

### 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	0770101749		
法人名	きらり健康生活協同組合		
事業所名	なごみの家・西棟		
所在地	福島県福島市北沢又字下台前1-2		
自己評価作成日	平成30年10月1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	<a href="http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do">http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉ネットワーク
所在地	〒974-8232 福島県いわき市錦町大島2番地
訪問調査日	平成30年11月16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)】

現在は、活動好きの入居者が多いので、なるべく毎日、家事活動はもちろん、散歩や日光浴、体操や歌などを行い皆さんで楽しんでます。  
ご家族との時間も大切にしており、面会時は過ごしやすく、外出時には、なるべく楽しんできてもらえるよう努めています。

#### 【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)】

関連事業所と連携がよくとれているので、通所介護からの入居希望者が多く、家族へのサポーター事業も行っているため利用者家族にも支持を得ている。  
事業所が職員会議や工房として使用している多目的ホールを地域に積極的に開放して、地域の会議や体操教室などに使用され、住民活動の拠点としても機能している。身体拘束をしない研修が義務づけられたことをきっかけに職員らが独自のチェックリストの作成を行い、毎月、項目を見直し、チェックすることで、利用者本位の支援の充実を図っている。

### 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ます (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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎年スタッフ間で事業所理念をもとに各棟で理念を立てている。その理念を実践できるように毎月、スタッフ会議で月ごとの目標も立てて実施している。	職員は毎月の目標を設定し、利用者に安心を与えられるケアの実践に繋げている。目標は反省点や季節性をふまえて毎月見直しをし、ケアの充実を図っている。	
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	日常的な交流は難しいが、行事に地域の方に参加していただいたり、散歩している近隣の方とあいさつを交わしたりしている。 スタッフのみではあるが町内会の防災訓練に参加したりしている。	散歩をするときに隣接する幼稚園児と挨拶を交わしている。敷地内の老人保健事業所に小学生やボランティアが慰問に訪れた時には利用者も出向き、また、花見や芋煮会などのイベントには町内会長、民生員を招いて交流している。	
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	認知症介護についての相談窓口を月に1回開催している。また、4月から共用型デイサービスを開始している。 法人の圏域ブロックで開催している、認知症介護懇談会に協力し、スタッフが参加したり、会に参加する認知症患者様をお預かりしている。		
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	事業所報告や学習会を内容に2か月に1回行っている。身体的拘束適正化委員会も合わせて開催している。北沢又区長・民生委員・地域包括職員の参加もあり、地域の状況もうかがっている。	会議では活動報告と利用者の状況を説明している。テーマを決めた認知症関連の学習会を毎回実施している。最近では口腔衛生、嚥下問題、摂食関連などについて学んでいる。	
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に取り組んでいる	福島市介護相談員を受入、いただいた意見を参考にサービスの向上に取り組んでいる。	長寿福祉課とは制度変更や共用型デイサービスなどについて、電話や直接担当職員に出向いて相談している。同課からの要請で緊急ショートステイを受け入れるなど緊密な連携を築いている。	
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	学習会の参加で正しく理解し、毎月、身体拘束防止に向けたチェックリストに基づき、読み合わせをしている。玄関の施錠は開設時から夜間以外はしていない。行きたいときに外に行ける雰囲気も作られており、入居者も当たり前自由に玄関先へ行かれる。身体拘束にあたるケアがないか話し合いをしている。身体的拘束適正化委員会で報告して	法人やグループホーム連絡協議会の研修会に参加し、身体拘束について学んでいる。内容は職員会議などで報告し、共有している。職員は何が拘束にあたるのか、毎月チェックリストを作成し、反省することで慣れや甘えを戒めている。	
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	毎月、身体拘束・高齢者虐待防止に向けたチェックリストに基づき、読み合わせをしたり、研修や学習会に参加し、不適切なケアがないよう防止に努めている。		

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	学習会に参加するとともに、スタッフ間でも必要時に学ぶ機会を作り理解に努めている。また、個々の必要な方には、声掛け支援している。		
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・解約時はもちろん、ご家族・入居者へ説明と話し、理解・納得していただけるよう努めている。		
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	面会時や電話連絡の際など意見や要望を言いやすい雰囲気を作るよう心掛けて対応している。運営推進会議等、利用者や家族等が意見しやすい場を設けている。	利用者からは本人直接に、家族からは面会時に意見を聞いている。マグロや寿司を食べたいという要望にはメニューに反映させたり、家族の協力で外食に出掛けるなど応えている。家族からは宿泊の要望があり、食事提供も含めて対応している。	
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	声をかけてもらえるよう努め、意見や提案を反映できるよ努めている。スタッフからの提案や要望は必要に応じ、管理者から代表者へ伝え、意見が反映されるよう努めている。	日常の勤務の中や毎月の職員会議などで職員意見を聞く機会がある。開所より15年を経過しているため、台所の混合水栓やガスコンロの更新、エアコンの修理など備品にかかる要望が多くあり、代表に伝えながら意見を反映させている。	
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	代表者は年に1度の職員アンケートと2か月に1度の全事業所管理者会議で状況を把握し、各スタッフの状況に応じて、条件整備に努めている。労働組合にも執行委員を立て活動している。		
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	代表者は、管理者と意見交換をしながらスタッフへの研修参加を検討し、参加の機会を設けている。法人内の研修も充実している。		
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	代表者は、管理者から情報や相談を受け、サービスの質の向上に取り組んでいる。また、県認知症GH協議会に所属し、管理者会議や研修に参加し、他事業所との情報交換等行うことで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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前に本人・家族の要望を聴き、入居者が早く安心を確保できるよう、そして負担をかけない様な接し方ができるよう努めている。		
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	事前の情報も考慮しながら、家族から意見を聴き、職員同士の情報共有し、家族に提示し、安心につながるよう努めている。		
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	今何が必要なのか考え、本人を含め、家族への負担のないような話し合いをし、ケアプランの初期導入はもちろん、個々にあったサービスを対応できるよう努めている。		
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	自立支援を促すため、できることはやっていただき、個々の過ごし方に合わせた支援を行うことが出来、かつ本人から話を聴きながら反映できるよう努めている。		
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	本人の気持ちを考慮し、意向を尊重しながら、家族の負担にならない程度に面会や行事に参加いただき、関係を大切に努力をしている。		
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	日々過ごす中で、馴染みの方との交流が楽しみの1つとなるよう関係を持ちながら支援に努めている。	近所の友人や家族、親戚らが訪れたときには居室に案内し、お茶を提供しながらくつろげるように対応している。言葉数の少ない利用者については近況を伝え、利用者がさみしがらないよう、家族に来所だけでなく手紙や電話もいただけるようお願いしている。	
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	入居者同士が気遣う様子見られるも時には、スタッフが間に入り、1人1人が孤立せずに生活できるよう努めている。		

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	契約が切れてしまうとその後の関係が途切れてしまうことも多いが、ご家族から相談などあった際は、協力できるよう努めている。		
<b>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</b>					
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	できる限り入居者の希望を聴いたり、聴くのが困難な方へは、表情やしぐさなどから読み取ったり、ご家族に書く認めるなどしている。希望や意向は、計画作成担当者へも相談しケアプランの見直しなどでも活かしている。	思いを話せる人からは直接聞いている。困難な人の場合は身振り手振りなどの動作を読み取る事を大事にしている。読み取りに対応した結果を家族に連絡して、確認を行い、本人本位に検討している。	
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	個々の生活歴や暮らし方・環境などを把握し、必要に応じて以前のサービス事業所から情報をもらうなどして記録に残し、スタッフ全委員が経過を把握できるよう努めている。		
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	個々の日々の記録はもちろん、受診や訪問診療などの情報、面会時の様子や家族とのやり取りも記録に残し、現状把握に努めている。		
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	ケースカンファレンスはもちろん、スタッフ会議や日々の申送りでも検討し、必要に応じて多職種にも連携を取りながら、現状に即したケアプランを作るよう努力している。	入居時に要望を聞き、実態調査を踏まえてケアプランを作成し、1ヶ月間経過観察して見直しを行っている。利用者担当制の職員は介護記録を参考に各棟で話し合い、計画を決めている。必要に応じて医師や看護師、歯科医、理学療養士と相談している。	
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	日々のカルテにケアの実践・結果・気づき、ケアプランの実施ももちろん記入し、情報旧友しながらケアプラン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、その時々にも生じ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	個々の状況に合わせ、場合によっては、多職種にも相談し、その時の状況に早急に対応できるように取り組んでいる。		

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
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	個々が在宅で暮らしていた時の関係性も大切に、主治医の継続はもちろん、近所の友人や親せきの方等との関係も大切に継続できるよう努めている。		
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	入居前からの主治医を継続していただけるよう努めている。受診の際は、毎回情報を作成し、提供している。	かかりつけ医は継続受診を基本に家族対応で行っている。継続が困難な場合は協力医が往診している。家族立ち会いが原則で、出来ない場合に職員が支援し、結果は家族に連絡し共有している。歯科医も同様の支援を実施している。	
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	週に2回定期的に訪問看護師が来所し、個々の対応をしている。必要時に小さな変化や気づきも報告・相談している。		
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。	入院時はもちろん、入院中や退院時にも連絡を取り合いながら、情報交換・相談している。		
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	入居時に説明し、入居中も本人・家族と話し合っている。常に医療とも連携を取り、支援するように努めている。	入居時の要望は詳細に聞き、事業所の出来ること出来ないことを説明している。毎月の面会時や利用者の体調に変化が生じた時に、特に重度化での看取りまでの対応策を確認し、終末までの支援に取り組んでいる。	
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	定期的な学習会へ参加し、対応できるように努めている。		
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	定期的な訓練を行っている。隣接の老健とも連携をとっている。地域の防災訓練には、スタッフが参加している。備蓄も準備している。	年2回の避難訓練を行っている。火災を想定した避難訓練を重視して来たが、消防署の指導で水害や火山噴火を想定した訓練も行っている。消火訓練は毎回ガス系のもので行っている。備蓄は水や食糧を5年保存品で数日分を準備している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	入居者1人1人の人格を認め、常に誠意をもって接することを当たり前心がけている。	人生の先輩として、さん付けで呼びかけている。人によっては方言と共通語を使い分けている。居室には必ずノックし、声掛けをしてから入室している。トイレや風呂への誘導にも声掛けに注意しながら支援をしている。	
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	入居者の言葉や表情・行動からどうしたいのか読み取り、表現できるよう支援することも心掛けている。		
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	一人一人の生活ペースやその日の体調に合わせて、どうしたいか本人にお伺いしながらどう過ごすか支援している。		
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	自分で服を準備するのが困難な方には、1枚ずつ見てもらい決めてもらったり、個々の志向が出せるよう心掛けている。		
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	調理や家事を手伝っていただいたり、食事を一緒に取りながら会話することで楽しめるよう支援している。 食器の工夫や好きなものの提供など個々に合わせて楽しく、ご自分で食べられるよう努めている。	利用者は体の動く範囲で食事作りや下膳を手伝っている。食器もメニューによって浅いものや、深いもの、持ち手の太さなど変え、食べやすく楽しい食事が出来るよう工夫している。花見や敬老会、誕生日などには利用者毎に食べたい物を提供している。	
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	個々の摂取量の把握と都度の食事量の確認をし記録に残し、必要によっては申送りや相談し、支援している。 必要時、栄養士や看護師に相談し対応することもある。		
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	美味しく食べ続けるために、誤嚥性肺炎の予防を目的に毎食後、口腔ケアの取り組みをしている。スタッフは、仕上げ磨きをすることで観察やコミュニケーションをとっている。		

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
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	個々に合わせたタイミングを把握し、失敗やおむつの使用を減らすよう努力している。できる限り、プライバシーも守り、自信をもっていただけるよう支援している。	トイレで自分で排泄できる、を目標に支援している。食事やおやつの前だけでなく、利用者各人のパターンを把握し、各人に添った声掛け誘導を行っている。布パンツの使用が多いが、利用者の安心のためパットや紙パンツも使用している。	
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	食品では、乳製品やオリゴ糖、繊維質の多いものなどで対応している。また、日々の活動で適度に運動につながるよう努めている。それでも困難な場合は、訪問看護師や主治医に相談している。		
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	なるべく個々の希望にそえるようタイミングを考えている。声掛けの仕方や回数等もここに合わせ支援している。入浴の苦手な方には、無理強いせず、体調や気分を見て都度声掛けしたり、かかわりを持っている。	毎日入浴できる体制を敷いている。以前は毎日入浴する利用者がいたが、最近は嫌がる人も出て、週2～3回の入浴が多くなっている。入浴剤は好みによって使用し、季節の菖蒲湯、ゆず湯、リンゴ湯で楽しい入浴になるよう支援している。	
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	1人1人の生活習慣を把握し、日々の気分や体調に合わせて、日中の生活を過ごし、夜間に向けて安眠できるよう努めている。		
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	個々の服薬状況を把握し、変更時は、作用・副作用の把握をし、服薬後の変化を観察し、状況把握し、主治医に報告・相談している。連携している訪問看護師にも情報をつたえている。		
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	個々の役割や楽しみを大切に、その日の状況状況によってできることはなるべく地震や楽しみをもって行ってもらえるよう支援している。		
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	日常的に散歩や日光浴を行っている。季節や天候に応じてドライブや買い物もしている。入居者個々からの希望があった際は、ご家族の協力のもと、外出をすることもある。	天候の良い日には散歩や買い物、日光浴での外出を心がけている。自宅への一時帰宅や外食、お墓参りは家族の協力で行っている。季節のドライブではワゴン車で花見や紅葉狩りに出掛けている。	



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	個人でお金を管理できる方は、ごく少数である。必要時は、ご家族へ依頼をすることを基本としている。 外出や行事でお金の使用があるときは、ご家族に説明預かりし使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	家族等からの電話にゆっくろ話ができるよう環境を整えている。また、手紙が届くこともあり、必要時は家族に対応してもらったりしている。		
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	照明の明るさ、空間の使い方には気を付けている。また、湿度や温度にも季節ごとに気を付け居心地よく健康に過ごせるよう努めている。 季節の花や壁画で季節感を味わってもらえるよう工夫している。	照明は明るすぎず暗すぎず、天候や時間で調整している。冬期間は加湿器を使用して利用者が過ごしやすい環境になるよう心がけている。共用空間には年間行事の大きな計画表を掲示し、写真や貼り絵を貼って居心地良い空間作りに努めている。	
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	他者に気を遣わずに過ごせる空間を検討したり、カップリングに気を付けたりと個々が気兼ねなくゆっくろ過ごせる空間になるよう努めている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている。 (グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている。	個々が安心してくつろげるよう入居前の状況や落ち着けるものを配慮し各居室の環境整備に努めている。状態が変化したりした時も本人・ご家族と相談し家具などの配置換えなど状況に応じて行っている。プライバシーも大切に、居室へは、必ず了承を得てから入るよう努めている。	居室は利用者個人の動線を考慮したベッドの配置を行っている。利用者は自宅からタンスやクローゼットを持ち込み、家族写真や事業所での行事写真などを飾り、自分がくつろげる居室づくりを行っている。	
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	個々が自立し、自信をもって生活できるようわかりやすくかつ自然に環境を整える努力をしている。入居者の状況によって見直しをし、安全で快適な環境を作れるよう努めている。		