

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	4570600355		
法人名	医療法人 杏林会		
事業所名	グループホームみみつ(せせらぎ)		
所在地	宮崎県日向市美々津町3870		
自己評価作成日	平成 22 年 7 月 15 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 <http://kouhyou.kokuhoren-miyazaki.or.jp/kaigosip/JigyosyoBasicPub.do>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	宮崎県医師会サービス評価事務局
所在地	宮崎県宮崎市和知川原1丁目101
訪問調査日	平成 22 年 8 月 6 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)】

・ゆったりとした、楽しい家族的な雰囲気の中で、認知症によって損なわれた日常生活の継続を支援していく。 ・経営母体が医療法人なので、緊急時など医学的な対応がすぐできる。 ・食事は畑で採れる季節の野菜等を使った家庭料理が主である。準備など利用者様出来る範囲で職員と一緒にやっている。

【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)】

利用者は、食事の準備で、野菜の皮むき、切り、味付けなど出来ることを役割として行ない職員が支援している。また、食事の時、その事が話題となって会話になっている。利用者の希望により、お彼岸にお寺、お墓参りや知人が亡くなった後、自宅に仏様をお参りに職員が支援している。利用者は、出来ないことを出来る利用者が声掛け合い行ない、お互い助け合って生活している。

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

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	事業所理念の中に「地域に開かれ、共に歩むグループホームを目指します。」と挙げている。地域の方々に利用していただき、地域の公民館活動に参加させてもらっている。	3つの理念に基づき、個別支援、介護実践、地域参加など取り組み、職員会議等で話し合い確認している。	
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	母体施設である病院が同地区にあり、職員も地区民が多く、地区とのつながりが強いが、グループホームの立地条件があり、日常的な交流はできていない。	子供が訪問してコンサートを行ったり、地域の方が踊りをされたり、地域の公民館に行きそば打ちを一緒に体験したりして交流を行っている。	
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	認知症の講演などを、母体病院の総師長や、精神科病院の職員を講師に招いて、認知症の講演を行い、地区の人々にも参加を呼びかけている。		
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	運営推進会議で出た意見を参考に、避難訓練を行なった。また避難訓練を実際に運営推進会議の中で実施し、皆さんの意見を聞いている。いつも参考になる意見を出してもらっている。	定期的に開催していたが、今回、口蹄疫の影響をうけた。しかし、会議では、出た意見等は、朝礼で報告し職員で検討を行いサービス向上に活かしている。	
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	介護保険係の前担当者から、毎回運営推進会議に参加していただき、日向市の状況や行政の方針などの情報、手続きなど不明なところは直接聞きお世話になっている。	運営推進会議が終わり、そのあと市の担当者と情報交換を行ったり、電話で運営や介護保険について情報を共有している。	
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	職員が禁止の対象となる具体的な行為を正しく理解しているかは不明だが、玄関の施錠、身体拘束は一切していない。	身体拘束の研修会に参加している。利用者が外出しそうな時は、見守りや声かけを行って安全に気配りされている。	
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	事業所内では職員がお互いに注意するようにして虐待は無いと思う。管理者は市に高齢者虐待防止ネットワーク協議会の会員で、学ぶ機会もあり、職員にも趣旨を伝えていきたい。		

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
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	成年後見制度を利用している入居者がいて、良い学びの機会になっている。血縁の遠い身寄りの少ない方を検討して、行政とも相談したが、利用には至っていない。		
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	契約、解約の際には、利用者様や家族に疑問点を尋ね、十分な説明を行っている。		
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	第三者委員を地区の前民生委員にお願いしているが、利用者のご家族が周知徹底しているかは不明。事業所の苦情担当を決めており、重要事項説明書にも明記している。	苦情等ないので、地区に在住の第三者委員の活用を家族に周知して、意見や相談等出やすい環境を整えた。また、苦情マニュアルや受付簿等の整備も行われている。	
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	業務検討委員会、介護事業部会を通じ運営にかかる議題などを検討しあっている。毎月一回。	職員会議で利用者受け入れや職員の勤務体制等に意見、要望を管理者に伝える話し合いを行っている。	
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	専用車両の購入。デイサービスの送迎専用の運転手の配置を行い、職員の業務改善をした。		
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	院内研修会への参加を月一回実施。県主催の認知症研修、看護協会主催の研修への参加。		
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	状況に応じ、職場内研修(感染、ターミナル・ケア)。グループホーム連絡協議会参加。		

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	本人の話をよく聞き、表情を見て、困っていること、不安なこと、要望などを把握できるよう、馴染みのケアマネと一緒に自宅を訪問、面接を実施。また事業所を見に来ていただき、不安が解消されるような声かけに努める。		
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	家族の話をよく聞き、困っていること、不安なこと、要望などを把握できるよう、馴染みのケアマネと一緒に自宅を訪問、面接を実施。また事業所を本人と一緒に見に来ていただく。		
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	家族のそれまでのかかわりを評価。本人・家族を支援する立場として、その時に必要なサービスをいろんな方面から一緒に考え支援する。		
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	人生の先輩として、たくさんの知恵や知識を教えてください。その時は感謝の気持ちを伝えるようにしている。教えてもらいながら、一緒に行うようにしている。		
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	面会時や定期的に連絡をとり、コミュニケーションをとるよう努め、家族と悩みを共有して支えていけるよう、家族と何でも話しあえる関係を築いていきたい。		
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	地域の公民館活動に呼ばれたら参加しようと努めている。ドライブで故郷訪問。外泊・外出・墓参り、家族への電話、知人の仏様参りなど、いつでも対応できるようにしている。	彼岸にお寺やお墓にお参りに行ったり、友人がなくなったら、仏様参りに職員が支援している。また、馴染みの美容師さんに訪問してもらい継続的な交流を支援している。	
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	気の合う方の席を隣同士にしたり、良い関係が保てるよう常に職員が注意している。楽しい時間を一緒に過ごすことができるように努めている。		

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
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	母体病院に入院されたときには、機会ある度に声をかけたり、自宅復帰された方が受診されご家族と一緒に来園された時には、職員も入居者様も喜んでお迎えしている。死亡された時にはお通夜などに参加させていただいている。		
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	本人の話をよく聞き、表情を見て要望などを把握できるよう努めている。生活歴や家族の話も参考にしている。個人日記やセンター方式のアセスメント、職員同士の気付きも良い参考になっている。	センター方式の一部を使い、利用者の生活状況や本人、家族に話を伺い、情報を得て本人本位に検討している。	
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	本人の話をよく聞き、生活歴や家族の話も参考にしている。個人日記やセンター方式のアセスメント、ケアマネからの情報も良い参考になっている。職員がいつでも読めるよう、所定の場所に置いてある。		
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	日勤の職員が、その日の記録を経過記録に記入することになっていて、気付きや変化など今の様子がわかる。また分かりやすいように記録できるよう気をつけている。出勤時に必ず読み、特に報告したいときには、朝礼時に報告している。。		
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	本人の発言や行動、家族の思いを基に、担当職員や看護師とケアマネ、家族にも時に参加してもらいカンファレンス。また他の職員の考えも聞き、いろいろな意見を参考にして計画を立てている。	本人、家族に意見を聞き、カンファレンスで検討し、毎月モニタリングを行い変化のない時は、6か月で定期的な見直しを行っている。身体状況や要望等により変化に応じて、臨機応変に見直しは行っている。	利用者も日々変化している状況なので、毎月のモニタリングを活かして計画の見直しにつなげてほしい。変化のない場合にも少なくとも3か月で定期的な見直しをしてほしい。
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	気付いたこと、行動などを毎日の経過記録に日勤の職員が記入し、職員間の情報の共有。それをもとにモニタリングやプラン作成の参考にしている。		
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	デイサービス事業を昨年開始している。また昨年は家族の希望で、始めて見取りを体験。		

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	運営推進会議を開催。地区長、民生委員、地区消防部長さん方と話し合いの場を設けている。また生け花のボランティアが月2回来園、入居者様は、心が落ち着く時間を過ごされている。		
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	殆どの入居者様は母体病院がかかりつけ医になっている。本人・家族が他の病院の受診希望の場合は、紹介状を持参してもらい、受診していただいている。	本人、家族が希望する主治医となっている。受診は、基本的に家族となっているが、家族が都合のつかない場合や、家族だけでは不安な方は職員が受診の支援を行っている。	
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	小さなことでも気付いたらすぐに、職場内の看護師に報告、相談をして、適切な対応ができるように支援している。また外来看護師を通じて、医師の指示を受けることもある。		
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。	経営母体が医療法人なので、入院時の情報交換がし易い。退院後の利用者の病状に応じた支援を相談したり、利用者の早期の退院の希望に添えるよう努めている。様子を見に行ったり、要請があれば、しばらく傍についている。		
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	家族の意向を聞き、グループホームで出来ること、出来ないことを説明し方針を決めておくようにしている。家族とともに一度見取りを経験したが、皆の心に残るいい見取りをチームで支援できたと思った。が色んな条件が重なっていた特別な例だったと思う。	職員、家族の協力を得て、看取りを体験している。しかし、事業所の方針は決まっていない。また、マニュアル等の整備も行なわれていない。	事業所の方針を職員、代表者で決めて、本人、家族に伝え方針の共有を行ってほしい。また、マニュアル等の整備もすすめてほしい。
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	全ての職員は、訓練を受けてはいないが、日中は外来、夜間は病棟に連絡するとすぐに看護師が医師の指示を受け、対応できる。初期対応のマニュアル、緊急連絡の訓練は出来ている		
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	日中、夜間の避難訓練をしている。全員が避難経路を把握、緊急連絡ができる。夜間想定訓練を全員はまだしていないが順次実施予定。運営推進会議で地域の方々、特に消防団にも、災害時の避難の協力をお願いしている。	総合防災訓練を年2回行なって、消防署、住民の参加もあった。不定期にミニ訓練も実施されている。しかし、地震を想定して、落下物の確認、マニュアル、報告書の整備が不十分であった。	地震を想定した落下物の確認、マニュアル、報告書の整備、毎月のミニ訓練等に取り組んでほしい。

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	
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	人生の先輩として尊厳の気持ちを持って接し、声かけも気をつけている。居室やトイレはノックをしてプライバシーを尊重している。	個人の尊重、プライバシーについて職員会議や朝礼で日々伝えている。誘導の声かけや対応に配慮が見られた。	
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	本人の希望を良く聞き、本人の意志をその行動や表情を観察して本人が望んでいることを支援することに努めている。無理強いをせず、出来る範囲で自由にしていただいている。		
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し、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	本人の今までのライフスタイルを知り、その方のペースにあった日々を送ってもらうように努めているが、入浴の時間、食事の時間は職員の都合で決まり勝ち、その中で本人のペース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	自分でコーディネートしておしゃれをされる方もいますが、洗面なども出来ない方は、タオルで拭いて、整髪し季節にあった服装を心掛けています。また、どれを着るか声かけし、選んでもらう。		
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	職員が献立を考え、誕生日にはその方のリクエストメニューとか、特別な日には皆さんの好きな献立にしている。食事の準備や味見、後片付けもその方が出来る範囲で職員と一緒にしている。	献立は、利用者に希望を聞き、職員が1週間ごとに作成している。利用者がそれぞれ役割を持ち、野菜の皮むき、味付け、後片付けなど職員が支援して一緒に行なっている。	
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	利用者の身体状況、や病状に合わせて、ミキサー食、刻み食、おかゆなど提供している。糖尿病患者、貧血なども栄養士に相談して献立の工夫をしている。水分補給はお茶だけでなく、お茶ゼリー、牛乳、コーヒーなどもさしあげている。		
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	居室と食堂ホールに洗面台があり、毎食後口腔ケアの声かけをしている。自力で出来ない方は介助。		

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	排泄チェック表で排泄パターンを知り、定時や随時の排泄の声かけや誘導を実施。日中は全員トイレ誘導、夜間も声かけ、ポータブルトイレ誘導。ひとりだけオムツ対応。日中は状況による布パンツ使用に取り組んでいる。	排泄チェック表で利用者の排泄パターンを把握し、日中は、生活リハビリも兼ねてトイレまで身体状況に応じ歩行介助等行ない支援している。	
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	十分な水分補給や運動を勧め、食物繊維の多い食べ物や牛乳、きな粉、オリゴ糖など摂取されている。排便困難時には、声かけしながら、無理のない腹部マッサージも試行している。		
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	毎日入浴される方もいるが、皮膚トラブルがある方、自分で一日置きに入る方もいる。一人ひとりゆっくり入っていただくよう配慮している。	利用者の希望により毎日入浴ができる。入浴を拒む利用者は、時間を置き勧め無理はしない。ゆっくり浸かりたい方は、希望に沿った支援を行っている。	
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	リビングの中で自分の居場所が決まっている。自由に休みたい時には、居室で休まれている。居室はいつも清潔にして気持ちよく過ごせるよう努めている。		
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	個人の服薬のファイルがあり、利用者の薬を把握に努めている。その都度、完全に飲み込まれるのを確認、異常があれば看護師に報告、医師の指示をうけている。		
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	それぞれの利用者のできること、掃除、食事の準備、食器拭き、洗濯物たたみ・干しなどを声かけしていただく。無理強いはいはない。おやつにお餅やおはぎ作りなども実施した。日曜には近所のドライブを少人数で行っている。		
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	帰宅願望の方には、家族の協力を得て、一時帰宅の支援をした。お彼岸には、家族が連れて行けない方は、菩提寺のお参りやお墓参りの支援をしている。日曜には利用者の家や近所をドライブしている。地域の公民館主催の蕎麦うちにも参加し、蕎麦をご馳走になっている。	毎日、ゴミ出しに近所のゴミ置き場に職員が付き添い行っている。また、月4回ドライブにゴルフ場、温泉、買い物等に職員が積極的に支援している。	

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	家族との話し合いで現金を預かり、管理者が保管している。必要なものを職員が購入しているが、希望があれば、買い物に同行。その時は自分で現金を持ち、支払いをされる。		
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	電話の希望がある時には、いつでも支援している。年賀状は家族や大切な人に出して喜ばれている。書けない方には、スタンプなどを工夫している。		
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	快適な照明や室温の調整。季節毎に利用者と一緒に作った塗り絵や工作を玄関、廊下に飾ったり季節の花をテーブルに生けている。	広いベランダがあり、気候の良い時には、利用者がお茶を飲んだりできる。居間には、掘りごたつがあり、冬場に利用者の憩いの場となるように作られている。また、お互いユニットが日頃から交流が出来るように自由に行き来が出来るようになっている。	
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	食堂の椅子、大小のソファ、廊下のソファにそれぞれ気の合った方同士で座って会話をされたり、本を読んだり、居眠りをされている方、居室で休まれる方などそれぞれ自由にされている。		
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	家で使い慣れた家具を持って来ていただいている。箆笥、鏡台、仏壇、ベット、椅子など。家族の写真も飾ってあります。	タンス、ベット、鏡台など使い慣れた物が持ち込まれて、利用者が落ち着いて過ごせる居室となっている。	
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」「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	建物内部はバリアフリーになっている。廊下、トイレには手すりが付いている。車椅子でも入れる広いトイレ、ウォシュレットトイレ、普通のトイレが設置。		