

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	1073100545		
法人名	社会福祉法人ポプラ会		
事業所名	グループホームみらんど		
所在地	群馬県邑楽郡板倉町細谷202		
自己評価作成日	平成26年10月15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	http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【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	平成26年11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)】

食生活が基本と考え、四季を感じていただける旬の食材を使用し、毎日の食事作りを実践しています。又便秘改善のために根菜類や寒天を取り入れ、お茶も健康のために麦茶を沸かして提供しています。職員は理念にある笑顔とやすらぎのある毎日をとともに過ごす事を実践し、利用者が安心して、そのらしく生活できるように支援しています。

【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)】

職員会議で理念を見直し、「笑顔とやすらぎのある毎日を共に過ごし、地域とのつながりを大切にし、その人らしい暮らしを支える」の理念を新たに今年の4月に創り、時には振り返りを行い、日々のケアのなかで理念の具体化に向け取り組んでいる。理念を実現するため、夏と冬に開催する事業所の交流会やクリスマス会には地元の人達を招待したり、事業所職員は地元の人を採用したり、地元の商店で食材を購入したりするなど、地域とのつながりを大切にしている。また、法人主催の研修や県が開催する基礎研修や実践者研修に積極的に参加し、全職員が認知症に関する理解を深め原点に戻り、ケアに取り組んでいる。

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	「笑顔とやすらぎのある毎日を共に過ごす」「地域とのつながりを大切にしその人らしい暮らしを支える」を掲げ、より良いケアを目指す職員は共有実践している。	職員会議で理念を見直し、「笑顔とやすらぎのある毎日を共に過ごし、地域とのつながりを大切にし、その人らしい暮らしを支える」を、今年度新たに掲げ、振り返りを行い、日々のケアの中で理念の具体化に向け取り組んでいる。	
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	ホームに閉じこもらないよう、花火大会、花見などの行事や買い物等、外に出て地域の人々と交流できるよう努めている。	夏と冬に開催する事業所の交流会やクリスマス会に地元の人達を招待、植木や芝生の手入れをシルバーセンターへ依頼、事業所職員は地元の人を採用、地元の商店での食材購入など、理念にある、地域とのつながりを大切に事業所運営を行っている。	
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	地域の人より認知症に関する相談を受けた際は理解や支援方法を説明できるようにしている。電話での相談も受付ている。		
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	年6回を目安に定期開催しサービス向上に生かしている。又イベントなどにも参加していただき意見を頂戴しサービス向上につなげている。	時には行事と合わせ年6回から7回開催し、活動状況や前回会議からの継続課題を報告している。意見交換では、「りんどう便り」への感想や現在行われているクリスマス会などの行事開催継続・地域における認知症の相談窓口としての機能への要望があり、前向きに検討中である。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	会議以外にも連絡を取り合い、町健康介護課とは相談や協議を随時実践している。	町主催のグループホームと小規模多機能型居宅介護事業所の会議に出席し、町との情報交換を行っている。地域における認知症に関する相談窓口の役割として、検討中である。	
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	職員は身体拘束を一切しないケアに取り組んでいる。マニュアルの周知・職員同士の話し合いを常に行っている。	法人は「身体拘束をしない宣言」を行い、玄関に宣言を掲示している。法人主催の研修や県が開催する基礎研修や実践者研修に積極的に参加し、全職員が認知症に関する理解を深め、身体拘束を含め、初心に帰り原点に戻ったケアに取り組んでいる。	
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	管理者と職員は常に話し合いを持ち、虐待を見逃さないように努めている。また、介護職員としての理念を一人一人が確実に理解している。		

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
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に支援している	現在必要な方は居ないが、マニュアルを作成し、必要時には支援できるようにしている。		
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	入退去時に家族と話し合いを持ち、説明を行い理解・納得を得ている。また、入居前には必ずりんどうを見学していただき、質問等を受け、不安のないようにしている。		
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	サービスに関する相談・要望・苦情は管理者が窓口となり、運営に反映させている。直接意見を伝えるににくい家族のために意見箱を設置している。	本音で何でも言ってもらえる雰囲気づくりに取り組み、家族から「楽しいイベントを続けてほしい」、利用者から「外出を多くしてほしい」などの要望があり、場所を変えた花見、利用者が選んで支払いをする食材の買い物等、利用者を主体としたケアを行っている。	
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	毎月の職員会議のほか、常に職員の意見や提案に耳を傾け、管理者・設置者は運営に反映しています。	職員から、理念にある「笑顔とやすらぎ」の実現の1つの取り組みとして、流しそうめん実施の提案があり、実施している。管理者は、職員の前向きな取り組みややる気をつぶさないよう努めている。	
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	経験年数に応じた到達目標を設定し、到達時には給与に反映させるシステムを作っている。		
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	常勤・非常勤を問わず、全職員が研修に参加できる機会を設けている。また、経験年数に応じ、基礎研修・管理者研修・専門課程研修等に参加している。法人内外の研修にも参加している。		
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	グループホーム連絡協議会に加入し、交換研修や話し合いなどに参加している。また、関連のグループホームとの意見交換を定期的に行っている。		

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	入居前より本人と面談し、話を聞く機会を設け、安心して生活できるよう聞き取りを多く行っている。		
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	入居前より本人と面談し、話を聞く機会を設け、安心して生活できるよう聞き取りを多く行っている。		
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	担当ケアマネージャーと連絡を取りながらサービス利用の相談をし、本人・家族とどのような支援が必要か話し合いを行っている。		
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	職員の知らない歌を教えて頂いたり、利用者が生け花教室を開催し、経験を活かし共に学べるようにしている。		
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	家族と共に本人を支えていけるよう連絡・相談し、毎月必ず会えるようにしている。		
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	本人となじみ深い方々が訪問してくれる場合が多く、コーヒールームや談話室で楽しい時間を過ごして頂けるよう支援している。	美容院へ娘と毎月行く、馴染みの美容師が訪問する、家庭菜園に植える苗を友人が持参する、友人と喫茶室で歓談するなど、多くの人達が訪ねている。また、毎月友人2人が利用者を誘い外出に出かけるなど、家族も望んでおり関係が絶えない支援に努めている。	
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	認知症があり、難しい部分があるが、基本的に家族と同じ関係になってきており、お互いが支え合う関係になってきている。		

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	退居後、同一法人内の施設に移った方がおり、継続的に関わりを持ち、面会や相談を継続している。		
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	職員は本人に希望や意向を聞き、家族と共に行えることを優先している。リハビリ・生け花・外泊などホームだけでなく、出かける支援もしている。	コミュニケーションを通じて、利用者の思いを汲みとっている。また、年2回利用者に希望や意見を書いてもらい、または職員が代筆し管理者に届けるなど、利用者が希望する外食や外出に活かし、一人ひとりの思いを大切にした支援に取り組んでいる。	
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	一人一人の生活歴に関する情報を本人・家族から提供してもらい利用者にとって大切な経験や大きな出来事、思い出を把握し日々のケアに活かしている。		
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	その人にあったペースで生活できるよう支援し、見守りなどにより心身の状態等が把握できるよう支援している。		
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	管理者・担当職員が中心となり会議を行い、本人・家族・その他必要な関係者と話し合いの上、介護計画を作成し、常に状態の申し送りを行っています。又月に一度モニタリングを実施している。	定期見直しは6ヶ月毎であるが、状態の変化に応じ随時見直しをしている。介護計画は、毎月行うモニタリングを基に担当職員が素案を作り、カンファレンスで担当者が説明して、ケアマネージャーが修正し作成している。	
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	個別ファイルがあり、毎日一人一人詳細に記録し全職員が情報を共有できるようにし、実践や見直しに活かしている。		
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	同一建物内にデイサービス・喫茶店、同一敷地内に特養・ケアハウス等があり、報告・連絡・相談ができる。また、24時間相談可能な協力医療機関がある。		

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
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	地元消防・地域防災協力員・駐在所等に有事の際は協力して頂く旨、理解を得ている。		
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	入居時、家族・本人に確認し希望のかかりつけ医を継続しているが、協力医療機関もありその方にとってベストな選択をしています。状態変化時は早めの受診ができるよう支援している。	かかりつけ医による往診や職員が送迎しかかりつけ医の受診ができるよう支援している。また、協力医への受診は月1回職員が送迎し、症状により家族の同席を求め、受診結果は家族に報告している。	
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	協力病院の看護師と連携し健康管理を行っている。また、急変時に対応できるよう敷地内特養の看護師との協力体制があります。又個人病院の往診も受けている。		
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。	利用者・家族が安心できるよう協力病院と情報交換や相談を日常的に行っている。入院時、定期的に病院を訪問して状態の把握をしている。		
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	入居時の段階で家族や本人と相談し、協力病院とも話し合いをしている。また、職員も方針を共有している。定期的に本人や家族の希望を再確認している。	「重度化した場合の看取りの指針」を入居時家族に説明し、同指針を協力病院と契約し、メディカルネットワークシステムで24時間連絡を取れる体制が整備されている。家族や職員とは重度化の段階に応じ話し合いを重ね、看取りの支援を行っている。	
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	利用者の急変時や事故発生時に備え、研修や会議を行い、マニュアルを整備し、活用している。		
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	消防署・地域協力関係者により年2回、通報避難訓練を実施し、同一敷地内の他施設との協力体制も築けています。又、運営推進会議時に地域の方への協力をお願いしている。	敷地内にある特別養護老人ホームとケアハウスの協力を得て、年2回消防署の立ち合いの下に昼・夜を想定した総合訓練を行っている。水害を想定した訓練も行っている。3日分の食糧と飲料水を備蓄し、不足の場合は特別養護老人ホームとケアハウスの備蓄品の提供を受けることとなっている。	

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
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	人格を尊重し、性格等を考慮しながら、対応している。常に相手の立場に立つ事を考えるように心がけている。	居室入室の際は、ノックし声かけを行っている。トイレ介助は、他人に見られたり知られたいくないことに配慮して1対1で行い、排泄後は羞恥心に配慮しながら排便の有無を確認し記録している。	
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	職員は常に本人の意見を尊重し、その人に合わせ説明し、納得して頂けるよう支援している。職員が選ぶのではなく、本人が選べるような支援を心がけている。		
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、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	一日の生活ペースはあるが、共用ではなくその方に合わせて希望に添った支援をしている。		
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	2ヶ月に一度、理髪が入っているが、近所や馴染みの美容室に行かれる方もおり、その人らしいおしゃれができ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	利用者が食べやすいもの、好きな物のリサーチを行い、献立作成をしています。また、その人のペースに合わせて食事に一部バイキング形式を取り入れ、一緒に準備・片付けをしている。	食べたい物を聞き献立表を作成し、嫌いな物は他の食材に変えて、調理専任の職員が料理している。利用者も味見、盛り付け、配膳、後片づけ、食器洗い等を手伝い、職員も同じ料理を食べている。午後は利用者が作るクッキー等をおやつにしている。	
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	職員が食事を一緒に取ることにより把握している。現在、糖尿病の既往があり、カロリー制限中の方がおり、管理している。又個人ノートを作り、食事量や嗜好調査をしている。		
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、居室にてはみがき、うがい等の支援を実施し、清潔保持を心がけています。又歯科の往診により口腔ケアを行っている。		

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
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	排泄の失敗やおむつ使用の理由を考え、尿・便意のサインを本人の代わりに察知し、トイレ誘導を行い自立に向けた支援をしている。	排泄チェック表で利用者個々のパターンを把握し、トイレでの排泄支援をしている。高齢の方もいるなか、ほとんどの人が布パンツで快適な日々を過ごしている。	
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	腹部マッサージの実施、献立に根菜類・ヨーグルト・寒天等を取り入れ、体を動かす支援を行い、便秘にならない様心がけているが便秘の方は、主治医と相談しながら対応している。		
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	利用者の希望に合わせて入浴支援をしている。又、体調に合わせて個別で入浴できるような職員体制をとっている。	週3回を目安に、入浴チェック表で調整しているが、毎日入っている人もいる。入浴を拒否する人には、翌日誘っている。時にはバラの花を浮かべたり、グレープフルーツの皮など種々の果物の皮を入れたりして、香りを楽しんでいる。	
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	利用者一人一人について個々の記録・申し送りなどで睡眠パターンを把握し支援している。眠れないとの訴えがあった場合は職員と過ごし安心して眠れ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	利用者個々に薬剤の説明をファイル化し、共有できるようにしている。又、薬は個人別に管理者が管理している。		
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	一人一人の生活歴を活かし、楽しめるよう支援しています。掲示物や工作・生け花等は利用者の作品が多くあります。又本人の好きな事や嫌いな事の情報職員間で共有できるよう話し合いを行い、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支援している	家族の協力もあり、毎週出かける方や、外出する機会を作り、支援しています。いつ出掛けても良いような支援体制を整えている。	近所の家々の間にある散歩コースを歩いたり、交流広場の芝生を散歩したり、広場でお茶会を開いたり、家庭菜園の野菜を収穫したりなど、利用者の希望にそった支援を行っている。また、家族と毎日家に帰り、仏壇に花を活けたり掃除をしたりしている人もいる。	

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	自己管理されている方が2名、職員管理の方が1名おり、知人との夕食会や買い物や外出などお金が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	事務所の電話を利用できるよう支援している。家族や知人からの電話は本人に渡し、話ができるよう支援している。又本人からの訴えにも家族と話ができるよう支援している。		
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	食堂兼居間は、十分なスペースが確保され、季節季節の花が週替わりで楽しめるようにしている。台所は対面式で、利用者との会話を楽しみながら調理している。全面ガラス部分が2面あり、明るく開放的にし、ロールカーテンにより調整している。	施設全体がゆとりのある空間で占められ、季節を代表する菊の鉢植えが置かれたり、紅葉の風景が制作された貼り絵が飾られたりしている。また、廊下のコーナー3ヶ所にテーブルと椅子が置かれ、利用者同士や訪ねて来た友人との語らいの場となっている。	
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	居室前に3カ所の談話スペースがあり、独りになれたり、家族と過ごす事もでき、気の合う方たちの団欒スペースにもなっている。		
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	本人が今まで使い慣れた物をそのまま自由に持ち込んでもらっているが、押し入れのスペースが広く、荷物が入りきるために、家具が少なめの方が多い。	ベットと寝具は個人毎に持ち込み、その他、卓上に位牌やミニチュアの神社・生け花教室で習った生け花・詩画絵が飾られている。自分でベットメイクをしたり、衣類やタオルを整理するなど、その人らしい居室となっている。	
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	ホーム内の整理整頓に努め、個々の身体機能を活かした個別ケアで、その人に合った安全な生活が送れるよう、職員が常に見守り支援している。		