

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2893300109		
法人名	(株)美咲		
事業所名	グループホームみさき南尾		
所在地	伊丹市南野北1-12-11		
自己評価作成日	平成26年1月25日	評価結果市町村受理日	2014年4月1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.hyogo-kai.go.com/
----------	-------------------------------------------------------------------------

【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福祉市民ネット・川西
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104
訪問調査日	2014年2月 18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)】

お一人お一人の生活リズムを大切に、その方らしくお過ごし頂けるように支援しています。また心地よい空間づくりも大切だと考え環境整備にも努めています。見当識障害のある方にも時間、季節など毎日感じて頂けるように工夫しています。少しずつですが、地域の方々との交流が持てるようになってきましたので、今後は何かこちらからの発信ができるよう努めています。

【第三者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)】

開設当初は、地域性による閉塞感がぬぐえなかったが、3年目を迎えた現在は、徐々に地域に溶け込み、周知されつつある。行事のお誘いやボランティアの参加、地域の集まりへの参加等、関わる機会が広がり、近隣の方との挨拶を交わすことも増えてきている。同時に、利用者にとっても地域との交流が増え、楽しみともなっている。職員は、利用者一人ひとり異なる認知症の症状を見極め、その人を深く知ることで、多様な言葉のかけ方やケアに取り組むよう努めている。今後、利用者の状態低下や重度化という状況が予想されるなか、それに向けた職員の一層の研鑽と認知症ケアの向上を期待したい。

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

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 3. 利用者の1/3くらい 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、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、その時々々の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			

自己評価および第三者評価結果(1Fユニット)

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	者三	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	事務所内に掲示している。また入社時のORにて読み合わせのうえ説明している。	入社時から理念を重視した研修により、職員には自然に浸透できるよう取り組んでいる。利用者のケアについて検討する際にも、振り返る原点と捉え、立ち返ることを職員は自覚している。	
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	閉鎖的な地域ではあるが夏祭りに参加したり、一部の利用者様が地域の老人会に参加し交流を持っている。	今年度、地元の夏祭りへの誘いを受け、初めての参加交流となった。地元住民代表者等が集まる地域毎の会議にも出席し、少しずつではあるが、交流機会が増えてきている。地元の毎月の食事会に参加している利用者もあり、継続的に取り組んでいく方針である。	
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	キャラバンメイト研修への参加、伊丹市の地域見守り隊に加入し地域での支援ができるように努めている。		
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	2か月に1度開催し全利用者家族様へ議事録の送付を行い、出席の家族様、行政担当者、民生委員の方々より意見を頂きサービス向上に努めています。	毎回、利用者の状況以外にヒアリはったりや事故報告、職員の異動等も報告している。認知症についての意見交換も多く、グループホームが周知されてきている。地域の情報提供を参考にし、交流機会にも活かしていきたいとしている。	
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	地域密着型サービス事業所連携会、地域ケア会議に参加し情報交換できるように取り組んでいます。	毎回、運営推進会議には市担当者の出席があり、以外でも、各会議等で意見交換、情報提供がある。必要な情報を得ることができ、必要に応じ、相談、助言等を得ることができる関係である。	
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	施設は勿論、全社あげて取り組んでおり独自のチェックリスト、勉強会を通して周知できるように努めています。	法人全体で意識を高め、積極的に取り組んでいる。管理者会議や、各事業所内での会議等で、事例を挙げ検討している。個々の利用者のケアについて職員個々にマニュアルを確認、周知し、意識統一を図っている。玄関の施錠は、安全上行っている。	事業所前が道路である状況での困難さはあるが、少しの時間でも開放が可能となるよう、継続的な検討をお願いしたい。
7	(6)	○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	身体拘束をしないケアと同じく施設、全社をあげて取り組んでいます。	法人内研修でも重視して、定期的な研修を実施している。特に言葉かけについては、管理者は各会議や申し送り時にも繰り返し伝え、意識の定着に努めている。職員のチームワークの必要性も重視し、職員のメンタル面でのサポートにも配慮している。	

自己	者 第三	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	(7)	○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	地域包括支援センターとの連携により後見人制度が利用できるように支援している。	管理者は契約時及び家族の状況に応じ、積極的な情報提供や活用を勧めている。実際に利用に至り、サポートした事例もある。職員個々の理解を深める研修を実施し、周知を図っている。	
9	(8)	○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	契約時には質問の時間を設け、納得のうえ締結、捺印をしてもらっています。	今年度は契約の締結は無かったが、自己負担分の費用や退所に関する事、その他医療面については、家族の不安もあり、丁寧に説明している。共同生活が可能であり、口から食べ物の摂取ができる状態であれば、対応できる旨についても納得を得ている。	
10	(9)	○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	ご面会時などにご家族様のご意見、ご要望はお聴きできるが運営に関しての質問等はなかなかお聴きできない	行事に参加の際に、個別に相談時間を設けたり、普段の来訪時に声かけし、こちらから話しをしている。毎月の利用者の様子を職員が個別に手紙で報告し、日常を身近に見てもらい、気軽に質問してもらえるよう心がけている。	
11	(10)	○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	発言の機会を会議の場、面談時に設けているがなかなか意見が出ない。	日々の会議や勉強会の時、行事開催時に、折にふれ、意見や提案を促す努力をしている。勉強会前に、事前に提案を出してもらい、反映することもある。日常的な気づきを大切に、普段から出しやすい雰囲気をつ心がけている。	
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	面談や雑談の中で個人の要望や悩みを聞くように努め仕事のモチベーション低下がおきないようにしている。		
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	全社統一の職員用のスキルアップシートを使用して仕事の達成度が理解できるようにしている。		
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	地域密着型サービス事業所連携会などで【事例検討会】を実施してサービスの質の向上ができるように意見交換している。		

自己	者	第三	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	初期段階での関係づくりは難しく、アセスメントシートやセンター方式の一部を利用しながら早期に関係づくりが出来るように努めています。		
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	入居当初はご家族にも不安があるので可能なかぎり面会して頂くことで管理者、職員とコミュニケーションを通して関係づくりが出来る様につとめています。		
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	入居面談時に感じる支援内容と実際に必要な支援内容が違うことがあるので本来必要な支援がつかめるように積極的にコミュニケーションをとるようにしている。		
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	残存能力の継続ができるようにご本人、職員が協力して家事などを行い生活を共にするという環境作りに努めている。		
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	面会時には居室で過ごして頂いたり、一時帰宅ができるように相談援助をしている。		
20	(11)		○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	入居前まで参加していた地域の老人会への参加や友人、知人との交流が継続できるように、家族様と協力して支援している。	親しい人とのつながりを継続或いは復活できるような機会や支援を、事業所として積極的に取り組む姿勢である。希望で自宅に帰宅したり、昔からの友人、知人に会うこともあり、懐かしむこともある。家族にも理解してもらい、協力を仰いでいる。	
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	共有空間を利用して他者との交流ができるよう毎日取り組んでいます。		

自己	者 第三	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	状態悪化や死亡による契約終了が多いのでなかなか関係性を継続することは難しいが出来る方々には手紙やお知らせなどで交流をしています。		
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	(12)	○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	感情表現が困難な方もいらつしゃいますが理念にもあげているように『言葉の一つ一つを大切に』して表現からも本人様の意見がくみ取れるように努めています。	職員は、時間をある程度決めて利用者とは個別に話しをする時間を作り、思いの把握に努めている。タイミングをみながら声かけのきっかけをつかめるよう、利用者を観察している。表情の変化や、利用者同士の会話からも推測して意向を把握している。	
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	家族様や知人、友人の方々からの情報をアセスメントシートに記入し把握しています。		
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	生活記録を記入して、お一人お一人の一日の生活状態が分かる様にしている。		
26	(13)	○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か月に一度のプランの見直しだけでなく変化がある都度カンファレンスを実施しモニタリングしてケアプランにつなげている。	原則、3か月毎のモニタリングにより計画を見直している。状態低下や入院等があった場合は、随時家族と相談して見直すこともある。利用者の意向は、口頭だけでなく日々の生活からも汲み取り、本人自らがしたいこと、好きなことを優先して、計画に反映させている。	
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	生活記録を毎日一人ずつ個別に記入し情報の共有化を行いケアプランに反映させている。		
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	外出や通院などの支援は臨機応変に対応している。		

自己	第三	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	地域資源の活用は出来ていないと思う。		
30	(14)	○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	管理医にみなさんが満足しているかは不明だが出来る限り仲介することで管理医との関係性が築けるように援助している。	現在、全利用者が管理医である。何かあれば直接細かく説明もあり、質問もできるため、利用者家族より事業所の訪問医(管理医)にかえて欲しいと言われる。週1回の訪問看護で適切な処置も受けられ、管理医と看護師の連携が取れており安心の医療体制となっている。	
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	管理医の往診とは別に看護師が週に1回来て健康管理上の情報提供が少しでも多くできるように支援している。		
32	(15)	○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。	入退院時にサマリで情報交換を行い必要に応じて医療機関と直接連携をとリスムーズに帰園できるように努めている	入院時は基本的には管理者が見舞いに行っている。早期退院に向け本人の希望、家族の意向を聞き取り、医師、看護師等医療機関とは密な連携を図っている。	
33	(16)	○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	医療行為が出来ないので医療的リスクが高くなると判断した方については早期に家族様、管理医、施設で協議し地域包括や地域の事業所と連携している。	早期からの話し合いと、必要に応じて本人、家族と再度話し合いを持ち、意向の確認をしている。ターミナルケアは家族の意向を先決として書類を作成し、医師の協力のもと、事業所は対応し得る最大のケアについて説明、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	職員のスキルにばらつきがあるので万全とは言いがたいが勉強会や救命救急講習を受講し対応が素早くできるように努めている		
35	(17)	○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	消防立ち合いの訓練や自主訓練も行っているが実際に災害が発生した場合に対応できるかは予測できない。ご近所に在住のご家族様には運営推進会議を通じて協力要請をしている。	定期的に消防署の指導を受け、避難訓練を実施、状況に応じて職員のとる行動表も作っている。日頃から地域との協力体制を考えており、万が一の時は近隣の職員や家族の応援体制をとっているが、具体的な体制には至っていない。備蓄はできている。	地域との協力体制構築において、運営推進会議開催に併せた訓練を実施し、災害時に周辺住民の協力が得られるようなきっかけを作られてはいかがか。

自己	者 第三	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	(18)	○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	ORや研修、勉強会を通して注意喚起しているが完全とはいええないところもある。	一人ひとりの人としての誇りを尊重している。プライバシーの確保については、呼び方、声かけの仕方などを定期的に職員会議を通して共有し、注意し合える雰囲気づくりに努めている。利用者の個人情報保護について徹底させている。	
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	意思決定が困難になってきている方も含め、一人一人の希望、要望が汲み取れるよう、サインを見逃さないように努め支援している。		
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	起床、入床、食事、入浴、排泄などの生活全般がご本人のペースが優先できるようにしています。		
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	特に離床時の整容や食後の衣類の汚れなどに気配りしています。		
40	(19)	○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	食事中に職員が会話のはしわたしをしたりすることで和やかに食事を楽しめるよう支援し、またできることは男女問わず職員と一緒に作業してもらっている。	全事業所統一によるメニューが母体より届く。それ以外に、好きな物を買う選択メニュー、月一度誕生日に洋食と和食の選択ができる特別メニューにより楽しんでいる。おやつと朝食は職員が買物に出かけている。食事の準備、後片付け等職員と共に行い、利用者と職員は会話を楽しみながら、一緒に食事をしている。	
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	日々の食事量の記録、必要な水の水分記録を実施しています。 月に一度体重測定を実施している。		
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	毎食後の口腔ケアの支援と週に1度の訪問歯科による専門的なケアが受けられるように援助している。		

自己	者三	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	(20)	○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	日中は基本的にトイレでの排泄が出来る様に支援しています。 また、排泄の記録をつけることで排泄パターンの把握に努めています。	1人ひとりの排泄パターンを把握し、さりげない声かけや介助に努め、職員はトイレでの排泄の自立支援に力を入れている。利用者のこれまでの習慣を考慮し、適切な支援を心がけている。	
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	日中の散歩や毎日のラジオ体操で体を動かす機会をつくり、こまめに水分補給を行い、主食を消化の良い粥に変更するなどしてスムーズな排便ができるように支援しています。		
45	(21)	○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	午後からの入浴を基本として、時間の制約なくご自分のペースでの入浴ができるように支援していますが、イベントなどで業務が優先してしまうこともあります。	午後からの入浴を基本として週3回の入浴としている。利用者のペースでゆっくり入浴できるように1対1のコミュニケーションを大切にしている。足浴後の軟膏塗布などの時間を利用して、利用者の思いを聞くなど、個々にそった支援をしている。	
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	お一人おひとりのペースにあわせて午睡の必要な方には30分程度を目安に昼夜逆転しないように気をつけながら安息な時間を持てるように支援しています。		
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	症状にあった服薬が出来る様に管理医と相談し過剰投与にならないように努め症状の変化などの報告漏れが発生しないように往診時連絡ノートを活用している。		
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	何が楽しみか生きがいかを常に意識しています。敬老会やご家族様との食事会などの飲酒はとても喜ばれるので継続して実施しています。		
49	(22)	○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	散歩や近所での買い物などは対応できているが、個別に外出希望の多い方についてはご家族様の協力を得て実現していることが多い。	日常的に、天気の良い日は数人でパンを買いに出かけたり、神社や公園などを散歩する。利用者が望めばリビングの庭をぐるーっと一周したりする。本人の行きたいところは家族の協力を得て、予約を取ってもらったり、地域の民生委員に連絡をとってもらっての同行や外出を楽しんでいる。	

自己	者 第三	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	ご家族の同意や財布がないことでの不安を訴えられる方については少額を自己管理のもと持って頂いており少額の買い物はご自分で精算出来る様に支援している。		
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	制限はありません。ご要望があればいつでも援助できる。		
52	(23)	○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	自然光の入るリビングには思い出の写真や装飾を心がけ季節感が演出できるようにしている。	建物内はとても清潔で、庭に面するリビングには、広いガラス戸から明るい光が差し込む。暖かい季節には網戸で開放され、換気にも配慮する共用空間となっている。おひな様、ぬりえ、記念写真、手作りの壁飾りで季節感を演出し、花柄の壁紙も美しく、居心地良く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	特に制限なく自由に過ごされています。		
54	(24)	○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	入居の段階から使い慣れた道具や家族写真などの持ち込みをお願いしています。家族様への理解を深める努力が必要と感じています。	利用者の馴染みの家具で囲まれた部屋作りとなっている。個々の大切な写真や仏壇、テレビ、時計等も配置され、手作りの装飾が、より一層心和む雰囲気となっている。	
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	居室にはネーム(表札)をつけたり、分かりづらい方には赤いお花をつけて認知できるように努めています。		