

## 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	0170501050		
法人名	有限会社 ライファート		
事業所名	グループホーム 福寿荘		
所在地	札幌市白石区北郷3条9丁目1番31号		
自己評価作成日	平成27年1月10日	評価結果市町村受理日	平成27年3月4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	<a href="http://www.kajigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=tr ue&amp;JigvosyoCd=0170501050-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kajigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=tr ue&amp;JigvosyoCd=0170501050-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</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 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号室
訪問調査日	平成27年1月29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)】

入居される一人一人のこれまでの生き方や価値観を大切にしながら、徹底した個別ケアを目指しています。さらに、レビー小体型3名・前頭側頭型3名・アルツハイマー型3名という疾患別の構成になっており、日々の生活を重ねる中で、疾患によってもケア内容の違いがあることをスタッフ全員で理解できるようになりました。そのことにより、疾患別の特徴を踏まえた中での個別ケアが実践できるようになりました。環境の在り方や人間関係の調整など生活のコーディネートが円滑に行えることにより、認知症の重症度や疾患が違う9名がそれぞれのペースのなかで、自分を大切に生活を送っています。また、かかりつけ医との医療連携が整うようになり、その時々状態をケア側と医療側とが共に把握し、適切な対応を取ることが可能となっています。家族・本人にとっても、スムーズな連携が図れていることは大きな安心感につながっています。

## 【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)】

1)ホームの介護環境;大型の民家を改造。和室の特徴を活かし、採光豊かな居間、居室のベッドとソファ、介護機能が身近で、利便性を考慮し、廊下の一部にソファを置き利用者の「心の場」に配慮している。  
2)職員の介護姿勢・態度;職員はよく聴き、観察し、応え、相互が認知症の疾患別対応の学習を重ね、密度の高い介護・医療連携を図って、個別ケアに努め、成果を共有している。  
3)利用者・家族の満足;家族は職員の介護への真摯な態度・姿勢を身近に感じ、説明を受け、理解し、訪問頻度を高めて、共に利用者への理解と職員との信頼関係を高めている。  
4)運営推進会議の開催状況;定例に開催。包括支援センター、地域関係者、認知症学習者、時に家族、利用者を変え、運営内容を報告して参加者の意向や意見を運営に反映している。  
5)地域との連携;防災での地域対応に参加し、当事業の理解を得るなど、可能な限りの地域との連携の強化に努めている。

## 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)	○ 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拡がり深まり、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している (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	事業所の理念をスタッフ間で共有し、ケアカンファレンスの時などは、理念に沿ったケアになっているかなど意識して取り組むようにしている。	法人理念「一人を大切に、支えあう心、安心して暮らせる社会を」の下に、職員は「生活を共にし、生命と暮らしを支え、家庭的で、その人らしく、豊にゆったりとした生活を」目指した実践に努めている。	
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人として日常的に交流している	町内会に加入し、地域の行事に参加するなどして交流をしている。時には近所の方の相談にも応じている。	地域町内会や日常のおつきあい重視で理解を得るとともに、認知症の学習メンバー(オレンジリング)との交流など幅広い相談の機会に応え、事業所の多様な役割を果たしている。	
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	地域運営推進会議で地域の方々に、困ったことがあれば相談しにきていただくことも可能な旨を話している。また、「高齢者110番の家」のステッカーを掲げ、地域での相談窓口の役割を担っている。		
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	運営推進会議を行い、利用者やホームの近況、サービスの実際などについて報告、話し合いを行っている。	会議は包括地支援センター、近隣者、家族、時に利用者を含み、定例に開催。防災・行事・研修・講習・実践報告等運営状況を説明し、参会者の意見・意向を運営に反映している。	
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	報告書の提出や調査・アンケートへの回答など適宜連携をとることができるよう取り組んでいる。	包括支援センターのケース紹介等の情報交換や相談対応。管理者連絡会等の諸会議を通し、行政との情報交換を行なっている。	
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	日中、玄関の施錠はしていない。社内・社外研修に参加し、身体拘束に関する理解・意識を高め、不適切ケアにならぬよう努力している。	身体拘束の課題態様などを職員相互で学習して、利用者の生活を損ねることなく、その人らしい生活を支援できるよう努めている。	
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	社内・社外研修等で学ぶ機会をもち、虐待の防止に努めている。社内研修では不適切ケアについて年間2回は学ぶ機会があり、全職員が不適切ケアについて理解している。、その際に自分たちの行っているケアの振り返りを行い、不適切ケアがないかチェックをしている。		

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
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学ぶ機会を持っている。個々の必要に応じて、制度の活用を支援している。		
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	入居前の面談及び契約の際に行っている。また、職員全員が契約内容を理解している。		
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	玄関に意見ボックスを設置している。また、家族会の際に意見を伺っている。	お便りや連絡事項に留意し、頻度の高い家族の訪問時の経過報告や相談対応、年2回程度の家族会で処遇経過や方針を説明し、意向等を忖度して運営に反映している。	
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	ユニット会議や申し送り等で聞く機会を設けるようにしている。	管理者は定例的な職員会議・カンファレンス会議で業務上の専門技術等の見解や処遇経過報告を通して、職員の意見や提案を吸収し運営に反映している。	
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	キャリアパス制度における課題の設定やスタッフの状況に応じて、資格取得や学習の場を用意する等の個別対応をしている。		
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	それぞれの力量にあった外部研修を受けられるように調整している。また、それぞれの課題に合わせて社内研修を組み立て、学びの場を作っている。		
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	他のグループホームの職員と一緒に勉強会を行っている。また、ほかのグループホームの職員などの見学も受け入れている。		

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
<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	家庭訪問やデイサービスの利用を経ての入居など、入居前の繋がりを作っている。入居後はホームでの生活に安心感が持てるよう個別対応でゆっくりと関わりながら、スタッフや他者との関係づくりに努めている。		
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	入居前に困っていること、不安なこと、要望などを伺うようにしており、入居後は随時情報交換をしながら、関係づくりを行っている。		
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	入居にあたって、入居時間の調整や当日の食事を共にしたりなど本人が安心できる様子を家族が理解できるようにしている。また、入居後数日は本人の様子を家族に連絡をし、情報をお知らせしている。		
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	調理や畑仕事など、本人が得意とする分野について助言をしてもらうなど、暮らしを共にするもの同士の関係を築いている。		
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	連絡ノートを作成したり、電話での連絡、家族あての手紙などを通じて連携を取るようになっている。ご家族と一緒に外出する支援も行っている。また、必要に応じて家族との面談を行っている。		
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	親戚の集まり、知人宅への訪問、家族の墓参り、自宅に行くなどができるよう支援している。	疾患別処遇改善成果が家族に伝えられ、相互の利用者理解や支え合う喜びを共有でき、さらに、知人・縁者の訪問を招くなど、関係継続支援に大きな成果を上げつつある。	
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	スタッフが利用者同士の間に入り、相手の思いを伝えたり、関係調整を行うようにしている。また、以前からいる入居者が新しい入居者を支えられる関係づくりを支援している。さらに、疾患別の特徴も考慮しながら関係構築の支援にあっている。		

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	死亡により退去された場合には、家族に対するフォローなどを行うように努めている。		
<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	本人が訴える力を持っている場合には、直接本人の意向を把握し、困難な場合は本人本位に検討し、ご家族からも意見を頂きながらケアプランに反映させている。	認知症3障害の疾患別対応に努め、個別的、相互の対応、調整を図りながら、個々の状況に応じた意向の把握に努め、家族の意向を含めてきめ細かな対応に努めている。	
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	本人・家族からの話や、センター方式などのアセスメントシートを活用し、より具体的な把握に努めている。		
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	本人やスタッフ間でも話し合いながら、現状の把握に努めている。また、必要な時にはアセスメントシートを活用し、より具体的な把握に努めている。		
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	課題とケアの在り方について、本人と話したり、スタッフ間でカンファレンスを行い、現状に即したケアプランを作成するようにしている。	定例的なカンファレンス会議や個々利用者の心身の変化に応じたチーム全体での協議を尽し、観察経過を含め、家族等の意向を含めて介護計画や変更の計画を策定している。	
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	介護計画欄に気づきやケアプランに基づき実践したことを記入し、介護計画の見直しに活かしている。		
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	デイサービス・ショートステイ・グループホーム間で連携を取りながら、その時々生まれるニーズに対応できるよう努めている。		
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	町内会の行事に参加したりと本人の持つ心身の力に合わせて、安全で豊かな暮らしを楽しむことができ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	かかりつけ医と事業所で連携をとりつつ、他の病院を受診する場合には同行し、情報を提供するなどの支援をしている。	利用者のかかりつけ医を軸に対応し、とりわけ、認知症専門機関との密度ある受診対応は、3障害の疾患別対応の職員相互の理解を高め、生活支援の多様な調整対応に努めている。	

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
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	職場内の看護職員と連携をとり、利用者の健康管理に努めている。また、看護師不在時にも必要に応じて電話での報告、指示を仰ぐなどしている。		
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。	入院時は必要に応じてスタッフが病院へ訪問したり、家族との連絡を取りながら、病院との情報交換に努めている。		
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	入居時から終末期の支援の在り方について説明をしている。重度化してきた時には、医療職、家族(状況によっては本人)、スタッフでの話し合いを持ち、書面での確認も行っている。また、希望が変わった場合には、いつでも言っていたるように伝えている。	重度化や終末期対応は契約時に対応指針を文書化して、医療機関、家族、事業所の連携ある対応を明確にしている。	
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	定期的な訓練は行っていないが、マニュアルを作成しており、ユニット会議などで手順や対応の確認をしている。さらに、社内研修でも急変時の対応等について学びを深めている。		
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	昼夜を問わず想定した訓練を、消防の協力を得て行っている。また、そのことを運営推進会議や回覧板で地域の方にも知らせることにより協力体制を築けるように努力している。	多様な想定に基づき消防機関・地域連携・職員の組織的な役割を明確にし、且つ、防災関連情報を収集して、対応訓練を実施している。	
<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	社内研修において接遇について学び、本人のプライドを傷つけないような言葉かけを意識して行っている。	利用者の誇り、個別性、守秘性等その人らしい生活の尊厳を社内の基礎的研修事項とし、処遇態度、姿勢、接応に細心の留意している。	
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	本人の意向や希望を確認する作業を常に行い、ケアプランに組み込んでいる。		
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	外出の希望など、利用者からの要望があった場合には、環境の整備を図りながら、極力希望に沿った支援をしている。		
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	好みの洋服を選んでもらったり、美容室の利用等、本人の希望にそった身だしなみ、おしゃれの支援をしている。		

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	盛り付けの全体量や見た目、形状などを一人一人に合わせて工夫している。又、使用する食器もその人に応じた物を使用し、味付けもその人の嗜好に合うように配慮している	日常の嗜好・心身や食の状況を把握し、量やかたに留意し、楽しさと美味しさを味わい、静かな落ち着いた環境の下で食事ができるよう努めている。また、個々の力に応じて手伝っている。	
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	食事量や水分量をチェックし、一人一人の状態や力、習慣に応じた支援している。		
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	一緒に歯磨きをしたり(モデリング)、声掛けなどその人の力に応じた働きかけをしている。また、ご家族と相談し、適切な用具を揃えたりし、レベルに合わせた口腔ケアを行っている。		
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	排泄の失敗やおむつの使用を減らすため、本人の排泄の傾向を踏まえたうえでのトイレ誘導や個別の自立支援をしている。	利用者個々の日常的な排泄パターンや習慣性を把握した誘導などに留意し、オムツ利用を減らし、トイレでの排泄や自立支援に努めている。	
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	起床時の牛乳や乳製品などの摂取や飲食物の工夫をし、可能な限り離床し運動を働きかけている。それでも改善しない場合には医療連携をとり、薬剤を使用している。		
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	可能な限り、一人一人の希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるよう、柔軟に対応している。	個々の心身の状況を考慮して、本人の意向やタイミングを捉え、弾力的な入浴をすすめている。	
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	一人一人に合わせて、休息をとれるよう働きかけている。又、安心して就寝を迎えられるように夕方の環境整備に配慮している。		
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	おもに看護師が中心となり、介護職と連携しながら服薬の支援と症状の変化を観察し、適宜医師と連携をとり、調整を行っている。		
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	生活歴や力を踏まえたうえでの役割活動が行えるよう、また、嗜好品や楽しみごとが行えるよう支援を心がけている。		

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	本人の思いや希望を聞きながら、家族にも協力を求め、本人の意向に合わせた支援をしている。(散歩、町内会行事、家族との外出、買い物など)	近隣の公園散歩や町内会行事への参加、買い物、家族の協力による外出など、本人の意向や希望に応じた支援に努めている。	
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	ホームでの預り金とは別に、自己管理ができる人に関しては、個々でお金を所持し、使え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している	本人が自ら電話連絡をすることを支援したり、スタッフが仲介しながら電話で会話したり、手紙をやりとりできるように支援している。		
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	時間帯に合った光の調整、季節に合った温度や湿度の調整を実施している。また、時期に合わせた飾りつけをしたり、利用者が摘んできた花を飾ったり、生活感や季節感を取り入れられるようにしている。	共用空間は床の間付きの和室と洋風の居間で南に面し、明るく温・湿度管理や採光も良く、落ち着いた古民家風のあつらえで、生花や調度品は安心と和らぎを感じさせる。	
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	くつろぎの席や食事席を決めることで、なじみの居場所を確保している。また、適宜、利用者同士の関係性に配慮し、安心できる居場所づくりに努めている。		
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	入居前に本人や家族と相談し、なじみの物をできるだけ持ってきてもらえるよう支援している。	居室はベッドと調度品にコンパクトなソファが供えられ、清潔、安全でくつろぎやすく、好みの飾り物などで居心地よい居室となっている。	
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」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	居室やトイレの場所がわかるように暖簾や表札、貼り紙をするなど工夫している。また、本人が紐を引っ張ることで点灯・消灯ができるようにしている。		