(別　紙)　　作成日　平成　25年　3月　16日

1　自己評価及び外部評価票

【 事業所概要(事業所記入) 】

事業所番号	2091000014		
法人名	社会福祉法人　駒ケ根市社会福祉協議会(A0000003381020210)		
事業所名	認知症高齢者グループホーム　いなほ		
所在地	長野県駒ヶ根市赤穂12797番地1		
自己評価作成日	平成24年12月25日	評価結果市町村受理日	平成25年4月3日

※事業所の基本情報は、公表センター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	http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2091000014&SCD=320&PCD=20

【 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　福祉総合評価機構　長野県事務所
所在地	長野県飯田市上郷別府3307番地5
訪問調査日	平成25年1月24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) 】

地域性にも恵まれており在宅の暮らしに近い環境での生活ができるよう職員一人ひとりが奮闘しています。利用者の皆さんが自由に生き生きと生活できるように柔軟なケアで対応しております。また、少人数での受け入れであるので個別対応ができ本人とその取り巻く家族の皆さんとのふれあいも深く良い関係ができています。

【 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) 】

利用者定員が6名のグループホーム「いなほ」は、小規模ながらもその特色を活かした次のような優れた運営を行っている。

まず一つは、母体が市の社会福祉協議会であるので、介護相談員やリハビリの職員の支援を受けることができ、地域の行事へも送迎の車を手配してくれるので積極的に参加できる。このようなことを通して、地域に根ざしたグループホームを目指している。

もう一つは、利用者が6名なので、一人ひとりに即した管理者・職員の対応がきめ細かくできている。利用者が重度化して対応に困難さを増してきている中、日々の業務日誌や「気づきノート」を工夫し、さらに他の面でも工夫できることがないか、絶えず前向きな姿勢で利用者を支援している。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)　※項目№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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名(　　)

	項目		取り組みの成果(該当する箇所を○印で囲むこと)
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くらいの
			③利用者の1/3くらいの
			④ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項目		取り組みの成果(該当する箇所を○印で囲むこと)
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
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
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
66	職員は、活き活きと働けている(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
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
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

（別　紙）

自己評価および外部評価票

※「自己評価の実施状況（太枠囲み部分）」に記入をお願いします。（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	課題や利用者への支援で迷いがあるときに理念に基づき初心に返るよう職員が心がけている。理念というものの理解ができていると思う。	職員会議などで意見が分かれて迷うと時、理念に戻って考えてみようと、職員と共に振り返るようにしている。そのため、職員も理念に基づいた考えを自分なりに述べることができるようになってきている。	
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	地区社協の支援の他、自治会の方の協力のおかげで利用者も地域で暮らしている満足を感じていると思う。近隣者の訪問も増えてきている。	地区社協が、ふれあい広場や福祉大会などの行事へ送迎、草刈･蕎麦打ちの支援に来てくれている。自治会とのつながりも強く、地域行事へ参加し交流を進めている。1日おきぐらいに近所やボランティアの方が気楽に立ち寄ってくれる。認知症理解を地域に広める「いなほだより」は優れた取り組みである。	
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	いなほ便りに認知症の理解を載せたり、民生委員の方との情報交換をしながら必要に応じてアドバイスをしている。		
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	毎回工夫を凝らして利用者や施設への理解を把握していただくようにしている。又いただいた意見は職員で共有し利用者の生活の向上に生かしている。	2か月に1回、会議の内容等を工夫しながら運営推進会議を開いている。利用者と一緒に運営推進委員の方々に案内状を配ったり、職員全員が会議に参加できるようにしたりして、グループホームへの理解を広くひろげていくようにしている。	
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	市の介護相談員の訪問回数が増え、ますます連携がとりやすくなった。市職員もその都度訪問があり現状を理解してくれ相談に応じてくれる。	市の介護相談員の訪問が2か月に1回になり、利用者や家族の相談に乗ってくれる機会も増えた。また、市職員の訪問もその都度あり、包括センターの職員と一緒になって連携してくれている。利用者と職員はふれあい広場や福祉大会などの行事に参加している。	
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	出来る限り拘束しないケアに取り組んでいるが、事故や医療関連行為への安全を考慮した場合においてはやむを得ないケースがある。	本年度は身体拘束等の外部研修には参加していないが、月2回のケース会議のうち1回は身体拘束をしないケアなどについて話し合い、実践に取り組んできている。転倒防止のための4点柵のやむをえない使用の場合も、家族とよく話し合って対応を考えてきた。	
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過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	家族や地区の方にも理解をしてもらいながら、外部からの視点でも観察してもらっている。又職員間での学習会を持ち常に見過ごすことがないよう心がけている。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	利用者の状況に合わせて活用や理解を深めている。研修に参加し職員間で共有できるようにしている。		
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	説明と共に時間を置き疑問点などあれば出してもらうようにしている。改正時には、お便りと口頭説明を十分にしている。		
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	目にみえての反映はないが、家族会や推進会議を通じて意見を言える場所を設けている。	年2回の家族会には、利用者の家族だけでの話し合いを持つようにして、意見や要望が出やすいようにしている。また、家族と担当職員･所長(管理者)との年2回の家族懇談を設定して、家族との信頼関係を築くようにしている。気軽に話すことができるので、家族の訪問も多い。	
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	月1～2回の職員会議を開き意見や提案を言いやすい雰囲気にしている。また局長が定期訪問をしてくれ職員との意見を吸い上げてくれている。	市の社会福祉協議会の局長の訪問が月1～2回あり、気やすく職員の意見に耳を傾けてくれる。また、所長は「気づきノート」などの記録をよく見て、職員からの意向や意見を積極的に聞き取り、実現に努めてきているので、職員からの信頼も厚い。	
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	労組活動や職場懇談会の中で状況や実績を報告し環境を整えている。賃金アップや手当の支給がなされてきた。		
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	希望する研修や資格取得の機会は充分与えられている。業務に慣れてきた中間的職員への研修不足と感じている。		
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	市内のグループホームとの交流をしている。がネットワークづくりまでは達していない。今後学習会等できる体制をとりたい。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	本人からの情報取得と関係者からの情報を得ながら確保している。入居後も何を希望されているか会話の中から聞き取りができるよう会話を大切にしている。		
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	家族や親せきからの話がゆっくり聞ける状態や雰囲気を作ることを大切にしている。職員が安定した立場でいることが大切と感じている。		
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	バックグランドを重視し利用者の性格を理解し対応に努めている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一軒の家、疑似家族と認識をしながら一緒に暮らしている。職員は気持ちの切り替えがうまくいかずストレスがたまっていることが多いのが気がかりだ。		
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	出来る範囲での支援をしたいが、家族のそれぞれの事情があり思うようにいっていないのが現実である。		
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	気軽に外出できる対応をしているため継続支援が出来ている。認知症状の進行により逆に混乱を招くケースが多くなってきたため今後の課題となっている。	利用者がこれまで馴染んできた場所などには、職員も一緒になって車で出かけるようにしたり、家族の協力を得て出かけられるようにしたりしている。混乱を招く場合は、家族とよく話し合って個別に対応するように考えている。	
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	相性や状態に合わせて間に入ったり見守りをしたりしている。急に仲が悪くなったりすることがもあるが、全体の雰囲気を大切にして後をひかないようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	市や他施設との連携をしながらその後の状態を把握している。家族の訪問もあり良い関係を続けている。		
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	普段の会話を大切にしながら情報を得た時点で「気づきノート」へ記入をし、職員間での共有のケアに生かしている。ケース会議で個別対応のある方など検討している。	日々の「気づきノート」に利用者の様子を記録し、その都度所長からのコメントを入れて、ケース会議で職員間の共有を図るようにしている。	センター方式の生活歴のシートを活用して、利用者のこれまでの暮らしの把握をより深めていくことが期待される。
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	家族を通し生活歴を記載してもらって把握している。もう少し詳細が知りたいため用紙の工夫などしていきたい。		
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	生活する中でＡＤＬを中心に観察しながらできることできないことの把握に努めている。日によって変化があるため状況の把握ができる職員の力量も高めていきたい。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	担当制と全体の把握を行っている。ケースによっては、課題の把握が困難な時がある。また家族からの意見を聞き取れず、現状に即したまでには達していない。	利用者一人ひとりについて、職員の担当制をとり、「私の姿と気持ちシート」や個別の「〇さんケアプラン」を活用し、ケアプランの作成や見直しを行なっている。	普段の業務日誌を見直し、1日の個人の記録をまとめ可視化できるように工夫し、ケアプランの見直しに即応できることが期待される。
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	共有や気づきはできているが、計画の見直しに即応できていない。記録の工夫をしていきたい。		
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	希望や要望にできるだけ対応できてる。遠方への外出、通院や自宅の周り訪問などしている。その都度職員がショートの会議にて決定している。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	行事や近隣の方の寄合いによって昔話や地元の言い伝えなど楽しんでいる。		
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	家族との連携も取れていて問題はない。利用者一人ひとり主治医が違うため個別対応をしている。	利用者全員がそれぞれの主治医を持って対応できるようにしている。また、協力医の総合病院で月に1回定期健診してもらうようにしている。市の社協の職員によるリハビリも週1回ある。	
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	気づいたことや感じたことは連絡ノートに記入をしてもらい必ず確認をして返答をしている。日々の会話の中から利用者の状態が把握できるよう努めている。		
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。	総合病院との連携が取れていて情報交換できている。遠慮せずに状態の把握等聞くこともできている。		
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	病院の指導もあり、家族との話す機会がもてるようになった。症状によっては主治医を中心に終末期への対応もできている。今後もケースによって違いがあるので、各家族に理解をしてもらうよう進めていきたい。	協力医の総合病院の支援もあり、資料を基に家族と一緒に重度化や終末期に向けた話し合いを持つことができた。さらに家族との連携を通して、利用者それぞれについて個別対応をしていくようにしている。	
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	実践的な訓練ができていないため来年は定期的に訓練を試みたい。		
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	火災については連携できている。定期訓練の他推進会議を通して多くの皆様に理解していただいていると思う。その他地震等の対策は概ねできているがまだ身についていない。	小規模ながらも、以前からスプリンクラーや火災報知器を設置し、利用者の防災頭巾や職員のヘルメットを備え、万全を期している。避難訓練も地域の方の協力を得て行い、また、夜の災害時には職員の参集はもちろん、近所の方の協力をお願いしている。	地震についての対策を進めていくことが望まれる。

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 次のステップに向けて期待したい内容
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	お互い理解しあえるまで気を使いながら探り合いの言葉遣いだが関係性ができてくると割と田舎言葉になりがちになる。初心を忘れないよう謙虚な気持ちで対応できるようにしている。	利用者それぞれの育った地域や生活歴を踏まえ、普段のままに、方言などを交えて職員が接している。そのような職員の姿勢が、利用者の人格や誇りや尊厳を大切にし、プライバシーを守る対応の基になっている。	
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	気持ちよく穏やかな気持ちで言葉を発することができるよう、慌てさせず時間をかけて待つようにしている。選択肢を出したりジェスチャー等で表現をしたりする。		
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し、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	職員のチームプレーができていないとこれはできないことと思う。主役はだれか、を忘れないようにしている。できる限り利用者のペースを優先している。		
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	洋服選びや髪形など本人に意思を尊重している。できると思って安心しているとできていない場合があるので今後気をつけてい。		
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	季節のものや懐かしい食材を中心に食事つくりはできるだけ一緒に行っている。認知の進行によって混乱するときもあるが、昔やっていたことは体が覚えていて落ちつく様だ。	献立表は作らないが食事の記録を取って、栄養士に見てもらっている。利用者が出きる事は出きるように職員が支援したり、利用者の時間に合わせて食事を摂るなど、楽しく会話をしながら食事をしている。	
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	概ねの把握はできている。異変に気が付いた時点からの記録や申し送りをしている。糖尿病の方のコントロールが生活の中では難しいと感じている。		
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	毎食後確認や介助にはいっている。拒否をする利用者もでてきているが本人の気持ちを損ねない会話から入りケアしている。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	自立できている方は継続できるよう一部介助をしながら状態の把握をしている。失敗してもトイレに行くタイミングを把握しながら声をかけるようにしている。	利用者それぞれの状態によって、リハビリパンツやおむつ(寝ていいる方)を使用しているが、本人が自分で出きるように支援している。また、時間や場所を見計らって、さりげなく声かけをしている。	
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	症状を把握したうえで原因を把握している。薬に頼らず食事内容での工夫をしている。		
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、個々にそった支援をしている	個別の希望を取り入れていたが、重度化になってきたため全員の希望には至っていない。拒否する場合が多いためいつでも対応できる用意はできている。失禁等にもシャワー対応できている。	お風呂に入るのが楽しんでもらうため、ソーラ設備を備え、2日に1回の割合で、利用者の希望を聞いて好きな時間に入浴できるようにしている。しかし、入浴拒否や重度化のため、利用者の体調に合わせた入浴支援になる場合がある。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	環境を踏まえ安心した寝床の工夫をしている。時間に関係なく本人の習慣に合わせている。また畳に布団というスタイルが安心の方もいる。		
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	理解しての服薬支援をしている。症状によっては主治医との連携が取れるようになっている。		
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	その日の状態に合わせ計画をしている。作業（家事）など時間をかけて行うことや、時間に縛られないようにしている。		
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	家族への協力をもっと得たいが年々減っている。施設側からの外出は買い物やドライブ、個別外食等できている。地区社協の支援で運転手の支援もしてもらっている。	気軽に散歩したり、職員と一緒に買い物をしたり、職員が用事で外出するときは一緒に出たりして、日常的な外出支援を行なっている。また、少なくなったが家族の支援による外出や、市の社協の職員の支援を得ての外出をすることがある。	

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	現在所持している利用者はいない。おこずかいとして施設で預かっているが必要に応じて本人に説明をしたり外出時には個別出費をしながら支援している。		
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	できている。手紙の交換が続いている利用者の支援をしている。		
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	気が付いた時そうじをする、いつも利用者の立場にたっての工夫を心がけている。季節の花や外の景色がいつでも楽しめるよう窓際の空間を大切にしている。	南側に面した居間は窓が大きくとってあり、明るく、外の南アルプスの景色も素晴らしい。また、壁のあちこちに利用者が外出にでかけた時の写真が貼ってあったり、アルバムが置いてあったりして、その写真に職員からのちょっとしたコメントが書いてあるので、思い出しながら会話が弾んでくる。	
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	混乱しないように張り紙や複雑なつくりにならないように工夫をしている。椅子やテーブルは状態に合わせて動かすこともあるが慣れた物などはそのままにしている。		
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	家族に症状の理解をしてもらった上で状態に合わせ、使い慣れた物をや必要なものを用意してもらっている。状態によっては職員が家族の了解を得たうえで用意している。	居室は洋室と和室があり、利用者の希望を基にして決めている。ベットだけは用意しているが、その他の物は利用者が使い慣れた物や必要な物を置けるようにして、居心地よい環境を整備している。	
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」「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	生活を通して「できること」がスムーズにできるよう小物を用意している。同じことを何回してもそこで得る満足感を大切にしている。		