

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	0270100977		
法人名	医療法人 白鷗会		
事業所名	まちだグループホーム		
所在地	青森市大字羽白字沢田5-2		
自己評価作成日	平成24年11月1日	評価結果市町村受理日	平成25年2月20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)】

<p>医療と福祉が統合して開設したグループホームは、法人クリニックとの連携により、24時間健康面で安心して生活ができ、利用者様・ご家族様が望まれば、終末期ケアを行う体制が整っております。グループホームからの働きかけにより、近所の方には積極的に行事に参加していただき、交流の輪が広がっています。今後も、地域の方に気軽に立ち寄ってもらえるような、地域に溶け込んだグループホームを目指していきたいと思っております。</p>
--

※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	
----------	--

【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)】

<p>医療法人が母体であるため、日常的な医療と福祉の連携体制が整備されている。看取りの指針があり、本人や家族が希望すれば、最後まで住み慣れた場所で生活することができるホームである。また、医療との連携が取られているため、看取りについて職員の不安や負担感が少なく、利用者を最後まで支援し続けることができる体制である。町内会との連携がよく、ホームの夏祭りに多くの地域住民が参加する等、交流が持たれており、利用者も地域の一員として受け入れられている。職員のチームワークも良く、利用者も安定した環境の中におり、温かい雰囲気のあるグループホームである。</p>
--

【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24年12月7日

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、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)	○	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
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	地域とのふれあいを大切にし、地域の一員であることを職員全体で共有している。	職員間で話し合い、地域密着型サービスの意義を踏まえたホーム独自の理念を作成しており、館内に張り出す等して理念の共有に努めている。また、地域住民を巻き込みながら事業展開を行い、地域とのふれあいを大切にしながら、ケアの現場で理念の実践に取り組んでいる。	
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	近隣の方と普段から挨拶を交わしている他、夏祭り・クリスマス会等の行事に参加していただき、グループホームを知っていただく良い機会となっている。	町内会とのつながりが深く、日常的に訪問者があり、利用者が地域と繋がりがながら暮らしている。また、災害時にはホームを開放し、食料等も施設のものを利活用することを呼びかける等、地域への貢献を意識しながら交流を図っている。	
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	運営推進会議等で近所の方が集まった際、認知症の研修会に参加した職員から内容を発表したり、利用者と一緒に昔懐かしい映像を活用した回想法を用いることで、「認知症」への理解をいただいている。		
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	毎回活動報告を行い、「外部評価」の結果は家族及び参加メンバーに配布している。会議と行事を同時に開催することで気軽に参加でき、意見・要望が述べやすく、情報交換の場となっている。	運営推進会議では自己評価及び外部評価結果を随時報告することとしており、サービス評価の実施と活用状況についても説明している。会議は行事等に併せて開催することで、地域住民が気軽に参加できるように工夫している。	
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	特に生活保護の担当者とは連絡を密に取り、本人の状況を伝えている。介護保険関係の担当者に、法改正等に伴う提出書類についてアドバイスを受けている。	利用者の入退所に関わること等、日常的に市の担当者と連絡を取り合い、協力関係を築くよう取り組んでいる。また、運営推進会議には地域包括支援センター職員が参加している。	ホームを理解していただくために、パンフレットや広報誌の配布も検討することに期待したい。

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
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	身体拘束の具体例を示した研修資料を回覧している。施錠については、玄関に感知センサーを設置して施錠はしていない。利用者の帰宅願望が強く、不穏状態が続き、無断外出が予測される時は施錠することもある。	玄関の施錠を含めて身体拘束は行っておらず、万が一身体拘束が必要な時のためのマニュアルを整備して、記録を残す体制をとっている。また、利用者の表情や行動を観察しながら、外出傾向を察知できるように見守り等を行っている他、利用者の無断外出時には地域住民から協力が得られるように働きかけている。	
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	虐待を決して行ってはいけないという考えが職員全員に浸透している。「高齢者虐待防止」の研修を職員が受講し、全職員が周知するために、研修資料及び研修記録を回覧している。		
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	「日常生活自立支援事業」「成年後見制度」について資料を回覧している。現在、制度を利用されている方はいないが、今後、相談を受けたら利用できるよう援助していきたい。		
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	利用者または家族に重要事項説明書の内容について十分に説明を行い、署名と押印をいただき、同意を得ている。終了・改定についても契約時に説明し、改定については事前に書面で同意を得ている。		
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	入居時に苦情担当窓口を設けていることを説明している他、運営推進会議に家族の参加があった際は、意見・要望が表出できる雰囲気づくりを心掛けている。また、外部評価のアンケート結果をサービス向上に反映させている。	苦情受付箱を設置している他、重要事項説明書に苦情解決の方法やホーム内外の窓口等を記載して明確にしている。また、家族が面会に来た際等を利用して要望等を聞き、改善するように申し送り時等に話し合っている。	
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	朝の申し送り時、ミーティング・カンファレンスにて随時意見を聞き、検討し、仕事に反映させている。	申し送り時や職員会議等の場を通じて意見交換ができる体制であり、管理者は運営に関する職員の意見や提案を聞いて、改善に向けて対応するように取り組んでいる。また、利用者と職員の馴染みの関係に配慮し、職員の異動は基本的に行わない方針である。	

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
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	代表者は資格取得を奨励し、資格取得後は手当を加算している。職員の健康維持のため、年1回の健康診断と、夜勤者に対して年2回の健康診断を実施している。		
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	職員が年1回外部研修に参加できるように年間計画を立てている。研修後は研修記録を作成し、受講内容を業務に反映できるように全職員に回覧している。		
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	年1回、近隣のグループホームと議題を決めて、研修会を開催している。同時に情報交換の場となっている。		
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	入居前の生活の様子を家族や担当者から情報提供していただき、利用者が新しい環境に早く慣れ、その人らしく暮らしていけるように生活全般に気を配りながら、安心して生活できるよう支援している。		
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	家族の要望や不安なこと等をじっくり傾聴し、できるだけ家族の意向に沿えるよう職員間で話し合い、情報を共有している。また、家族と職員との間で良い信頼関係ができ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	入居申し込みの相談依頼者が抱えている問題には緊急性・切迫性があり、当事業所に対応できない場合(満床等により)は、居宅介護支援事業所や他サービス機関と連携し、支援している。		
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	全職員が利用者と職員は対等な関係であるということを前提に、支援に努めている。食事づくりの際は利用者に野菜の皮むき・配膳・食器拭き等をお願いし、共同で行っている。		

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
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	家族への報告・連絡・相談を心掛け、利用者がより良く生活できるように努めている。		
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	利用者や家族との会話の中から、馴染みの場所や友人・知人を把握し、関係が途切れないように支援している。利用者が希望される店や馴染みの美容院等への外出支援を行っている。	利用者が入居する前の関係が途切れないように、ホームで電話や手紙の支援をしている。また、希望があれば入居前の美容院へ行くこともでき、これまで大切にしてきた人や場所等、馴染みの関係の継続を支援している。	
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	日中、利用者が一人で居室で過ごすことがないように声掛けし、利用者同士が楽しく会話できるように職員が仲介しつつ、トラブルを未然に防ぐように目配りや気配りをしている。		
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	今までの縁を大切にし、利用者が転居先でも不安なく生活できるように、担当者にこれまでの支援内容・生活歴・心身の状態等を情報提供している。		
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	利用者に対して担当者を配置し、思いや暮らし方の希望・意向の把握に努め、計画作成担当者に情報提供しており、どのように支援していくべきか、その都度検討している。	各利用者の担当職員が主に関わっている他、職員全体で利用者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。また、観察を強化することで、把握が困難なケースにも対応している。	
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、利用者及び家族からヒアリングし、「基本情報シート」に生活歴・生活状況・家族情報等を記載し、職員全員で情報を共有している。		
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	ケース記録から利用者の生活のリズムを把握すると共に、毎朝必ず利用者に声を掛け、普段と変わった様子が見られないか観察している。		

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
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	職員間で話し合い、ニーズを明確化し、実行可能な具体的計画を作成している。本人または家族へ説明を行い、同意をいただけたら署名・押印の上、計画書を交付している。	適切なアセスメントが行われており、利用者との話し合いながら、できることから始める方針を立て、利用者本位の個別で具体的な介護計画を作成している。また、ホーム独自のモニタリング様式を活用している他、個人の日々の記録等からも状況の変化や課題、改善点等を毎月整理して、見直しを行っている。	
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	毎日、利用者一人ひとりについて、ケース記録に生活の様子、働きかけたこと、身体の状態等を記入している。特記事項については全員が共有できるよう、申し送り時に伝えている。		
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、家族のニーズに応じて、受診送迎や薬の受け取り、希望する場所への外出支援等を行っており、入居前の生活を継続できるように対応している。		
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	民生委員や地域包括支援センター職員より、利用者が参加できる催し物や地域の情報を提供してもらっている。また、法人内のケアマネージャーと月1回会議があり、情報交換を行っている。		
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	受診は殆んど協力医療機関を利用しているが、本人及び家族の希望があれば、主治医に紹介状を書いていただき、他医療機関を受診している。	これまでの受療状況を把握しており、法人の病院長が主治医となる他、入居前の病院に継続して通院することができる。受診の際は、本人及び家族等の希望を大切に、適切な医療を受けられるような体制となっている。	
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	毎日バイタルを測定し、法人のクリニックに報告している他、看護師の巡回時に利用者の様子を報告して指示を受けている。また、訪問看護ステーションと契約し、週1回健康チェックを受けている。		
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、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。	退院後は入院中の経過等を記した看護サマリーをいただき、生活上で注意すること等、指示を受けている。		

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
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	入居契約時、利用者及び家族に、医療機関との連携が取れているため、希望すれば看取りをすることが可能であることを説明している。殆どどの利用者が最期まで当ホームで過ごされている。	看取りに関する指針を作成して体制を整えており、利用者が重度化した場合や終末期のあり方について、ホームの方針を明確にしている。また、早い段階から本人や家族等と話し合い、ホームでできることを十分に説明しながら意思統一を図り、地域の関係者と共に、チームで支援に取り組んでいる。	
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	急変や事故発生時に備えた連絡対応マニュアルがあり、全職員が周知している。また、応急手当・救急法について資料を回覧している。		
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	火災避難訓練は年2回、日中と夜間を想定し、隣接する法人内の職員と消防署の協力を得て行っている。近所の方にも参加をお願いし、協力をいただくこともある。	年2回の訓練等を通じて、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ている。また、近隣住民に協力を働きかけている一方で、災害時におけるホームの開放や物品等の活用についても伝達しており、地域貢献を意識した取り組みを行っている。	
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	利用者と職員は対等な関係であることを職員全員が周知している。入浴介助・排泄介助については特にプライバシーに配慮し、速やかに行っている。	職員は利用者一人ひとりを個別化し、人格を尊重してプライドを傷つけないような声掛けや対応等に努めている。また、プライバシーや羞恥心にも配慮しながら、日々のサービス提供をしている。	
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	殆どどのことを利用者本人に確認し、決定している。意思表示ができない利用者については、本人の立場に立ち、職員が決定している。		
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	入浴・食事以外は時間が決まっておらず、利用者はスケジュール管理のない自由な生活を送っている。なるべく本人の希望に沿うようにしている。		
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	清潔を第一に考慮しながら、利用者の好みで選んで着ていただいている。意思表示できない利用者には、職員が本人の好みに合わせて選んでいる。		

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
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	献立の中で嫌いなものがある場合は、代わりのものを用意している。また、利用者に野菜の皮むきや食器拭き等をお願いしている。	食事が楽しみとなるように利用者一人ひとりの嗜好を把握しながら、食事を提供している。また、利用者の力量に応じて、簡単な調理の手伝いや片付け等を、家族のような雰囲気の中で、利用者と職員が一緒に行っている。	
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	栄養士がカロリーや栄養バランスを考えた献立を作成している。利用者の状態に応じて、キザミ食・ミキサー食にしている。		
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、口腔ケアを実施している。自分でできる利用者には行っていただき、できない利用者には介助している。		
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	身体状況を考慮しながら、その人に合った排泄パターンを選択している。排泄チェック表に回数、量等を記入している。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握しており、職員全体で情報を共有し、排泄の自立に向けた支援を行っている。また、尿意や便意の確認時や誘導時、失禁時等は、利用者の羞恥心に配慮した上で支援に努めている。	
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	食事の時以外に午前・午後1回ずつ水分補給をしている。排便の有無を毎日チェックし、便秘が続く時は医療機関に相談している。		
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、個々に応じた支援をしている	入浴は週2回、午前中に行っている。入浴の順番は利用者の希望に沿うようにしている。	週2回の入浴を実施しており、利用者の好みを把握して、清潔保持ができるように一人ひとりに合った入浴支援を行っている。また、入浴を拒否する時はどんな時か、何か理由があるのか等の傾向の把握にも努めており、時間をずらしたり、職員を替える等の工夫をしている。	
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	夜間眠れない状態が続いた場合は、医療機関と相談して対処している他、昼夜逆転傾向のある方には日中活動していただく等の工夫をしている。		

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
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	薬や与薬の管理は徹底している。職員間で連絡や申し送りを確実にし、状態が変化した時は速やかに医療機関に報告し、指示を受けている。		
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	その日の体調に配慮しながら、新聞たたみ・雑巾縫い・洗濯たたみ等を一緒に行っている。		
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に支援している	日常的に外出は難しいため、年間で外出行事を計画したり、数名で買い物へ行ったりしている。身体状況に配慮しながら、無理のない行き先を選んでいる。	外出先の希望を聞き、一人ひとりに合った移動手段を用いて外出を実施している。また、計画的な外出支援に取り組み、できるだけ外に出る機会を設けて、利用者の気分転換に繋がるように取り組んでいる。	
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	商品購入時、支払いのできる利用者には、本人に支払っていただいている。日用品、おむつ購入、散髪代等の支払いのため、家族より金銭を預かり、月末に出納帳を確認してもらい、サインをいただいている。		
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	利用者から依頼があれば、職員が電話して家族、知人と連絡が取れるよう支援している。		
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	安全に配慮し、居心地の良い空間づくりを心掛けている。カレンダー、装飾等は季節感がわかるものを利用者と一緒に制作している。	季節や温度・湿度等については、生活している心地良い状況となるように配慮している。ホームの中の一番見通しの良い場所を共有スペースとし、利用者は職員と一緒にテーブルに座って、家族のような雰囲気ですべて談笑している。	
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	ホール内にソファを置いたり、窓辺に椅子を置いたりし、思い思いの場所で好きなように過ごせる工夫をしている。		

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
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	自宅で使用していた家具や家族の写真を置く等、本人が過ごしやすいように工夫している。	居室には入居前に使用していた物を持ち込めるようになっており、本人が生活しやすい空間となるように整理されている。また、居室への持ち込みが少ない場合等は、利用者の意向を確認しながら、職員と利用者が一緒になって居室づくりに取り組んでいる。	
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	利用者個人の状況に応じて、安全な生活ができるように配慮している。カレンダーの日付を変えていただいたり、配膳を手伝っていただいたりして、できることを継続する支援をしている。		