

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	0292500071		
法人名	社会福祉法人 愛の園		
事業所名	グループホームゆったりハウス		
所在地	青森県上北郡野辺地町字上小中野80-190		
自己評価作成日	平成30年10月20日	評価結果市町村受理日	平成31年2月28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>入居者一人ひとりの能力に合った安全な介護の提供に努める。</p>
-------------------------------------

※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	
----------	--

【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>代表者が毎朝ホームに顔を出し、職員と利用者に声がけをしているほか、月1回開催の職員会議や運営推進会議にも出席しており、ホームの運営等に関する職員からの提案や意見要望を聞く機会を設けている。 全職員で毎年度、法人の理念をベースに当該年度の実践目標を定めている。目標設定前には必ず全職員で前年度の目標の評価をしており、全職員が目標の達成に向けて日々努力している。</p>
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成30年12月13日		

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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らさせている (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
<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	ホーム理念を職場内に掲示し、毎日の申し送り時に復唱し、確認している。また、年度毎に実践目標を決めて取り組んでいる。	管理者や職員は地域密着型サービスの役割を理解し、日頃から地域との交流を心がけて業務を行っている。法人の理念を掲げているほか、理念をベースに全職員で話し合い、年度毎の目標を立ててスタッフルームに掲示し、目標に沿ったケアの実践を心がけている。	
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	運営推進会議の委員の依頼や年間行事への参加の働きかけを行っている。また、保育園や地域のボランティアグループ等に訪問を依頼している。	ホームで行事を行う時は近隣住民にも参加を呼びかけており、収穫した野菜をいただくこともある。障がい者施設から踊りの訪問があるほか、保育園の運動会見学等、交流の機会を作っている。町内会には加入していないが、民生委員が運営推進会議委員になっている。	
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	ホームの見学を積極的に受け入れ、認知症介護のノウハウについて情報提供している。また、地域の方が認知症の相談等で来所した時には、積極的に受けている。		
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	運営推進会議において、利用状況の説明や認知症介護の近況等を説明し、参加者の率直な意見を聞き、できる限り取り入れる努力をしている。	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催している。会議では、利用者の生活状況やホームの行事・取り組み等を報告するほか、自己評価及び外部評価結果や目標達成計画等を説明して、委員の様々な視点からアドバイスや意見、情報提供をもらっている。	
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	運営推進会議に町担当者に出席していただき、情報や意見をいただいている。また、必要がある場合は、直接、担当課へ出向き、相談している。	町担当課職員が運営推進会議の委員になっており、助言や情報提供をもらっている。実地指導もあるほか、事故報告等、必要に応じて出向いたり、電話で連絡を取り合うようにしている。また、待機者情報のやり取りは、介護計画作成担当者が主となって行っている。	

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
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	玄関や居室の施錠はせず、自由に入出りできるようにしている。病状上、一時的な拘束が必要な場合は会議を開催し、家族の同意を得て、限定して行っている。	2ヶ月に1回、職員会議を利用して、ホームでの身体拘束の状況等について、話し合いを行っている。現在、就寝時のベット柵で身体拘束の事例があり、家族に説明し、同意を得た上で行っており、経過等の記録も残している。また、無断外出に備えて近くの住民と障がい者施設に協力を依頼しており、利用者一人ひとりの特徴・行動パターンを把握し、職員同士で協力し合って見守りを行っている。	
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	虐待の意味を職場内研修等で理解できるように、何度も確認して、職員の意識の向上に努めている。		
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	入居者で成年被後見人がおり、町、地域包括支援センター担当者、成年後見人、家族と話を進め、その経緯を職員に知ってもらうことにより、実践の場から学べるように取り組んでいる。		
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	入居相談の時点から契約内容について十分に説明し、疑問については随時、何度でも説明を行い、理解・納得の上で利用していただけるようにしている。		
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	運営推進会議に入居者や家族の出席を依頼している。また、家族の電話や面会時に意見・要望を丁寧に聞けるように対応している。	玄関にホーム内外の苦情受付窓口と相談・苦情の解決の流れを掲示している。家族の面会時には利用者の様子や健康状態等を伝え、意見等をもらうように働きかけている。また、運営推進会議には家族代表者が委員になっているほか、月1回、利用者の暮らしぶりや健康状態等について手紙で報告している。	
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	職員会議に法人役員の参加を求め、ホームの運営に対する意見を反映していけるようにしている。	月1回、開催している職員会議には代表者が出席し、職員は自由に意見を交換している。また、設備面の不備・不足等を報告し、改善に向けて検討している。	

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
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	定期的に個別の面接を行い、就業環境の改善をできるように努めている。		
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	職場内外の研修、資格取得を奨励しており、休日の調整等、環境を整えている。		
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	法人内のデイサービス職員による介護技術講習会を行い、介護サービスの質の向上を図っている。		
<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	サービスの利用相談は必ず入居者の生活の場へ出向き、これまでの生活状況を把握するようにし、継続できる事は継続するように準備して、受け入れている。		
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	サービス利用によって発生する金銭面や家族の行う必要がある事への疑問、不安について、丁寧な説明を積極的に行うように努めている。		
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	病状や身体、経済、精神状況等、できる限り幅広いアセスメントを実施し、サービス利用にあたってホームの利用が最善なのかを含めた検討を経た上で受け入れを決定している。		
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	入居者ができる事を積極的に行っていたかくように促し、介護してもらう立場に置かず、自らの生活を作っていく支援を心がけている。		

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
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	家族よりこれまでの入居者の生活について、できるだけ詳しく教えていただき、共に入居者の介護を考えていける関係を築くよう、配慮している。		
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	面会者の範囲は家族等の意向がなければ、制限してない。また、買い物等に外出することにより、これまで交流のあった方々から声をかけられて、話ができる場面を作れるようにしている。	日頃の会話から情報を収集し、電話や手紙での連絡を取り持つ等、関係の継続を支援している。月1回、スーパーに買い物に出かけ、馴染みの方と話ができる機会にもなっているほか、地域の祭りへの参加や山車の小屋見学で友人や知人と会う機会を作っている。	
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	一緒に生活する者としてお互いの特性を理解し、協力関係を築けるように配慮している。		
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	入院等の理由により契約が終了になっても、その後のサービス利用について相談が必要な場合は継続している。		
<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	随時、入居者の意向を確認し、観察を通して、入居者が喜んでいた事を職員間で共有し、笑顔で過ごしていただけるように配慮している。	日々の表情や仕草等を十分に観察し、思いや希望、意向を把握するように努めている。また、1対1で気兼ねなく話ができる場を作る等、工夫しており、利用者の意向の把握に取り組んでいる。また、担当制ではあるが全職員が連携し、申し送りノート等を使用して情報を共有している。	
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	家族や関係機関から、できる限り聞き取りを行ったり、入居者から折に触れて聞き取りを行い、把握するように努めている。		
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	日々の申し送りのほか、月1回の職員会議において、全ての入居者の過ごし方や心身状態、有する力を把握し、周知を徹底している。		

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
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	入居者や家族、職員の共同作業により、介護計画とモニタリングを行い、現状に即した介護内容となるように努めている。	介護計画作成担当者が中心になって利用者や家族から意見、要望等を聞き、それを基にカンファレンスで職員の気づきを取り入れて話し合い、利用者本位の介護計画を作成している。医療面のケアが重要な場合は、ホームの看護師や主治医の意見等を反映させたものとなっている。また、介護計画の実施期間は1年と明示しているものの、実施期間に拘らず、身体状況等の変化があった時は随時、見直しを行っている。	
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	ケース記録や通院報告を日々作成し、経過を追って状況を把握し、変化に留意しながら介護計画の見直し等を行っている。		
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	外出機会を多く作ったり、必要な福祉用具の導入を検討し、多様なニーズに対応している。		
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	障害者サービス等、介護保険以外のサービスをスムーズに利用できるように検討し、家族に情報提供している。		
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	定期受診を確実にし、その他の受診が必要な際は家族と連絡を取り、入居者の意向を確認し、医師の指示を守りながら通院している。	入居時にこれまでの受療状況を聞き取り、入居後の受診も意思確認を行っている。ほとんどの利用者は町の病院への通院であるため、職員が付き添っているが、町外の病院は家族が対応している。家族が受診に付き添う時は、担当職員が日頃の様子等を記入した情報提供書を作成して渡し、受診結果をホームに報告してもらっている。	
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	看護職員を配置し、介護職員で判断できない事は看護職員より指導してもらいながら、安全を第一に行っている。		

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
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・退院の際は地域医療連携室を通して、必要な情報提供や情報収集を行っている。		
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	重度化した場合の対応について、ホーム内でできる事をイメージできるように家族へ説明し、文書で終末期の意向を確認している。	継続的な医療行為が必要になった場合は、ホームでの対応ができない旨を説明している。日頃の健康管理はホーム看護師が中心になって行っている。また、急変時の救急搬送に備えて「終末期の対応に関する意向確認書」を提出してもらい、状態変化によりその都度、家族の意向を確認するように体制を整えている。	
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	毎日バイタルチェックを確実にし、急変時や事故発生時に備え、救命法を毎年受講している。		
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	災害発生時に備え、町との打ち合わせを日頃から行うと共に、避難訓練を年2回行い、体制を築いている。	年2回、消防署立会いのもと、職員と利用者が一緒に日中及び夜間を想定した避難訓練を行っており、消防署からはその都度、様々な助言をもらっている。災害発生時に備えて、一番近い家と障がい者施設にも協力を依頼しているほか、ホームの向かいの倉庫に備蓄品を保管しているが、調査当日確認することができなかった。	いざという時に職員が対応することができるよう、倉庫内の物品について管理簿を作成する等で日頃から把握することを期待します。また、すぐに使用できるように数日分の食料や防寒用品等をホーム内に備蓄することを検討してみたいかでしょうか。
<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	入居者に対する言葉かけの重要性を職場内研修等で確認し、どんな言葉かけが必要なのか、確認できるようにしている。	利用者一人ひとりの生活歴や特徴を把握し、言動を否定・拒否せず、対応できるように全職員で協力し合っている。また、忙しい時の声かけには十分に注意を払い、普段から馴れ合いにならないよう、全職員で適切な声かけに取り組んでいる。	
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	日々の声かけや意思確認を徹底し、その場その場の希望や自己決定を確実にできるように配慮している。		

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
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	食事や入浴等、入居者の気分や体調により、できる限り一人ひとりのペースで行えるようにしている。		
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	毎日着る洋服を入居者と相談しながら、季節や気温に配慮しつつ、選べるように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	買い物の際に入居者が食べたい物を購入してきたり、できる方には準備や後始末を依頼して、行ってもらっている。	献立は法人デイサービスに入っている業者が作成しており、個々の好き嫌いや食べられない物等について伝えている。ご飯とみそ汁はホームで作り、総菜は業者が調理した物を提供している。職員は見守りや必要に応じて声かけ、食べこぼしの介助をしている。	
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	必要な量を適切に摂取できているか記録し、バランスを考慮しながら栄養不足や脱水の防止に配慮している。		
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	毎食後の口腔ケアを徹底し、入居者の能力に応じた支援をしている。		
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向けた支援を行っている	入居者一人ひとりの排泄パターンを記録し、最小限の紙オムツ使用となるよう、紙オムツの形態等も日々検討して、対応している。また、できる限り、トイレでの排泄を促している。	安全に立位保持できる利用者は個々の排泄パターンに合わせてトイレ誘導を行い、立位が不安定な方は紙オムツを使用している。利用者の体調や身体状況に応じて、使用する排泄用品の変更の必要性について検討し、利用者や家族の意向を聞いて、随時、見直しをしている。	
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	食事や水分、下剤等の配慮により、スムーズな排便を行えるようにしている。(乳酸菌飲料やヨーグルトの摂取)		



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
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、個々に応じた支援をしている	その日の気分や体調により、入浴する方の変更等を柔軟に行っている。気持ち良く清潔を保持できるように支援している。	ほぼ毎日、入浴日となっており、1日3名を目安に声がけをし、週2回は入浴できるように対応しているほか、入浴習慣や好みを把握し、好みに合った入浴ができるよう取り組んでいる。約半数以上の利用者が吊り上げ式の機械浴での対応となっているため、洗身時は職員1名で対応しているが、浴槽の出入りは職員2名で行っている。常に職員が付き添い、見守りをし、体調に影響がないように声がけしながら、楽しい入浴となるように支援している。	
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	生活リズムを作り、夜間の睡眠を十分にできるように、日中に運動等を行ったり、適度な昼寝の機会を作り、対応している。		
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	個別に服薬状況を把握し、医師や薬剤師と相談しながら、適切な服薬が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	入居者の得意な事を見つけ、積極的に取り組んでいただけるようにしてもらっている。 (歌、コーヒーを飲む等)		
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	行事、通院、買い物での外出の機会を作り、出かける機会を多く持てるように努めている。	天気の良い日は近隣を散歩したり、ドライブに出かける時間を作っているほか、月1回はスーパーに買い物に行く等、気分転換を図っている。また、利用者の希望で地域の祭りや以前、頻繁に行った場所、花見、紅葉等、季節に合わせた外出行事を計画して出かけている。行事の予定は前もって家族に知らせ、参加を呼びかけている。	
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	希望する利用者には家族の同意のもと、お金を所持してもらい、必要な支払いをしてもらうようにしている。		
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	遠方の家族からの電話や手紙を積極的に受け入れていることを家族に説明している。 (携帯電話の所持も可能)		

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
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	落ち着いた華美でない環境づくりをしつつ、入居者の意向にも配慮した環境を整備している。	以前入居していた方が置いていってくれたタンスや戸棚等をホールや廊下に置き、収納に活用し、懐かしい家庭的な雰囲気を醸し出している。利用者が集まるホールは、適度に照明を利用して明るさを保っている。床暖房による乾燥を防ぐため、加湿器の使用や洗濯物・濡れタオルを干す等の対策を取っている。また、ホーム内には季節を感じる事ができるような装飾や行事の写真を飾っている。	
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	玄関にソファを置いたり、各居室での会話を楽しめるように、必要な場合は椅子やテーブルを用意している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室づくりは入居者や家族の意向にできる限り任せ、持ち込みしたい物も、できる限り認め、個性ある居室づくりを促している。	衣装ケースやタンス、人形等、様々な物を持ち込み、利用者の居室づくりを行っている。持ち込みが少ない場合は相談しながら、利用者個々に合わせた安心して暮らせる居室づくりを支援している。	
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	手すりの設置や居室の名前の掲示等を行い、安全で分かりやすい空間となるように工夫している。		