

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	2470501541		
法人名	地域ケア企業組合		
事業所名	グループホームとのむら		
所在地	三重県津市殿村1553番地		
自己評価作成日	平成24年9月14日	評価結果市町提出日	平成 24年 11月 11日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成24年10月12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)】

三重県では初めての知事認可による組合法人運営である。その認可の重責をしっかりと受け止め、地域社会の中で根を張り良きケアを目指して進めている。

また、昨年11月より旧津市内では、初めての単独型での小規模多機能居宅介護事業所を開所し、入居型サービスのグループホームと、在宅中心に住み慣れた地域で暮らし続ける小規模多機能サービスを複合的に行っている。

【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・家族にとっては最も理想的な複合型サービス(入居型サービスと在宅中心の多機能型サービス)を地域の中で提供している代表は、ボランティアの経験を経て福祉の道に進まれた経緯があり、高齢者介護のキーワードである‘尊厳’の思いを強く持っている。その思いは全職員にも浸透しており、利用者一人ひとりに対する日常の細やかなケアにも表れている。また、地域住民に対しても、ホームの訪問理美容を利用してもらったり、ふれあい料理教室に来てもらったり、地域防災の先頭に立って活動する等、常に地域の一員としてのホームの役割を模索している。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	法人の名(地域ケア企業組合)の通り「ケアを受けることにより住み慣れた地域の中でいつまでも暮らせる」を目指している。そして常に「笑顔・感謝・敬愛」という精神を大切に、共に築き上げていくことを理念としている。	玄関を入ると「笑顔・感謝・敬愛」の温かな文字が目に入る。この精神は全職員間で共有しており、利用者と訪れる家族や地域の住民等に対しても実践されている。	
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	通信を家族だけでなく、運営推進会議参加者に配布している。また、当ホームの行事等の告知も掲載している。散歩に出る時には、近隣住民との挨拶や、季節の野菜やお花などを届けてもらえる関係がある。	代表が地元出身者で自宅が近いという事もあり、地域とのつながりは深い。地域の夏祭りには利用者も参加し、ホームが主催する「ふれあい料理教室」は、地域住民も参加し毎回好評である。又、ホームの訪問理美容を近隣の人達にも利用してもらい喜ばれている。	
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	地域の夏祭りに協力し、参加している。逆に、地域の人に来てもらい「ふれあい料理教室」を開催し、一緒に料理作りを楽しんでいる。また、近隣の幼稚園児や小学生・中学生との交流がある。		
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	会議での意見を通じて、ケアサービスの向上を図っている。そのうえで、地域の防災対策の一つとして、共同開催で防災啓発活動を行っている。	運営推進会議は2か月に1回開催され、ここでの意見は今までも数多く活かされており、ホームと地域、行政などをつなぐ役割は大きい。	
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	市や包括支援センターとも連絡を取り合い、また、運営推進会議を通し連携に努めている。	職員の研修等の情報をもらったり、認知症生活支援サポーター養成講座の講師を務めたりと、市や包括支援センターの担当者とは、日頃から互いに連携し合っ協力関係を築くよう取り組んでいる。	
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	本人の尊厳を第一に考え、見守りによるケアを実践し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	外部から講師を招き、身体拘束や虐待の防止についての研修を行っており、職員間で正しい認識を共有するよう努めている。玄関は無施錠で開放的である。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	毎年、虐待について、外部講師を招き認知症介護研修仙台センター指導の高齢者虐待防止教育システムにより研修を行い、虐待の意味を正しく認識して虐待のないように注意を払っている。		

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
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	年間の研修に、権利擁護についての内容が入った研修を実践している。		
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	重要事項説明書などを活用し、契約時の詳細な説明を行ったうえで、保証人に同意の署名をもらっている。		
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	意見箱を使用しなくても、気さくに話せる雰囲気作りに取り組み、小さな要望も日々の申し送り・家族会の会議等に図り対応している。	面会時には勿論の事、家族会や運営推進会議の場で意見や要望を言える機会を設けている。家族会では時に、2・3人が先頭に立って意見を出し、皆が発言しやすい雰囲気を作るようにしている。	
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	ケアに関しては、現場職員の意見や対応方法を随時話し合い、会議を通し実践している。	代表は職員の意見や提案に率直に耳を傾け、また、その自主性を重んじている。その事は仕事に対する職員の前向きな姿勢を促している。	
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	職員の家庭の事情に配慮したり、資格取得を支援したり、各自が気持ちよく働き向上心を保ち続けられるように勤務調整も行っている。全職員が正当な評価ができる人事考課を年度末に行っている。		
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	事業所として、年間研修計画を作成し、全職員対象に、外部講師による研修を実施したり、個々の職員の状況に応じて外部研修への参加を行っている。		
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	三重県地域密着型サービス協議会に所属し、また、近隣同業者で合同研修会を実施し、職員交流も行っている。		

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
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	相談から利用に至るまでに、ご本人に会いに行ったり、逆に当ホームへ来て頂きその不安に寄り添い心の声を聴く機会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	相談から利用に至るまでに、保証人(ご家族)に会いに行ったり、逆に当ホームへ来て頂き、その不安などに対して傾聴しつつ、詳しく説明を行い不安の解消に努めている。		
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	まずは入居ありきではなく、在宅での生活で困難なことを具体的に聴き、本人・家族・介護支援専門員を含めた話し合いを行い、調整に努めている。		
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	理念を基礎として、「支えつ支えられて」を大切に、できる事はなるべ本人にしてもらい、困難時には職員と共に行っている。		
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	家族の役割を念頭に置き、負担にならない範囲で役割を作っている。行事等の時には、共にできることをしてもらっている。		
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	必要に応じて連絡(電話手紙・ファックス・メールなど)を行い関係継続を図っている。(自宅・墓参り・馴染みの店などへ外出)	利用者が以前良く行っていた飲食店や、好きな花見等々馴染みの場所へ一緒に出掛けている。又、家族がホームに来易い雰囲気作りを心掛けている。	
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	個々の特徴や相性に合わせて、気の合いそうな方同士でより良い関係が築けるようにしている。また、他人との共同生活により、ストレスを感じている利用者に対して、食堂・リビングでの位置設定、スタッフによる仲介など留意し取り組んでいる。		

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
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	契約が終了しても、家族とのオープンな関係を継続。再入居や知人の紹介がなされる関係を構築している。		
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・家族の立場を尊重して、共同生活が円滑にできるよう対応している。特に、困難な場合は現在も本人本位に進めている。 例：在宅復帰や当ホームでの終末ケア(看取り)など	毎日の生活の中で寄り添いじっくりと傾聴し、希望や意向の把握に努めている。話す事が困難な人に対しては、表情やしぐさ等から思いを推し測り、本人本位に対応するように努めている。	
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・家族より思い出の写真等を通じて聴いた事や入居時に生活歴へ記入していただいたことを参考にして、より良きサービスへとつなげている。		
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	一人一人の価値観や生活歴や健康状態を日々の生活ケアを通じて把握に努めている。		
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	毎日の生活ケアから得られた情報を全職員に報告・連絡などができるように日誌などを通じて共通のケアに努めている。それらを含めて、担当は本人・家族の思いを大切に介護計画を立案している。	ケア会議や申し送り時の職員の意見交換、家族の意見(面会時や電話)等を参考に、計画作成担当者が作成している。又、より詳細な個別介護計画書も各担当者が作成しており、家族の元に届けられている。見直し・評価は3ヶ月に1度行っている。	
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	3ヶ月に一度は見直しを行い、変化があれば随時変更をしている。また、月に1度は保証人(家族)の方に手紙などを送付し、その意見などをいただいている。		
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	個別のマンツーマン外出、また、在宅復帰や終末ケアなどは当ホームの理念に照らし合わせてできる限りの支援をしている。		

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	ボランティアによるレクリエーションや消防署との連携による防災訓練をしている。また、必要に応じて民生委員や老人会との協働を行っている。		
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	医療機関との連携により適切な医療が受けられるよう支援している。	入居前のかかりつけ医を受診している利用者は3名程おり、希望通り支援している。協力医は週に1回の往診と緊急時や夜間(状況によって他の医療機関に連絡)終末期の対応等に応じている。通常かかりつけ医受診は家族の協力を得て行われている。	
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	理事と兼任している看護職の指示のもとで、日常の健康管理や医療などの支援をしている。その者が休みの日に非常勤1名の看護職員が出勤し、医療支援をより一層提供できるようにしている。		
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。	協力病院の医師と主治医の連携にて、早期退院への取り組みを行っている。また、病院に入院した場合、混乱が著しい方に対して生活支援(食事介助など)をしつつ、家族及び医療機関との連携を図りながら最低必要な治療が終了すれば再入居できるようにしている。		
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	本人・家族の思いを尊重している。特に、安心して終末期を迎えることができるようにかかりつけ医との綿密な連絡と相談を行っている。	過去に数名以上の看取りの経験もあり、本人・家族の思いを大切に捉えている。希望によりホーム内で葬儀を行った事があり、共に暮らしてきた利用者・職員全員で見送り、遺族からも感謝された。終末期には主治医や関係者との連携をより密にし方針を共有している。	
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	消防や看護師の指導のもとで、マニュアルの確認と研修の実施を行っている。		
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	年間2回の避難訓練の実施、会議等での防災啓発等、災害時の対応法などの訓練や講習を実施している。	県の防災コーディネーターを受講している代表は地域の自主防災会との連携にも積極的に加わっている。毎年3月には消防署の協力を得て地域の人も参加し、津波の危険性等の話や防災訓練を実施している。	介護度が高く車椅子使用者も多数の中での避難訓練は大変な事と思われる。しかし、万が一災害が起こった時の事を考えると、避難訓練は不可欠であり、その後見えてくる問題点を拾い出し検討する事を期待する。

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	経営理念に沿い、一人一人のプライバシーや自尊心を守るようにしている。	日常生活の中で、一人ひとりのプライドを大切に捉え個々に合わせた支援をしている。面会簿はプライバシーを配慮して、ノート様式から一枚ごとの様式に変更し、綴って保管するようにしている。	
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	その日の場面場面で本人の意思決定ができるように支援している。また、本人が決定できない時には笑顔がでるように支援している。		
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、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	本人の気持ちを大切にし、できるだけ個別ケアの支援をしている。		
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	月一回、当ホームへの出張理美容には本人や家族からの希望を聴き、日々の整容もその人に合わせた支援をしている。		
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	介護度が重度になるに従って、できることが減少してくるが、調理過程で声をかけ、出来る方には出来る事を負担にならない様に手伝ってもらっている。	定期的に管理栄養士も交えた食事担当者会議が開かれ、意見交換が行われている。食事のペースが遅い人は早めに食べかける等してゆっくりと取れるよう配慮し、職員は介助や見守りをしながら利用者と同じものを一緒に味わっている。	
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	管理栄養士の作成した献立により、毎日の食事と水分摂取量の把握を行っている。また、できるだけ自分で食べ、満足できるように支援している。また、月に1度、食事会議を管理栄養士と現場担当者で行いメニューの検証を行っている。		
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	毎食後に自力でできる方には支援。できない方には職員が全介助にて対応して常に口腔内にも物が残っていないか気をつけている。又、本人の能力に応じて口腔用スポンジやガーゼを使ったりして個別対応している。		

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	自然排便に向けた支援として、排泄記録を活用して一人一人の排泄パターンを把握し少しでも自立に向けた支援をしている。	排泄チェック表などから個々のパターンやリズムを把握し、それぞれに合わせたトイレ誘導(声掛け、誘導、部分介助、見守り等)を行い、自立に向けた支援をしている。トイレも各居室近くに有り、利便さの配慮がある。	
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	毎日、水分と排便チェックを行い、個々に水分補給やヨーグルトなどの摂取、食物繊維の促し等、取り組んでいる。また、排便習慣をつけるよう、食後にトイレに誘導やホットパック等の利用も促進している。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日入浴できる体制はとっている。しかし、入浴拒否者には気配り(時間を置いたり、明日にしたり等)を行い、さり気ない入浴の誘いを行っている。ケアアドバイザーに指導してもらいながら安全・安心に入れるように一人づつのマニュアルを作成し入浴委員会を中心とし勉強会等で伝達を行っている。	入浴はおよそ週に3回実施しているが、拒否される場合は決して強要せず、本人がその気になるような声掛けや対応を工夫し支援している。	
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	本人なりの睡眠パターンを大切に、できるだけ日中の活動に気配りしている。但し、健康不良(睡眠障害など)の方に対しては昼間でも寝たい時には安眠を優先している。		
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	主治医の指示のもと、看護師を責任者とし本人の状況に合わせてお薬調整や服薬管理を行い、介護職との連携を図り症状への対応を行っている。		
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	本人の生活歴をアセスメントし、できる事、得意な事を見つけ、役割や日課とし、生きがいづくりに取り組んでいる。		
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	気分転換も含めて、健康状態が良くて天候がよければ、散歩や日向ぼっこなどをお誘いしている。季節行事等を行っている。体調不良でない限り全員で外出し、なるべく家族にも参加していただいている。	日常的な散歩や花見など、個々の体調を考慮し天候を見ながら支援している。車椅子使用の利用者が多くなってきており、利用者が家族と一緒に外出する際には車両を提供する事もある。	

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	1ヵ月お小遣いとして、お金を本人専用の財布で預かり、個別外出や訪問購買がある時は、買い物支援を行っている。		
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	希望に応じて、電話や手紙などを使用し家族と連絡をとっている。		
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	共用空間であっても、本人の落ち着く場所は、出来る限り本人が利用できるように工夫している。	玄関の下駄箱、廊下、浴室の脱衣場等々随所に手摺りが取り付けられており、安全性を重視したL字型となっている箇所もある。ユニット間の広いフロアは自由に行き来ができ、車椅子での移動もしやすい。リビングのソファは利用者個々の座る位置を決め、毎回迷わないようにするなど、居心地良く過ごせる工夫がされている。	
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	居間にはテレビを囲んでソファを置き、廊下やその他の空間に、椅子やソファを置き、自由に過ごせれるようにしている。		
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	入居者一人一人が使い慣れた生活用品、安心感を満たす品を持ち込んで頂いている。	ベッドやミニテーブル、テレビや飾り物、それに電気の傘等も使い慣れた物を持ち込んでもらい、自宅にいるような安心感を持ってもらえるよう配慮がなされている。室内には小さめのクローゼットがあり、出入り口の外には洗面台が設置されている。	
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	全面バリアフリー化し、安全に自立した生活ができるように工夫している。個人の状態に応じ、手すり等工夫している。		