

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	1072900804		
法人名	医療法人 日望会		
事業所名	グループホーム サンホープケアヴィレッジ フルール		
所在地	群馬県みどり市笠懸町阿左美499-1		
自己評価作成日	平成30年2月25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30年3月23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)】

フルールでは笑いのある安心した生活を大切にしています。四季折々の行事を楽しんだり、家族や地域の方とふれ合う機会も大切にしています。毎月のサロンや地域で行う祭り、運動会、餅つき等の行事にも積極的に参加しています。月に1回傾聴ボランティアゆりの会(みどり市)が来訪され交流を図っています。また、移動福祉美容室「そらいろ」が2ヶ月に1回来訪し利用している。往診や受診など関連の医療施設との連携も図れています。

【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)】

利用者の様子が実に様々でテレビを観る人、居室にいる人、台所で職員と作業をする人、家族の迎えて外出する人、と思いきいに自由に生活している。認知症であるという様子も感じられず、自分らしい生活を自由に生き生きと送っている。また、区長や民生委員等の理解を得て、地域のサロンに利用者の多くが参加していることから、地域に溶け込み、認められ、良好な関係が築かれていることが伺える。共用空間については、必要以上の装飾が見られず、大人の生活の場に相応しい落ち着いた雰囲気を感じられる。

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 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	理念を基に年間の目標を立て管理者と職員でケアの方向性を確認し合っている。個人を尊重し、本人の意向に沿うような支援を心掛けている。	法人の理念に加え職員が年間目標を決め、ケア実践の際の指標として共有している。理念や目標にそぐわないケアや言動が見られた場合は、管理者が職員に直接注意をし、修正を促している。	
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	地域住民が参加するサロンに希望者が毎月参加している。自治会に加入し行事である夏祭り、運動会、餅つき等に参加し民生委員や老人会や地区の子供たちと交流がある。	自治会に加入し、地域の行事やサロンに参加し、地域住民と交流している。専門性を活かして看護師が認知症についてサロンで講演したり、民生委員の相談にのる等、地域に受け入れられている。	
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	認知症の相談が受けられることを地域行事等にに参加した際に民生委員や近隣住民等に知らせている。		
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	会議は年に6回開催している利用者は全員参加している。運営状況の報告や防災訓練を実施して、意見交換を行っている。地域住民メンバーから地域の情報を得ている。	隔月毎に開催され、老人会会長や民生委員等の他、利用者も全員出席している。活動、運営状況の報告、出席者からの要望、助言、評価を基に意見交換し、運営、サービスの向上に活かしている。	
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	月1回、市の介護相談員が来訪している。利用者の更新申請代行・報告・相談等で、管理者が市の窓口へ出向き、担当職員と協力関係を築いている。	管理者が定期的な報告や相談、代行申請の為に市の担当窓口に出向き、認定調査に立ち会うこともある。また事業所の空室状況を報告し、市との連携を図っている。毎月介護相談員の訪問がある。	
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	日中玄関の鍵は開錠しているが、利用者の状況により止むを得ず施錠することもある。その際も極力意向に沿うよう対応している。身体拘束の研修は管理者を中心に受講し、会議等の機会でも職場内でも研修で職員に伝えている。	玄関は職員の配置状況や利用者の様子に応じて開錠している。身体拘束については全体会議の際勉強会を開き、ケアに反映させている。研修会には主に管理者が出席し職員に情報提供している。	
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	日頃より職員は人権に対する意識を高め、虐待防止に取り組んでいる。		

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
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	成年後見人制度が必要な場合は管理者が一人に対応している。対象の方が入居した際は、その都度に職場内の研修等で職員の周知を促している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	時間をかけて丁寧に説明している。特に利用料金や起こりえるリスク、重度化や看取りについての対応方針や体制について詳しく説明し同意を得ている。		
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	利用者の要望は会話の中から汲み取っている。運営推進会議や来訪時に、家族等の意見要望を聞いている。来訪できない家族には電話等で身体の状況や生活の様子を報告している。	利用者の意見や要望は日頃の様子や会話の中からくみ取り、家族からは面会時や介護プラン作成時に担当者が直接聞くようにしている。苦情相談窓口も設け、意見の反映に取り組んでいる。	
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	毎日の申し送りやミーティング時に気付いたことを話し合っている。管理者は会議やカンファレンスで職員の意見・提案等を聞き、それらを運営に反映している。	申し送りや職員会議の際、職歴や性差に関わらず意見や提案を自由に発言できる雰囲気作りをし、改善に繋がる提案を採用している。ケアについてはカンファレンスを通して実践に反映させている。	
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	職員の疲労やストレスの要因に気をくばり勤務中にも気分転換が出来るよう休憩の時間を設けている。又、上司から話を聞いたり職員同志の人間関係が良好になるよう努めている。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会で開催される研修等に、全員が順に受講できるよう努めている。認知症の勉強会を適時開催している。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会主催の研修にてグループホーム間での交換研修や勉強会などで交流を図り、サービスの質の向上に努めている。		

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	サービスの利用について相談があった時は、必ず本人に会って心身の状態や本人の要望に向き合い、職員が受け入れられような関係づくりに努めている。		
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	これまでの生活経緯について、ゆっくり聞いて受けとめるよう努めている。又、じっくり話し、落ち着いてもらい次の段階の相談につなげている。希望があればご家庭にいき聴取することもある。		
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	相談を受けた時、可能な限り対応しているが、必要に応じて他のサービス機関につなげている。		
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	支援する側される側という垣根を作らず、お互いが協働しながら和やかな生活ができるよう場面作りに努めている。		
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	職員は家族の思いに添いながら情報共有に努め、家族と同じ思いで支援することに努めている。		
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	家族等の来訪時には、居室でゆっくり過ごしてもらっている。家族と一緒に外食・買物等へ出かけている。食事やおやつを作りながら利用者同士で昔話を楽しんでいる。隣の施設を利用している友人・知人と交流している。	利用者が大切にしてきた趣味(麻雀等)や家事(料理や掃除等)を日常生活の中で継続できるよう支援している。また、家族や友人との馴染みの関係も続くよう、面会を貴重な機会ととらえている。	
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が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	プライバシーに配慮しながら、みんな楽しく過ごせる時間や気の合う者同士で過ごせる場面作りをするなどし、職員が調整役として支援している。		

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	終了時には家族に対して、今後も相談や支援に応じている姿勢を伝えている。		
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	担当職員が中心となり、日常の会話の中から、本人の思いや暮らし方の希望を汲み取り、日々のケアに活かしている。家族からは面会時や電話等で希望を確認している。困難な場合には、家族や関係者からも情報を得ている。	利用者の日頃の様子や会話の中の具体的な言葉から意向を把握し、職員間で共有している。また、面会時の家族からも状況を伝える中で、要望等を聞くよう努め、本人本位のケアにつなげている。	
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	家族にバックグラウンドの大切さを伝え、小さな事柄も含め話してもらい、本人の歴史・全体像を知るための取り組みをしている。		
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	一人ひとりの生活リズムを理解し、行動言動や小さな動作・体調の変化等感じ取り、本人のトータル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	本人・家族等から思いや意向を聞き、カンファレンス等で話し合い、意見や気づき等を反映させた介護計画書を作成している。毎月のモニタリングを基に、3ヶ月ごとに定期的な見直し、状態変化に応じて随時見直しを行っている。	月1回モニタリング、3ヵ月毎に担当者会議を開き介護プランの見直しをしている。その際、利用者や家族の意向をプランに反映させ作成するが、状態に変化や要望があればその都度見直ししている。	
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	個別にファイルし身体状況および日々の暮らしぶり等を記録している。又、ケアプランに沿って実践し、評価を日常的に記録したものを全ての職員が確認できるようにしており、情報交換を徹底している。		
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・家族の状況に応じて通院や送迎等、必要な支援は柔軟に対応し個々の満足を高めるよう努力している。		

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
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	利用者が地域の中で安心して暮らせるよう地域の方(老人会長・民生委員・介護相談員等)との意見交換する機会を設けている。		
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	入居時にかかりつけ医の継続か協力医に変更できることを説明している。協力医による往診が月2回ある。かかりつけ医への通院は基本は家族だが職員も支援できる。必要に応じて、訪問歯科の受診ができる。	入居時にかかりつけ医か協力医かの選択ができることを説明している。月2回協力医による往診があり、かかりつけ医に受診する場合は家族が対応するが、緊急時は職員が付き添う。	
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	看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行っている。また、日中、登録の看護職員不在の時でも系列看護職員常に対応ができる体制をとっている。		
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、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。	入院時は本人の支援方法に関する情報を医療機関に提供し、職員が見舞うようにしている。また、家族とも連絡を取り合い退院支援している。		
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	「重度化した場合の対応に係る指針」を作成している。入居時、本人・家族等に看取りケアは行わない方針を含めて内容を説明し、同意を得ている。状態の変化に応じて、本人・家族等と話し合い、主治医及び関係者で連携を図りながら支援に取り組んでいる。	看取りを行わない方針であるが、終末期のケアについては入居時から段階的に説明している。状態の変化に応じたケアの変更や他施設の紹介等は主治医、関係者と連携を取りながら支援している。	
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	隣施設で開催する救急救命の講習等に参加し訓練を行い、全ての職員が対応できるよう心掛けている。		
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	年2回消防署の協力を得て昼・夜想定した避難訓練を行っている。地域や家族の方の参加はないが、見学して頂いて訓練状況の把握やアドバイスをいただいている。災害時に備えて食糧と飲料水等の保管している。	年2回消防署立会いの自衛消防訓練を隣接の施設と合同で行っている。また、夜間を想定した独自の自主訓練を年に3～4回行い、緊急時に備えている。3日分の食糧、水等を備蓄している。	職員と利用者が災害時の避難方法を身に付けられるように自主訓練を増加して、その記録も残しながら緊急時に備え、継続して行ってほしい。

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
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	利用者それぞれの力を考慮しながら相性に配慮している。入居前の各人の習慣は入居後も続けてもらい、できることが多くあるので、できることは自分でやってもらっている。	年長者である利用者への尊敬の念を意識して丁寧な言葉遣い、誘導の仕方、声のトーン等に配慮している。手伝い等の依頼をする際は馴染み過ぎず、当たり前にならない対応を心掛けている。	
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	利用者に合わせて声掛けをし、意思表示が困難な方には表情・行動を読み取ったり、小さな事でも一人ひとりが自分で決める場面を作り支援している。		
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	基本的な一日の流れはあるが、利用者本位を心掛け一人ひとりの思いに沿った支援に取り組んでいる。その日に何をしたいのか、できるだけ個別性のある支援をおこなっている。		
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	本人主体で身だしなみを整えられるよう支援し、自己決定がしにくい利用者には声掛け・整容を行っている。		
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	法人内給食サービスを利用しているが、盛り付けや片づけは利用者と一緒に行うようにしている。また、月に数回、希望に沿って手作りの食事、外食、テイクアウト等を提供している。職員も朝・夕は同じ物を食べている。朝と昼は一緒に食事をとる機会を作っている。	利用者が職員と一緒に盛り付けや配膳、下膳をしている。手作りおやつや行事食には利用者の好みや要望を反映させている。献立もわかりやすく、飲み物も利用者が選べる。外食の支援もある。	
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	食事水分摂取量は毎日チェック表に記入している。水分確保に努め、食事おやつ以外にも水分摂取の機会を設けている。職員は情報を共有し、栄養バランスについては法人内の給食サービスを利用しており、適切な提供がなされている。		
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	毎食後声掛けをし、一人ひとりの口腔状態や残存能力に応じた支援をしている。必要時には歯科往診等を勧めている。		

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
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	排泄チェック表を使用し、夜間排尿間隔が長い利用者について時間を見計らってさりげない声掛けをし、排泄できるよう支援している。パット等の使用は個々に工夫をし使用している。	利用者はトイレでの排泄を基本としている。チェック表に基づく時間や様子を見計らってトイレ誘導を行っている。失禁の際はシャワー浴等で清潔を保持し、周囲を気遣った更衣を心掛けている。	
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	一人ひとりの暮らし全体の中での活動状況を見直し、自然排便を促す工夫をしている。また、下剤を使用している場合は個々に合わせた使用で対応している。		
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、個々にそった支援をしている	いつでも入浴できるように毎日入浴体制をとっている。入居者の希望に沿い午前中に入浴している。おおよその予定は決まっているが都度入浴希望を聞き希望があれば入れるようにしている。	いつでも入浴できるよう週6日を入浴日としている。利用者の生活のリズムを考慮して声掛けをしている。週2日を目安に入浴し、拒否の場合は翌日に声掛けをする等、入浴を促す工夫をしている。	毎日、いつでも入浴できるという情報を利用者提供する取り組みをしてほしい。
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	利用者の状況を見ながら一人ひとりの体調・表情・希望等を考慮してゆっくり休憩がとれるよう支援している。また、日中は活動できる様生活のリズムを整え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	看護師と連携を図り服薬ケアに取り組んでいる。服薬時は常に内服確認し、きちんと服用できるよう努めている。また、看護師は個人看護ファイルを作成し協力機関と連携を図っている。		
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	利用者の生活歴・能力・得意分野等を考慮して、利用者と洗濯物たみ・テーブル拭き等無理のない範囲で役割を持ってもらい、常に「ありがとう」の言葉かけをしている。外出や地域の行事参加などは、利用者と家族に相談しながら行っている。		
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	日常的に散歩やぶらりと外出している。買物や家族との外出、地域のサロンや図書館に定期的に通っている人もいる。季節のドライブや外食を楽しんでいる。	日常的には主に散歩や買い物の外出や洗濯干し、地域のサロンに参加する等、屋外に出る機会を作り、外出の支援をしている。また、家族の迎えがあり一緒に外出したり、帰宅することもある。	

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	家族の協力を得て少額のお金を自己管理させている。また、家族よりお金を預かり事業所が管理しているが、外出時の買い物は支払え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	家族や友人に気軽に電話できるよう雰囲気作りに努めている。また、他者に聞こえないよう設置位置の工夫をしている。		
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	フロアのテーブルの配置や壁飾り等も、利用者と職員で相談の上決めている。壁飾りについては、季節を感じられるような工夫をしている。また、一人ひとりが自由に過ごせるよう配慮している。	共用空間は木のぬくもりが感じられ、壁の装飾も控え目で落ち着いた雰囲気である。利用者の自由な動線が確保されている。季節の生花が活けられ、利用者の目を楽しませる工夫をしている。	
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	一人ひとりの居場所があり、気の合う人とゆっくり話のできるスペースも確保できている。		
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	各居室は、テレビ、時計、タンス、衣装掛け、趣味の道具、家族の写真、化粧品等なじみのものや好みのものをたくさん持ち込みその人らしい居室づくりをしている。	居室に洗面台があり、利用者の利便性を考慮している。片付いている居室、在宅での様子が伺える居室、テレビ、タンス、帽子や化粧品等馴染みのものが持ち込まれ、個性を生かす工夫をしている。	
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	利用者の状態に合わせ、手すりや浴室・トイレ・フロアなど居住環境が適しているかチェックし、安全確保と自立への配慮をしている。		