

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	0290700079		
法人名	有限会社ケア・サポートI三沢		
事業所名	グループホーム赤とんぼ花園		
所在地	青森県三沢市花園町1-5-16		
自己評価作成日	令和元年12月11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20-30		
訪問調査日	令和2年2月22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)】

利用者一人ひとりが安心して生活できるよう、自己決定を支援している。

【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)】

利用者や家族からの聞き取りで入居前の受療状況を把握し、受診希望についても話し合い、通院への対応に関する利用者や家族の満足度を上げるように取り組んでいる。定期受診で家族が対応できない時はホームで対応しており、新規で受診が必要になった時は、随時家族と相談して病院や受診方法を決めている。遠くの病院へ通院する際は、原則家族に対応をお願いしているが、受診後はその都度結果について報告を受け、情報の共有を図っている。家族が受診対応している場合でも、必要な時は職員が一緒に付き添って日常の状況を報告する等、医療機関との情報交換がスムーズにいくように対応している。

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、生き生きと働いている (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している (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	理念を意識しながら実践に繋げている。	管理者・職員共に地域密着型サービスの役割を理解し、その趣旨に則った理念を掲げ、利用者が地域との関わりを保ちながら常に笑顔で過ごせるよう、職員は日々の業務に取り組むことを心がけている。	
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	町内会に加入しているほか、近所を散歩している時に町内の方々と会話をする等、交流を図っている。	天気の良い日はホーム周辺を散歩して、地域住民と顔馴染みになっている。町内から入居する方も多いため、友人が遊びに来ることもある。また、町内会と連携を図っており、町主催の行事等の情報提供を得て、集会所での踊りのイベント等、様々な行事に利用者連れで行き、地域の方達との交流を図っている。	
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	AEDを設置して「緊急時はお使いください」と町内会を通して、地域住民に周知している。		
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1回、町内会長や民生委員、家族代表、市担当者を交えて、意見交換や情報交換を行っている。	行政職員や町内会長・民生委員・家族代表を委員とした運営推進会議を2ヶ月に1回開催し、行事等の取り組みや利用者の生活について状況を報告し、現在行っている身体拘束の事例検討もしている。委員からは地域の様々な情報を得てサービス向上に役立てているほか、身体拘束についての積極的な質問もあり、職員も勉強する場となっている。	
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	運営推進会議に市担当者が参加しており、ホームの状況を理解している。自己評価及び外部評価結果も報告している。	運営推進会議に市担当課職員が参加しているほか、市にはパンフレットを配布している。また、自己評価及び外部評価結果や目標達成計画を市へ提出し、報告を行っている。制度改正時や日々の業務で疑問が生じた際には、市担当課や地域包括支援センターに電話や直接出向いて聞く等、良好な関係を築いている。	

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	マニュアルの作成や研修を通じて、身体拘束の内容を理解できるように努めている。身体拘束を行っている利用者があるため、経過観察記録を作成し、3ヶ月に1回、身体拘束解除に向けた話し合いの場を設けて実践している。	身体拘束のマニュアルを作成し、管理者・職員共にできるだけ身体拘束は行わないという姿勢で日々のケアを提供している。やむを得ず身体拘束を行う場合は家族等に説明し、同意を得て行うと共に、3ヶ月に1回、継続の必要性について話し合っている。近隣住民と顔馴染みになっているため、無断外出時は協力を得られることとなっている。	
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	高齢者虐待防止法について、再学習する機会を設けている。		
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	詳細な部分はまだ必要であるものの、制度の概要は理解できている。		
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	主にケアマネージャーと施設長で対応している。		
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	利用者や家族からの意見は職員間で共有し、迅速に対応できるようにしている。	利用者の表情や言動から、不満や意見等を察するように心がけているほか、家族代表が運営推進会議の委員になっており、意見・質問を出せる環境作りに努めている。出された意見等は管理者・職員で早急に対応策を検討し、利用者が心地良く生活できるように対応する体制となっている。また、毎月、生活の状況等、家族通信を郵送して報告している。	

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
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	職員会議や各ユニット会議を開催して、意見交換を行っている。疑問のある職員はその都度、施設長や管理者と話し合いの場を設けている。	月1回のユニット毎の会議で自由に意見交換することができ、出された意見は施設長・管理者で話し合いをして今後の対応を検討し、必要に応じて代表者にも報告している。やむを得ず人事異動を行う際はケアのバランス等を考慮し、職員の意見を聞きながら、利用者との関係を考え、十分に配慮している。	
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	代表者なりの考えで、環境作りに努めている。		
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	研修内容と職員個々の力量、希望に合わせて研修に参加するように働きかけている。		
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	年1、2回、他施設を訪問し、情報交換を行っている。		
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	利用者の不安要素を聞きながら、職員間で話し合い、対応している。		
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	家族からも不安要素を聞き、対応している。		
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	家族や利用者の願望を身体面、メンタル面を統合して、必要な支援を考えて対応している。		

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
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	利用者と一緒に調理する等、利用者のできる事を多く取り入れている。		
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	毎月家族通信を送り、日々の生活ぶりを報告している。面会の際にも状況報告を行っている。また、遠方の家族に対しては電話連絡を入れて、定期的に報告している。		
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	職員は家族や関係者から情報を収集し、利用者がこれまで関わってきた人や馴染みの場所を把握している。また、利用者と友人の電話連絡も行っている。	入居時に利用者や家族から馴染みの関係や場所等を聞き取り、日々の会話を通して情報を得られるように心がけ、申し送りやケース記録等を利用して職員間で情報を共有している。馴染みの店に買い物に行きたい等、希望があれば随時支援している。家族だけでなく、友人・知人等の面会を積極的に受け入れ、これまで関わってきた人との交流を継続できるように支援している。	
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	職員は利用者同士の関係を十分に把握しており、見守りと声がけを交えながら利用者同士の関係を支援している。		
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	家族から要望があった場合に、相談や支援を行えるように用意している。		
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	日々の暮らしの状況や日常会話、職員間の情報を共有することで、思いや希望、意向を把握するように努めている。	アセスメントを基に利用者の個性や特徴を把握し、日々のケアを通して利用者の思いや希望・意向を把握できるように働きかけている。また、利用者同士の会話や言動から、思いや希望を把握できるよう、見守りや観察を心がけ、新しい気づきがあった時には申し送りやケース記録で情報の共有を図っているほか、面会に来た家族・友人等からも情報を得られるように働きかけている。	

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
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	入居時の家族からの聞き取りやこれまで受けていたサービス提供施設からの情報提供により把握に努めている。また、入居してからも利用者や家族の話等を通じて把握することもある。		
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	日々の申し送りやケース記録の振り返り、職員間の情報交換やユニット会議を通して、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	職員間で3ヶ月に1回話し合い、利用者の個性を尊重した介護計画を作成している。実施期間は3ヶ月としている。	職員の意見・気づきを共有し、介護計画作成時の協議資料としている。医療面でのケアを重視すべき利用者については、主治医や看護師の意見も取り入れ、利用者個々の状態や希望に合わせた介護計画を作成している。実施期間に拘らず、利用者の心身状況や家族の希望等に変化がある時は随時、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	3ヶ月毎の見直しのほか、変化が生じた場合は再アセスメントをして、介護計画を見直している。		
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	家族対応の受診であっても、ホームとして利用者の受診に付き添っている。		
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	地域の町内会の人達と一緒に避難訓練の実施やホーム行事の際にはボランティア等と呼んで交流している。また、2ヶ月に1回、定期ボランティアが来苑し、紙芝居を行っている。		

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
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	希望する医療機関やかかりつけ医へ継続受診をしている。また、週1回、訪問看護師による健康管理を行っている。	入居時に利用者や家族から受療状況を聞いて把握し、家族が受診対応できない時はホームで対応を行っている。また、新たに他の病院受診が必要になった時は、随時家族と相談して病院や受診方法を決めており、家族が受診対応している場合でも必要な時は職員と一緒に付き添って状況を報告する等して、医療機関との情報交換がスムーズにいくように対応している。	
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	訪問看護師とも連携を図っているため、いつでも相談することができている。訪問看護師と相談し、受診や対応の仕方のアドバイスをもらい、対応している。		
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。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。	入院した際は面会に行き、その都度、病院関係者から状況説明を受けている。病院内にある医療連携室と情報交換を行っている。		
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	常時医療行為が必要となった場合は病院の医療連携室と関わりながら、他医療機関や施設を探してもらっている。また、家族には入居時にホームの方針を説明している。	終末期への対応は行わない方針であり、常時医療行為が必要になった場合は移設が必要になるため、入居前に利用者や家族に説明している。入浴に関しても、浴槽をまたぐことが困難になった時はシャワー浴のみとなることを事前に説明し、理解を得ている。また、急変時は職員の判断により協力病院を受診することにしており、状態変化により随時、主治医や訪問看護師・家族と話し合い、必要時は移設先を探す手伝いをしている。	
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	緊急時の連絡・対応マニュアルを作成し、全職員が理解しているが、救急救命の訓練はできていない。		

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
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	年2回、日中・夜間を想定した避難訓練を実施している。非常時用の食料や物品も保管している。	日中・夜間を想定した緊急時対応マニュアルを作成すると共に、緊急通報装置を設置し、緊急時職員連絡網を掲示している。年2回、消防署と町内会長立ち会いのもと、利用者と職員と一緒に避難訓練を行って消防署から様々な助言をいただいている。また、災害発生時に備えて敷地内の管理棟に発電機や飲料水・缶詰等を用意している。	
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	利用者の言動を否定せず、利用者が選択できるような声かけを行っている。また、利用者の羞恥心やプライバシーの保護に努めている。	言葉遣いには十分に配慮し、利用者の言動を否定・拒否しないよう、利用者個々の希望・ペースを尊重した対応に努めている。声がけ時は羞恥心に配慮し、必要な時には場所を変えて話す等している。個人情報に関する書類は、来訪者の目に付かない場所に保管し、守秘義務についても職員会議等で振り返りの機会を作っている。日々のケアの中で不適切な言動に気付いた時は、その都度管理者が注意し、全体的に注意喚起が必要な時はユニット会議や内部研修で取り上げる等、改善に向けた取り組みを心がけている。	
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	利用者の意見や得意な作業を優先して、利用者が自ら決定できる場면을促している。		
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	利用者の状況に合わせて利用者の希望に沿って支援している。		
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	毎日の頭髪セットや髭剃り、洗顔、衣類等の支援を行っている。また、月1回散髪屋が訪問している。		

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
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	バランスに配慮した献立を管理栄養士が作成している。調理の際には、料理の得意な利用者が毎日参加して調理している。	利用者からの聞き取りや残食チェックにより好き嫌いを把握し、ホームの畑からの収穫野菜を利用して季節を楽しんだり、アレルギーや苦手な物には代替品を用意し、身体状況に応じて食事形態を工夫する等、全利用者が栄養摂取できるように配慮している。また、安全に楽しく食事の時間を過ごせるように注意深く見守りし、声がけしながら食事の介助をしている。	
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	管理栄養士により栄養バランスを確立している。その他にも、午前と午後飲み物とおやつを提供も行っている。また、1日の水分摂取量や食事量の記録も残っている。		
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、利用者一人ひとりの口腔ケアを見守りや介助に行っている。また、入れ歯洗浄剤を使用して、清潔を保っている。		
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向けた支援を行っている	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、適切な声がけやトイレ誘導により、トイレでの排泄を促している。	利用者個々の排泄記録表に時間毎の排尿・排便を記録し、パターンを把握の上、利用者一人ひとりを観察して事前にトイレ誘導を行うことで、できるだけトイレで排泄できるように支援している。また、日々の観察により職員同士で情報交換しながら、必要な時は随時、パンツ型紙オムツや紙オムツ等の使用の継続・変更について検討している。トイレの声がけは羞恥心に配慮し、言葉遣いに注意し、見守りや必要な介助をしている。	
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	毎日体操し、下肢運動を行っている。屋内外の散歩や歩行運動も行っている。水分補給を多めに摂っているが、中には下剤でコントロールしている利用者もいる。また、個人で牛乳を購入して、便秘を予防している。		

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
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	利用者一人あたり週2回入浴できるよう、支援している。利用者の状態変化や希望によっては職員間で話し合っ調整している。	各ユニットとも週6日入浴可能な体制であり、週2回は入浴できるようにしているが、必要時は随時、対応している。1対1の入浴介助を基本としているが、身体状況等により職員2名で対応するようにしている。長風呂や熱い湯が好みの利用者は順番を考慮して、見守りや声がけしながら体調に支障がない範囲で入浴を楽しめ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	睡眠チェック表で利用者一人ひとりの睡眠サイクルを把握しているが、中には睡眠サイクルが乱れている利用者もいる。		
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	薬の変更時は全職員へ記録で周知伝達している。また、薬局と連携しているため、24時間いつでも相談できる体制となっている。		
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	利用者一人ひとりの力量を把握して調整や家事作業ができる方には行ってもらい、できない利用者には音楽鑑賞や塗り絵等の手作業を行っている。また、気分転換としてドライブに出かけたり、月1回の行事に参加してもらっている。		
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。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	利用者の楽しみや気分転換に繋がるよう、天気の良い日は外での散歩や日光浴をしている。また、プランターでの野菜栽培や畑に出かけ、野菜を収穫している。	天気の良い日はホーム周辺を散歩したり、夏は畑に出て気分転換を図っているほか、小川原湖や近くの公園へのドライブ、外食行事等、利用者の希望を聞いて外出先を決め、支援している。外出行事を行う時は利用者の身体状況等に合わせて移動方法・距離にも配慮し、必要な時は法人内のグループホームからリフト車を借り、運転手の応援も得ながら、利用者が負担なく安全に外出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
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	金銭管理はホームでしている。外出の際は職員がお金を管理しているが、利用者が自由に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	利用者の希望により、家に電話をかけている。		
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	開放感のあるホールにテーブルやソファを設置して、ゆったり過ごせる空間作りを行っている。ホール内の壁には季節感のある飾り付けを行っている。	ホールは天井が高く、開放的な印象であり、壁や家具は全体的に落ち着いた色合いで、ソファやベンチ等を数多く設置して、好みの場所で寛げるように配慮している。天窗から日差しが入り、トイレや浴室等は照明を利用して、適度な明るさを保っているほか、ホールに温湿度計を設置している。ホールの壁には季節に合わせた手作り作品を飾っているほか、利用者に遠くから大声で呼びかけないように、貼り紙をして注意喚起を促す取り組みを行っている。	
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	利用者同士の関係を見極めて、テーブルの座る位置やソファの配置を変えて支援している。		
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	好みの衣類や馴染みの物を持ち込んでもらっている。また、居室内に家族写真を貼ったり、ホーム内で作成した作品や写真を壁に飾っている。	入居時には、できるだけ馴染みの物を持って来てもらうように声がけをしているが、ほとんどの利用者は備え付けのベットやサイドテーブル、クローゼットを利用することにより、家具等の持ち込みは少なく、身の回りの物の持ち込みがほとんどとなっている。持ち込みが少ない場合は利用者と相談しながら、手作りの作品を飾る等、安心して生活ができるよう、居室作りを支援している。	
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	利用者のできる事に着目してアセスメントを行い、実施している。		