

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	3270500279		
法人名	社会福祉法人 ウェルNC		
事業所名	グループホーム たてがみの郷 (かけとユニット)		
所在地	島根県大田市波根町1290番地1		
自己評価作成日	平成29年11月20日	評価結果市町村受理日	平成30年3月16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 index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPOLまね介護ネット		
所在地	島根県松江市白潟本町43番地		
訪問調査日	平成29年12月15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)】

利用者一人ひとりが能力・個性を活かして、役割を持ちながら充実した生活がおくれるよう支援しています。その為の取り組みとして、①家族とのつながりを大切に考え、普段の面会だけでなく、利用者や家族と一緒にゆっくり過ごせる時間や職員と共に話せる時間を持ち、利用者の支援に生かしているよう取り組んでいます。②利用者の暮らしてきた地域とのつながり、事業所のある地域住民としてのつながりという二つを大切に、外出や行事を通して支援を行っています。③職員一人一人が利用者の尊厳を大切に、その方に応じた適切な支援ができるよう専門職としての知識技術の習得に努めると共に、チームで事例研究に取り組みより良い支援ができるよう研鑽に努めています。

【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)】

利用者が能力・個性を活かした生活が送れるように、事業所・各職員が目標を掲げ、具体的な支援内容を話し合いながら取り組んでいる。便りや面会時だけでは伝えられない日常の様子を知ってもらいたいと、「お父さん・お母さんの日」と称して利用者と一緒に昔話をしたり、子供の為の食事作りや外出をするなどゆっくりと過ごす機会を企画した。この取り組みは一人ひとりのできる力の理解にも繋がった。事業所は利用者が地域の中で生活できるように、地域行事に参加したりボランティアとの交流など積極的に行っている。

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 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	理念に基づき、利用者一人ひとりが能力・個性を活かして、役割を持ちながら充実した生活が送れるよう支援することを目標に掲げ、職員が重点実施事項を分担し、具体的な取り組み内容を考えて全体で実施している。	理念に基づいて事業所・各職員が目標を掲げ、具体的な支援内容を話し合い、定期的に振り返りをしながら、利用者の能力や個性を活かした支援となるよう取り組んでいる。	
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員として日常的に交流している	地元保育園との交流を継続したり、職員が地域の行事や清掃活動等に参加し地域の方と交流している。また、地域の介護予防活動への協力を行っている。	地域行事や清掃活動への参加、介護予防活動の講師、散歩時や野菜のおすそわけなどを通して交流し地域との関係を築いている。ボランティアの協力や園児・中学生との交流も継続している。	
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	地域の方が参加する健康クラブなどで認知症に関する話をしたり、地域からの要請があれば認知症サポーター養成講座の講師として活動できるようにしている。		
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	会議は2ヶ月に一回定期的に開催し、利用者の状況の報告を行った。防火防災への取り組み都度を報告し、今後の防災・避難の協力体制構築への参考にしてしている。	事業所の取り組みや利用者の状況を伝え、地域行事の情報を得たり防災への助言を得るなど、意見をサービスに活かしている。利用者も参加し事業所の理解に繋がっている。	
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取り組んでいる	市町村へは運営推進会議を利用して取り組み状況を説明している。	運営推進会議で情報交換をしたり、会議参加者からの相談にも答えてもらうなど、協力関係を築きながら取り組んでいる。	
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	法人全体として、研修を行い職員全体で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。日中は自由に出入りができ、夜間の施錠については本人の了解を得て行っている。	研修や会議で話し合い、身体拘束の内容を理解して取り組んでいる。気づきはノートを利用して伝えたり、朝のミーティングやその都度話し合い改善に繋げている。	
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	法人の委員会や事業所で虐待について研修を行い防止に努めている。職員の気づきをノートに記入したり日々のミーティング等で話す機会を設けている。		

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
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	権利擁護の研修へ参加し、法人全体で学ぶ場を設けている。日常生活自立支援事業や成年後見制度についての研修を受け、他の職員へも情報提供を行う等して知識を高めるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入所時に本人・家族に説明し同意を得るようにしている。締結後も疑問あればいつでも確認して良い事も伝えている。		
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。入所時に職員に何でも伝えていただく事や第三者委員や外部の機関の情報提供もやっている。意見・要望があった時は法人の委員会にあげ、改善の取り組みを行っている。	家族会の開催や日常的に意見を聞くことに努めている。利用者の様子をわかりやすく伝えることを心がけ、家族と共に利用者を支える関係をつくっている。	
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	全体職員会議や部署会議で意見を聞く機会を設けている。	日頃から話を聞くように努めている。浴室・洗面所の改造や、利用者の状況に合わせた勤務体制など職員の声を反映させている。子育て中の職員への配慮も心がけている。	
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	目標管理を行い、個々のスタッフに面接を行い、やりがいが持てるように努めている。職員の個々の取り組みや実績も目標管理を基に評価している。有休がとりやすい環境づくりにも努めている。		
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	内部で職員のレベル毎の研修計画に基づき参加できるようにしている。外部研修の情報提供を行い個人にあった研修に参加出来るように努めている。		
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	外部研修への参加やグループホーム部会を通じてネットワーク作りができるように意識している。		

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
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	入所前には面接を行い本人の生活の意向の把握を行い、入所初期段階では特に本人とゆっくり関わり、会話の中から想いをくみとり、安心して過ごせるように関係作りにつとめている。		
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	入所前に家族の気持ちを確認したり、入所後の生活について説明を行い、面会時には職員側から積極的に声をかけるようにし、家族が気軽に話しが出来るようにしている。		
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	利用前の面接や情報収集において、本人・家族のニーズとグループホームで提供するサービスが合致しているか検討し、必要に応じて他のサービスの紹介も行っている。		
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	本人のできることは続けて行えるように畑や昼食作りなど本人の状態に合わせて一緒に行っている。利用者から学ばせていただく、一人の人としての尊厳を大切にするという気持ちで支援を行なっている。		
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	本人の日頃の様子も知ってもらい本人を共に支援していけるよう、普段の面会だけでなく、一緒に過ごす時間や職員と話をする機会を設定している。		
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	本人の希望を聞き、買い物に行ったり、家や馴染みの場所、地域のイベントに参加している。自宅へ帰った際に近所の方に会いに行くことが出来た方もある。	希望を聞きながら買い物に行ったり地域行事に参加するなど、関係継続の支援に努めている。外出が困難な人は家族と相談して自宅に帰るなどしている。	
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	気の合う利用者同士でゆっくり過ごせるように席や環境の配慮をしている。孤立しないように職員も仲介に入るようにしている。		

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	利用が終了した後、その後のご本人の様子を伺ったり、利用終了後に担当者からのお手紙を送っている。退居時には何かあれば相談に応じる事を伝えている。		
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	本人がここでどのように生活したいのか、希望を聞いている。入所前の暮らしの継続ができるよう努めている。うまく表現できない方には家族に聞いたり、表情やしぐさを見逃さないようにしている。	個別対応の場面では、少しの表情の変化にも注意し、ゆっくり話を聞くように心がけている。思いのシートを活用し、情報を共有して支援している。	
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	本人・ご家族から得た情報からその人シート作成し把握に努め、アセスメントを行っている。また、カンファレンス時やミーティング時に、その確認や情報共有を行っている。		
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	利用者の一日の過ごし方、心身状態等の把握は行っており、日課表を作成しているが、利用者自身で意識して活動できている方が限られている。		
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	モニタリングから課題を抽出しその課題について全スタッフから意見や情報を収集し検討している。それをまとめプランを見直し、本人・家族を含めたサービス担当者会議で決定している。	初期プランを基に、居室担当者がプランを作成、課題を提起して、全職員で意見や情報を出し合い、利用者、家族と一緒に話し合い作成している。	
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	個別に実施した事、プランの内容の実施を個人記録に記入している。特に細かい記載が必要なケースは別様式を使い記入を行っている。記入した事を確認し評価し実践や介護計画に活かせるようにしている。		
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	本人・家族の状況に応じ、必要と判断されたことに対しては対応しているが、サービスの多機能化への積極的な取り組みは行えていない。		

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
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	利用者それぞれの今までの関わりある人たちも地域資源と捉え、そのつながりが継続できるように家族にも理解、協力を得られるように努めている。施設周辺の地域資源の活用がもっとできるようにしていく必要がある。		
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	本人・家族の希望するかかりつけ医で受診できるように努めている。往診や家族対応での通院が出来ている。定期的な往診や体調不良時にもすぐに連絡できる体制になっている。	希望のかかりつけ医の受診や、定期的な訪問診療があり連携して支援している。緊急の受診の際も家族の協力がある。	
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	職場内の看護師に日々の状況をすぐに伝え相談している。体調不良時にもかかりつけ医の看護師に状況を報告できている。休日・夜間も電話で相談、指示を受ける体制をとっている。		
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。	かかりつけ医とは情報交換や相談を行っている。入院時にはそれまでのADLや生活状況を医療機関へ情報提供している。退院前には医療機関へ出向くなどして情報を得ている。		
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	入所時に重度化した場合の指針を説明している。重度化した際は、本人・御家族の希望も聞き事業所でできることも説明しながら、医師・家族・看護職員・介護職員・計画作成担当者と一緒に話をし支援に努めている。	利用者・家族の希望を尊重し、事業所のできることや方針を伝え、関係者と密に話し合い支援している。利用者の側で泊る家族もある。	
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	救急法の研修を行ったり、想定できる緊急対応については主治医、看護職と相談し家族に了解を得るようにしている。定期的に勉強会などで繰り返して研修を行い緊急時に的確な対応ができる技術の定着が必要。		
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	火災避難訓練を昼夜想定で実施し、具体的な初動等について部署でも確認している。災害対策について、運営推進会議の議題としてあげ意見をいただき、今後の具体的な協力体制を地域と話し合うことが必要。	今年度は、地元消防団に避難訓練の場面や事業所内を見てもらい、協力して取り組むことができた。独自に水害時の階上への避難訓練も実施した。	

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	その方の人格を尊重した言葉かけをするよう意識している。声の大きさや声かけの仕方、プライバシー保護の観点から、職員同士で気づいたことを上げ改善できるようにしている。	人生の先輩であることを意識して、人格を尊重した言葉使いを心がけ、排泄の介助など声の大きさにも配慮して対応している。気づきはその都度話し合っている。	
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	本人が日常の中で自分で決めてもらえるように工夫している。自分で決める事が難しい方には、選択しやすいように情報を提供し、自己決定の場面を作るようにしている。		
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	何をしたいか希望を聞くようにしているが、その通りに行えない日もある。起床時間など生活リズムを整えつつ個々のペースを作っていけるようにしていくことが必要である。		
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	本人のこだわりを大切に支援している。衣類について本人と相談しながら選んでもらうよう努めている。衣類等必要なものを家族に相談、依頼することもある。		
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	食べたい物を聞き、好みに合わせて一緒に食事作りや盛り付けを行っている。希望があれば外食に出かける方もある。出来る方は後片付けも各自で行っている。	利用者と一緒に食材を見てメニューを決め、盛り付けや配膳・片付けなどできることを行えるよう支援している。誕生日に希望のメニューを取り入れたり、外食を楽しむなど工夫している。	
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	水分や食事の量を確認し個人ごとに記録に残している。食べにくい時や水分が少ない時はゼリーを提供したり、栄養士にも相談し高カロリー食品等の利用や本人の趣向に合わせた食事提供を行っている。		
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	一人一人に合わせた声掛けや介助の仕方を工夫しているが、自分で行えている方について、口腔ケアの方法や、確認が不十分などところがある。		

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
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	排泄パターンをとり把握し、一人ひとりに合わせた排泄誘導や排泄用具を都度、検討し使用している。	一人ひとりの排泄パターンを把握して、可能な限りオムツ使用に頼らないよう、見守りながらトイレでの排泄支援をしている。	
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	水分や運動・散歩をしている。冷水やオリゴ糖やきなこ、ヨーグル、お茶などを使用し一人ひとりに応じた下剤の使用の減量に取り組んでいるが未だ十分ではない。		
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	可能な限り、本人の希望する時間や回数にできるように努めている。入浴を拒否する傾向にある方については声かけのタイミングや方法を職員で統一できるよう話し合っ対応している。	希望を聞きながら入浴支援をしている。拒む人や重度の人には家族の協力で自宅で入浴したり、法人の施設で入浴するなど、話し合いながら工夫した対応をしている。	
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	ひとりひとりの状況に応じて休息をすすめている。室温等にも気をつけている。冬場は温かい飲み物・あんかや毛布を使用して安眠ができるように配慮している。		
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	利用者ごとに、内服している薬を確認し、変更した場合は記録すると共に申し送りしている。副作用についても薬の説明書を確認したり、看護師から説明を行う。利用者の能力に応じた服薬支援をしている。		
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	生活歴や得意だった事、好きだったことを聞き、プランに盛り込み、実施できるよう工夫、働きかけている。それぞれの活動やその人なりの役割もできているが、全ての方に行えているわけではない。		
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	買物や自宅・行きたい場所に希望時は行けるようにしている。その方の地元のつながりで外出されている方もいる。日程を調整し対応出来るように努めているが自分から言えない方は機会が少なくなっている。	希望に沿った支援に努め、行きたい所や買い物に出かけたり周辺の散歩、畑での作業など外気に触れる機会を作っている。家族と出かける人もある。	

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	自分の物は希望時には自分で買える様になっている。預かり金をしている方も外出時ができるだけ自分で支払いができる様に支援している。また可能な方には小銭程度を自分で管理している方もいる。		
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	家族の事が気になり、希望される時は連絡できるように対応している。家族から本人へ電話がある時は直接話しができるようにしている。サポートしながら家族との手紙のやり取りが出来ている方もいる。		
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	季節の物(ひな人形、笹飾り、クリスマスツリー等)や花を飾り季節が感じられるようにしている。空気の入替えや必要に応じて日差しを取り込む、あるいはさえぎるなどを利用者に聞きながら行き快適な空間となるよう工夫している。	本棚や各所にソファやイスを置き、一方のユニットにはこたつがあり、ユニット間を歩き来して自由に過ごせる空間がある。行事の写真や花、飾り付けで季節を感じられる工夫をしている。	
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	共有空間の中にソファやつい立等を使用し何人かが集える所、一人で過ごす所など、その時々利用者が思う場所で過ごせる空間づくりを行っている。		
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	入所時には本人・家族でベッドの位置や好みの物を持参し、心地よく過ごせるように工夫している。家族の写真を置いたり、都度使い慣れた物の持参を家族に相談している。	洋室と和室があり、使い慣れた物を持ち込み家族写真や利用者の作品を飾ったり、後から机を持ち込むなど、居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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」「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	本人の生活の妨げにならないように、安全に過ごせるように都度改善している。台所や浴室、掃除用具などが分かりやすく安全に使えるような表示や設置場所の工夫をしている。		