

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	0270201056		
法人名	医療法人 仙知会		
事業所名	グループホームさくら1		
所在地	〒036-8302 青森県弘前市大字高杉字五反田173番地7		
自己評価作成日	平成30年10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	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成30年11月5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)】

本事業所はりんご畑に囲まれた静かな環境の中に立地している。敷地内には関連法人の有料老人ホーム・精神障害者福祉ホーム・地域活動支援センターや多様なサービスの事業所が隣接しており、トータル的なサービスが受けられるシステムとなっている。同敷地内のイベント・地区の保育園の慰問を通して地域の方々と積極的に交流を図っている。また、利用者が持てる力量を発揮し、高齢者ならではのノウハウを生かした生活が営めるように支援を行っている。

【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)】

敷地内には、関連法人の有料老人ホーム・配食サービスセンター・障がい者福祉ホーム・地域活動支援センター等があり、災害時や外出等の応援体制が出来ている。近くには、郵便局、老人福祉センター、スーパー、小学校、中学校があり、散歩や買い物に出かけやすい場所にある。小学校ボランティアの訪問や中学校の体験学習の受け入れを通して地域との交流を図っている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、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	・「住み慣れた町で笑顔あふれる雰囲気できっとその人らしく暮らす」を運営理念として掲げ全職員で共有し日々の中で話し合い実践につなげている。	職員休憩室、廊下に理念を掲示しており、時々朝礼で復唱している。管理者も認識し、話合いの場やケアの提供場面において振り返り、日々の業務中においても実践につなげている。	
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	・地域との相互関係を築き、孤立することなく「暮らし」を営むためにつきあいを探ることを大切にしている。地域の幼稚園との交流や敬老会への参加している。	グループホーム独自の地域交流祭りはないが隣接の地域活動支援センター主催の祭りで地域との交流を図っている。また、地区の敬老会に参加したり、近くの老人福祉センターまで散歩し、挨拶を交わしたりする。中学校の体験学習や高校のインターンシップも受け入れている。	
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	・認知症を理解して頂く一環として、見学や認知症に関する相談、体験学習、ボランティアなどを受け入れ、事業所の持つ専門性や実践経験を地域に還元する取り組みを行っている。		
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践、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	・会議のメンバーに利用者に加え、利用者の意見・希望を反映させている。また、外部評価の結果を基にし改善策について報告し意見交換を行いサービスの質の向上につなげている。	家族の参加はなかなか得られないが地域包括支援センター職員・民生委員・利用者(各ユニットから1名)参加で2ヶ月に一度開催している。市役所からは年に一度参加がある。定期的な報告や地域包括支援センターからの情報提供や利用者の意見も多くある。	
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	・困難ケースの場合など、市と連携を密にして対応を図って、利用者の利便性の向上を図っている。	生活保護の利用者が多く、2ヶ月に一度ケースワーカーが訪れ、情報提供、相談を行い連絡を密にしている。	
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	・利用者の人権を守ることがケアの基本であるという認識に立ち、「拘束は行わない」という姿勢でケアに取り組んでいる。安全を確保しつつ、自由な暮らしを支援するため、状況に応じ錠を開放するなど抑圧感のない暮らしの応援をしている。	身体拘束の指針を作成し、運営推進会議の中で勉強会を実施している。また、外部研修に参加しグループホーム職員には伝達や回覧で身体拘束に関する理解を深めている。帰宅願望のある利用者、突然興奮する等の利用者にはケアの工夫をすることで拘束しない支援を心がけている。	
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	・内部研修を通じて、全職員が高齢者虐待防止法に関する理解を深める取り組みをしている。管理者は職員の日々のケアの場面を観察するなど虐待を未然に防ぐように努めている。		

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
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や成年後見制度についての内部研修を計画している。これらの制度について必要に応じて、利用者や家族にも説明を行っている。		
9		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	・事業所の理念などケアの方針や取り組みについて説明している。利用者や家族が不安や疑問を抱かないように説明している。		
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	・ご意見を出して頂けるように、玄関にご意見箱を設けている。利用者の言動から本人の不満や意見を察するようにして、サービスの質の確保に努めている。	意見箱の設置や苦情受付の説明は入居契約時に行っている。家族が直接法人代表者に苦情を話されることもあるが、それらの苦情はすぐ管理者に伝わり、朝礼で職員に伝え、運営に反映している。	
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	・自由に発言できる職員会議により、要望意見を聞いている。それらの意見を聞いて、改善・反映させていくことで働く意欲の向上や質の確保に努めている。	職員会議で要望・意見を自由に発言でき、法人本部の事務長が時々グループホームに来園した際に物品購入や修繕等を提案しており、現場からの意見が吸い上げられている。	
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	・職員の日々の努力、勤務状況を把握し向上心を持てるように環境を整備している。健康診断を行い、職員の心身の健康を保つようにしている。		
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	・職員の能力向上の重要性を認識し、経験や習熟度に応じた研修の機会などを設けている。		
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	・事業の質の確保のため、他法人との交流や連携を図っている。当法人内の秋田県にあるGHまつ風・GHかけはしとの交流・連携を図り、サービスの向上や職員の育成に取り組んでいる。		

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
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	・サービスの利用を前提として話を進めるのではなく、まずは利用者の身体状況、思い、希望ニーズを把握するように努めている。		
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	・サービスの利用を前提として話を進めるのではなく、まずは家族の思い、希望・ニーズを把握す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	・本人、家族の事情や要望を聞き、その時点で何が必要かを見極め、出来る限りの対応を行っている。必要に応じて、他のサービスの利用調整を速やかに行っている。		
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	・利用者の喜怒哀楽に共感し、理解しようとしている。また、得意分野で力を発揮してもらう等、共同で生活している。		
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	・家族との関係が途切れないように、電話や「さくら通信」で暮らしぶりを伝えたり、ホームを訪れやすいように働きかけている。		
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	・知人や友人等と電話や手紙で、連絡を取り持つなど、これまで関わってきた人との交流を継続できるように支援している。	公衆電話が各ユニットごとに設置され、利用者が自由に電話でき、また手紙の代筆をする支援が行われている。希望があれば、自宅訪問や馴染みの理美容店への外出も支援している。馴染みの友人、知人も訪れてくるなど関係の継続を図っている。	
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	・利用者同士の関係を把握し、孤立しないように配慮している。それぞれが、持てる力、個性を生かしてもらうことにより良い人間関係作りに努めている。		

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
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	・サービス終了後も相談や支援に応ずる姿勢を示している。これまでの関係を維持するように努めている。		
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	・思いや希望、意向などを把握するようにしている。十分に把握出来ない場合は、利用者の視点に立って、意向を把握するようにしている。	利用者の意向は定期的に確認し、確認できない利用者についてはそばに寄り添い、仕草や行動から把握するよう努めている。また、一人一人の趣味活動の継続、食事場所の希望等の把握にも努めている。	
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	・利用者の生活歴等について、家族または親族、友人から情報を収集している。担当ケアマネや以前に入居していた施設の職員からも情報収集に協力してもらっている。		
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	・職員が利用者を総合的に見る目を養いながら生活リズム(食事や睡眠、排泄時間など)をチームとして把握に努めるようにしている。		
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	・アセスメントやモニタリングを繰り返しながら設定期間毎に見直しする以外に、家族の要望や利用者の状態変化に応じて臨機応変に見直ししている。	利用者個々に、職員担当を決めており、カンファレンスとプラン作成時、計画作成担当者とは各担当者で実施している。家族の意向は面会時、電話連絡にて確認している。医療面については訪問看護師からも意見をいただき反映させている。	
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	・その職員しか知りえない事実や、ケアの気づきを具体的に記録するよう努めている。日々の記録を根拠に介護計画の見直しをする。		
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	通常のサービスと移送や外出支援、誕生会などの行事を組み合わせながら、継続的に支援している。		

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
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	・地域包括センターとの共働はもとより、民生委員や地域のスーパーマーケット、移動販売、警察、消防等に協力を求めながら安全で豊かな暮らしをしている。		
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	・なじみの医院により継続的な医療を受けられるようにしている。また、認知症の専門医や必要な専門医にも受診できるようにしている。救急時、体調の変化にもすぐに連絡対応できる体制となっている。	馴染みのかかりつけ医(3カ所の医院)がグループホームに診療訪問し、継続的な支援が行われている。また、その他の科の受診は基本的に職員が付き添い、受診結果は電話で報告している。	
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	・訪問看護と協働し、早い段階での状況変化や異常に気づき、いち早く対応できる体制を整えている。また、24時間対応可能な体制が確立されている。		
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。	・家族とともに早期退院に向けた話し合いを医療機関と行えるように努めている。また、療養に必要な情報交換を行っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	・重度化した場合や終末期の対応について、利用者や家族、医療機関と早期から意思統一を図っている。グループホームでどこまで出来るか力量を把握しながら、チームで支援する体制を整えている。	看取り指針、重度化や終末期についてはグループホームとしての体制や法人内の医療機関や訪問看護との協力体制も整っており、看取りについての勉強会も実施している。医療依存度が高くなると敷地内の有料老人ホームへ移動することもあるが、基本的に医療頻度の低い方の看取りをしている。	
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	あわてずに、確実かつ適切に応急処置や初期対応が取れるように努めている。隣接する施設にAEDが配置されており、全職員が使用方法を理解している。		
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	・1年に2回の避難訓練を実施している。夜間想定での避難訓練も行っている。また、災害時対応マニュアルが作成され、防災計画指針等、各災害に対する対応策を作成し、現場に反映されている。	年2回の訓練を実施している。以前は地域の運営推進委員(民生委員)の協力があつたが現在はない。法人敷地内の事業所との応援体制が整っている。備蓄も法人本部で総括して行っている。	

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
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	・利用者の言動を否定したりせず、また羞恥心に配慮した介助や声かけをしている。事業所全体で声かけや対応について日々確認し、改善策を話し合っている。	朝礼の申し送り時、職員が接遇マニュアルを一日1ページを読み上げ、職員の気づきの場としている。職員の声かけや対応で気になることがあったときは日々の申し送り等で確認している。	
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	・言葉で十分に意思表示できない場合でも表情や全身での反応を注意深く観察キャッチして本人の希望や好みを把握している。		
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	・言動を急かしたりせず、その人のペースに合わせて声かけしている。日常業務を優先せず、利用者の訴えを優先するようにしている。		
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	・利用者の好みで洋服を選んだり、おしゃれが出来るようにしている。地域の美容院の出張サービス利用なども行っている。		
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	・食べこぼしのサポートをしながらも、会話を楽しんだり、利用者と一緒に食事の準備や後片付けを行っている。また、季節に合わせたメニューを提供している。	献立は関連法人事業所の栄養士が作成し、献立については栄養士がアンケートを取る事で利用者からの声を反映している。材料も配食サービス事業所から届けられる。また、利用者には食事の準備や後片付けの手伝いをしていただいている。	
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	・1日全体を通じて必要なカロリー、水分が取れているか確認している。体調や、運動量、体重の増減などに応じた支援をしている。		
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	・本人の習慣や有する力を活かしながら、食後のうがいや口の中の手入れを支援している。協力医療機関と連携し口腔機能維持管理に関する助言及び指導を月1回うけている。		

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
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	・おむつの使用を減らし、可能な限りトイレで排泄できるように、また気持ちよく排泄できるように支援している。プライバシーに配慮しながら介助している。	利用者個々の排泄パターンを把握し、個々に合わせた支援をしている。なるべくオムツをしないケアをし、排便間隔の習慣を活かして下剤を使わないケアにも取り組んでいる。	
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	・1日の食事や排泄、活動状況の見直し、自然排便を促す工夫を個別に行っている。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	・入浴習慣や好みを把握し、入浴方法、利用者の意向を取り入れている。入浴を拒否する利用者には声がけして入浴するように促している。	基本、週3回(午前中)の入浴を実施している。入浴拒否がある方には時間をずらしたり、声がけ等を工夫し臨機応変に対応している。冬になるとみかんの皮を乾燥させてみかん湯を行っている。	
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	・一人ひとりの睡眠パターンを把握し、眠れない利用者については原因を見極め、本来のリズムを取り戻せるようにしている。寝付けない利用者には、付き添ったり、飲み物を提供するなどを行っている。		
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	・職員は薬の目的や副作用などを理解している。飲み忘れや、誤薬がないように必ず、服用中の見守りを行っている。状態変化があった場合には記録し、家族や医師に報告している。		
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	・一人ひとりにあった役割や楽しみ、気分転換を行っている。利用者が自宅にいる時と同様に嗜好品を楽しめるように、周囲の利用者に配慮しながら支援している。		
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に支援している	・利用者の身体状況に合わせ、移動方法や、移動距離に配慮し、気分転換につながるように家族と相談しながら取り組んでいる。月1回の行事の中にも遠足等外出する機会を組み入れている。	年間行事計画(お花見会・紅葉狩り・遠足等)での外出支援や利用者個々の希望外出の支援を日常的に行っている。同敷地内の事業所の外出車両や運転手の応援体制もある。	

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
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	・お金を持つことのモチベーションをよく理解してもらいながら、管理方法を(預り金管理規定を策定)決めて支援している。事業所が利用者のお金を預かる場合は、文書にて同意を得ている。		
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	・利用者にかかってくる電話や手紙を歓迎するなどの雰囲気づくりをしている。利用者の能力に応じ代筆するなどの支援をしている。		
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	・調度品など家庭的な雰囲気が保たれるように工夫している。利用者にとって居心地がよい場所となるように工夫している。また、一部居室からは、庭園が見渡せるようになっている。	ホールは広く、食卓の他にくつろぎスペースとして、テレビの前に庭の景色が眺められるようソファが設けられている。空気清浄機を設置し、一定の湿度・室温を保て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	・人の気配が感じられる空間の中で、一人になれるスペースや、時には2,3人で過ごせるように家具などの配置を工夫している。		
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	・プライバシーを大切にしながら、安心して過ごせる環境づくりを心がけている。入居前から使用し、愛用していた物など、なじみの物を持ってきてもらうように家族などに働きかけている。	馴染みの物や使い慣れた物を持ち込んでいただけるよう家族に働きかけている。家族写真や愛用していた物を飾るなどし、また、冬期間の居室暖房は利用者個々の希望に合わせて温度設定し、換気にも配慮し、居心地よい空間作りに努めている。	
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	・場所違いを防ぐ為に利用者一人ひとりの状態を把握し、必要な場合に合わせた表示をつけるなどの取り組みを行っている。また危険防止の措置もそれぞれに合わせて行っている。		