

# 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	山形県南陽市桐塚929番地		
自己評価作成日	平成25年 9月 18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、診療内科)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、利用者様、御家族様ともに安心して生活を送る事ができます。食事面では利用者様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)  
(公表の調査月の関係で、基本情報が公表されていないこともあります。御了承ください。)

基本情報リンク先 <http://www.kaigo-yamagata.info/yamagata/Top.do>

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名			
所在地			
訪問調査日	平成 25 年10月29日	評価結果決定日	平成25年12月 1日

東棟に記載

## 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		項目	取り組みの成果	
	↓該当するものに○印			↓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. 全くいない
59 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: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、活き活きと働いている (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、安心して暮らしている (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			

## 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	
<b>I. 理念に基づく運営</b>						
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事業所内に掲げている。新しい職員には理念を伝え理解してもらっている。施設会議でりねんを深めるための話し合いをして共通理解を持ち日々のケアに生かしている。	法人の理念を基に平成19年に開設した時に職員で話し合いをして作った理念を、施設会議、勉強会話し合いを行うと同時に、各職員が半年単位での理念をベースにした目標を設定し、日常のケアにあたっている。		
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	日々の食材や日用品は地域の店に買い物に出掛けている。地域との交流を深めるため、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の機会をつくっている。	事業所の行事として、敬老会、新年会、クリスマス会等が行われ、地域のボランティアや一般の方が参加して交流が図られている。		
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	地域の人がグループホームについて知りたいと訪ねてきた時は詳しく説明し、認知症介護の苦労を傾聴し支援の方法を知らせている。増築の際は内覧会を開き訪れた人にパンフレットを配り認知症ケアについて説明した。			
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サービス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。	民生委員、学識経験者、行政、家族、利用者、法人職員の参加で2ヶ月に1回に開催されている。現状では事業所の報告が主体となっている。	今後は事業所の持つ課題等を話し合い、解決の為に、地域、行政の関係利用する等、より積極的な、推進会議の活用が望まれる。	
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。	運営推進会議や避難訓練、イベントにも参加してもらい、事業所の様子は理解して頂いているので、相談し易い関係が作られている。		
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」や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	身体拘束について学習会で拘束の弊害について、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しあった。利用者が外出を希望した時は職員が付き添い外出し、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。	1～2ヶ月に一度の勉強会や施設会議で身体拘束についての話がなされている。更に身体拘束による弊害についても話しあっている。		

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。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をし、具体的には日々のケアでどのようにするのかを理解確認しあった。成年後見制度を利用している人もおり、補佐人と相談しながら本人に必要な支援を行っている。		
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	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。玄関に意見箱を置いたり、外部を含めた苦情窓口については入所時に家族に知らせている。	玄関には意見箱を設置している。家族の面会時は直接意見や要望を聞くようにしている。又家族に対するアンケートも実施。	
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日々の運営に活かし、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。半期ごとに実務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機会を確保している。また施設内では学習係り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。	年間の研修計画が作成され、法人本部による研修や事業所としての研修がなされ、職員の質の向上には熱心に取り組まれている。	

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。また他の事業所の交換実習を受け入れ情報交換し、自分たちのケアを振り返り、改善したりと日々のケアに活かしている。	GH協に参加し、交換実習(受け入れ)で他の事業所と交流している。	
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所前に本人と何度か面接、聞き取りを行い周囲からも情報収集をし、本人の生活歴、心身の状態を把握した上で、不安なく安心が持てる関係作りに努めている。		
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	入所前に家族には施設の説明と見学をしてもらう。家族の思いや要望に耳を傾け、ケアプランに記載し実施することにより信頼関係を築けるよう心がけている。		
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	入所前の生活で本人に必要なサービスは入所後も利用できるよう他のサービス機関と連携し、本人に合った生活を過ごしてもらえるよう対応に努めている。また、健康状態の聞き取りを行い、必要時は他科受診の調整も行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は本人に声をかけあい食事の準備から後片付けまで、また、施設内の掃除や洗濯物たたみ等、一緒になって行い、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	家族が来所した時や電話等で生活の様子を話をするようにしている。家族の体調や状況も把握し、外出など無理のない程度に依頼し、共に本人を支えあう関係を築いている。		
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	友人や家族の面会を歓迎し受け入れている。施設内に日常風景やレクなどの写真を掲示し、様子が伝わるようにしている。希望があれば家族の協力を得て自宅へ外出している。電話や写真入りの手紙で近況を伝え、継続的な関係を持てるよう支援している。		



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	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スタッフが仲介し、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。			
<b>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</b>						
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。	日常のケアの中で本人の希望等を聞き取るようにされており、希望されることには柔軟に対応している。		
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。スタッフ間で情報を共有し、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	本人、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、きちんとケアができたか確認している。家族にカンファレンスに参加してもらえよう努めている。	日常生活の具体的課題を明確にして、定期的にモニタリングして介護計画の目標を確認している。		
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。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		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 (小規模多機能型住宅介護事業所のみ記載) 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				
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	外出レクや法人の夏祭りなど積極的にボランティアを受け入れており、入居者様と関わる機会を設けている			
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、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情報提供し、結果については記録に記載して職員間で共有している	内科、精神科、歯科以外は通院は家族の協力に対応している。かかりつけ医の現場まで送迎し診察結果は記録に残している。		
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			
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、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、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	重度化した場合の対応・終末期ケアに対する指針は入所時に説明同意を得ている。敷地内に法人の医療機関があり終末期はそちらでの対応となっている。		

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	
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	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再確認している			
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	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。訓練で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	事業所として年2回の避難訓練が予定されており、法人全体(春、秋)の避難訓練にも参加している。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
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	丁寧な言葉遣いで話し、入居者の人格を尊重する対応をしている。入居者1人1人のADLや認知症の症状に合わせ、プライバシーの侵害にならないよう対応している	勉強会で話し合い、日常のケアの中で職員は振り返りをしている。		
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	決定事項は入居者に確認し決めて頂いている。また入居者との関わりを多くし、好みや考え方など把握し、ケアに取り組んでいる			
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	1人1人のペースを大切にし、食事時間や入浴時間など臨機応変にするなどして対応している。また散歩に行くなど希望に添えるよう支援している			
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	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			
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。炊での収穫・食材切り・食器洗いなども出来る範囲で行っている。誕生日や行事食を取り入れ、入居者様の希望を聞いたり季節を感じてもらっている	献立は調理担当者が利用者の意見を聞いて肉、魚のバランスを考えて作っている。、買い物には利用者も同行する時がある。食器洗い、下膳等は協力している。		

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
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	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。水分補給は入居者様の習慣や好みを尊重し提供している。またおやつ時の水分を日替わりにして提供している		
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に、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	自分で行える方は声かけをして自分で行ってもらう。介助が必要な方も出来る所まで自分の力で行ってもらう、不足の部分を介助している。また口腔内に異常がある場合には、法人内の歯科を利用し治療している		
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。	日中はオムツを使用している入居者はいない。リハパンにパット使用、夜間はパットの交換で対応している。	
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	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イモ類や果物をおやつに取り入れている。また、軽体操を行って便秘予防に努めている。		
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、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、使用する洗剤などを個々の希望に合わせて対応している。	週2回が基本で土、日は入浴は休みである。入浴を拒否する人には声掛け等の工夫で入浴して頂いている。	
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	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。		
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	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ですべてスタッフ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。、屯用については、		



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	
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	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。制限の無い限り、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。			
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	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き、家族との交流、外出支援の協力をしてもらっている。	天気の良い日は散歩をしたり、畑をしたり、本人の希望に対応している。馴染みの美容院に行く時は家族の協力がある。馴染みの中華屋を始め外食に行くことを利用者は楽しみにしている。		
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	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。買い物などでお金を使う希望があれば外出支援を行ったり、代わりの買い物に行き、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。			
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	携帯電話を持っている方も居るが、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、書けない方は代筆で行っている。			
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	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。	デイルームに畳のスペースがあり、冬場はこたつを設置し、気の合った者同士であたたまる子とができる。		
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頂いている。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
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	家族の写真や使い慣れた時計、テレビやタンス、コタツ等、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。	その人らしい部屋作りで馴染みの小物類が置かれていて居心地の良さが感じられる。	
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	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。		