

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	3270500279		
法人名	社会福祉法人 ウェルNC		
事業所名	グループホーム たてがみの郷(たてがみユニット)		
所在地	島根県大田市波根町1290番地1		
自己評価作成日	令和元年11月25日	評価結果市町村受理日	令和2年3月30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 2/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=32

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPOLまね介護ネット		
所在地	島根県松江市白濁本町43番地		
訪問調査日	令和元年12月13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)】

認知症になっても可能な限り住み慣れた地域で自分らしくあつたりの生活を継続できるよう、個々の思いやこだわりを大切にされた能力を最大限に活用できるように支援します。また、本人と家族、地域社会、利用者同士の豊かな人間関係を保ち支えあふ暮らしを目指します。そして私たちは専門職としてその知識と技術の向上に努め、利用者・家族の良き支援者となることはもとより、地域の認知症ケアの拠点となり誰もが安心して暮らすことが出来る地域づくりに取り組みます。

【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)】

理念に沿って長期、中期、短期目標を掲げ、現状と「専門的知識、技術の向上」「地域の福祉ニーズにこたえる」など、職員それぞれが項目を分担して実施計画を作成し、家族、関係者と共に利用者が地域の一員として主体性をもって毎日の生活が送れるように取り組んでいる。法人内のリハビリ職員や栄養士など多職種との連携を図り専門的視点で食事、運動を見直し、利用者が日々活動したり生活の中で選択する場面が増えている。法人全体のイベントを通しての交流や、地元自治会、市、町づくりセンター、ふれあい協議会などと連携し、地域との関係を構築しながら認知症ケアの拠点となるよう取り組んでいる。

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 3. 利用者の1/3くらい 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	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、生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	理念に基づき、利用者が日々はりのある生活をおくれるよう、自らが選択、決定し、活動できる環境を作ることを短期目標を掲げ、職員が3つの重点実施事項を分担し、実施計画を立て、取り組んでいる。	今年度は理念に基づき短期目標を掲げ、具体的な実施計画を立て実践している。日々、ユニット会議や諸会議を通じて話し合っている。	
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	地元保育園との交流を継続したり、地域の行事へ関わるようにしている。また、職員が地域の行事や清掃活動等に参加し地域の方と交流している。また、地域の介護予防活動への協力を行っている。	地域の活動や行事に参加したり、ボランティアや保育園児、小学生等と交流している。中学校では認知症についての話をする機会を持った。地域との関係を大事にし協力関係の構築に努めている。	
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	地域の中学校で認知症に関する話をしたり、する機会があった。認知症サポーター養成講座の講師として活動できるようにしている。		
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	2ヶ月に一回の定期会議を開催し、事業目標の進捗状況の報告と合わせて、利用者の状況報告を行った。委員に施設内を見学してもらい、意見をいただき環境整備の参考にしている。	生活の様子をプロジェクターを使用して紹介している。駐在所、民生委員、自治会長、町づくりセンター長など幅広く参加してもらい、施設を見学してもらったり、自然災害に関する意見や助言をもらい話し合っている。	
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	市町村へは運営推進会議を利用して取り組み状況を説明している。	運営推進会議に参加してもらい情報を共有している。介護や福祉だけでなく、防災や町づくりなど協力し合い取り組んでいる。	
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「介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	法人全体として、毎月身体拘束廃止委員会を開催し、また、研修を行い職員全体で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。日中は自由に出入りができ、夜間の施錠については本人の了解を得て行っている。	毎月法人の委員会に参加し、内容をユニット会議で伝え全職員で確認し合っている。「気付きノート」をもとに利用者主体の支援に努め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	研修を開催し虐待防止について考え、実践できるようにしている。日々気づいたことはミーティング等で話す機会を設けている。		

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
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	全職員の制度の理解については未だ不十分であるが、日常生活自立支援事業や成年後見制度対象利用者を通して学ぶ機会を持っている。		
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	入所時に本人・家族に書面を使って説明し同意を得るようにしている。利用後も家族会等を通して再度説明する機会を作っている。		
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	意見箱や面会、サービス担当者会等で意見要望を聞くようにしている。また、相談窓口として第三者委員や外部の機関の情報提供も行う意見・要望があった時は法人の委員会にあげ、改善の取り組みを行っている。	面会時やカンファレンスに来てもらった時に話し合い利用者の状況を伝えて意見や要望を聞いている。家族会は遠方の家族も参加しやすいように春に開催し、意見をしっかりと聞き運営に反映させている。	
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	全体職員会議や部署会議で意見を聞く機会を設けている。	ユニット会議や日々のミーティング、引継ぎの時等に意見を聞き気付きや情報を共有している。調理台の改装や転倒リスクへの対応策など、職員の意見を改善に繋げている。	
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	一人ひとりのスタッフと面接を行い、個々に応じた目標設定をしキャリアアップに向けてサポートする仕組みがある。働く上での相談には都度、応じている。		
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	内部で職員のレベル毎の研修計画に基づき参加できるようにしている。合わせて外部研修の情報提供を行い個人にあった研修に参加出来るように努めている。		
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	外部研修やグループホーム部会での機会がある。相互訪問等は実施できていない。		

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
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	入所前の面接で、本人の生活の意向の把握を行い、入所初期段階では特に本人とゆっくり関わり、会話の中から想いをくみとり、安心して過ごせるように関係作りにつとめている。		
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	入所前の面接で家族の気持ちを確認し入所後の生活について説明を行っている。面会時には職員側から積極的に声をかけるようにし、家族が気軽に話しが出来るようにしている。		
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	利用申し込み時や利用前の面接において、本人・家族のニーズとグループホームで提供するサービスが合致しているか検討し、必要に応じて他のサービスの紹介も行っている。		
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	利用者本人が生活の主体者であることを忘れず本人のできるところを個々の価値観を大切にし、支援している。また利用者から学ばせていただくという気持ちで支援を行なっている。		
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	利用開始時に家族に対して、ご本人への支援を共に行っていくことの説明を行い、家族の役割をケアプランの中に位置づけ、サービス担当者会議で都度話し合う機会を持つようにしている。		
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	本人の希望を聞き、ご家族の協力・理解も得ながら自宅や馴染みの場所へ行ったり地域のイベント(お祭りなど)に参加している。	地元の祭りや馴染みの店に買い物に出かけている。ケーブルテレビでイベントでの利用者の様子を見て会いに来た知人もいたり、家族の協力で美容院や墓参り、外泊などする人もいる。	
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	気の合う利用者同士でゆっくり過ごせるように席や環境の配慮をしている。調整が必要な場合は職員も仲介に入り、利用者同士の関係が持てるよう支援している。		

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
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	利用が終了した後、その後のご本人の様子やご家族の状況を伺うようにしている。退居時には何かあれば相談に応じる事を伝えている。		
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	本人がここでどのように生活したいのか、希望を聞いている。うまく表現できない方には家族に聞いたり、表情やしぐさを見逃さないようにしている。	家族から得た情報や、日々利用者に寄り添い思いや要望を聞き、プランに入れ利用者が主体性をもって毎日の生活が送れるように支援に繋げている。	
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	本人・ご家族、必要に応じて利用前の担当者から情報収集を行っている。また、カンファレンス時やミーティング時に、その確認や情報共有を行っている。		
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	利用者の担当者が中心となり一日の過ごし方、心身状態等の把握を行い日課表を作成しているが、利用者自身で意識して活動できている方が限られている。		
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	モニタリングから課題を抽出しその課題について全スタッフから意見や情報を収集しカンファレンスを行っている。それをまとめプランを見直し、本人・家族を含めたサービス担当者会議で決定している。	利用者や家族の意向や要望を反映させて原案を作り、モニタリングで新たな課題を検討し見直しを行っている。サービス担当者会議に家族も参加している。家族の協力を得て散髪、外泊などもプランに取り入れている。	
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	ケアプランに即した記録に努め、それをもとに実施評価を行っている。細かいケア内容の変更が生じた場合は都度カンファレンスを行い必要な変更を行い、その内容を記録システムで周知している。		
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	法人内のリハビリスタッフと連携し、利用者のADL評価やリハビリについて相談・対応を行っている。		

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
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	利用者それぞれの今までの関わりある人たちも地域資源と捉え、そのつながりが継続できるよう家族にも理解、協力を得られるように努めている。		
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	とくべつな事情を除いて本人・家族の希望するかかりつけ医を主治医とすることが出来る。往診や家族対応での通院が出来ている。定期的な往診や体調不良時にも連絡できる体制になっている。	利用者それぞれのかかりつけ医の受診を支援している。専門科は家族と通院している。必要な情報を病院に伝え適切な医療が受けられるように支援している。	
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	職場内の看護師に日々の状況をすぐに伝え相談している。体調不良時にもかかりつけ医の看護師に状況を報告できている。休日・夜間も電話で相談、指示を受ける体制をとっている。		
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。	入院時にはそれまでのADLや生活状況を医療機関へ情報提供している。退院前には医療機関へ出向くなどして情報を得ている。		
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	入所時に重度化した場合の指針を説明している。重度化した際は、本人・家族の希望も聞き事業所でできること、できないことを説明しながら、医師・家族・看護職員・介護職員・計画作成担当者と一緒に話し支援に努めている。	入居時に指針を説明している。重度化、看取りについてはその都度状況に応じて家族、関係者と話し合い、事業所としての可能な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	救急法の研修を行ったり、想定できる緊急対応については主治医、看護職と相談し家族に了解を得るようにしている。定期的に勉強会などで繰り返して研修を行い緊急時に的確な対応ができる技術の定着が必要。		
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	火災については避難訓練を昼夜想定で実施し、地元自治会長を招いて意見をもらっている。具体的な初動等については部署でも確認している。	法人全体で昼夜を想定した合同訓練を実施している。事業所としてマニュアルに沿って点検、確認をしている。運営推進会議で地域との話し合いも行っている。	

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
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	利用者の人格を尊重した声かけ、態度で接することを心がけている。不適切な対応がないか、職員同士で気づいたことを上げるようにしている。	利用者を人生の先輩として敬い、目線を合わせて声かけをしている。職員は研修や「満足いく暮らし委員会」で話し合い、利用者の人格を尊重した支援に努めている。	
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	未だ不十分な点はあるが、利用者自身が決定できる場面をできるだけ逃さないよう努めている。自分で決める事が難しい方には、選択しやすいように情報を提供し、自己決定の場面を作るようにしている。		
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	業務中心になっていないか、いかに利用者のペースで生活していただけるかを機会あるごとに検討しているが、一日の過ごし方にはまだ改善が必要である。		
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	本人のこだわりを大切に支援している。衣類について本人と相談しながら選んでもらうよう努めている。衣類等必要なものを家族に相談、依頼することもある。		
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	食べたい物を聞き、畑の野菜も使ったりしながら好みに合わせて一緒に食事作りや盛り付けを行っている。誕生日に希望があれば外食に出かけることもある。出来る方は後片付けも各自で行っている。	畑の野菜を収穫したり、準備から片付けまで持てる力を発揮してもらっている。朝食の主食はパン、ご飯、飲み物はお茶、コーヒーなど、自分で選んでもらう事で話題作りに繋がっている。	
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	水分や食事量を確認し個人ごとに記録に残している。食事や水分摂取量が少ない時はゼリーを提供したり、栄養士に相談し高カロリー食品等の利用や本人の趣向に合わせた食事提供などを工夫している。		
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	一人一人に合わせた声かけや介助の仕方を工夫しているが、自分で行えている方について、口腔ケアの方法や、確認が不十分などところがある。義歯使用の方には義歯洗浄剤の使用をすすめている。		

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
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	安易にパットやおむつの使用をすすめるのではなく、排泄パターンをとり、一人ひとりに合わせた排泄誘導や排泄用具を検討している。	排泄パターンを把握し利用者の状況を見ながら適切な声掛けや誘導を行い、少しでも自立した状態が続けられるよう支援している。	
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	水分摂取や運動、オリゴ糖やきなこを使用し便秘解消に取り組んでいるが、多くの利用者が下剤の使用が必要な状態である。		
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	可能な限り、本人の希望する時間や回数にできるように努めている。入浴を拒否する傾向にある方については声かけのタイミングや方法を職員で統一できるよう話し合っ対応している。	利用者の体調や状況に合わせて手浴、足浴、シャワー浴、等個々に沿った支援に努めている。利用者同士の「気持ちよかったよ、あんたも入っておいで」の会話で入浴に繋がった人もある。	
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	ひとりひとりの状況に応じて休息をすすめている。室温等にも気をつけている。冬場は温かい飲み物・あんかや毛布を使用して安眠ができるように配慮している。		
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	利用者ごとに内服している薬を確認している。変更した場合は記録と共に申し送りしている。副作用については薬の説明書を確認したり、看護師から説明を行う。服薬支援は利用者の能力に応じた対応をしている。		
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	生活歴や得意だった事、好きだったことを聞き、プランに盛り込み、実施できるよう工夫、働きかけている。それぞれの活動やその人なりの役割もできているが、さらに工夫が必要。		
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	買物や自宅・行きたい場所に希望時は行けるようにしている。家族に協力していただいているケースもある。自分から言えない方は機会が少ない。	自宅、墓参りにドライブを兼ねて外出したり、散歩や近くの馴染みの店へ買い物に行く等支援している。春、秋には遠出の外出をしている。家族の協力で美容院や外食に出かける人もいる。	

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	自分の必要物品を購入の際は、できる限りご本人が選び購入できるようにしている。預かり金をしている方もできるだけ自分で支払いをする機会を持て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	希望される時は連絡できるように対応している。家族から本人へ電話がある時は直接話しができるようにしている。サポートしながら家族との手紙のやり取りが出来ている方もいる。		
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	季節の物(ひな人形、笹飾り、クリスマスツリー等)や花を飾り季節が感じられるようにしている。空気の入替えや日差しを取り込む、あるいはさえぎるなど、利用者に聞きながら快適な空間となるよう工夫している。	季節に合わせた飾りつけやシクラメンが置かれ壁面には行事の写真や習字、ぬり絵など掲示している。畳の間や空間を仕切る衝立を置きプライベートスペースに配慮した工夫をしている。	
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	共有空間の中にソファやつい立等を使用し何人かが集える所、一人で過ごす所など、その時々利用者が思う場所で過ごせる空間づくりを行っている。		
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	入所時には本人・家族でベッドの位置や好みの物を持参し、心地よく過ごせるように工夫している。家族の写真を置いたり、自宅で使っていた家具の持参を家族に相談したりしている。	かけとユニットは和室仕様、たてがみユニットは洋室仕様となり利用者の状態や希望に合わせて工夫をしている。好みの家具や小物を置き壁には家族の写真や作品を飾っている。	
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	本人の生活の妨げにならないように、安全に過ごせるように都度改善している。台所や浴室、掃除用具などが分かりやすく安全に使えるような表示や設置場所の工夫をしている。		