

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	1090300144		
法人名	医療法人社団 三思会		
事業所名	グループホームクララ相生		
所在地	桐生市相生町2丁目368-6		
自己評価作成日	平成29年11月13日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	H29年12月4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)】

当ホームには、畑が併設されており利用者様と一緒に苗を植えたり、畑をながめ育てている様子を楽しんでいます。収穫した野菜を食卓に並べる事で季節を感じていただいています。周囲には民家や農作業している方もおり、畑のアドバイスを聞いたりして交流しています。催し物の時には民生委員さんのご協力を得て地域の方々の交流を深めています。ホームの様子や認知症についての豆知識を載せている相生だよりを、回覧板で回し地域の方とのつながりを大切に地域に根ざしたホームを目指しています。外出は個別に行き、行きたい所、好きな食べ物を伺い出かけています。利用者一人一人の意思を尊重し、その人の望むケアを心がけ気づきを大切にしています。問題点があれば定期的なカンファレンス以外でも、その都度話し合っています。安心して生活が送れるよう努力して行きたいと思っております。家族との関係を大切に、日々の面会やイベントと一緒に過ごし、関りを持てるよう支援しています。

【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)】

利用者の重度化に対応するために職員会議で理念の見直しについて話し合い、従来の3項目に「事故を防ぐために、変化や音に直ちに向き合います」という1項目を加え、現状にあわせた理念としその実現に努めている。ホームは、年1回家族面談を実施し、利用者及び家族の意向を確認し、ケアプランに反映させている。また、ケアプランのチェック表を用いてモニタリングを毎週行い、それらをもとに3ヶ月ごとに介護計画の見直しを行い、現状に即したケアプランとしている。毎月発行している「相生だより」は、地域に回覧版で回し、ホームや利用者理解を図り、日常的に行っている散歩や買い物では、地域の方とコミュニケーションを図り馴染みの関係を築いている。

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)	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)
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)	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)
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)	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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、安心して暮らしている (参考項目:28)		

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	基本方針・理念を大切にしながら、ホーム独自の介護目標を掲げ、実践出来るよう会議で理解・共有できるようにしている。また、日々の介護の中で方向性を話し合い、介護目標に沿えるようにしている。	利用者の重度化に対応するために、理念の見直しを職員で話し合い、「事故を防ぐ為に、変化や音に直ちに向き合う」という項目を加え、実践に取り組んでいる。また、気づきシートをキッチンに掲示し、日常的に理念を意識してケアにあたっている。	
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	隣組の一員として、ゴミステーションの掃除を行っている。回覧板で「相生だより」や、行事・避難訓練の参加の案内を回している。	利用者は、散歩や買い物、ボランティアを通じて地域の人々と交流している。また、自治会に加入して、ゴミステーションの清掃を行ったり、ホームの広報紙「相生だより」を回覧し、ホームの情報を地域に伝えたりして、顔なじみの関係を築いている。	利用者がより多く地域の人々と直接触れ合いながら生活できるよう、更なる取組みに期待したい。
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	運営推進会議の時に、支援の方法等をお話させていただいている。また、回覧板で回している相生だよりに「認知症豆知識」掲載して理解していただけるよう努力している	/	/
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	会議で外部評価や実地指導の報告を行ったり、利用者の様子やホームの取り組みについて毎回報告を行い、意見を伺っている	2ヶ月に1回第4木曜に実施する会議では、実地指導やホームの状況を報告し、行事予定などを伝えている。また、看取りに関するホームの対応や考え方、避難訓練の地域の協力などの話題では、出席者から、積極的な質問や意見が出て、ホームは運営の参考になっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	関連施設全体で合同炊き出し訓練を実施し、アドバイス・協力を頂いた。市役所や包括支援センターの担当職員に運営推進会議や避難訓練・行事に参加頂き、意見やアドバイスを頂いている	市や包括支援センターの担当者とは、運営推進会議で情報交換を行い、市に提出する書類は直接持参してホームの様子を伝え意見交換を行っている。また、法人内で実施した炊き出し訓練では、市や日本赤十字社の協力を得た。	
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	夜間は玄関の施錠をしている。緊急やむを得ない場合は家族に説明し同意書を頂き、経過観察を行い週一回カンファレンスを行っている。	法人やホームの研修会や勉強会で、身体拘束についての理解を深めている。また、必要に応じてセンサーを取り付け利用者の安全を図っている。すぐ不安定に立ち上がる利用者には、声かけや見守りを十分にして、スピーチブロック等身体拘束は行わないようにしている。	
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	言葉使いや態度でも虐待になりかねないという意識を持ちながらケアに取り組んでいる。職員間で指摘するなど気をつけている。グループ全体での勉強会を行い、職員の意識の向上に努めている。	/	/

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	以前、成年後見人制度を利用されていた利用者がいたので長く勤めている職員は学んだが、新しく入職した職員は理解していないため、勉強する機会を設ける。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入所の際に面談を行い、細かく説明させていただいている。その際、疑問に思っている事、質問があれば伺い、理解・納得いただいている		
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	会話の出来る利用者にはお話を伺っている。年に一回の家族面談や面会時に意見や要望を伺うようにしている。玄関に意見箱を設置している	家族とは、日頃の面会時や年1回の家族面談の際に、利用者の様子を説明し意見や要望を聞いている。また、毎月発行している広報紙「相生だより」の送付時に、担当職員が利用者の状況を個別に報告して、意見や要望を聞けるような信頼関係を築けるよう努めている。	
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	月に一回会議を行い職員の意見を聞いている。問題や意見のある時には随時話を聞き、職員間で話し合い、問題解決に反映させている	毎月第4週に職員会議を行い、意見を聞いている。会議では、加湿器など備品の購入や勤務の希望などについての意見が出され、本部で検討している。また、職員は毎年自己管理シートを提出し管理者と面談する機会があり、その時にも意見を言うことができる。	
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	職員一人一人が得意な分野を活かすことで、やりがいを持って仕事に取り組めるようにしている。個々に面談を行い要望を聞くようにしている		
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	法人内の研修は年間の予定表を掲示し、希望する職員は参加しやすいよう勤務を調整している。法人外の研修も掲示し参加できる機会を設けている		
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	社会福祉連絡協議会に加入し交流を図っている		

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	入所前にご本人と会う機会を設けお話を伺っている。ご本人がお話出来ない方はご家族からお話を伺い困りごとを把握するようにしている。入所前に本人に会い、状態の確認と要望等の把握を行い入所後に安心して生活が出来る様に努めている。		
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	入所の希望があった時はホームに来ていただき、困っていること、不安な事、要望を伺うようにしている。		
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	ご本人とご家族に困りごとを伺い、今その人にどんな支援が必要か考えるようにしている。		
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	毎日生活を共に中で沢山のことを学ばせて頂いている。ケアを通じ利用者の笑顔、感謝の言葉を頂いたりすることが職員の励みや喜びに繋がっている。利用者にお手伝いをして頂いた時には「ありがとうございました」と感謝の気持ちを伝えている		
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	月に一度送付する相生だよりの中に、ご本人の現状を伝える手紙を添えている。面会に来られた時には詳しく様子を伝えコミュニケーションを取る様心がけ、必要なケアを共に考え、必要な時には協力して頂いている。より良い関係作りの為、認知症への理解を伝える事もある。		
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	ホームに親戚の方や友人が面会に来ている。お花見や紅葉狩りに行ったり、個別に行きたい所を伺っている。今までの馴染みの床屋さんがホームに来て、カットしたりしている。	外出は、地元の夏祭り、近隣へ季節の花見や紅葉狩りなど、馴染みの場所に案内している。家族と連携をとりながら支援し、親戚や友人が面会に来ている。また、家族の協力を得て、個別外出するなど、馴染みの関係継続に努めている。	
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	職員は常に利用者の様子を把握するようにし、関係が悪化しそうな時には調整するようにしている。利用者同士で協力しあったり、支え合う気持ちを大切にしている		

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	入院のため退所された方の相談や支援に努めている		
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	ご本人がお話出来る時には伺うようにしている。お話が難しい時には、その方の生活歴やご家族の話の中からご本人の意向を把握するようにしている。	本人から話ができるときにコミュニケーションを図り、意向を確認している。困難な場合には、家族に聞くほか、生活歴や利用者の性格・特性に配慮し、日頃の本人のしぐさや表情などから、本人の思いや意向を把握し支援している。	
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	ご家族の面談やご本人から聞き取りを行い、生活歴や生育歴の把握に努めている		
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	毎日ケア記録やアセスメントをとる事で、その方の生活のリズムの把握や、出来る事出来ない事を見極めケアに取り組んでいる		
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	ご本人やご家族から希望を伺い、また話せない方は職員がアセスメントを基に意向を推測しその人らしい生活が送れるよう介護計画を立てている3ヶ月毎にモニタリングを行い現状に即していない場合は新たにケアプランを立てている	ケア記録に日々様子を記録し、週に1回ケアプラン実施のチェックを行い、モニタリングを行っている。また、3ヶ月ごとのケアプランの変更時には、ケアカンファレンスを行い、本人や家族の意向を確認し、アセスメントを行い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	ケア記録に日々の様子を記入し、週に一回ケアプランの実施記録のチェックを行うことで情報を共有し介護計画の見直しに役立っている		
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	基本的に受診はご家族にお願いしている。緊急時や家族対応が難しい時には職員が同行している		

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	ボランティアに慰問に来て頂いたり、地域の催し物があった時にはご本人に希望を伺い行っている		
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	ホームの協力医の往診を受けている。専門医への受診は家族対応だが、場合によっては職員が同行している	利用者全員が協力医をかかりつけ医としており、月1回往診を受けている。専門医等を受診する場合は、家族の通院介助が原則となっているが、必要に応じ職員が対応している。週に1回訪問看護師が健康管理を行い、医師との連携のもとに適正な医療が受けられるよう支援している。	
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	週に一度訪問看護を利用している。変化がある時には随時相談しアドバイスをいただいている。必要な時には医師に状態を伝えてもらい指示を頂いている		
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。	入院の際には担当相談員と取り状態の把握に努めている。ご家族や医師の意見を伺うとともに、ホームの意向を伝えている		
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	重度化が予想される利用者についてはご家族と医師を交えて相談を行い同意書を頂いている。ホームで出来る事出来ない事を伝え、可能な範囲で援助が出来るようその都度伝える。医師や訪問看護に協力をお願いしている	契約時に「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づき、家族にホームの方針を説明している。状態変化に伴い、必要時に家族と医師を交えて相談し、家族が看取りを希望する場合は、同意書を取り交わし支援している。	
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	緊急時のマニュアルをすぐに見られる位置に貼ってある。救急救命の研修に参加している。緊急時の対応が解らない時には医師や訪問看護の指示を仰いでいる		
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	昼間、夜間帯を想定した避難訓練を年に2回行っている	年2回、うち1回は夜間想定を取り入れ、消防署立ち会いのもと、避難訓練を実施している。訓練は、今年度1回は運営推進会議に合わせ実施した。自治会の回覧を通じ、地域の方へ参加を呼び掛けたが、なかなか協力が得られない状況である。	事業所として、地域にどのような協力を求めるかなどを具体的に検討し、そのための協力体制構築にむけての取組みに期待したい。

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
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	介護マニュアルを作成しており、言葉かけや対応の注意点も記載されている。会議の時や折に触れ話すことで意識の向上に努めている。	呼称は、さん付けを基本とし、居室に入る際にはノック、排泄等の介助時にはドアを閉めるなど、誇りやプライバシーを損ねないように支援している。職員はマニュアルにそった介護を行っており、職員間で気づいたときは注意し合うようにしている。	
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	利用者の出来る事、出来ない事を把握し、一人一人に合わせてケアを心掛けている。言葉で表せる方にはお話を伺い、訴えられない方は表情等で思いを読み取り理解するようにしている。誕生日には好きなケーキを選んで頂いている		
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	利用者の希望があれば散歩に出かけたり、その日の予定を優先するのではなく柔軟な対応をしている		
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	訪問理美容を利用されている方もいるが、行きつけの美容院、床屋に行かれる方もいる		
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	季節の行事食を楽しんで食べて頂いたり、畑で収穫した野菜を調理し、盛り付けをして頂いたり、食器の後片付けを一緒に行っている	献立は、季節の食材、ホームの菜園で採れた野菜などを加え、バランスを考えてその都度立てている。利用者は、盛り付けや食器の後片付けなどできるものに参加している。おやつは、まんじゅう、だんごなど手づくりのものを提供し、季節の行事食などを取り入れ、楽しむことのできる工夫をしている。	
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	毎日の食事をチェックし、個別の食事を把握している。嚥下や咀嚼の状態によって食事形態を変えている。水分摂取の少ない方には好みのものを飲んで頂いたり、ゼリーを作って提供している		
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	毎食後、口腔ケアを行っている。自分で出来る方はして頂き、出来ない方はその方に応じた介助を行っている。毎晩、義歯を洗浄剤で消毒している		

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の記録をつけることで把握している。時間を見計らってトイレ案内したり、表情や仕草で排泄のサインがある事を理解し、トイレで排泄ができるよう案内している	排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンを把握し、表情やしぐさをサインとして把握するなどして、定時の誘導とともに適宜誘導し、トイレで排泄ができ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	排便チェック表をつけ、排便状況を把握している。身体を動かして頂ける様声掛けを行うと共に、野菜を多く摂って頂いたり、牛乳やヤクルトを飲んで頂いている。また、お腹を温めてマッサージを行っている		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	ゆっくり入浴して頂けるよう、入浴日を工夫している。その日に入浴したくないと言われた時には、翌日入浴出来るようにしている。ゆず湯や入浴剤で入浴を楽しんでいただいている	週2回の入浴とし、ゆっくり入浴できるよう支援している。入浴を拒否した場合は、他の日に変更し強制はしていない。また、ゆず湯や入浴剤で、季節感を味わったりして、入浴を楽しんでもらえるようにしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	個々により日中適度な午睡やひなたぼっこをや日中身体を動かして頂いている。夕方から不安を訴える方にはお話を伺い、不安を軽減し良く休めるよう支援している		
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	個人ファイルに最新の処方箋をはさみ、いつでも確認できるようにしている。変更時は、内服チェック表に記載したり、申し送りを行っている		
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	生活歴を把握し、その方が好きなこと得意なことを行っていただく事で張り合いを感じて過ごしていただけるようにしている。気分転換に散歩や外食を楽しんでいただいている。晩酌の習慣のあった方は夕食時に日本酒を飲んでいただいている		
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	散歩やドライブの希望がある時には可能な限り対応するようにしている。ご本人が行きたいと希望された時には、ご家族と相談し実現できるようにしている	日常的には、近所を散歩したり、近くのコンビニエンスストアやスーパーなどに出かけている。また、行事を計画して、夏祭りや季節の花見などドライブに出かけている。家族との外出や外食は自由に出かけている。	

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
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	ご本人がお金の管理をすることは難しいので、職員が管理させていただいている。個別の買い物や理美容代は預かり金から支払いさせていただいている		
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	電話をかけたいと訴えられた時には可能な限り、かけさせていただいている。手紙が届いたらご本人、もしくはご家族に渡している		
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	日差しが強い時にはカーテンで調整し、乾湿計をチェックし快適な温度・湿度を保てるようにしている。玄関やホールに季節の花を飾ったり、ホールから季節の花や野菜を眺められるようにしている	居間からキッチンの様子が見え、南側にはテレビとソファが配置され、利用者は好きな場所でくつろいでいる。壁には、手作りのクリスマスツリーや行事の写真、利用者が昔描いた絵が飾られており、生活感、季節感があり、居心地のよい空間となっている。	
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	テーブル席やソファ等でテレビを観たり、仲の良い利用者とお話されたりしている。また、自室でテレビを観たり趣味を楽しんでいる。		
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	使い慣れたタンスやテーブル等をもってきていただいていた好きなように配置されている。また、ご家族の写真を飾られている方もいる	居室入口には、名札とそれぞれ違った山の名前の表示があり、わかりやすくしている。居室の外にはウッドデッキがあり、自由に出られ、外の雰囲気も楽しめる。室内には、机や椅子、テレビなど使い慣れたものが配置され、家族の写真などが飾られている。	
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	ホーム内は段差のない造りになっている。廊下・トイレ・浴室には手すりが設置されており、歩行・立ち上がりやすいようになっている		