

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	3270800315		
法人名	株式会社 ひょうま		
事業所名	グループホーム ひなたぼっこ・えびすヶ丘		
所在地	島根県益田市下本郷705-29		
自己評価作成日	平成23年9月30日	評価結果市町村受理日	平成23年12月22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.katgokouriyou.jp/katgosip/information/publ/cg.do?JGD=3270800315&SCD=320&PCD=32
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPOLまね介護ネット		
所在地	島根県松江市白濁本町43番地		
訪問調査日	平成23年10月28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)】

入居者のお一人お一人の能力や好み等の意思を大切にして、その人らしい生活が送られている
--

【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)】

「その人らしく今までの生活に近い環境を作り出す」を目標に、管理者と職員は日々の生活の中で利用者の思いを大事にした個別支援に取り組んでいる。利用者は、掃除、食事の支度や片づけ、洗濯物干し等、自分の役割を見出して出来る事を行っている。利用者の重度化で外出が困難になってきているが、事業所で「お話し会」を開き地域の方に来てもらい交流を図っている。管理者、職員は、食べることは日常生活の基本であるとの考えから、おいしい食事を提供し、利用者が自分のペースで食べられるよう利用者に合わせて支援している。

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)	○	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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	「その人らしく今までの生活に近い環境を作り出す」等を盛り込み、一ヶ月に一回理念に添ってケアができたか自己評価を行うと共に毎回全職員で確認・評価をしケアにつなげている。	全職員は毎月自己評価を行い、理念がケアに結びついたか検討し共有している。毎日の申し送り時にもその都度理念を振り返り、より良い支援に繋がる様努めている。	
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	地域の方に毎月「ひなたぼっこ便り」を回覧している。ホームの行事には参加してもらったり、地域の行事にも参加をし地域の方との交流ができています(新年会・ふれあい健康教室・盆踊り・敬老会・選挙・溝掃除等)	自治会に加入しており、職員は早朝の地域活動や新年会にも積極的に参加している。従来の「ひなたぼっこ祭り」の代わりに「お話会」を開き地域の方に来てもらっている。	
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	グループホームを理解してもらうため「お話会」を開催している。利用者の方との交流も深まっている。		
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	2ヶ月に一回開催し、ホームでの状況や取り組み等を積極的に報告し、多方面からの出席者から意見、情報を聞いている。改善事項に対しては意見を参考に検討をしケアにつなげている。	利用者や事業所の活動状況を報告し、振り返りや意見交換の場となっている。委員から地域活動の「ふれあい健康教室」への参加の誘いを頂く等している。	
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	運営推進会議にはホームの状況、ケアの取り組み等を伝えている。	担当者は認知症について理解があり、利用者の状況や、地域との関係についても把握しており、相談がしやすく、的確なアドバイスを貰っている。	
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「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	高齢者の権利擁護や身体拘束に関して職員会議で共有認識を図っているが、事故を防ぐための予防策として換気時以外は管理している。	マニュアルに沿った話し合いや研修に参加している。利用者との会話では否定的な言葉遣いはせず、まず利用者の話を傾聴するよう努めている。玄関はセンサーで中から開けるようになっている。	
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	年2回の職員虐待防止自己チェックを実施し、チェック内容についても検討し虐待防止に努めている。		

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	研修会に参加し職員会議において理解を深める機会を持っている。活用が必要な利用者がおられないこともあり関心が薄いようである。		
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	契約時には時間をかけて、全ての書類を具体例を示しながら説明をし、理解・同意をいただいている。また解約時には不安や疑問を残さないように相談の機会を持ちながら行なっている。		
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	入居者の日頃の言動の中から思いを察するように努めている。年一回家族アンケートを実施し、家族会では家族同士で意見交換の場を持ち、苦情・意見・要望等を随時受け付け内容を検討し対応できるようにしている。	年一回、家族アンケートを実施したり、家族会や面会時にも家族の意見や要望を聞いている。	家族会では、議題を提供する等意見を引き出し易くする工夫を望みたい。
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	毎日のミーティング時、毎月の職員会議で意見交換をし情報を共有したり要望を聞いたりしている。ホーム長はホーム長会議の場等で本社の上司に意見や要望を伝え解決につなげている。	毎月の職員会議、毎日のミーティングの中で、意見、要望等を聞いている。勤務時間を利用者に応じて柔軟に変更する等、課題を全職員で話し合いケアの向上に繋げている。	
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	健康診断の実施等、全職員の心身の健康を保つための対応がされている。気分転換ができる休憩室が準備されている。		
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	外部での研修には職員の能力に応じて計画的に参加している。研修後には勉強会や職員会議等で研修報告をしている。		
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	担当ホーム長は近隣のグループホームの集いに毎月参加し情報入手し参考にしている。他法人とのグループホーム職員交流会が催され参加している。日々のケアにつながる情報交換ができている。		

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	事前に面談をし本人の状態を家族や、ケアマネ等から情報を得て、その後本人との関係づくりをしている。面談は生活暦の雰囲気把握するためにも家庭で行なうようにしている。		
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	家族の希望により面談場所を決めている(自宅、ホーム、他施設等)今までの家族の苦労やサービスの利用状況等を把握している。またケアマネからも客観的な情報を得ながら参考にしている。		
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	面談時に、必要な場合には他の事業所を紹介したり、ケアマネや地域包括支援センター等への相談を持ちかけている。		
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	普段の生活の中から主役になれる場をセッティングをしている。その中で入居者から教えていただき学ぶことが多くある。レベル低下により難しくなっている。		
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	家族の面会時には悩みや相談にのったり、家族の思いや希望を聞いたりしている。また職員側の思いも伝えながら「家族と共に入居者を支援していく」ことを目指して、協力関係を築いている。		
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	お寺参りや馴染みの美容院へ行ったり自宅の畑の水やり、季節ごとの花見や山菜取り自宅付近の知人との話など、今までの生活習慣が継続できるように支援しているが、全体的にレベル低下により難しくなっている。	美容院に行ったり、手紙のやり取り、以前の仕事上の方や親戚の方の訪問等、利用者にとって顔見知りの方との関係が継続されている。エステボランティアは6年来毎月続いており、利用者は心待ちにしている。	
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	それぞれの個人の性格傾向を把握し入居者同士の関係づくりに配慮している。食卓の席順や作業の場所、ソファの設置等に配慮し日々の役割活動を通しての関係づくりができるように配慮している。		

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
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	特に積極的な関わりはしていない(亡くなった方、遠方、入院、他施設、在宅)		
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	家族の方からの情報を得たり、日々の生活の関わりの中から気持ちや希望などを聞いたり、察したりして支援している。日々の新しい発見については毎日のミーティングで話し合い情報を共有している。	日々の生活の中での会話や表情から、思いや意向を察するよう努めている。会話が難しい利用者には文字カードを使っている。気づいたことは、「なんでも帳」に記録し全職員で情報を共有している。	さらに利用者の思いを引き出し、趣味等を取り入れた支援を期待したい。
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	入居時、ケアマネ、面会時、ケアプラン作成時等を通して今までの生活状況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	一人一人の状態や状況を理解し、職員は毎日の申し送りをし意見を出し合いながら把握し共有し細かい支援につなげている。できないことよりもできることへの達成感が感じられるように心がけている。		
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、家族の思いや意見を大切にしながら職員全員でアセスメント、心理面、ADL状況の把握、モニタリングを行い本人のことに注目し本人にとっても職員にとっても楽しいプランになるようにしている。	担当者を中心に全職員で話し合い、介護計画を作成している。プラン作成時には家族も参加し、家族の参加が難しい場合は、電話や手紙等で話している。	
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	基本的にはケアプランに沿った記録を心がけている。身体的状況や日々の暮らしの様子、本人の言葉、エピソード、家族の面会時の様子等を含め記録をしている。勤務開始前の記録確認は義務付けている。		
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	看護師を配置しており入居者の入院等において、家族と相談をした上で入院期間を短縮したり早期退院の支援、退院後の医療処置を受けながら生活の継続の支援をしている。		

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
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	運営推進会議、避難訓練等では消防、警察、民生委員、福祉委員、医師、地区の方の協力体制はできている。ボランティアは個人や、エステ、畑仕事等を受け入れている。		
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	基本的には今までのかかりつけ医となっている。主治医の変更をせず受診、往診が受けられるように支援している。	かかりつけ医への受診は職員が同行支援をしている。家族への報告は電話等で行っている。夜間の急変時には、協力医による往診対応で支援している。	
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	看護師を配置しており入居者の入院等において、家族と相談をした上で入院期間を短縮したり早期退院の支援、退院後の医療処置を受けながら生活の継続の支援をしている。		
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。	医師会病院との懇談が毎年一回予定され、そこで双方の状況について話し合い協力体制ができている。入院時には職員が見舞うようにし家族とも情報交換をしながら早期退院に向けて家族、病院、ホーム側と話し合えるようにしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族、主治医、ホーム側と話し合いの場を持ち方向性を決めるようにしている。入居者の変化に応じては家族の気持ちを確認するための話し合いの場を持っている。	看取りの経験は無いが、職員はグループホームの交流会で「看取り」のテーマについての情報を基に話し合い共有している。医師や家族、関係者と話し合いながら対応している。	
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	全職員は2年に一度救急救命講習を受講し、緊急時の対応ができるようにしている。夜間時の緊急対応についてマニュアルを整備し勉強会や話し合いを繰り返している。		
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	3ヶ月ごとに避難訓練(DVD鑑賞を含む)を実施しているが年2回は消防署、地域の方々の参加をお願いし消火器、避難方法などの指導を得ている。運営推進会議でも地域の方々の協力を得ている。	役割分担を決め、地域の方の参加を得て定期的に避難訓練を行っている。利用者と一緒にDVD鑑賞をしている。	

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	入居者の「尊厳」については毎月の自己評価でも取り上げて振り返りを行い常に心がけている。日々の生活の中で一人一人その人らしく過ごせるよう、さりげない言葉かけや対応に配慮している。	利用者一人ひとりの個性を尊重し、会話では否定的な表現は使わない、馴れ馴れしい言葉遣いには気を付ける、感情を露骨に顔に出さない等心掛けている。	
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	全てのことに意思表示ができるわけではないため、できることからなるべく自分で決めていただくような場面を作る努力はしている。日々の生活の中で希望や思い嗜好等を見極めるようにしている。		
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、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	ある程度の一日の流れはあるが、その日の天候や気分、体調により予定を決めるように心がけ、希望を叶えられるようにしている。(買い物・散歩・散髪・自宅の野菜に水やり等)ただ重度化により、できない部分もある。		
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	本人の行きつけの店に行き、髪型も本人の希望に添った支援ができています。入居者自身が衣類を選んだり共に選んだりその人らしさが保てるような支援をしている。		
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	季節感のある食材を取り入れ献立につなげている。気の合う利用者同士で食事ができるようテーブルの配置もされている。ボランティア、実習生や職員が利用者の間に入り楽しい食事になるよう心がけている。	利用者と職員は、食材を一緒に買出しに行く事もある。季節の食材を取り入れて美味しい食事を提供している。職員も一緒にテーブルを囲み和やかな雰囲気作りをしている。	
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、水分量は個々に合わせて確認をし、食べやすく(ミキサー食あり)飲みやすい工夫をしている。季節の食材を取り入れたバランスの良い献立を心がけている。年に一回栄養士による献立チェックを行なっている。		
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	自分でできる方は声かけ見守りをし、できない方にはガーゼを使用、嚥下障害による肺炎の防止などにも努めている。		

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
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	一人一人の排泄パターン、習慣の把握に努め、誘導によりトイレでの排泄を促す支援をしている。さりげない声かけ等、失敗時には周囲に気づかれない配慮をしている。夜間は薬の影響による転倒防止のためパットを使用する場合もある。	排泄時間等を把握し、前もってトイレに誘導するよう努めている。夜間はポータブルトイレを使用する等利用者に沿った支援をしている。	
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	食材や献立の工夫を心がけ、水分補給の重要性、身体を動かすことの大切さを常に意識するようにしている。起床時に牛乳や冷たい飲み物の提供により、スムーズな排便を促すようにしている。		
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	その日の希望を確認し入浴をしているが、入居者の状況により希望に添うことが難しくなっている。その日の気分により入浴を拒む利用者に対しては言葉かけや対応の工夫に心がけている。	毎日入浴する利用者や、午前、午後を選んでもらい希望に沿った支援をしている。利用者とゆっくり話ができるコミュニケーションの場となっている。必要に応じてその都度清拭をしている。	
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	日光浴を取り入れたり、日中の活動を促し生活リズムを整えるように支援している。		
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	処方箋をケース毎に整理し、職員が内容を把握できるようにしている。服薬時は本人に手渡しきちんと服用できているかの確認をしている。処方の変更があった場合、状態の変化の観察に努めている。		
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	一人一人ができることについて、本人、家族から情報を入手し得意分野の力を発揮してもらっている。野菜作り、花づくり、調理、縫い物等入居者の知恵や経験を発揮できるように、場面設定に心がけている。		
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	日常的には買い物、散歩、ドライブ等を取り入れている。入居者の希望に沿って有意義な外出支援に心がけている。車椅子の方も外出の機会を取り入れ近所の方との交を深めている。	自宅に帰って水やりをしたり、買い物や、事業所内にある畑の世話をしたりする等個別支援に努めている。歩行困難な利用者とも近所の花を見に出かけ、地域の方との会話を楽しんでいる。急な希望にも出来るだけ早く対応している。	

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	基本的には所持金は預かっているが、何名かはお金を自分で管理している方もおられる。散髪代、買い物代、受診代等を支払われている。社会性の維持につながる支援を心がけている。		
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	本人の希望があればその都度対応している。家族からの贈り物や、お祝い事などがあれば御礼の電話や手紙で本人の気持ちを伝えられる支援をしている。		
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	玄関やそれぞれのテーブルには入居者の育てられた花を飾り、会話の展開につながっている。空間共同スペースでは家庭的な雰囲気づくりを心がけている。	玄関や食卓には利用者が育てた花が飾られ、部屋の雰囲気を明るくしている。室温やテレビの音量にも配慮している。ソファを置きくつろいで新聞等を読める環境作りをしている。	
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	玄関先に椅子を置き一人で過ごしたり、入居者同士でくつろげるスペースがある。居間のソファの配置にもくつろげる工夫をしている。		
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	馴染みの家具や寝具、写真や花、鉢物等が飾られていて利用者の居心地の良さにつながっている。	箆箆や仏壇、写真や思い出の品々が持ち込まれ利用者に合った居室になっている。裁縫道具を持ち込んでいる利用者もあり、職員が見守りながら支援をしている。	
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	入居者のその日の状況により居場所の確保をしている。入居者の状態の変化に対しては職員同士で話し合い不安原因を取り除く配慮をしている(毎月改善具体策も含む)		