

(別紙4) 平成 22 年度

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	0475501391		
法人名	有限会社 メープル		
事業所名	グループホーム ひまわり		
所在地	仙台市泉区住吉台西3丁目3-1		
自己評価作成日	平成22年9月30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	社会福祉法人 仙台市社会福祉協議会		
所在地	宮城県仙台市青葉区五橋2丁目12番2号		
訪問調査日	平成22年10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)】

自然が多く、近隣には広々とした公園・コミュニティーセンター・小中学校・歯科医院があり、社会資源が豊富な環境のもと町内会の行事や地域清掃に参加したり、積極的に地域の活動に参加しており、地域との連携を図りながら地域の一員として生活しています。また、町内会の防災訓練に参加するだけでなく、防災会議にも参加させて頂きより強い協力関係を構築中です。利用者様が楽しく生活して頂けるよう毎月の行事の他、県外へのバス旅行なども計画しており、レクリエーションに力を入れています。

【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)】

地域行事への積極的参加や、町内の防犯パトロール活動での地域住民へ声掛けする取り組み等、地域との関係強化に努めている。町内会との関わりも良好で、防災会議や町内の防災訓練の参加を通じて地区社協、町内会班長などの関係も構築されてきており、災害発生時に近隣住民の協力が得られる体制づくりや、有事の町内会連絡網の作成計画等の具体的な対策も進んでいる。入居者・家族・職員からの意見・要望にも柔軟に取り組んでおり、より良いホームへの改善に努めている。

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	新しく入職した職員にも事業所の理念について「事業所の利用者」ではなく、「地域住民」として意識した理念を掲げていることを説明し、理解してもらっている。	理念に施設名・ユニット名を取り入れ、地域に向け掲げている。年1回は職員会議で理念の見直しの機会を持ち、職員の意識にも浸透している。また、入居者の生活を通して積極的に地域活動へ参加するなど、理念の実践に努めている。	
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	地域の一員という意識を持ち、地域で行われている行事その他には、積極的に参加するようにしている。	町内会に加入し、町内会主催の新年会や夏祭りなど多くの行事に参加している。日々の散歩は町内の防犯パトロールを兼ねており、積極的に地域の方へ挨拶・声掛けを行っている。児童センター等、周辺施設とも良好な交流関係がある。	
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	地域でのひまわりの存在のアピールは出来ている。今年度から、「防災」をテーマにして地域との連携を深めていく。		
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か月に1回運営推進会議を開催。地域の方やご家族に利用者やサービスの実際、取り組み等を報告している。その際、ご家族や地域の方から頂いた意見を受け入れ活かしている。	会議には家族代表、町内会長、民生委員、地域包括支援センター長に案内し、隔月・年6回開催している。ホームの活動状況報告の他、町内会防災会議へ参加すべきとの意見や、法人代表にも出席要望を受ける等、双方向的な会議となっている。	
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取り組んでいる	入居の紹介を受け入れたり、入居後の情報提供等、入退居に関する事について相談に乗ってもらった。	市や区担当者との連絡が密になり、ホームの相談事も話し易くなっている。週1回は何らかの相談を持ち掛けており、特に生活保護担当者にはホームへの訪問を呼び掛け、協力関係づくりに取り組んでいる。	
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	ホームの学習委員会で事故対策及び身体拘束について、話し合いが行われ、内部研修でも身体拘束や虐待についての勉強会を行い、意識啓発に取り組んでいる。今後も新しく入職した職員に対して行う予定。	職員は内部研修等により身体拘束によって利用者が受ける弊害を理解し、日中の施錠は常態化していない。入居者は職員が外出傾向を把握して見守りが行われている。町内会には有事に協力が得られるように、ホーム側から町内会連絡網の作成が要望されている。近隣住民とも何かあると連絡してもらえ関係が築かれている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	内部研修において、虐待とは何か、当事業所では行われていないか等勉強する機会を設ける。また虐待以前の不適切なケアについても話し、日頃のケアについて今一度考えてもらった。		

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	今後内部研修において、成年後見制度などの制度の研修も行い、スタッフも学べる機会を作っている予定。		
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	提供できるサービスの限界を伝え、利用者や家族の意見や疑問に合わせて、十分話し合い新たなサービス提供の提案等を行い、出来る範囲での不安や疑問の解消を行っている。		
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	利用者や家族の不満は、個人の連絡帳へ内容を記載して対応も記載している。また、内容によっては、運営推進会議にて報告している。	入居者には日常の支援から、家族には訪問時の聞き取りや月1回のお知らせ送付、毎回の運営推進会議出席の呼び掛けを通じて意見・要望を引き出すよう取り組んでいる。外部相談窓口は重要事項説明書へ記載し、玄関にも掲示している。要望対応例としては、扇風機設置や特殊な体重測定機器の導入がある。	
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	現場の意見は、ユニットリーダーから管理者へ報告し、スタッフの意見・状況等を把握している。また、アンケートを用いて職員の声を聞いている。	月1回の職員会議のほか、管理者は職員への無記名アンケートの実施や随時の意見聞き取り等の機会を設けて意見を聞いている。また、職員からの意見例として、入居者の床ずれ予防のケアや、職員が有給休暇を使い易くする対策について取り組んでいる。	
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	常に向上心をもって働けるように、取り組みを行っている。		
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	外部評価等の研修に積極的に参加している。また、月1回の内部研修にも全員参加してもらい、知識向上に努めている。		
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	外部研修やGH協議会で知り合った同業者との交流を図り、意見交換を行っている。		

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
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	何が不安なのか明確にして、それについて事業所はどのように対応していくのか納得するまで、説明している。まずは、利用する本人の理解を心掛けている。		
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	利用者同様に、まずはゆっくり話を聞き、家族がどのような事で困っているのか、どのように対応してほしいのか等の相談を受け、家族が理解できる言葉で説明し、信頼関係を築いていく。		
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	相談時は、状況を踏まえて、今GHとして出来るサービスや必要なサービスを具体的に説明している。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	基本的に物事は一緒に行うことを意識しており、「してあげる」ではなく「一緒に行う」ことを実行している。利用者が出来ない事はスタッフが手助けをし、料理面等利用者から学ぶことがたくさんあり、支え合って生活している。		
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	家族との関係は、去年よりさらに深まっており、面会時や行事、運営推進会議などにおいて情報を共有し、喜怒哀楽を共にしている。		
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	実家やよく行った場所など馴染みの場所には、個別外出として出かけている。今後もその機会を増やす工夫をしていく。	職員は入居者の人間関係やなじみの場所などを把握しており、積極的な支援に努めている。外出先は近所のスーパーや公園等の近所に限らず、行楽地やお墓参り等、県内程度の範囲でも日程調整して希望する場所への外出を支援している。	
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	利用者同士の口論が見られるが、利用者同士の関係を把握しており、極力口論になる前に仲介できるような予防的な対応に努めている。		

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	サービス利用終了時には、直接的な支援は出来ないが、相談やアドバイスの関りは行える事を説明している。		
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	会話の中から、本人の意向や希望を汲みとるようにしている。困難な場合でも、選択肢を設けたり表情や言動で見る等極力本人の意思を確認するようにする。	職員は入居者の表情や、関わり方を工夫しながら交わる中で意向の把握に努めている。また、家族からも意見を聞き、本人の視点に立って話し合っている。	
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	これまでの生活歴などの把握をアセスメントや家族からの情報を元にして、日々のケアに活かせるようにしている。		
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	日々のケアから現状を把握し、記録へ残すようにしている。また職員同士口頭での直接の意見交換も行うように努めている。		
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	本人のプランとして考えており、ライフプランとして位置づけている。又、家族との何気ない会話の中でも、家族の意向を確認している。	介護計画は本人、家族の意向を日常の対話や聞き取りから確認し、必要に応じて医師の意見を聞きながら個々に応じて作成している。月に1回はモニタリングを行い、職員間で状況や効果に応じて見直した上で3ヶ月に1回は計画を更新し、家族の同意の上で実施している。	
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	毎日「声や表情・気持ち・行動等」「パートナーの気づき・対応」のように分けて記録している。 後々見直しても分かりやすい記入を職員へ伝えている。		
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	状況に応じて、どのような支援が必要かを明確にして、柔軟な支援ができるよう準備を行っている。		

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
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	本人の意向や必要性を基に、ボランティア、消防等に協力を要請している。		
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	基本的に慣れ親しんだ医師(医療機関)による診察の継続を支援している。また往診を週に一回行い、医師からアドバイスを受けている。	ホーム側から往診診療への体制変更を呼び掛けているが、従来通り本人・家族が希望するかかりつけ医、医療機関での受診もホームで支援できる体制にある。受診結果は通院記録に記録し、家族へ報告している。家族対応の際も同行や事後の聞き取りを行い、円滑な関係を築いている。	
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	利用者にとって馴染みのある看護職員が週に2・3回入り、利用者1人1人の健康状態をチェックしている。また、スタッフと情報交換をしている。		
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。	入院した際は、できるだけ面会回数を確保し、馴染みの顔を見せて意力低下等を防いでいる。また寄せ書きなどを用いて、精神的な安定も図っている。		
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	終末期を迎えるケースにあたっては、家族とのカンファレンスを開催し今後の家族の意向を把握、又かかりつけ医との連携を取り、介護面からの終末期に取り組んでいる。	重度化及び看取りの対応については入居時に説明し、書面で同意を得ている。また、医療機関からの助言を基に話し合いを始めるようにしており、状況に応じた段階的合意が得られるよう備えている。	
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	緊急時のマニュアルはあるが、定期的に講習など行っていない為、実践力に欠ける。		
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	防災委員会が主体となり、避難訓練の実施、警報機の使用方法などを防火管理会社より指導を受け、全職員に周知を図っている。	マニュアルにより夜間想定を含む訓練を月1回行っている。地域との協力体制も話し合われているが、訓練への参加には至っていない。避難通路や非常用食料・備品は常に確保しており、管理者立会いにより設備機器点検も実施している。	避難訓練のうち、年1回以上は地域住民に参加を呼び掛け、実際に参加協力が得られる訓練の実施が求められる。

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	「さりげなく」を基本的に声掛け、言葉使い、あからさまな介護にならないように気をつけている。個人情報の扱いについても、個人が限定されないように努めている。	言葉遣いや同じ目線で敬意を持つことに配慮しながら、入居者を尊重した適切な声掛けを行っており、入居者の誇りやプライバシーを損ねるような言動や態度は見られない。居室の出入りの際には本人へ了解を求めてから行っている。	
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	更衣の際の服選びなど、小さくとも様々な場面で自己決定ができる機会をできるだけ設けるようにしている。		
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	各利用者のその日の予定・ペースがある為、こちら側の行事や受診の予定は、前持って伝えておき、本人のペースを崩さないようにしている。		
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	理美容に関して、基本的には好きな理美容を進めている。外食や買い物などの気分転換も兼ねている。		
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	調理を教えてもらいながら、一緒に作り、一緒に食事を摂る。食器洗いや食器拭きは、基本的にスタッフと利用者が一緒に行っている。	食事の準備や後片付けは利用者が可能な範囲で職員と共に行っている。献立は栄養バランスや利用者の好み、旬の食材を踏まえて作成し、栄養士の資格を持つ職員が3か月に1度は確認・指導を行っている。職員は入居者と同じ食卓で同じ食事を摂り、ゆったりと楽しい雰囲気の中で食事できるように支援している。	
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	一人一人の食事量を把握しており、小盛りにする方や苦手な物の場合代替え品で対応している。		
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	毎食後とはいかないが、一日2回以上の口腔ケアを心がけている。また介助を必要としない方には声掛けにて対応している。治療、調整が必要な方には定期的に来ている訪問歯科にて対応している。		

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	トイレの頻度は、全利用者記録へ残している。自らトイレへ行けない利用者には、排泄コントロールを行ったり、排泄のシグナルをキャッチし、トイレ誘導を行っている。	入居者別のチェック表により排泄パターンを把握しており、入居者の排泄サインをうかがいながら個別誘導を行っている。また、おむつを使用する場合でも日中はリハビリパンツで対応する方もおり、個別の状況に合わせた支援を行っている。	
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	便秘が及ぼす影響を理解するよう努めており、便秘になった際は看護師に相談し、その人に合った下剤を使用している。		
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	入浴は基本的に2日に1回全利用者が入浴できるよう心掛けている。利用者の希望もあり順番制とはなっているが利用者の気分にあわせて順番はいつでも変えることが可能である。	レクリエーションや外出支援を優先する考えから、入浴機会を2日に1回としているが、入居者や家族の理解は得られている。動くのが億劫な入居者にはタイミングを見計らう等、声掛けの工夫を行っている。	生活のリズムやその時々々の希望に合わせ、毎日入浴の希望があれば、可能な支援体制にあることが求められる。
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	一人ひとりの生活リズムに合わせ、夜間日中共に側にいる安心感を持って生活して頂けるよう努めている。		
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	一人ひとりが内服している薬を理解している。症状の変化など疑問に思った事はすぐに医師、看護師に相談し、助言を受けている。		
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	各利用者の生活歴等や日々の暮らし等から楽しみを見つけられる様、努めている。掃除、食事の後片付け等の役割も利用者の力の合わせたものを提供するよう努めている。		
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に支援している	なるべく、行きたい時に行ける外出を心掛けている。その時行けない場合は、後日計画を立てて行けるよう努めている。	入居者の好み、希望に応じて馴染みの美容室や買い物、散歩等の日常的な外出支援を行うほか、墓参りや役所への付き添い、遠方の外出先等にも柔軟に対応している。車椅子対応の車両もあり、歩行に支障のある入居者の外出支援にも配慮している。	

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
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	外出等でお金を使う際は、本人にお金を持ってもらい支払えるよう心掛けている。		
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	希望があった際には、電話をかける支援を行っている。		
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	季節感を出すために、ぬり絵、貼り絵などの装飾品を飾っている。生活感を出す為に、みんなが使い慣れている物を継続して使用して頂いている。	共有空間には入居者と職員と一緒に作成した季節感のある手づくりカレンダーや掲示物等が多く飾られている。照明やテレビの音量、室温の調整は適度に保たれ、空気のおどきも無いよう配慮されている。また、ソファや物品等は入居者が使いやすい物を使用するように配慮し、居心地の良い空間となっている。	
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	リビングにソファとテーブルを設置したり、みんなで過ごす場所より少し離れた所にソファを置くなどして、気の合う利用者同士で話せたり、周囲の目から回避できるような空間がある。		
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	馴染みのある家具の設置、その人の好みのもを置いている。家族の協力を得て居心地良く暮らせるよう工夫している。	居室には入居者が愛用していたたんすや洋服、家族の写真など、入居者の馴染みのものが持ち込まれるよう家族に働き掛けている。また、各居室は歩行に支障の無い様、荷物の配置や整頓にも職員が配慮している。	
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」「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	できること・できないことを理解しており、その時に応じた支援ができるよう努めている。また、記録に残したりスタッフ間で情報を共有して、本人の自己決定を大切にしている。		