毎日、入浴できる体制となっており、週2回、入浴できるように支援している。利用者の状態や状況の変化、希望によって、当日の職員間で話し合っ調整し、入浴支援を行っている。	その時々体調にもよるが、清潔保持の意味合いもあり、週2回は入浴するよう、声がけをしている。入浴を嫌がる時は、風呂場までの誘導に工夫を凝らしたり、マンツーマンでじっくり昔話を聞いたりしながら、入浴の機会をうかがう等の支援を行っている。	
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	睡眠チェック表で、利用者一人ひとりの睡眠サイクルを把握しているが、中には睡眠サイクルが崩れている利用者もあり、入眠剤を使用している。		
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	薬の変更時は、職員間の申し送り記録をもって、全職員へ周知伝達する。また、薬局と連携しているため、薬についての質問、問い合わせ等は、24時間いつでも連絡がとれる状況にある。		
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	家事作業の手伝いを得意とする利用者には、負担にならないようお手伝いをしてもらったり、歌が好き人には、音楽鑑賞と一緒に歌を歌ったりする。気分転換に、日光浴やドライブ、月1回の行事等への参加をして、支援している。		
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。また、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支援している	できる限り、天候の良い日は外に出て、日光浴や散歩を行っている。また、行事の一環として外での食事会や、必要に応じて日用品の買い物に出かけている。その他には家族の協力等で、お墓参りやいとこの集まりに出かける利用者もいる。	利用者の楽しみや気分転換につながるよう、天候の良い日はホーム近隣を散歩したり、食材の買い出しに利用者も同行する等して、気分転換を図っている。また、外出行事は減少傾向にあるものの、利用者との会話の中で自然に出てくる場所や祭り等を、季節毎の外出先に取り入れたいと努めている。	

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	お金は普段、施設で管理している。外出の際は職員がお金を管理しているが、本人が自由に使えるように支援している。		
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	利用者の希望により、家に電話をかけている。		
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	解放感があるホールにテーブルやソファを設置して、ゆったり過ごせる空間づくりを行っている。また、ホーム内の壁や各居室内に、利用者自身が作成した飾り付けや写真等を飾っている。	天井が高く、広い廊下の先の非常口からは外の陽射しが入り、照明は明るく、あたたかな雰囲気である。また、床暖房により、適切な温度設定がなされており、利用者がゆったりと過ごせるように配慮している。	
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	利用者同士の関係性を見極めて、テーブルの座る位置やソファの配置を変え、支援している。		
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	できる範囲内で、利用者や家族と相談しながら、コップや自前の箸、あるいは家族の写真等を持ち込んでもらい、利用者の安心につなげている。必要な物があれば、その都度、家族に協力を呼びかけている。	好みの衣類を持ち込んだり、利用者毎に、自分の箸と湯呑等を持ち込んでいる。また、持ち込みの少ない居室の壁には、利用者のぬり絵等の作品を掲示する等、職員は居心地の良い居室づくりに努めている。	
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」や「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	居室前には目印のシールを貼り、それでもわからない利用者には、自分自身で作成した表札を貼って、わかりやすいように工夫している。利用者のできる事については、アセスメントして、日常生活の中で継続して行えるように支援している。		