

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	0174100305		
法人名	社会医療法人 孝仁会		
事業所名	グループホームはまなずの家星が浦 第一ユニット		
所在地	北海道釧路市星が浦大通3丁目9番9号		
自己評価作成日	平成23年8月27日	評価結果市町村受理日	平成23年11月10日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL <http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0174100305&SCD=320>

【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)】

・平成12年開設から11年が経過し、一昨年頃より利用者の急激なADL低下が著しく、自力、経口摂取困難などで当グループホームでの対応には限界があり当法人内施設へ転居し、引き続き手厚い介護を受けられている。

・利用者の認知症症状の進行に伴い意思疎通困難や身体的にも体力の衰え、筋力低下、歩行困難となり常に介護が必要な方が増えている。昨年は末期癌を抱えた2名の利用者が入退院を繰り返す中、ご本人、ご家族、訪問看護、かかりつけ医、職員全員で終末期ケアを実施した事例もあり、職員の死に対する意識の改革、終末期ケアのあり方を深く考える良い経験をする事が出来た。これにより、職員個人のレベルアップ、日々のケアや利用者一人ひとりに対する考え方、接し方にも変化が見られるようになり、今後の事業所としての新たな課題、方向性を導き出す事が出来た。

・母体である社会医療法人の特性を生かし、これまでかかりつけ医は隣接している星が浦病院(脳神経外科)が主であったが、疾患別に他専門医の診療が必要となった場合には、当医療法人専門医の紹介を受け、かかりつけ医を変更し、定期的に診察を受けている。また院内LANシステムにより互いに病院同士で情報を共有出来る為、突発的な受診等も受け入れが可能である。

通院は、ご家族対応とうたっているものの入居者の認知症症状の進行や、加齢に伴う体調の変化により、緊急受診が必要な時は、訪問看護、主治医に上申、状況に応じ、法人内の病院に搬送し、日ごろ携わっている職員が同行、急変時の状況を医師に的確に伝えることによって正確な診断を得ることでご家族の安心感にも繋がっている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人北海道社会福祉協議会		
所在地	〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地		
訪問調査日	平成23年10月3日		

【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)】

グループホームの創成期より運営している当事業所は、運営法人が経営する医療機関等と共同で地域における高齢者ケアや認知症ケアに積極的に関わっている。特に、利用者の日常の様子から、精神状態の変化や安定度を判断し支援を行っている職員の判断力の高さやチーム介護の充実が見受けられ、日常的に認知症高齢者に対するサービスの質の向上に向けて取り組んでいる成果であると考えられる。利用者本位のサービスの提供や接遇向上に向けた取り組みなど、事業所内ではさらなる充実を見込める取り組みを継続している。

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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ます (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 4. ほとんどできていない
57	利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない			

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	事業所独自の理念を掲げ、各ユニットや事務所内に掲示し、理念の共有に努めている。定例会議で話し合い共有化を図っている。	地域密着の理念を掲げ、職員がいつでも振り返りができるように事業所内に掲示している。職員採用時には理念の説明を行い、定例で開催している全体会議や日常業務の中で周知、共有している。	
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、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している	町内会に入会、町内会活動(新年会・交流会等)に積極的に参加し又、ホーム内の行事にお誘いしている。隣町内会の認知症対応型ミニサービスとの交流もある。	利用者は職員と共に、町内会行事への参加を中心とした地域との交流を行っている。また、法人主催の地域向けの催事への参加や、他法人が運営する介護保険事業所とも積極的に交流している。	
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	事例なし		
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	定例会議やミーティング等で会議の内容を報告、話し合いを行っているが、概ね2ヶ月の頻度では開催されていない。	運営推進会議は町内会役員、婦人部、地域包括支援センター、利用者家族、事業所職員により委員を構成し、事業所の活動報告や災害対策について話し合っているが、2ヶ月に一度の定期的な開催には至っていない。	事業所内における運営推進会議の担当を分担するなど、一部の職員に負担がかからないようにするなどの調整を行い、2ヶ月に一度の定期開催につながるように期待する。
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	随時電話や電子メール等で情報交換を行っている。	前回評価時より、重点的に取り組み、行政担当者による要介護認定調査などの機会をとらえ、市町村と積極的な連携を取っている。	
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「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	身体拘束廃止委員会を設置し、定例会議で話し合い身体拘束をしないよう取り組んでいる。	身体拘束廃止の指針の策定やマニュアルを整備し、身体拘束廃止委員会を設置して、身体拘束を行わないケアを実践している。	
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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	利用者を大切に考えるよう定例会議などで話し合い虐待防止に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	制度があることは知っていても、制度について皆が理解するまでには至っていない。		
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	十分な説明を行い、理解を得ている。		
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並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	家族会を設置をしている。	面会時に家族へ声かけし、利用者の日常について報告を行い、家族が意見を表出できるように支援を行っている。	
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	月に1度の定例会議等で意見交換を行ない反映されるよう努めている。	月に一度定例で全体会議を開催し、事業所運営に関する意見交換を行い、意見反映ができる体制にある。	
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	人事考課制度のチャレンジカード等を基に管理者との面談で個々の意見を聞く機会を設けている。		
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	法人内研修、外部研修、定例会議時の勉強会にできるだけ参加できるよう努めている。		
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	グループホーム協議会(北海道道東ブロック)に加入し、勉強会(事例検討会)等に参加している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	事前面接(居宅・入院先・入所先等)を行い、不安や心配事がないかを聞き取り、信頼関係の構築に努めている。			
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	事前面接を行い不安や心配事がないか家族の話を傾聴している。			
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	事前面接にて、その他の施設やサービスの紹介も行っている。			
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一緒に生活する家族として共に支え合うという視点で又、本人の意に添えるような支援が出来るよう努力している。			
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	面会時や月一回発行しているはまなす通信、行事への参加等を通し情報交換し信頼できる関係作りに努めている。			
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	馴染みの場所へのドライブや常時面会、宿泊の受け入れを行っている。	家族や親類の面会や、利用者が過去に居住していた地域の友人、地域住民の訪問を受け入れている。		
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	1人一人の個性を大切に食事、おやつ、ゲームなど利用者同士の交流の場が持てるよう努めているが特定の利用者への支援に偏りがちである。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	入院中のお見舞いや他施設転居後の面会等で関係を断ち切らないようにしている。		
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	日頃から日常会話やアセスメントツール等を使用し、利用者の希望や意見を聞き取り把握に努めている。心の内を話しやすい雰囲気作りに努めている。	介護計画には、利用者および家族から事業所内における生活への希望や要望が明記され、利用者本位の生活支援を行っている。	
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	センター方式のアセスメントツールを活用、ご本人やご家族から生活歴等を聞き取っている。		
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	日頃の言動、表情を観察し一人ひとりの把握に努めている。		
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	必要に応じケアカンファレンスを開催し検討課題を話し合いご家族の意見も取り入れケアプランにいかしている。	介護計画は短期目標の設定を3ヶ月とし、3ヶ月毎に評価、見直しを行っている。入院治療後の身体状況の変化時や介護度が変更になった場合は、状況に応じた見直しを行っている。	
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	日誌や個別ケアチェック表、職員間ノートを利用し、情報の共有を行い介護計画の見直しを行なっているが情報の伝達が不十分で周知されていないこともある。		
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	状況に応じて介護タクシー(車椅子対応、ストレッチャー対応等)を利用し通院介助等をしている。		
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	SOSネットワークへの加入、ボランティアの受け入れ、近所のデイサービスや児童館との交流、町内会活動への参加を行っている。		
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	訪問看護による週1度の健康チェック。星が浦病院(脳外科)の往診。脳外科以外の診療が必要な際には専門診療科にかかりつけを変更し、特変時には病院・訪問看護に連絡し指示を仰ぐ体制がある。	協力医療機関が隣接敷地内にあり、定期的に医師および医療従事者による健康管理を行っている。検査結果の説明や病状説明が医師から行われる場合には、家族了承の上で事業所職員が同席し、情報を共有している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	法人内の訪問看護ステーションと契約し、利用者に体調変化等があればすぐに連絡が取れるような体制を整えている。			
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。又は、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・退院時にはご家族、職員が医師から直接説明を受け情報を共有できるような体制を作っている。また日頃から医療相談員との連絡を密にし、入院した場合には円滑に対応出来るよう関係作りを行なっている。			
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	重度化した場合における対応について係る指針は重要事項説明書に記載。本人の状態変化に応じてご家族、医師、訪問看護等関係機関と随時カンファレンスを実施し、ケアの共有化を図っている。	重度化対応については、利用開始時に家族に説明し、了承を得ている。また、かかりつけ医とも連携を図りながら、終末期への対応を利用者や家族の意向を尊重しながら行っている。		
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	普通救命救急講習(AEDを含む)を受講している職員もいるが、定期的な訓練は行なわれていない。応急手当はその都度訪問看護などに連絡し指示をもらっている。			
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	消防署の立会いのもと避難訓練の実施や、運営推進会議等で地域の方に協力を得られるよう働きかけている。	敷地内に隣接する関連事業所とも相互協力することを明示した防災計画を策定し、事業所の勤務職員が最少人数となる夜間想定訓練に重点を置き、防災訓練を実施している。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	○一人ひとりの人格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	お互いに注意し合い誇りやプライバシーを損ねないように声掛けなどに注意している。日誌等への記載にも配慮している。	利用者個人の尊重及び、排泄誘導などプライバシー保護に配慮した支援を行っているが、事業所ではさらなる充実が必要と考え、接遇向上に力を入れた研修会を実施している。		
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	その日の服装やおやつ時の種類選択等本人の思いを表出しやすい雰囲気作りや声掛けを行っている。			
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	突然の外出希望など対応できない時もあるが、できるだけご本人の希望に添えるよう心がけている。			
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	散髪は行きつけの理美容室へ出かけたり、出張美容師に依頼しおしゃれをする手伝いをしている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人ひとりの好みに合わせた献立作り、食事量、食事形態の工夫をしている。又、外食で好きなものを食べていただく支援もしている。	食事準備や後片付けなど、利用者の身体能力に応じて職員と一緒にやっている。広告ちらしを参考に一緒に献立を考えるなど、利用者の意見を表出できるように工夫している。	
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	食事や水分摂取量を個々に記入し、量や栄養バランスを把握出来るようにしている。嚥下機能が低下している方は、言語聴覚士の指導を受けている。		
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	起床時・就寝時・毎食後及び必要時に口腔ケアを促し、異常があれば歯科往診等で対応している。		
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	排泄パターンの把握や表情・素振り等に注意し早めのトイレ誘導やオムツ交換、声掛けをし、夜間はポータブルトイレ使用やパット交換でも日中はできるだけトイレで排泄するよう支援している。	利用者の身体能力に応じて、介護計画に沿って排泄支援を行っている。自立助長を念頭に置きながら、夜間はポータブルトイレを活用するなどの工夫をしている。	
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	職員間で排便状況の情報共有をし、乳製品や食物繊維を多く摂ったり、軽い運動を工夫したり医師・訪問看護に下剤調整等のアドバイスをもらっている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴の曜日や時間を設定せず気分良く入浴してもらえるよう湯加減等本人の希望に添えるよう支援している。	利用者の希望や、生活リズムに合わせて入浴支援を行っている。入浴を好まない利用者には声かけ誘導等工夫し、利用者の清潔保持を支援している。	
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	その日の体調や希望に応じ居室、リビング等で休息・安眠出来る様促している。		
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	服薬内容は個人別に写真付ファイルを用意し確認し易くしている。薬剤師の説明等を書類に残し情報を共有し服薬時は名前・日付等を確認し誤薬防止している。		
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	一人ひとりの出来ること、やりたいことを把握し役割や楽しみ事となるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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。また、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	玄関は施錠せずいつでも自由に外出できるようにしており、外出時は付添い見守りを行い散歩やドライブに出掛けている。	年間で季節の行事を計画し、外出の機会を確保している。事業所の畑や町内会の散歩など個別に支援を行い、利用者の希望や安全確保に重点を置いて日常的に外出支援を行っている。		
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	個人の能力にあわせ、ご家族の了解のもと小額を個人管理し、買い物支援している。本人の身体機能により外出が困難な場合には職員が代行している。			
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	電話を掛けたり手紙を書くなどの支援をしている。個人の能力に合わせ代筆、代読なども行っている。			
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	玄関、廊下の壁などに季節毎の飾り付けをしホーム内でも季節を感じられるように工夫し、時にはご家族が季節の花を持参し飾って下さっている。	共用空間は家庭的な備品を使用し、利用者が安心してリラックスできたり、季節を感じるができるような装飾を行うなど、利用者本位の工夫をしている。		
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	ソファやテーブルの位置など個人が自由に過ごせる環境づくりをしている。			
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	ご家族に依頼し出来る限り馴染みのものを使用したり、自室に家族の写真や自作の貼り絵等を飾ったりしている。	居室には利用者毎に思い思いの品々を持ち込み、プライベート空間を確保している。		
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	リビングや廊下など歩行の導線となる場所には障害物は置かず、安全に配慮している。居室入り口にイラストや顔写真を掲示し、分かり易い環境作りをしている。			