

### 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	1290100195		
法人名	(有)暮らしの里		
事業所名	グループホーム暮らしの里さくら苑		
所在地	千葉市中央区都町1078-3		
自己評価作成日	平成29年2月8日	評価結果市町村受理日	平成29年4月26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.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a>
----------	---

【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VAICコミュニティケア研究所		
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生1107-7		
訪問調査日	平成29年2月20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)】

温かみのあるもう一つの我が家を理念としています。利用者皆様が自分らしく笑顔で過ごせる時間を大切にしています。自分の時間を大切に頂きながらも、ホールで皆様と過ごすことも大切にしています。職員との関わりの時間をもち、信頼関係を気付き、声をかけやすい環境を作っています。利用者様のみならず、ご家族にも気楽に声をかけていた頂けるように心がけています。利用者様のレベルに応じて、できる事や性格等を重んじながら、生活して頂く様にしています。常に相手の立場になり、人生の大先輩に様々なことを教えて頂きながら、尊敬の気持ちと思いやりを持って接するようにしています。ご家族には実家のように気軽に来苑して頂く様にしています。

【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)】

利用者一人ひとりに合わせた支援と生活を自然な"かたち"で提供しようと、各職員がもつてできることがあるのではないかとという姿勢でケアに取り組んでいることがうかがえる。近隣との関係性が高く、地域の祭りなどにも参加している。また、家族などが意見を言いやすい環境をつくるように心がけ、家族来訪時には直接話ができる時間をつくるように心がけている。管理者は、日常的にリスク等についての注意喚起を行い、職員の意識を高めるようにしている。

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	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	温かみのあるもう一つの我が家を理念と開いています。利用者の個性、認知症状を理解共有しています。利用者の立場になり、利用者本位に生活できるようにしています。	理念は、エントランスホールや事務所に掲示して共有し、日常の行動や支援が「理念の実践」につながっているかを職員同士で確認し合っている。	
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	利用者が、毎日散歩したり、近隣の商店を利用しています。ホームや利用者の状況を知って頂きながら、地域の一員として生活できるようにしています。	天気が良ければ毎日散歩をしたり、近隣の商店で買い物をするなど、利用者が地域とのつながりを持てるよう支援している。また、地域の祭りやイベントなどにも積極的に参加している。	
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	近隣の方、電話等で、高齢になったご家族の相談、見学に来る方がいます。症状や生活面をうかがいながら、解決方法を話すこともあります。		
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	今期につきましては、殆どかかさ出来ずに行いました。	今年度は、運営推進会議は実施できていない。	運営推進会議を計画的に3か月に1回実施できるようにすることが求められる。
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	運営において不明なことがあれば、市町村担当者に、その都度連絡を取るようになっています。担当者には連絡が取りやすい環境にあります。	ホーム長は、3つのホームを運営している代表者のため、必要に応じて市町村担当者と連絡を取り、適切なホーム運営の情報共有を行っている。	
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	身体拘束を理解し、対応しています。身体的危険がある場合は職員で話し合い、家族に報告し、話し合い結果を出すようにしています。	身体拘束や虐待に関しては、日常的に注意喚起を行い、職員の意識を高めている。危険があると思われる場合も、「切迫性、日代替性、一時性」について検討し、家族と話し合っ最善な方法を考えている。	
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	虐待防止研修を行いながら、虐待のないホームにしています。虐待の種類を職員全員が理解し、関わりや声のかけ方でも気になることがあればすぐに改善できる体制にあります。		

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
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	成年後見人制度を利用する方が増え、成年後見人制度の理解と必要性を更に理解できるようになっています。		
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	入居前の見学の時から、説明を行っています。ご家族によっては介護保険やホーム、施設の事がわからず不安を持っている方もいるため、その方に必要な内容を理解し、説明を行っています。		
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	利用者、ご家族が気軽に声をかけやすい環境づくりを心がけています。相談により、可能であること。可能でないことは、説明理解して頂く様にしています。	利用者が安心して何でも言える雰囲気を大切に「声かけ」「ていねいな関わり」を実施している。家族等とも気軽に何でも話せる関係をつくり、意向に沿った取り組みを行っている。しかしながら、家族と話した内容が記録化できていない部分も見受けられた。	家族来訪時には来訪者記入シートを活用して記録に努め、利用者本位の支援につなげることが期待される。
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	現場の声を大切にしています。チームの大切さと協力し合う必要性を伝えています。職員が気付いたことは相談報告しやすい環境にし、反映するようにしています。	職員の考えや意見を大切にし、働きやすい環境構築に努めている。意見が言いやすい環境をつくるとともに、意見ノートを用意し、意思疎通が図れる機会を設定している。	
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	会社の方針を理解し、生きがいとやりがいを持って勤務して頂く様にしています。職員に感謝しながら、できる限り、本人の希望に沿った勤務体制にしています。		
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	勤務者の性格や力量を把握し、仕事への意欲が出るようにしています。外部研修は時間的配慮が難しくなかなか参加はできません。今年度は内部研修のみとなっています。この質問に返答することも行っていません。		
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	今年度はそれぞれ時間が取れず、交流する機会はほとんどありませんでした。交流は現場を離れなければいけないこともあり、勤務状況に余裕がなければできない傾向にあります。		

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>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	入居前の状況から、アセスメント内容を出るだけ多く情報収集させて頂くようにしています。性格や家族が特に困っていることを知ることで、入居後、早く生活環境になじんで頂けるようにしています。			
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	入居前の不安や要望を理解したうえで、入居後のホームでの生活、服薬、関わり対応を説明し、双方理解しながら、利用者の生活を始めています。			
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	困っていることを理解し、その都度、状況に応じて対応させて頂く説明をしています。必要に応じてご家族への協力をお願いすることもあります。			
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	基本的に、本人本位になる生活をして頂き、信頼関係を築いています。ホームの決まり事(食事、入浴、)散歩、レク等)はありますが、利用者の状況によっては決まり事も本人本位に生活して頂くこともあります。			
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	成年後見人制度を利用する方が増え、成年後見人制度の理解と必要性を更に理解できるようになっています。			
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	ご家族が頻繁に来苑して下さいます。外出できる方は、家族と出かけることも月な何度かあります。長期に渡り、ホームで生活している方は、安心できる馴染みの場所に変わっています。	家族と協力し合いながらこれまでの関係性が継続できるように支援している。会話の中からも馴染みの場所や人を把握するようにしており、時には写真を用意するなど利用者の喜びにつなげるよう工夫している。		
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	利用者の愛称もある為、職員は、性格愛称を理解し、助け合える環境を作っています。			

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
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	ご家族から相談を受ければ、その都度相談に応じています。必要に応じて、ホームから連絡することもあります。		
<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	利用者の生活歴、性格、認知症状、ご家族との関係やホームでの意向を理解し対応している。できる限り本人本位の対応を大切にしています。	利用者の重度化が進んでいるが、一人ひとりの思いや希望を大切に、利用者の笑顔を引き出すように努めている。また、来訪者記入シートに家族からの情報を記録し、そこからも意向を把握するようにしている。	
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	入居前に利用者の情報を多く知っておくようにしています。関わっていた方々からの情報を大切に、入居後の生活に生かすようにしています。		
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	入居前の情報を理解するとともに、入居後の生活、性格、癖等を、早く理解し、一日も早く落ち着いて生活できるようにしています。		
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	職員間でのケアプラン共有、ケアプランへの参加、モニタリングでは気づきを報告。次のケアプランへの反映。介護計画への参加できる体制にあります。	利用者や家族等の希望を踏まえうえで介護計画を検討している。また、モニタリングは小項目に至るまで、職員全員でチェックして次の計画につなげるようにしている。	
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	生活記録、お薬ノート等、全員が理解しやすく工夫しています。		
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	利用者本人のレベルに合わせた対応しています。威容者の要望はできることは柔軟性をもって対応しています。内容によってはご家族の協力をお願いいたします。		

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	
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	散歩や出かける際、近所の方と気さくに挨拶を交わすことで、利用者の顔、名前、状態を把握して下さっています。利用者や職員の顔を知って頂き、安全で豊かな生活ができるようにしています。			
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	ご家族の意向を中心に主治医を決定し、本人の希望がある場合は、ご家族と本人とホームで相談決定しています。ほとんどの利用者は提携医療機関を主治医とし、利用者との信頼関係が強くなっています。病状で専門医受診もあります。	利用者や家族等の意向に沿って主治医を決めているが、現在ほとんどがホームの協力医を主治医としている。また、適切な医療を受けられるように状況に応じて専門医への受診も支援している。		
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	常時医療行為が必要な方の生活はできない為、訪問看護の体制はありません。日常での医療に対するの気づきは主治医、必要に応じて家族に報告。専門医の必要性がある時は、ご家族に報告受診をお願いいたします。			
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。	入院中の状況を把握、ホームでの生活が可能な状況であるか、病院、ご家族、ホームで相談し決定。認知症状の変化が出た場合は、早めの隊員、環境をもとの状態に戻すことに努めています。			
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	現在は、入居前から終末期の相談がある為、ご家族の相談に応じて説明しています。原則、ターミナルケアがないため、文書で説明し、利用者の状況に応じて話し合いながら決めていきます。	看取りは行っていないことを入居時に文書で説明し、理解を得るようにしている。しかしながら、利用者の重度化は進んでおり、できるだけ長くホームで生活してもらえよう支援している。		
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	緊急対応、連絡、報告できるようにマニュアルを準備しています。誤嚥、止血対応も研修内容に取り込んでいます。			
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2回の届出による消防避難訓練を行っています。訓練では全員を外に避難する訓練と、安全確保し消防を待つ訓練をする予定である。近隣で協力要請できる方はいるが、ご時世の近所づきあいを考えると、更に新しい協力者要請は難しくなっています。	年2回の避難訓練を行っている。次回は、火元から一番遠い場所に15分以内に全員を誘導し、救助を待つという訓練を計画している。	避難訓練計画は実施前に夜勤者も含め全職員に計画の目的や役割分担などを説明し、全員の対応力向上につながることを期待したい。	

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	利用者の性格、プライドを理解し、プライドを傷つけないようにしながら、プライバシー保護に努めています。本人に合わせた声掛けを大切にしています。	職員は尊厳やプライバシー保護についての研修を受けている。また、言葉遣いに配慮し、利用者を尊重した対応に心がけている。	
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	本人の意思を尊重し自己決定できるように努めています。利用者からの相談や認知症による繰り返しの質問も説明し、自己決定できるように努めています。		
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	利用者のレベルに合わせた対応をしています。本人のペースに合わせてるようにしています。認知症の為、他利用者からの苦情の声が出たら、苦情を出した側に関わり解消に努めています。		
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	ご自分で身だしなみを整える方には、本人が喜ぶ言葉をかけ、継続し自分で出来るように努めています。ご自分で出来ない方でも、喜ぶ言葉をかけるようにしています。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	台所の作業も利用者の出来ることを理解し、手伝って頂いています。日頃は健康管理メニューの為、特別メニューの日は、より一層楽しみの時間になっています。	日常的に塩分、カロリー、栄養バランスに配慮したメニューで食事を提供している。手作り弁当の日を設けたり、敬老会やクリスマス会などは特別メニューを用意して食べる楽しみを支援している。	
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	利用者の病気により、摂取制限が必要な方がいます。記録をすることで健康管理できるように努めています。		
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	毎食後の口腔ケアを行い、口腔内の衛生を保つようにしています。利用者のよっては口腔ケア困難(拒否等)の方もいますがタイミングを見ながら対応するようにしています。		

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	
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	尿意便意の訴えがない方も、時間を見ながら、トイレ誘導するようにしています。トイレでの排泄が出来なくなった方は、おむつ対応をしています。昼夜で対応が変わる方もいます。	利用者一人ひとりについて、サービスチェック表を作成し日々のサービスが実施されたかどうかを記録している。排泄についても利用者に合わせて適切に支援できるように努めている。		
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	高齢により胃腸の働きが鈍くなり、便秘がちの方も多くなります。水分摂取制限されている方や便秘がちの方は、医師からの処方では排便を促しています。起床時の水分摂取で対応をする方もいます。			
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	ホームで決められた週2回の入浴があります。全員の生活、関わりをしている為、決められた時間での入浴となっています。	安全や清潔保持に努める一方で、入浴を楽しんでもらえるように支援している。状態により浴槽につかることができない利用者については、かけ湯や清拭にするなど、一人ひとりに応じて対応している。		
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	昼夜逆転しないように、生活リズムを大切にしています。どうしても不眠、不穏状態が強い場合は、医師の処方により、薬を要する方もいます。本人が希望する方もいます。			
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	常時服薬している薬は、全員が理解できるように職員がすぐに見ることが出来るようにしています。服薬の変更や経過観察の必要性を理解できるようにしています。			
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	本人の出来る力を発揮してもらいようとしています。ホームという枠の中ですが、利用者の声を傾聴し、嫌なことは強制せず、好きなことに参加して頂く、嫌なことでも、別の形で参加してもらおうようしています。			
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	人員の希望を叶えることは難しく感じています。毎日の散歩は日常当たり前の事として行っています。ボランティアの方の協力は制限がある為難しい。ご家族の協力が必要となります。	なかなか希望に沿ってというのは難しい面があるが、毎日のように近隣を散歩している。中にはシルバーカーで出かける人もおり、神社に立ち寄ったり、写真を撮るなどなど思い思いに楽しんでいる。		



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	金銭管理はホーム、利用者ともしていません。認知症により、バックやお財布を探す行為があり、ない物もあったと思ひ込む傾向にある為、トラブル回避の必要を感じ、認知症による混乱を避けるためにも、所持はしていません。			
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	基本的には、利用者からの電話は行っていません。電話したことを忘れ、何度も電話をかけてしまうためです。状況によっては、かけることもあります。ホームへの問い合わせで、ご家族から連絡が入った時は、本人に変わるようにしています。			
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	ホーム内外で季節を感じられるようにしています。玄関、階段、通路等は、緊急時を考慮し物を置かないようにしています。壁を有効活用するようにしています。	日中はリビングで過ごす利用者がほとんどである。時節柄、段飾りのお雛様が飾られており、季節を感じる事ができた。また、利用者が自由に過ごしている様子を見ることができた。		
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	ホールでは食事、お茶以外の時間は好きな場所で過ごして頂いています。気の合った方々がともに過ごしています。			
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	居室は本人が落ち着けるように自宅で使用していたものを使用して頂く様にしています。利用者によっては物への興味がなくなっている方もいます。	ピンクのシーツにピンクのぬいぐるみを置くなど、利用者本人の好みに応じて居心地よく過ごせるように居室をつくっている。		
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	利用者の現在の状態を把握し、現在のレベルに合った生活を送って頂く様にしています。生活の様々な場面で参加していただく様に務めています。			