

### 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	3270200193		
法人名	社会医療法人昌林会		
事業所名	認知症高齢者グループホームきららの家		
所在地	島根県安来市安来町899番地9		
自己評価作成日	平成23年 7月11日	評価結果市町村受理日	平成23年11月15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.katgokouinyou.jp/katgostp/information/publ/cg_00?JGD=3270200193&amp;SCD=320&amp;PCD=32">http://www.katgokouinyou.jp/katgostp/information/publ/cg_00?JGD=3270200193&amp;SCD=320&amp;PCD=32</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	NPOLまね介護ネット		
所在地	島根県松江市白濁本町43番地		
訪問調査日	平成23年9月13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)】**

スタッフは、利用者、家族の思いに寄り添いながらゆとりを持って個別な係わりが出来ている。特に、生活の中で出来ることを利用者と一緒に行うことで自信となり、安心して落ち着いた生活を送っていたいいる。  
 月1回、「おふくろの味の日」を設けて利用者が元気な頃、得意だった料理、エピソードを家族から聞いて作り、楽しい時間となっている。また、毎日のリハビリ体操が肩、腰痛の軽減に繋がっている。ボランティア、実習、見学を積極的に受け入れていることで、利用者、スタッフ共に良い刺激になっている。敷地内に法人の病院があり、24時間、医師、看護師とのオンコール体制をとっていることで、利用者、家族に安心していただける。また、夜勤を行うスタッフにとっても大変心強い。

**【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)】**

隣接する病院は24時間医療体制がとられているので利用者、家族はもちろん職員も安心である。専門者の指導でリハビリ体操を実施し、機能の大幅な改善の効果があつた。積極的にボランティア、実習者、見学者を受け入れる等、外部からの刺激が利用者や職員の活性化に繋がっている。月1回の「おふくろの味の日」は職員の意見で実施し、家族の協力があり新たな情報収集が出来た。皆で継続する目標が出来て楽しい行事となっている。利用者の変動も少なく、職員はゆったりと利用者に関わっている。

**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)	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)
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)	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)
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)	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)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

# 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	法人の使命、理念に基づき、事業所の運営方針を掲げている。ホーム内に掲示をしたり、携帯カードにて所持し、朝礼時に唱和して意識付けをしている。毎年度、事業計画を掲げ実施、評価している。	グルーホームの独自の理念を作り、職員はいつも意識をしながら日々の支援に取り組んでいる。利用者のためにより良いサービスの向上に努めている。	
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	近隣の散歩を日課とし、近くで行われる交流会、催し物には出かけるようにしている。ホームの前は人通りが多く、馴染みの人によく声をかけて頂いている。ボランティアの受け入れも積極的に行なっている。	周囲は民家が少なく、商店やガソリンスタンドの人と散歩の折に挨拶を交わしている。ボランティアとの交流や地域の催しごとに参加し地域の人と関わっている。	
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	母体である老人保健施設と共同で講演会、催し物等を実施し、認知症の知識の普及、介護予防に取り組んでいる。中学生、高校生、医学生、専門職の実習も受入、認知症ケアの啓発にも努めている。		
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	会議時にホームの様子を視察してもらっている。施設アドバイザーがメンバーでもあり、ホームの訪問を受け、利用者の生活状況や意見を聞いてもらい、ホームへの提言の機会を設けている。	ホームの状況を見てもらい、いろいろな意見をもらっている。施設アドバイザーは利用者として直接話しているため、その中から貴重な感想や意見をいただき、それを支援の中に活かしている。	
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に取り組んでいる	市主催の地域ケア会議に出席している。市の担当者が敬老会の取り組みの実情を把握する為訪問している。また、市の担当者、運営推進会議の委員として委嘱し、連携をとっている。	運営推進会議に参加してもらい情報の共有に努めている。地域ケア会議で各事業所との意見交換をして相互に連携を取りながら問題提起や問題解決に取り組んでいる。	
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「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	年2回の法人内の研修参加が義務付けられている。また、人権尊重委員会を設置し、マニュアルも活用している。国道の交通量が多いので事故防止の為玄関施錠しているが閉鎖感のない取り組みをしている。	委員会を設置し、人権尊重、身体拘束をしない為の研修会を行っている。すぐ前が国道9号の為、安全上施錠しているが、職員に余裕がある時間帯は開錠し、自由に外出出来るようにしている。	施錠する時間が少しでも少なくなる取組みを期待する。
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	年2回の法人内の研修参加が義務付けられている。また、担当者を決め、マニュアルの読み合わせなどで確認している。自分がされて嫌な事は虐待であると理解している。スタッフ同士でも注意をし合っている。		

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	現在、個々の必要性を判断した上で対象者はいないが、日常生活自立支援事業、成年後見人制度等の資料を活用し、勉強会にて理解を深めるようにしている。		
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	利用開始に当たり、重要事項の説明を行い、不安、疑問等を確認している。また、契約を改定する場合も利用者、家族に説明をする機会を設け、同意を得ている。		
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	家事を一緒にしたり、お茶を飲みながら話を聞いている。施設アドバイザーが利用者と話する機会を設けている。家族からの意見は面会時、家族会の時に聞いている。意見箱、相談窓口についても説明している。	施設アドバイザーが利用者と接し意見を聞く機会を作っている。家族からは面会時や年2回の家族会などで意見や要望を聞いている。	さらに継続してきめ細かい収集に努められることを期待する。
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	毎日のカンファレンスと毎週金曜日に話し合いの時間を設けている。伝達ノートを活用して自由に提案が書けるようにしている。夜勤、早出業務について意見が出た際に改善を図った。	定例の会議等で話し合い、伝達ノートを活用して日頃の業務の見直しや提案などを検討して取り組んでいる。見直しの結果から利用者やゆったりと対応が出来た。	
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	目標を持って働くことが出来るようにOJT、人事考課を行っている。資格取得に向けての支援も行っており、介護福祉士を目指している。業務の中で得意とする役割を行うことで自信や向上心につながっている。		
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	法人内の新人研修、フォローアップ研修、介護技術研修に参加したり、院外研修に参加している。報告書の提出と伝達をすることで共有している。新人職員には、業務パス、習得確認表を活用している。		
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	安来地区介護保険サービス事業者連絡会の専門研修会に参加して、近隣の同業者と交流する機会を設けている。		

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
<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	利用の相談があった時、スタッフが直接本人に会い、良く話を聞いて状況の把握に努めている。		
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	ケアマネジャー等の紹介者からの情報を得た上で、家族の不安、求めておられることを聞き、対応している。申込をされる時はホーム内を見学していただき、納得されてから申し込んでいただいている。		
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	面談をする中で必要であれば医療機関、居宅介護支援事業所等を紹介している。利用前には、一緒にお茶、娯楽の時間を過ごしていただき、馴染みの関係作りをしてから入所していただいている。		
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	日常生活の中で利用者が得意とすることを一緒にしながら知恵を引き出している。手伝っていただいた後はお礼を言って感謝の気持ちを伝えている。利用者からも労わり、励まし等の言葉を頂き感動することが多い。		
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	行事と一緒に参加して頂いている。きららの家だよりでは近況報告と本人にも一言書いて頂いている。スタッフが電話する時は本人にも話をして頂いている。		
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	馴染みの温泉、美容院等、家族と一緒に頑張って頂いている。馴染みの方にも来て頂くようにしている。お茶飲み友達が法人の通所サービスを利用されている時に、スタッフが付き添い会いに行っていたりしている。	家族の面会が多いので一緒に外出、外泊される機会が比較的多い。遠方の家族の方からは、定期的に電話があり、直接話してもらうことにより安心できるような取組みをしている。	
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	テーブル、仕事、入浴、外出時のパートナー等に配慮している。利用者がうまく関わられるように、また孤立しないように職員が橋渡しをするようにしている。		

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
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	医療機関に入院された場合、習慣や好み、ケアの工夫等について、継続できるよう情報を提供している。また、入院中は面会に行き、家族の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	毎日の会話、ケアをする中で利用者の思いを汲み取るようにしている。また、家族の面会時、介護計画の見直し時に要望を確認している。	日々利用者に寄り添い、言動から思いを汲み取るよう努めている。特に散歩や入浴時など1対1になる場面でふとした眩きなどが聞かれるので、聞き漏らさないように心がけている。	
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	アセスメントシートを家族に記入していただき情報を得たり、日常会話の中から生活習慣、好まれる事、嫌がられる事等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	職員は利用者1人1人の生活リズムを把握して支援している。きららの家の目標が利用者の出来ることを見つけて一緒にすることで自信を持って安心して生活していただくとしている。		
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ヶ月毎、状態に変化があった時、希望があった時に見直している。見直し時、本人、家族、かかりつけ医、栄養士、歯科衛生士、理学療法士より情報を収集し、カンファレンスを行っている。	3ヶ月ごとに新しい情報収集票を作成している。カードックスを活用し、状況の変化に対応して、様々な角度から意見をもらい反映した介護計画の作成に努めている。	
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	個々のケア記録、介護計画の評価は毎日実施している。勤務前には必ずケア記録、カードックスを確認し、申し送りはカードックスで行い情報を共有している。		
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	本人、家族の状況に応じて通院、面会等の支援をしている。利用者の状況に応じて時差勤務がいつでもできる体制にある。		

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
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	ボランティアの訪問による催し物、創作活動をしていただいたり、図書館の紙芝居、本を活用している。また、地域の高校生の体験学習も受け入れている。		
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	入所前の経緯から法人の専門医がかかりつけ医となっている方が多く、スタッフが付き添って受診している。状況によって家族にも同席してもらい、受診、相談がしやすい体制である。歯科は訪問診療ができる。	法人の認知症専門医がかかりつけ医であり、定期的な診察にはスタッフが付き添って、きめ細かく健康状態を把握している。結果についても報告し家族は安心している。	
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	看護職が配置されており、日常の健康管理、介護職員への指導ができています。いつもと違うという気づきを大切に情報連携をとっている。看護職が不在時には、法人の病院看護職が対応できる体制となっている。		
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。	医療機関へ入院された時は馴染みの利用者と一緒にお見舞いに行ったり、食欲がない時、ホームで作った好物の煮物を持っていき食べていただいたりした。入院中に安心して治療が受けられるようにしている。		
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	入所時に重度化や終末期に向けた対応について説明をし、本人、家族の意向を確認書を用いて確認している。重度化した時には、同意書、看取り計画書等、段階に応じてその都度確認するようにしている。	法人内での連携があり、重度化、終末期に向けて状況に応じて取り組んでいる。家族、職員、かかりつけ医と話し合い、確認をとりながら対応している。	
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	法人で年1回、研修に参加している。ホーム内では、転倒、誤嚥、意識レベル低下時の救急法のロールプレイングを年2回実施している。夜間の急変時の連絡方法もマニュアルを作成し訓練している。		
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	法人の計画にて年2回、消防署の協力を得て避難訓練をしている。ホーム内でも夜間を想定し、搬送の仕方、応援者への指示の仕方を利用者様と一緒にやっている。新人職員にはオリエンテーションで指導している。	法人との連携の下で防災体制が出来ている。ホーム独自に月1回、夜間想定訓練もしている。緊急時に応援者が入った時にも、居室の前に「護送か、搬送か」がひと目でわかる工夫がしてある。	

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
<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	人生の先輩として敬う気持ちで接している。排泄は自室のトイレを使用し入浴も一人一人入ってもらっている。馴れ合いになり、敬う気持ちが薄らいでいるという意見があり、改善を図った。	人権尊重委員会で研修をしている。昨年度職員は、馴れ合いになっている状況を自覚し、担当者を決めて検討し、サービスの向上に向けてお互いの意識を高めることで改善をしている。	
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	言葉の説明だけでは選ぶことの出来ない利用者には現物を見て選んでいただいている。生活を共にする中で利用者の関心、嗜好を知り、本人が選びやすい場面を作っている。		
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日の流れは大まかに決めているが、個々の日課表に基づいたり、食堂のホワイトボードにその日やりたい事を利用者に書いてもらい希望に沿うようにしている。		
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	家族同伴で馴染みの美容院へ行かれる方、家族に髪をカットしてもらう方、訪問理容師を希望される方がいる。着替えが出来ない方には、好みを確認し着ていただいたり、希望があれば化粧をしていただいている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	調理は行わず、法人の給食部から食材を運んでいる。「おふくろの味の日」を設けたり、頂いた野菜、ホームで作った野菜を料理することで話題作りとなっている。後片付けは利用者が出来る方法で行っている。	月1回の「おふくろの味の日」はメニューを提案した利用者と家族と職員が心を通わせるよい機会となった。利用者には記憶回復、得意分野の発見、楽しみなど様々な効果が出ている。	
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	法人の管理栄養士による献立で、利用者に合わせて盛り付けをしている。食事を共にして量が確認できる。水分は1日1500ccを目標とし、いつでも好きな物を数回に分けて飲んでいただいている。		
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	自分で出来る方は自室で行い、介助の必要な方は食堂洗面台にて毎食後行っている。歯科衛生士の指導を受け、個別な対応をしている。磨きにくい所は歯間ブラシを使用したり、義歯は毎週1回洗浄液に漬けている。		

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	チェック表を用いてパターンを把握し、個別に対応して失敗を少なくしている。昼間は下着に尿取りパットを使用し居室トイレで座りゆっくり排泄している。夜間は尿量にあわせたオムツを使用し安眠していただいている。	チェック表を用いてパターンを把握して声かけをしている。夜間は安心のためオムツを使用している方もある。	
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	排泄パターンを把握して居室のトイレにゆっくり座っていただくようにしている。水分、繊維の多い野菜を多く摂るようにしたり、毎日体操、散歩で体を動かしている。また、お茶でも工夫している。		
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ず、個々にそった支援をしている	利用者の希望で夕方となっている。また、順番や希望を聞いてゆっくり入っていただいている。嫌がられる時は日を変えたり、その気になる誘い方をしている。湿疹の出来易い方、汗かきの方等、回数を増やしている。	毎日入浴は可能である。週3回の利用がほとんどであり、希望の時間にゆったりと入ってもらうよう努めている。	
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	個別な睡眠パターンを把握して、安心して眠れるように支援している。眠れない時はそばに付き添い話を聞いたりスキンシップを図っている。昼寝も利用者の状況に合わせて、30～40分程度休んでもらっている。		
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	利用者が服用している薬剤情報をファイルして一目で分かるようにしている。薬の変更があった時には、目的、効果、副作用をカードックスに記入、職員全員で共有している。		
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	日常生活の中で、できる事を役割として毎日していただいている。バスドライブに出かけたり、市内の馴染みの場所やおしゃれをして喫茶店に出かけたりしている。歌が大好きで歌える時間を作っている。		
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	散歩が日課となっており少人数に別れて近所を散歩している。季節毎のドライブ先は利用者の希望を聞いて決めている。交流センター、市民会館等での催し物に出かけたり、遠く的大型ショッピングセンターに買い物に出かけたりしている。	季節ごとの花見や紅葉、温泉に行く、又、近くの市民会館や交流会館などでの催し物、講演会やショッピングセンターに買い物に出かける人もある。散歩の好きな人もあり、それぞれ個別支援をしている。	



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	家族、本人が希望される人はお金を所持していただき、小遣い帳を記入して頂いている。買い物に出かける時は一人一人にお金を持っていていただき支払いをしてもらっている。		
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	職員が家族に電話する時に本人にも話をしてもらっている。公衆電話、携帯電話をかけるように支援をしている。暑中見舞い、年賀状を書き、自分で投函してもらっている。		
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	玄関、居間には常に季節の草花を生けたり、廊下には利用者で作った作品を、季節に応じて入れ替えし展示している。	玄関には季節の花が植えられている。玄関を入ると利用者の作品が飾られ、廊下に長いイスが置かれてゆったりと過ごせる空間となっている。席順を考慮することで和やかな雰囲気作りに努めている。	
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	居間のテーブルは2つに分けてあり、馴染みの人と座るようにしている。廊下にはソファを3台置き一人でゆっくりくつろいだり仲間とおしゃべりできるようにしている。		
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	元気な頃の写真、家族の写真、絵、自分で作られた手芸品、テレビ、ラジオ、人形等、好みの物を置いていただいている。コミュニケーションの手段となっている。	今までの馴染みの物を持ち込んでもらい居心地のいい居室作りをしている。入り口ののれんは、自分で選んでもらうことで自分の部屋だと判る目印にもなっている。	
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	居室入口を好みの暖簾で区別したり、自分で作った小物を吊り下げたり、目の高さに名札を表示して、居室が解るようにしている。居室の荷物、家具の位置は変えないようにしている。		