

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	1090200344		
法人名	株式会社 プランドゥ		
事業所名	グループホームようざん飯塚		
所在地	高崎市飯塚町1030-1		
自己評価作成日	平成29年1月20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	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	平成29年3月8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)】

法人理念である「主権在客」(全ての権利はお客様にあり)の精神に基づき、利用者様中心の介護を目指しています。また、「一に安全、二に笑顔」をスローガンに、安全あってこそその安心、そしてご家族と共により多くの笑顔を目指しています。また、ホーム独自に①人間としての尊厳を尊重すること②家庭的で安心できる心地よい環境づくり③自立支援④地域や自然とのふれあいを保つ⑤介護・認知症ケアの専門家であるという自覚を持つを理念とし、サービスを実施しています。ボランティアの訪問や、地域事業への参加を通じて地域交流に努めています

【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)】

この一年は利用者の入れ替わりがあった事がきっかけとなり、活動内容にも変化が生じてきたとの事。職員の意識が個別対応をしなければならぬと気付かされ、個別ケアの大切さを実感するようになった。利用者との関わりを深め、職員自ら個別ケアの大切さに気付いたことで利用者個々のリズムを見つけられ、日々の実践に繋がられた。これらが日常生活の中で活かされており、利用者のお顔は穏やかで落ち着いているように伺えた。

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 3. 利用者の1/3くらい 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. 全くいない
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、生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	法人理念とホームの理念を掲示し、申し送りやユニット介護の場で共有している。理念に基づき、サービスを実践できるように努めている。	理念の他に利用者の一年間の目標をユニット会議で共有し振り返りも行っている。言葉かけや関わり方等、どうしたら気持ちよく過ごしてもらえるかを検討している。	
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	ボランティアの訪問や地域行事への参加、いきいきサロンへの参加を通じて、交流に努めている。	公民館活動の参加や傾聴ボランティアの受け入れ、中学生の社会体験(やるベンチャー)を受け入れる予定である。災害時の地域協定を結んでいる。地域の商店に買い物に利用者を出かけている。	
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	法人全体で、事例発表会を地域・ご家族向けに毎年実施している		
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	2ヶ月に一度定期的に開催し、利用者、家族代表、区長、市の担当者、法人代表、管理者が参加。現状、行事、今後の予定などを報告し、意見交換の場を設けている。会議での意見、提案をその後の運営に生かしている。	定期的に開催され、区長・民生委員・あんしんセンター・市の担当者が出席している。家族の参加は無い。管理者から状況・現状報告がされ、外部評価結果や地域の情報が提供され意見交換がされている。	家族の出席が1年間ないので、事業所の運営や活動を知ってもらうためにも家族が出席しやすい日程を工夫してほしい。
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	ケアマネージャーが代行申請している。運営推進会議で情報交換を行っている。わからないことは積極的に問い合わせをするよう心がけている。	法人の役員が市と連携を図っている他、管理者が運営上分からないことや疑問点を問い合わせしている。認知症相談窓口で地域の方の相談に応じる用意がある。	
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	身体拘束は行っていない。玄関は防犯の為に施錠してあるが、外へ出たい希望があればすぐ開けるようにしている。知識を高められるよう研修への参加に努めている。	玄関は外部から入ってくる場合は開くが、中からは自由に出ることはできない。利用者が外に出たい時には職員と一緒に出ている。スピーチロック等では管理者が研修後、職員にフィードバックしている。外出の機会を増やしている。	玄関とホールとの間のドア及び玄関が施錠されているため、常態化しないような工夫をしてはいかかがか。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	ホーム理念「人間としての尊厳を尊重すること」に基づき研修に参加したり勉強会を行い理解を深め、職員全体で虐待防止に努めている。		

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	研修の機会があれば参加を心掛けたい。現在制度を利用している利用者はいないが、今後希望があれば支援したい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時には、理解できているか確認しながら丁寧に十分説明を行い、説明後は不安や疑問点を確認し納得を図っている。		
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なら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	運営推進会議や家族会に出席頂いている。電話や面会時には、家族に現状報告し、意見や要望を確認している。ご意見箱を設置している。	本人からは日常的に聞いている。持ち物を使用しやすいようにしてほしい等希望が出て反映させている。家族からはプランの説明時に希望や状態の報告等話し合える機会を作っている。	
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	毎月のユニット会議では、事前に意見や提案を聞いた上で話し合いを行い、運営に反映させている。勤務表には希望休を取り入れ、定期的にスタッフとの話し合いの場を設け、意見交換を心掛けている。	日常的に管理者と職員は話し合う機会があり、管理者は申し送り時や個別で、報告や相談をしやすい環境を作り、内容によっては役員に挙げることもある。ユニット会議に社長も出席し意見交換がされている。	
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	研修に参加しやすいよう勤務調整するなど、勤務表作成に配慮している。日々のコミュニケーションから職員個々の努力や目標を把握し、向上心を持って働け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	利用者担当を決め、カンファレンスを通してケア方法について毎月話し合いを行っている。法人内外の研修への参加機会を設けている。法人内での新人研修(ケアテク・認プロ・笑プロ)や定期的な技術研修を行っている。		
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	地域密着連絡協議会に参加している。		

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
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 サービスを導入する段階で、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	サービス利用導入時には、本人とのコミュニケーションを大切に、困っていることや不安なこと、要望をよく確認し、安心してサービス開始できるよう関係づくりに努めている。笑顔を中心掛けている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	綿密に連絡を取り、困っていること・不安なこと・要望などを確認し、安心して利用して頂けるように関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	利用前の見学時には、説明を丁寧に行ない、困っていること・不安なこと・要望等に耳を傾けながら、「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。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ホーム理念「自律支援」に基づき、職員は利用者の自己決定や自分で行えることを支援しながら、暮らしを共にしている。		
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おかず、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	電話や面会時には現状報告を行い、今後のケア方法について相談や提案を行ったり、家族の意見・要望を確認し、共に本人を支えていけるように関係づくりを心掛けている。		
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	職員は、利用者の生活歴やなじみの人・もの等を理解するように心掛けている。居室には、なじみの物を持参して頂くように家族に協力を依頼している。玄関をはじめ、訪問しやすい開放的な雰囲気づくりを心掛けている。	入居前の交友関係(友人・同僚・教え子の訪問)が続いている人もいる。家族の作品を飾ったり、買い物や家に帰る等の支援をしている。	
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	個々の利用者の状態や性格、利用者同士の関係を把握するよう心掛けている。利用者同士が関わりあい支え合えるよう、席を配慮したり、交流を増やせるように努めている。		

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
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	契約終了後も、必要に応じて経過をフォローし、本人や家族が安心できるように、相談や支援に努めている。		
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	利用導入時に、本人や家族の希望・意向の確認を行っている。本人の思いの把握が困難な場合は本人本位に検討している。その後もモニタリングを毎月行ない、確認するよう努めている。カンファレンスで情報を共有している。	職員が担当制になっており、入居当初のアセスメント及び日常会話の中や行動等から意向を推察している。家族からは、訪問時や電話等で希望を確認し、検討している。	
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	利用導入時に確認し、不十分はところはその後継続して、家族の面会時などに職員全体で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	利用導入時に確認し、その後も継続して、モニタリングにより変化を把握するように努めている。カンファレンスで情報共有している。		
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	毎月モニタリングを行い、カンファレンスで話し合いを行っている。利用者の現状に即した介護を行えるように、定期的または必要に応じて介護計画の見直しを行っている。	毎月のユニット会議やカンファレンス時にモニタリングを実施している。定期的な介護計画の見直しはサービス担当者会議と共に認定期間毎に行われている。	毎月実施しているモニタリングを基に些細な変化に対応できるよう、計画の見直し期間を短縮し、現状に即した介護計画の作成を期待したい。
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	個別記録に、日々の様子や、介護計画に基づいたケアの実践・結果、面会記録などを記入し、職員全体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。		
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	本人や家族のニーズには、可能な範囲で対応し、満足して頂きたいと考えているが、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は取り組むことができていない。		

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	ボランティアや慰問の受け入れを積極的に行ない、地域交流に努め、豊かな暮らしを楽しめるように支援している。		
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	家族の希望で協力医に変更している(土・日曜、夜間も対応可)。協力医による月1回の往診がある。週1回、訪問歯科診療を全員が受けている。他科は家族へ相談し、家族による受診が困難な場合は支援し、職員が受診介助を行っている。	入居時に説明し入居前のかかりつけ医の継続か事業所の協力医に変更できる。かかりつけ医への定期受診は家族支援だが、状態により同行している。必要時や希望により訪問歯科の受診支援がある。	
31		○看護職との協働 介護職は、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(兼務)は週1回の頻度で定期的に訪問している。介護職員はその都度、情報や気づきを看護師に伝え、必要に応じて相談し、適切な受診・看護を受けられるように支援している。		
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、又、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。	入院時には「介護サマリー」を提出し、情報提供に努めている。入院中も、病院関係者や家族に経過を確認しながら、できるだけ早期に退院できるように情報交換や相談に努めている。協力医の病院関係者とは、往診や受診を通じて関係づくりを心掛けている。		
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	利用導入時に、看取りに関する同意書にサインを頂いているが、今までにケースはなく、チームとして取り組むことはできていない。他部署などから情報を得て勉強を行っている。	指針があり、入居時に説明する他、希望があり、医療行為が必要ない場合は希望に添う努力をし、段階的に意思確認を行い対応して行く予定。終末期支援が決まれば、管理者から職員に対応等が伝えられる。	
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	マニュアルがあり、職員全体ですぐに確認できるようにしている。研修機会がある時には、積極的に参加を心掛けたいが、定期的に応急手当や初期対応の訓練を行うことはできていない。		
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	定期的な年2回の消防訓練の他に、毎月自主訓練を行っている。消防訓練では地域住民に協力を依頼している。備蓄を用意している。	28年6月昼想定、避難誘導訓練と起震車の体験、28年12月昼想定総合訓練を実施し、消防署の指導を受けている。自主訓練を2か月に一回程度、昼夜想定・初期消火・通報避難訓練を実施している。	

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	ホーム理念「人間としての尊厳を尊重すること」に基づき、呼称は「～さん」、敬語を徹底するように毎朝申し送りで伝え、プライバシーにも配慮するように職員全体で心掛けている。	職員は利用者の素振り等で対応を確認している。デイサービス利用者の帰宅時にはさり気なく対応している。各利用者の気持ちへの支援を職員は大切にしている。	
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	ホーム理念「自律支援」に基づき、職員は利用者の訴えを傾聴し、思いや希望を理解し、自己決定できるように支援を心掛けている。		
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	法人理念「主権在客」、ホーム理念「家庭的で安心できる心地よい環境づくり」に基づき、利用者ペースを大切にして、職員全体で個別ケアを心掛けている。		
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	日々の身だしなみに配慮するよう、職員全体で心掛けている。本人・家族の希望にそって、外出時などおしゃれができ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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	日常の食事は配食センターから朝・昼・夕食が届けられ温めて盛り付けをしている。月に2～3回は昼食やおやつを利用者と一緒に手作りし、一緒に食べている。一緒に手作りし、楽しめる機会を増やしたいと考えている。	みそ汁とご飯を事業所で用意している。食器拭きやキッチンで野菜等の刻みを職員と一緒にやってもらっている。職員は利用者と一緒に同じ物を食べていないがおやつ等で一緒に楽しんでいる。節分等の行事食の提供もしている。	検食等を利用して職員が利用者と一緒に同じ物を食べられるように工夫してほしい。
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	食事の量や形態は、個々の利用者の状態に合わせて対応している。毎月体重測定を行い、BMIを確認している。水分は食事の他に10時・15時、入浴後に提供し、摂取量が少ない場合はこまめに提供している。		
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	毎食後口腔ケアを実施し、必要な場合は介助を行っている。歯ブラシのみでは難しい場合、「ハミングッド」(口腔ケアスポンジ)も使用している。		

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
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	排泄チェック表を用いて、個々の排泄パターンを確認し、トイレ誘導を行っている。夜間は安眠・安全を優先し、オムツも使用している。失禁時には清拭や陰洗、シャワー浴により清潔保持に努めている。	声をかけ過ぎず、無理に誘導しないように本人の意思や時間等で対応している。自立者には確認させてもらう場合もあるが、言葉を変えたり尊厳に配慮している。デイ利用者には家族の使いやすい排泄用品を勧めることもある。	
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	基本的には可能な限り個々の希望やタイミングにあわせて入浴を行えるよう心掛けている。又、夜希望の方に関しては、夜の入浴も実施している。		
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	午睡や臥床・離床は個々のペース・状態に合わせている。居室の温度などに配慮している。生活習慣に合わせて、寝具(布団・ベッド)を使用している。	家族や本人の希望で午前中と午後の希望があれば、16時まで支援している。デイサービスの方は本人の希望で毎日入浴する人もいる。プライドに配慮した見守りを行っている。	
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	午睡や臥床・離床は個々のペース・状態に合わせている。居室の温度などに配慮している。生活習慣に合わせて、寝具(布団・ベッド)を使用している。		
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	薬の情報は職員全体で共有し理解に努めている。情報はすぐに確認できるようにしている。服薬の支援を行い、症状の変化の確認に努めている。必要時は協力医や薬局に問い合わせをしたり、往診時に相談している。		
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	個々の利用者の生活歴や嗜好品、趣味、楽しみごとの情報を共有し、役割を持ったり、個々に合わせた支援を行えるように心掛けている。変化のある場合や必要時にはカンファレンスで話し合いを行っている。		
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。又、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	気候の良い時期には、散歩を心掛けている。本人・家族の希望を確認し、家族の協力が得られる場合は外出を支援したり、事前に計画を立て、外出を心掛けている。	日常的には散歩や買い物に出かけ、洗濯物干しで外の風に当たることできる。月に1～2回家に帰る人や外食・花見やドライブに出かけている。	

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
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	現在のところ、本人・家族からの要望はなく支援は行っていない。		
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	希望がある場合には支援している。		
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	生活感のあるアットホームな雰囲気づくりを心掛けている。季節を感じさせる写真や飾り等を利用者様の希望を聞きながら行っている。	テーブルが4つに分かれている。日頃の作品が飾られている。お香をたいたり、窓を開けて快適さを保っている。不快な臭いは無く清潔である。玄関前に椅子があり、気分転換や日光浴にも利用できる。	
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	ホーム理念「家庭的で安心できる心地よい環境づくり」に基づき、利用者が落ち着いて過ごせるよう、席を配慮するなど、居場所づくりを心掛けている。		
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	本人や家族と相談しながら、本人の好みにあわせてなじみのあるものを置いたり写真を飾るなど、安心して居心地良く過ごせるように心掛けている。	居室から外の景色が良く見える。家族の写真や本人と家族の作品が飾られている。ベッドの高さは各人の使いやすい高さに調整されている。不快な臭いは無い。	
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」「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	トイレや居室は、利用者に解りやすいように表示している。		