

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	3370202206		
法人名	社会福祉法人うずき会		
事業所名	グループホームうずき		
所在地	倉敷市玉島1279		
自己評価作成日	平成26年3月6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.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=3370202206-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社東京リーガルマインド 岡山支社		
所在地	岡山県岡山市北区本町10-22 本町ビル3階		
訪問調査日	平成26年3月25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)】

栄養管理とリハビリに力を入れています。自分でおいしく食べれることや歩行状態の維持向上を目指し、医師・歯科医師・看護師・管理栄養士・リハビリスタッフ・介護士などの専門職が協力し、健康管理やリハビリを行っています。水分や体重管理はもちろんのこと、オシメ外しや排便コントロールも行い、「よく動きよく食べ、出す物もしっかり出す」ことを目標に頑張っています。居室内には、ご自宅から持参された様々な家具や物を置き、自宅に近い環境を作り、季節感あふれた行事を提供しています。入所者9人という少人数ならではの過ごし方として、天気や気温を気にして当日行事を決定し、外出や庭での食事を行います。皆さんに楽しんで頂ける行事を常に考えています。

【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)】

庭に置かれた表情豊かな埴輪、建物内には枝の一部が残された柱、手作りの陶板や自然石を使用した壁面など、温かみの感じられる事業所である。周辺には桜など季節の移ろいを感じられる自然がある。庭で食事をしたり体操をするなど、外気に触れる機会を多く作っている。100歳間近の利用者や要介護度5の利用者もいるが、健康管理にも配慮し、数年間利用者の出入りがほとんどなかったことも特徴といえる。利用者と家族との関係を繋ぐ働きかけや地域住民への協力要請により、運営推進会議に全家族が出席したり、外出支援や災害対策に地域住民の協力が得られるなどの良い関係作りは、利用者の安心の生活に繋がっている。

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 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)	○	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

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	理念について話し合い、日々のサービスを振り返り、理念が生かされているかどうかを確認している。	法人の理念と、グループホームの理念をいつでも確認できるように事務所内に掲示し、ミーティング時にも話し合っている。年度ごとに処遇目標をたて、実践できているかどうか反省・見直しをしている。	
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	初詣には地域の神社に行っている。散歩も行いご近所さんとあいさつ程度の話をするところがある。法人で行う行事や1日旅行には、地域の方の参加もある。	散歩の機会など日頃から地域住民と積極的にコミュニケーションをとって関係作りをしている。法人の秋祭りには、地域住民も参加し交流が図れている。避難訓練や旅行などに、地域の方も参加され協力が得られている。	
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	地域住民からの相談に乗ったり、介護不案や負担軽減につながるアドバイスを行っている。		
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	前回の運営推進会議で取り上げられた検討事項や勘案事項について、その経過を報告し合い、一つ一つ積み上げて行くようにしている。	地域の方や利用者に加え、現在ではほとんどの家族が出席されている。事業所の取り組みを紹介したり、情報の提供・意見交換を行っている。家族の役割の理解も得られ以前にも増して協力が得られるようになってきている。	
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に取り組んでいる	地域包括支援センター職員に運営推進会議に参加して貰ってグループホームの現状を伝えている。認定調査時に利用者の暮らしぶりや状態を伝えている。	包括支援センター職員には、毎回運営推進会議に出席してもらい、必要な情報や意見をもらっている。市職員とも、情報交換や相談にのってもらうなどで、協力関係を築くように取り組んでいる。	
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	ご利用者が不穏になられた場合には、職員の声かけや一緒に行動することにより落ち着いている。身体拘束を行った実績はない。	法人で拘束ゼロ委員会を開催し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。拘束にあたるような言葉について注意し合い、イントネーションを変えることによって利用者を傷つけないよう努力している。	
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逃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	研修に参加し、内部で復命研修を行い徹底している。管理者は現場に頻繁に訪れ、職員とのコミュニケーションを行い、予防に努めている。		

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
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	研修に参加し、内部で復命研修を行い徹底している。権利擁護に関する制度の活用は現在ないも制度自体は理解している。		
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	入所前には、時間を取りご理解頂けるまで説明している。重度化や看取りについての対応方針、医療連携体制なども説明し、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	ご家族には訪問時、運営推進会議などで常に問いかけ、何でも言って貰えるような雰囲気づくりを目指している。なかなか会えない場合には電話連絡をし、近状報告を行っている。	運営推進会議は家族会を兼ね、多くの参加が得られるようになり、家族からの発言も多くなっている。家族アンケートを実施した結果、意見が言いやすくなったとの評価も得ている。	職員の働きかけによって意見も出やすくなっていると感じたが、表に現れる評価に満足することなく、さらに本音の部分が聞けるような関係作りを続けていかれるよう期待する。
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	ミーティングを月に一度行い、意見を聞く様にしていく。日頃からコミュニケーションを取り、話しやすい関係を作っている。	職員からはより良い環境で業務をやり易くするための提案が多い。職員からの意見や提案は、毎週開催される運営会議や、毎月開催される主任会議に持ち寄り、検討してもらっている。意見は出しやすい環境である。	
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	代表者も頻りに現場に来ており、ご利用者と時間を共にしたり、個別に職員の業務や悩みを把握している。職員の資格取得に向けて支援を行っている。		
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	年間に行われる外部研修の情報を把握し、必要な研修や職員のレベルに応じた内容の研修に参加させている。		
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	他のグループホームの見学や研修を通じて、事業所外の人の意見や経験を生かしている。		

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
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	本人の生活歴・既往歴・病歴などを把握し、ご利用者のことを知ろうと努力し、その後、本人の意見を引き出せるように接触する。		
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	これまでのご苦労や経緯など、職員は仕事を止めてゆっくり話ができる時間を作っている。		
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	早急な対応が必要な相談者には、可能な限り柔軟な対応を行う。ケースによっては、福祉事務所や地域包括支援センター、地域のケアマネ、他の事業所とも相談できるような協力体制がある。		
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	支援する側、支援される側という認識を持たず、お互いが協働しながら和やかな生活ができるよう声掛けしている。		
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	職員は家族の思いに寄り添いながら、日々の暮らしの出来事や気づきの情報共有に努め、本人と一緒に支えるために家族と同じような思いで支援していることを伝える。		
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	面会に来られるご近所さんや身内、友人に今後も気軽に来て頂けるよう声掛けを行っている。個別に会話したい方は居室へ誘導し、認知症が深く会話にフォローがいるご利用者にはホールへと場所を変えている。	昔なじみの知人や近所の方が訪ねて来ている。家族の面会も多いが、面会の機会が少ない家族には、請求書を送る時に来訪をお願いする手紙を添えている。手紙を書いたり電話をかける支援をしている。	
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	ご利用者同士の関係性について情報連携し、すべての職員が共有出来るようにしている。また、心身の状態や気分、感情などで日々変化することもあり注意深く見守るようにしている。		

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	サービスの利用が終了された方も行事に招待したり、遊びに来て貰うなど継続的な付き合いが出来るようにしている。		
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	日々の生活での関わりでの声掛け、把握に努めている。言葉や表情などから、その真意を推し測ったり、それとなく確認するようにしている。	業務を見直し、利用者の側にいる時間を増やし、思いや意向の把握に努めている。困難な場合には、家族から情報を得たり、生活歴・性格・行動・表情から推し測り、本人本位に検討している。	
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	本人の過去の情報を得ることで、そのご利用者への理解を多くし、個性や価値観などの把握に努めている。		
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	ご利用者一人一人の生活リズムを理解し、ご自宅に近い状況を作っている。言動や小さな動作から感じ取り、本人の全体像を把握している。		
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	ご利用者やご家族には、日頃の関わりの中で思いやご意見を聞き、反映するようにしている。アセスメントを含め、全職員からの意見交換やモニタリング、カンファレンスを行っている。	3カ月、6カ月で計画の見直しをしている。利用者や家族の意見を聞いたり、カンファレンスで担当者や他の職員から意見を聞いて検討している。	
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	ケア計画記録表に記載し、担当者が月に一度のカンファレンスの時に要点をまとめ議題に出している。		
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	ご利用者やご家族の状況なども考慮し、買物や受診など出来る範囲で行っている。		

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
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	ご家族や身内などの面会や外出・買物を積極的に進め、職員以外の方との接点を持つ機会がある。		
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	ご利用者やご家族が希望するかかりつけ医となっている。また、受診はご利用者やご家族の希望に応じて対応している。基本的にはご家族対応の受診となっているが、不可能な時には職員が代行している。	利用者や家族の希望する医療機関を受診できるように支援している。ほとんどの方が協力病院に受診をしている。家族との接点を増やすために、可能な限り受診の送迎は家族にお願いし、協力も得られている。	
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	訪問看護ステーションあおぞらとの契約に基づき、日頃の健康管理や医療面での相談・助言、緊急時の対応も行っている。		
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。	入院時には、ご利用者への支援方法に関する情報を医療機関に提供し、許せる限り職員が見舞うようにしている。また、ご家族とも回復状況など情報交換を行いながら、速やかな退院支援に結びつけている。		
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	重度化にともなう意思確認書を作成し、当事業所が対応し得る最大のケア内容についての説明を行っている。	重度化した場合や終末期など、事業所で出来ることを説明している。看取りの経験はまだないが、状況が変化した場合には、再度利用者・家族の意思を確認し、意向に沿うように支援したいと考えている。	
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	行政関係者や消防署の協力を得て、救急手当や蘇生法の研修を実施し、全ての職員が第一次救急処置までの対応が出来るようになっている。		
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	毎月一日は防災の日として、防災ラジオや消防関連機器の自主点検を行っている。9月と3月の第4金ほうずき会と賀新会合同で消防署立会いのもと、避難訓練を行っている。地域からの参加協力も得ている。	周辺に社会福祉法人と関連の医療法人の事業所が多くあり、災害時にはお互いの協力が得られる。町内会長宅も連絡網に入っており、地域住民の役割分担も明確にされており、地域住民の役割分担も明確にされている。避難訓練には地域住民も参加している。	

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
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	援助が必要な時も、まずは本人の気持ちを大切に考えて、さりげないケアを心掛けたり、自己決定しやすい言葉掛けをするよう努めている。	職員は、一人ひとりのペースを尊重し、反応を見ながら、ゆっくり穏やかに目線を合わせて話しかけている。排泄の失敗時などはさりげなく自室に誘導して対処し、プライバシーに配慮している。	
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	職員側で決めたことを押し付けることはせず、複数の選択肢を提案して、一人一人のご利用者が自分で決める場面を作っている。		
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	一人一人のペースを大切に、それに沿った対応を心掛けている。その日の体調や様子を見ながら、本人の希望を尋ねたりしている。		
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	生活習慣に合わせ支援し、日頃からおしゃれを楽しんでおられる。ご利用者のこだわっているスタイル(帽子や靴下など)を把握し、その人らしさを保てるよう協力している。		
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	献立が決まっても、畑で採れた新鮮な野菜や頂きものがあれば、急にメニューが変更したり、追加されたりすることがある。ご利用者と職員と一緒に楽しく出来るよう雰囲気作りも大切にしている。	法人の栄養士により献立されているが、利用者の希望を聞きながら、畑で採れた新鮮な野菜を使ったメニューを加えるなど、食を楽しめるよう工夫している。身体機能に合わせて、刻み・ミキサー食などにしている。	
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	併設施設に管理栄養士がいるので、栄養面では管理して貰っている。食事量や水分量は各自合わせて確認するようにし、好きなものや食べやすい物を出すようにしている。		
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	ご利用者の状況に合わせて、食後は洗面台に移動して貰う。義歯は夜間職員が預かり洗浄する。職員は全員「嚥下マイスター」の研修に参加し、全員資格取得している。		

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	自尊心に配慮し、ご利用者の様子から敏感に察知し、身体機能に応じて手を差し伸べたり、介助している。排泄チェック表を使用し、尿意の分らない方にも時間を見計らって誘導し、トイレで排泄出来るよう支援している。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、時間を見計らったり癖や合図を見てトイレに誘導している。寝たきりの方も、トイレでの排泄を試みたり、パットを使う方もこまめにトイレに誘導するなど、自立に向けた支援が行われている。	
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	排泄パターンを記録し、水分補給の徹底を行っている。体を動かすことの大切さを理解して貰い、体操の参加を促している。		
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	入浴を楽しみにしているご利用者もいるが、嫌がる方には、時間を変えたりし、時間を掛けて安心感を持って貰う工夫をしている。	週2回、入浴できるよう支援している。嫌がる場合には、日を変えるなどの工夫をしている。入浴日は、希望の時間に入浴できるように、個々に沿った支援を心掛けている。	
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	なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。また、一人一人の体調や表情、希望などを考慮して、ゆっくり休息が取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	薬の処方や用量が変更されたり、ご利用者の状態変化が見られる時には、いつもよりも詳細な記録を取るようにし、訪問看護師や医療機関との連携を取れるようにしている。服薬確認を確実にしている。		
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	得意分野で、一人一人の力を発揮して貰えるよう、お願いできそうな仕事を頼み、感謝の言葉を伝えるようにしている。		
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に支援している	外出の時には、ご家族の協力により食事やお茶など一緒に過ごせるようお願いしている。散歩はほぼ毎日出掛けている。年二回のバス旅行、桜見学、コスモス見学など随時計画している。	家族や地域の方の協力も得て、全員で出かけることがあるが、周辺の散歩やドライブなど少人数で出かける機会を増やしている。外出の機会が少ない方も、地域交流スペースでのイベントに出かけたり、庭や畑で外気に触れるようにしている。	

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
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	認知症も深くなり、自己管理が出来なくなってしまい、常に所持している方はいない。買物や旅行の時にはご家族も側にいて生活リハビリも兼ねて支払いを行っている。		
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	あまり面会に來れないご家族に対し、近状報告や用事で電話連絡する際に、お話をしつ貰ったり、手紙を書いて同封することがある。		
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	木のぬくもりを感じて貰えるように、ふんだんに使用している。手作りの調度品も飾られており、温かみを感じる。自宅にあるタンスや物を置けるスペースもあり、住んでいた家に近い環境にすることを考え設計している。調理する音や食事の匂いで食欲も出る。	共用空間は、自然の枝を残した柱や、手作りの焼き物を壁面に使用するなど、特徴のある内装で、木のぬくもりや手作りの柔らかさがふんだんに伺える。花やちぎり絵、飾り物などで季節感も出している。編み物など、利用者の作品も飾られている。	
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	食堂とホールは一体的な作りで、全てが視界に入りやすい。ソファーやテーブル、イスの位置に配慮し、落ち着いてくつろげるスペース作りに取り組んでいる。		
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	写真や思い出の品などが持ち込まれ、それぞれのご利用者の居心地のよさを配慮している。	一人ひとりの身体機能や使い勝手に合わせて、ベッドの向きや家具の配置を工夫している。机・椅子など使い慣れたものや思い出の品が持ち込まれ、居心地良く過ごせるよう配慮している。	
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	ご利用者の状況にあわせ、物の位置を変えたり、言葉や場所、名前などを分りやすく書いたりし自分の場所という認識が出来る工夫をしている。		