

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	2470700606		
法人名	有限会社 サンテ		
事業所名	グループホーム やまぶき		
所在地	三重県松阪市駅部田町473番地		
自己評価作成日	平成25年8月26日	評価結果市町提出日	平成25年10月23日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.kaisokensaku.jp/24/index.php?action_kouhou_detail_2013_022_kihon=true&JigvosvoCd=2470700606-00&PrefCd=24&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 25 年 9 月 10 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)】

各個人の趣味を取り入れた作品作りや、フロアーには職員と入居者様が協同で制作した作品などを掲示したりしています。(例)花火、習字、ビーズ作品、絵画、編み物等)
食事の材料には旬の野菜や果実を利用者様に直接ふれて頂き、季節感を感じてもらっている。

【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)】

医療法人が経営母体である為、医療のバックアップ体制が充実され、家族からも安心であると感じられている。開設10周年を向かえ更に地域密着を旨とする為、ケアの現場を再確認し職員の研修を充実し、ケアの改革を計画している。また、栄養士、調理師によるバランスの取れた食事が提供され利用者はいつも完食である。郊外の密集した住宅地の中にある事業所である。

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 ↓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	フロアに基本方針や理念を掲示し、職員一同は理念の携帯用カードを携行している	理念は常に意識できるリビングフロアに掲示すると共に、理念カードを作成し名札に携帯している。ケア会議で毎月、理念について実践されているかどうか見直しを兼ねて認識を高め共有している。	
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	地域で暮らし続けられる支援として、外出(買物・墓参り)等、散歩の機会をできる限り作っている。地区の自治会に加入しており、町内の清掃、バザーに協力し近所の方々には積極的に声をかけさせてもらっている	事業所は町内の行事・清掃活動・バザー・夏祭り等に参加し、地域住民は事業所の防災訓練・花火大会に参加している。地域の周りを散歩しながら農作業の方々にも挨拶を交わし、野菜など頂き、食材の一部となっている。	
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	中学校の職場体験学習を年に1回受入れ、中学生に認知症の病気を理解してもらえるよう努めている		
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	日常生活状況、様々な行事、研修などについて報告し、サービスの質の向上の為に貴重な意見や対応方法の助言をいただいている	奇数月に開催し、行事・現状報告等行ない意見交換をしているが、事業所が依頼した参加者に限られ、地域自治会・全家族には開催案内をしていない。	幅広い立場の人が参加する会議としてメンバーの中にも地域代表者等の参加が望まれる。また、運営を担えるように地域代表者・見識者・全ての家族等に運営推進会議の意義を説明し、参加開催される事を期待する。
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	松阪市介護高齢課の職員や地域包括センターの職員より、いろいろな情報や意見をいただいている	介護保険変更届、介護情報、相談等に訪れている。また、運営推進会議で市担当者とは意見交換をし、協力関係を築いている。	
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	身体拘束をしないケアについて、拘束ゼロへの意識を高め実践している。また、事故が予測される際には職員間で話し合い、防止策を実践している	過去の拘束の経験(4点柵)をかね、カンファレンスでヒヤリハット・事例等で検討し、拘束をしない様実践に努めている。	身体拘束をしないケアを更なる研修と職員のスキルアップでリスクに惑わされないケアの体制作り、高齢者虐待防止関連法の理解を含め継続的な研修実施を期待する。
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	施設内研修、カンファレンスにて虐待について絶対に行ってはならないと強く認識して、日ごろ業務に取り組んでいます		

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
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多少の知識がある程度であり、その内容についての研修があまり行っていないこともあり、現状知識不足ではありますが、今後スキルアップに取り組みたいと思います		
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	重要事項説明書、利用契約書、終末期における指針、介護職員処遇改善給付金制度、利用者が入院した時の対応などを説明、理解、納得してもらっている		
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	運営推進会議の議事録は入居者の家族様がいつでも見られるように玄関に置いてある。また、面会やサービス担当者会議時に家族様には意見、要望を確認して反映させている。	電話・面会時に、管理者・職員で意見・要望を聞いているが、個々ケアの意見が多い。最近では防災に関して備蓄はどうか、利用者の安全対策等意見も出ており、運営推進会議で検討し報告されている。	
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	1/1M カンファレンスを行うが、必ずしも全員参加ではない。職員からの質問、要望には随時対応している	毎月カンファレンスで意見・提案の時間を設けており、当日不参加の職員は直接管理者に提案している。最近では設備環境の整備についての意見が出されている。	
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	有給休暇は制限されず取得出来、年1回の昇給と年2回の賞与はある。 健康診断は年1回、夜勤者は年2回実施している		
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	資格取得等個々の目標に向かえるよう支援している。グループホーム部会、みえ地域密着型サービス協議会主催のものには、必ず2名は参加し参加後は、伝達講習を行っている		
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	グループホーム見学会に参加して運営や活動状況を聞き、参考にさせていただいている		

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	相談から利用に至るまでの日が浅いため、本人の不安・混乱を軽減できるようスタッフは笑顔、優しい表情、親切なおもてなしが出来るよう心掛けている		
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	生活歴、生活環境等を家族から情報収集し、職員は本人の今までのスタイルを変えない支援をする事を伝えている		
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	家族と担当ケアマネージャーと相談し、他のサービスという選択肢も含め相談する		
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	暮らしの中で各自が出来ること(洗濯干し、たたみ、カーテン開閉、調理下準備(野菜洗い、玉ねぎ皮むき、ごますり等)、共に行っている		
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	来訪時は本人と家族の潤滑油になるよう心掛けている。字の書ける人は施設から送信する年賀状を書いてもらい、一言コメントを入れている。利用者の一番大好きな人(孫、息子等)月1回返事が来るよう内容を工夫し、手紙を書いている		
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	馴染みの美容院や1/1Mの墓参りやマックスバリュへの買い物、図書館への本の貸し出し、家族に会いに行った帰り近所の友を訪ねたりしている	知人が尋ねてきたり、遠隔地の孫に手紙・年賀状を出している(必ず返事が来るよう事業所で支援している)。以前、通っていた図書館、美容院やお墓参り、帰宅願望で自宅に行ったついでに友人に会ったりして支援に努めている。	
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	日々の心身の状態、気分、感情の変化をキャッチし、入居者同士が喧嘩や嫌な思いをしないような配慮をしている		

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
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	当施設のサービス利用(契約)の終了とは施設に戻れない状況の病氣入院と死亡であり、その入院中は担当者が適宜お見舞いに行く		
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	自分の意思を伝えられる利用者はサービス担当者会議に参加していただき、本人の思いや困っていることを聞き、計画に組み入れる。表出困難者は家族の意向を組み入れる	日常会話の中で時間を作り(居室、利用者同士の団欒中等)把握に努めている。また、時おり家族への電話連絡時や、サービス会議開催時を利用して把握をしている。	
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	基本的には家族の情報をもとに、本人に話を伺う		
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	一日の暮らしの中、心身の状態に応じて各自の生活サイクルの中で、仲間と出来ること、各々出来ることを計画に取り入れ、実施している		
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	3ヶ月に1回のサービス担当者会議にて援助が施設サービス計画の目標やケア内容に相違ないかをモニタリングし、新たな課題や利用者の状態の変化を会話の理解が出来る利用者と共に作成する	サービス担当者会議を開き(家族・担当者職員出席)計画書を作成している。計画書作成後サービス内容を毎日、カルテでチェックし達成度を確認している。3ヶ月毎にモニタリングをし再度会議を開き計画の見直しを行なっている。	
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	個別ファイルに心身の状態、バイタル、行動障害、エピソード、本人の言葉を記録し、申し送りにて全ての職員が共有し介護に活かしている		
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	本人や家族の要望に柔軟に対応している		

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
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	地域のバザー、外食、花見、美容室、理髪店等の地域資源を活用し支援している		
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	本人の病状により、本人のかかりつけ医、協力病院、在宅医療の主治医の往診や受診援助で対応している	かかりつけ医、在宅医療医、協力医へ受診は様々であるが事業所でその都度、受診支援している。受診後は家族に電話で報告をしている。定期往診は、協力医が月2回、在宅医療医が月1回あり、夜間緊急時も支援できる。	
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	体調や些細な表情の変化を見逃さないよう早期発見に努める。変化等に気づいた事があれば、直ちに看護職員に報告し、適切な医療に繋げる		
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、担当医及びケースワーカーと話す機会を持ち、可能な段階でなるべく早く退院できるようにアプローチしている		
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	終末期に関しては、在宅医療の主治医の協力を得られ、又職員の協力もあり、看取り介護の取り組みができるようになった。協力病院に相談もできるようになっている	入居時に看取りの指針で同意書を取り交わしている。重度化や終末期には協力医・在宅医療医に指示を仰ぎ、職員は外部研修に参加し支援に取り組んでいる。過去に4名の看取り支援の経験がある。	
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	定期的な訓練はできていないのが現状である		
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	4月、消防署協力のもと、防災訓練、1/1Mの避難訓練を実施している。地域住民との協力体制は整った	年2回消防署立会いの下、消火・通報・避難訓練を行ない、毎月、事業所独自で近くの公園(地域の避難場所)に、利用者の非常持ち出し袋・緊急連絡先等を記入した名札をつけて避難訓練をしている。また、備蓄を常備し、地域の応援依頼連絡先も整備出来ている。	

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	理念に基づきどのような場合であっても崩れてはいけないという自覚はあるが、利用者様の攻撃的な言動もあり、対応に苦慮することもある。対応困難な場合一人で無理せず職員を交代させるなどして援助している	トイレのドアの開閉や脱衣場の目隠し等に配慮をしている。呼称も入居時に家族に確認しているが事業所としては、さん付けにしている。また、言葉使いも、落ち込まない・ショックを受けるような言葉は言わないように心掛けている。	
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	日頃の本人の言動や表情をみながら寄り添い傾聴し共感しながら本人の自己表現ができるよう支援している		
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	入居者一人ひとりのニーズに添って、その人のペースにて個別支援を行っている。また、集団レクリエーションを行う際は「今日は何をしましょうか？」など声かけをして、偏らないように希望の多いものを行っている		
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	基本的には本人におまかせするが、選ぶことがわからない人には職員が用意する。外出や通院時はおしゃれに気を配っている。適切でない着方をしている場合は助言する		
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	食事の準備ができたなら、栄養士が一人一人に全員分を鍋ごと見せて「これ、おいそうやる」と出来上がったお惣菜を顔に近づけて色や匂いを楽しんでもらっている。手伝いの出来る利用者様は野菜を洗ったり、むいたり、片付けをしている	栄養士・調理師による食事が提供され、バランス・味付けの工夫を行ない、いつも完食されている。誕生日には好きな物をメニューに加えた特別食が用意されている。一部の利用者は野菜を刻んだり食器を洗う等、職員と共に行なっている。また、月1回寿司・和菓子などの外食にも出掛けている。	
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	栄養士が利用者様の好みを考慮の上、献立を作り、調理師と共に食事を作り、歯のない人やえん下困難者は食事の形態を考しようしている。水分は一日1000ml以上を目標にしているが、達成できない利用者にはこまめに水分摂取や夜間排尿毎にこまめに飲ませている		
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	1/1W回訪問歯科診療で口腔ケアをしていただいている。歯科受診もしている。(義歯調節、虫歯治療)利用者様のほとんどは毎食後のうがいと夕食後の義歯洗浄や歯磨きを行っている。必要な時は援助させて頂いている		

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を把握して、本人様の意思のもと、声かけや誘導にて行っている。また、オムツ交換の必要な方には状況に応じて時間毎で交換している	リハビリパンツの方が大半で24時間の排泄パターンを掴み、排泄チェック表によりトイレへの誘導支援を行ない、自立の継続に繋げている。	
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	排便チェックをし、各個人の排泄パターンを把握し、便秘の方にはバナナやヨーグルト、水分量を増やし、それでも効果がなければ、緩下剤を適量使用する		
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	基本的には週2回ですが、9人を5人と4人に分け、曜日を変えて入浴している。人数が少ないので本日入浴日でない方も希望があれば入ってもらっている。現状毎日入りたい人はいない。入浴後の疲労感があるように思われる	週2回入浴支援をしているが、希望があればいつでも入浴可能である。地方の温泉の入浴剤を利用しまた、柚子湯もある。拒否する利用者には無理強いをせず、時間を置いて声掛けし入浴できるように支援している。	
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	起床就寝時間は決めず、一人一人のペースで入眠してもらっている。日中もお昼寝を必要の方はやっている。居室の温度設定は各自の希望温度で調節している。状況に応じて職員が調整させて頂く		
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	薬の内容は、薬剤情報提供書を個人ファイルに綴じ、常時職員が確認している。服薬は必ず飲み込んだのを確認している。処方の変更時は、投薬申し送りノートに記載し、副作用及び状態の変化に注意し様子観察を徹底している		
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	役割意識が強く、現在でも仕事への意欲旺盛でじっとしている事が嫌いなため、無理のない程度に職員の手伝いをさせていただき、感謝の言葉がけを常にしている。気分転換には散歩の支援を行っている		
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	玄関前のベンチに座って外気浴や歌を歌ったり、話をしたり、地域の方が散歩中に仲間に入ってくださることもあり、利用者様は大変喜ばれている。お墓参りに本人の希望で定期的に外出する(1名)。なじみの美容院にも行っている(2名)。図書館から月2回本借りてくる(1名)	和菓子・寿司等の外食、食材の買出しに同行したり、お墓参り、自宅へ外泊、花見等の外出を支援している。また、散歩に出掛け農作業の地域の方々とも会話をしたり、図書館に出掛ける利用者もいる。	

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	9名中2名は2000円を所持している。そのお金でお墓の花を買ったり、服、お菓子等買っている。所持することで安心している。他利用者はお金の管理はされていない		
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	家族の安否が不安になり不穏につながる為、職員が家族様に電話をつなぎ家族の声を届けてもらう。大好きな息子に月1回本人の様子を手紙に書いている。返事がないときがあるので返事のくるよう工夫して書いている		
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	常に空調 照明には注意をはらっている。又感性の働きかけとして壁には季節に応じた折り紙を貼ったり季節の草花を飾っている	その日の状況によって空調・照明等が調整されており、毎日過ごしやすい環境・空間が作られている。職員が持参してくる季節の花、作り上げた作品を飾り、いつでも団欒できる大きなソファが配置され、日々ゆったり過ごせる工夫がされている。	
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	ソファコーナーがあり、気の合った者同士でテレビを見たり、会話をしたりしているが、その時の気分に合わせ居室に入って過される時もある		
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	家族様に家庭で使い慣れていた品物、好みの物を持ってきてもらうようお願いしている(家族の写真、装飾品等)	ベッドが配置されているが、希望があれば畳の部屋も用意できる。趣味で作ったぬいぐるみ、孫からの手紙、家族の写真等、また、筆筒、椅子等の家具品も持ち込まれ、各自、居心地良く過ごせる居室を作り上げている。	
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	利用者一人ひとりのできること、わかることは職員が共通認識し、声かけ見守り援助を行い、環境整備をし事故のないよう自立をうながす		