

### 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	2297200574		
法人名	医療法人社団 拓己会		
事業所名	多機能ホームながつる グループホーム(えがお)		
所在地	静岡県浜松市東区長鶴町249		
自己評価作成日	令和元年 10 月 26 日	評価結果市町村受理日	令和2年 2月 14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	<a href="http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階
訪問調査日	令和元年 11月 22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)】

多機能ホームながつるでは、様々な認知症をもつ利用者様の特性を理解し、個々のニーズに応じた介護ケアを検討し、実践できるように努めています。  
母体に中田島クリニックを持つことで、常に医師との連携がとれ、適切な健康管理ができること、また、利用者様が住み慣れた施設で最期まで生活できるよう支援できる環境に在ることは、当施設の強みと考えます。  
また、地域とのつながりも強く、自治会の皆さまの協力を得て、地域行事参加も積極的に行うことができます。

#### 【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)】

基本理念の3本の柱の一つに「認めます」を掲げ、「多数の中の一人ではなく、たった一人の方であることを意識」して支援している。利用者一人ひとりに寄り添い、個々のニーズを把握して個別性の高い支援をしており、介護保険法の精神である「個別ケア」の実践である。  
娘さんに会いたい利用者と母親に会いたい娘さんの意向を汲み、職員の送迎で利用者が定期的に自宅に外泊している。佃煮がないと食が進まない利用者のお膳には、小皿に入った佃煮が添えられていた。食事の準備や片付けを利用者が手伝い、利用者の応援でぶどう棚も完成した。個別ケアの実践があつて、盲目の利用者も自立した生活ができている。

### 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
<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	入職時に法人管理者より施設理念について説明機会あり、毎日の申送り時理念の唱和行い、職場においてもオリエンテーションを活用し伝達している。	法人設立時から掲げている「利用者への愛、敬い、認め」を職員に周知し、さらに地域にも理解を広めようとしている。そのために、運営推進会議の席で法人理事が資料を配布して理念に関する話をしている。	
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	運営推進会議を主として、自治会の協力を得て、地域の行事の参加したり、施設行事の参加を促したりして定期的な交流を行っている。	法人に対する地域理解が、ホームの開設と共に急速に進んだ。地域行事に利用者が参加し、納涼祭等のホームイベントには地域からの参加がある。フラダンスや婦人会のハンドベル演奏等、ボランティアの来訪も多い。	
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	行事の場を開放し、施設内での認知症を持つ利用者様の暮らしを知ってもらったり、介護方法や資源の相談にも気軽に応じられるように努めている。		
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	定期的な運営推進会議の開催により、ご利用者様のご家族様・民生委員・行政参加者からの評価やアドバイスを受け、施設のサービス向上に活かしている。	毎偶数月に運営推進会議を開催している。家族代表、市・介護保険課担当者、地域包括支援センター職員、自治会役員、民生委員等がメンバーとして参集し、ホームからの状況報告に続いて意見交換をしている。	会議メンバーが固定していることから、会議の形骸化傾向は否めない。法人内の姉妹ホームとの共同開催を試みる等、マンネリ打破を期待したい。
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	東区役所・地域包括・民生委員の方々と連携をもち、アドバイスや相談関係を持つように努めています。	運営推進会議には、市・介護保険課の担当者や地域包括支援センター職員が参加し、有益な情報提供がある。区役所の担当者とも、良好な関係の継続に努めている。	
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「介指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	身体拘束の勉強会を通じて、認識し再確認をしている。 玄関施錠は、施設の立地状況も踏まえ行っているが、要望に応じて職員と戸外に出られる状況確保はなされてる。	法人内に「身体拘束適正化委員会」が組織されており、管理者が委員として参加している。委員会での決定事項や伝達事項については、朝礼やワーカー会議を使って職員周知を図っている。	
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に注意を払い、防止に努めている	虐待防止の勉強会を通じて、虐待が見過ごされないよう理解と防止に努めている。		

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
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	具体的な後見人制度に対しての勉強会実施は出来てない。ただし、同一施設内においての検討を要する事例を通じた情報は得られる状況にある。		
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・解除・改定時は契約書及び重要事項説明書の書面を用いて十分説明をし了承・理解を得ている。疑問点についても随時説明をし理解が得られる状況を得ている。		
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	日常における利用者様・家族様の要望に対して、即時に検討して回答できるように、「ご意見受け受け票」「ご意見箱」を設置し、要望・質問にタイムリーに対応し、運営に反映するように努めている。	家族のホーム来訪が頻回にあり、その際に職員が意見や要望を聞き取っている。定期的に自宅に外泊する利用者があり、家族と担当職員との間で情報共有を目的とした「交換ノート」の活用事例がある。	
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	月一回の職場会議にて意見交換や課題解決に対する検討機会を設けて反映している。	全員参加を前提としたワーカー会議が毎月開催され、欠席者は「欠席届(前)」に自らの意見を記載して提出している。会議後に議事録を閲覧し、「欠席届(後)」に会議決定事項等に対するコメントを記載している。	
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	代表者による個人面談を実施している。職員個々の勤務状況を把握して、適切な要員構成になるように努めている。		
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	法人内での勉強会に参加して頂いている。また新入職員は教育チェックシートを用いながら技術習得出来るよう支援している。		
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	研修参加の機会を得て、同業者との交流や意見交換のばを得ている。		

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
<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	初期の記入段階において、不安が最小限に出来るように、サービス導入前に基本情報を収集し、生活上のニーズ把握に努めている。得られた情報は、職員間で事前に周知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	サービス導入前に、家族様の抱える介護上の問題や不安を確認し、その緩和や解決が出来るように努め、必要時に相談しやすい関係づくりを心掛けている。		
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	サービス導入段階において、本人様や家族様が、今何を必要としているのかの把握に努めている。また、本人様の状況に見合った支援方法を随時検討している。		
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	共同生活の場としての認識を基本として、職員・利用者様と共に協力して作り上げる、雰囲気を保てるように関係を気づいている。		
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	サービス担当者会議に、本人様・家族様・職員が参加する事を基本とし、利用状況を説明し、本人様と家族関係にも注視しながら、家族様の意向をふまえてケアの方針を考えている。		
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	家族様以外の、友人や近隣の人などの面会機会を推進している。	昔からの友人の来訪があり、利用者の健康と暮らしぶりを確認して帰って行く。老健で一緒だった2名の利用者が、ホームに入居して別々のユニットで暮らしている。2名は、ユニットを自由に行き来して交流している。	
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	利用者様同士の関係性を把握し、必要な場面に職員が介入したり、レクリエーションの場を用いて、周囲への関心が低下しないような関わり方に努めている。		

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
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	利用終了後も家族様に連絡をし、以降の相談にのったり、必要時相談に応じられる関係を継続している。		
<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	サービス開始時及び、経過に添って生じるニーズ把握に努めている。	担当職員が利用者個々の思いや意向を聞き取り、担当職員から計画作成担当者に伝えることとしている。しかし、利用者の思いを聞き取ろうとする意識に、職員間で温度差がある。	
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	本人様・家族様から、今日にいたるまでの話を十分に聞き取り、その内容を支援に活かせるように努めている。		
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	変化し得る心身の状態を常に意識し、今野生活状態の把握と、定期的なアセスメントを実施している。		
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	サービス担当者会議の実施により、本人様・家族様も含めた話し合いを持ち、ケアプラン作成に活かしている。	「ケアプランチェック表」を活用し、3ヶ月毎の定期的な見直し(モニタリング)や介護計画の更新が確実にこなされている。介護計画書・第1表の利用者の意向が、第2表のケアプランに反映されていない例があった。	定期的な見直し、利用者の状態変化による見直し例はあるが、意向の変化に着目した見直しはなかった。「個別ケア」の原点は、利用者の「意向」であることを再確認してほしい。
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	日々の経過や観察内容、関わりで得た反応は個別記録として残している。記録を通した情報共有と得られた情報をもとに、ケアの見直しに活かしている。		
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	経済状況も含め、必要に応じて利用サービスの見直しや検討をしている。		

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
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	住み慣れた地域との接点の場を継続出来るよう支援している。		
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	かかりつけ医による定期的な往診が受けられる体制がある。本人様の必要に応じた医療や定期健診受診もなされている。	運営母体の医療機関が協力医として月2回の往診を行い、毎週1回の理学療法士のリハビリ指導もある。歯科医師や歯科衛生士の定期訪問もあり、利用者、家族にとって安心の医療支援体制を構築している。	
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	毎日、健康チェックが行われ、随時、職場内看護師に相談している。同時にかかりつけ医の看護師とも情報共有し、医療と連携した対応が受けられる体制がある。		
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。	入院者があれば、病院関係者と連携をとることが可能な状況。		
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	看取り支援の前段階から、家族様と急変時や終末期支援の意向確認をし、面談の場を設けている。その上で、看取り期のケアプランを作成をし、家族同意を得た上で取り組んでいる。	利用者、家族の希望があり、条件が揃えばホームでの看取りを実施している。毎年1～2件の看取り事例があり、今年度も既に2名の利用者を看取っている。職員はホームでの看取りの意義を理解しており、不安も少なく、自然体の看取りが行われている。	
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	勉強会を通しての知識・技術習得を行なっている。また、実際の間を通して振り返り学習を行っている。		
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	年二回の施設内防災訓練を実施している。また、運営推進会議で報告をし、地域との協力体制の確認も行っている。	ホームが建物の2階部分にあることから、火災想定避難訓練では外部階段(雨天の場合は内部階段)を使用して実施している。非常事態に備え、飲料水と食糧を3日分備蓄している。	夜間の災害発生時には、地域の協力が不可欠となる。十分な地域理解を得るために、今後も運営推進会議メンバーによる防災訓練の見学を継続して実施してほしい。

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
<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	個々の人格を尊重した声かけ・対応の仕方を考え、集団生活の中でもプライバシーに配慮し、接するようにしている。	どの職員も、黙って支援することなく、必ず事前に支援の内容を伝えてから支援に入っていた。「〇〇さんの食事を持ってきました」、「△△さん、車イスを動かしますよ」等、傍から見ても人格尊重の精神が感じられた。	
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	個別に話す機会を持ち、生活上の希望の確認をしている。 多様な選択肢の中から、より良い選択が出来るよう、自己決定の補助を行っている。		
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	可能な限り、生活方法や過ごし方の制限をもたず、本人のペース、希望に合わせた生活やレク等への参加を促すようにしている。		
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	家族様の協力を得ながら、その人らしさやこだわりを継続できる身だしなみを整えられるように支援している。衣類選択時は本人様の意向を聞きながら一緒に行なうように努めている。		
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	利用者様の嗜好に応じた食事内容や形態に配慮している。食事の準備や片付けは利用者様と共に行なう機会を設けている。	目の不自由な男性利用者と同席して昼食を摂った。事前に職員が食器の位置や内容を言葉で伝え、利用者は食事をこぼすことなく綺麗に食べきった。後片付けを手伝う利用者の手慣れた姿もあった。	
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	管理栄養士による食事内容の検討や、摂取状況による検討を行っている。また、本人の状態に応じ必要な食事や水分の促しを行なっている。		
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	歯科衛生士の指導のもと、清潔に保てるよう、自立度に応じた口腔ケアの介入をしている。		

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
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	個々の排泄パターンを把握し、より自然な排泄方法で支援できるようにしている。	「排泄チェック表」を活用し、利用者個々の排泄パターンを把握して支援している。現時点でおむつ着用者はおらず、この状態を維持することを目標として支援している。夜間のみポータブルトイレを使用する利用者がいる。	
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	排便パターンや習慣を把握し、活動量や水分摂取量の把握と維持に努め、個々に応じた便秘予防に取り組んでいる。		
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	入浴時間を自由に選択することは難しいが、状態に応じて入浴日を替えて対応している。	週に2回の入浴機会があり、利用者全員が湯船に浸っている。異性介助を好まない女性利用者の羞恥心を考慮し、勤務シフト(男女の職員を混ぜる)を組む時から対応が始まっている。	
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	個々の日中の活動量・生活習慣を把握し、休息時間を設けている。安心して休める居室環境・就寝準備を整えている。		
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	薬剤師の指導を受けながら、薬剤情報を確認し、確実な服薬支援・変化の観察に努めている。		
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	食事の片付け・洗濯物たたみ・掃除・散歩など個々の得意なことを把握し支援している。		
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。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	年に数回、花見・公園・外食機会を設けている。 家族様との協力得られれば、家族様との外出も行っている。	日常的に散歩や外気浴を行っている。「行事・レク委員会」が定めた行事計画に沿って外出支援をしているが、それ以外にも「企画書」を提出して企画外出を実施している。定期的に自宅に外泊する利用者もいる。	



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	原則、お小遣いは職員でお預りしている。希望に応じて出金して使用できる状態である。出納は記帳し、家族様に毎月報告している。		
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	電話での制限なし。個人の携帯電話の使用可能。 手紙のやりとりも、必要な準備を手伝い、郵便物は本人様もとで開封している。		
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	毎日の清掃計画に基づいた環境整備を行っている。気候に応じた室温設定。季節感を感じられる、フローアや居室の飾りにも配慮している。	DIYを趣味とする職員の発案で、ホームに隣接する畑への「ぶどう棚の設置」が実現した。男性利用者が、ぶどう棚の組み立てやペンキ塗りの作業に加わった。食堂やリビングの毎日の床掃除には、利用者の応援がある。	
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	共有スペースには、個々の席を設けると同時に共有ソファを設置し、一人一人自由な居場所が出来るスペースの確保をしている。		
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	使い慣れた家具や大切にしている物の設置は本人様・家族様の意向に合わせて行っている。写真や作品を飾ってもらっている。	常設の洗面台やチェスト以外に、使い慣れた物や必要な生活用品を自由に持ち込むことができる。配置を固定し職員間で統一することで、目の不自由な利用者も自立した生活ができている。	
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	バリアフリー・各所の手すり設置がなされている。自分自身の力で生活できるような動線の検討をしたり、安全に配慮した物の配置方法をとっている。		