

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	2773301797		
法人名	医療法人 山紀会		
事業所名	医療法人 山紀会 グループホーム華 (2階)		
所在地	大阪市西成区千本南1丁目23番28号		
自己評価作成日	平成23年 4 月 10 日	評価結果市町村受理日	平成23年6月20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.osaka-fine-kohyo-
----------	---

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階
訪問調査日	平成23年5月30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)】

<p>毎日の散歩・買い物・外食など個々の希望の企画や遠足企画・行事企画なども適時行っている他の事業所・地域などとの連携。ゆったりと過せる様にしている。</p>

【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>経営母体である医療法人山紀会の所有している5階建てのビルを改築して、「やまき介護ステーション」として新しく立ち上げ、1階には事務所、デイサービス、訪問介護、訪問看護、2～3階には当グループホーム華、5階にはケアプランセンターが入り、このビル自体が総合的な介護事業所となっている。又、4階と5階の半分は看護師をはじめ当法人職員の寮となっている。入院可能な提携医療機関もごく近くにある。従って、利用者について色々多角的な面からの支援が可能であり、本人や家族に大きな安心感を与えている。交通量の多い国道26号線が近くを走っているが、少し入っただけで非常に閑静な住環境にあり、利用者も元気に毎日のように散歩や買物を楽しんでいる。当ステーションの各事業所からメンバーを選別して色々な委員会を作り、利用者本人の介護および生活支援がなされている。</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)	○	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	リビングや廊下に掲示し、利用者、ご家族にも見て頂けるようにし、会議時にも確認を行っている。	「地域に開かれたホームを目指す他」という地域密着性の高い当ホーム独自の理念を各フロアに掲示し、家族や地域住民にも理解を求め、職員一同地域との交流を積極的に進めている。	
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	運営推進会議や回覧等で地域行事の案内を頂き地域の一員として、行事に参加し交流に努め、町会主催の公園掃除にも参加している。	ホームとして地域自治会に加入し、地域行事(地蔵盆、神社のお祭りなど)に参加している。将来、介護関係の仕事を目指す研修生を受入れている。又、地域貢献のため、在宅での認知症高齢者介護の相談にのっている。	
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	地域の高齢者の方の相談、緊急時の受け入れ体制を図る意識を持ちそれらに向けてまず職員の地域交流参加へ意識作りを行っている。		
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	運営推進会議にてサービスの取り組み状況などについて報告を行い会議参加メンバーから意見を頂きサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1度、行政からは地域包括支援センター、地域からは町会長や民生委員の参加を得、ホーム側からはグループホームのみならず、デイサービスや訪問介護などの職員も参加して開催し、意見交換を行っている。	
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	定期的に区役所のケースワーカーの方などに連絡や報告をし、協力関係を築いている。	地域包括支援センター、区役所の地域福祉課とは常にコンタクトをとり、色々な相談事にもってらっている。又、利用者の健康問題については、区保険福祉センターよりアドバイスを頂いたりしている。	
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	法人内の身体拘束排除についての研修に参加、理解を深めている。家族、利用者へも契約書面にて、掲載し説明を行っている。	身体拘束排除宣言を各フロアに掲示し、必ず年間研修にも組み込み研修を徹底し注意している。玄関やエレベーターも施錠せず、職員が個々に見守りケアを心がけている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止についての研修や勉強会の機会を作っている。		

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
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	地域権利擁護事業に関しては研修で学んだり勉強会を行っている。		
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	利用者や家族と事前に面談を行うよう努め十分な説明を行い理解・納得を図っている。		
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	日々の生活において利用者から意見・苦情・不満を聞き取る様に努め運営推進会議等でも話し合っている。	家族からは来訪時何でも言いやすい雰囲気を作り、運営やサービスについての要望などを聞いている。運営推進会議での意見も参考にしている。又、利用者にも寄り添い普段の何気ない会話から汲み取る努力をしている。	
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	会議にて、随時意見や提案の機会を設け、可能な範囲で努力している。	職員からは「議題(意見)ノート」に書き込んでもらい、月1回の各種会議でそれを取り上げ、参考になるものは運営に反映させている。又、年間自己評価表を記入してもらい、それを基に管理者と個別面談をしている。	
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	年間の職員自己評価表にて、自己を評価し、上司評価・面談を行い、今後の目標作りに役立てている。		
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	ホーム内研修、法人内研修、外部評価の年間計画を設け職員のスキルアップを図っている。また、資格取得支援を図っている。		
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	地域の同業者や、大阪市GHネットワークにて交流の機会、勉強会の活用及び職員体験(交流)などの受け入れを積極的に行っている。		

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
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	面接にて、ご本人と話す機会を設け、ご本人の不安を傾聴するように努め、受け取る様にしている。		
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	面接・見学の際に家族の不安・訴えを傾聴する機会を必ず作っており、受け止めるよう努めている。		
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	面接・見学の際に、必要とする支援を見極め受け入れを行っている。また、在宅での生活が望ましいと判断される時は通所・訪問介護等のサービス利用も促している。		
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	自立支援を踏まえ生活全般に介護される介護をするのではなく助け合う気持ちを持って頂けるように日々接している。		
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	利用者と一緒に支えて行けるように協力を依頼している。面会時・月報告時詳しく伝え、話し合い理解して頂き支えていくように努めている。		
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	家族では無いが昔からの知人・近隣の方など面会に来て頂けるよう関係作りに努めている。	最初のアセスメントシート作成時、馴染みの友人・知人、場所を聞き出し個別対応をして、関係継続を支援している。デイサービスから入居した利用者もあり、デイサービスに馴染みの人がいる。	
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	利用者同士の気の合う仲間作り、孤立させないように努め自然な助け合いの関係も出来ている。不安を訴えてる方がいれば利用者同士助け合う関係も出来支え合いが見られる。		

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
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	ホームから退所、入院された方には数名の職員で一度は面会に行くようにし、長期入院の方について面会の機会を継続させたい。		
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	入居時のアセスメント、利用者様や家族との日常の会話から希望や意向の把握に努めている。それが困難な場合でも、センター方式の一部を利用し、利用者様の意向を大切にしたい支援になるよう心がけている。	最初のアセスメントシート作成は、本人本位のケアプランを立てるために重要なプロセスである。過去の人生歴、これからの暮らし方の希望などを聞き取ってその希望に沿えるよう努力をしている。見学にも丁寧に応じ、本人の不安感を取り除くための努力をしている。	
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	入居時家族、ご本人から生活歴やサービス利用の経過などの情報収集や入居生活の関わりの中でも把握に努めているが、共有できていない部分もある為、生活歴シートに記録を残し共有する。		
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	個別パターンシート・言動表を使用、記載し、個別の生活状況、健康面、残存能力を把握しサービス計画に活かすようにし、定期的に心身の状況の見直しを行っている。		
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	介護計画は三ヶ月毎に見直し、職員とのカンファレンスによる意見、ご本人・家族の要望、訪問看護、往診の生活指導も含めて計画書に反映させるよう努め、職員全員で参加できる機会を作りたい。	本人本位のケアプランを立てるため、最初のアセスメントシートを参考にし、かかりつけ医をはじめ、在宅介護に携わった全ての関係者の意見を尊重し、カンファレンスを行って立てている。3ヶ月に1度はモニタリングを行い、計画の変更性の有無を検討している。	
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	毎日の個別生活シートに日々の様子、実施内容、気づきを記載し、情報の共有を図り、各自変化を把握するように努め、介護支援経過気評価表に記載し、介護計画の見直しに活かしている。		
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	二週間に一度の往診、週に一度の訪問看護により、健康管理・指示を受け緊急時、当法人の協力病院により、訪問看護同様24時間体制にて連携が可能となっている。		

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
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	合同行事のレク活動支援にボランティア利用。運営推進会議には民生委員の方にもご参加頂いている。消防署指導では利用者参加で年2回防災訓練実施。地域図書館も利用している。		
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	在宅生活よりの主治医への受診希望は継続させ連携に努めている。また法人の協力機関の往診も定期的に受け、連携体制を図っている。状態悪化した利用者についても家族とも連携を図り、支援している。	本人や家族の希望するかかりつけ医の受診を支援している。協力医療機関からは2週間に1回の往診があり、法人内の訪問看護からも週1度来てもらい各利用者の健康管理をしてもらっている。経営母体が医療法人であり、その強みを充分発揮している。	
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	週に1回利用者を把握した馴染みの看護師の訪問があり、日常の健康管理を相談し、援助・指導を受け、それに応じた医療活用の支援をしている。また、状態変化時等は、電話連絡を行っている。		
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。	早期退院が可能となるように訪問看護師を含め、病院関係者と情報交換・相談・連携に努めている。		
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	重度化した場合、医師・訪問看護師との話し合いや家族と話し合いの機会を設け、職員間、家族・ご本人との間で方針や支援の方向性を話し合い共有、対応したいと考えている。	重度化した場合に備え、「重度化対応・看取りに関する指針」を入居後本人や家族に示し、同意を得て安心してもらっている。協力医療機関に入院して亡くなった利用者は数名いるが、まだホームでの看取りは経験していない。	
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	応急手当の指導についてはホーム内勉強会で行っているが、定期訓練はできていないので応急手当委員の指導のもと行いたい。		
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	地域の方の協力を今後、町会を通じて働きかけるようにしたいと考える。利用者と共に火災訓練は行って、地震や水害についてはマニュアルがある。	火災を想定した避難訓練は年2回行っている。しかし、職員の少ない夜間の避難については、運営推進会議で地域住民の援助が得られるよう話し合っているが、まだ確約が取れていない。	引き続き町会長や地域の有力者に働きかけると共に、非常災害に地震を想定した避難方法も消防署と話し合っておかれることが望まれる。

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
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	当介護事業部のプライバシー・個人情報の勉強会に全員参加し、利用者を尊重した対応をするよう指導している。個人情報の取り扱いにも注意を払い、必要事項は書面で家族・本人に了解を得ている。	利用者のプライバシーの保護やプライドを傷つけないことはケアの基本であり、やはり年間研修には毎年組み込んで徹底している。ケアプランやケア記録など個人情報に関する資料は、鍵のかかるロッカーに保管している。	
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	職員より働きかけ、希望や思いを表せる関係作りに努め、個々に合わせた対応・説明にて自己決定を尊重している。		
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	一日の日課はあるが、利用者様のペースや希望を尊重し、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	日頃からTPOに応じた身だしなみの支援を行い、おしゃれができるように女性には鏡や櫛を持って頂き、希望時は、毛染めも提供している。		
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	昼・夜の調理補助・配膳・片付けも役割とされ、買物にも毎日出かけ、本人の好みにも配慮し、メニューに反映させている。	調理担当職員がおり、献立についてはなるべく利用者の意向を反映し、それに合った食材を購入し、ホーム厨房で調理している。盛り付けや後片付けは利用者も手伝っている。職員も同席し食事介助の必要な利用者の食事を支援している。	
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	個々の水分・食事摂取量を記載、把握している。栄養バランスについては、カロリー計算されたメニューを参考に毎日の献立としている。水分食事量の少ない方には好みのものや間食メニューの工夫を行っている。		
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、義歯洗浄を行う様働きかけ、出来ないところを援助している。危険のない方は、うがい薬の使用を行い、口腔衛生に努めている。		

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
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	オムツは使わず、リハビリパンツを使用し、時間ごとの誘導で、昼夜とも不快にならないようにつとめ、トイレ誘導にて排泄できるよう支援している。個々の排泄記録もしている。	排泄チェック表は必ず目を通し、定期的なトイレ誘導を行ったり、利用者固有のサインも見逃さずトイレ誘導を行って排泄の自立を支援している。ホームの方針で昼間はオムツを取りリハビリパンツを使用し、自立排泄を促している。	
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	便秘による精神的不安・食思低下を理解し、体操・歩行・腹部マッサージ・温めを行い、繊維質や野菜などを多く摂れる食事、水分摂取促し、必要時、主治医に相談し緩下剤の処方・調整にて予防に努めている。		
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、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	出来る限り、一人ひとりの希望に合わせ、その方のペースにて入浴を楽しんで貰うように援助している。	基本的には2日に1回の入浴としているが、あくまで利用者本位としている。自立して入浴出来るようすべり止めやバスポートを工夫している。入浴嫌いの利用者には職員がうまく誘導している。	
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	朝食等を今までの生活習慣等に合わせ対応している。夜間入眠困難な方には、飲み物の提供・足浴等も試み安眠でき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	内服説明書の確認を行い、薬についての目的や副作用・用法・用量の確認に努め、内服説明書経過ファイルも作成し確認・理解しやすくしている。		
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	園芸が好きな方には、水やりや花の世話をしたり、料理がお好きな方には、食事作りの際に職員と一緒に料理を作って頂いて、生活歴を活かし、張り合いが持てるよう努めている。		
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支援している	希望時にできるだけ時間を作り散歩・図書館・買物など希望の場所へ出かけるよう支援している。	利用者のADLも年々低下してきているが、やはり気晴らしや日光浴のため、毎日近くの公園や神社、買物のためのお店への散歩は支援している。読書が趣味の利用者もあり、図書館へ行くこともある。	

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
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	希望や能力に応じ、金銭管理をして頂いており、金銭帳もできる方には手伝いながら記載して頂いている。買物に出かけ自己にて買物する機会の提供もしている。		
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	希望時には家族への電話をかける援助を行い、手紙の代筆を行う時もある。		
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	調度や設備・物品等家庭にあるようなサイズの物を使用し季節の物・花・観葉植物・手作りの物で飾り付けし、居心地良くすごして頂けるように努めている。	リビング兼食堂には季節感を感じる工夫として、季節の花や利用者の手作りの作品(今は鯉のぼり、来月後半は七夕予定)を飾り、コミュニケーションスペースも、テレビを囲んでソファを配置し確保されている。	
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	リビング以外にもイス・テーブルを置き、独りで過したり、気の合った方と居室以外でも過して頂けるように努めている。		
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	本人や家族の希望に応じて、家具・敷物・椅子・テーブル・テレビ等出来る限り自宅に有った物を持参して頂き、生活観に欠けない居室作りを家族・本人と相談し行っている。	部屋間違い防止のため、利用者の目線で大きめの表札がかかっている。ホームからの提供はトイレ、洗面台、照明、エアコン、ベッドなどで、タンスや日用品は利用者の使い慣れたものを持ち込んでいる。	
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	建物内はバリアフリー構造で浴室内には滑り止めやバスボードを設置し、居室は家具の配置等を移動しやすいように工夫している。また、表札や写真等で居室を分かりやすくするようにもしている。		