

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	0290300383		
法人名	有限会社 ゆき		
事業所名	グループホーム大地		
所在地	八戸市白銀町白浜道14		
自己評価作成日	平成31年1月7日	評価結果市町村受理日	平成31年4月9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)】

認知症の人もケアする人も一人の人として周囲に受け入れられ、尊重されることを大切にしている。利用者を生活する主体として捉え、共同生活者として深い人間的理解に立ち、受け入れる姿勢、生涯発達の視点を持ち、可能性を信じ、ゆったり、楽しみながら生活のあらゆる場面を大切にしている。全職員がグループホームでの介護経験者となっている。
八甲田山や階上岳等の山や海が見え、船の汽笛や磯の香りがする景色の良い場所に立地しており、山菜や木の実のソース等が食卓に上ることもある。
また、ホームの横に花や野菜を植えて楽しんでいるほか、ウッドデッキで日光浴やバーベキュー、お茶を楽しんでいる。地域行事にも積極的に参加している。

※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	
----------	--

【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)】

利用者一人ひとりの尊厳を大切にし、買い物や料理、掃除、花壇や畑の世話など、その人の持っている力を成果したケアに取り組んでいる。地域との関わりを積極的にに行い、行事を通して利用者が地域住民と交流する機会を設けている。
身体拘束防止委員会を設置し、「スピーチロック(言葉による拘束)」を行わないケアを目指し、日々検証しながら、全職員が継続的に取り組んでいる。管理者が看護師資格を持ち、24時間相談できる体制となっている。
また、認知症サポーターキャラバンメイトの活動や認知症相談等を通して、地域への認知症ケアの啓発に取り組んでいる。

【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31年2月15日		

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、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	理念とその具現化、地域密着サービスの役割等について研修を実施し、周知・共有化を図っている。また、理念を反映させられるように話し合いを行っている。	「一人ひとりが地域の中で、その人らしくあたりまえに暮らしながら人間としての尊厳を大切に生きていく」という理念を掲げ、スタッフルームへ掲示しているほか、研修会等を通して共有し、日々のケアに活かしている。	
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	学園祭や公民館の行事等、地域行事に参加している。行きつけの美容院の利用を支援する等、繋がりが途切れないようにしている。また、花火大会は近所の方と一緒に見物したり、ハーモニカ演奏やボランティアにも来ていただいている。	ホーム開設にあたり、地域への説明会や内覧会、相談会を行い、地域住民の理解と協力を得られるように働きかけを行っている。また、地域住民を行事に招待したり、ボランティアの受け入れを行い、積極的に地域と交流を図っている。	
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	キャラバンメイトがおり、小学生や中学生等のサポーター養成講座に協力している。地域の理解を深めるため、開設前に内覧会を実施したり、認知症の相談やホームの見学には随時、対応している。		
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	運営推進会議でホームの活動について報告し、いただいた意見は会議で話し合い、今後の取組みに活かせるようにしている。	運営推進会議には町内会長や民生委員、地域団体、公民館長、高齢者支援センター職員、家族等が参加し、ホームの活動や地域の情報等の意見交換を行い、取組みに反映させている。	
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	運営推進会議には地区の高齢者支援センターや市担当課の職員が参加している。資料として毎月発行している便りを配布している。制度等、疑問な点は都度、市に確認している。	運営推進会議には地区高齢者支援センターの職員が毎回参加している。また、ホームのパンフレットや便りを配布して、ホームの取り組みを伝えている。	
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	委員会を定期的に開催して取り組んでいる。研修で禁止となる具体的な行為や、その弊害について理解している。また、委員会や研修を通し、具体的な事例について話し合い、適切なケアの提供に活かしている。日中は施錠しておらず、自由に出入りすることができる。	身体拘束に関するマニュアルや委員会があり、職員は研修を通して、身体拘束の弊害について理解を深めている。玄関は施錠せず、利用者が自由に出入りができるようにしている。また、スピーチロックを減らすことを目標に掲げ、検証しながら日々のケアに取り組んでいる。	

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
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	委員会の定期的な開催や研修を実施している。虐待を発見した場合の対応方法等はマニュアルを作成している。日々のケア場面でストレスにならないように話し合い、職員の精神的な負担の軽減に努めている。		
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	必要時に活用できるよう、日常生活自立支援事業や成年後見制度について研修を実施し、理解を深めている。		
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	重要説明事項書に基づいて、理解しやすいように説明を行っている。不安な事や疑問点について確認し、説明を行っている。		
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	来訪時や運営推進会議等の時に意見や要望を聞き、ホームの運営に反映させている。利用者の発した言葉はカードックスに記入して、共有し、必要な時に話し合いを行っている。また、定期的に利用者の様子や金銭管理等を報告している。	日々の関わりから利用者の不満や要望を汲み取るように取り組んでいる。玄関に意見箱の設置や苦情受付窓口の掲示を行っているほか、運営推進会議では家族が外部へ意見を出せる機会となっている。また、家族が意見を出しやすいよう、利用者の暮らしぶりを月1回の便りで報告している。	
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	スタッフ会議で出た意見は全体会議で話し合い、ホームの運営に反映させている。個人面談を行い、意見や要望を聞く機会を設けている。異動は職員の意見を聞きながら、利用者にも与える影響を考慮している。	月1回スタッフ会議を開催し、シフト毎の業務内容や利用者の相性を考えた居室、座席割りについて意見を聞き、改善に繋げている。また、年2回、管理者との面談により、職員の意見や要望を聞く機会を設けている。	
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	職員がやりがいや向上心が持てるよう、管理者と相談しながら、個人の研修計画を作成して評価している。また、資格取得を支援しているほか、健康診断やインフルエンザの予防接種等、健康を保つための体制も整えている。		
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	研修はアンケートを実施し、要望を取り入れ、年間計画を作成している。外部研修に参加した時は伝達講習を行って周知し、ケアに活かせるようにしている。		

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
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	地区や全国の組織に加入し、情報交換や交流を図れるようにしている。開設前には他県のグループホームの見学を行い、サービス向上に努めている。		
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	利用開始前に面談し、心身の状況や認知症により困難な事、不安な事について傾聴し、ニーズの把握に努めている。面談で得た情報についてはサービス開始前に職員で共有し、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	家族の困っている事や不安な事、要望等を伺い、家族の希望等を把握するように努めている。また、家族からの情報は書面に残し、職員で共有している。		
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	利用前に職員で話し合い、ニーズを見極めるようにしている。他のサービスが必要であれば対応に努めている。		
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	利用者には持てる力を発揮してもらうため、それぞれに応じたアプローチを行い、共同しながら笑ったり、楽しんで生活している。		
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	家族に日頃の利用者の様子等を伝え、情報交換を行うことにより、共に支えていく関係を築くように努めている。また、馴染みの床屋や外食、お盆の墓参り、お正月の外出を家族に支援してもらったり、家族が小旅行に参加している。		
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	馴染みの美容院の利用や知人の来訪、電話の取り次ぎ等、今までの関係が途切れないように支援している。昔のアルバムや家族写真等を持参してもらっている。	入居時に家族やケアマネージャーから、利用者の馴染みの人や場所について情報を収集し、行きつけの美容院の利用や知人の面会を受け入れている。また、行事に家族を招待したり、家族に外出の協力をいただく等して、関係が途切れないように支援している。	

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
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	利用者の相性に合わせて居場所を調整したり、関係性ができるように仲介する等、孤立しないように支援している。		
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	契約が終了しても、関係を継続することを伝えている。		
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	家族から情報を得たり、普段の会話から利用者の希望や意向を引き出し、把握するようにしている。パーソンセンタードケアや紐解きシートを活用し、多角的な視点から利用者本位に話し合っている。	日々の関わりから利用者の思いを把握すると共に、パーソン・センタード・ケアに取り組み、利用者の人生歴から全体像の把握に努め、全職員が利用者の視点に立って、意向を把握する体制となっている。また、家族や関係者の面会時にも情報収集を行っている。	
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	利用者や家族、入居前から利用していたサービス関係者からの情報提供書等から把握している。また、日々の関わりの中から情報を引き出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	利用者の一日の過ごし方や状態を把握し、職員間で共有できるように記録したり、申し送りを行っている。利用者の得意な事や好きな事を取り入れ、生活にリズムを作るようにしている。		
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	介護計画は意見や気づきを反映させ、話し合いを基に作成している。1ヶ月毎にモニタリングを行い、ケース会議で話し合い、利用者に必要なケアの話し合いを行っている。	利用者や家族の意見、職員の気づきを基にケース会議で話し合い、介護計画を作成している。実施状況や目標達成度を評価し、必要に応じて関係者の参加を得てケース会議を行い、再アセスメントを行っている。	
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	暮らしの状況や健康状態について、記録している。職員間で共有が必要な情報はカードックスに記入している。記録は介護計画の見直しに活かしている。		

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
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	受診時の送迎等、柔軟に対応している。		
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	ボランティアの受け入れや公民館を活用している。以前、参加していた介護予防教室への参加を再開した方もいる。		
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	受診状況を把握し、家族と情報を共有している。受診時は健康状態やホームでの様子を書面で医師に伝えている。	入居前の受診状況を把握し、家族の協力のもと、これまでのかかりつけ医を受診できるように支援している。利用者は認知症の専門医や内科、整形、歯科等を受診しており、ホームでの様子について医師と書面で情報を交換し、ケアにあたっている。	
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	職員として看護師を配置し、24時間相談できる体制となっている。利用者に変化があった時は、看護師に報告している。看護師に報告するポイントは研修で行っている。また、いつでも確認できるようにファイルに綴じている。		
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。	入院時、情報提供している。家族の希望を伺いながら、退院に向けた調整や退院後の生活についての相談等を医療連携室を通して行っている。		
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	契約時に重度化や終末期の対応について、ホームの方針を説明している。入居時に事前調書を取って、利用者や家族の意向を確認している。また、ターミナルケアについて研修を実施している。	終末期の対応に関する指針を定め、入居時に家族の意向を確認している。ターミナルケアについて研修を行い、ホームとして対応できる事の確認を行い、職員の不安感にも配慮している。主治医や家族との連携を密にし、意思統一を図っている。	
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	急変や事故発生時の対応、救命講習を年間の研修計画に入れて実施している。また、急変時の対応マニュアルを作成している。		

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
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	夜間を想定した避難訓練を実施している。緊急時の連絡網を作成している。非常災害時に備えて、備蓄している。	非常災害時のマニュアルがあり、年2回、避難訓練を実施しており、夜間を想定した訓練も実施している。災害発生時に備えて、食料や飲料水、紙オムツ等を備蓄すると共に、発電機を用意しているほか、トイレや風呂には井戸水を活用している。	
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	介助時は利用者の自尊心や羞恥心に配慮している。職員同士で声かけや対応等について確認したり、相談している。	トイレや入浴の介助時には扉を閉め、適切な声かけで羞恥心に配慮している。職員の入退職時に誓約書を交わし、守秘義務や個人情報取り扱いに配慮している。また、委員会でも不適切な言動を確認する取り組みがあり、スピーチロックをしないケアを実践している。	
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	着る服や飲み物、過ごし方等、日常生活の場面で自己決定できるように支援し、その人らしい生活を楽しめるようにしている。		
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	入居前の利用者個々の1日の過ごし方を把握し、利用者のペースで過ごせるように支援している。		
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	外出時に化粧をする、帽子をかぶる、スカーフをする等、今までのおしゃれの習慣を継続できるように支援している。整容の乱れはさりげなくサポートしている。		
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	利用者一人ひとりの好き嫌いを把握し、一覧表にして嗜好に配慮している。利用者個々の力量や希望に合わせて、一緒に買い物や準備、後片付けを行っている。	利用者の好みを把握し、献立はその日の担当職員が利用者と相談しながら決めている。利用者は料理や盛り付け、配膳・下膳、茶わん拭き等、できる事を職員と一緒にやっている。職員は食べこぼしのサポートをしながら、利用者と一緒に会話を楽しんで食事を摂っている。	
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	体重の変化や摂取量を観察している。その人の状態に合った食事形態や食具を工夫している。介護食について外部講師を招き、勉強会を行ったり、脱水予防についての研修を実施している。		

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
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	入居前に習慣について情報収集し、利用者個々に支援している。磨き残しのある方に対して助言したり、介助している。法人内に歯科衛生士がおり、必要に応じて相談することができる。		
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	排泄記録から排泄パターンを把握している。ズボンの上げ下げ等、利用者のできる事を奪わないようにしている。紙オムツを使用している場合、継続するか見直しを行っている。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、トイレへ事前誘導を行い、自立に向けた支援を行っている。また、トイレと洗濯場、風呂場が繋がっており、失禁時には他の利用者に気づかれずに支援できるよう、配慮している。	
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	運動の声かけをしたり、乳製品や繊維質の野菜の摂取を心がけ、自然排便に繋がるように支援している。		
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、個々に応じた支援をしている	入浴日は決まっているが、午前と午後に分け、ゆっくりと入浴できるようにしている。入浴時間や湯温等、利用者一人ひとりの意向を取り入れている。洗身の不十分な所は介助している。	利用者の入浴習慣や好み、同性介助の希望を確認し、入浴順や時間帯等に配慮している。入浴介助は利用者の羞恥心に配慮し、1対1で行っている。洗い場が2人掛けになっており、希望があれば仲の良い利用者同士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	その人の習慣やその日の体調に合わせて、休息を取れるように声かけしている。寝つけない利用者には本人が安心できるように本を読んだり、好みのDVDを見る等、一緒に過ごしている。		
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	薬の説明書を提供していただき、理解に努めている。禁忌がある場合は、一覧表にして掲示している。薬の変更時は変化の把握に努め、次回受診時に情報提供している。また、服薬の手順書があり、事故防止に努めている。		
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	生活歴や会話の中から情報を収集し、個人の要望も取り入れて支援している。現在の力量に合わせ、楽しみ事が継続できるように工夫して支援している。また、嗜好品は利用者の習慣を継続できるように話し合い、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
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	買い物や散歩や畑に出かける時は、付き添っている。ドライブや旅行先も利用者の希望に沿うように支援している。また、家族宅への訪問やお墓参り、外食等、家族が支援してくれている。	散歩や日々の食材の買出し、畑の野菜収穫等、利用者の楽しみや気分転換に繋がるよう、日常的に外出する機会を設けている。また、利用者の希望を聞いて、家族の協力を得ながら年1回の遠出や月1回程度のドライブを行っている。	
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、お金を所持したり使えるように支援している	家族と相談し、利用者の希望に合わせて対応している。また、移動スーパーも利用して、買い物を楽しんでもらっている。		
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	家族との電話を支援しているほか、手紙が届いた時は、思い出せるように声がけしている。		
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	季節の花を飾ったり、装飾等で季節を感じられるようにしている。湿・温度計を設置し、日差しや温・湿度等、利用者が心地良く過ごせるように調整している。	どの場所にも自然光が入り、明るい雰囲気となっている。対面式のキッチンや食器棚等を設置し、家庭庭的な雰囲気に配慮しているほか、24時間の空調設備やエアコン、温湿度計の設置により快適な環境を保っている。また、手作りカレンダーや季節の装飾を施し、ホールの大きな窓から見える景色からも季節を感じることができる。	
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	テレビ前にソファを設置して、過ごせるようにしている。利用者の関係性を把握し、調整している。		
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	テレビを持ち込んだり、写真や馴染みの家具を置いて、安心して過ごせるようにしている。利用者の状態に合わせ、配置を工夫している。	ドレッサーやテーブル、テレビ、アルバム等を持ち込んでおり、食器も各自が用意した物を使用している。持ち込みが少ない場合は、入居前に自宅を訪問し、暮らしぶりを観察して、持ち込みを支援し、居心地良く過ごせる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	建物内はバリアフリーであり、手すりを設置している。居室やトイレの場所が分かるように表記している。また、車椅子用の洗面台を設置している。		