

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	4570103236		
法人名	医療法人将優会		
事業所名	グループホームうしたに将優館		
所在地	宮崎県宮崎市大字恒久5064番地		
自己評価作成日	平成29年1月30日	評価結果市町村受理日	平成29年4月7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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/45/index.php?action_kouhou_detail_2015_022_kanitrue&amp;JiyosyoCd=4570103236-00&amp;PrefCd=45&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/45/index.php?action_kouhou_detail_2015_022_kanitrue&amp;JiyosyoCd=4570103236-00&amp;PrefCd=45&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成29年2月24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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>●併設されているクリニックうしたにとの医療連携がしっかりできており、利用者、家族の医療面でのニーズに対応できる体制ができています。</li> <li>●栄養管理部との連携により、利用者個々に合った食形態での食事の提供や四季折々の行事食が毎月提供される。</li> <li>●地域自治会に利用者一人ひとりが加入し9名12班として活動している。</li> </ul>
--

【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)】

<p>ホームは、地域で健康に関わる医療支援(健康管理)を行う中心的役割を担うクリニックうしたにを母体に行っている。この地域のグループホームと家族、住民が同じ土俵で関わりを持ち、協力しながら暮らしている。利用者一人ひとりが自治会に加入し、行政に関わる回覧や区の行事がそれぞれの居室に配布されている。職員はこの医療環境や地域との密着性を生かし、利用者の衣、食、住の質の向上を図ることに力を注いでいる。特に医療機関での専門性を食事や介護力、衛生管理に取り入れ、更なる向上心を持ち取り組んでいる。これらは地域住民にも還元され、地域貢献につながっている。</p>
--

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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、安心して暮らさせている (参考項目:28)		

## 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
<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	職員で話し合い作成した理念である。利用者共有スペースや話所内に掲示し常に目に入るようにしている。日常では名札の裏に入れ携帯している。	全職員で作成した理念である。状況が変化するたびに見直しを行っているが、当初の理念が基本であることを認識している。名札に理念をカード化し常時携帯することで、初心に立ち戻り、理念に基づき実践につなげるよう取り組んでいる。	
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	利用者9名が個々に世帯主として自治会会員になっており、9世帯12班として活動している。各行事に参加しており、毎月の班長会にも出席し広報紙等も各世帯に配布している。	利用者個々人が自治会の会員であり、世帯主である。利用者は地域全ての行事に参加し活動することができる。敬老会等には地区住民として参加している。市広報も各居室に配布している。	
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	地域からの依頼を受け認知症についての講習会の開催、認知症サポーター養成講座の講師としての出向などを行っている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1度、運営推進会議を開催している。自治会会長、民生委員、地域包括支援センター、利用者家族が参加し、活発な意見交換が行われている。	2か月ごとに運営推進会議を開催している。会議ではホームや地域の問題を取り上げ、意見交換を行っている。ホームの会議室を地域に開放し、利用者、住民、委員の日常的な共有の場となり、互いの理解を深め合っている。	
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取り組んでいる	疑問や質問また相談が必要な事案が発生した時などは、電話や直接担当窓口に行くなどの対応を行い連絡、報告を行っている。	日頃から、書類の提出やホームの問題についての相談などで、直接窓口に出向いており、担当者との協力関係を築くよう努めている。	
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「介護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	職員全員が身体拘束をしないケアについて理解しており、外部研修にも参加し知識を深めている。また内部研修を行い身体拘束についての認識の統一を行っている。玄関の施錠については、夜間は防犯目的で行っているが、日中は解放している。	法人全体で身体拘束をしない取組を行っている。新任者研修をはじめ、外部研修、内部研修を通し、拘束の弊害を理解している。知識を共有し、特に言葉による拘束をなくすように心がけている。	

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	外部研修に必ず参加し、その研修によって得た知識を内部研修等で報告すると同時に話し合いを行い虐待への認識を深めている。		
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	現在、権利擁護が必要と思われるケースはない。今後必要な時にすぐに対応できるよう関連機関との連携を密に行っていく。また家族等への周知も行っていきたい。		
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	入居時、重要事項説明書、契約書の説明を十分に行うと同時に、不安や疑問点の解消に努めている。		
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	意見箱の設置、意見交換ノートなどを使い意見を聞く機会を設けている。また普段から利用者、家族とコミュニケーションを図り、意見を言いやすい関係づくりに努めている。	利用者の日常生活全般や家族の来訪時、また、交換ノートから意見や要望を聞いている。居室に置いた交換ノートに記載された親せきや友人等のコメントを通し情報を得て、それらを反映させている。	
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2回職員会議があり、業務内容や処遇について話し合いを行っている。提案や意見があればその場で述べ業務に反映させている。	毎月2回、全員参加の職員会議では、目的を業務内容と利用者に関する内容とに分けて検討している。議事録を基に、部門ごとに自らのキャリアアップをめざした会議にしている。それらを運営に生かしている。	管理者は会議での意見や要求を、職員の資質やモチベーションの向上に反映させており、地域協議会などで報告や紹介をし、グループホーム全体を牽引することを期待したい。
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	月例会議で業務勤務状況の報告を行い、介護職員処遇改善計画に基づき、職場環境等の改善を図り、キャリアパスを導入し研修計画に沿って参加させている。給与については毎年10月に定期昇給している。		
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	施設内、施設外の研修会や勉強会への参加を促し、職員がスキルアップしていけるよう取り組んでいる。又、個々の能力に応じた業務を担当することで、職員の意識向上を図っている。		
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、各研修等に参加することにより同業者との交流を図り、意見交換や情報収集を行っている。		

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
<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	入居申し込み後、入居までは電話などにより現状の把握をするように努めている。又、入居が決定した際は、事前に本人や家族と面談し、状況の把握や不安解消に努めている。		
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	入居決定後から電話や面談等で十分な話し合いを行い、家族の思いに寄り添いながら良好な関係が築けるよう努めている。		
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	十分な話し合いの中で本人や家族が「その時」必要としている支援を提供できるよう努めている。		
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	「人」を尊重し「想い」を大切にの理念の下、利用者に寄り添いすぐに声かけられるような雰囲気作りを心掛けている。またアセスメントにセンター方式を使用し、利用者一人ひとりに目を向けられるよう努めている。		
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	面会の時には、日頃の生活についてよいことだけに限らず、全般的に報告している。家族にも本人のケアに携わっていただけるよう、センター方式を家族の視点から記入して頂いたり、共に本人を支援するようにしている。		
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	夕涼みや誕生会の際には、家族はもちろん、友人への参加の声かけ等を行っている。又、地域で行われる行事に参加することで、昔なじみの友人、知人との交流も行っている。	ホームは法人のクリニックやデイサービス、特別養護老人ホームと隣接しており、これらを利用する住民との交流を盛んに行っている。また、地域の敬老会等の行事では、なじみの友人や場所との交流を支援している。	
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	利用者1人ひとりの認知症状に合わせたテーブル配置になっている。またコミュニケーションが取りにくい場合は、職員が間に入り、関わりをもてるように、きっかけ作りを行っている。		
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	退所後もこれまでの関係が継続できるようなコミュニケーションを行っており、地域の行事等で顔を合わせるようなときは、話を聴きフォローできるよう努めている。		



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
<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	日々の生活の中で、利用者の希望や意向に耳を傾けている。実現可能な希望の際は出来る限り希望に沿うように実践している。また、季節や天候の変化による個々の心境の変化にも対応できるよう常に心掛けている。	日々の暮らしを通して、利用者の希望や意向を把握することを大切にしている。また、アセスメントツールを活用して、全職員が情報を共有するようにしている。家族からは、利用者の細かい生活歴を聞き、ケアに反映させている。	
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シートを使用し、利用者、家族、友人等からの情報収集を行っている。収集した情報を活用しこれまでの生活が継続できるよう努めている。		
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	日常生活の中で心身の変化を見逃さないよう努めている。又、些細なことでも全職員で話し合いを行い情報の共有を図っている。		
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	面会時に生活の様子や課題について話し合いを行い、本人や家族の意見を尊重しながら、定期的に行うケア会議を経て現状に即したプラン作成を行っている。	職員の記録簿(介護記録・バイタルチェック・申し送りノート・交換ノート)、ケース会議、クリニックの異職種メンバーからの情報や指示書、家族の意向を取り入れ、ケアプランを作成している。3か月ごとにモニタリングを行い、随時ケアプランを見直している。	
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	日中、夜間の様子や状況を状況経過記録に残している。又、その記録を基に朝と夕に申し送りをを行い情報の共有ができるようにしている。		
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	併設のクリニックうしたにやデイサービスうしたに、系列の社会福祉法人との連携を図りながら柔軟な対応で入居者や家族に満足して頂ける支援を心掛けている。		

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	個々に必要な地域資源を把握し、自宅での生活と大きな変化なく生活できるように支援している。		
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	日々の健康管理から終末期の対応まで、本人、家族の意思を尊重しながら、主治医の指示の下で対応している。また、併設のクリニックうしたにと密に連携を取っている。	入居以前から、地域の医療機関として活用していた利用者が多い。入居後も継続している。定期的に専門医受診を必要とする場合は、情報を提供し、連携を図っている。	
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	併設のクリニックうしたにの看護部と連携を取っており、状況に応じた状態報告を行っている。又、家族や利用者が直接相談、質問が出来るよう支援を行っている。		
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。	併設のクリニックうしたにと連携しており、利用者の情報交換もスムーズに行えている。併設クリニック以外の入院では主治医を中心に情報交換を行っている。		
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、事業所です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	併設のクリニックうしたにの医師、看護師を交えた家族との話し合いや、ホームのケア会議への看護師参加など、医療、介護間での情報の共有を行い意識の統一ができるように配慮している。ターミナルケアの研修会等にも参加している。	入居時に「看取りに関する指針」をクリニックの医師、看護師、関係者を交えて説明している。医療連携、ターミナルケア、介護職の支援体制、看取りについて明文化し、情報を共有し、不安を取り除く支援を行っている。	
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	全職員が救急救命の研修会へ参加している。又、緊急時におけるマニュアルの確認及び指導を行うと共に、併設のクリニックうしたにより予測できる症状等については指導を受けている。		
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	避難訓練、火災訓練を年2回定期的に行っており、横町自治会との協力を得て災害時の安否確認訓練などに参加している。津波対策として図上訓練を実施し、災害に備えている。	海抜7mの立地条件のため、年2回、避難訓練や火災訓練を行っている。クリニックは災害時の地域の避難所であり、水や非常食等を3日分、発電機等も備蓄している。有事の際(特に夜間)の利用者搬送手段等について、住民との協力体制が具体化されていない。	住民との連絡網、ホーム間取りの確認、搬送時の安全用具の確保、役割分担等、住民と職員間で安全確認の手段をマニュアル化しておくことを期待したい。

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>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	職員は入職時に個人情報保護法についての研修を受け、内部研修も行いプライバシー保護に努めている。また利用者への言葉かけなどには十分注意し援助している。	新任者研修では、接遇研修、特に個人情報保護法についての内・外研修を行い、プライドを傷つけない言葉かけや対応に心がけている。職員は理念をカード化し携帯することで、常に初心に立ち返り、資質の向上を目指している。	
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	利用者が想いや希望を話しやすい雰囲気作りを行うと共に、日常の会話の中からも意思をくみ取り自己決定できるよう支援している。		
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	日常生活においてタイムスケジュール等はない。一人ひとり個々の生活リズムで過ごして頂いている。		
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	毎月1回の出張美容室と2か月に1回の出張理容室の来所があり、希望に沿ったカット・カラー等を行っている。また行きつけの美容室があれば家族と協力し継続して利用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	食事前のお絞りたたみやテーブル拭き、食後食器をお盆に乗せるなど利用者個々の能力に合わせてできることを協力して頂いている。また、毎月の行事食として季節を感じることでメニューを提供し楽しんで頂いている。	基本的に法人の管理栄養士が献立を作成し、調理を行っている。利用者の病態、嚥下状況を考慮し、行事食や希望献立を取り入れ、柔軟に対応している。また、力量に応じた食事の準備や片づけをしてもらっている。さらに摂食状況を把握し、事後の健康管理につなげる取組も行っている。	
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	アセスメントによりご本人の食習慣や摂取状況を把握し、管理栄養士によるバランスのとれたメニューを提供している。また個々の嚥下能力に応じた食事形態での提供も行っている。		
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	毎食後口腔ケアを行い口腔内の清潔保持に努めている。又、訪問歯科と連携を行い個々に合った口腔ケアの方法などアドバイスを受け支援を行っている。		

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
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	チェック表を使用し排泄パターンの把握を行い、状況に応じた支援を行っている。また、おむつの種類や使用方法についても、個々のレベルで考慮し、その方に合った排泄支援を行っている。	利用者の排せつパターンをチェック表から把握し、トイレ誘導や声掛けを行っている。夜間はトイレ誘導とポータブルトイレ、個々に応じたオムツ(素材、機能性)を適用させている。	
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	水分補給を十分行うと同時に、日常の中で適度な運動を行えるよう支援している。また、チェック表を活用し個々にあった排泄管理も行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴できる曜日や時間に決まりはなく、利用者の体調や希望に合わせて入浴を行っている。利用者の身体機能に合わせた用具の検討・導入も行っている。	利用者の希望や健康状態に合わせて柔軟に対応している。入浴できない場合には、清拭や足浴をし、通所施設の機械浴を利用することもある。入浴剤を使用したり、季節により「ゆず」や「しょうぶ」で楽しめる支援を行っている。	
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	起床、臥床時間に決まりはなく、日中も居室、フロアー、ソファにて休息できるような空間づくりを行っている。採光、照明、空調にも配慮している。		
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	薬の用法、用量についてはカルテにファイリングしている。処方変更時は併設のクリニック、訪問薬局の薬剤師の指導を受け、スタッフの周知徹底を図り、ミーティングや申し送り簿で伝達している。		
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	生活歴やADLに合わせ、洗濯物たたみや食器洗いなどを手伝って頂いている。又、家庭菜園では、季節ごとに野菜や草花を植え、成長過程を楽しみながら収穫作業に参加して頂いている。		
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	利用者の希望に応じて買い物に出掛けたり、一緒にホーム周辺を散歩したり、ベランダに出られたりしている。又、本人、家族の希望に添った支援をしている(外食・ドライブ)。	天気のいい日はホームの周囲を散歩している。地域での行事にはできるだけ参加するようにしており、外食やドライブ等は家族の協力を得て行っている。	



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
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	自己管理できる利用者には管理して頂いている。自己管理が困難な方については金庫にて預かり台帳に記入し管理を行っている。定期的に家族に台帳の確認をして頂いている。		
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	公衆電話が設置してあり誰でも使用可能になっている。また希望があれば職員による手紙の代読、代筆も行い知人との交流が継続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	居室では、馴染みの家具や寝具を使用して頂いている。フロアの大きい窓からは外の景色や草花を見ることができ、季節の移り変わりを感じて頂けるようになっている。また各居室、フロアに温度湿度計が設置してあり温度管理を行っている。	毎朝、換気をしたり、床や椅子、手すりを塩素系の消毒剤で拭くなど、衛生管理と利用者の健康管理を優先している。浴室やトイレ等は利用者に分かりやすく表示され、迷うことがないように配慮しており、居心地良く暮らせる支援を行っている。	
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	フロアにはテーブル、椅子、ソファが配置されており、そのほかにも談話コーナーとして腰掛けられる量の場所も設けている。		
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	本人の希望を聞きながら、家族と相談させて頂き、今までの生活で使用していた物や想い入れのある物など、自由に持ち込んで頂いている。	居室は家族や利用者の希望で畳かベッドを選択できる。自宅での環境を継続できるように、使い慣れた家具、小物、仏壇を持ち込んでもらい、居心地良く暮らせる工夫を行っている。	
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	個々の生活歴、ADLを考慮し、その方に合った自立支援の提供ができるよう援助している。また、日々の生活が快適になるよう環境作りにも努めている。		