

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	0272700998		
法人名	有限会社ダイワサービス		
事業所名	グループホーム銀杏苑		
所在地	青森県三戸郡五戸町字銀杏木1-45		
自己評価作成日	平成30年10月5日	評価結果市町村受理日	

【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>ホームの中庭に菜園畑を作り、利用者と一緒に野菜を育てているほか、掃除や食事の手伝い等、日常生活で行っていたことを継続できるようにしている。</p>
--

※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番30号
訪問調査日	平成30年11月9日

【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>ホームは自然に恵まれた場所に立地しており、通所介護の指定を受けていることから、平日にはデイサービス利用者が訪れてホームの利用者と交流をしている。 職員は利用者と同じ向き合いながら、その方らしい暮らしの実現を目指して日々取り組んでおり、利用者も調理や下ごしらえ、味見や食器拭き等、できる事に積極的に取り組んでいる。毎月のケア会議で全職員の気づきを集約し、介護計画の見直しに活かしている。 また、かかりつけ医との情報共有や円滑な連携を取っており、重度化や看取りに関する指針を作成し、外部研修を受講しながら、今後の取り組みを検討している。</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. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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	理念は目に付く場所に掲示しており、朝礼時に唱和し、内容について自分なりの考えを述べて日々の業務に繋げている。	住み慣れた地域の中での自立を目指し、その方らしい暮らしを安心して継続できるようにという思いを理念に盛り込んでいる。年2、3回の1ヶ月間、全職員で朝の申し送り時に理念を唱和し、理念を意識したケアサービスについて職員自身の考えを述べて振り返り、日々の実践に活かせるように努めている。	
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	町内会には加入していないが、運営推進会議には自治会より参加してもらっているほか、祭りの寄付や協賛等を行っている。	通所介護指定を受けており、地域から利用者が訪れ、ホームの利用者と交流している。また、中学生の福祉職場体験事業を受け入れているほか、ホームの夏祭りでは高校生ボランティアや地域婦人部の唄や踊りが披露され、地域住民が訪れる恒例の行事となっている。	
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	中学生の体験学習を受け入れたり、ホームの夏祭りには高校生のボランティアを依頼している。		
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	運営推進会議には自治会役員や家族会代表、町担当課長に参加していただき、2ヶ月に1回、情報を交換し、意見をいただいている。	運営推進会議には家族代表者や自治会長、町担当課長のほか、隣の住民が自主的に参加している。会議では利用者の暮らしぶりや様子、ホームの行事報告、町担当課長から行政の情報提供もあり、認知症への理解を深めている。また、多くの家族の参加を促すため、毎回、案内状を発信して、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
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	月1回行っている地域ケア会議に参加し、情報を交換している。また、運営推進会議には町担当課長に参加していただいている。	運営推進会議の委員として町担当課長が出席し、行政の情報を提供しているほか、生活保護の受給や日常生活自立支援事業を通じて福祉事務所や社協との連携も保っている。また、毎月開催される町主催の地域ケア会議に参加しており、研修を通じて他の事業所との情報交換を行う共に、行政から最新の情報を収集する機会となっている。	
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	職員会議にて勉強会の実施や資料の回覧等を行っているほか、玄関の施錠は夜間のみ行っている。また、やむを得ず身体拘束を行う時は、家族より同意をいただいている。	月1回の職員会議や朝の申し送り時の勉強会を通じて、情報を共有して認識を新たに取り組んでおり、玄関は夜間以外は施錠していない。不穏になる利用者にはホーム周辺の散歩やドライブをすることで気分転換を図っている。また、やむを得ず身体拘束を行う場合に備えて、同意書を用意しているほか、今後更なる内容の充実に取り組む意向がある。	
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	職員会議等で勉強会を行ったり、職員間でも日々話し合いを持ち、虐待防止に努めている。		
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	資料は誰でも見るようにしている。また、制度を利用している方もおり、必要と思われる方には制度の説明も行っている。		
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	契約時には重要事項説明書を用いて、理解・納得いただけるように心がけている。また、ホーム内にも掲示している。		
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	運営推進会議の委員として家族も参加しており、行政や自治会、ホームとの意見交換の場を設けている。また、年1・2回、アンケートを取り、意見を聞いている。	利用者の言動を見逃さず、小さな変化を察知できるように日々努めており、面会時には家族との関係づくりを心がけている。また、年1回、家族アンケートを実施しているほか、毎月、写真入りのお便りで利用者の暮らしぶりを伝えている。職員の異動時はその都度、面会時等に報告している。	

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	毎月、職員会議やケース会議を行い、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。	毎月の職員会議に代表者が出席し、職員の気づきや要望を直接伝えられるため、すぐにケアサービスの質の向上に反映させている。また、職員の技術向上の促進のため、資格取得時にチャレンジ手当を支給している。	
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	資格取得者には資格手当等を支給している。また、時間外勤務はできる限り行わないようにしているが、やむを得ず行う場合は気兼ねなく請求できるようにしている。		
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	できる限り外部の研修に参加する機会を設けている。また、自ら資格を取りたい職員にはチャレンジ手当の支給や研修の時間を与えている。		
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	地域ケア会議や地区のグループホーム協会等の親睦会に参加して、交流の場を設けている。		
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	入所前に利用者や家族と面談し、不安や要望等を聞き、情報の収集に努めている。また、ホームの見学や体験する機会を設けている。		
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	入所する際は家族と面談し、不安や要望を聞き、安心して入所していただけるように努めている。		
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	利用者や家族からニーズを聞くと共に、必要な支援を見極めている。また、対応できない事には他の機関へ相談する等、連携を図っている。		

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
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	掃除や洗濯物畳み、食器拭き等、利用者ができる事は一緒に行っている。		
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	介護計画に目を通していただき、意見を聞いたり、変化があった時は連絡や面会時に話をしている。		
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	面会は自由にしており、利用者の希望があれば、外出等にも対応している。	センター方式アセスメント表の一部を活用し、日常生活から得た情報等から利用者の生活歴の把握に努めており、知人や地域との関わりを継続できるようにしている。また、買い物や季節のイベントに出かけて楽しんだり、家族宅への訪問の送迎を行う等、利用者の希望する外出の支援に繋げている。	
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	気の合う利用者同士を隣席にしたり、一緒にレクリエーションに参加していただき、交流を図っている。また、食事以外は自由に着席していただいている。		
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	入院や他の施設への転居等が主であり、退所後の関係はあまり保たれていないが、相談等には応じている。		
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	月1回のケース会議において、利用者の希望や家族から得た情報等を話し合い、把握するように努めている。	入所時のアセスメントや家族等からの聞き取りから、利用者の意向を把握している。また、職員は利用者との会話を重視しており、得た情報は申し送りやケース会議等で全職員が共有・理解し、利用者の思いに応えられるよう取り組んでいる。	
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	入所時に利用者や家族と面談し、情報をいただいている。また、他の施設を利用している方は情報を提供していただき、これまでの暮らしの把握に努めている。		

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
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	1日の過ごし方をケースに記録すると共に、毎日の申し送りを通じ、利用者一人ひとりの状態を把握し、状態に合わせた過ごし方ができるように努めている。		
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	担当者が日常生活を把握の上、ケアマネージャーと相談して介護計画を作成し、毎月のケース会議において全職員で話し合っている。また、介護計画は家族にも見せ、意見をいただいている。	利用者との会話を重視して、意向を介護計画に反映させるようにしており、毎月のケース会議で評価した上で、次の介護計画の作成に活かしている。また、毎月の介護計画の評価や変更について、面会時等に家族に説明し、意向を聞いた上で介護計画書に反映させている。	
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	利用者毎に日々の生活の様子を記録し、申し送りを行っている。介護計画は月末に評価し、ケース会議において話し合い、見直しを行っている。		
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、家族と連絡を取り、急な受診や外出等に対応できるように努めている。		
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	防災訓練では消防署に指導いただいたり、保育園の訪問や学生ボランティア等を受け入れている。		
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し、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	入所前からのかかりつけ医がある場合は、継続できるようにしている。受診は家族に依頼しているが、できない時は結果を報告し、共有している。また、訪問歯科を利用している。	週1回、訪問看護師による健康管理を行い、利用者や家族の希望に沿ったかかりつけ医への受診のほか、専門医や訪問歯科の受診を支援している。また、家族が受診介助できない場合はホームで対応しており、受診前の健康情報を提供するメモシートを持参し、医療機関との情報共有を図っているほか、家族へも受診状況や結果についてもメモシートで伝えている。	
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	訪問看護師が週1回訪れ、利用者の健康管理を行っている。また、緊急時等には相談し、指示を受けている。		

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
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・退院時には、お互いに情報提供を行っている。入院時には時々面会へ行き、看護師より状態を聞いている。		
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、事業所です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	終末期ケアは実施できていないが、利用者の状態変化に応じ、家族と連絡を取りながら、入院等の方向を選択している。	「重度化対応における指針」や「看取りに関する指針」を用意し、外部研修への参加等、体制の整備に取り組んでいる段階であり、看取りの対応は行っていない。週1回、訪問看護師を利用しながら医療との連携を図り、医療が必要になった時点で利用者や家族の意向に沿って入院先を探す等、支援を行っている。	
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	マニュアルを作成し、全職員が対応できるようにしている。また、AEDを設置し、定期的に訓練しているほか、外部研修にも参加している。		
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	消防署にも参加していただき、夜間の想定を含めた避難訓練を行っている。また、緊急連絡網を作成し、全職員が持っている。	夜間を含め、年2回の避難訓練時は利用者や職員のほか、運営推進会議委員も一緒に実施しており、見直しを行いながら、避難誘導の時間短縮等へ繋げている。また、井戸水を吸い上げた貯水タンクを備えており、消火器やスプリンクラーと共に定期点検を実施しているほか、災害発生時に備えて保存食や飲料水、暖房器具等も用意している。	
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	利用者一人ひとりに合わせた言葉かけを行い、人格やプライバシーを損ねないよう、注意しながら対応している。	職員は理念や職員の心得に沿って、日常のケア場面を振り返っており、職員会議でマニュアルの確認等の内部研修を行っているほか、申し送り時の学習会を通じて、全職員の意識向上を図っている。また、小さな事でも改善に向けて話し合えるように日々、取り組んでいる。	
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	利用者の仕草や表情から思いを汲み取ったり、話をする等、一方的な支援を行わないようにしている。		

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
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	利用者個々の体調や状態に合わせ、利用者一人ひとりのペースに応じた支援を心がけている。		
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	散髪は訪問理・美容室を利用しているが、希望の理・美容がある場合は自由に行っている。また、洋服選びを一緒に行う方もいる。		
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	利用者のできる事は手伝っていただいている。食事形態は利用者に合わせて、おかゆやキザミ食、トロミ食等、対応している。また、職員は利用者と一緒に昼食を摂っている。	利用者の中には積極的に調理や下ごしらえ、食器拭き等を手伝ってくれる方もいる。利用者一人ひとりの嗜好等を把握し、体調に合わせて刻み食やミキサー食を提供している。また、職員も一緒に食事を摂りながら食べこぼしのサポートを行い、和やかな食事の時間を過ごしている。	
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	食事量は毎回チェック表に記入し、把握に努めている。また、水分量は必要に応じてチェック表を活用している。		
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に、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、口腔ケアを行い、一人でできない利用者は一緒に付き添い、確認・介助を行っている。義歯は就寝前に洗浄剤を使用し、清潔を保つように努めている。		
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	排泄表を利用して、時間や状態、仕草を見て声かけや事前に誘導を行い、トイレでの排泄に繋げている。	日々の排泄記録からリズムを把握し、一人ひとりに合った事前誘導を行っており、排泄が自立している利用者もいる。声かけや失禁時の対応には十分に配慮するよう、心がけている。また、介護計画に組み入れて職員間で情報を共有し、褥瘡の予防や夜間の長時間尿取りパッドの利用等により安眠を確保することも取り組んでいる。	
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	水分を多めに摂っていただいたり、食事に繊維の多い物を取り入れている。また、状態に応じて医師に相談し、薬を処方してもらっている。		

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
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	入浴日や時間は一応決まってはいるものの、その時の利用者の体調や希望に合わせて、臨機応変に対応している。	週2回の入浴を基本としているが、ほぼ毎日入浴が可能であるため、入浴しながらの方へも無理強いせず、臨機応変に対応している。また、利用者の入浴の好みに応じたり、疾患等で入浴できない方には足浴を行う等の対応をしている。	
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	ベッド上で1日を過ごしてしまいそうな利用者には離床を促しているが、休息は自由にしている。また、夜間眠れない利用者には医師と相談し、薬を処方してもらっている。		
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	個人ファイルに処方箋を綴じ、職員間で共有している。また、服用に変化が見られた時は、訪問看護師や医師に相談している。		
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	利用者の力量に合わせて、洗濯物畳みや掃除、草取り等、手伝ってもらっているほか、毎日、体操やレクリエーションを行い、気分転換を図っている。また、嗜好品は希望の物を購入したり、家族が持って来てくれる。		
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支援している	できる限り、外出の機会を持つようにしているほか、行事には利用者の希望を取り入れた外出を組み入れている。また、希望があれば家族と一緒に出かけている。	利用者から得た情報を大切に、会話の中から思い出の場所等の把握に努め、できる限り実行している。外出行事では季節感を味わえたり、思い出に繋がるような場所を選んでおり、家族への参加・協力も呼びかけている。また、敷地の御堂を参拝したり、散歩しながら季節を感じることができるように支援している。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	個人で持っている方もいるが使うことはほとんどない。ホームで小遣いを預かっており、外出等で欲しい物があれば購入している。また、必要な物がある時は職員が購入している。		
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	家族から電話が来れば話しているが、自分から手紙や電話をかけたいという利用者は見られない。		

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
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	過度な装飾はせず、行事の写真を貼ったり、季節に合った壁画を作り、飾っている。また、ホールは畳もあり、自由に使えるようにしている。	ホールの大きな窓からは陽射しが入り込み、適度な明るさを保っている。ホールには畳敷きの小上がりがあり、家具や昼寝用の布団を置いているほか、手作りのカレンダーや行事毎の写真を貼り、手作りの装飾品から季節を感じるができるようにしている。また、床暖房で温・湿度を管理しており、乾燥予防のために加湿器や濡れタオル等を利用しているほか、廊下には天井型のエアコンを取り付けており、適切な空調管理を行っている。	
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	ホールには畳やソファを置いており、利用者に自由に過ごしてもらっている。昼寝時は利用者同士で畳で休んでいる。		
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	使い慣れた物を持ってきてもらい、自由に配置したり、写真等を貼っている。	馴染みの品物の持ち込みを家族に勧めており、冷蔵庫や家具、ラジオ、お茶の道具等を持ちこんでいる方もいる。居室担当職員と一緒に家族の写真や手作りの装飾品等を飾りつけたり、クローゼットの中の整理・整頓を行う等、できるだけ自宅と同じ雰囲気の居室となるように支援している。	
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	廊下には手すりが取り付けられてあり、トイレも分かりやすいようにしている。また、居室が分からない利用者にも分かるように工夫している。		