

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	0270301385		
法人名	有限会社 ゆき		
事業所名	グループホーム そら		
所在地	青森県八戸市大字大久保字西ノ平25-207		
自己評価作成日	平成24年9月26日	評価結果市町村受理日	平成25年2月28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番30号
訪問調査日	平成24年11月7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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故、感染症、身体拘束・虐待委員会による活動、研修を行っている。</li> <li>・毎年家族の集いを行い家族との親睦を深めている。</li> <li>・ケアが職員個人の思い込みにならないよう、外部研修などで専門的な根拠に基づくようにしている。</li> <li>・質の向上に向けて資格取得や研修にて学んでいる。</li> <li>・地域への認知症の啓発活動として、講演や寸劇を行っている。</li> <li>・余暇活動にて作った作品を地域の祭へ出展し利用者の生活の質の向上を図っている。</li> </ul>
---

【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)】

--

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

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	理念は地域密着型サービスに沿っており、地域の社会資源としての役割も含まれることを認識している。理念を具体化させるよう年度毎に目標を掲げて、会議等で振り返りながら取り組んでいる。		
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	買い物・散歩・回覧板の届け物等、普通に関わり、花見やいきいきサロン等、町内の行事にも出かけている。避難訓練や毎年開催している家族の集いに地域の方々にも参加していただいている。また、町内のボランティアの受け入れをし、買い物へ一緒に出かけている。		
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	認知症サポーター養成講座や認知症の寸劇を通して働きかけている。キャラバンメイトによる町内婦人会の(認知症)勉強会に、講師として参加している。急な相談にも対応し、災害時に協力してくださる「そら協力隊」が結成されている。		
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	利用者の活動内容や、事故・虐待・感染症の各委員会の取り組みについて報告・相談し、意見をサービスの参考にしている。全職員が司会、記録等の役割を持ち回りに行い、個々の意見を出し合い、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に取り組んでいる	運営推進会議や家族会に市の職員が参加しており、震災時の対応等について話し合っている。自己評価及び外部評価の結果も提出し、意見をいただいている。		

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	不適切なケアにならないよう、ひもときシートを用いて取り組みをしている。日中の施錠はどんな場合でもしておらず、利用者は自由に出入りをしている。帰宅願望や無断外出を止めるようなケア計画は作成せず、入浴等が中断しても利用者の意向に合わせている。また、身体拘束について、やむを得ない場合についての体制も整えている。		
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	身体拘束・虐待については、委員会を中心に研修を行っている。虐待につながる不適切なケアについて、職員のストレスや認知症の基本理解等、多角的に捉えている。また、取り組みについて認知症ケア学会で発表している。		
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	職員には研修を通じて理解を求めており、家族には契約時以外にも、必要に応じて、随時情報提供や情報交換をしている。		
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	契約時の説明は口頭だけでなく、わかりやすく文書にして説明し、同意を得ている。利用者や家族等の不安や疑問については、契約に至るまで見学や訪問等、段階的に対応している。また、退居へ向けても、話し合いから課題を整理し、情報提供している。		
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	外部評価の家族アンケート結果の動向について、運営推進会議や家族の集いでフィードバックし、年度目標は利用者の意見を取り入れ、反映させている。毎月のホームだよりを運営推進会議でも紹介している。3ヶ月毎のケアプラン更新時にも意向を聞き、反映している。		
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	各ユニット会議での個々の職員の意見が、月末の全体会議に反映されるようになってきている。勤務体制や異動については、利用者との相性、職員の経験等、バランスがとれるよう配慮している。		

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
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	代表者は毎日定期的に見回り、職員の勤務状況等を把握している。各職員のレベルに合ったキャリアパスのガイドラインを周知して、やりがいが持てるよう目標を立て、面談も行っている。健康診断は年2回実施している。		
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	年間の研修計画をOJT、OFF-JT、SDSに分けて作成し、研修は勤務に配慮しながら、2回に分けて行っている。研修内容については職員の意向を参考にし、より実践に活かされるよう、グループワークやロールプレイを取り入れている。また、法人内に認知症ケア専門士の上級者が従事している。		
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	認知症ケア学会等で発表や交流の場を設け、サービスの質の向上へ向けて話し合ったり、同業者との実践報告会を行っている。		
<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	本人の相談については、病院へ出向く際等、本人が話しやすい場所で直接話を聞いている。課題を見つける質問形式ではなく、世間話等から本人が自由に話せることで信頼関係づくりをし、ホームの生活をスライドを通して見ていただき、安心されるように努めている。		
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	本人への不満等も含め、家族の相談については、家族の立場になって話を聞くことで、信頼関係づくりのきっかけとなるよう意識している。家族としての様々な思いを表出させ、課題の整理に努めている。		
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	どのサービスが本人の今の心身の状態に合っているか、必要とするサービスと、本人が要望するサービス、また、家族が要望するサービスにはズレが生じていることがあるが、必要とするサービスを見極めるよう努めている。		

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
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	職員の知らない調理や昔の出来事等を利用者から聞いたり、家事等をお互いに助け合いながら生活している。介護者として行う排泄等の身体的な介護の場面でも、利用者の感情やプライバシーを優先した関わり方に努めている。		
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	家族としての様々な形をどのようなつながり方でも肯定的に捉え、本人らしく生活していくために、家族としてできること、事業所としてできることを話し合っている。		
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	友人、知人等の来訪時には快く受け入れ、時間に合わせて食事を提供したり、友人宅へ送迎も行っている。ドライブ等は本人の自宅や職場等、ゆかりの地へ立ち寄れるよう努めている。		
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	利用者個々の生活歴や性格等を把握し、今できることをお互いに共有したり、家事等を自然に助け合える場面につなげるよう、その都度調整している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	サービス終了後も面会に行ったり、相談に応じている他、家族から利用者等の近況情報をいただいている。家族の集いにも参加され、家族の立場でサービスを振り返り、意見や感想を聞いている。		
<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	利用者と、何をしたいのか等をきちんと相談し、話し合い、決めている。叶えられないことでも諦めるような声かけはせず、前向きに捉えるように支援している。発語が困難な利用者については、全員で定期的に話し合い、希望、意向について受け取り方を統一している。また、家族へはプランの説明時に要望を伺っている。		

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
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	日常の会話や関わり合いの中で、さりげなくバックグラウンドを引き出すように努めている。一つひとつの情報が、本人にどんな感情をもたらしているのか見極めてから決めている。アセスメントシート記入等で、その情報の共有、統一に努めている。		
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	利用者一人ひとりの生活リズム、できること、わかることをアセスメントして、その中で、本人が困っていることや生きがいにつながっていることをプランに反映し、実行、評価している。また、そのことに影響している身体面、心理面、環境面等も話し合っている。		
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	利用者一人ひとりの言葉や行動からニーズを導き出し、職員の受け取り方、関わり方を話し合い、統一した上でケアプランを作成し、家族にも意見や要望等を相談している。また、受診時には、主治医や看護師より日常生活等のアドバイスも受けている。		
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	1日の様子がわかるように、日課表は身体面と生活面に分けて個別にしている。ケース記録は、ケアプランの具体策に沿ってアプローチした内容を具体的に書いている。申し送りを行い、カードックスやヒヤリハット、申し送りノートから情報を共有しやすいようになっている。		
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	家族、友人、知人の送迎を行ったり、お試し利用ができる等、柔軟な支援をしている。		
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	民生委員や婦人部等に協力を得て、公民館での催し物や小学校のバザー、敬老会に参加している。地域の方の来訪でえんぶり等も行っている。利用者の意向で選挙の支援も行っている。運営推進会議には消防署の方に出席していただいている。		

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
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	協力医療機関の他、個別に本人、家族の希望を受け入れ、受診介助を行っている。受診結果について特変なしの場合は毎月発行のたよりで、その他は随時連絡し、その後の状態についても連絡している。		
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	看護師の資格を持った職員を配置して、医療連携体制を整えている。24時間連絡でき、相談にも応じていただき、緊急時にはホームに駆けつけてくれる。また、情報交換をして、利用者の健康管理に十分に気をつけている。		
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。	入院した時は、安心されるよう毎日見舞いに行き、状態の変化について病院関係者と情報交換し、家族へ報告している。退院後のホームの受け入れや相談についても、家族と話し合い、介護計画等も見直している。		
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	契約時に説明し、同意を得ている。重度化した場合や終末期についての明確な方針があり、家族との取り決めもある。利用者本人のターミナルの要望はアセスメントシートに記入している。また、家族会では、家族と終末期のあり方等を話し合っている。		
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	緊急、救急対応マニュアルがあり、応急手当普及員研修を受講した職員により、市役所よりAEDと人形を借りて、毎年救命講習を行っている。		
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	非常災害時のマニュアルの見直しを行っている。避難訓練は夜間を想定し、出火場所や避難場所等、柔軟に対応できるように努め、ほとんどの利用者と職員が行っている。消防署は毎回参加し、運営推進会議にも出席している。また、緊急連絡網には町内の連絡先も加わり、訓練にも参加されている。スプリンクラー設置済みである。		

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
<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	職員の声かけが不適切なケアにつながらないよう研修を行っているが、職員間ではお互いにマイナス面を指摘し合うのではなく「それでも何ができるか」を話し合うようにしている。記録等の個人情報につながる書類は、外見上は見えないように配慮の上管理している。		
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	利用者のできること、わかることをアセスメントし、それが本人のやりがいや生きがいにつながられるようアプローチをしており、その時やりたいことを支えるようにしている。		
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	利用者個々のペースに合わせ、一人ひとりの言葉や行動を引き出せるよう、ゆっくり待つことを意識しており、その言動がもたらしている意味も考えている。断ることも主体性の発揮と捉えている。1日をどのように過ごしたいかではなく、今、何をしたいのか、瞬間、瞬間を大切に支援している。		
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	おしゃれを楽しむことを目標に掲げ、家族からの情報から、以前からのおしゃれが保たれるように支援している。衣類も本人の希望を取り入れながら、季節に合った服装となるよう心がけている。髪型は訪問理美容を使い分けながら、利用者の好みに合わせている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の能力や意志等に応じ、畑・買い物・調理・片付け等のできることを把握し、一緒に行い、楽しみにつながるようにしている。旬の物や郷土料理を取り入れながらも、全員が同じメニューではなく、好き嫌いに合わせて提供している。		
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	献立はおやつを含めて記録に残し、バランスやカロリーへの把握に努め、水分量は時期やその時の利用者の体調に合わせ、ゼリー等の補食も取り入れながら記録に残している。食器の大きさ等もその人に合わせた物にしている。		



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
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	口腔ケアは毎食後、一人ひとりに合わせたアプローチを行っている。歯ブラシ等の用具も本人に合わせた物を選び、使用している。また、記録に残し、義歯等の物品の管理を行っている。合わなくなった入れ歯の作り直しや歯石を取ってもらう等の受診も支援している。		
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	誘導方法やオムツ使用はケアプランにのせ、見直しをしている。失禁時等はプライバシーが保たれた空間で声かけし、手早く行っている。尿取りパットや着替えを運ぶ際も、他者に気付かれないようにしている。また、安易にオムツに変えないようしている。		
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	利用者一人ひとりの排便のパターンや特徴、便秘のBPSD(認知症に伴う周辺症状)への影響を把握し、記録に残している。おやつに寒天や乳製品を多く提供している。食事、飲料、体を動かすことで、便秘予防に努めている。また、服薬は医療機関、看護師と相談し、調整している。		
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、個々に応じた支援をしている	曜日は決まっているが、仲の良い利用者同士で入れるように調整している。血压や心疾患等や、当日のバイタル、体温、表情等を把握しており、つかりすぎや洗身等に対して適切な支援をしている。端午の節句には菖蒲湯、冬至にはゆず湯等、季節の行事も取り入れながら、入浴支援を行っている。		
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	小上がりがあり、日向ぼっこをしたり、コタツで休めるようになっている。起床、就寝時間を記録している。睡眠に影響する原因(窓、明かり、カーテン等)を調整している他、服薬は医療と相談の上調整している。夜間眠れずに起きてくる方には飲み物を提供したり、話を聴いたりしながら、スタッフルームで眠れるようにしている。		

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
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	内服の変更時はカードックスに種類と副作用まで記入し、わかりやすいようにしている。分包、服薬時はダブルチェックできるようにし、ミスのないよう、朝と夕の内服に色違いのマーカ―をひいている。服薬による症状の変化は記録に残し、家族、医療機関に相談し、薬の調整を行っている。		
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	生活に沿った掃除・裁縫・買い物・畑仕事・ぬりえ・調理等、一人ひとりの生活歴を把握した上でケアプランにのせている。また、趣味の花摘みや一人で散歩、編み物等の楽しみ事を支援し、公民館祭で作品を展示したり、本人の張り合い等とな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。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	回覧板を届けたり、畑、花摘み、散歩、外気浴、買い物、他ユニット等、利用者一人ひとりの希望で自由に外出している。ヒヤリハットから個別の転倒や行方不明の特徴を把握し、付き添いや見守り、GPSを所持してもらう等している。		
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、お金を所持したり使えるように支援している	家族と相談の上、能力に応じた管理や支払い等を個別に支援している。金銭管理を行っていない利用者にも買い物時に支払いをしていただく等、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	いつでもかけやすいよう 電話は本人の希望に合わせて操作を介助する等している。プライバシーに配慮し、スタッフルームや居室で話していただけるよう働きかけているが、本人の希望に合わせている。手紙は開封せず、そのまま渡している。		
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	ホールの照明、BGM、テレビはその場の雰囲気や掃除、食事等、その場面に合わせて調節している。プランタや摘んできた花等を飾っている。窓が多く、換気や光を取り入れるよう工夫したり、遮光カーテンで調節したり、夏はクーラー・グリーンカーテンを作り、日差しや温度調整をしている。		

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
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	小上がりやコタツを設け、1人で過ごしたり、仲の良い利用者同士が様々な場所で過ごせるようにしている。食席も利用者同士や職員の座る位置を配慮し、状態の変化に合わせて見直している。		
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	入居前に家族と相談し、混乱しない程度に馴染みの物を持ち込んでもらえるように努めている。(テレビ、タンス、布団、鏡台、小物等)入居後も状態の変化に合わせて、本人、家族と相談の上で調整し、安心できるような環境づくりを工夫している。		
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	ヒヤリハットについては、居室の段差の工夫等、物理的環境についても話し合い、改善している。手すりは場所や高さにも配慮している。テーブルや流しの高さ、階段の高さ等も調節している。重度化に対応できるようエレベータを設置している。		