

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	0172902009		
法人名	有限会社 和の里		
事業所名	グループホーム 和の里 ユニットA		
所在地	〒078-8322 旭川市神楽岡12条3丁目1番16号		
自己評価作成日	平成23年2月26日	評価結果市町村受理日	平成23年5月2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)】

ホームでは利用者・介護職員が掃除や食事作りともに助け合っており、利用者さまたちは手作りの料理を楽しみにしている。材料も新鮮なものや季節の物、その時のイベントにあったものを取り入れ、職員も一緒にテーブルに座り、食べている。また、週1回の頭の体操(学習療法)を楽しみにされており、笑顔の絶えないグループホームです。当ホームはJR神楽岡駅やバス停から徒歩3分ほどの住宅街に立地している。雪がとけると利用者さまは隣接した菜園での畑作り(収穫)や花作り、散歩をしながら地域住人とのあいさつや会話をされ交流している。また、春の消防訓練には地域住人にも参加いただきご協力いただいている。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0172902009&SCD=320
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人北海道社会福祉協議会		
所在地	〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地		
訪問調査日	平成23年3月24日		

【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)】

当事業所は静かな住宅街にあり、近隣に同一法人の小規模多機能介護事業所、有料老人ホーム、訪問介護事業所が開設しており、地域における福祉の拠点となっている。地域の人の関心も高く、良好な協力関係を構築している。建物の中は木を多用しており、暖かな雰囲気を出している。また、花を育てたり、菜園での野菜づくり、それを利用しての料理や漬け物づくりを利用者と共に行っている。学習療法を取り入れ、利用者の認知症の進行を止める工夫もしており、成果をあげている。地域の運動会に参加したり、町内会の婦人会の人がボランティアに訪れるなど、地域との交流を深めつつある。避難訓練に地域住民が参加し、緊急連絡網に町内会の人を組み込んでいるなど、災害時の協力関係も構築している。職員は利用者一人ひとりの状態を把握し、それぞれに合った対応を心がけている。

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ます (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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 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			

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	全体会議の中で意見を出し合い「この地域で助け合いながら過ごす」という新たな理念を追加し、介護で確認し意識の向上を図っている。	「自分のことは自分で」という理念を玄関に掲げ、それに加えて、「尊厳ある生活を送る、地域と助け合いながら過ごす」などの5つの家訓を掲げ、職員間で共有している。	
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	町内会の加入。夏場には町内散歩や地域の運動会に参加することで地域との交流を図っている。	地域の行事への参加、町内会の婦人会のボランティアや小学生の体験学習の受け入れ等を行い、地域との交流に努めている。また、避難訓練に地域住民が参加し、緊急連絡網に町内会の人を組み込んでいるなど、災害時の協力関係も構築している。	
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	ホームの行事に参加していただく事で理解、支援方法を伝えられる場を設けている。		
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	運営推進会議での内容を全体会議で報告、話し合いを行っている。	運営推進会議は町内会長、民生委員、家族、職員が参加し、2ヶ月に1度、定期開催している。会議では、事業所の現状報告や行事報告を行い、災害時の協力関係の構築や、町内会長が提案した、町内会と合同で事業所の駐車場で夏祭りを開催すること等について話し合っている。	
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に取り組んでいる	市担当者や地域包括支援センターと様々な機会を通じて連携を図り、運営に関わる疑問について意見を求め、サービス向上に努めている。	市担当者や地域包括支援センター職員とは情報交換や相談、問い合わせなどを行い、連携を図っている。また、市や地域包括支援センター主催の研修への参加や更新手続きや、各種手続きなどでも行政と連携している。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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	身体拘束について会議の中でも取り上げ、職員一人一人が理解を深めている。	身体拘束マニュアルを作成し、ミーティングで話し合うことで、何が拘束にあたるか職員は理解している。病気のため身体を動かしてはいけない利用者の身体を守るため、短時間やむを得ず拘束する場合は、家族から同意書を得ている。できるだけ拘束する時間が短くなるようにしている。	
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	虐待に関する研修に参加しており、会議等で報告や話し合いを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	管理者は成年後見制度などの外部研修に参加し、必要時に対応できるような支援体制をとっている。また、その都度報告会を行っており、職員の理解は深まっている。		
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	契約を結ぶ際は利用者さまやご家族さまの不安、疑問点などを尋ね十分な説明を行い、理解を得ている。		
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	日常的に意見を聴くことや運営推進会議への参加呼びかけなど、入居者や家族の意見を反映している。	家族会や運営推進会議、また今年度は家族全員に面談を行い、意見要望を聞き、運営に反映している。家族会で看取りの勉強会を行い、そこでも要望を聞いている。	
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	職員面談や日々のミーティングなどで意見や提案を聴く機会を設け、反映できるようにしている。	月1回の定例会議や日々のミーティング、職員面談で職員から意見や提案が積極的に出され、利用者のケアや運営に反映している。	
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	職員個々の努力や実績、職務状況を把握し、各自が向上心を持って働ける環境作り日々配慮している。		
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	内部、外部研修の機会を設け、外部研修に関しては報告会やレポートによる報告を行っている。		
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	7事業所職員合同研修や他事業所の行事などに参加し、活動機会を通じ、サービスの質向上となるよう取り組んでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	ご本人の状況、身体、精神、家庭、環境、要望など、アセスメント作成のため、何度か訪問を行っている。また、環境の変化に対する心身の影響に配慮し、会話での傾聴、表情やしぐさなどからも読み取り、家族などからの情報も活用するなど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	サービス利用の開始前から開始後においても、訪問時や電話などでホームと家族の情報交換を行い、関係づくりに努めている。		
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	ご家族やご本人の要望を聞きながらサービスの提供または変更を行っている。必要時は地域包括支援センターや福祉施設、ケアマネジャーと連携を行い、現状を把握し、幅広いサービス利用が検討できるような対応に努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	ご本人の要望を受け、日々の介護の中で自己決定や自立支援ができるよう配慮し、本人の自信の回復や生きがいにつながるよう努めている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	日々の生活、行動、精神状態を把握し家族の理解を得て、受診同行や外出、行事への参加などの協力をいただき、本人を支える関係作りができるよう努めている。		
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	外出時(ドライブなどで)懐かしい場所に行ってみたり、家族には電話や手紙などで利用者の状況報告をし関係が途切れないよう支援に努めている。	家族、兄弟、友人の来訪や、正月、盆に家に帰る支援、家族の協力による墓参り、手紙の代筆や電話支援、かかりつけ医の受診支援等、関係維持の支援を行っている。	
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	利用者同士の関係把握、ゲームや頭の体操の組み合わせ、席替えなどを行い、利用者同士の間を取り持つ。また、居間や台所などの共用空間で共同作業(もやしの芽とりや新聞たみ)やゲームなどを通してお互いが支えあえるような支援に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	サービス利用が終了しても適切な情報提供をし、関係を断ち切らない付き合いを大切にしている。		
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	ご本人との話し合い、家族の要望を取り入れ、個別に対応できるよう行っている。困難時は説明、検討している。	担当者を決め、利用者の思いや要望の把握に努めている。業務日誌の様式を今までのものから、思いや要望を書き込める形式に改め、記録し、ケアプランに反映している。	
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	入所前より生活歴やなじみの暮らしについて把握するように努め、日々の会話の中でも生活歴の把握、家族からの情報収集している。		
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	センター方式を導入し、個々のできる事、できない事、状況把握している。また、会議などで情報の共有をしている。		
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	本人、家族、スタッフの意見を取り入れ計画の見直しを行っている。	職員と介護計画作成者が話し合いながら介護計画を作成している。生活目標プランのモニタリングを行っているが、短期介護目標に対して評価を連動して記載する形式になっていないので、介護目標の評価が難しい。	今後は、介護計画の短期介護目標に対して連動する記載方法を検討することに期待したい。
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	個別の記録をもとに定期的にカンファレンス、報告を行い、日々の介護支援につなげている。		
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	ニーズに合わせて情報の提供(利用者様やご家族の状況に応じた通院助、また、早期退院に向けての支援など)や提示を行っており、グループホームの持つ特性と柔軟性を活かした支援に努めている。		
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	町内行事の参加、ボランティアの来訪、散歩時のコミュニケーション作り。2か月に1回運営推進会議を開催し、会議には町内会長や民生委員が参加しており町内会や市の地域資源の協働を行っている。		
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	定期受診の同行を行い、本人より病状を伝える事が出来る環境を作っている。家族対応時の医療機関への症状や情報を書面で提供し、情報の共有を行っている。また、受診が困難場合や家族が希望した場合は協力医による訪問診療をお願いしている。	利用開始前のかかりつけ医の受診支援を行っている。また、協力医の訪問診療も受けることができ、訪問看護師と24時間の医療連携を図り、適切な医療支援を行っている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	日々の体調を看護師に報告し、それにより健康管理が実施されている。また、状態によっては訪問診療看護師との医療連携体制が整っており健康管理や相談ができるようになっている。		
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、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。又は、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。	病院看護師、ホームケアマネ、職員間の情報交換を行い、入院中のご本人の状況を早めに把握し、早期退院に向けて話し合いを行い、退院後の生活に支障が出ないように努めている。		
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	家族会、職員の会議での勉強会を通して十分話し合い、取り組んでいる。	状態変化に応じて職員、家族、医療機関と連携しながら、支援できる体制に取り組んでいる。家族会や職員の会議で勉強会を開き、重度化や終末期に向けた指針についてガイドラインの見直しを行っている。	家族と、綿密に方針を共有するために話し合い、重度化や終末期に向けた指針を見直し作成することを期待する。
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	急変時の対応に関しては救命研修を受講するなど初期対応に関して意識付けを行っている。また、緊急時マニュアルを設置し、理解を深めている。		
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2回の避難訓練の実施と町内会で行われる応急処置実技講習に参加している。町内会の協力を得て、訓練を行っている。	昼・夜間を想定した避難訓練を実施している。スプリンクラーや火災通報システムを設置し、緊急連絡網も整備している。避難訓練に地域住民が参加し、緊急連絡網に町内会の人を組み込んでいるなど、災害時の地域協力関係を構築している。災害時の備蓄も準備している。	

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	介護の場面でプライバシー、プライドが損なわないように配慮している。状況によりイニシャルで伝達している。	職員は利用者の尊厳を傷つけないような言葉遣いを心がけている。面会簿の個票化、書類をロッカーに保管、写真の掲載も家族から同意を得るなど、プライバシーにも配慮している。	
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	日常生活の場面で常に本人の意向を聞くようにしている。それぞれの要望が実現できるように対応している。		
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	個々の身体機能レベルに合わせて対応している。日課表を作成し、個人の要望を重視している。		
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	理美容に関しては訪問も利用。希望があればなじみの理美容室に行っている。身だしなみは本人自ら行っている。見守りでできない方に関しては職員介助で点検している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	嗜好品や酒類に関しては医師と相談しながら提供している。日常的に嗜好品を購入できるように買い物などの支援を行っている。	食事担当の職員が利用者の希望を踏まえてメニューを決めている。菜園で収穫した野菜を調理し一緒に食べ、利用者と一緒に漬け物をつくり、外食や行事食・誕生日にはケーキをつくるなど、食事が利用者の楽しみの一つになるように支援している。	
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	食事摂取量、水分量の記録をしている。食材の提供形態の工夫、水分補給方法の工夫(ジュースをゼリーにするなど)をし、入居者に合わせて実施している。		
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	毎食後の口腔ケアは見守りまたは全介助で行っている。また就寝前に義歯を洗浄液につけ置きしている。		
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むけた支援を行っている	排泄状況表の作成をし、排泄パターンを把握するようにしている。また、その情報をもとにトイレ誘導を行っている。	トイレ排泄を基本とし、排泄パターンに基づいて、タイミングを計りながら声かけ誘導し、トイレでの排泄支援を行っている。	
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	水分摂取量の記録、排便回数、便の状況の把握、服薬状況の把握に努めている。また、起床時の牛乳やホットミルク、冷たい水の提供、腹部マッサージや温タオルの提供や食材の検討も行っている。		
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	入浴時間、時間帯などに関してはできるだけ本人の意向を汲みとりながら入浴を行っている。	日曜日以外毎日湯を沸かし、基本的に週2回の入浴を支援している。状態によってシャワー浴や清拭などの支援を行っている。また、入浴を拒否する利用者には曜日を替えるなどの対応を行っている。	
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	睡眠状況の把握に努めている。不眠などある場合は生活リズムの見直しを行ったり、温かい飲み物を提供し、ゆっくり話を聞くなど心がけている。		
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	医療情報記録などを利用し、服薬内容に関しては把握できている。また、変更内容や服薬上の注意点に関しても連絡帳または申し送り周知されるよう対応している。		
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	日常生活の中で個々に役割があるように対応している。(掃除、炊事、買い物、畑仕事など)本人の気持ちなどにより新聞たたみやタオルたたみなどしていただいたり、餃子作りやおはぎ作りの支援をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	年間行事の中で外出、外食計画を立てたり、個々で希望がある時や職員の声かけでへ出かけたり、家族の協力で入居者さまの外出をお願いしている。	日常的に散歩や買い物をしている。年間行事の中で、動物園や花見、紅葉狩り、公園、大型ショッピングセンター等に出かけている。冬場には車で氷像を見に行くなど、閉じこもらないように外出支援を行っている。	
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	自己管理できる方に関しては個々に保管しており、買い物へ行く際には見守りで支払いを行っている。		
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	本人の希望または職員からの促しで電話や手紙のやり取りができるよう支援を行っている。		
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	季節に合った装飾物を取り入れたり共用空間については都度配慮し何かあった際には話し合いを行っている。	リビング兼食堂、廊下の共有空間は、広くゆったりとしており、全体に木目調で統一している。窓が広く、天窓もあり、採光が充分に入り、開放的である。リウマチの利用者に対応するため手すりは平らにしている。また、2階のベランダは2ヶ所あり、災害時に安全に避難できる広さがある。外にはテラスや菜園があり、利用者の憩いの場となっている。	
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	和室に向かい合わせでソファを置きテレビを見たり、談話できたり、廊下にベンチを置く事で1人または他者と様々な空間を設ける事が出来ている。		
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	自宅で使われていた家具や生活用品が持ち込まれ、居室は本人または家族によって家具の配置をしていただいている。日々の生活の中で危険性を生じる物、配置については家族と相談し考慮している。	居室は白で統一しており、大きな窓があり、明るく清潔感がある。それぞれ使い慣れた家具や装飾品、写真等を持ち込み、居心地よく暮らせるように工夫している。仏壇や椅子を持って来る利用者もあり、家庭的な雰囲気となっている。	
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」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	個々に合わせ、手すりの設置を行う事で自立歩行、一部介助での歩行が行えている。また、個居室前には名前、写真入りプレートを貼って自分の部屋を認識できやすくしている。		