

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 4 rows: 事業所番号 (0170501050), 法人名 (有限会社ライフアート), 事業所名 (グループホーム福寿荘), 所在地 (札幌市白石区北郷5条9丁目8番33号), 自己評価作成日 (平成28年5月28日), 評価結果市町村受理日 (平成28年11月15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)】

・入居される一人一人のこれまでの生き方や価値観を大切にしながら、認知症の各疾患(アルツハイマー型・レビー小体型・前頭側頭型)の特徴を踏まえた個別ケアを行っています。
・日々のケアの実践と毎月の社内研修を通して、認知症ケアのあり方について学びを深めていくことで、認知症の重症度や疾患の特徴の違いがあっても、それぞれの意向を尊重した生活支援に取り組んでいます。
・どんなにBPSDがあっても、本人の意向を中心にご家族、医療と適切に連携を図りながら、チームでの統一したケアの展開により、本来のその人らしさを取り戻す実践を重ねています。
・平成27年度北海道GH協会相互評価モデル事業に参加し、課題項目に対する具体的な取り組みを行い、更なる質の向上を図っています。

※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。

Table with 2 columns: 基本情報リンク先URL, http://www.kajigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=tr ue&JigvosvoCd=0170501050-00&PrefCd=01&VersionCd=022

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 3 rows: 評価機関名 (特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット), 所在地 (札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401), 訪問調査日 (平成28年8月3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、北郷通りに面しスーパー・コンビニなどが並ぶ街なかの商店街にあり利便性が良い。白い壁の普通の民家を改造した2階建て1ユニットである。1階は居間兼食堂・縁側と床の間付きの和室、台所・浴室、居室が2部屋あり、2階はそれぞれ広さの違う居室が7部屋ある。家の前の花壇には季節の花々が咲き、玄関を入ると一般の家庭のような雰囲気である。居間や居室で一人ひとり思い思いにゆったりと暮らしている。アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型など認知症の方々の特性に合わせた個別ケアを行っている。長年積み重ねた認知症ケアの質の高さで、本人本位のケアを実践している。地域との連携は「認知症を知り地域をつくるキャンペーン」の一環として、「認知症サポーターキャラバン」事業を実施している。「認知症サポーター(オレンジリング)」を養成し、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりに取り組んでいる。また、地域食堂を開き、地域の住民を事業所に迎え入れて介護や相談に応じたり、認知症について知らせしている。小規模で家庭的な雰囲気、馴染の関係の中でその人の生きる生命全体を包み込むように支え、利用者の「いのちの息づかい」が感じられる事業所である。

Table with 4 columns: 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). Rows 56-62 detailing service outcomes and staff performance.

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	事業所の理念をスタッフ間で共有し、ケアカンファレンスのときなど意識して取り組むようにしている。	「一人を大切に、ささえ合う心、安心して暮らせる社会づくり」という法人理念とケア理念は玄関に掲示している。スタッフ全員で話し合わせ、今年度の年間目標と基本姿勢、月間のキャッチコピーは事務所に掲示しスタッフ間で共有している。カンファレンスの時に支援について理念に照らし合わせながら、ケアに取り組んでいる。	
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	町内会に加入し、地域の行事に参加するなどして交流をしている。地域にボランティアグループ(オレンジリング)を作り、地域の方に対して認知症講座を開催したり、月1回地域食堂を開いたり地域との交流を図っている。町内会の花壇の手入れの協力を行っている。	町内会に加入し、地域の行事などに参加し交流している。地域との連携は認知症を知り地域をつくるキャンペーンの一環として、「認知症サポーターキャラバン」事業(オレンジリング)を実施し、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりに取り組んでいる。また、地域食堂を開いて、地域住民に対して介護や相談に応じている。	
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	地域運営推進会議で地域の方々に、困ることがあれば相談しに来ていただくことも可能な旨を話している。また、『高齢者110番の家』のステッカーを掲げ、地域での相談窓口を担っている。		
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	運営推進会議を行い、利用者やホームの近況、サービスの実際、防災や研修などについても報告、話し合いを行っている。その中で参加者より出た意見を運営に反映している。	地域包括センター職員・町内会役員・地域住民・職員が参加し、年6回定期的に開催している。利用者の様子や事業所の活動報告、今後の予定などを話し合っており、意見や提案はサービスの向上に活かしている。議事録は全家庭に送付している。	地域の方々が多く参加され、活発な運営推進会議が開催されている。以前は家族も参加されていたが、現状は参加がない。事業所の運営に参加してもらうために、今後家族会などの行事やあらゆる機会を通して、家族などの参加者を増やす取り組みを期待したい。
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	報告書の提出や調査・アンケートへの回答など適宜連携をとることができるよう取り組んでいる。また、市町村との直接的な連携は少ないが、包括支援センターや管理者連絡会などを通して、行政との情報交換を行っている。	市や区のグループホーム管理者連絡会に参加し情報交換を行っている。行政担当職員には、毎月の状況報告の送付時や事業所の各種届出時に、相談や状況を伝え協力し合う関係を築くように取り組んでいる。	
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	日中、玄関の施錠はしていない。社内・社外研修に参加し、身体拘束に関する理解、意識を高めて、不適切ケアにならぬよう努力している。	身体拘束廃止マニュアルは整備している。社外研修・社内研修や学習会に参加し、拘束の弊害に関する理解を深め、特に不適切なケアにならないようにスタッフ間で認識の共有を図っている。日中、玄関は施錠していない。	
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	社内・社外研修などで学ぶ機会を持ち、虐待の防止について努めている。社内研修では、不適切ケアについて学ぶ機会があり、ケアの在り方について理解を深めている。その際に自分たちの日頃のケアを振り返り、薬剤の使用を含めて不適切ケアがないかチェックしている。		

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
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	成年後見制度について学ぶ機会をもっている。個々の必要性に応じて、制度活用ができるよう情報を提供したり、制度活用が円滑にできるよう支援に努めている。		
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	入居前の面談及び契約の際に行っている。また、職員全員が契約内容を理解している。		
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	家族会の際に、運営に対する経過や方針を報告するとともに、ご家族からの意向や意見を頂き運営に反映している。また、玄関に意見ボックスを設置し、意見や要望を表明しやすいように努めている。	家族支援を目標に掲げている。家族の訪問する機会が多く、来訪時には家族が話しやすい雰囲気づくりに努めている。年1回家族会があり、運営方針や報告をするとともに家族からの意向や意見を貰い、運営に反映させている。	
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	ユニット会議や申し送り等で聞く機会を設けるようにしている。	月1回定例のユニット会議や朝・夕の申し送りなど、日常の業務の時に職員の意見や提案を聞く機会を設けている。また、年2回個人面談を行い、個人の取組む目標や進捗状況、意見や提案を聞き、管理者から指導助言をしている。	
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	キャリアパス制度における課題の設定やスタッフの状況に応じて、資格取得や学習の場を用意する等の個別対応をしている。		
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	それぞれの力量にあった外部研修を受けられるように調整している。また、それぞれの課題に合わせて社内研修を組み立て、学びの場を作っている。他ユニットへの助勤は、様々なレベルや認知症の疾患による特徴的なケアを実際に学ぶことも目的としている。		
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	他のグループホームの職員と一緒に勉強会を行っている。また、他のグループホームの職員等の見学なども受け入れている。		

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
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	家庭訪問やデイサービスの利用を経ての入居など、入居前の繋がりを作っている。入居後はホームでの生活に安心感を持てるよう個別対応でじっくりと関わりながら、スタッフや他者との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	入居前に困っていること、不安なこと、要望などをうかがうようにしており、入居後すぐは、こちらからご家族に本人の様子を電話連絡したり、随時情報交換をしながら、関係作りをしている。		
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	入居にあたって、入居時間の調整や当日の食事を共にしたりなど本人が安心できる様子を家族が理解できるようにしている。		
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	調理や畑仕事など、本人が得意とする分野について助言してもらうなど、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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	連絡ノートを作成したり、電話での連絡、家族あての手紙などを通じ連携をとるようにしている。ご家族と一緒に外出する支援やファックスや手紙などを活用した支援も行っている。また、必要に応じて家族との面談を行っている。		
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	親戚の集まり、知人宅への訪問、家族の墓参り、自宅に行くなどができるよう支援している。経営していた会社への電話や訪問など社会的な役割の継続にも取り組んでいる。また、疾患別ケアに取り組むことで症状が落ち着き、ご家族が親戚や知人と共に来訪し、再び関係継続がされるようになってきている。	知人・親戚・家族などの訪問が多く、快く迎え入れ、利用者と一緒に食事が出来るよう食事を提供したり、ゆったりと過ごせるように配慮している。家族とともに墓参り・法事などに出席したり、買い物や外食、住んでいた家や馴染の場所に行けるように支援している。疾患別ケアに取り組むことで症状が落ち着き、再び家族との関係が継続されるようになってきている。	
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	スタッフが利用者同士の間に入り、相手の思いを伝えたり、関係調整を行うように努めている。また、以前からいる入居者が新しい入居者を支えられる関係作りを支援している。さらに、疾患別の特徴も考慮しながら関係構築の支援にあたっている。		

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	
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	死亡により退去された場合には、家族に対するフォローなどを行うように努めている。			
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	本人が訴える力を持っている場合には、直接本人の意向を把握している。困難な場合であっても、日常の関わりから気持ちの汲み取りや観察を通して本人本位の検討を重ね、ご家族からも意見を頂きながらケアプランに反映させている。	会話の出来る利用者には日頃から意向を意図的に聞きだし、困難な場合はしぐさや動作、家族からの情報の聞き取りをしている。思いや意向は職員間で検討し利用者本位の支援を行っている。		
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	センター方式などのアセスメントツールを活用しながら本人・家族から情報を得ている。また、ご兄弟等の来訪の際には、幼少期の話なども含めて情報収集を行っている。			
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	本人やスタッフ間でも話し合いをながら、現状の把握に努めている。必要時にはアセスメントシートを活用し、より具体的な把握に努めている。			
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	課題とケアの在り方について、本人と話したり、スタッフ間でのカンファレンスを行い、現状に即したケアプランを作成するようにしている。また、今年度はケアプランについて研修を行い、全スタッフでケアプランに取り組んでいる。	担当職員を中心にセンター方式のシートを活用し、本人や家族の意向を聞き取り、カンファレンスで課題とケアのあり方について検討している。今年度は日々の生活記録から随時モニタリングを行い、全スタッフで3カ月に1度ケアプラン作成に向けて取り組んでいる。		
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	介護経過欄に、気づきやケアプランに基づき実施したことを記入し、介護計画の見直しに活かしている。			
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	デイサービス・グループホーム間で連携を取りながら、その時々生まれるニーズに対応できるように努めている。			
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	町内会の行事に参加したりと本人の持つ心身の力に合わせて、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。			
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	かかりつけ医と事業者で連携をとりつつ、他の病院受診をする場合は同行し、情報の提供をするなどの支援をしている。また、かかりつけ医より専門の往診医を紹介してもらい、受診が難しい方でも安心して医療を受けられるようになっている。	協力医の訪問診療は2週に1回あり、他のかかりつけ医への受診の場合は送迎や連絡をとって、常に適切な医療が受けられるように支援している。看護師が勤務していて、利用者の健康管理を行い、日常の健康を支えている。		

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	職場内の看護職員と連携をとり、入居者の体調管理にあたっている。また、看護師不在の時も必要に応じて電話での報告、指示を仰ぐなどしている。		
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。	入院時は、必要に応じてスタッフが病院へ訪問したり、家族と連絡を取りながら、病院との情報交換に努め、できるだけ早期に退院ができるように支援している。		
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	入居時から終末期の支援の在り方について説明をしている。重度化してきた時には医療職、家族(状況によっては本人)、スタッフでの話し合いを行っている。また、希望が変わった場合には、いつでも言うていただけるよう支援している。	契約時に重度化や終末期に向けた指針や対応について、本人や家族に文書化して説明している。重度化になった場合や終末期には家族と話し合いながら、医療関係者とチームを組み支援をしている。看取りの研修や学習会を行っている。	
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	マニュアルを作成しており、ユニット会議などで手順や対応の確認をしている。また、救急搬送時の役割や持ち物について取り決めを行った。さらに、社内研修でも急変時の対応等に関して学びを深めている。		
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	夜間を想定した訓練を、消防の協力を得て行っている。また、そのことを運営推進会議や回覧板で地域の方にも知らせることにより、協力体制を築けるように努力している。さらに、地域の防災訓練にも参加することで、地域の特性を踏まえた防災情報を収集し、災害対策に役立てている。	消防署の指導の下、年2回昼・夜を想定して利用者とともに定期的実施している。訓練の前に運営推進会議や町内会に回覧板でお知らせをして、地域との協力体制を築いている。訓練後は運営推進会議に報告している。緊急持出し用の備品や備蓄類、緊急連絡網は整備されている。	
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	社内研修において不適切ケアについて学び、本人のプライドを傷つけないような言葉かけを意識している。	社内研修で接遇について受講し、スタッフ間で意識して対応している。利用者一人ひとりの誇りやプライバシーを傷つけないような対応や言葉かけに配慮している。書類などは事務所に保管している。	
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	本人の意向や希望を確認する作業を常に行い、ケアプランに組み込んでいる。		
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	外出の希望など、利用者からの要望があった場合には、環境の整備を図りながら、極力希望に沿った支援をしている。		
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	好みの洋服を選んでもらったり、美容室や理容室の利用等、本人の希望に沿った身だしなみ、おしゃれの支援及び本人が習慣としていことが続けられるように支援している。		

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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	献立の提示をし、食事への意欲や興味を高める場面作りから行っている。盛り付けの全体量や見た目、形状などを一人一人に合わせて工夫している。また、使用する食器もその人に応じた物を用意し、味付けに対してもその人の嗜好に合うよう配慮している。	食材は業者に発注するが、利用者の好みを聞きながらスタッフが献立を立てている。盛りつけの量や形、見た目など食べたいくなるよう、また使用する食器なども一人ひとりに合わせ工夫している。美味しいものを楽しく口から食べることに拘りを持って、食の支援に取り組んでいる。	
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	食事量や水分量をチェックし、一人一人の状態や力、習慣に応じた支援をしている。		
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	一緒に歯磨きをしたり(モデリング)、声掛けなどその人の力に応じた働きかけをしている。また、ご家族と相談し適切な用具をそろえたり、レベルに合わせた口腔ケアを行っている。		
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	排泄の失敗やおむつの使用を減らすため、本人の排泄の傾向を踏まえたうえでのトイレ誘導し、個別の自立支援をしている。日常的には排泄チェック表を活用し、排泄時間を勤務者で把握することにより、排泄のシグナルの読み取りに活かしている。	排泄チェック表に記録し、一人ひとりの排泄パターンを把握している。本人の排泄の傾向を踏まえ表情や動作から判断し、声掛けやさりげない誘導でトイレでの排泄支援をしている。夜間はリハビリパンツを使用しても、昼間は布パンツに切り替えるなどトイレでの排泄の自立支援を行っている。	
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	起床時の牛乳や乳製品などの摂取や飲食物の工夫をし、可能な限り離床し運動を働きかけている。それでも改善しない場合は、医療連携をとり薬剤を使用している。		
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ず、個々にそった支援をしている	可能な限り、一人一人の希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるよう、柔軟に対応している。	一人ひとりの希望や体調、タイミングに合わせて、入浴時間帯を決めず入浴支援を行っている。毎日入浴する方や入浴拒否のある利用者にはその都度状況を判断し、シャワー浴などで対応している。	
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	一人一人に合わせて、休息をとれるように働きかけている。また、安心して就寝を迎えられるように夕方落ち着けるよう環境の調整を図っている。		
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	看護師および管理者が中心となり、介護職と連携しながら服薬の支援と症状の変化を観察し、適宜医師と連携をとり、調整を行っている。		
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	生活歴や力を踏まえたうえでの役割活動が行えるよう、また、嗜好品や楽しみ事を行える支援を心掛けている。		

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	本人の思いや希望を聞きながら、家族にも協力を求め、本人の意向に合わせた支援をしている。(散歩・町内会行事、家族との夕食、買い物など)	日常的に近隣の公園への散歩や前庭の花壇の手入れなどで、気軽に戸外に出て外気浴を楽しんでいる。出来ない場合は窓を広く開けて、換気に気をつけている。本人の思いや希望を聞きながら家族にも協力を得て、買い物や夕食など外出を楽しんでいる。	
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	ホームでの預り金とは別に、自己管理ができる人については、個々でお金を所持し、使えるように支援している。		
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	本人が自ら電話連絡をすることを支援したり、スタッフが仲介しながら電話で会話したり、手紙をやり取りでき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	時間帯にあった光の調整、季節に合った温度や湿度の調整を実施している。換気についても注意し、意識的に行っている。また、時期に合わせた飾りつけをしたり、生活感や季節感を取り入れられるようにしている。	民家をグループホームに改造した建物で、1階は居間と食堂の兼用スペースと床の間付きの和室があり、利用者が1人になれるスペースもあり思い思いの場所でゆったりと寛ぐことができる。調度品や飾り物など生活感や季節感にあふれていて、家庭的で落ち着いた雰囲気がある。エアコン設置とこまめな管理により、程よい空調が保たれている。	
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	くつろぎの席と食事席を決めることで、馴染みの居場所を確保している。また、適宜、利用者同士の関係性に配慮し、安心できる居場所づくりに努めている。		
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	入居前に本人や家族と相談し、馴染みの物をできるだけ持ってきてもらえるよう支援している。	居室には、家から使い慣れた家具や馴染みの物を持ち込み、家族写真や装飾品を飾り本人が安心して過ごせるように工夫している。収納クローゼットがあり、居心地よく暮らせるように整理整頓されている。入口には本人が戸惑わないように、目線に合わせ表札をつけている部屋もある。	
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	居室やトイレの場所が分かりやすいようにのれんや表札、貼り紙をする等の工夫をしている。また、本人が紐を引っ張ることで消灯・点灯ができるようにしている。必要に応じてセンサーを設置している。		