

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 (珊瑚ユニット)		
所在地	〒039-2311 青森県上北郡六戸町字上吉田85番地26		
自己評価作成日	平成29年10月1日	評価結果市町村受理日	2017/3/31

※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29年11月22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や孫を見ているような感覚で楽しんでもらっている。毎年、近隣小学生のふれあい体験で子供達の訪問あり交流している。</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を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て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 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

[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	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。	理念を浸透させる取り組みとして、ユニット毎で理念に基づいた目標を掲げ、ユニットミーティングで職員同士と日々の振り返りを行っている。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。地域密着型サービスの意義を踏まえ、近隣の保育園との相互交流や地域のイベントへ積極的に参加している。	
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・メイプルタウンフェスタ)を見学しながら交流を図っている。広報誌やホームページにてメープルをPRしている。	毎月近隣の保育園を訪問して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いる。町の産業イベントでは、ブースを設け事業所の情報発信等周知活動に取り組んでいる。敷地内に足湯を設置し自由に使ってもらえるように開放しており、地域の方々も利用している。	地域の拠点として、現状は把握している。同法人内の事業所や、近隣の保育園・施設内に足湯等設けて、地域とのかかわりを持つように努力がみられるが、今後近隣に住む人たちのふれあいや町会等に加わり、地域の一員として必要とされる活動や役割を積極的に行っていく事に期待したい。
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日々の生活・行事・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。	地域包括支援センター職員、地域民生委員、評議員、家族が参加し実情を報告している。そこで得たアドバイス等を検討し実践している。また、次の会議で再度実践状況を報告し、参加者はモニタ的な役割を担っている。	
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	運営推進会議や困難事例・空所報告等を通し情報の共有はしている。	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、困難事例等に対し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、空床情報を報告し、利用希望者が早期入居できるよう協力体制をとっている。	
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	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、法人全体で感染症対策委員会に身体拘束委員会を含めた委員会を設置し、全体で廃止にむけて取り組んでいる。ホームでは個別のリスクを把握し拘束しないでケアする方法を検討しユニット会議でも生かされている。	
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	施設内、外部研修に参加し研修内容をユニットミーティングにて報告している。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り、ユニットの状況を把握するようにしている。		

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投書されたことはなく、面会時に個別に面談し意見を吸上げるように取組んでいる。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。今後家族へアンケートを実施し、それから意見を吸上げる予定がある。	
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	月一回運営会議の開催にて各部署で課題があればその時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。	各部署で月1回運営会議を行っており、ミーティング等定期的に意見交換する機会は設けている。その際に出た意見で業務改善につながることもある。施設長と職員全員が面談を行い、その際ケアや労務に関すること等、意見を述べる機会がある。	
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ている。今年から食事・排泄・入浴についての勉強会を月に一回必須研修として(サービス向上委員会)で行っている。		
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
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	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、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・見学時・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ている。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出している。		
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	近隣部落での顔なじみの方が入居し入居者同士近くで過ごせる様に配慮したり小学校で同じ学年で知っているという人もいて話題を出して会話に繋げている。	センター方式を利用し、入居前の人間関係等は情報を得て、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介護事業所を利用しており、事業所間で行き来して頂き交流継続を支援している。以前行って来たことを思い出し、グループホームでも行っている。(蘭玉づくり)	
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	行動障害の方へ注目が集まらない様に声掛けなど配慮している。		

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。		
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。	日頃から利用者の言葉を傾聴し、意向の把握に努めている。意向をセンター方式で情報をまとめ、その情報をユニット会議で報告し、情報共有に努めている。状態に合わせて3か月で見直しをし、変更している。	
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	センター方式を活用し情報収集している。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	申し送りの徹底やケース記録を職員間で共有し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	本人の意向と本人が安全で安心して暮らせるよう・状況を把握し計画書を作成している。	各担当者がアセスメントを更新し、ケアマネジャーが立案した後、管理者が最終的な確認を行い、一連の流れでケアプランが作成されている。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、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を支援している。すぐに忘れてしまうがその時を楽しんでいる。施設でのクラブ活動として生け花や書道教室に参加しその時は刺激となっている。		
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	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。	入居前までのかかりつけ医への受診を支援しているが、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、受診体制作りが行われている。受診は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、急変時は隣接している事業所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。病状の確認は医療連携室を通し状況確認している。退院後もDrより病状確認と注意点等確認している。		
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伝えている。重度化してきた際は特養入所や特養ケアマネにも相談している。早い段階で特養申込みはしている。	地域の訪問看護ステーションの協力を得て看取りを行った経験はあるが、基本的に看護職員の配置がないため、グループホームで出来る事出来ない事を明確にして家族と協議しながら対応している。同法人に特別養護老人ホームがあり、必要に応じて住み替えの検討や相談もしている。	
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4回の訓練を実施している。地域住民の参加は過疎化や高齢化により参加は難しい実情はあるが、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。今後町会に入り、協力体制を作っていく予定である。	

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
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	耳元やジェスチャーにて配慮し声掛けしている。	居室に入る際はノックをし、利用者の意向を確認したうえで入室する等、プライバシーに配慮している。特に排泄に関しては、他者に聞こえないように耳元で声掛けしたり、耳が遠い利用者にはジェスチャーにて伝え配慮している	
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	認知の低下にて誘導する事もあるが、その人のペースで過ごせ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。	利用者の嗜好や季節に合った食材を取り入れ、献立を決めている。また、急遽希望があった時なども柔軟に対応している。調理の準備、食後の後片付けともに、利用者に役割を担ってもらっている。	
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	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がかけてしている。支援が必要な方へはその都度、誘導、促し、介助している。毎日入れば洗浄している。うがいが困難な方にはハイガーゼ使用し保清援助している。状況によって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・声掛けしている。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イレ設置やパットやリハビリパンツ等使用も状態によって使い分けている。	法人で排泄の勉強会を開催し、快適な排泄ケアが出来る様に取り組んでいる。また、個別の排泄パターンの把握に努め、個々に合った時間で誘導を行い、コストも含めて用具を検討している。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、湯船に入る回数など把握し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たり、曜日変更を行う等して柔軟に対応している。温度設定も利用者それぞれの意向や要望を把握し、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・就寝を促している。眠くなるまでテレビ鑑賞している。		
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・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	部屋の掃除・食後の片付け・茶碗吹きなど役割を持っている。畑仕事や裁縫など慣れしんだ作業を日常的に行ったり週2回のリズム体操に参加したり・ユニットでもテレビ体操で体を動かしている。彼岸には団子作りを季節に応じた行事で楽しんでいる。		
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。ユニット行事で花見や外食などに出掛けている。自宅に外泊・外出したり家族との関わりも持っている。	年間で外出行事を企画して行っている。食材の買出しにも同行し、日常的に外出する機会を設けている。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	入居者の半数はお小遣い程度自己管理している。肌身離さず持っている事で安心している。床屋の支払いや自販機で飲み物を飲み物を購入している。		
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。本人の希望があれば特養玄関／公衆電話へ誘導し電話を出来るように支援している。		
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	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。	車いすや利用者の目線に合わせて家電や調度品が配置され配慮されている。セミパブリックスペースにソファが置かれ、くつろぐ場として有効活用されている。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目線・動線に配慮されている。	
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	リビングや食堂では過ごす場所が固定化しているが廊下スペースは自分の居場所として認識し写真を眺めたり、入居者同士談話し安心してくつろいでいる。		
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している方が多いが担当職員も加えて使いやすいように工夫している。	新しいものを購入して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頂けるように促してしている。家具以外には、家族の写真や個人で制作した作品や位牌も置かれており、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、安全に生活出来るように支援している。		