

### 1 自己評価及び外部評価結果 (ユニットA)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2371501020		
法人名	株式会社在宅看護センター愛		
事業所名	グループハウス愛		
所在地	名古屋市名東区八前二丁目1820番		
自己評価作成日	平成27年8月27日	評価結果市町村受理日	平成27年10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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	福祉総合研究所株式会社		
所在地	名古屋市東区百人町26 スクエア百人町1F		
訪問調査日	平成27年9月9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)】

「安全・安楽・安心」を基本理念とし、実践するよう努めている。
--------------------------------

【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)】

猪子石中学、猪高車庫のバス停から徒歩1分のところに玄関から和風造りの当ホームがあり、今年で11年目を迎えている。居室の扉は磨りガラスで様々なデザインが施され、居間はフローリングの空間と、炬燵とテーブルのある和室があり広々としている。食事に冷凍食品は使用せず、スポーツドリンクも手作りである。代表が野菜作りをしているため、新鮮な野菜も食べられる。理念である「安心・安楽・安全」を日常の介護だけではなく、レクリエーション計画や日常の介護、ケアプラン作成時にも意識して取り組むようにしている。家族アンケートの中でも「家族から見た利用者の満足度」や「介護計画の説明の話し合いや分かりやすさ」に高い評価を得ている。重度化や終末期には在宅看護センターが併設されており、医療行為を行える体制がある。定期的に認知症ケアサポート医である協力医や他事業所の管理者が研修を開催し、よりケアの質が向上するよう目指している。
---

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、活き活きと働いている (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、安心して暮らしている (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	理念は開所時のスタッフが作成した。【安全・安楽・安心】を理念の根幹としている。基本理念を常に意識して取り組めるようスタッフルームに掲示し、実践につなげている。	理念は、職員がよく目につくスタッフルームに掲示している。毎日の申し送りや月1回のミーティングで理念の確認をしている。レクリエーション計画や日常の介護、ケアプラン作成時に『安全・安楽・安心』の3つを意識して取り組んでいる。	
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人として日常的に交流している	現状では日常的な交流は難しい。地域の中学生の職場体験による訪問や、近くのコンビニ、理美容院の利用など交流の機会を持っている。週に1度整膚マッサージのボランティア訪問がある。	毎年恒例となっている中学生の体験学習の訪問や自治会加入で町内大掃除に利用者や管理者とで参加している。毎月第3木曜日に認知症ケアサポート医の協力で地域の人にも講座を開催している。	
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	ホームページを公表している。ハウスでの「認知症講演会」開催時には運営推進会議等を通じて宣伝している。		
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	利用者家族代表、学識経験者、民生委員、地区婦人会会長、いきいき支援センター職員、ハウスタッフが参加し2ヶ月に1度開催。情報交換を行っている。	運営推進会議は年6回開催している。利用者、協力医、家族、民生委員、婦人会部長、事業所職員が参加し、いきいき支援センター職員は年1回の出席がある。行事の案内や報告、消防訓練について次回に向けて話し合い、意見をもらっている。	
n	(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	市主催の会議・研修へ施設長他が参加し、情報交換等行い、サービス向上がなされるよう努めている。	市主催の研修は事業計画に沿って、職員の経験年数や段階に合わせて市介護職認知症実践者研修や市の認知症リーダー研修に参加している。職員が感染症にかかった時など市役所に問い合わせをして指導を仰いでいる。	
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	交通事故防止の為、玄関側の扉は施錠している。拘束につながらないようなベッド柵の安全対策を進める。勉強会等で拘束の具体的な事例を確認し、理解するよう努めている。	拘束の研修を他事業所の管理者が今年度も開催し職員も参加している。言葉などの拘束について行われた場合、管理者や職員同士で注意し、身体拘束をしないケアに努めている。玄関は交通事故予防のために施錠している。	
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	申し送り、勉強会、外部研修への参加等を通じて、理解と防止に努めている。スタッフ同士が特に注意を払い、声をかけ合っている。		

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	現在、後見人制度を利用している入居者がいるため、実態をよく理解している。		
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	施設長対応：契約前に十分な説明を行い、納得を得よう努めている。加算の改訂等については、その都度文書を発送し同意を得ている。		
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	意見箱を設置しているが投書はない。介護サービス計画書の改訂時など家族の来所時に意見を聞き運営に反映させている。	家族の訪問時や介護計画作成の時に意見や要望を聞く機会を設けている。そこで出た内容は朝の申し送りや連絡ノート、会議で職員に伝えている。	
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1回のカンファレンスや申し送り時等に意見・提案を聞く機会が設けられているが、「反映されるとは限らない」という意見もあり、今後更なる努力が必要。	毎月のミーティングや申し送りで職員からの意見や提案を開く機会を設けている。夜勤回数、休日希望や勤務体制、研修参加について出た意見を運営に反映させている。	
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	個人面談等の機会を設け、意見を聞きながら職場環境・条件の整備に努めている。		
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	経験年数やレベルに合わせて研修を実施している。内部研修・市開催の介護実践研修、その他外部研修に参加している。		
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	会議出席・研修会場での交流等があり、情報交換等行いサービスの向上につなげている。名東区内のGH3カ所と施設長間の交流があり、情報交換をしている。		

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
<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	入居前のモニタリング・アセスメントにより、本人の意思を尊重している。入居後はスタッフ全員が常に「本人の安全・安楽・安心」を意識し、意見交換等で課題・ニーズの把握に努めている。		
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	利用開始前後に家族への聞き取りを行い、安心を得よう努めている。		
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	利用相談時に現在の状況をたずね、公的機関の相談や近隣の他施設の見学も勧めている。		
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	『利用者と介護者』と前提を置きながらも、共同生活における掃除等協力しながら、家族に近い関係になるよう努めている。		
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	家族の来所時に情報交換を行い、新たなニーズ・問題点等について話し合っている。(ケアプラン更新時は特に重点的に)		
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	本人・知人の求めに応じて、家族の同意により、「交流機会」が保たれるよう努めている。	毎年年賀状の裏面を書いたり、葉書を送ったり、携帯電話を利用して関係継続の支援が行われている。知人とお茶を飲みに出かけることもあり、家族の協力のもとで結婚式や理容院、通院、墓参りへ行っている。	
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	集団のレクリエーションや会話の輪の中に入りやすいよう支援している。集団レクを好まない利用者、認知症症状の進行により関わりが難しくなっている利用者には個別に対応している。レベルの差が大きく相互理解は困難である。		

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
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	利用終了後も本人の経過をフォローし、家族からの相談を受ける等の関係を維持するよう努めている。		
<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	本人・家族からの聞き取りや、カンファレンス等でスタッフが話し合い、本人の立場に立って検討している。	直接利用者に聞いたり、意志疎通の困難な人には日常の関わりの中で、表情や仕草を見て感じ取ったことを職員間で共有し、利用者の思いや意向が汲み取れるように努力している。	
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	入居前の聞き取りや、入居後の家族来所時に聞き取りを行い把握に努めている。		
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	日々の生活、バイタル測定値、様子観察から把握に努めている。細かい変化を記録に残し、申し送りを行っている。		
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	3ヶ月に1度計画の評価、6ヶ月に1度再アセスメントを行っている。1ヶ月に1度重点ケアの項目を挙げ評価をしている。更新前に事例検討シートを配布し全員で評価を行っている。	3か月毎に介護計画の評価を家族、職員で話し合い、6か月毎にアセスメントを実施している。また、1か月毎の重点ケアの評価を行い、介護計画の作成に反映されている。状況に応じ見直しの対応がされている。	
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	気づいたことは毎朝の申し送り時に話し合い、すぐに実践出来るよう努めている。各利用者の担当者が重点ケアの項目を挙げ、それに沿った介護を実践し記録に残すよう意識している。		
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	状況に応じて柔軟に対応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
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	近隣のスーパー、理美容院、飲食店を利用し、認知症に対する一定の理解を得ている。消防等公共機関との協働により防災避難訓練等を実施している。地域住民のボランティアが整膚、傾聴などに来所している。中学校との交流もある。		
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し、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	入居前からのかかりつけ医に「継続して受診できるよう」家族から協力を得ている。往診時はもとより主治医との連絡を密に行い、急変時の対応にも備えている。	利用者の多くが入居前のかかりつけの内科医の往診を受けている。歯科、眼科、皮膚科、耳鼻科の専門医の訪問診療も行われ、家族にとっても安心である。医療機関の連携は図られている。	
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	身体的異常等が見られた場合は、ただちに看護職に報告・相談し、適切に処置を行った受診ができるよう支援している。		
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。	入退院時は、利用者の状態と情報を詳細に文書化し提供している。入院中は管理者看護職が訪問し主治医・病院関係者と連携している。		
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、事業所の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	本人の意思疎通が困難なケースが多いため、主に家族と話し合い「健康管理・医療連携・看取り」の三点について、意向に沿った支援ができるよう努めている。	入居時に重度化、終末期の方針を説明し書面で同意が得られている。重度化した場合家族の意向の確認を取り、家族、協力医、職員でその都度話し合っ連携し、終末期に向けた支援に取り組んでいる。	
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	年1回、勉強会のテーマとして取り上げ、スタッフ全員が冷静に対応出来るよう意識付けを行い、実践につながるよう努めている。スタッフルームにマニュアルを常備している。		
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	避難訓練を年4回、防災に関する勉強会を定期的実施している。消防設備点検の際には近隣に「お知らせ」を配布し、高齢者施設が近くにあることをしてもらえよう努めている。	昼夜想定で避難訓練を年4回行い、1回は消防署立ち会いの下で、消火器の取り扱い、通報の訓練を受けている。地域の消防団との協力体制も出来ている。消防設備点検も定期的実施され、備蓄品も3日以上備えられている。	

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
<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	本人の意思にそわないことをしない。子供扱いするような声かけをしない等、カンファや申し送り時に議題として取り上げている。	利用者の尊厳を損ねないような言葉遣いに気を付け、トイレ誘導や失禁、入浴の際に配慮ある言葉掛けや対応に努めている。また、居室に入る際はノックして入ったり、ファイルの保管場所に気を付けている。	
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	本人に直接尋ねている。意思疎通が難しい場合は「本人の表情・所作」から思いを推測した結果を、職員間で討議し、本人の思いを汲みとって希望に近づけるよう努めている。		
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	本人の希望や体調を考慮し、それぞれのペースで過ごせるよう支援をしている。		
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	家族や本人が用意したものを着ている。色の好み等も把握するよう努めている。理美容については家族・スタッフが同行、あるいは出張理美容を利用し定期的に行っている。		
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	スタッフの声かけ・見守りにより盛り付けや配膳等の準備、食器拭き等の片付けを一緒に行っている。メニューボードを作成し記載は利用者代表が実施。食への関心を保ち会話を引き出せるようにしている。	食事は利用者の好みも取り入れ、三食全て手作りされている。手伝える人にはトレー拭きや食器拭き等手伝って貰っている。利用者と職員が同じテーブルを囲み食事を楽しんでいる様子が当日見受けられた。	
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	水分チェック表を作成、その他排便や口腔内の状況等により、一人ひとりに合わせて食事を提供し支援している。		
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	毎食後に口腔ケアを行っている。家族の同意により訪問歯科による往診・口腔ケアを受けている利用者もいる。歯科衛生士による「口腔ケア」の勉強会を実施している。		

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	自立可能な人はない。全員がなんらかの支援を必要としている。日常的に、排泄チェック表により失禁・失便が少なくなるようパターンの把握に努めている。リハパン・パットの使用についてはカンファ等で話し合い、又、家族と相談している。	排泄チェック表で利用者の排泄パターンを把握し言葉掛けやパット交換、トイレ誘導を行い、排泄の自立に向けての支援を行っている。夜間はポータブルトイレの使用や声掛け、誘導を行っている。	
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	水分摂取や乳製品を提供している。排便状況を申し送り、腹部マッサージ等行っても排便がない場合は看護師・主治医に相談し、薬の服用を行っている。		
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	一人ひとりの希望や状況によりスタッフが順番を決めている。勤務体制やハウス行事の状況により希望に沿えない場合がある。	入浴は一日おきで午後実施している。入浴が楽しめるように入浴剤、柚子湯、菖蒲湯等を提供し、利用者の希望に合わせたお湯の温度調整をしてゆっくり入浴して貰っている。拒否がある場合は、無理強いせず気の合う職員により上手く支援されている。	
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	傾眠が強い場合や疲労感が見られる場合は昼寝を勧めたり早めに就寝してもらう等、一人ひとりに合わせて支援している。		
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	個々人の服薬管理ファイルを整備している。薬剤師を招き勉強会を行う等理解に努めている。症状の変化があれば、すぐに看護師や主治医に報告し指示を仰いでいる。		
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	それぞれの趣味の物・事を発表出来る機会を設ける等、支援に努めている。掃除、配膳、洗濯物たたみなどそれぞれの場面で役割を持っている。		
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	スタッフの勤務状況により、その日の外出希望に沿えない時もあるが、調整し外出の機会を設けている。外出時、家族の協力は得ているが、地域の人々との協力は難しい。頻繁に「散歩」の誘いに来る家族もいる。	天気の穏やかな日は近隣の散歩を楽しみ、利用者の要望で薬局、コンビニ、理容院、郵便局に出掛けたり、全員で花見、紅葉狩り、初詣の外出支援を行っている。外出の際は家族の協力が得られている。	



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
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	紛失の恐れがある為、家族からの依頼によりハウスで管理している。外出時等に本人の希望があった場合、お金を使えるよう支援している。		
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	本人から電話をかけたいと希望がある時は支援しているが、近時、減少傾向にある。家族から携帯電話を所持するように言われている利用者様が複数いるが、使用法や不在着信などの支援を行っている。		
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	毎月、共用空間に季節に合った貼り絵やモビール等を飾り付けている。各階で異なる色の照明を使用し、明るさに配慮している。	和風のリビングは目に優しい照明を使用し、窓は日よけ用のロールカーテンが取り付けられるなど、利用者がゆっくり落ち着ける環境となっている。壁にはぬり絵、ちぎり絵、利用者の写真が掲示されている。屋上では花や吹く風で季節を感じて貰っている。	
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	共用空間にソファ、長椅子を置き、くつろげるようになっている。和室(1階)ふれあいルーム(2階)があり、自由に使えるようにしている。		
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	自宅で使っていた家具類、愛蔵書、作品、仏壇や家族の写真等を置き、居心地よく過ごせるよう配慮している。	家族の写真、ぬいぐるみ、大切な仏壇、椅子、筆筒、時計等持ち込まれ、壁には利用者の作品が飾られるなど各部屋個性豊かで、居心地の良さが伺える。利用者の状況にあわせベッドや畳の床に布団を敷いている。	
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	各所に手すりを設置し、自立歩行が出来るよう支援している。又、【便所】【お風呂場】等、わかりやすい紙を貼っている。安心・安楽・安全な空間が保たれるよう努力している。		