

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 **ぬくもりの家 西棟**)

事業所番号	0691900039		
法人名	医療法人社団公德会		
事業所名	グループホーム ぬくもりの家		
所在地	山形県南陽市柵塚929番地		
自己評価作成日	平成27年 9月28日	開設年月日	平成24年 4月 1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)】

H24年度4月より増設した。敷地内に病院(精神科、内科、歯科)や老人保健施設があり、健康面、医療面でなじみの先生に迅速かつ継続的に診て頂くことができ、利用者、家族共に安心して生活を送ることが出来ます。
食事面では利用者の嗜好や栄養のバランス・旬の食材を取り入れ、畑から収穫した野菜も利用し季節感のある献立に配慮し食事を提供しています。外出して楽しめるようなレクリエーションや季節感のあるレクリエーションを月1回程度行っています。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、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.kaigokensaku.jp/06/index.php>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株)福祉工房		
所在地	仙台市青葉区国見1丁目19番6号-201		
訪問調査日	平成27年 10月28日	評価結果決定日	平成 27年12月14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)】

室内のゆったりとした雰囲気、利用者の意向や希望に沿った支援、日々の散歩や外出、喫茶店の利用等、従来の生活の延長が感じられ、事業所の理念にある”ぬくもり”のある生活が実践され、感じられる事業所となっている。

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
55	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	62	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)
56	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:18,37)	○ 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	63	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)
57	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目: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	64	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)
58	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:35,36)	○ 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	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
59	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:48)	○ 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
60	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:29,30)	○ 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、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う
51	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	○ 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		

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します

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	職員全員で話し合っつった理念を常に意識するように事業所内に掲げている。新しい職員には初めに理念を伝え理解してもらっている。施設会議で理念を深める為の話し合いをして共通理解を持ち日々のケアに活かしている。	開設時に職員で話し合い理念を作成し年1回施設会議確認の話をしている。日々の生活はゆったりとして利用者のペースに合わせての支援を行い、理念を実践している。		
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員として日常的に交流している	お菓子を買いに地域の店に出掛けている。地域との交流を深める為行事等には地域のボランティアサークルに来てもらい交流している。外出レクの時もボランティアに来てもらい一緒に出かけ交流している。小グループで地域の店に外出に出かけている。	買い物、ボランティアサークルとの交流、地域の店に外出に出かけたり地域との繋がりがあがる。	オレンジカフェへの取り組みや地域への一歩進めた貢献等を通じて地域との結びつきを更に強めていくことが期待される。	
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	法人の広報誌やホームページに施設の記事を載せて施設の内容について知らせている。月に1回のオレンジカフェにデイルームを開放しグループホームについて理解してもらっている。			
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	利用者の状況やサービスの内容、評価への取組み状況について報告し話し合いを行い、そこでの意見で可能なものについてはケア向上のため取り入れ双方向的な会議になるようにしている。	2か月に1回開催し、参加者も行政、民生委員、利用者の家族等の参加で事業所の様子やその時どきの課題について話し合っ、参加者の意見を参考にサービスの質の向上に活かしている。		
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	2ヶ月に1回、市の福祉課の担当者に運営推進会議に出席してもらい、事業所の実情を伝えている。制度等で分からない事についてはその都度担当者に相談している。芋煮会に担当職員を招待し利用者と交流する機会を設けている。	市の担当者は運営推進委員会に参加して事業所の様子を理解している。4月よりオレンジカフェの開催の話があり、ぬくもりの家で利用者も含めて月1回始めている。		
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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	身体拘束についての学習会をして禁止の対象となる具体的な行為を理解し日々のケアを振り返り、そのような行為をしない事を確認合っている。玄関にはチャイムをつけているが、鍵をかけないようにしている。利用者が外出を希望した時は職員が付き添い外出している。	月1回学習会があり、研修の計画として身体拘束をしないケアの研修も行っている。		

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
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	高齢者の虐待防止法について学習し具体的な行為を理解した。学習会で「利用者又は家族が虐待と感じている事」の資料を読み合わせ、日々のケアを振り返りそのような行為をしない事を確認しあった。利用者の身体にアザや傷等変化がみられた時は、職員間で何によるものか明らかにして虐待でない事を確認している。		
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	権利擁護について学習会をして具体的には日々のケアでどのようにするのか理解し、確認しあった。現在は成年後見制度を利用している人はいないが今後必要な人が現れた時は補佐人と相談しながら本人に必要な支援を行っていく。		
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	契約の締結や改訂の際は、利用者や家族等に十分に説明し、疑問がないか尋ねて理解納得してもらっている。		
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	利用者の声や行動等を注意深く受け止め意向・要望等に可能な限り応えるようにしている。家族の来所時に直接意見や要望を聞くようにしている。年に一度利用者・家族にアンケートを行い意見・要望等聞いたり書いてもらい、それを活かすように努めている。	年1回アンケート調査を実施して利用者の家族の意見を聞いてサービスの向上につなげている。又家族が来所した時に家族の要望等聞くように心がけている。	
11		○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	施設会議で職員の意見や提案を聞き運営に活かし、必要があれば上部の会議に提案し可能な限り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	上期・下期に分けて各自目標を設定し仕事に取り組んでいる。半期ごとに実績や頑張りを評価し各自が向上心を持って働けるように努めている。		
13	(7)	○職員を育てる取組み 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	職員全員がそれぞれのレベルに合った法人内外の研修に参加できるように年間計画を作成し、機会を確保している。また施設内では学習係を中心に認知症ケアに関する学習会やその他伝達研修をして全員がレベルアップできるようにしている。	新人研修、OJTで職員を育てる取組が行われている。外部研修に参加した後は伝達研修で職員に内容が周知されている。	

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	
14	(8)	○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つくり、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組みをしている	県のグループホーム協会や置賜ブロック会に加入し研修会や交流会に参加し学習し情報交換している。他の事業所と交換実習を行い、他の事業所の良い所を学び自分達のケアを振り返り、改善し日々のケアに活かしている。	GH協会に参加して、他の事業所との交流があり、又、交換実習に参加して事業所のケアの振りかえりを行っている。		
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	カンファレンスを行い、生活暦や心身の状態を把握した上で本人と話す時間を多く持つ様にしている。不安や要望等を聞き、ケアに取り入れ、安心して生活を送ってもらえるように努めている。			
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	本人をとりまく家庭環境を把握し、不安や要望に耳を傾け、より強い信頼関係が築けるように努めている。また、その内容をケアプランに活かし提示している。			
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	本人及び家族の相談内容を十分に見極め、状況や意向に沿ったケアを行えるように努めている。必要があれば他のサービス、制度等を紹介している。			
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	食事・お茶会等の生活の中で、職員と利用者が過ごす機会や会話を持つ時間を多く設けている。洗濯物たたみや食器拭き・掃除等を一緒に行い、お互いに支えあう関係を築いている。			
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	家族が来所した際やカンファレンス参加時に、ホームでの生活の様子を伝え、家族の意見を聞き、お互いの意見や思いを共有している。毎月の家族への手紙の中で、本人の変化・生活の様子や出来事などを写真を添えて詳しく伝えている。			
20		○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	家族や友人・知人などの来訪時は、ゆっくりと過ごせる様に配慮している。			

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	
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	食堂内の座席や生活する上で利用者同士の関係を把握し、トラブル防止に努めている。対人関係が上手くできずにいる時は利用者の気持ちを十分配慮し職員が仲介し、少し時間をおいてタイミングを見計らいながら、お互い協力し合えるよう支援している。			
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	退所後も安心して生活ができる場を一緒に考え、不安なことがあればいつでも相談や支援ができるようにしている。また、近い場所へ移った時は、そこを訪れ、様子を確認している。			
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	日々の会話の中から本人の希望や困っている事など意向を把握するように努めている。希望に対しては柔軟に対応している。	食事中やおやつ時間に希望や意向等を聞きセンター方式のアセスメント用紙を使用して職員で共有して利用者の思いを把握している。		
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、家族から生活歴や暮らし方を聞き把握している。職員間で情報を共有し、ホームでも得意な事は力を発揮できるように援助している。			
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	一人一人の生活のリズムを観察し、性格や考え方を把握すると共に、出来る事、できないことを理解した上で支援を行っている。			
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	職員全員で、本人や家族の要望を聞き、アセスメントをもとに定期的にカンファレンスを行い、情報交換や現状を把握し、プランを作成している。また、モニタリング表を活用し、アセスメントに沿ったケアができたか毎月確認している。家族参加のカンファレンスが出来るように努めている。	カンファレンスでプランの見直しをしている。毎月モニタリング表を活用し、又、家族がカンファレンスに出席出来るように働きかけている。		
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	ケアを実践しての反応や職員の気づきや工夫を具体的に書くように努めている。書き方についても分かりやすく連絡事項など漏れのないように検討を重ねている。職員間の意識の共有を図りながら介護計画にも活かしている。			

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	
28		○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	近くにあるレストランへ食事に出かけたり、地域での催し物に参加して、地域との関わりや協力を得ている。積極的にボランティアを受け入れており、利用者に関わる機会を設けている。オレンジカフェに参加している。			
29	(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、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	同法人の病院の受診は職員が通院介助を行っている。受診時にはホームでの様子を伝え、結果は記録して職員間で共有している。他科受診に関しては家族に依頼し情報提供し、必要時は職員が付き添い医師に状況を伝えることもある。	向施設内にある佐藤病院と連携しており、内科、精神科への通院は職員が同行している。それ以外のかかりつけ医への通院は互助会(移送サービス事業所)という介護保険外のサービスを利用して頂き、日々の利用者の情報を提供している。		
30		○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	看護師にバイタルチェックや心身状態の観察をしてもらい、身体面で心配な事を相談し、助言を得ながら日々のケアに活かし、健康管理に努めている			
31		○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、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	同法人の医療連携室や他の病院関係者との情報交換を密にしている。また、数多く面会に訪れ情報収集し、退院の時期や今後の方向性などの相談を行っている。			
32	(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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に「重度化した場合の対応・終末期ケア対応指針」について家族に説明して同意を得ている	入居時に家族に説明して同意を得ているが、重度化した時はその都度話し合いをおこない、支援を行っている。		

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	
33		○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	急変、事故発生時のフローチャートの見直しを行い、スタッフの動きや連絡形態を確認している。AEDの使用方法について、消防署に来てもらい指導を受け再確認している			
34	(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	法人全体の避難訓練とホーム独自の避難訓練を行っている。訓練はマニュアルにとらわれず、様々な状況に対応できる様、その都度想定を変えて行っている。防災頭巾を購入し、新たに水害時のフローチャートを作成し、安全第一を心がけている。	事業所独自に年2回、法人全体で2回の計4回/年の避難訓練をおこなっている。春は夕方に夜間想定での訓練を法人の協力でおこなった。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
35	(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	丁寧な言葉遣いで話し、利用者の意見を尊重する言葉掛けを心がけて対応している。利用者のケアを見直し、プライバシーの侵害にならないよう対応している	学習会(研修会)で研修を行っている。資料が配布され、年1回は研修資料を利用して自己チェックを行い支援の振り返りを行っている。		
36		○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	決定事項は利用者に確認し決めてもらっている。行きたい所などの希望を聞き、行事や個別ケアに取り入れている。			
37		○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	1人ひとりのペースを大切に、食事・入浴時間などを臨機応変に対応し、その人らしい生活が出来るように支援している。			
38		○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	馴染みの美容室のある方は継続して行けるよう支援している。化粧をしている方への朝の化粧と夜のメイク落としの声かけを行っている。また、衣類の選択が出来る方は、自分で選び替えてもらっている。			
39	(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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日のご飯と味噌汁の盛り付け・食器拭きを行っている。利用者にも参加してもらい、畑での野菜の収穫・食材切り・食器洗いなども出来る範囲で行っている。希望を取り入れながら、外出レクなどを計画し、外食を楽しんでもらっている。 ⁶	利用者も参加し野菜を作り、献立に使用している。利用者の好みを聞いて、職員が献立を作っている。買い物は職員が行い、利用者は野菜の下ごしらえ、盛り付け、食器の洗い等を行っている。		

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	
40		○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	フローシートや水分チェック表を活用し、摂取状況を把握する。一人ひとりの好みに合わせ、水分を摂取してもらっている。			
41		○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	自分でできる方は声かけをして自分で行ってもらう。介助が必要な方は、一部介助をし仕上げを行っている。また、歯科治療が必要時は、法人内の歯科を利用している。希望者には定期的な歯の検診を行っている。			
42	(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向けた支援を行っている	排泄チェック表を利用し、個々の排泄パターンや言動から声がけやトイレ誘導を行い、失禁の軽減やトイレでの排泄を促している。尿量に適した排泄ケア用品を選び交換回数も個別に対応し自立支援と清潔保持に努めている	チェック表を利用者して失禁の軽減をしている、又便秘しないように食事等を工夫している。		
43		○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	毎日排泄の確認を行い一人ひとりの排便サイクルや水分摂取量を把握し、便秘時は医師の指示を受けながら下剤を使用しコントロールしている。毎日乳酸飲料の摂取と水分を多めに取るよう努めている。また、軽体操を行って便秘予防に努めている。			
44	(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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴日は週2回以上で曜日は決めているが希望や体調により変更も可能で希望に沿った入浴が出来るよう努めている。また、ゆったり快適に入浴できるよう、入浴時間や湯温の設定、使用する入浴剤などを個々の希望に合わせて対応している。	午後1:30～5:00まで入浴ができる。週2回を基本としているが、利用者の希望に合わせて対応している。		
45		○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	一人ひとりの体調や希望に合わせて休息できるよう支援している。不眠の方は医師と相談して薬の処方や調整を行っている。また、日中の運動量を増やす支援によって安眠に努めている。			
46		○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	処方箋を個別にファイルし内容をすぐに確認できるようにしている。処方内容の変更は診察ノートと申し送り職員全員が把握し常に状態の観察を行い変化があれば医師に報告している。薬は施錠管理し服薬に関するマニュアル、薬チェック表を活用しダブルチェックを行っている。			

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	
47		○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	後片付けや食事作り、畑仕事や野菜の収穫、自室の掃除など本人の出来る役割を見つけ行ってもらっている。また、気分転換を含め季節行事、誕生会、外出、散歩等行っている。制限の無い方や制限内で、好きな果物や菓子を個人で購入し食べる楽しみを持ってもらっている。			
48	(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	外出レクの他にも希望があれば個別に買い物、散歩、外食など外出支援を行っている。また、家族に協力いただき馴染みの美容院等にも出かけられるよう努めている。他科受診は家族に行ってもらい、家族との交流、外出支援の協力をしてもらっている。	外出レクリエーションで外食をしたり、馴染みの美容院、かかりつけ医の受診に家族同行で外出支援の協力をいただいている。日々散歩、コーヒー店にもでかけている。		
49		○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	家族の協力や本人の希望により小遣いを持っている人もいる。買い物の希望があれば外出支援を行ったり、買い物代行している。商品、おつり、レシートを確認してもらい、個人でお金を管理してもらっている。毎月明細を送付している。			
50		○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	希望があれば電話も手紙も自由にやり取り出来るように支援している。年賀状に関しては、書けない方の分は代筆で行っている。			
51	(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	利用者が個人、共同で作成した作品や利用者の写真を掲示したり、季節の行事に合った飾り付けを行い明るく季節感のある環境づくりに努めている。また、テレビの前にソファを設置し語らい寛げる場を設けている。冬期は膝掛けを使用し、温かく過ごせるよう工夫している。	季節の花を飾り、ソファを配置してゆったりと暮らしている。干し柿づくり、ぬくもりのある生活空間となっている。		
52		○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	食堂やソファコーナーの共有スペースの他に廊下側に独りになれるスペースを設け、状況に合わせて思い思いの場所で過ごしてもらっている。食堂の食席についても、利用者同士の関係性に配慮している。			

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
53	(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	家族の写真や使い慣れた時計、タンス等、利用者の好みや馴染みの物を持ち込んだり、家族が持って来てくれた花を自室に飾る等、居心地良く安心して過ごせるように配慮している。	家族や職員の工夫で利用者が安心して生活できる部屋作りをしている。	
54		○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	建物は全てバリアフリーになっており、廊下には手すりが有る等、利用者の安全と自立を意識した作りになっている。安全確保と自立への配慮に努めている。	/	/