

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	0290100486		
法人名	医療法人白鷗会		
事業所名	白鷗ホーム		
所在地	〒038-0058 青森県青森市大字羽白字富田38番地1		
自己評価作成日	令和4年11月14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	令和5年1月27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)】

開設者が医師である為、医療と福祉が連携しており、協力医療機関と24時間連携がとれる体制にあり健康面で安心して生活して頂けます。また、利用者様ご家族様が望まれるのであれば看取り体制を整えておりホームで看取り介護が可能です。当ホームは日常的に地域の方と触れ合う事が出来る場所にありホームからの声掛けにより行事に参加して頂き町内会の催し物に参加する等、地域の交流も深めています。今後も地域にとけ込んだグループホームにしていきたいと思ひます。

【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)】

24時間いつでも医療機関との連携が可能となっていることから利用者及び家族への安心に繋がり信頼が高くなっている。立地条件から地域交流が盛んであり、地域密着型サービスの求める開かれた事業所となっている。サービス面においては理念に「自由」「明朗」「調和」を掲げ、日々の生活の中でその三つの理念の実現に取り組まれている。

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、活き活きと働いている (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	地域との交流、ふれあいを大切にし事業所の理念である「自由」「明朗」「調和」を全職員共有している。	地域密着型サービスの意義及び役割を理解した上で地域との交流やふれあいを大切にしている。また、理念に「自由」「明朗」「調和」を掲げ事務所に掲示し、日々の利用者との関わりを通して実践を図っている。	
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	散歩をしたり近隣の方とお話したり、近くのお店に行き来する等、地域とのかかわりを大切に交流を深めている。	町内会に加入し地域とのつながりを大切に町内の散歩をはじめ、地域行事への参加や事業所内でのイベントなどで積極的に交流し、地域に開かれた事業所となっている。	
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	運営推進会議に参加して頂いたり事業所の行事に地域の方に参加して頂く等、認知症を理解して頂けるように交流を図っている。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、利用者の状況、年間行事の報告を行うと共に地域の方より地域の情報や助言を頂きサービスの質、向上に努めている。	開催時には事業所からの報告をはじめ、参加される委員からの意見や質問に対処的に対応し、書面での開催時には委員の自宅に訪問し、助言を頂くなど理解を深めている。	
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	運営推進会議に地域包括支援センターの職員が参加し情報提供をして頂いている。入居等の相談に関し、その都度、市町村とやり取りを行い連携を図っている。	入居についての相談や様々な機会を通じて情報提供を行い、助言等の中で関わりを持ち協力関係が図られている。	
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	年間研修計画に取り入れ、ミーティングにて身体拘束の理解と意識付けを行い全職員が周知に努めている。状況に応じて一緒に散歩に出掛ける等、拘束をしないケアを行っている。	関連マニュアルの作成をはじめ、定期的に行われる委員会活動及び年間研修計画において、身体拘束の理解と弊害について意識を高め、身体拘束をしないケアの実践に取り組まれている。	
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	ミーティング等において虐待について研修を行っている。管理者や職員は禁句用語掲示し、ケアの方法や言葉掛けに配慮し防止に努めている。		

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	権利擁護及び成年後見人制度に関し職員間で共有できるように資料を事業所内に掲示し理解を深めている。		
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	入居時、利用者や家族に重要事項説明書・運営規定について十分に説明し意見や疑問等聞き納得して頂き同意を得た上でご署名・捺印を頂いている。退居時についても契約時に説明し料金改定等についても事前に書面で同意を得ている。		
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	苦情担当窓口、ご意見箱を設置し来苑時には積極的にお声を掛け、コミュニケーションをとり話しやすい環境作りに努め、意見や要望に関しては職員間で共有している。	日々の生活の中で意見や要望を吸い上げ、サービスに活かしている。また、意見箱の設置や担当窓口より積極的に意見を頂けるように取り組まれている。	
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	毎月1回行っているミーティング時や日常的に意見交換を行っている。2ヶ月に1回のチェックリストにて業務についての意見や要望を記入してもらい検討し、日々の業務に反映させている。	管理者は日々の業務の中でコミュニケーションを深め、意見が出やすい環境づくりに取り組まれている。また、提案等については管理者から法人担当者を通じて代表者へ伝えられ、業務改善の機会に繋がっている。	
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	入社時、職員の健康診断を実施し今後も年1回の健康診断を行い健康を保つ体制を整えている。就業規則があり、働きやすい職場環境を整えている。		
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	職員が外部研修に参加できるように努めている。新規採用については、2週間の教育期間を設け実施している。		
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	地域で行われている同業者との連絡会や研修に参加し、情報交換を行いネットワークづくりに取り組んでいる。		

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	入居前、利用者の思い、希望生活の様子をご家族、担当者から情報提供をもらい事前に病院等へ訪問し馴染みの関係を作り、少しでも入居前の生活に近付け安心して頂けるように支援している。		
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	ご家族の話を親身になって傾聴しご家族の要望、ニーズに沿えるよう、職員間で共有している。信頼して頂けるよう柔軟な態度で対応している。		
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	相談内容から何が必要か見極め、対応が必要な事は早急に対応している。また、他のサービス機関と連携を図り情報提供の支援をしている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は利用者と一緒に過ごす事により、利用者から色々な事を学び、身体状況に応じ家事作業を行う等し、支え合う関係を築いている。		
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	面会時、ご家族に利用者の近況報告や日々の様子を報告し家族の意向を聞き取り、より良いケアが出来るように努めている。		
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	利用者の馴染みの人、知人、友人など、いつでも施設内での面会ができ馴染みの場所に行く等、支援を行っている。	これまでは生活歴や馴染みの関係が継続できるよう家族等から情報を得ながら、その人らしく「自由」な生活が出来るよう取り組まれている。	
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た上で個々の身体状況や精神状態を把握し、席の配置を行いまた、職員が仲介となり利用者が孤立しないよう作業等を通し、利用者同士の関わりを大切にしている。		

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
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	死亡退居された方に関しては、必ず弔問に出向いている。必要に応じて、家族の相談にも対応する事もお伝えしている。		
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	利用者の日常の生活の中で聞かれた希望、要望、思いを理解し、またご家族から聞き取りを行い意思疎通が困難な利用者には日々の状況から本人が出来るように努めている。	日常生活の中で本人の言葉や表情からその真意の把握に努め、各会議にて職員間の情報共有を図っている。また、意思疎通が困難な方については職員間で情報を得ながら本人本位を基本としている。	
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	事前に利用者や家族からヒヤリングを行いプライバシーに配慮しながら生活歴、生活環境等の経過を聞き、情報収集に努め全職員で共有している。		
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	日々のケース記録から利用者の生活リズムを把握し、日々の状態観察に努め全職員が情報共有している。		
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	利用者一人一人のケアプランを作成するに当たり、利用者1人ひとりに担当を付け本人、家族から意見を聞き、職員間で話し合い記録、共通の認識を持ち利用者のニーズを把握し、現状に合った介護計画を作成している。	アセスメント・モニタリングを繰り返しながら、一人ひとりの状態に合わせた介護計画となっており、作成にあたっては本人、家族、サービス関係者等と話し合いを行い作成されている。	
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	日々、日常の様子等を個人ケースに具体的に記録している。記録は個人ファイルを作りいつでも、個人の状態が継続的に把握出来るようにしている。再アセスメントを作成し職員間で共有し、現状に合った介護計画を作成している。		
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	利用者、家族のニーズに応じて受診援助や買い物、薬の受け取り等を行うなど柔軟な対応をしている。		

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
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	町内会や地域の方々、地域包括支援センター職員より地域の情報や参加可能な行事等の情報を提供をしてもらい利用者の意向で地域の行事に参加している。		
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	受診は本人、家族の希望により、かかりつけ医を選択できる体制をとっている。往診、通院の結果については家族に報告している。必要に応じて直接、家族が医師と相談出来るよう医療との連携に努めている。	かかりつけ医による継続的な医療を受けられることを基本とし、協力病院からの定期的な往診とともに身体の変化に応じて緊急受診が受けられるよう関係づくりをしている。	
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	毎朝、利用者の状況を看護師に報告し体調不良や変化があった時には適切な指示を受けている。また、必要に応じて看護師が来苑した際には、利用者の事を報告し指示を受け、訪問看護ステーションと契約し医療連携を整え、健康チェックを行っている。いつでも相談できる環境にある。		
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。	入院時は利用者に出来るだけ面会に行き退院後は、不安なく過ごせるように看護師に様子や注意事項を聞くなどして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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時、利用者や家族に終末期について話をし看取りが可能である事を説明している。利用者の重度化や終末期の対応について医療機関、訪問看護ステーションと連携し看取りの指針を設けている。利用者、家族の意向を的確にし意向に沿った支援ができるように取り組んでいる。	入居契約時の希望や意向を踏まえながら、関係機関と連携を図り、十分な説明を行い安心して最期を迎えられるようにしている。また、看取り期には医療機関・訪問看護スタッフ等と連携を図ることから家族の安心につながっている。	
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	急変時、緊急対応マニュアルを作成し全職員へ周知している。当法人の看護師より緊急時の対応の指導を受け、職員間で応急手当や初期対応の確認を定期的に行っている。		
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	災害時訓練や火災避難時訓練を日中、夜間を想定し年2回行っている。近隣の方にも協力をお願いしている。また、非常食、備品を準備し災害に備えている。	マニュアルを作成し、年2回の日中・夜間訓練を行い、訓練には事業所だけではなく地域協力のもとで行われている。また、発生時に直ぐに持ち出しできるように必要品を備えている。	

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	1人ひとり、優しく丁寧な言葉掛けを大切に、その人のペースに合わせた対応を心掛けている。利用者の居室に入る時は、必ず声掛けしケア時は、羞恥心にも配慮した対応を行っている。	日々の生活の中で優しく丁寧な言葉掛けを意識して取り組まれている。また、日頃のサービスの際は、その人らしさを尊重し、一人ひとりの性格を理解した上でプライバシーを大切に個別ケアを実践している。	
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	殆どの事は利用者に確認し常に一人ひとりの好みや希望を把握するように努めている。意思疎通が出来ない利用者には、家族からの情報をもとに利用者に寄り添い決定している。		
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	入浴、食事以外の時間は決まっておらず、利用者の希望や訴えを優先し利用者に合わせた対応を心掛けている。外出の希望があった場合は、出来るだけ対応し、出来ない時は説明し別日を提示し納得して頂いている。		
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	四季を通し清潔に考慮しながら一人ひとりの好みに合わせた身だしなみができるように支援している。意思表示が困難な利用者には職員が家族とも相談し好みに合わせて選んでいる。		
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	献立は、栄養士が作成しているが嫌いなメニューがある時は、調理法を変えたりメニューの変更や盛り付けを工夫し、食事が楽しめるように配慮している。また、利用者に食器拭きなどお願いし一緒に行っている。	残存機能を活かしながら職員と一緒にいることの大切さを理解し、利用者一人ひとりの張り合いや楽しみ、喜びに繋がるように取り組まれている。	
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	栄養士が栄養バランスやカロリーを考えた献立を作成している。利用者の嫌いな物や好みに合わせたメニューを一部変更したり利用者の状態に応じて食事提供している。		
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、口腔ケアを行っている。一人で出来る利用者には見守りし、出来ない利用者には、介助を行っている。		

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
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	排泄チェック表を作成し回数や量等を記入し一人ひとりの排泄パターンを把握するように努めている。また、一人でトイレに行けない利用者には、時間を決め羞恥心、プライバシーに配慮し、声掛けしトイレ誘導している。	排泄パターンを理解した上で、トイレでの排泄を主に自立した生活が出来るように支援している。トイレ誘導が必要な方には、自尊心に配慮した対応を心がけている。	
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	便秘については、毎日チェックし一人ひとりの排泄の有無を確認し、便秘時には水分量を増やしたり乳製品等の摂取、マッサージの施行、医療機関に相談するなど個々に合わせ対応している。		
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	入浴日は、週2回設定している。利用者の希望に添えるよう順番や時間を配慮している。入浴を嫌がられる利用者には声掛けを工夫したり、日を変える等している。	基本的には週4回の設定としているが、その日の気分に合わせて順番を変えたり、日を改めるなど、利用者が楽しく気持ちよく入浴されるよう支援をしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	個々の睡眠、生活リズムを把握。日中は居室やソファ等で利用者は、思い思いに休息をしている。夜間眠れない状態が続いた場合は、日中の生活状況を検討したり、状況により医療機関に相談も行っている。		
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	一人ひとりの薬の内容、目的を把握している。投薬チェック表を記入し、薬や与薬の管理は徹底している。薬の変更時は、職員間で申し送りを確実にしその都度、手渡ししたり口の中に入れてあげ、確実に服用を確認している。		
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	職員は、日常での会話やアセスメントから利用者、一人ひとりに合わせ食器拭きや洗濯たみ等の家事作業や畑と一緒に野菜を植えたりアドバイスを頂いたり出来る事を行って頂いている。また、その都度、感謝の言葉をきちんと伝え、生活に役割や楽しみが持て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。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支援している	利用者の希望に合わせて近くのスーパー等へ買い物に連れて行く。また、外出時は、利用者の身体状況に配慮し、車椅子用の車を使用し出掛けている。地域の催し物への参加等、家族の希望があれば出かけられるよう支援している。	利用者一人ひとりのその日の希望により、外出が出来るよう支援に努めている。また、少しでも外出をする機会を作り、地域への参加の場とストレスの発散や気分転換が図られるよう取り組まれている。	

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	商品購入の際、支払いの出来る利用者には支払って頂いている。自己管理の出来ない利用者については、ホームの金庫に預かり出納帳を準備し毎日残金を確認し、月1回領収書をご家族に渡して確認して頂いている。		
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	利用者の希望があれば職員が代行で手紙の投函を行ったり、電話をかける事が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	ホール内に椅子やテーブル、ソファを置き、利用者が好みに合わせて選べるように配置している。日差しによる眩しさにはロールカーテンにて調整を行っている。玄関やホールには季節感がわかるようにカレンダーや装飾品を飾るなど居心地の良い空間作りを心掛けている。	共用スペースには椅子やソファがあり、利用者が自由に利用できるように設置されている。また、装飾品が飾られており四季を味わえる空間により活気を与える居心地のよい場所となっている。	
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	ホール内に椅子やテーブル、ソファを置き利用者が思い思いに過ごせるように配慮し、利用者同士が自由に交流しくつろげるように心掛けている。		
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	ご家族にお話し、使い慣れた家具や食器、衣装ケース、ご家族様の写真などを持ってきて頂き居心地がよく過ごせるように支援している。	環境変化によるストレスや心身への弊害を軽減するために、これまで家庭で使用していた愛着品を配置し、居心地良く過ごせるように工夫している。	
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	内部はバリアフリーになっており、ホール内には手すりを設置している。利用者の状況に応じて安全に配慮し、トイレなどの場所がわかるように場所の名前を表示し間違いや混乱のないように工夫し、出来る事を継続して行けるように支援している。		