

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 | 0193600129 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人富門華会 | | |
| 事業所名 | 安平町認知症高齢者グループホーム「さかえ」 | | |
| 所在地 | 勇払郡安平町早栄栄町133-65 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年10月31日 | 評価結果市町村受理日 | 平成25年1月29日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

| | |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | http://www.kajigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0193600129-00&PrefCd=01&VersionCd=022 |
|-------------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|-----------------------|
| 評価機関名 | 有限会社 ふるさとネットサービス |
| 所在地 | 札幌市中央区北1条西7丁目1番あいビル7階 |
| 訪問調査日 | 平成 24年 12月 3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)】

『入居者の人権と尊厳を守り、個々の生活リズムを尊重しながら「ゆっくり、のんびり、楽しく」生活する中で認知症状が緩和されるようなサービスを提供し、温もりと安らぎのある人生をサポートします』という基本理念の下、職員それぞれが個性を發揮して明るく元気にそして専門職としての意義をしっかりと持って介護しています。

【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)】

グループホーム「さかえ」は社会福祉法人富門華会が安平町より指定管理を受け運営を行っています。運営は役場との綿密な連携の上で行われており、ホームの利用料なども町民が利用しやすいように議会の承認を経て決定されています。また、利用者の重度化などに対応するために医療面での仕組みの整備についても安平町と協議が行われており、今後医療連携などの実施が予定されています。利用者の中には草履作りの名人がおり趣味の作品作りの継続を支援するとともに、小学校の入学式では交通安全のお守りとして豆草履を送るなど、得意なことを通じて社会とつながっているという張りを持った生活を支援しています。利用者の自主性を大切に、あえて日課を設けない生活の中で利用者が行いたいことを支援するようにしています。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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 | | | |

自己評価及び外部評価結果

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-------------------|------|--|--|--|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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踏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 | 運営理念に『地域密着』という言葉が入っていないが、地域の行事への参加や施設行事への地域住民の参加も呼びかけ、地域の一員であるということを確認している | 平成14年のホーム設立時に作成され「ゆっくり、のんびり、楽しく」という理念があります。平成19年に安平町の委託から指定管理に移行した施設であり、利用者の地域とのつながりを大切にしたい運営を目指しています。 | 理念を定めてから10年余りが経過し、グループホームの介護保険上の位置付けなどが変化したこともあり、現在の入居者や職員が目指すべき方向性を検討し、新たな理念について職員全員で話し合うことが望まれます。 |
| 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 | 夏祭りなどを地域に解放しているが、日常的な交流は挨拶程度である | ホームとして町内会に加入しています。近所にあるデイサービスに知人を訪ねたり、地域の行事には利用者と参加をしています。「地域ネットワーク会議」に職員を多く派遣し、認知症の理解を地域に促す取り組みを行っています。 | |
| 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 | 町主催の「地域ネットワーク会議」に参加し認知症の理解を図っている | | |
| 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 | 年に3~4回のペースで実施。話された意見や要望をサービスの向上につなげるように努めている | 運営推進会議は家族、役場、民生委員などが参加して、活動実績や事業所の課題などについて話し合いを行っています。来年度からは2ヵ月おきの開催が予定されています。議事録は家族全員に送付され、会議の内容を共有しています。 | |
| 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 | 町の指定管理施設であり問題はない | ホームにおけるすべての報告を町に行い、適切な運営に関するアドバイスを受けています。また、役場から法人の持つ障害者や高齢者福祉に関する助言を求められた場合はホームとして協力し、地域福祉の向上に取り組んでいます。 | |
| 6 | 5 | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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 | 身体拘束になることのない様に個々のケースごとに検討している。 玄関の施錠は夜間のみ | 管理者が身体拘束防止についての外部研修に参加し、ホーム内の伝達研修を実施しています。職員が理解しやすいように、実際のケアの場面に当てはめて検討を行っています。玄関の施錠は防犯のため夜間に実施しています。 | |
| 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 | 研修に参加した職員の報告などにより研鑽している | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | 内部研修を実施し制度の理解に勤めてはいるが、家族などへの働きかけや支援は行っていない | | |
| 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 | 契約時のみならず、随時必要な場合には話し合いを持っている | | |
| 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 | 機会を作ってはいるが家族般などの意見や要望を聞きだすことはあまり出来ていない | 「さかえだより」を毎月発行しています。また、家族が参加できる行事を企画し、来訪した家族に気兼ねなく意見を出してもらうよう伝えています。利用者の生活などについて家族と共通の話題を持つことにより様々な気持ちを汲みとり、運営に反映するように努めています。 | |
| 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 | 管理者と職員は会議などを通して意見の交換を行っているが、運営者（施設長）とは直接話をする機会が少なく、管理者が職員の意見や考え方を伝えている | 指定管理制度の枠組みの中での運営のため、職員の資質向上や処遇の改善についての取り組みを含めた職員意見の反映については制約のある状態となっています。管理者以外は年契約のパートタイム職員となっており、職員からの意見等は管理者を通じて運営者に伝えています。 | |
| 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 | 職場環境や条件の整備に努めてはいるが、職員の希望に充分に応えられる状態ではない | | |
| 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 | 内部研修の実施と、外部研修の参加のための勤務調整を行っている | | |
| 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 | 管理者は北海道グループホーム協会のブロック理事であるので、他施設との交流の機会が多い | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------|------|---|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | 入居前に行う本人調査の様式を作成し、それによって本人把握に努めている | | |
| 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 | 利用申込みの段階からケアマネなどを通して全般的な相談業務を行っている | | |
| 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 | 担当ケアマネとの連携を密にして対応している | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 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 | グループホームは生活の場であるという認識は出来ているが、やもすれば「介護してやってる」という言動が見られることもある | | |
| 19 | | ○本人と共に支え合う家族との関係 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 | 入居者さんの立場からだけで家族介護を考えがちになる傾向がある | | |
| 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 | アセスメントにより馴染みの人や場所を把握し、途切れることのない様に配慮している | 利用者は町内から入居しているため、床屋や商店などを継続して利用しています。なじみの書店に長年購読している雑誌の配達を依頼したり、友人などの来訪時には居室で過ごしてもらったり入居前に住んでいた地域の祭りに参加する等、利用者と地域とのつながりを大切にしています。 | |
| 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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 狭い空間の中での生活なので人間関係が複雑にならないよう配慮している | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|--|---|---|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | ホーム側から意識的に連絡をとることはないが、退居した家族からの連絡や相談には応じている | | |
| 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 | センター方式を採用して意向の把握に努めているが、困難なケースの場合には個別に職員間で検討している | 入居時や状態の変化時にアセスメントを行っています。利用者の視点を大切にし、センター方式のアセスメントシートを活用し、意向を伝えるのが困難な利用者についても検討しています。 | |
| 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 | 入居前に事前アセスメントを行い生活歴などの把握に努めている | | |
| 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 | 日誌の書式や記入方法を改善し総合的に把握できるよう工夫している | | |
| 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 | モニタリング表を記入しやすい場所(日誌の中)西、介護計画と現状のずれをわかりやすく対比しやすくしている | 介護計画は、短期目標は6カ月、長期目標はホーム入居期間全てと捉え支援を行っています。現在、職員会議の中で話し合っている介護計画の変更についての記録を個別の利用者の計画作成の過程がわかる書式に変更し、計画作成の一連の過程とモニタリングへの流れの仕組み作りを検討しています。 | 介護計画は本人と家族の意向が読み取れる部分が乏しく、職員から見た望ましい支援の在り方が中心となっています。利用者の希望を含めたアセスメントの活用や、サービス担当者会議の様式への記録など、多職種協働によるケアマネジメントの実践を期待します。 |
| 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 | チェックポイントを随時確認しながら記録に記入し、情報を共有している | | |
| 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 | このような取り組みは出来ていない | | |
| 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 | 地域支援を活用している実績はない | | |
| 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 | 全ての入居者さんがそれまでのかかりつけ医を継続している | 町内のかかりつけ医の受診支援を職員が行っており、往診医も確保されています。町外の通院対応は家族が行っていますが、職員が同行し医師に日々の暮らしぶりや症状を伝えたり薬の相談などを行うこともあります。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------------|------|--|--|---|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 職場内に看護師や訪問看護師はいない | | |
| 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。又は、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。 | 地域内に入院可能な医療機関はなく、入院した場合の情報交換は充分とはいえない | | |
| 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 | 医療連携が出来ていないのが現状であり、ターミナルケアの実施は現状では困難と認識している | 重度化や終末期の対応指針は文章化されておらず、現在は口頭での説明にとどまっています。役場と連携しながら利用者の重度化に合わせた対応が可能となるように医療連携についての検討が行われています。 | 利用者や家族は重度化や終末期といった言葉の意味や、いつまでホームを利用できるのか分からないという不安がある場合があります。医療連携の実施に合わせ指針の交付や説明、同意などを丁寧に行うことが期待されます。 |
| 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 | 救急救命方の講習をホーム内で実施している | | |
| 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 | 火災時の避難訓練は毎年実施しているが、災害時や地域と連携した訓練は行っていない | 年1回の避難訓練を行っています。しかし、近隣の方々の参加は得られていません。災害に備えた備品等は法人として近隣施設で備蓄を行っていますが、ホームの分の備蓄品として何が備えられているかの確認がされていません。 | 地域との協力体制を念頭に、年2回の計画的な避難訓練の早期実現が必要です。土砂災害の懸念から変更となった避難所への対応や、法人との役割分担を含め、全職員が当事者意識を持ち取り組むことが望まれます。 |
| 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 | 家庭的な雰囲気や職員としての垣根を持たないようにとの考え方の延長で時折行き過ぎた対応になることもある | 利用者には異なる生活歴や価値観、生活習慣があることを職員が個別のケース毎に検討しています。日課表のない自由な生活を支える一方、利用者の気持ちよりも、若干業務の効率化などを優先することがあります。 | 長く勤務する職員が多いため、認知症を持つ利用者への配慮が欠ける場面があります。理念の策定を通じ、どのようなケアを目指すのかを全員で確認することが期待されます。 |
| 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 | 個々の能力や表現力の変容を職員間で確認しながら入居者さんの意向や希望をくみ取るようにしているが、やもすると、職員の都合に合わせてしまう傾向もある | | |
| 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 | 入居者さんの様子を確認しながら日課表に縛られることなく柔軟に対応している | | |
| 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 | 季節感も考慮しながら配慮している | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 個人により出来ることや好きなことを行ってもらうようにしている | 献立は、同法人のケアハウスの栄養士が確認していますが、普通の家庭で食べるものを提供するようにしています。ホームの畑で収穫した野菜が食卓に並ぶなど、季節を感じられるように工夫しています。 | |
| 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 | 定期的に法人内の栄養士に確認してもらい摂取カロリーを量を把握し、水分摂取量は記録により確認している | | |
| 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、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 | 食後ではなく起床時と就寝時にケアしている | | |
| 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むけた支援を行っている | 失禁パンツ、紙パンツ、パットの使用を入居者さんの状態を見ながら、自尊心と羞恥心に配慮して使用している | 利用者ごとの個別の排泄の記録を行っています。排泄パターンを把握した上での定時誘導ではなく、利用の訴えやしづさを察知して、状況に応じたトイレへの誘導を行っています。 | |
| 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 | 水分摂取量の確認と、医師と相談しながら本人に合った便秘薬の服用を考えている | | |
| 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 | 週3回（火木土）の決められた入浴日の中の時間内で本人の希望に沿うように対応している | 一週間に3回の入浴ができるように支援しています。午前10時から午後3時位までの日中の入浴となりますが、体調が悪い場合や気分が向かない時は無理に勧めず、タイミングを見て支援しています。 | |
| 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 | 健康状態や生活習慣を考慮して配慮している | | |
| 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 | 担当職員を中心に薬剤の変更や追加などがあった場合にはその都度確認している | | |
| 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 | 本人の生活歴や能力に考慮して役割や気晴らしを設定している | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | | 外部評価 | |
|------|------|--|--|---|-------------------|--|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 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 | 原則的には希望に沿うようにしているが、天候・健康状態・職員数などにより、直ぐには対応できないことも多い | 入浴を実施しない日には、できるだけ外出できるように取り組んでいます。法人が所有する車両で全員で花見に出かけたり、個別にケアハウスやデイサービスを利用する友人などに会いに出かけたりしています。 | | |
| 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 | 歩いていける距離に店もないこともあり、お金を自己管理している入居者さんはいない | | | |
| 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 | 特に規制はしておらず、希望があったときには速やかに対応している | | | |
| 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 | 入居者さんの個性や相性を考慮して空間を設定し、安心して過ごせるように配慮している | 居間には、利用者同士が穏やかに暮らせるように、テレビを2台設置するなど、仲の良い同士がくつろげるスペースを工夫しています。利用者が得意とする豆草履や壁掛け、手芸などを飾り暖かな雰囲気となるように工夫しています。 | | |
| 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 | 共有空間に一人になれるようなスペースはない | | | |
| 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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 安全面に配慮しながら、家族の協力を得て居住空間を設定している | 入居の際、また入居後も利用者の状態や心情を汲み取り、利用者にとってなじみの品が身近にあることが安心につながるよう、家族と相談しながら部屋を整えています。 | | |
| 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 | 本人の生活歴や能力に考慮して役割や気晴らしを設定している状況に合わせて居室の位置や食事の位置を検討している。 | | | |