

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2873600411		
法人名	医療法人社団 西はりまクリニック		
事業所名	西はりまグループホーム昌仙庵		
所在地	たつの市菅田町福田780-40		
自己評価作成日	令和2年9月13日	評価結果市町村受理日	令和2年11月9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 <https://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokekka.nsf/a0c>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 日本福祉文化研究センター
所在地	大阪市都島区友渕町1丁目3番36-401号
訪問調査日	平成32年10月15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)】

医療法人が母体で、隣接する診療所との医療連携を取っているため、適切な医療を24時間対応で受けられる。また、日々のリハビリ(物療)や筋力維持のためのパワーリハビリを受けることも出来る。希望があれば、可能な限り看取りまで行う方針である。

【第三者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)】

母体となる医療法人の理念(ホスピタリティー)を大切に、地域や家族とのかわりを大事にされています。コロナ禍の中、毎週水曜日に来る訪問看護ステーションとの情報交換など、医療との連携が出来ていることが、家族と利用者の安心につながっています。職員と家族のコミュニケーションも良好で、利用者への対応も柔軟に行われています。利用者の個別の意向把握にも力を入れた取り組みがされています。

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 3. 家族の1/3くらい 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、生き生きと働いている (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				

自己評価および第三者評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。〕

自己 者 第三	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	法人理念や施設の理念(基本方針)は、ケア会議などで振り返り確認出来ている。また、理念に応じたケアを心掛けている。	法人としての理念が明確であり、ホスピタリティを大切に取り組んでいるため、事業所独自の理念は設けていない。	
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	施設の立地条件上、地域と日常的な交流はないが季節の行事で交流をしている。	地域の老人会との交流があり、Xmasなどの交流行事を事業所で行っている。以前は自治会行事への参加もあったが、最近は行っていない。	
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	積極的には行っていない。運営推進会議で地域の民生委員さんとの情報交換を行っている。		
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	利用者の家族さん、民生委員さん、市の担当者の方から意見や助言をいただきサービスに活かしている。	母体の法人が自治会に参加しているため、運営推進会議には、民生委員など多くの人からの意見が出されている。	
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	メールや電話で連絡を取り合っている。また、グループホーム連絡会で意見や情報交換を行っている。	県や市との連絡は、電話やメールにより頻繁に行っている。また、2か月に1回のGH連絡会でも8事業所の持ち回りで開催しており、市との連携が出来ている。	
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	立地条件上の安全確保のために玄関の出る際には暗証番号形式の施錠を行っている。また、身体拘束が必要な利用者には家族への説明を実施して同意書をもっている。ケア会議、運営推進会議で毎回検討をしている。	事業所の周辺は、車の出入りが多いため、安全確保のため暗証番号での施錠を行っている。身体拘束などについては、適正委員会での検討や、運営推進会議での報告も行っている。	基本は、身体拘束をしないという視点を持つことが大切です。
7	(6)	○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	ケア会議での話し合いや医療安全委員会でアクシデントやインシデントについて検討している。ホール内に防犯カメラの設置をしている。	事業所のケア会議で、虐待の防止について毎月伝達をしている。毎年、法人内のストレスチェックが行われており、普段は管理者が職員のストレスに対応している。	

自己	第三	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	(7)	○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	個々のケースに応じて管理者やサービス担当責任者が対応している。	利用者に専門職後見人(司法書士)が付いている事例はあるが、制度理解のための取り組みや活用についてはこれからである。	家族や職員の理解を深めるために、行政や外部からの講師を活用すると良いでしょう。
9	(8)	○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	契約の前に家族と十分に話し合いを行っている。不明な点や不安な点を聞いて説明し、施設で出来ること出来ないことも説明を行っている。退所時にも十分な説明を行っている。	随時、見学などの対応も行っており、書類を持ち帰って理解を深めることもしている。退所時には、主に管理者が入院先に出かけて対応をしている。	理解を深めるための説明用資料を、別途作成することもある。
10	(9)	○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	家族会で意見や要望を伺っている。また、普段から親しみやすい関係を築き、面会時などにも意見・要望などが言いやすい環境づくりに心掛けている。	家族の面会以外に、家族会でアンケートを取るなど、意見や要望を聞く環境を心がけている。数年前までは意見箱の設置をしていたが、現在は置いていない。2F利用者では、面会が少なく疎遠な家族も数人いる。	
11	(10)	○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	朝礼やケア会議など職員の意見を聞く機会を設けている。また、普段でも言いやすい環境づくりに努めている。必要に応じて代表者に相談している。	ケア会議を通じて出された意見を基に、管理者が法人の会議に出席して意見を述べたり、報告を行っている。	
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	勤務状況を把握し、人員配置や給与水準の引き上げ、手当の拡充など就業環境の整備に努めている。		
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践と力量を把握し、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	職員の質の向上のため個々に応じた研修や資格取得の提案をしたり、希望する研修が受講できるようにしている。		
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	グループホーム連絡会にて情報交換を行っている。必要に応じて電話連絡も行っている。		

自己 者 第三	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	本人の会話や行動から、表情、言動、行動に変化がないか気づけるように心がけている。意思疎通が難しい方の場合には、家族や基本情報などから本人の趣味、嗜好を探り本人の思いをできるだけくみ取れるよう心掛けています。		
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	家族の来所時や必要に応じて電話で近況報告をし、家族からの意見や要望があれば職員で話し合い、よりよい解決策を考え家族と良い関係が作れるように努めている。		
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	家族からの提供された情報や本人との会話の中から、その時必要なサービスを考えケア会議などで話し合い対応している。隣接する医療施設での受診やリハビリ、訪問歯科等必要があれば提案、紹介を行っている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の希望や適性を考慮し、料理や家事などを手伝って頂き共に過ごす関係を築いている。また、会話の中から本人の思いをくみ取り、共感したりしながら、同じ目線で会話が出来るように努めている。		
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	電話や手紙、来所された時に近況報告や意見交換を行っている。家族に手伝って頂けることは相談して手伝ってもらうなど、共に本人を支えていける関係を築いている。		
20	(11)	○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	利用者の知人が来所されたり電話が掛かって来た時は、本人の状態も考慮して面会して頂いたり電話に出て貰ったりしている。出来ない場合は、来所、電話のことを本人に伝えている。手紙や贈り物が来た時は、本人に渡して家族にも連絡している。	利用者や家族の、地域とのつながりを大切にしており、医療面での接点を大切にしている。利用者がリハビリ先で知人に会い、コミュニケーションする事もある。	馴染みの関係は、新たに広げていくという視点も必要です。
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	日常の生活や余暇活動を通して利用者同士が関わり合えるように声掛けをしたり、難聴の利用者であれば代わりに伝えたりして関わり合えるようにしている。		

自己	第三	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	移動先にも利用者の詳細な情報を提供し、本人・家族の心配事や相談にも応じている。移動後も本人や家族に会った時は、現状を伺ったりしている。		
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	(12)	○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	日常の会話の中で本人の意見や思いを把握し、出来る限り本人の思いに沿うように介護している。	普段の会話から、本人の意向を表しやすい話題を提供されている。午後の比較的ゆったりとした時間や入浴時等での会話を大切にしており、言葉での会話が難しい方では、表情や仕草等から意向を憶測するなどを意識したコミュニケーションをとっている。	
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、以前利用されていた施設サービス・事業所などから情報をいただき、経過把握に努めています。		
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	利用者一人ひとりの考え方や過ごし方を尊重し、職員の考え方を押し付けないようにしている。また、食事量や排泄状況・表情からその日の状態把握に努めています。		
26	(13)	○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	ユニット会議やケア会議で一人ひとりに合ったケアについて話し合い、介護計画を作成している。	毎月のユニット会議やケア会議では利用者一人ひとりの課題に対応する議題の会議であることが記録から見られます。会議に出席できない職員には、事前に気づいたことをシートに記入してもらい、職員全員で介護計画に係わることを意識している。	
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	業務日誌や個人ケース記録、他では口頭での申し送りや、連絡ノート、またケア会議・ユニット会議で情報を共有している。		
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	本人の要望や家族のニーズには出来る限り応えられるように検討し、可能な限り実施している。		

自己 第三	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	施設内外での行事や、会議などでの交流を図っている。	
30	(14)	○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	本人・家族により主治医は決めてもらっている。専門的な医療が必要な時は他の医療機関と協力している。	かかりつけ医としては同法人の診療所を利用される方が多い。職員も診療所の勉強会への参加や合同での委員会活動等、日頃から密な連携が取れている。月2回の受診や緊急時の対応等も行っている。
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	訪問看護ステーションとの契約により、毎週水曜日に訪問をしてもらっている。その際、情報の交換や相談を行っている。	
32	(15)	○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。	入院の場合、情報提供書の作成や実際の面接などで情報交換を行っている。	医療機関とは日常的に連携が取れており、入院もスムーズに行われています。入院中には、洗濯物など場合によってはホームで行っています。また、退院後も訪問看護やリハビリ等は続けて行われています。
33	(16)	○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、事業所の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	医療との連携をとり、重度化や終末期の利用者について主治医と相談をし家族とも話し合い、チームで情報を共有して必要に応じて看取りも支援を行っている。	昨年度は1名の看取りがあり、最近では職員の入れ替わりが激しく、看取りを経験したことが無い職員も多い。職員の中には終末期の介護に対する不安もあるが、かかりつけ医とは24時間対応が行われている。看取りの方針は、契約時に説明されており、担当医師の判断でターミナルケアについて家族に説明、同意を得ている。
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	勉強会の実施や隣接する医療機関と連携を取っている。	
35	(17)	○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	定期的な訓練の実施や毎月防災マニュアルの読み合わせを行っている。	地域の民生委員などに災害時の支援協力をお願いし、年2回の避難訓練は昼間、夜間想定で行っている。停電時には自家発電機の設置や、非常食が備蓄されている。敷地内の医療施設が避難場所であり、2階から渡り廊下で接続されている。

自己 第三	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	(18) ○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	家族との関わりや本人の日常生活から一人ひとりに応じた声掛けを行っている。	リビングでは数名のグループで会話するも多いが、利用者の家族に関する話題は避けるよう努めている。何気なく発せられる利用者の言葉にも気を配り、それとなく他に気が向くようにする等の対応をしている。	新しい職員などは、古くからいる職員の対応を真似することもあり、普段からの個々の職員の意識が大切になります。
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	日々の会話や何気ない行動も観察して、自己決定が出来るように声掛けをしている。		
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	その人に合った時間の過ごし方が、どのような形がいいのか、一人で過ごす時、複数人で遊べるのは何かを考えて、本人の希望に沿うようにしている。		
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	入浴後の髪型の整え方や着ておられる服に汚れや破れてないか気をつけて見ている。		
40	(19) ○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	栄養士の献立以外に、毎月1回づつ「手作りの食事」「手作りのおやつ」の日を設けている。季節らしさや昔ながらの味などを楽しんで頂き完食して頂ける献立を考えて実施している。	法人の管理栄養士が献立をつくり、法人全体で食材を購入している。月1回の「手作りの食事」の日には利用者からの希望を取り入れ、近隣で食材を購入し調理している。毎月の外出や外食の記録から、普段と異なる場所やメニューを楽しまれている様子が伺える。	
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	食事摂取量のチェックの実施。用意された食事(水分を含む)は、完食出来るように利用者の状態に合わせてキザミ食、ミキサー食、トロミ剤の使用など考えて提供している。また、状況に応じて食事やお茶の時間以外にも水分を補給してもらうようにしている。		
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	食後の口腔ケアの実施、利用者に応じた方法で実施している。		

自己 第三	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	(20) ○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	排泄チェック表で排泄パターンを確認してトイレ誘導をおこなっている。便座に座り、座位をしばらく保つように努めている。	排泄のタイミングは日々の記録や本人の様子等から感じ取り、トイレへの誘導を心がけている。フロアーに2カ所のトイレがあり、利用者同士の排泄の時間が重なることもあり、自室にポータブルトイレを設置する利用者もいる。	利用者の不安を軽減することで、外出の機会が増えることもあります。
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	水分摂取量に気をつけている。声掛けをして水分補給を促し介助している。また、好みの飲み物で水分補給を進めている。歩行など身体を動かす介助も実施している。		
45	(21) ○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	入浴のタイミングは、希望通りというのは少し難しい。1日の中で午前、午後での希望の対応。入浴時には、全身の状態の観察や会話をしながら楽しめるように支援している。	入浴は午前と午後に分けて余裕を持って行われ、週に2~3日を確保している。入浴時や更衣時は、利用者と職員が話しやすい時間であり、ゆっくりと会話を楽しんでいる。その日の体調や気分が入浴予定の変更や清拭に変更など、柔軟な対応が行われている。	
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	休息は、本人の状況に応じて声掛けをして休めるよう支援にしている。		
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	薬の変更や用法・容量の変更があれば薬情で確認している。また、希望者には居宅療養管理指導を管理薬剤師に依頼している。		
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	利用者の能力やその時々状況に応じて家事手伝いを行ってもらったりしている。また、テレビやビデオ鑑賞、パズル、ぬりえなど本人がしたい余暇活動を行っている。		
49	(22) ○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	気候の良い時期は、施設周辺の散歩や利用者が買い物の希望があれば行きたい場所へ外出する機会を作っている。また、月に一度、行事の日を設けてお花見や外食など普段とは違う環境にふれることで良い刺激を与えられるようにしている。	法人の敷地内に診療所、特別養護老人ホーム、リハビリテーション病棟、喫茶店、調剤薬局等がある。通院患者等の車の出入りが多く、戸外に出る場合は職員の同行が不可欠である。家族との外出や、月1回の行事予定や外食等で非日常を楽しんでいる。	

自己 第三	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	利用者それぞれの状況に応じ、家族の了解のもと管理担当者が施設内で管理している。		
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	ご本人からの希望に応じて対応している。		
52	(23) ○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	季節ごとに展示物を変えたり、花を飾ったり工夫している。	フローアーは比較的広く作られており、丸テーブルの設置で、ゆったりとした空間が作り出されている。一段高い畳敷きのフローアーには、大きなテレビが設置され、利用者がくつろげる空間となっている。玄関の大きな絵や利用者の手書きの絵で、季節感を感じることができる。	
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	利用者の状態や状況を考慮し、気の合う人同士が過ごせるようにテーブル配置をしている。		
54	(24) ○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	自宅からの家具を使用したり、家族との写真を飾るなどしている。	家族には使い慣れた家具や馴染みの物の持ち込みをお願いしている。衣装ケースや布団類を持って来る方が多く、本人の写真や家族の写真が部屋や入口のドアに飾られている。	
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	バリアフリーによる対応や転落防止のためにひじ掛け付き椅子を使用している。		