

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 4 rows: 事業所番号 (0155880016), 法人名 (社会福祉法人 愛全会), 事業所名 (グループホームおおむらさき), 所在地 (夕張郡栗山町朝日4丁目9-42), 自己評価作成日 (平成30年8月22日), 評価結果市町村受理日 (平成30年10月24日)

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL [http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action\\_kouhyou\\_detail\\_2017\\_02\\_2\\_kani=true&JigvosvoCd=0155880016-00&PrefCd=01&VersionCd=022](http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2017_02_2_kani=true&JigvosvoCd=0155880016-00&PrefCd=01&VersionCd=022)

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 3 rows: 評価機関名 (特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット), 所在地 (札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401), 訪問調査日 (平成30年9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)】

開設して15年を迎え、ご家族、町内会、老人クラブ、栗山町との関わりを深め、運営推進会議を通して、運営に関する助言や意見を聴く事でサービスの質の向上を図っています。平成29年には、創作活動の貼り絵を栗山町主催の芸術祭に出展し、鑑賞に外出しています。創作活動以外にも、毎日、体操を実施し、身体機能の維持向上を図っています。華道、バルーンアート、ケーナ演奏等のボランティアの受け入れ、早春から晩秋にかけての外出、季節を感じる行事などを実施し、精神面の充実を図っています。また、法人を含め、併設の老健施設ガーデンハウスくりやまのバックアップがあり、急変時の迅速な対応や健康面、身体機能の評価、相談、指導を受ける事ができ、医療、介護、生活面と包括的なケアを提供する事ができています。職員の介護福祉士有資格率は8割を超え、認知症介護実践者研修を受講している職員も半数在籍しており、認知症の専門的ケアの提供に力を入れています。

【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)】

当事業所は栗山町の依頼を受けて2002年に設立され、当初は郊外での開設要請であったが、事業所を担う法人が今後のニーズから町中心部を希望し、今の立地にて運営を開始した経緯がある。建物は堅牢な2階建て、2階を当事業所が占め、1階はデイサービスが、棟続きで隣接する建物には老人保健施設が、同じ母体法人として事業を展開している。当事業所の優れている点は、まず同法人で同敷地内で展開している老人保健施設とデイサービスとの連携の強さを挙げたい。3事業所は運営推進会議や災害時の避難訓練、各種研修、事業所のお祭り等は共同して開催し、それぞれの役割を認識しつつ一体となって地域のニーズを担っている。当事業所の利用者は、老健施設の図書室を始めとした各部署に自由に入出りし、また1階のデイサービスの日中活動に参加する等、相互で交流と協力が日常的に行われている事も特筆として明記したい。次にカンファレンスを中心としたケアについても高く評価したい。カンファレンス会議は定期として毎月開かれるほかに、病気や心情の変化にも対応して随時開催され、常にカンファレンスに基づき検証し、検討された内容は、介護計画に盛り込まれたり、注意事項として周知徹底されたりと、カンファレンスは当事業所の骨格として機能している。今後も当事業所の前進に大いに期待したい。

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

Table with 4 columns: 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). Rows 56-62 describe various service outcomes and staff/user interactions.

## 自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	グループホーム内に掲示し、毎月のカンファレンス時に、法人の理念、グループホームの理念を確認し、理念に基づいて、入居者の一人ひとりの対応方法を検討し、ケアに取り入れている。	理念は事業所内に掲示し、パンフレット類にも明記している。また、理念に基づいた具体的な目標を年度ごとに設定し、理念がより実践で活かせるように取り組んでいる。	
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	年3回通信を作成し、町内会で回覧して、活動状況、運営状況を報告している。併設のガーデンハウスくりやまのオレンジカフェにも毎月参加し、交流している。	地域向けの広報誌を年に3回発行し、地元町内会に配布・閲覧で活動内容を報告している。またボランティアの受け入れも積極的に行い、隣接する老人保健施設の認知症カフェにも利用者と共に参加し、地域交流に努めている。	
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	運営推進会議の中で認知症やケアに関する勉強会を実施している。併設しているガーデンハウスくりやまの認知症カフェにご入居者と共に参加している。		
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1回運営推進会議を開催し、ご家族、町内会、民生委員、老人クラブ、栗山町との情報共有を行っている。平成29年には会議で出た意見を基に、栗山町主催の芸術祭に作品を出展し鑑賞で外出している。	運営推進会議は2ヶ月毎に定期的で開催され、地元住民や利用者家族、系列事業所、包括と参加者も多層的であり、討議内容も行事報告に留まらず、事故報告や研修内容、町の芸術祭への出展の可否と具体性に富んでおり、サービス向上に繋げている。	
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	毎月2回実施されているの栗山町事業所会議へできる限り参加するようにしている。運営推進会議の場でも情報の共有を図り、助言を受けている。	事業所の開設が町の要請でもあり、行政とは密接な関係が築かれている。町として事業所会議を月に二回開催し、サービスの調整や情報交換がおこなわれ、事業所も積極的に参加の意向で臨んでいる。	
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「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	併設している介護老人保健施設ガーデンハウスくりやまにて身体的拘束等適正化検討委員会を毎月1回実施し、参加している。また年2回の研修にも必ず参加し、拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	拘束防止の研修は年に2回行われており、また毎月1回、身体拘束等適正化検討委員会が事例に基づいた検討会を実施し、見守りを重視する取り組みで、拘束も抑制もないケアに徹している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	職員は交代で年1回北海道主催の研修会に参加し、受講者は伝達講習して、他の職員が学ぶ機会を作り、意識の向上、虐待防止に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	成年後見制度を利用されている方が入居されている為、カンファレンス時などで制度について学ぶ機会を設け、必要に応じて活用する機会を整えている。		
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	入居時に契約書、重要事項説明書を説明し、その都度、不明な点、質問等確認している。		
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並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	年1回ご家族へアンケートを送付し、匿名で意見、要望を受け付け、返答している。サービス担当者会議などでも要望を確認して、ケアプラン、サービスの向上、運営に取り組んでいる。	全利用者宅にアンケートを年に1回実施しており、寄せられた意見や要望、苦情はアンケート結果として報告し、サービスの向上に活かしている。	
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	カンファレンスの前に全職員から意見や提案を確認しておいて、カンファレンスで検討して取り入れている。決定事項は全職員の確認を行い、実施後も再検討、見直しを実施している。	人事考課制度を取り入れており、年に2回職員面談を実施している。また日々の申し送りや、スタッフ会議、カンファレンスの場で提案や意見を受け入れ・検討し毎日のサービスに繋げている。	
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	年2回の人事考課で面談を実施している。各自の目標を確認し、向上心を持って働けるように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	併設のガーデンハウスくりやまと合同でほぼ毎月、内部研修を開催し、参加出来るように働きかけている。また外部研修にも参加出来る機会を確保している。		
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	法人内のグループホームの会議に参加し、研修会、情報の共有を図り、サービスの質の向上に取り組んでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に、ご本人との面談を実施し、要望、ご本人のニーズを確認し、ケアプランに反映している。ご本人が安心して生活できるように日々のコミュニケーションを大切に、信頼関係の構築に努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に、ご家族との面談を実施し、不安、要望を確認し、解決できるように取り組んでいる。ホームの役割、ホームの見学、必要な書類、私物の確認等を説明し不安が残らないように、関係の構築に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談時に、グループホームの役割を説明し、ご家族、ご本人の要望、状況によって、併設のガーデンハウスや、他の施設への紹介を実施している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ご本人の意思や思いを大切に、自分らしく生活できるように、日頃よりコミュニケーションを密に行い、お互いの役割を協力しながらできるように関係の構築に努めている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	サービス担当者会議時や体調の連絡時、物品の購入等にその都度、連絡してご家族の支援が必要な時には協力をお願いしている。行事の参加の案内も送付して、一緒に過ごす時間を設け、関係を継続できる様に支援している。		
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	入居以前に利用されていた美容院へ外出したり、友人が面会に来られた時には交流できるように支援している。併設のガーデンハウスくりやまへの行事やオレンジカフェに参加する事で馴染みの方と交流ができ、関係が途切れないように努めている。	知り合いや友人とは認知症カフェや、町や法人の行事等に参加し、今までの関係性を継続できるように努め、墓参や外食等の馴染みの場や味についても家族の協力を得ながら、途切れないように支援している。	
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	トラブルが発生せず、職員が間を取り持ち、一緒に食事したり、お手伝いや活動を通してよりよい人間関係が作られるように定期的に食事席の配置やフロアのレイアウトの変更を実施している。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	必要に応じて連絡を受け、相談や支援を行える体制を整えている。		
<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	ケアプラン作成前に、新・KOMI式でアセスメントを実施し、ご本人、ご家族の意向の把握に努めている。困難な場合には、理念に基づき毎月のカンファレンスで情報の共有を図り、本人本位なケアを検討している。	看護現場で活用されていた新KOMI式アセスメントを実施し、利用者の意向把握に努め、日々のケアから感じた情報をカンファレンスを通して職員間で共有しながら、本人本位のケアに取り組んでいる。	
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	入居前に生活歴の記入を依頼し、他のサービス機関やご家族のお話を聴き、経過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	ケアプランのモニタリング、毎月のカンファレンスで職員同士情報を共有し、現状を把握している。		
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	モニタリング、毎月のカンファレンスで職員同士情報を共有し、3カ月毎の評価を踏まえ、ご本人の現状、意向、ご家族の意向を確認し、新たに介護計画を作成している。	介護計画は3ヶ月ごとに検討しているが、介護目標の進捗状況は日誌にて毎日確認し、それを毎月のカンファレンスで検討し、変更が必要であれば早急に対応している。本人や家族の意見も取り入れながら、現状に見合った介護計画を立案・実行している。	
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	日々の様子や特変時の様子を毎日記録している。毎月のカンファレンスでケアプランのモニタリング、評価を含め、職員間で情報を共有し、ケア方法を見直し、ケアプランに活かしている。		
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	一人ひとりのニーズを確認し、介護用品の購入や医療との連携、併設のガーデンハウスくりやまの各専門職と相談し、助言を受けてサービスの多機能化に取り組んでいる。		
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	ご家族、知人の面会や、華道、パルーンアート、音楽ボランティアの受け入れを実施する事で日常生活を楽しく過ごす事が出来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	定期受診を含め、突然の体調不良時にもすぐにかかりつけ医師に診察してもらえるように関係を構築している。また、職員はご本人の日常の症状を把握し、医師へ情報を伝え、適切な医療を受けられるように支援している。	町内の病院は限られており、かかりつけ医が協力医である場合が多く、通院時は職員が同行し、日々の様子を詳しく医療側に伝えている。また棟続きの老健には看護師が常勤しており、オンコールで適切な指示を受けることができ、安心できる医療体制で臨んでいる。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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1回、連携しているガーデンハウスくりやまの看護師に、日頃の入居者の状態報告や症状について相談を行っている。		
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、また、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。又は、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。	入院時には介護添書を作成し、提供している。入院中も定期的な面会、看護師へ状態の確認の連絡をするなど情報の交換、退院後の対応方法等の相談等その都度実施している。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約時に説明し、日常の状態を日頃から伝え、サービス担当者会議などでも情報の提供、相談を実施している。	契約時に重度化した時の「看取りに関する指針」を書面で説明し、同意を得ている。医療面での課題で看取り介護は困難であるが、常に適切な介護を提供できる様、また適切な医療機関に移れるよう必要な支援に取り組んでいる。	
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	急変時の応急手当は年1回研修、訓練を実施している。ガーデンハウスくりやまとの連絡・協力体制も整えている。		
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	避難訓練は年2回実施し、ガーデンハウス、地域の住民との連絡体制も整えている。災害時緊急時マニュアル、備蓄品も定期的に確認している。	年に2回、消防署の指導による避難訓練を当事業所、デイサービス事業所、老人保健施設等々地域として実施しており、地元町内会とも連携を密に保っている。	今回の災害について、適切な対応で混乱等を防ぎ、利用者の安全を守ったことを高く評価したい。今後は冬季での災害に対し、暖房機材を確保し、防寒に備える体制作りを期待したい。
<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	○一人ひとりの人格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	ガーデンハウスくりやまと接遇に関する委員会で言葉掛けの見直しや不適切対応について内部研修を実施し、一人ひとりを尊重したケアを行っている。	利用者一人ひとりのカンファレンスの徹底により、接遇等の接し方について重要なケアと理解し、言葉かけや態度に注意し、日々の生活が理念にある「いつまでも美しく、健やかな人生」になるよう努めている。	
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	ご入居者が自己決定できるように、一人ひとりに合わせた質問をしたり、ゆっくりと時間をかけて希望を伺うようにしている。		
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	ご本人の日常の生活パターンの把握に努め、体操やレクリエーション、日中の過ごし方など何をしたいか伺い、可能な限り、希望に添う活動を提供している。		
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	ご本人の趣味嗜好を考慮した、衣類の選択や、定期的な理美容への声掛け、入浴時の爪の確認などおしゃれに過ごせるように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事の準備から片付けまで、職員と一緒にやっている。食事と一緒に食べられるように環境を整えている。	食材等は地元の商店から購入し、地域貢献に努めている。また食材から調理、配膳、下膳にいたる工程で、利用者 の各能力に応じたお手伝いをお願いし、みんなで楽しめる食卓を目指している。	
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	毎日こまめな水分提供と摂取量の確認を実施して、ご本人の嗜好も含め、飲み物の種類も多種多様に準備している。食事摂取が少ない時には嗜好調査を行い、食事メニューの見直し、食事形態の変更、栄養補助食品の検討を実施している。		
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	毎食後、口腔ケアの声掛けを行い、見守りや介助をしている。就寝前には毎日義歯の消毒、週1回コップ、歯ブラシの消毒を実施している。		
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	日中はトイレでの排泄を実施している。毎月のカンファレンスでオムツの必要性を確認し、使用を見直し、自立に向けて取り組んでいる。	排泄はトイレで行う、を原則として職員で共有し、時間誘導と排泄サインの把握で、無理のない排泄になるよう努め、カンファレンスからオムツ使用見直しも検討し、自立に向けて取り組んでいる。	
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	看護師や主治医と相談し、下剤の調整を行い、自然排便を促している。夕食後にヨーグルトを提供し、便秘の予防に取り組んでいる。		
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	希望があった時には入浴できるように対応している。週2回入浴できるように職員で調整している。	お風呂は毎日お湯を張り、いつでもだれでも入浴可能な状態で個別支援として入浴に取り組んでいる。またデイサービスや老健の特殊浴室も使用可能で、状況に合わせて入浴を楽しめるように支援をおこなっている。	
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	日中に休みたい時には居室で休まれている。夜間はパジャマへの更衣、寝具の調整、気温、湿度、光の調整を行い、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	調剤薬局と居宅療養管理指導を契約し、管理している。下剤、眠剤、精神科薬は看護師、医師と相談し、状況に応じて調整を行い、症状を確認している。		
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	役割分担表を作成し、ご入居者へ表に沿って声掛けしている。午前は体操、午後はレクリエーションや創作活動を実施している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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。また、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	一人ひとりに添った外出支援体制を整え、希望があれば、買い物、理美容へ付き添いしている。3月から10月は毎月1回、季節を感じられる場所へ外出している。	春夏秋と外出計画に基づいた季節のドライブを行っている他に、近くのスーパーへの買い物や事業所や個人のゴミ出し、老健の図書室利用、デイサービスへの参加、町内見物等々、毎日外出できる様取り組み、閉じこもらない支援に努めている。		
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	金銭の所持は自己責任で管理してもらっている。外出した時に希望があれば使用できるように支援している。			
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	電話はいつでもかけられるようにし、希望があれば電話を繋いでいる。手紙も出せる体制を整えている。			
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	毎日の掃除を実施し、清潔に保っている。居室やトイレは消臭剤を使用し、日当たりよく、温度、湿度の調整を心がけ、快適に過ごせるように配慮している。	事業所は2階のワンフロアを使用しており、居間兼食堂は採光もよく、湿度や温度の管理も適切に行われている。また壁には利用者の貼り絵やちぎり絵が飾られ、落ち着いた共同空間となっている。		
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	食事席の調整や一緒にお話できる環境の整備を実施している。			
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	入居の相談時に私物は、使い慣れた物を持参して頂くように説明している。入居後必要な物品については、都度、持参、購入等して、ご本人の好みの居室になるように工夫している。	居室は使い慣れた家具や小物類が持ち込まれ、居心地のいい環境になるよう家族と共に工夫を凝らし、好みの部屋としてゆっくりと過ごせるように、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」や「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	居室、トイレ、浴室がわかるように掲示している。ガーデンハウスの理学療法士と相談し、個人の能力を活用できるように介護用品の購入を勧めている。			