

### 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	1070202005		
法人名	社会福祉法人タービュランス福祉会		
事業所名	グループホーム根小屋		
所在地	高崎市根小屋町1636-7		
自己評価作成日	平成24年8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	<a href="http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/">http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/</a>
----------	---

**【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成24年9月21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)】**

利用者様 1人1人の意見や要望を聞き、対応出来るよう心掛けている。
-----------------------------------

**【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)】**

管理者をはじめ職員は、利用者一人ひとりの力を発揮できるよう、書道の得意な人には字を書いてもらい、料理の好きな人には調理の下ごしらえを職員と一緒にこなす等と生きがいややりあいのある生活を支援している。また、好きだったお酒やビール等も食事に提供し、食事が楽しめるよう工夫している。健康面にも注意し「利用者体調管理ノート」を作成して主治医との情報交換に活用し、職員間で共有している。介護計画作成後は、計画実施表を毎日チェックし、モニタリングに活かし計画の見直しを行ない、より良い介護の実践に取り組んでいる。
--

**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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、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
<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	事業所の理念は、出勤時再確認出来るように、タイムカード横に掲示している。	法人の理念の他に事業所独自の理念について職員間で話し合い、「一人ひとりの価値観、生活感、人生観を大切にし、季節感や地域とのつながり」を盛り込んだ理念をつくり掲示し、共有して実践につなげている。	
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	地域行事のどんど焼き、納涼祭、新年会などに参加。園内行事(クリスマス会、避難訓練、バーベキューなど)には、近隣の方にも声掛けし、参加して頂いている。	日常の散歩時等で挨拶や会話を交わし、野菜を頂く等、馴染みの関係を築き、地域の新年会・どんど焼き等の行事に出掛けている。事業所のクリスマス会・バーベキュー、また避難訓練等にも呼び掛け一緒に行なっている。	
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	地域の方を対象にしたオレンジボランティア研修の受け入れをしている。また、運営推進会議で、認知症の方の様子や支援方法を話している。		
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践、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	利用者や家族の方から出た意見や要望を取り入れ、会議等で話し合い、実際のサービスに取り入れるよう努めている。	運営推進会議は、2ヶ月毎に開催し、家族・近隣住民・区長・民生委員・市職員等の参加により、利用者の状況や活動報告等を行ない意見交換している。認知症予防のために筋力をつける・テレビのニュースを見ることが良い等の意見をいただき、サービスに活かしている。	
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取り組んでいる	事故報告時の指導や助言、また、2ヶ月に1度の運営推進会議で相談や連絡をしている。	市の担当者には運営推進会議の他に、事故報告、介護保険更新時等に電話や直接訪問して指導・助言を頂いている。また、市で取り組んでいるオレンジボランティアの研修場所として事業所を提供し、研修終了者がボランティアとして継続して関わっていただいている等、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	法人内に、身体拘束に関する委員会を設置。委員を中心に、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	職員は身体拘束をしないケアについて理解し、日中、玄関の鍵はしていない。また、法人の身体拘束に関する委員会に担当者が出席してマニュアルを作成し、事業所のケアミーティング時に報告を行ない職員間で共有している。	
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	法人内に、虐待防止に関する委員会を設置しており、防止に努めている。		

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
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	現在は、活用していない。今後必要に応じて支援していきたい。		
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	契約内容や重要事項を説明し、契約している。また、利用者や家族等の不安や疑問点、利用者の体調の変化などにより、その都度対応している。		
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	玄関に意見箱を設置している。また、家族面会時には、意見や要望など聞く機会を設けている。	玄関に意見箱を設置しているが、家族等の来訪時に直接意見・要望等を聞くようにしている。出された意見は、申し送りノートに記載し、会議で話し合い運営に反映させている。	
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	月2回のケアミーティングや仕事の合い間に、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。	会議開催は、全職員が参加できるよう月2回行なっている。管理者は日常的に職員の意見や提案を聞くように努め、席替えやソファの位置を変える等利用者が安定して生活できるよう出された意見を運営に活かしている。	
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	月1回代表者も出席する会議を行い、意見や要望などを提案し、それらを基に、職場環境・条件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	職員の経験や希望により、新人研修や認知症実践者研修などを受ける機会を設けている。また、法人内研修にも積極的に参加し、参加出来なかった職員にもケアミーティングなどを利用し、伝えている。		
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	地域密着型連絡協議会に入会し、交換研修や見学を通して交流を持ち、家族向けのお便り等の交流もしている。		

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
<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	入居前には直接本人と会話し、生活暦や要望、不安などを聞く機会を設けるよう努めている。また入居後には、こまめに声掛けし、不安を取り除くよう努めている。		
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	入居前には、直接家族の方から不安や要望、疑問点を聞き、不安等少しでも解消出来るよう努めている。		
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	要望や状況を確認し、ケアマネージャーとも相談し対応している。うどん、おにぎり、お菓子、コーヒーなどの提供も要望に応じて対応している。		
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	掃除や洗濯、買い物、食事の準備、下ごしらえなど本人が出来る範囲の事を一緒に行っている。また、男性の方にも、自分の洗濯物をたたんで頂いたり、本人の得意な字を書いて頂いている。		
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	面会時には、家族に日常生活の様子を伝えていく。また、面会の少ない家族には、管理者が電話連絡し状態を伝え、面会にきて頂けるよう声かけしている。		
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	本人の希望にて、馴染みの店と一緒に買い物に行ったり、自宅付近にドライブに行き、知人や兄弟、親戚に会い話をしている。	友人や三味線の教え子が面会に見えている。馴染みの店への買い物に同行したり、自宅の紫陽花や柿・柚子などの収穫に出掛けたり、兄妹の家に立ち寄り記念写真を撮り自室に飾ったりするなど、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援している。	
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	利用者同士の関係を把握し、席替えをしたり、気の合う方同士と一緒に製作レクをしたり、ドライブに行ったり、ソファで談話したりしている。		

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	他施設に入所した利用者の方の所に、仲の良かった利用者や訪問し、楽しい時間を過ごしている。また、職員に様子を聞き、相談にも応じている。		
<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	入居前に本人、家族と面談し、生活歴や希望を聞いている。また、本人の日々の関わりの中で、思いを把握するよう努めている。	入居前の暮らしの状況や生活歴などを聞き、日々の関わりの中から本人の思いや意向の把握に努めている。また、入居後のアンケートにより本人・家族の意見や要望等の把握に努めている。	
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	入所前や入所時に、本人、家族に確認している。また、入所後も普段の生活の中で把握、共有するよう努めている。		
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	日々変化がある為、本人の様子を業務日誌や申し送りノート、生活記録等から把握するよう努めている。また、管理者や職員から様子を聞くようにしている。		
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	本人、家族からの希望を聞き、職員から情報を得ている。また、主治医より月2回診療情報提供書を頂いている。介護計画はケア会議等で検討し、3ヶ月毎、更新時に作成する。また、家族に説明し同意を頂いている。	入居時のアセスメントや日々の記録・アンケートなどを参考に、ケアミーティング時に職員の意見を聞き介護計画を作成している。毎日、計画実施表でチェックし、更にモニタリングを毎月行ない医師の意見を参考に、次ぎの計画作成に反映させている。	介護計画については、考案された介護計画書を全職員間で共有し、活用されることに期待したい。
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	介護計画は3ヶ月毎、要介護認定の更新時に見直しをしている。モニタリングは毎月行い、利用者の状態の変化、希望、要望により随時見直しをし、家族に同意、了承を得ている。		
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	可能な限り本人や家族の要望、ニーズに対応するよう取り組んでいる。		

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	近隣の方に野菜や花などを頂いている。また、利用者と散歩時にゴミ拾いをしている。		
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し、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	入居前に本人や家族の意向を確認。協力医院に月2回往診して頂いている。その他にも体調の変化に応じて、かかりつけ医や家族と連絡を取り合っている。	入居時に協力医による月2回の往診について説明し、本人・家族の希望のかかりつけ医を決めている。かかりつけ医への受診は家族で対応し、受診結果は個人毎の体調管理ノートに記録している。協力医による診察結果や服薬の変更時等は家族に報告し、職員間で共有している。	
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	定期受診や往診時以外にも、変化があった時などは、電話やファックスにて報告、相談し、指示を頂いている。		
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。	入院時の面会で、医師や看護師から状態を聞き、家族との連絡を密に行い、今後について話し合いの場を持つよう努めている。		
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、事業所ですることが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	体調の変化により、早い段階から主治医より説明があり、病院にて医師、家族(本人)、管理者が今後について話し合いの場を持っている。	入居時に、重度化した場合や終末期ケアについて説明している。病状の進行状況などにおいて早い段階から主治医から説明等があり、職員はケアミーティングで話し合い、家族等の希望を聞きながら食事の工夫などにより、支援に努めている。	
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	急変や事故発生時に備えて、マニュアルを設置している。また、すべての職員が、救命救急の訓練に定期的に参加している。		
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2回以上の火災予防訓練を実施し、消防署に計画書を提出している。(近隣の方にも参加、協力して頂いている。)また、運営推進会議でも火災、災害、避難等について話している。	夜間想定での訓練を含め、年2回以上の避難訓練を実施している。訓練時においては地域住民や区長・民生委員等の参加で行われ、避難誘導の方法や既設の避難通路の幅について等が話し合われている。	訓練時の話し合いや気づき等を活かし、安全な避難方法についての取り組みに期待したい。

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>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	排泄時は、介助の必要な方でも、できるだけ終わるまで外で見守り、尿臭、便臭のする方も自然とトイレや入浴へ誘導し対応している。	トイレ誘導時等は、プライバシーを損ねないようにさりげなく見守っている。呼称も「さん」を原則としているが、女性は名前で呼んだり、その人の親しみやすい呼び方をしている。	
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	バイキング、外食、お弁当、おやつなどでメニューから決めている。また、本人の希望にて、酒、うどん、赤飯などを提供し喜ばれている。		
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	1人1人の生活のリズムを尊重し、新聞やテレビを見ている方に声掛けし、毎日の体操をしている。		
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	希望の方には、定期的に髪染めをして頂き、お正月やクリスマス、外出行事の際に女性は、ヘアピンやスカーフ、お化粧品をしている。		
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	時々食べたい物を聞き、メニュー変更し提供。また、野菜の下ごしらえ、洗い物、お盆拭きなど出来る事を一緒に行っている。	食事は、法人の栄養士による献立表を参考に、入居者の希望を聞きながら、地域の人達から頂いた季節の野菜などを取り入れ調理している。食事の下ごしらえやおはぎ作り等、入居者の力を発揮してもらいながら楽しく準備をしている。お酒やビールの好きな方は禁止せず、食事が楽しめるよう支援している。	
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	法人の栄養士の献立をもとに、食事を提供。また、コーヒー、紅茶、ココア、ポカリ、麦茶などを提供し、水分確保出来るよう支援している。		
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、口腔ケアを行っている。義歯を使用している方は、毎晩洗浄液につけている。		

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	排泄チェック表や本人の様子、しぐさ等により排泄パターンを把握し、声掛け誘導している。	排泄チェック表を参考にトイレ誘導等を行ない、その方の身体の動きや行動を見ながら支援している。紙パンツ使用によりかゆみのある方には布パンツに変えたり、骨折後に紙パンツを利用していた方については布パンツからパット使用へ変更したり等、身体状況に応じた対応について職員間で話し合い、排泄の自立にむけた支援に取り組んでいる。	
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	10時には牛乳でココアを作り、昼食時にはヨーグルトにバナナ、みかん、桃などの果物を入れ対応している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週4回入浴日を決めているが、時間や順番等は決めていない。また、失禁者や発汗、皮膚の状態により入浴回数を増やし対応している。	一人について、週2～3回の入浴ができるよう支援している。時間は決めず、拒否の場合は日を変えたり、気分を変えて入浴を行ない、季節の柚子や入浴剤等も使用し入浴が楽しめるよう支援している。	
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	1人1人の生活習慣に合わせて、自室で休息される方やホールソファで午睡される方がいる。		
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	往診時のノートに、医師、薬剤師からの薬の目的や副作用などを記載しており、職員は必ず確認している。また、状態の変化をその都度医師に伝えている。		
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	1人1人の生活歴をもとに、書道、編み物、掃除、畑、貼り絵、勉強などを行っている。また、外食やドライブ、散歩等で気分転換をはかっている。		
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	散歩、ドライブ(希望により自宅へ)、買い物など本人の希望に応じて、出来る限り支援している。	天気の良い日は、日常的に近隣への散歩をしている。また、週2回食材やおやつ等の買い物に出掛け、好みのお酒等も購入して楽しんでいる。季節毎の花見やドライブ・外食等で楽しみ、気分転換のためコーヒー喫茶に出掛ける等、外出支援をしている。	



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
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	事務所で利用者の金銭を管理している。 (1名希望にて、少し本人で管理している。)		
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	クリスマスカードは本人が作成し、家族に送っている。また、希望時家族や知人と電話で話している。		
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	ホールには、季節感を持って頂けるよう、季節にあった製作レクを展示している。また、換気や加湿器など、快適に過ごして頂けるよう工夫している。	共用の居間には、季節の花が飾られ、廊下等の壁面には、外出行事等の写真や手作りの作品等が飾られている。また、畳のコーナーでくつろいだり、テレビを見ながらソファで休めるようになっている。一人で静かに休める空間等もあり、一人ひとりが思い思いに過ごせるよう工夫している。	
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	東、西ホールには、それぞれソファ、テレビが設置されており、1人でゆっくり過ごして頂いたり、気の合う方と思い思いに過ごされている。		
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	自宅より、使い慣れた物を持ってきて頂くようお願いしている。また、家族面会時に一緒に写真を撮り、自室に掲示し、家族にも渡し喜ばれている。	各居室には、馴染みの家具やベッド等が持ち込まれ、家族の写真や仏壇等も持参し、安心して過ごせるよう支援している。また、週3日、家族が愛犬を連れて面会にきてくれる等、一人ひとりが居心地よく過ごせるよう配慮している。	
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」「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	床の段差をなくし、廊下やトイレ、風呂場に手すりを設置している。また、居室入り口には、名札と本人の写真を貼り、わかりづらい方には、名前を大きく書き貼っている。		