

### 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	0790400410		
法人名	株式会社 ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンターたいら グループホーム ニチイのほほえみ 1Fひばり		
所在地	〒973-8411 福島県いわき市小島町二丁目6番の3		
自己評価作成日	平成 27年 3月 31日	評価結果市町村受理日	平成27年6月2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	<a href="http://www.kaignokensaku.jp/07/index.php">http://www.kaignokensaku.jp/07/index.php</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
所在地	〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3		
訪問調査日	平成27年4月16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)】**

<ul style="list-style-type: none"> <li>一人ひとりの心身の状態に寄り添うことで、尊厳を保ち自立した生活となるよう支援する。</li> <li>ご入居者、ご家族、地域の方々との交流を深めながら、安心と温もりのある家庭を築いていく。</li> </ul>
--

**【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)】**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 管理者は職員間のコミュニケーションを重視した職場環境づくりに努めており、職員は少ない人数の中で意欲的に業務に取り組んでいる。</li> <li>2. マニュアルや職員研修体制が法人の協力で整備されている。また、ギリギリの人数で勤務体制を作っているが、急な職員の欠勤や利用者の急変に伴う通院等には法人から駆けつけ支援する事で適切な事業運営につなげている。</li> </ol>
---

**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 ↓該当する項目に○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)	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者の</li> <li>2. 利用者の2/3くらいの</li> <li>3. 利用者の1/3くらいの</li> <li>4. ほとんど掴んでいない</li> </ol>	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)	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての家族と</li> <li>2. 家族の2/3くらいと</li> <li>3. 家族の1/3くらいと</li> <li>4. ほとんどできていない</li> </ol>
57	利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 毎日ある</li> <li>2. 数日に1回程度ある</li> <li>3. たまにある</li> <li>4. ほとんどない</li> </ol>	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)	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ毎日のように</li> <li>2. 数日に1回程度</li> <li>3. たまに</li> <li>4. ほとんどない</li> </ol>
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)	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者が</li> <li>2. 利用者の2/3くらいが</li> <li>3. 利用者の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>	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ったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 大いに増えている</li> <li>2. 少しずつ増えている</li> <li>3. あまり増えていない</li> <li>4. 全くいない</li> </ol>
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)	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者が</li> <li>2. 利用者の2/3くらいが</li> <li>3. 利用者の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての職員が</li> <li>2. 職員の2/3くらいが</li> <li>3. 職員の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>
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)	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者が</li> <li>2. 利用者の2/3くらいが</li> <li>3. 利用者の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>	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	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者が</li> <li>2. 利用者の2/3くらいが</li> <li>3. 利用者の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>
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)	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者が</li> <li>2. 利用者の2/3くらいが</li> <li>3. 利用者の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>	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	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての家族等が</li> <li>2. 家族等の2/3くらいが</li> <li>3. 家族等の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどできていない</li> </ol>
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)	○	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全ての利用者が</li> <li>2. 利用者の2/3くらいが</li> <li>3. 利用者の1/3くらいが</li> <li>4. ほとんどいない</li> </ol>				

# 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	朝礼・夕礼・業務ミーティングの前に事業所理念を唱和して共有し、利用者の支援を通して地域に開かれたホーム運営に取り組んでいる。	地域密着型の意義をふまえて、職員間で話し合い理念を作成している。朝夕の申し送りや業務ミーティングの際に理念を唱和し、共有と実践に努めている。	
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	ホーム行事等を通して地域の方々との交流に努めている。	ニチイ祭り等のホーム行事に高校のフラダンス愛好会や幼稚園児の参加協力を得たり、中学生の職場体験を受入れる等、地域との交流に努めている。	
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	昨年中に依頼はなかったが、依頼があれば、地域の人々に認知症の理解や支援方法などの啓発に努める準備はできている。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	定期的に運営推進会議を開催し、ホームの状況や行事、家族会の要望・意見等を報告。課題についての意見や情報を提案して頂きサービス向上に役立てている。	定期的に運営推進会議を開催し、外部評価結果や日頃の活動状況を報告し、出された意見をサービス向上に活かしている。しかし、委員の参加に、ばらつきがあり、特に家族の出席がほとんどない。今までの家族代表委員は利用者の退去により、途中から不在となった。	家族委員の選任にあたっては、運営推進会議の趣旨を理解してもらうよう働きかけ、参加が得られるよう要請して欲しい。
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	月1回の介護相談員の訪問にて連絡を取りあったり、行政報告を速やかに行う事で市町村との協力関係を築けるようにしている。	転倒事故発生時の報告等の時に、利用者の生活状況、サービス実施状況等、事業所の実情、取組みを行政職員に伝え協力関係を築くよう努めている。	
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	外部研修の資料や自社マニュアルを使用して内部研修を実施することで、全スタッフが身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	内部・外部の研修等で身体拘束が及ぼす悪影響を学んでおり拘束を行わず、見守り・寄り添いを実践している。また、言葉での抑制にも気を配っている。日中、玄関の施錠は行ってない。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	内部研修を実施し全スタッフに虐待防止の認識を共有している。入浴時等全身チェックを行い、特変あれば管理者に速やかに報告するように徹底している。		

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	現在、制度を利用している人はいないが制度の理解と活用ができるよう研修を行っている。		
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	契約・改定等において管理者対応で書面の読み合わせによる十分な説明を行い、理解・納得を図っている。		
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なら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	利用者からは随時、ご家族からは面会時や家族会等で要望や意見を伺っている。又、月1回、介護相談員の訪問にてスタッフに伝えられない思いを聞いていただき助言を受けている。	日常的には面会時や年に2回開催する家族会の時に意見・要望を聞き、運営に活かしている。	
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	ホーム会議・サービス担当者会議・朝礼・夕礼等でスタッフの提案を受ける機会を設けており運営に反映させている。	ホーム会議等での職員の意見を業務改善等に活かしている。また、職員の要望を聞きながら勤務体制の調整をする等、働きやすい体制づくりを進めており、職員も業務に対し意欲的に取り組んでいる。	
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	社内スキルアップ制度を利用し、各自、やりがいや向上心を持って働けるよう職場環境の整備に努めている。		
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	社内外の研修情報を職員に伝えたり、研修に参加しやすいようにシフト調整する事で研修に積極的に参加する勧めている。		
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	グループホーム連絡協議会の地区研修会や他事業所の運営推進会議等に参加して情報交換をし、サービスの向上に繋がれるようにしている。		

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
<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 サービスを導入する段階で、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	自宅訪問や施設内覧時の面談を通して、不安や要望を伺い、1つ1つ丁寧に対応することで安心頂けるような関係作りに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	入居申込時、「相談受付票」を活用し、困っていること、不安なことや要望等を把握し関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	初回面談時、本人・家族の要望があれば特定福祉用具販売など他サービスの説明・調整対応をしている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人のADLや考え方、いままでの暮らし方等を把握し、本人が負担なく行える役割を提案し一緒に行うことで関係構築に努めている。		
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おかず、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	電話対応や来訪時に状況報告を行い、常に協力関係が築かれるように取り組んでいる。		
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	馴染みの友人や知人等の面会は居室等でゆったりと寛いでいただけるよう対応している。	友人・知人の来訪時はくつろいで頂けるよう配慮している。また、家族の協力を得てかかりつけ医を受診したり、散髪や墓参りへ出かけたり、外泊をしたりする等、馴染みの関係が継続されるよう支援している。	
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	利用者のADLや役割等を把握し、場面ごとに利用者同士が関わり合って過せるよう見守りや段取りをしている。		

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
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	必要に応じ問い合わせや相談、情報提供等の援助に努めている。		
<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	一人ひとりの思いを受け止め、その人らしく安心して生活できるよう、より良いサービスの提供に努めている。	利用者の「言葉、表情、しぐさ」などから利用者の思いや意向の把握に努め、利用者本位に検討している。それらの情報は職員間で共有し日常のケアに活かしている。	
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	入居時アセスメントで「センター方式」を活用し、本人、家族、必要な関係機関より情報の収集をしている。		
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	「日常生活支援シート」を用いて、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。		
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	随時本人や家族の意見を収集し、サービス担当者会議で関係者の意見を集約・調整し、現状に即した介護計画を作成している。	利用者の担当職員が中心となりサービス提供状況をまとめ、利用者・家族の意向をもとに、職員の意見を取り入れ介護計画を作成している。また、状態変化に伴い現状に即した計画の見直しも行っている。	
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	24時間の生活リズムを捉えながら、介護記録を残し、チームケアに活かすことで介護計画の見直しを行っている。		
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	本人や家族の状況を捉え、専門医の通院対応など公的サービス以外のサービスを利用するなど柔軟に対応している。		

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	地域ボランティア等の協力を得て、一人ひとりが安心して豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。		
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	本人、及び家族がかかりつけ医を選定し、適切な医療が受けられるよう医療機関との連携を図っている。	かかりつけ医として、これまでの医療機関と事業所の協力医とに二分されている。事業所の協力医は2医療機関あり、それぞれに月2回の往診が行われている。通院の支援は、利用者の状態が落ち着くまでは事業所が支援し、その後は家族が行う事としている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	医療連携で月4回、訪問看護による健康チェックを行い、適切な医療が受けられるよう医療機関との連携を図っている。		
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、又、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。	入院後も病院や家族との情報交換を定期的に行い早期退院ができるよう日頃から関係作りを行っている。		
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、事業所の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	契約時において重度化した場合や終末期のあり方、看取り等について説明、話し合いをする場を設けている。	利用契約時に「重度化した場合における対応に係る指針」に基づいて、内容を説明し同意を頂いている。看取りを希望される場合は、協力医と訪問看護ステーションの支援を受け、家族と職員が話し合いながら対応している。	
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	「緊急時対応マニュアル」にて社内研修を実施して対応について周知している。又、普通救命講習を受講している。		
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	年に2回最寄の消防署立会いの下の防災訓練、2ヶ月に1回の自主訓練にて利用者の避難方法など周知徹底している。	消防機関の立合を得て、昼間の火災と地震を想定した防災訓練を年2回実施している。また、水や缶詰、懐中電灯や衣類等の非常用品も備蓄されている。しかし、防災訓練に際して地域住民への参加要請や協力体制作りの取組がなされていない。	昼夜を問わない風水害等も想定した、防災訓練を数多く実施すると共に、訓練に地域住民の参加を要請したり、協力体制作りに取り組んだりして欲しい。

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
<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	利用者のプライバシーに配慮した声かけや支援ができるように細心の注意をはらっている。	日々の挨拶を含め、年長者として常に敬意を払い支援に努めている。また、入浴や排泄時等での言葉かけや、誘導のあり方について、誇りやプライバシーを損ねない対応をしている。接遇やプライバシーに関する研修会も実施されている。	
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	レク等も含め様々な場面を設定し、本人の希望や思いを引き出し、身近な生活の中で自己実現できるよう支援している。		
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	心身の状況を踏まえて、本人の希望やペースに合わせて支援している。		
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	本人らしいこだわりや希望を大切に、身だしなみやおしゃれが楽しめるよう支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	調理の下ごしらえ等できる事をしていただき、会話をしながら一緒に食事を楽しむ等の支援をしている。	法人の栄養士が作成した献立をベースに、日々の会話の中から、利用者の嗜好を把握し、献立委員会の中で話し合い、献立をアレンジしながら、食事の提供に努めている。また、野菜の皮むきや芽摘み、下膳や食器拭き等を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	水分・食事摂取量の記録を随時行うことで、個別に水分提供を調整し、1日を通して栄養確保・水分確保ができるようにしている。又、その時の状態も合わせ申し送りを行い把握している。		
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	食後、個別の状態に合わせ、口腔ケアの声かけ・介助を実施している。義歯は1回/日洗浄消毒している。		

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
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むけた支援を行っている	一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけ案内しトイレで排泄できるよう支援している。	排泄チェック表により排泄パターンを把握したり、時間や仕草等から排泄サインを汲み取ったりして、利用者の羞恥心に配慮した、さり気ない声かけでトイレ誘導を行い、自立に向けた排泄支援をしている。	
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	「排泄チェック表」にて排便状況を確認し、排便を促す運動の取り入れや食事内容の工夫を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	本人の希望確認やタイミングを見計らった声かけの工夫等、楽しんで入浴できる支援をしている。	利用者の希望に添って、週2回から3回の入浴支援を行っており、お湯はその都度交換し、衛生管理にも配慮している。また、入浴を拒否される方には、時間や職員を替える等して対応している。楽しい入浴となるよう、ゆず湯や菖蒲湯等の取組もしている。	
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	不眠時は、その時々状況に応じ、お話を聞いたり、一緒にお茶を飲むなど安心して眠れるよう支援している。睡眠時間を把握して、時間が少ない場合は日中の臥床を勧めている。		
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	「服薬に関するファイル」を作成し、常時全スタッフが閲覧できるようにし、お客様の服薬における情報を共有できるようにしている。		
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	本人の要望に添って、家事を手伝っていたり、庭の除草や散歩等で気分転換を図ったり、おしゃべりや唄を歌うなど好きなことが楽しめるよう支援している。		
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。又、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	本人の希望に添って、散歩や買物に出かけている。又、家族の協力を得て、自宅に戻ったり、外食を楽しまれている。	本人の希望に合わせて、事業所周圍の散歩や買い物に出掛けたり、ウッドデッキでお茶を飲んだりして、外気に触れる機会を作っている。また、家族の協力を得ながら、自宅訪問や墓参、外食や散髪等の支援をしている。	



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
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	通常は個人でお金を所持することはない。買物に出かけた時は個人で所持し支払いが行えるよう支援している。		
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	家族宛に手紙や年賀状を書いていただいたり、要望があれば電話で家族とお話できるよう対応している。		
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	共用空間には、常に季節感が感じられるような植物や置き物飾ったり、掲示物を張り出す等に工夫を行っている。	玄関や廊下等の共用空間は、整理整頓が行き届いており、清潔感のある生活環境となっている。また、観葉植物や季節に応じた手作りの飾り付けなどがされ、季節感が味わえる環境となっている。床や手すり等は、毎日消毒液による拭き取りを行っている。	
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	廊下のコーナーに、椅子や植物を置いて自由に寛げるよう空間を設けている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている(小規模多機能の場合)宿泊用の部屋について、自宅とのギャップを感じさせない工夫等の取組をしている	本人や家族と相談し、使い慣れた家具や衣類・調度品を持ち込んでいただき、安心して暮らせる居室作りをしている。	ベッドや寝具、テレビやタンス、位牌や写真等が持ち込まれ、家族と相談しながら、居室のレイアウトを行い、利用者が居心地良く、生活が出来るよう支援している。また、居室の清掃は利用者と職員が一緒に行っており、清潔感のある住環境となっている。	
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」「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	廊下や階段・トイレ・浴室などに手すりを設置。常時、見守り声かけ案内にて混乱を防ぎ、安全で自立した生活が送れるよう支援している。		