

### 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	0272501289		
法人名	社会福祉法人メープル		
事業所名	グループホームメープル		
所在地	〒039-2311 青森県上北郡六戸町上吉田長谷85-26		
自己評価作成日	平成28年11月1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	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	青森市中央3-20-30		
訪問調査日	平成28年11月26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>地域交流として毎月お誕生会を見学し園児との交流を図っている。また町のイベント見学や園児のクリスマスお遊戯会を見学しひ孫を見ているような感覚で楽しんでもらっている。六戸町の秋祭りには職員も流し踊りに参加している為入居者は職員の踊りも楽しみにしている。</p>
---

**【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>各ユニット毎に玄関が設けられており、自宅の様な雰囲気がある。現在車いすを利用されている利用者が多い状況から、リビング内の家電や調度品が車いすの高さに合わせて配置する等、快適な生活を送る為の細かな配慮がみられている。また、利用者の情報収集にはセンター方式を活用し個別ケアが行われている。一つのユニットでは、入居前に飼っていた犬を飼う等、暮らしの継続が実現されている。その他、敷地内に足湯が設けられており、敷地内の利用者はもとより地域住民にも自由に開放し利用していただくなど、地域の拠点としての役割も担っている。</p>
---

**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		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. 利用者の2/3くらい				2. 家族の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 家族の1/3くらい	
		4. ほとんど掴んでいない				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		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回程度ある				2. 数日に1回程度	
		3. たまにある				3. たまに	
		4. ほとんどない				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		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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている	
		3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない	
		4. ほとんどいない				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		66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	1. ほぼ全ての職員が	
		2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが	
		3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが	
		4. ほとんどいない				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		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				2. 利用者の2/3くらいが	
		3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが	
		4. ほとんどいない				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		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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが	
		3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが	
		4. ほとんどいない				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。]

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	理念を理解し行事や日々の生活に取り入れ対応している。また理念に共通する年度目標をユニット毎に立てサービス向上に努めている。	理念は玄関に掲示している。理念を浸透させる取り組みとして、各ユニット毎で理念に即した目標を掲げ日々達成に向け、管理者から職員に対して随時指導が行われている。また、目標達成状況を半年に一度の法人内会議で評価を行い、振り返りの場としている。	
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	夏祭り行事や地域のイベント(秋祭り・敬老会・メープルタウンフェスタ)に見学しながら交流を図っている。また職員も秋祭り流し踊りに毎年参加したりメープルタウンフェスタではブースを出してメープルをPRしている。	毎月近隣の保育園を訪問し誕生会に参加したり、グループホームへ訪問に来ていただくなど、相互交流が行われており、関係性が構築できている。その他、町の産業イベントに参加し、法人でブースを設け事業所の情報発信及びボランティアの募集等、地域に貢献する事業も行っている。	
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	家族様へ毎月生活の様子として健康面や受診での検査報告など記載し送付している。面会時もお伝えしている。また運営推進会議の中でも認知症の方の現状や対応など報告している。		
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ヶ月に一度開催し外部評価での結果や行事・近況報告している。アドバイスや助言の言葉は少ないが施設側からの発信は続けていく。参加は少ないが毎回ではないが誘いの電話をする事もある。	町役場職員、地域包括支援センター職員、民生委員、評議員、家族が参加している。実情を報告し、そこで得たアドバイス等を検討し実践している。また、次回会議で再度実践状況を報告し、参加者はモニタリング的な役割を担っている。議事録についてもすぐに閲覧できるよう玄関に置いてあり、情報開示も積極的に行っている。	
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	役場主催の会議等にも出席し顔つなぎをしている。グループホームの現況を伝えたり、空き状況も報告している。	他事業所も交えた町役場主催のケア会議が定期的に開催され、日頃の困難事例に対して相談に応じていただく事や、他事業所と情報交換する事でケアの向上にもつながっている。また、役場が主催する研修会もあり、その際は管理者に関わらず介護職員も積極的に参加している。	
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	施設全体で身体拘束廃止を掲げている。拘束については職員は認識出来ている。	身体拘束に関わる外部研修へ参加し、参加後はその内容を内部研修として行っている他、外部から講師を招いて研修を行っている。日頃のケアでは、明確な身体拘束以外のスピーチロック等についてもその都度見受けられた場合、管理者・各ユニットリーダーから各職員へケアの振り返りやアドバイス等行い全体で廃止にむけて取り組んでいる。	
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逃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	外部研修に参加し研修内容をユニットミーティングで報告している。職員一人がストレスを抱え込まないようにコミュニケーションを図るようにしユニットの状況を把握するようにしている。今年度はこれから予定している		

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	事案が発生した際は必要に応じ支援している。		
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	入居の際重要事項説明書に基づき管理者から説明、又退所に至る経緯いを説明し理解出来ているか確認してからサイン頂いている。利用料とは別にオムツ代がかかる事も説明し納得してもらっている。		
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	ご意見箱は設置している。面会時入居者の状態報告と家族側で何か気になっている点はないか伺うようにしている。	意見箱を設置しているが意見が寄せられたことはなく、面会時に個別に面談する等している。また、遠方の家族に対しては、電話の他にメールでの近況報告や情報交換、意向の把握に努めている。	これまで意見箱へ投書されたことがないことから、今後の取り組みとして面談時に話づらいこと、グループホームが確認したいことを間接的に汲み取ることができるアンケート等を行い、更なる意見を引き出し、ケアの向上に繋がる事を期待したい。
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	月一回運営会議の開催にて各部署で課題があればその時話し合い意見を出し合っている。また週一回の週間スケジュール会議の場でも話し合いを行う時もある。提案の内容等をユニットミーティングで職員にも伝えている。	施設長と職員全員が面談を行い、その際に利用者のケアに関する事、労務に関する事等、意見を述べる機会がある。また日頃から管理者と職員の間では随時話し合いを行い、利用者の実情からグループホームの環境面改善にもつながっている。	
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	年2回の自己申告や人事考課と年に一回施設長との面談を実施している。日頃から労働環境については改善できる点は施設長に働きかけている。		
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	個々の向上の為、外部研修への参加を積極的に行っている。月に一度研修委員会にて施設内研修を設け参加に勤めている。		
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	六戸町主催の研修に参加している。スキルアップや他事業所との交流の機会設けてもらいサービス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
<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	在介からの情報と事前訪問にて情報収集し・本人の思い・不安・心配な事がないか、安心して生活が始められるように心がけている。		
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	事前訪問にて情報収集し家族の思い・不安な事柄を確認している。聞き取り時の話しやすいような雰囲気作りや言葉かけに注意している。		
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	居宅ケアマネからの情報収集・見学时・訪問の際本人・家族様入居後の対応に繋げている。		
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	認知症の進行や身体機能の低下にて出来る事が少なくなっているが入居者同士支え合う気持ちも声かけながら支援している。		
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	必要時電話にて状況報告し家族様の協力も必要である事も伝え、面会も促し本人が安心して生活出来るように支援している。担当から毎年家族様に年賀状を出し書ける入居者は自筆にてお出ししている。		
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	同じ町内から隣接の特養に入居している方を訪問し交流も図っている。デーサービスの利用者に会いに行き交流する事もある。	入居前における人間関係の背景等はセンター方式を利用し情報を得て、馴染みの方との交流継続に努めている。また入居前の友人が同敷地内の事業所に入居していることも多く、相互の交流継続を積極的に行っている。	
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	利用者同士では会話が成り立たない時や耳が遠い方には職員が仲介し関わりが持てるように支援している。		

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
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	地域の方が多く、受診先、イベント先である機会がありこちらからも声をかけるようにしている。		
<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	利用者に寄り添いながら、日々の会話の中や行動からその人の思いをくみ取るようにしている。	職員一人一人が思いや意向の把握を意識し、日頃から会話の機会を積極的に設けて利用者の言葉に傾聴し、意向の把握に努めている。その情報をユニット会議で報告しモニタリングを行った後、状態に合わせて3~6か月の期間でアセスメントの更新も行っている。	
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	家族から情報収集している。時には本人やなじみの方から昔の暮らしぶりについて聞かされる事がある。		
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	申し送りの徹底と職員間での意見交換を密にし情報の共有・状態把握に努めている。		
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	入居者、家族、担当職員、ケアマネ、管理者等から情報収集し、本人の意向と本人が安全で安心して暮らせるような介護計画を作成するよう努めている。	モニタリングで確認された内容で各担当者がアセスメントを更新し、ケアマネジャーがケアプランを作成した後、管理者が最終的な確認を行う一連の流れでチームによるケアプラン作成が行われている。また、家族の面会時に近況報告をしながら意向を引き出し、モニタリングやケアプランに反映させている。	
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	日誌、申し送り、ケース記録にて情報を共有している。身体状況の変化や日々の様子を把握し介護計画見直しに役立てている。		
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	協力病院以外でも家族の希望時出来る限り受診援助している。その時々出来る事を臨機応変に対応している。		

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
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	地域のイベントを見学できる様支援している。施設でのクラブ活動として生け花や書道教室に参加し刺激となっている。又週2回のリズム体操や散歩を希望する方は他部署へ顔写真を配布し離接防止含め協力を得ている。		
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	本人、家族の意向を確認しかかりつけ医を決め、グループホームで出きる範囲で受診の支援をしている。	基本的には入居前までのかかりつけ医を受診しているが、本人の状態に合わせて必要と思われる場合には家族と協議し、適切な医療が受けられるよう支援している。受診はグループホームの職員が付き添っているが、状況に応じて家族への同行も依頼している。急変時は隣接している施設の看護職員も協力する体制となっている。	
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	日常の中での気づきはケース記録に入力し、受診時報告している。グループホームには看護師は在籍していないが、気になる事は特養看護師に相談し、受診の助言を受けている。		
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。	入院の際情報提供書にて情報共有出来るようにしている。病状の確認や退院後安心して生活出来る様に面会や医療連携室を通し情報交換している。		
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	終末期についてはかかりつけ医と相談し、施設として対応出来る状態であるかなど検討して決めている。入所時看護師在籍していない為、医療的処置が必要になった際は退去となる事は入所時伝えている。重度化してきた際は家族特養入所を家族様特養ケアマネにも相談している。	看護職員の配置がないため、グループホームで行う事ができる対応を明確にして家族へ説明を行い、協議の上、対応している。	
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	施設内研修にて救急法を定期的受講している。緊急時マニュアルを作成し職員は個々に確認するようにしている。		
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	3ヶ月に一度夜間想定自主避難訓練を実施し、実際に放水や器具の取り扱いについても説明している。	消防署へ届け出て実施している訓練を含め、年間5回の避難訓練を実施している。地域住民の参加は周辺に空き家が多いため参加は難しい実情はあるが、運営推進会議の場では協力依頼等を欠かさず発信している。また、食料・備品の備蓄は2日分確保している。	

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
<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	耳元で話したり配慮し声掛けしている。	プライバシーに配慮し統一した言葉かけをユニット会議で確認し、実際のケアに活かしている。特に排泄に関しては、配慮に欠けたケアが行われないように留意している。	
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	利用者様の生活能力に応じた声掛けや誘導で自分の思いや決定出来るよう促している。		
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	認知の低下にて誘導する事もあるが、その人のペースで動けるように支援している。		
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	自分で衣類を選ぶように促している。自ら服を着替えたり、散髪を希望し予約して欲しいと話される方もいる。身だしなみを気に掛けられる方が少なく職員が配慮している。		
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	茶碗拭きや片付け、テーブル拭きなど日課になっている。職員も一緒に会話をしながら食事を楽しんでいる。	利用者の嗜好と季節に合った食材を取り入れ、献立を決めて調理している。また、急遽希望があった時なども柔軟に対応し、献立へ反映している。調理の準備、食後の後片付けともに、利用者が何らかで役割を担当し行っていたらいい。	
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	かかりつけ医より一日の摂取量を確認し水分を促し提供している。拒否の強い方も量や声掛けを工夫して進めている。栄養面については特養栄養士に相談している。		
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	自立の方も毎食後声掛けしている。支援が必要な方へはその都度、誘導、促し、介助している。定期的に入れれば洗浄している。うがいが必要な方にはハイパーゼ使用し保清援助している。定期的に歯科往診してもらっている。		

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向けた支援を行っている	排泄間隔を把握し誘導、見守りしている。また誘導時の失禁や尿臭時は小声で声がけし配慮している。失敗を少なくする為にPTイレ設置の対応も取っている。	排泄パターンの把握に努め、利用者の個性に沿った時間で誘導や、用具を使用し、対応している。また、個々の排泄の把握に関する情報もパソコンで管理されており、人目につかないよう配慮されている。	
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	毎朝乳製品を摂り、野菜を多く取り入れている。かかりつけ医の指示にて下剤の調整を行っている。排泄の時間帯を把握しその時間帯にトイレ誘導し排便につなげている。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	行事や委員会等職員の都合で変更する事があるが、その都度理由を伝えている。入浴日は決まっているが、入りたくないなどの理由で臨機応変に対応している。それぞれの好みの温度で、ゆっくり入浴出来る様に対応している。	週2回の入浴を基本としているが、要望があった場合には回数を増やし入浴していただいている。温度設定も利用者それぞれの意向・要望を把握し、好みの温度で入浴していただいている。	
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	その人の生活リズム・身体状況を把握し休養を促している。		
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	内服薬の変更は管理者・担当職員から申し送りし状態観察し次回受診時報告している。		
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	日課を通して支援している。園庭にある足湯を利用したり散歩したり気分転換を図っている。		
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	毎年恒例の初詣に出かけて、喜んでもらっている。遠方にいる家族様帰省時は外出に出掛けたりしている。希望にて法事等の自宅外出支援を行っている。	年間で恒例の外出行事を行っている。また、家族の協力も得ながら個別のニーズに対応し、自宅や法事等へ外出している。	

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
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	小遣い程度であるが自己管理し無人販売でお金を支払いおやつなど購入している。財布をしまい忘れ盗られたと騒ぎ為失くさないように工夫している。		
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	担当職員が年賀状に入居者の言葉も書き添え送っている。		
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	職員がその時々家庭から持ちよりユニットないに季節の花を取り入れる工夫をしている。玄関にイスを設置し、靴の履き替えがスムーズに行えるように配慮している。	共有スペースであるリビングは、くつろぐ場や食卓が利用者の動線に配慮され分けられている。また、家電や調度品も車いすの目線に合わせて配置されており、セミパブリックスペースにもソファが置かれ、くつろぐ場として有効活用されている。	
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	廊下スペースにソファを設置し気の合った仲間と座り談話出来る様に対応している。		
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	その人らしい部屋になっている方もいるが、家族様に使い慣れた物の持参を声掛けすると処分したとの事で新たな物でしつらえている方が多い。	実情として新しいものを購入し、入居される方が多くあるが、なるべく使い慣れた物の持ち込みをしていただけるようにしている。家具以外には、家族の写真等も飾られており、利用者の安心した生活につながっている。	
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	一人ひとりの能力を見極めながら出きる所は見守り、支援している。センサーマットやナースコール使用・居室内の配置変えをしたり、安全に生活出来よう様に支援している。		