

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	0990300329		
法人名	エフビー介護サービス株式会社		
事業所名	グループホームエフビー今泉		
所在地	栃木県栃木市今泉町2丁目8番40-2号		
自己評価作成日	令和元年8月11日	評価結果市町村受理日	令和元年10月31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	http://www.t-kicenter.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 栃木県社会福祉士会
所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階 (とちぎソーシャルケアサービス共同事務所内)
訪問調査日	令和元年9月11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)】

グループホームエフビー今泉は栃木市の中でも中心街に位置し、近隣施設も充実している。また、訪問診療や訪問歯科診療、訪問看護などの医療連携も行っており、開かれた施設を目指しています。さまざまな認知症の症状の方に対応できるよう、看護師や認知症実践者研修リーダー研修を修了しているスタッフを配置しています。沢山のご縁に感謝しながら、ご利用者さまが穏やかで安らかな居場所となるよう、スタッフも笑顔でお世話させて頂いています。

【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)】

- ・看取りについては、パンフレットへ掲載し、取り組み姿勢が明確に示されている。利用契約時に家族に意向の確認を行い同意書を得て、主治医や訪問看護師との連携を図りながら支援している。また、リフト浴が整備されているので、身体機能が低下しても安全に入浴ができる。
- ・法人で「利用者に対する身体拘束を廃止する指針」が定められており、3ヵ月毎に身体拘束適正化委員会を開催している。また職員が講師となり勉強会も実施している。基本的な知識に加え、グレーゾーンへの気づき、対応方法について学ぶ機会を持ち、意識・知識向上を図っている。
- ・事業所のブログは毎日更新し、情報発信に取り組んでいる。日頃より、管理者が直通の携帯電話を所持することで家族が自由に意見が言える環境を提供し、信頼関係構築に努めている。

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の拡がりや深まりがあり、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
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	ご縁を大切に、利用者さまの状態とその人らしさを大切に、GH今泉として何が出来るのかを考え、安心して穏やかに過ごせる居場所作りを行っている。	職員は、年初に全員で考えたスローガン「明るい挨拶と優しい笑顔。安心・穏やかな毎日を通していけるよう一致団結する」を毎朝確認し実践につなげるようにしている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	「子供みまもりたい」への登録を行い、地域交流室を放課後ティ等へ開放している。子供たちの賑やかな声が響き活気がでてきている。	地域の取組みである「子どもみまもりたい」の活動として、夏休みの期間、子どもたちに事業所内のスペースを開放している。不定期ではあるが「オレンジカフェ」を開催し、地域の方が気軽に相談できる関係を目指している。また、ブログを発信して事業所の情報を公開している。	関係機関と連携を図りながら定期的に「オレンジカフェ」を開催し、地域の方が「認知症」について相談できる拠点となることを期待します。
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	今後、オレンジカフェを検討し、試運転を実施している。定期的な開催が可能となった際には、事業所を開放し、認知症の理解や支援方法を伝える場になれるよう計画中である。		
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	毎月の事故報告(事故内容)、身体拘束廃止について、事業所の行事内容等を報告。地域よりボランティア相談やオレンジカフェを段階的に開催できるよう相談させていただいている。	毎回、地域包括支援センター職員や民生委員など6名以上の参加で開催している。事業所内の活動や取組み、事故などに対する報告は、書面で分かりやすく参加者に伝えている。	
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	地域包括支援センターや社会福祉協議会、民生委員、運営推進会議等で事業所の取り組みを伝えるほか、事業所で協力できる取り組みについて話し合いを行っている。	利用者の介護保険の更新の手続きなどを行い連携を図っている。日頃より、地域包括支援センターや民生委員と地域の認知症の方について連携が図られている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束についての意識を確実に向上させる為に、身体拘束についての勉強会を定期的に開催。講師は職員が行う事でさらなる学びの場を得る事ができる。	法人で「利用者に対する身体拘束を廃止する指針」が定められており、3か月毎に身体拘束適正化委員会を開催している。また職員が講師となり勉強会も実施している。基本的な知識に加え、グレーゾーンへの気づき、対応方法について学ぶ機会を持ち、意識・知識向上を図っている。	
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等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	内出血等発見時にも事故報告を義務付けており、経過観察に努めている。また、管理者が不定期に夜勤に入ること、職員の虐待防止に努めている。		

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	現在、対象となる利用者さまが入居していなかった為、関係者と話し合う、活用する場面はないが、今後権利擁護に関する研修を実施していく機会を持つよう努める。		
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	契約締結時には十分な説明を行っている他、変更時には随時ご家族さまへ文書・掲示・口頭での説明を行っている。		
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	ご意見箱設置、家族面会時、サービス担当者会議等のご家族の意向を確認している。管理者直通の携帯を持つことで現場職員と家族の誤解はほぼすぐに対応できる様努めている。	家族が来所した際には、担当職員が利用者の近況を報告し、家族からの意見を聞いている。管理者はいつでも家族からの意見や要望を聞けるように携帯電話を所持し対応している。	
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	各委員会を設け、職員も楽しめるよう意見や提案を出す機会を設けている。また、課題についても各ユニット毎に意見を提出する組織作りを行っている。	委員会(行事、園芸、給食、危機管理、身体拘束)を設け、月に1回開催される定期的な会議で職員の意見を聞いている。年2回、管理者は職員と面接をして目標設定や個人の悩みなどを聞いている。	
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	年に2回、イーワークコンサルジュを利用し目標設定を行っている。面談を通じて個々のレベルに合わせ、給料水準の見直しを行っている。		
13		○職員を育てる取組み 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	個々のレベルや目標にあわせ、各研修開催の発信を行っている。実務者研修に参加できるようシフト調整を行う他、各地域で開催される研修等への参加も促している。		
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組みをしている	近隣の地域密着型サービスの運営推進会議に参加したり、他事業所のオレンジカフェに参加するなど、交流を図る意識は行っている。		

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 サービスの利用を開始する段階で、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	意思疎通の不可不可に囚われず、本人の言葉で伝えて頂けるよう関係づくりを意識している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族が困っていることについて、思いや気持ちに寄り添えるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	本人や家族のニーズに対して、入居という選択肢以外にも、ケアの方法や認知症状への対応の仕方、悩みごとの傾聴をすることがある。		
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	認知症だからというその場しのぎの関係性ではなく、職員には「利用者さま一人ひとりと正面から向き合い、信頼関係を築くこと」と指導している。		
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	日常生活において、多様な面を家族へ伝える事によって、家族・ご本人・職員の共有を図っている。		
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	友人等の面会や郵便物など、可能な範囲で支援・または提案を行っている。	家族や友人などが来訪した際は、気兼ねなくお喋りを楽しめるように居室へ案内している。病院受診の際、家族と一緒に馴染みの食堂へ出かける利用者もいる。	
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	利用者様同士の関係性を把握し、良い関係性が築けるよう見守りや介入を実施している。また、なじみの関係性を継続できるよう努めている。		

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	契約終了者に対しては相談支援を実施していない。		
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	これまでの生き方や思考、役割を把握し、その時々において、ご本人様に確認するとともに、利用者さまの立場で検討できるよう努めている。	生活歴を家族から聞き取り、利用者の個性を大切に支援している。また、日常の支援の中での言動などから想像して利用者の意向把握に努めている。	職員が今まで以上に認知症の利用者に対して根拠をもって組織的に支援できるように期待します。
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	居宅ケアマネジャーからの情報や、家族、兄弟からの情報収集を実施している。		
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	一日のスケジュールに囚われる事無く、利用者様が自由に過ごせる時間も大切にしている。心身状態や生活の変化に於いては、タブレット記録や業務日誌を通じて他職種の見解も共有できるよう実施している。		
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	ケアカンファレンス以外に、現在の生活等を面会にこられたご家族に伝え、家族からの意向やスタッフからの情報、計画作成担当者が夜勤業務に入る事でケアの実践等の確認を行っている。	月1回ユニット会議を行い、利用者の状態を把握して、介護計画の作成に活かしている。変化があった際は随時見直しをして、現状に即した介護計画を作成している。	
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	業務日誌、個別記録、ケアカンファレンスにより、介護計画書へ反映できるよう実践している。		
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	個別のニーズ、家族の状況からくるニーズに応えられるよう、できるだけ多くの情報を持つことでサービスの多様化に取り組めるよう努めている。		

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
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	フォーマルなサービスについては、本人や家族へ提案しながら導入している。インフォーマルな資源については、施設で完結してしまう事が多い。今後の課題でもある。		
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	入居後の受診については、かかりつけ医を優先して頂き、家族での受診が困難な場合には本人・家族の意向を確認しつつ、訪問診療への意向を提案している。	入居前までのかかりつけ医の受診は家族対応となっている。重度化した場合や家族の受診対応が難しくなった際には、訪問診療に変更している。月に1回訪問看護師や週に1回訪問歯科を取り入れ連携支援が図られている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	利用者さまの日常生活の様子は、介護職員、看護職員協働で、主治医へ書面で報告または、直接主治医へ伝える事により、利用者さまの状態変化や維持に対応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、また、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。また、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。	定期受診や緊急入院等には、医療連携シートを活用し情報提供に努めている。また、利用者さまの環境の変化に伴うせん妄や行動障害が長期化することなく、主治医からの退院の許可にはすぐに受け入れる事としている。		
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	入居の際には、現在の最期の過ごし方の確認を行っている。確認は都度実施するもので決定ではない。開所してから看取りとなったケースはないが、医師・看護師との連携は日頃から密に行われ、職員対象とした研修も実施している。	看取りについては、パンフレットへ掲載し、取組む姿勢が明確に示されている。利用契約時に家族に意向の確認を行い同意書を得て、主治医や訪問看護師との連携を図りながら支援している。職員は定期的に「看取り介護」についての心構えやケアのマニュアルをベースに研修を行っている。	
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	事故発生時の緊急連絡やマニュアルを事務所に掲示している他、年2回の研修を行っている。		
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	避難訓練を実施しているが、地域との協力体制は確立されていない。	年に2回、日中・夜間想定した避難訓練を利用者と職員で実施している。防災マニュアルも整備され、避難経路が確保されている。	

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	論理、法令順守、プライバシー保護の研修を実施、家庭的な雰囲気を保ちつつ、言葉使い等に気を付けている。	法人から提供されている職員手帳には、倫理や法令順守、プライバシー保護に関する規定が記載されており、月に1回の会議の際には、規定を振り返る機会をもっている。	
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	利用者様の訴えには耳を傾け、会話の中では開かれた質問を意識しながら、自己決定ができるよう働きかけている。		
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	利用者さまの生活スタイルや生活リズムに合わせ、可能な限り利用者さま本位の視点で対応できるよう努めている。		
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	ご自分で可能な方、声をかける方、お手伝いの必要な方等を把握し、その方に合った援助の方法で身だしなみが整えられるよう支援している。		
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	日頃は業者に頼んだ食材を調理して提供しているが、利用者さまの希望を取り入れたり、季節のメニューを提供するなど工夫をしている。食事の準備、片付けなど、個々ができる範囲で行って頂いている。	利用者の意向に沿った献立を提案し、手作りでバランスの良い食事を提供している。また、利用者が食を楽しめるように外出時にはタピオカミルクティーやハンバーガーなどを食する機会を設けている。	
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	状態や希望により食事形態を工夫している。誤嚥性肺炎等に十分留意しながらも過剰な食形態にならないよう配慮している。		
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	週1回の訪問歯科診療で、歯科医師、歯科衛生士等の指導により、毎食後の口腔ケアに努めている。		

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
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向けた支援を行っている	援助が必要な方には、排泄間隔の記録を実施し、可能な限りトイレでの排泄を支援している。	日中はトイレ誘導を基本とし、一人ひとりの状態に応じた自立に向けた排泄介助を目指している。オムツ使用であっても、トイレで交換し、便座で座ることを忘れないよう心がけている。ヤクルトや牛乳、食物繊維などで自然排便が可能になるよう支援に努めている。	
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	安易に下剤の処方依頼するのではなく、牛乳やバナナ、食物繊維等で自然排便が可能になるよう支援している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	週2回の入浴を基本としている。精神状態により、臨機応変に対応できるよう配慮している。リフト浴が整備されている為、身体機能が低下した方でも浴槽へ入浴できる。	週に2日、午前と午後に分けて入浴支援をしている。また、リフト浴が整備されているので、身体機能が低下した利用者も安全に入浴ができる。季節を感じてもらえるように、ゆず湯などを用意している。	
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	環境の変化による昼夜逆転、せん妄などの症状に対しては様子観察するとともに、本人の体力も考慮しながら主治医へ相談している。		
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	処方内容については、個別にファイリングし、用法や用量、副作用を閲覧できるようにしている。また、居宅療養管理指導を取り入れ、誤薬事故の際の指示を明確にしている。		
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	利用者さまの生活歴等で、職員と一緒に頂ける事はお願いしている。入居前からの嗜好品については、継続できるよう支援している。		
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	敷地内の散歩は日常的に実施している。季節を感じられるよう、桜や紫陽花が楽しめる場所へ出かけている。出かけた際には、地域の方との交流もできるよう配慮している。	日々の散歩や買物支援、外食の他に、地域の名所(流鏝馬や桜、紫陽花)を見学したり、利用者の要望に沿って外出支援を行っている。	

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
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	家族の強い要望以外は、本人所持は行っていない。		
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	本人自ら電話をすることは無い。手紙を書いた際には家族の面会時に渡している。		
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	共有スペースには観葉植物や花を置いている。外気との温度差に留意し、衣類で体温調整ができるよう配慮している。	玄関やリビングには観葉植物を置いて寛げる雰囲気を提供している。中庭にはウッドデッキのテラスがあり、小さな畑では季節の野菜を栽培することもできる。	
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	日中はホールで過ごされる利用者さまがほとんどですが、食後の時間等に気の合う利用者さま同士で女子会などを開催できるよう配慮している。		
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	介護用ベットとクローゼットは備え付けとなっている他、利用者さまの身体状態に合わせ、馴染みの家具等の持ち込みをして頂いている。	家具やテレビ、写真など自宅で使っていたものを持参してもらい、生活の継続性に取り組んでいる。また、身体状態に応じて歩行器やエアマットなど福祉用具が必要になった際には、無償で提供している。	
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」や「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	建物内はバリアフリー、手すり設置がされており、安全に生活できるよう配慮。浴室は心身状態に合わせ入浴可能となるよう、一般浴と機械浴を設置している。全個室。		