

### 1 自己評価及び外部評価結果

#### 【事業所概要(事業所記入) 2019

事業所番号	2690800053		
法人名	医療法人 近藤内科医院		
事業所名	はるかぜガーデン泉涌寺		
所在地	京都市東山区泉涌寺東林町17-62		
自己評価作成日	1月30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	
----------	--

#### 【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 野の花		
所在地	京都市左京区南禅寺下河原町1番地		
訪問調査日	令和2年2月14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)】

事業所が特に力を入れている点としては法人理念「仕事を通じて全ての人々の幸福を追求し実現します・地域との共生を図りながら地域福祉に貢献します」この二つを実現するためにマナー・接遇や美味しく召し上がって頂ける食事の提供、楽しみを持っていただける介護を目指しています。住み慣れた施設で終末を迎える事もできるように特殊浴槽なども完備しています。地域との共生を図るために地域の行事に参加や施設に地域の方々をお招きしボランティア、行事を行ったり、地域の方々が誰でも利用できる「はるかぜ喫茶」を開催したりし地域の一員として入居者様やご家族様、職員が交流できるように努めています。はるかぜガーデン泉涌寺を利用して頂いている皆様の日々役割や楽しみを持って生活して頂けるように、ご家族様やその他関係者の皆様が安心して過ごせる場所と感じていただけるように職員全員で協力し築いていきたいと思っています。

#### 【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)】

京都市南東部東福寺近くの山沿いの住宅街、開設2年の小規模多機能型居宅介護事業所を併設している2ユニットのグループホームである。管理者はグループホームの経験が長く、利用者にはいつもここに戻ってきたいと思ってもらえるようにしたいと職員と共に励んでいる。優れた点は3点、①利用者一人ひとりへの丁寧なきめ細かい介護、②京都の食文化を踏まえた手作り食事、③利用者や家族の希望に添った看取り対応である。介護により利用者の褥瘡が完治している。医師の診断で経管栄養でなければあと3か月と言われた利用者の希望で退院を受け入れ、食事を食べられるまでに快復している。お雑煮、黒豆、棒鱈、紅白なます、七草がゆ等の手作り料理は京都の食文化を踏まえている。看取を希望して入居する人もある。

#### 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		項目		取り組みの成果	
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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、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
<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	毎朝、理念を唱和し、念頭におき介護をしている。各ユニットごとのフロア会議で共有・確認し実践している。	法人の理念を踏まえて開設時に管理者と職員が話し合い、事業所の理念を「地域の皆様と共に真心と思いやりをもち、安心かつ丁寧な介護に努めます」と定め、各フロアに掲示している。理念の実践として、職員は利用者が不安そうな表情の時は落ち着くまで寄り添っている。また利用者の褥瘡に対応してきめ細かい丁寧な介護により完治している。	
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	施設としては年1回のお祭り、月1回のはるかぜ喫茶を開催し地域の方に来て頂き交流を図っている。また、地域の行事にも参加させて頂いている。	利用者はふだんホームの近くを散歩し出会う人たちとあいさつしている。事業所の行事の2周年記念秋祭りには地域の人たちや子どもたちが30人くらい参加、ゲームや屋台を楽しんでいる。屋台には地域のたこやき屋が協力している。町内会に加入し回覧板が回ってくる。町内の地蔵盆に参加している。地域の神社のお祭りの日は子ども神輿がやってきて利用者はお菓子を渡して喜ばれている。紅葉の季節には陶器市に出かけている。	
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	地域の方が参加できるような行事の開催や地域の行事に参加し事業所の事や認知症の事を理解して頂けるように取り組んでいる。		
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	運営推進会議では、現状報告を行っている。また参加して下さっている往診医、家族等からご意見を頂き反映していけるよう職員間でも話し合いをしている。	家族、町内会長、民生委員、東山区社協、洛東地域包括支援センターが委員となり、隔月に開催、会議録を残している。事業所から利用状況、事故・ヒヤリハットや行事を報告後、意見交換している。「職員の入れ替わりが多く、名前がわからない」という意見により、玄関ロビーに職員の写真と氏名を書いて掲示している。	

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
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	必要に応じて東山区役所の福祉介護課の職員の方とは連絡を取っている。	市や東山区には必要な報告をし、連携している。地域ケア会議に参加し、情報交換している。	
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」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	定期的に研修を行い身体拘束について話し合いを行っている。新人職員については都度身体拘束とはについて話をしている。	身体拘束をテーマに職員研修を年2回実施し、職員は身体拘束11項目、やむを得ず拘束する場合の3要件、スピーチロック等について認識している。センサーも含めて身体拘束の事例はない。玄関ドア、非常口、エレベーター等、キイロックしている。	
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	定期的に研修を行っている。身体的虐待だけでなく言葉の虐待もあるという事を念頭に置いている。		
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	成年後見制度については一部の職員は理解しているが、まだまだ理解していない職員も多い為今後研修は必要だと思う。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	締結の際は十分に時間を設け家族や利用者の不安がないように努力している。また入居後も何かあれば常に相談を聞けるように家族に話を聞くように努力している。		
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	ご意見箱は玄関先に設置してある。家族も疑問等あった場合は職員からも報告がある。また来所時等に声掛けを行い家族の話聞き反映できるように努力している。	半分以上の家族は度々面会に來たり、行事に参加している。2周年秋祭りには3人の家族が参加している。家族にはカラー写真を多数掲載した行事報告が中心の広報誌を毎月送付、家族から喜ばれている。敬老会にあわせて家族会を開催し、5人の家族が親しく懇談している。	

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
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	家族様等から意見を頂いた時は管理者より職員に伝達、迅速に対応している。また、雰囲気作り関係作りに努めフロア会議や日々の申し送り等で提案・意見を出す機会を設けている。	法人との情報交換は毎週月曜朝のミーティングで管理者が伝え、各フロアに伝達している。フロア会議を毎月実施、カンファレンスと職員研修をしている。会議では「お互いにもっとコミュニケーションを取り合おう」という意見を出し合ったり、利用者のケア、行事の提案等、職員は日常的にもフランクに意見や提案を出し合っている。資格取得の希望者には休日等の援助をしている。職員研修は年間プログラムにより必要なテーマで実施している。広報、調理、レク、リネン、感染症、リスクマネジメント、理美容、研修、身体拘束等の委員会活動をしている。	
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	管理者は職員の勤務状況等理解はしているが、今後昇給等モチベーションがあがるよう努めていく必要がある。業務改善まではいかないが、職員の思いを聞き取りを行い職場改善・環境作りに努めている。		
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	職員の力量やケアの取り組み等聞き取りや日々の動きを把握し、共に行動し向上につなげている。人員不足により職員一人一人にあった指導を満足には出来なかった。		
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	職員の人数は限られるが、他施設(同法人)に行く事もある。小規模多機能とは日々関わりを持ちサービスの質を向上できるように努力している。		
<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	家族との信頼関係の構築に努めている。また、入居者の要望があった場合は出来る限り傾聴し要望に応えられるように努力している。		
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	家族とは密に連絡を取り要望等をお聞きし反映出来るよう努力している。		

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
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	サービス提供前に歯科往診や訪問医の事は聞き取りしている。下肢筋力低下等家族の要望があればケアプランに取り入れ実践してもらうように現場におとしている。		
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	本人の能力に応じ役割を持って頂くことで生きがいを持って生活して頂けるよう支援している。またその人らしさを大切にしながら共に生活させて頂くという姿勢を失わず関係を築いていけるよう努めている。		
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	家族が来所された際には入居者との時間を大切に過ごして頂いている。常に家族には現状の報告を行っている。家族には相談させて頂き意見等を聞きケアプランに反映している。		
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	地域の行事等参加させて頂いたり、散歩等に出掛け馴染みの方々と交流できるようにしている。	利用者の馴染みの人や場所との関係支援の取組はできていない。	長い人生を過ごしてきた利用者が今グループホームで最後の日々を暮らしている。昔かわいがっていた甥や姪、かつての仕事仲間や近所付き合いしていた人、趣味の会の友人等、しばらく会っていないのでどうしているか、一度会ってみたい。昔住んでいた家や先祖の墓、夫と出会った場所、毎年花見をしていた所、よく見に行った祭り等、もう一度行ってみたい。このように利用者が会いたい人、行きたい場所への支援をすることが望まれる。
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	座席の配置等変えたりしながら利用者同士が関わりあえるよう努力している。		
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	2Fフロアではサービス終了者が1名のみであり、その方との関係性は現状ない。		

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>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	毎月のフロア会議では1人1人のカンファレンスを実施し支援内容の変更等行っている。	契約時には管理者が利用者、家族と面談、様々な説明をし、利用者の医療や介護の情報を収集している。介護サービスを利用している場合はその情報を得ている。同時に利用者や家族から希望と利用者の生活歴を聞いている。利用者の思いは「一人であるのは寂しい」の記録があるものの聞けていない人もいる。生活歴は京都出身、助産婦、大丸勤務、夫の工場で働く、専業主婦等、記録があるものの情報は非常に少ない。	グループホームで利用者の暮らしを支援するためには利用者を深く理解することが欠かせない。出身地、父母や兄弟姉妹等生家や子ども時代のこと役の時の仕事や趣味、仕事仲間や趣味の友人、夫や妻の仕事、子どものこと等結婚生活等々、利用者の生活歴を収集することが望まれる。
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	入居開始時の面談でどのような生活をしてこられたかある程度の聞き取りはしている。また日々の会話の中で本人の今までの生活等お聞きさせて頂いている。本人から聞き取りが難しい場合は家族来所時に聞き取りしている		
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	朝・夕と申し送りを行い心身状態の話等対応を考えている。		
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	家族・職員と話し合い利用者に適した介護計画作成するよう努力している。	入居後計画作成担当者が利用者のアセスメントをし、家族の希望も踏まえて介護計画を作成、フロア会議で検討し、ケアマネジャーが点検している。介護計画は利用者ごとの身体介護の項目があり、生活介護の項目は「行事やレク参加」「できる家事をする」「他の利用者との交流」等であり、利用者に固有の項目になっていない。認知症についての項目が弱い。サービス担当者会議には家族が参加、医師の意見を聞いている。介護記録は食事量、水分量、排泄、入浴、服薬、バイタル等のデータと日中記事と夜間状況を簡単に書いている。介護計画の実施記録は項目ごとの実施したかどうかの○×のみであり、利用者の表情や発言等の記録はない。モニタリングは短期目標の評価をしており、介護計画の評価ではない。	介護計画は利用者ごとに個別のものであり、暮らしのなかの楽しみや役割の項目を入れること、認知症の対応を具体的に入れること、介護記録は生活のデータだけでなく、介護計画の実施記録を書くこと、即ち介護計画のある項目を実施した時の利用者の表情や発言、拒否があればその要因を書き、モニタリングの根拠となるようにすること、モニタリングは「介護計画」「実施状況」「目標達成度」「利用者・家族の満足度」「介護計画変更の可否」等について点検、介護計画の評価とすること、以上の4点が望まれる。

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
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	日々の様子は個人記録に記入している。また、連絡帳を活用し職員間で共有している。		
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	家族様の要望で受診や入退院の支援を行っている。		
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	ボランティアの受け入れやはるかぜ喫茶・小規模多機能に出向きレクに参加して頂き外部との関わりが持ち、楽しみや生活のハリがでるよう支援を行っている。		
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	提携医療機関が往診にきている。何かあればすぐに相談ができるように関係を築いている。入居時に往診医については家族・本人を選んで頂いている。変更等あれば主治医から家族に話をして頂いている。	協力医療機関の内科医が利用者のかかりつけ医となり毎月2回往診に来ている。入居前からの医師に受診している人もあり、家族が同行している。グループホームでの利用者の心身の状況は家族に伝え、医師と情報共有している。歯科は訪問歯科医を利用している。	
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	職場内には常駐の看護師がおらず、訪問看護師のは訪問時に日々の様子等相談しアドバイスをもらっている。		
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。	入院された時は病状の経過等確認している。出来るだけ面会に行き医療機関との連携を図るよう努力している。退院時には注意点等確認している。		

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
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	重度化や終末期の指針があり、家族・本人には同意を得ている。看取り時には家族・主治医と話し合い家族・本人の納得いくよう努めている。	利用者の重度化について「重度化した場合の対抗に係る指針」、終末期について「看取りに関する指針」を作成し契約時に利用者と家族に説明している。指針によると利用者や家族が希望すれば看取りに対応している。職員にはターミナルケアの研修をしている。生命維持装置について希望しない家族もあり、看取りはこれまでに6人、いずれも利用者は穏やかな最期を迎え、家族は感謝している。	
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	急変時のマニュアルを作成している。研修を行ったり、消防隊員のもと応急手当や心肺蘇生法の訓練はおこなっている。		
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	年二回の消防訓練を実施している。地域の消防訓練にも参加する予定である。	火災に関する避難訓練は消防署の協力のもと年2回実施している。地震、風水害、夜間帯等の避難訓練は実施していない。備蓄を準備、ハザードマップはスタッフ室に掲示、職員は危険個所を認識している。火災の際の地域との協力体制はできていない。土砂崩れの危険地域であるものの、広域避難場所に利用者が避難することは困難である。対策はできていない。	災害多発の近年、避難訓練は火災だけでなく地震、風水害についても実施すること、土砂崩れについては消防署や町内会と連携して対策をたてること、夜間帯の火災に関して地域の人の協力が得られるようにすること、以上の3点が望まれる。
<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	研修は行っている。また日々利用者と接する中で本人の人格を尊重し声掛けを行っている。	利用者への対応や言葉遣いについて、利用者は人生の先輩であり、友達扱いや子ども扱いは禁止し、接遇の研修をしている。利用者は苗字で呼び、名前で呼ばれると喜ぶ人には名前を使っている。職員会議は会議室で、職員同士の申し送りは「申し送りノート」を使い、利用者のプライバシーに配慮している。暮らしでは利用者が選択できるように着る洋服や飲み物等、配慮している。利用者は自身で化粧したり、美容師に髪形を注文している。	

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
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	コミュニケーションの中で、本人の思いや希望を汲み取れるように努力はしている。		
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	食事の時間は決まっているので食事の時間以外は利用者のペースで過ごして頂くよう配慮している。		
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	自己決定出来る方は洋服選び等はして頂いているが自己決定が難しい方は職員が決めている事が現状である。		
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	食事は個々により形態を変えている。日々調理に関わって頂くのは難しいのでレクリエーション等で食事の楽しさを味わって頂くようにしている。	朝食と毎月8回の昼食は調理師資格がある職員が献立を立て手作りしている。季節感があり、京都の食文化を踏まえた家庭料理である。時にはみんなで好み焼きパーティやたこ焼きパーティ等をすることもある。利用者は野菜切りやみそ汁を作る人もある。食材の買い物は近くのスーパーに注文、配達してもらっている。夕食と手作りしない日の昼食は「シニアライフ」から調理済のものを購入、湯煎して盛り付けている。献立について利用者の意向を聞いている。数人ずつが食卓を囲み、会話しながら食事を楽しんでいる。認知症による食事摂取に課題のある利用者には職員が寄り添い介助している。	
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	水分摂取については、出来るだけ摂取して頂くよう心掛けている。食事については個々に合わせた食事を提供している。		
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、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	週1回歯科往診に来て頂いている。毎食後、口腔ケアの声掛けを行っている。入床前は義歯を預らせて頂き職員で洗浄を行っている。		

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	日中は定期的にトイレ誘導を行っている。夜間は出来るだけ睡眠を妨げないようにパット交換やポータブルトイレを使用して頂いている。	尿意があり、自身でトイレに行くという排泄の自立をしている人は3、4人、日中もオムツ交換の人は2人、あとの人は排泄パターンを把握している職員が声掛けしトイレ誘導している。退院後排泄が改善している利用者が多い。排便は牛乳、ヨーグルト等の対策をしている。下剤は屯用で使用している。	
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	排泄チェック表をもとに下剤使用決め、排便コントロールを行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2回入浴して頂けるようにしている。声掛けし断られた時は無理強いないよう時間をあけて声掛けをしている。	浴室はユニットバスを据えた家庭風呂である。入浴時間はおおむね午後の時間帯に設定している。行事等の関係で午前中になることもある。利用者に声掛けし、「入りたくない」という人には職員が様々工夫し、毎週2回の入浴ができています。季節にはしょうぶ湯を楽しんでいます。	
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	本人の体調により昼寝して頂いているが、昼夜逆転しないように時間を短めにする等対応している。		
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	薬の目的や副作用等については勉強している。薬の変更等があった場合は様子観察を行い主治医に報告している。		
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	本人の気持ちに乗っている時はケアプランにのっとり声掛け等おこなっているが気分が乗らない時は無理強いしていないのが現状である。		

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
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	近隣の散歩には出掛けられているが、なかなか戸外に出掛けられていないのが現状である。家族来所時に散歩に行かれる事もある。	歩行ができる利用者は気候が良く天気が好ければホームの近くを散歩している。ホームの周りは下り坂で道の条件が悪く、歩行が危なっかしい人や困難な人、車椅子の人は散歩が月に1回くらいである。運転免許がない職員がほとんどなのでドライブはできていない。利用者から「洋服が買いたい」と希望がある時は職員が個別に同行している。	外出支援がほとんどないため、利用者は1年中、1日中、ホーム内に閉じこもっていることになる。外気や日光に触れず、あたりの景色を楽しめず、季節が分からず、地域の人と話すこともほとんどなく……。気候や天気に関わらず、すべての利用者が少なくとも1週間に1回は外出することが望まれる。
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	居室は施錠しておらず、金銭管理をする事が難しい事から利用者は金銭を所持していない。必要な場合は立替えたりはしている。		
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	電話したい等の希望もなく現状行っていない。		
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	共有空間作りは、常に整頓するように心がけて。掲示板等を利用し季節感を感じて頂けるように努めている。	玄関ドアを開けると土間、下駄箱があり、事務室の前に季節の生け花を飾り、大きなソファを置き、来客を迎えている。エレベーターで上がり、2階と3階がグループホームである。いわゆる「鰻の寝床」と呼ばれる京都の家である。廊下に沿って居室が並び中央にキッチン付きの居間兼食堂(ホール)がある。廊下やホールの窓からはあたりの四季の風景が目に入る。廊下の壁には鬼のちぎり絵等を貼っている。静かで落ち着いた雰囲気である。	
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	日中ソファーに座られたりと思い思い皆様過ごされている。		

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
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	自分で使用されていた家具を持って来られたり、家族の写真を飾られたりしている。	居室は洋間、奥の窓から外の風景が目に入る。利用者はベッド、衣装ケース、机、椅子、テレビとテレビ台等を持ち込んでいる。壁には自作の書、塗り絵、折り紙、誕生日にプレゼントされた色紙等を貼り、ケースや机の上にはぬいぐるみ、小さな飾り、マスコット、時計付きのぬいぐるみ等を置き、その人らしい部屋となっている。	
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	極力自立した支援を行うよう努力している。本人が出来る事を見極め声掛けを行っている。		

# 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
<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	事業所、各ユニットに掲示している。朝礼時には理念を唱和し共有に努めている。	以下の項目すべて2階に同じ。	
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	月1回ははるかぜ喫茶を開催し地域との交流を設けるようにしている。理美容等も地域の方にも来て頂けるようにしている。又、ボランティアの受け入れ交流も行っている。		
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	地域の方が参加できるような行事の開催や地域の行事に参加し事業所の事や認知症の事を理解して頂けるように取り組んでいる。		
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か月に1回開催している。開催時にはグループホームでの取り組みや報告などを行っている。		
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に取り組んでいる	必要に応じて東山区役所の福祉介護課の職員の方とは連絡を取っている。		
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」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	研修計画に基づき研修を行っている。研修後はレポートの提出を職員に行ってもらっている。身体拘束廃止委員・身体拘束適正化委員を配置している。		

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
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	研修計画に基づき研修を行っている。虐待行為につながらないように防止に努めている。		
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	研修を行っている。成年後見制度については、家族様から相談があり活用に繋がった事もある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	締結の際は十分に時間を設け家族や利用者の不安がないように努力している。また入居後も何かあれば常に相談を聞けるように家族に話を聞くように努力している。		
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	ご意見箱は玄関先に設置してある。家族も疑問等あった場合は職員からも報告がある。また来所時等に声掛けを行い家族の話聞き反映できるように努力している。		
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	職員の意見は取り入れるように努力し上司に報告しているが、個人面談等行えていないので今後職員一人一人の意見が取り入れられるように行えるよう検討していく。		
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	管理者は職員の努力等把握は行っているが、職員の不満を聞く事もあるので、今後各自向上心がもてるように給与等の面で反映できるように努めていく必要があると思う。		
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	研修には参加してもらっているが、外部の研修に参加する機会が少なく、今後研修してもらおうように努力していく。		

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		○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	職員の人数は限られるが、他施設(同法人)に行く事もある。小規模多機能とは日々関わりを持ちサービスの質を向上できるように努力している。		
<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	本人の意向をもとに関係を築いていけるように努力している。本人から意向を聞き取り出来ない場合も多いが今までの生きてこられた背景を大事にし、現場に周知できるように努めている。		
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	家族の意見は十分に耳を傾け不安等ないように努力している。本人が意思表示出来ない時は今までの生活歴等聞き取りしている。		
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	サービス提供前に歯科往診や訪問医の事は聞き取りしている。下肢筋力低下等家族の要望があればケアプランに取り入れ実践してもらおうように現場におとしている。		
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	本人が出来る事を継続出来るように支援している。本人がむりない自分のペースで生活できるように支援している。寄り添いも重視しケアにあたっている。		
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	家族会・受診時・外出・衣替えなど交流の機会を持って頂き交流し共に考えるように努力している。家族との絆は重視している。		
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	面会は色々な方が来られ、来られた時はその時間を大切に過ごして頂いているが、馴染みの人等自ら会いに行ったりは出来ないのが現状である。		

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	利用者同士の性格もあるが、家事手伝いを通し入居者同士の関われる環境作りと共同生活がうまく送れるように支援している。		
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	サービスが終了しても、近隣で出会った時は話したり、施設に遊びに来てくださる家族もいる。		
<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	職員は日々コミュニケーションを取り、本人の希望や思いを聞き取っている。日々の状態を観察したり、家族との情報の共有を行う事で本人本位にケア出来るように努めている。		
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	入居開始時の面談で馴染みの暮らし方等を聞きとりしている。以前のサービス利用の事は前事業所とやり取りし情報の共有を行っている。		
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	日々の状態の変化を観察し、記録に残している。ご本人にあったペースで過ごして頂けるよう努めている。		
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	現場でのモニタリングやミーティング、サービス担当者会議で話し合い介護計画を作成している。		
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	日々の様子で特変等あった場合はボールペンの色を変えてわかりやすくしている。何か変化等あれば、フローアの連絡帳や申し送りを通し職員が共有出来るようにしている。		

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
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	本人の状態に変化がある場合は家族にすぐに相談しその都度対応を変えている。急変時や通院が必要な場合も家族や主治医と連携し対応している。		
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	ボランティアの受け入れやはるかぜ喫茶・小規模多機能に出向きレクに参加して頂き外部との関わりが持ち、楽しみや生活のハリがでるよう支援を行っている。		
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	提携医療機関が往診にきている。何かあればすぐに相談ができるように関係を築いている。入居時に往診医については家族・本人を選んで頂いている。大きな病院にかかっている入居者は家族と一緒に受診している。		
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	職場内には常駐の看護師がおらず、訪問看護師のは訪問時に日々の様子等相談しアドバイスをもらっている。		
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。	入院時は医療機関との連携を取り退院に向けての情報交換等を行っている。出来るだけ面会に行き医療機関との連携を図るよう努力している。		
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	重度化や終末期の指針があり、家族・本人には同意を得ている。看取り時には家族・主治医と話し合い家族・本人の納得いくよう努めている。		
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	急変時のマニュアルを作成している。研修を行った。消防隊員のもと応急手当や心肺蘇生法の訓練はおこなっている。		

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
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	年二回の消防訓練を実施している。地域の消防訓練にも参加する予定である。		
<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	個人の人格を尊重し、個々に声掛け等変えて対応している。入浴・排泄時はプライバシーを損なわないように配慮している。		
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	日々のコミュニケーションの中で本人のしたい事や希望が言いやすい環境になるよう心がけている。本人が自己決定出来るように働きかけている。		
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	利用者1人1人のペースを尊重し、自分らしく過ごして頂けるように努めている。レクリエーション参加の有無も本人に確認し自己決定して頂いている。		
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	自分で選べる方には衣服を選んで頂いたり、身だしなみを整えて頂いている。外出時にはお化粧して頂いたりとおしゃれが出来るよう努めている。		
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	調理出来る利用者にはみそ汁を作って頂いたり、食事の味付けを手伝って頂いている。おやつ等手作りを一緒にする事で楽しみに繋がるように努めている。		
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	食事量や食事形態等個々に対応している。水分量も個人対応している。		

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
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	週1回歯科往診が来てくださっている。毎食後口腔ケアの声掛けを行っている。自身で出来る方は見守り、出来ない方は職員が行っている。		
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むけた支援を行っている	排泄チェック表をもとに定期的にトイレ誘導を実施し、自立に向けた支援を行っている。リハパンから綿のパンツになった利用者もいる。		
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	日々の飲み物で乳製品を提供したり、便秘時にはホットパックを行ったり歩行促し等行っている。排泄チェック表をもとに下剤使用決め、排便コントロールを行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴時間はある程度決まっている為、希望を全て聞き入れる事は出来ていない。入浴時は本人の意思を確認し拒否がある場合は、声掛けの工夫をしたり、タイミングをみて再度声を行ったりと気持ちよく入浴して頂けるように努めている。		
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	本人が休みたい時は午睡して頂いている。夜間も眠れない時があればフロアで職員と過ごしたり本人が安心できるように努めている。		
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	薬情を共有し理解できるよう努めている。薬の変更等ある場合は薬剤師と職員が共有できるようにメモを貼ったりと工夫している。薬の副作用等については何かあればすぐに主治医に相談できるような環境を作っている。		
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	個々に出来る事が違うので出来る事を見極め生活の中で役割を持って頂けるよう努めている。本人の趣味ややりたい事は会話の中で探し楽しみ持って頂けるよう工夫している。		

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
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	気分転換出来るように、近隣の散歩は出かけられるよう努めている。家族様に協力して頂き、自宅に帰って頂いたり、本人の希望に添えるように努力はしている。		
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	居室は施錠しておらず、金銭管理をする事が難しい事から利用者は金銭を所持していない。必要な場合は立替えたりはしている。		
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	本人の希望があれば電話はして頂いている。		
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	職員が清掃し清潔を保っている。季節感が出せるように掲示板を利用し作品を飾ったり、装飾を行っている。		
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	フロアーにはテレビやソファがあり、思い思いに過ごされている。又居室が好きな利用者もいるのでその方は自由に居室とフロアーを行き来されている。		
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	入居時に説明し、出来るだけ使い慣れた家具や写真、大切にされていた物を持参して頂いている。		
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	個々の行動や能力を把握する事により、混乱や失敗を未然に防げるようにし、本人が住みく、安心して過ごせる空間を提供し出来るだけ自立した生活が送れるように工夫している。		