

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	0270301435		
法人名	有限会社ケア・ユニーク		
事業所名	リビング・ホームおおくぼ		
所在地	〒031-0833 青森県八戸市大久保字大塚17-521		
自己評価作成日	平成30年11月24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	平成30年12月12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>「普通の暮らし」をキーワードに、ご利用者の皆様が家庭に居るような雰囲気づくりに心掛けています。それぞれの出来る事出来なくなった事に合わせて、出来るだけ家事作業に触れていただき、役割として存在価値を見出して頂ければという観点で活動しています。</p>

【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>普通の暮らしを基本として考え、グループホームでの暮らしではなく、家庭の暮らしをという考えを管理者だけではなく、職員一人一人が理解し、利用者、家族の気持ちになり関わっている。災害対策では避難誘導の他に、断水や停電訓練も行っている。各居室にLEDタッチライトを取り付けたり、利用者の不安を軽減する工夫がされている。廊下や居室には、行事等の写真をしつらえており、楽しい思い出を共有し会話をもっている。</p>
--

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	運営理念について、職員トイレ等に掲示し、啓蒙を図るとともに、入居者の生活の一部に取り入れ、実践を図っている。	理念は、職員が常に確認できるように掲示し、毎月行われるミーティングでも伝えられている。職員は、理念をしっかり理解し、利用者が穏やかな生活を送れるよう心掛けている。	
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	所属する町内会(町畑町内会)の敬老会への参加、八戸地域のお祭り組(えんぶり)の慰問依頼、踊りのサークルなどの慰問依頼等実施している。運営推進会議等の参加。	住宅が少ない地域にあるが、町内会の会議に出向き、介護相談や見学の案内をするなどし、グループホームを理解して頂けるよう努力している。又、町内会の敬老会にも参加している。	
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	運営推進会議において、町内の代表者や家族に対し、認知症についての勉強会を開催し理解を得るよう働きかけた。年に一度、認知症の勉強会を運営推進会議で実施している。		
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践、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	前回の自己評価及び外部評価結果について運営推進会議で報告し、助言を得た。	会議は、2ヶ月に1回開催され、行政職員、町内会長、民生委員、家族等が参加している。認知症の勉強会や災害訓練の報告などについて行い、参加者からは訓練参加時の反省など活発な意見が出され、サービスの向上へつなげている。	
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	市町村担当者へはケアの内容については特段普段から連絡を取り合うようなことは行っていない。運営推進会議出席時、全体的なアドバイスをいただくにとどまっている。また、介護保険課に質問したり助言をいただいている。	運営推進会議にも参加され、運営状況について情報が共有されている。アドバイスや不明な点については、相談できる協力体制が出来ている。	
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	身体拘束適正化委員会を組織し、3ヶ月ごとにモニタリングを行い活動を実施している。心的拘束の他、言葉による抑制にも防止に取り組んでいる。また、ご家族にも予測されるリスクについて説明している。日中は玄関にカギをかけないようにしている。	4月に全職員を対象にマニュアルを含めて勉強会を行い、ケアについて確認している。又、身体拘束適正委員会を組織し、日々の生活の中の事例について、気付いた事や感じた事について話し合いが活発に行われている。又、その内容を実践につなげている。	
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	高齢者虐待防止についてのマニュアル等を利用し、勉強会を行っている。 主に入浴日には看護師が身体観察を行うことで見過ごされないような仕組みになっている。		

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
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	事務局は成年後見人制度について学ぶ機会があったが、職員への伝達はできていない。運営推進会議において、家族へは紹介した。		
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	契約は重要事項説明書を用い、詳細に説明しながら行っている。また、利用料以外にかかる可能性のある費用(医療費やオムツ等)も説明し、具体的なものにしていく。転倒等、認知症の人が持つリスクについても説明している。		
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	利用者、ご家族が気軽に要望や意見を出せる雰囲気作りに努めている。運営推進会議の場で、活動報告等を行い、助言をいただいている。	普段の関わりの中から、利用者の思いや意見を聞き取り対応している。家族からも、アイデアなどが伝えられるなど気軽に話せる関係になっている。	
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	毎月のミーティングにて職員の意見や提案を聞いている。 話し合いを行い、より良くするためのアイデアを出し合い、実践に努めている。	毎月のミーティングだけではなく、日頃からより良いケアの為に職員から提案やアイデアを出すなど、話しやすい雰囲気になっている。又、管理者からも、職員に対して気遣う声かけがあり、良い関係が出来ている。	
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	代表者は、職員の向上心や普段の取り組み姿勢について観察し、資格取得の支援や昇給、正社員への引き上げ等、やる気もてるような環境づくりに努めている。また、様々な勤務シフトで、時短職員や育児のある職員等が働ける環境を作っている。		
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	外部研修に積極的に参加することを進めている。また、伝達研修等を行っている。		
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	八戸市認知症高齢者グループホーム協議会を通じて、研修会や懇親会などの参加し交流を持つことに努めている。		

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
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	入居前の面談時、本人や家族の聞き取りにより、不安や要望を確認し、対応可能な限り行っている。		
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	家族から不安や要望などの聞き取りを行い、対応可能なことは行い、困難なことは理由を説明するなど、話し合いを行っている。サービス利用を開始したあとも随時相談を受けている。		
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	本人の状態、家族の状況などを確認し、必要に応じて他のサービスについての説明を行っている。受診の必要性や、適切な主治医選択について相談している。		
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	出来ること、出来ないことを把握し、家事など共同作業によって、共に生活しているような環境づくりに努めている。		
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	入居前、中、後にかかわらず、不安なことは相談していただき、日頃の様子や感情など必要に応じて報告し、相互に相談し合える関係になるよう努めている。		
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	本人や家族の了解があれば、本人の住んでいた近所の方の面会をしたり、馴染みの理美容店を利用できるよう支援している。	家族だけではなく、友人の面会もあり、今までの関係が築けている。又、家族と協力し合い、外出や外泊するなどの支援に努めている。	
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	利用者同士で声掛けし合えるよう、スタッフが間に入り会話をつなげ、関わり合いが持てるよう支援している。		

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	他の施設や医療機関へ移った場合でも、情報提供や相談に応じている。		
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	生活歴や希望を聞き取り、スタッフ間で共有してケアを提供できるよう努めている。また、困難な場合は、家族からの聞き取りや、表情、発語を観察し、ケアプランに活かすよう努めている。3ヶ月に一度アセスメントの見直しを行っている。	家族からの情報や、日々の関わりから利用者の思いをくみ取り、家庭のままの普通の暮らしができるように努めている。	
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	本人及び家族の了承を得て、家族や担当ケアマネージャー、相談員などから情報を収集しアセスメントシートに記録している。少しずつでも聞き取りし、変更を加えている。		
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	普段の状況や、家事作業、レクリエーションなどから心身状態や機能を把握するよう努めている。24時間アセスメントシートを活用し、ニーズや支援策について話し合っている。		
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	本人及び家族を主体として希望を取り入れ、各担当スタッフが3か月ごとにカンファレンスを行い、意見を出し合って介護計画を作成している。	担当職員が原案を作り、計画担当者と話し合いながら介護計画を作成している。3か月ごとにカンファレンスを行い、職員間で共有ができています。又、状態の変化があった時は、その都度見直しが行われている。	
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	介護計画の実施状況を記録し、スタッフ間で情報共有するようにしている。月1回のミーティング時にも、ひとりひとりの状態を確認し、プランに反映させている。		
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	本人の状況や希望を把握し、可能な限り対応できるよう努めている。近所の買い物、ドライブ、馴染みの理美容店の利用支援など個別支援に取り組んでいる。		

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
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	地域の敬老会や、慰問など楽しみながら地域にかかわれ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	入居前からのかかりつけ医を替えずに受診することを基本とし、スタッフが受診に付き添い医師に状態を伝えるなどして関係を続けている。主治医を変更した方がいいと判断される場合は、家族と相談し、了承を得ている。又、夜間休日等予測される症状に対する指示書を作成している。	入居前からのかかりつけ医の受診を支援している。受診には、日頃の状態を把握している職員が付き添う事により、主治医と情報共有できている。薬の情報や夜間、休日等予測される症状についての指示書を作成する事で、職員間にも情報が共有され、不安がない。	
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	看護師が週1回定期的に健康チェックを行い、健康管理を徹底している。状態変化や気になる症状があれば看護師に報告し、必要に応じて医療機関の受診を行っている。		
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。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。	ご家族、各医療機関の担当者と連絡を取り合いながら状況把握に努めている。早期退院を支援し、通院による治療に取り組んでいる。又、関係作りのため、医療機関にかかわる研修に参加している。		
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、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ご家族の意思を確認しながら、ご家族・医師・看護師・介護職員が連携し、事業所が対応できるケアについて説明し、同意を得ている。グループホームでのサービスが適切でない場合、他施設等の相談も行っている。	重度化や終末期の支援については、入居時にグループホームで対応できる範囲を説明している。他事業所等の利用が必要な場合は、家族と相談し、不安のないように行っている。	
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	看護師等が作成した緊急対応時のマニュアルを作成し、実践している。又、各症状に応じた対応の勉強会を実施している。「緊急時対応マニュアル」の書物を用意し、活用している。		
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	運営推進会議等で依頼するなどして協力を仰ぎ、避難訓練も行っている。断水訓練や停電訓練なども行い、有事に備えている。	年2回の総合訓練の他、実際の断水の経験などから、断水訓練や停電訓練などを行っている。地域の方へ呼びかけも行っているが、住宅が少なく、参加までには至っていない。近隣の施設などに声掛けし、グループホームがある事をわかっていただく努力をしている。	

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
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	一人一人の性格を把握するよう努め、本人の嫌がる声掛けや対応をしないよう定期的にミーティングで話し合い、情報共有し、対応している。また、身体拘束適正化の取り組みと共に、声掛けなどにも配慮している。	身体拘束適正化委員会の活動もあり、日頃の声掛けが、プライバシーを損ねていないか、職員間で振り返りを行い、一人ひとりにあわせた対応を統一している。	
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	自己決定能力が低下した場合は、本人が選びやすいよう選択肢を少なくするなど、可能な限り本人の意思決定を尊重できるよう工夫している。		
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し、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、食事時間など共同の事項については日程や時間を決めていますが、そのほかの時間はホールや居室などにおいて自由に過ごしていただいている。就寝時間も各々時間に任せている。		
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	本人や家族の状況や希望に合わせてヘアスタイルを美容師等に伝えたり、マニキュアやお化粧品、毎日の洋服なども楽しみながら行っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	料理の下ごしらえや食後の片づけなど、心身の状況に合わせて一緒に行っている。また、毎食の献立を発表、説明している。	盛り付けや茶碗ふきなど、利用者が無理なくできるような作業を一緒に行い、役割を持てるようにしている。毎食の献立を説明し、会話の中に取り入れ、美味しく、楽しい食卓となっている。	
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	食事量や習慣に応じて食器を変更したり、水分量をそれぞれに合わせて一度に出す量を変えたりして適正な量を無理なく摂れるよう工夫している。		
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、本人の能力に合わせて介助方法を変えたり、看護師による定期的な口腔内観察によって、必要に応じて医療機関に報告相談受診を行っている。		

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	排泄チェック表により毎日の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄に向けて努力している。また、医師に相談の上、排便コントロール薬の服用時間などを調整している。	排泄チェック表を作成し、排泄パターンを把握している。センサーの工夫をするなどし、トイレ誘導が速やかに行えるように努力している。	
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	家族や医師等にも協力依頼・相談しながら、薬や運動、食材の工夫、水分量の調節などで支援している。排泄チェック表によって状況を把握している。		
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	入浴日は決まっており、好きな日や時間に入れるようにはなっていない。 好みの温度設定程度の好みは希望を聞いているが、ホーム側の進行になっている面が大きい。	入浴日は週2回と決められている。温度など好みにあうように配慮している。入浴日に入浴できない場合や通院時前など、必要に応じて入浴を行う支援をしている。	
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	一人ひとり好きな時間に就寝できるよう対応している。また、日中でもお昼寝したい方は居室で自由に休んでいただいている。不安の訴えのある場合は話を聞き、安眠できるよう支援している。		
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	薬箱へ薬剤内容を記入し、個々の状態に応じて看護師と相談し、必要に応じて受診し、医師に相談、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	楽しんで参加できるよう利用者へ希望を聞き、共に行事を立案し、実施している。外食先や買い物場所など。また、洗濯物たたみや茶碗拭きなど共同して行い、家事作業を通じて役割を感じていただいている。		
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に支援している	本人の希望を確認しスタッフ対応したり、家族との急な外出や外泊ができるよう支援している。 馴染みの美容室への支援や、通院時を利用して買い物をしてもらうなど行っている。	グループホームの周りを散歩したり、庭の草むしりをするなど、身近で気分転換ができています。又、事前に外食の予定を家族にお知らせし、一緒に食事を楽しむなどの支援も行っている。	

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	
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	金銭トラブル防止のため、家族や本人に説明し、ホームで預っているが、小額の金銭を自分で管理していただいている場合もある。ショッピングの際は出来るだけ自分で支払うことができ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	希望があった際は職員が手伝い、電話が出来るよう支援している。本人の利用が困難な際は職員が代行し連絡を取っている。遠方に住まう家族からの贈り物には、写真を添えて手紙を書くことを支援している。			
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	定期的に装飾を替えたりして気分転換を図っている。花を飾ったりし、季節感を持っていただくよう配慮している。カーテン等による光の調節、トイレの場所案内表示や、必要によっては個人の部屋表示も行っている。	季節ごとに装飾を替え、季節を感じる事ができるようにしている。又、外出や行事の写真を飾り明るく楽しさを感じられるようになっている。普段、みんなが集うスペースは、カーテンで光の調節をするなど考慮している。		
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	共用空間の中で一人になれるスペースはないが、テーブル席やソファ席などを臨機応変に選択している。また、相談室で一人音楽を聴いたりすることもある。利用者間の交流には、並び順などに配慮している。			
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	本人及び家族で部屋の配置などを行っている。使い慣れた整理たんすを持ち込んでいただいたり、遺影を持ち込んで拝礼を習慣としている方もいる。	居室には、家族と一緒に好きなものを飾るなど、本人が心地よく過ごせるような環境になっている。		
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	居室や廊下など安全に一人で歩けるよう留意し、部屋などに案内板を着けることにより迷わないよう配慮している。必要な方には居室内の壁に手すりを付けるなど臨機応変に対応している。			