

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	4392500049		
法人名	有限会社 ひまわり		
事業所名	認知症グループホームひまわり		
所在地	熊本県熊本市北区植木町山本886-1		
自己評価作成日	平成27年1月7日	評価結果市町村受理日	平成27年7月7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.kai gokensaku.jp/43/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益財団法人 総合健康推進財団九州支部		
所在地	熊本県熊本市中央区保田窪1-10-38		
訪問調査日	平成27年3月9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)】

利用者様のいままでの人生で培った価値観・人生観を尊重する介護を目指しています。今までの生活習慣を大切に、入居された方が安心して自分らしい生活が出来るように本人や家族からの情報を元に様々な活動に取り組んでいます。利用者様の人生の中で喜び、楽しみのある機会を多く作れるような支援に努めています。また、地元の人々とのつながりを大切に、地域のイベントなどに積極的に参加し地域との交流を深めています。

【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)】

天井が高く、梁には木が見えて温かい近代的な「家」を思わせる施設です。「笑顔と安心」が満ち、落ち着いた生活空間をという理念の通り、管理者や職員が笑顔で優しい雰囲気ケアをされています。又、音楽はオルゴールの音色で個人の耳に邪魔にならないような配慮がありました。個々の人生を理解して、尚「生きる喜び」を見出したケアをしようとナラティブな実践に工夫がみられます。法人は4つの事業所を運営されており、地域貢献の意味で地域密着型ケアに力を入れられていました。

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

[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
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	法人の理念を玄関に掲示し、毎月の業務会議や施設内研修にて復唱し、理念の共有に取り組んでいる。	管理者は「利用者が安心して暮らせる家」にしたいという思いで、笑顔と安心が満ち、落ち着いたある温かな生活空間を提供し、利用者の「生きる喜び」を大切にした支援を目指されています。ケアの提供場面の言葉かけや態度から、職員に理念が共有されていることが窺えた	
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	地域行事への参加や、幼稚園、小中学生との交流や職場体験などを受け入れ、地域の一員としての役割を果たすことが出来るように取り組んでいる。	地域に根差した触れあいをしていただくために、スイカ祭りや桃の花見など、様々なイベントにも積極的に出かけており、地域との交流が図られています。	
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	家族に対して認知症への理解や、介助方法などの相談やアドバイスを行っている。認知症サポーター講座や介護者家族会などの情報提供を行っている。		
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	二か月に一回運営推進会議を開催している。地域包括支援センター、民生委員、社会福祉協議会、家族代表の方に参加して頂き、活動報告や外部評価結果などの報告を行い、参加者の意見を活用し、サービスの質の向上に取り組んでいる。	運営推進会議は、2か月に1回開催され記録もされている。地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、民生委員、利用者家族の代表者等が出席し、利用者の生活状況や報告がなされている。直近では、今冬のインフルエンザ対策や終息の報告がされています。	
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	運営上の留意点やサービス提供などについて、市の担当者に連絡を取り、指導を仰いでいる。市職員の運営推進会議の出席はない。	困難事例に対しての相談や生活保護受給の対象者への課題提供等の為に、担当各課を訪れ情報の提供やニーズを伝えていきます。市職員の直接訪問はないが高齢介護福祉課から月に1回介護相談支援員が訪問され利用者からの相談・意見等傾聴され連携が図られています。	
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	施設内研修にて、施設の方針や身体拘束の悪影響や行政への報告書作成義務等について職員の周知を行い、実施できるように指導を行っている。身体拘束排除宣言を掲示している。日中は玄関は施錠はせず、思いの傾聴や気分転換の活動を行っている。	拘束排除宣言が玄関に掲示されています。どの窓も開けられる状態になっており、玄関も施錠されていません。ケアで見守ったり、「お茶やお菓子を食べてみましょうか」など話題提供をしながら視点を違う方向へ向かせるなどケアの工夫がされています。	
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	施設内研修にて、虐待事例等を周知し、施設内での虐待防止に努めている。又、毎月の業務会議の際に情報共有を図っている。		

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	管理者が熊本県権利擁護推進員であり、成年後見人も務めていることから、人権・自己決定の取り扱い等について各ケースごとにOJTを行っている。権利擁護の制度について情報提供を行っている。		
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	入居契約は利用者と家族との最初の共同作業であると考え、必要書類について十分に説明を行い、家族などからの質問にも丁寧に答えながら信頼関係の構築に努めている。		
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	運営推進会議において家族代表者に施設の運営と改善点や要望についての意見を頂いている。面会時にも家族の意見を聞く機会を作っている。	運営会議で家族の代表に意見を述べていただく機会を設けてあります。運営会議で家族からのインフルエンザに関する質問に答えられている結果などが記載されています。	
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	毎月、業務会議を行い、職員からの意見、提案を聞く機会を設けている。必要時には、個別面談の機会も設けるよう取り組んでいる。	月に1回業務会議が開催されており、トイレの汚れ落ちが改善されていないなど困りごとを提案されたりなど、意見を述べやすい環境づくりに取り組まれています。	
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	各職員の生活背景を理解し、勤務時間の調整など就労環境の整備に努めている。また、個別目標シートや個別評価を実施し、適切な評価を行いやりがいのある職場環境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	職員が自らの研修計画を策定し、自己研鑽を図る取り組みを行っている。施設内研修は全体計画に基づいて実施している。職員に外部研修の情報提供を行い、希望する研修に参加出来るよう取り組んでいる。		
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	外部研修や介護福祉士・認知症ケア専門士等の職能団体の研修や会合に出席し、他の事業所の方と情報交換を行い、参考点は積極的に取り入れている。		

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
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	入居時の情報を元に、声かけ、傾聴し、他の利用者や職員と安心して共同生活を送ることができる様に支援している。		
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	入居時に、家族の不安や要望等の思いを気兼ねなく語る機会を作り、良好な関係構築に努めている。		
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	アセスメントを十分に行い、様々な職種の職員と課題分析を行っている。ニーズを見極め、適切な対応が行える様に努めている。		
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	掃除や調理や洗濯などの家事活動を、職員と一緒にいき、共に生活し、支え合うもの同士の関係作りを努めている。		
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	家族が面会に来られた際は、施設での生活状況や、問題点など報告・相談し共に本人を支えていく関係作りを努めている。		
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	定期的に自宅訪問や馴染みのある場所へ訪問し、これまでの暮らしてきた地域での関係性の継続に努めている。	コップは家で使っていたものを持参してもらっています。又家具など馴染みある物を本人の希望に応じて持参してもらっています。又昔の思い出の仕事場所に連れて行き大がかりな物語ケアを試みるなど人生のケア表出されるなど工夫がみられます。	
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	利用者同士の関係を観察し、必要時に職員がさりげなく声をかけ橋渡し役に努めている。また、仲の良い利用者から声をかけて頂き、笑顔が見られる関係構築に努めている。		

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	契約終了後も、気軽に相談できる相談窓口となれる様に努めている。相談に対して活用できるサービスの内容について、提案を行う等の支援を行っている。		
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	日常生活の会話の中から、本人の思いや意向を聞いて、スタッフで話し合い、本人の思いに添った生活の実現に努めている。	本人にとって人生の暮らし方を再現するケアの試みとしてナラティブケアを取り入れ、個別に家族等の協力で実現に至るなど工夫がなされていました。	
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、家族から思いを語る機会を作り、これまでの暮らしぶりの情報の把握に努めている。センター方式も活用している。		
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	日頃の様子を観察し記録に残し、現状の把握に努めている。定期的にあセスメントを行い、有する能力や課題や生活への思いについての現状把握に努めている。		
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	ケアマネージャーと担当介護士を中心にケアプランの作成を行っている。ケアの内容については、多職種での情報交換と検討を行い様々な意見を取り入れたケアプランを目指して作成している。	ケアマネージャーと介護士が共同で立てたプランを職員で共有し、担当を決めモニタリングをしながらカンファレンスで意見の反映や検討がなされ、利用者中心のケアに努められています。	
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	日々の記録から介護計画の見直しを行っている。又、申し送りノートの活用、業務ミーティングでのケアカンファレンスなどにより、職員の気づきの有に努めている。		
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	本人の希望や家族の意向をその都度確認し、その時々ニーズに応えることが出来るよう努めている。		

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
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	職場体験や保育園、小中高の学生との交流などを行い、地域の人々との繋がりを大切にしている。温かい環境の中で安心して過ごして頂けるように支援している。地域のまちづくりワークショップにも参加し、社会資源の活用に取り組んでいる。		
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	本人及び家族が希望される医療機関をかかりつけ医とし、受診の支援を行っている。又、主治医への状態報告や指示受けを確実に行い、医療機関との関係作りに努めている。	かかりつけ医はそれぞれの利用者が希望される医師を優先されています。往診に来てもらえる医療機関との連携も図りながら、看護職の意見も取り入れ適切な医療支援がなされています。	
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	利用者の健康管理について介護職と看護職の連携に努め、看護職員が必要な助言や指示を行っている。夜間は看護職員がオンコールにて緊急時対応と健康管理について相談、助言を行っている。		
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。	各病院の地域連携室や外来・病棟師長との情報交換を積極的に行い、利用者についての適切な処遇について話し合う機会を持つようになっている。		
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	重度化や終末期医療について、施設として出来ることと出来ないことの範囲について家族に説明している。その範囲の中で、地域の協力医や訪問看護等と連携しながら出来る限りの対応を行っている。	原則としてターミナルケアは施設では積極的にはしておられません。しかしながら医療機関や訪問看護師との連携で事業所のできる範囲での支援をされています。	重症化に伴う意思確認書を作成し、本人や家族の意向も踏まえ、医師との連携を図りながら最期を迎えられる仕組みにも今後は、期待します。
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	緊急時の連絡体制を作成している。施設内研修にて緊急時対応についても学ぶ機会を作っている。		
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	年に2回の消防訓練を実施し、通報設備等を使用して夜間想定訓練を行っている。地元の消防団とも交流する機会を作り、協力体制を依頼している。	火災の訓練は年2回行われており、夜間想定もできています。その他の災害での非常食や必要物品の備えもありますし連絡体制整備もあります。夜間は一人の体制になるため、地域との協力体制を図っておられます。	非常時における地域の協力体制や連絡体制網を作成されたり、昨今の台風や豪雨の場合を想定して、職員が来れなかった場合を想定した整備も今後は検討されればと思います。

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
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	プライバシーポリシー提示し、周知に努めている。施設内研修にて接遇や個人情報保護について学ぶ機会を作っている。毎月の業務会議でも職員に再確認を行っている。	玄関には、個人情報保護方針が掲示されています。研修での接遇マナーや学習会で周知徹底がされています。明るい笑顔や言葉使いや丁寧な対応がされています。	
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	利用者の意思表示を待つケアに努めている。利用者によっては選択しやすいように、2択にして自己決定ができるように支援している。		
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	一日のスケジュールは決めず、出来るだけ入居者の意向に沿って、その人のペースに合わせて支援している。		
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	身だしなみについては、誕生会や外出時には化粧を手伝ったり、綺麗な洋服を着てもらったりしている。また、日常的にお化粧を楽しんで頂けるように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者の食べたいものや旬の食材を献立に取り入れたり、食材の下ごしらえ、盛り付けなど、出来る方には、積極的にして頂いている。	献立は、カロリー計算がされていて1日のエネルギーは、1500～1600KCalで調理されています。薄味で健康的なメニューが工夫されていました。配膳準備や食器始末など皆さんで食を楽しむ我が家のような雰囲気でした。	
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	食事摂取量は、記録に残し、必要な栄養・水分の確保が出来る様に支援している。特に水分摂取量の管理が必要な利用者に対しては細かく摂取量の確認を行っている。		
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に、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、口腔ケアを促している。仕上げが必要な方には、一部介助にて仕上げを行っている。		

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
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	排泄チェック表にて、排泄パターンを把握し、出来るだけトイレでの排泄が出来るよう、トイレ誘導や声かけを行うなどしている。	排泄パターンを把握されており、習慣やパターンに応じた誘導支援をされています。施設では、個室にすべてトイレが備え付けられ自立支援に向けた取り組みや自尊心に配慮した取り組みがなされていました。	
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	毎朝、牛乳や乳製品の飲み物をお出しし、食物繊維の多い芋の料理をおやつに多めに取り入れている。体調に合わせて適度な運動を一日の活動の中に取り入れるよう心がけている。		
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	基本的には、入浴日を決めているが、本人の体調や希望によって、曜日や時間をずらすなどして柔軟に対応している。	浴室は家庭のような雰囲気や個室で入れるようになっており、シャワー浴の設備もある。原則週3日の入浴を予定されています。入浴拒否に対しては、時間を空けて対応したり、他の職員が対応したり柔軟に対応されています。	
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	日中は適度な運動や活動を取り入れ、メリハリのある生活リズムを作ることを心がけ、夜間の安眠につなげている。		
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	カルテに薬剤情報提供書をファイルし、その都度目的や副作用を確認できるように努めている。		
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	その方の生活歴や職歴などの情報収集を行い、やりがいや喜びを感じて頂く事の出来る役割活動やレクリエーション活動を心身の状態に合わせて一日の活動に取り入れている。		
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	花見などの季節行事などに出かけている。定期的に自宅へ外出し、家族と過ごす時間も作っている。天気が良い時は、施設周辺に散歩に出かけている。	定期的に自宅へ帰ったり、周辺の田園風景を散歩したりされています。又、玄関前にはデイサービスがあり、見学に行かれる人もいます。また、外食を希望される方には外出支援もされています。	

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
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	金銭の管理が可能な利用者については、決まった金額を自己所有とし、買い物の際も自立支援を行っている。管理が困難な利用者については職員管理とするが、買い物の際等には、本人の理解と同意を得る働きかけを心がけている。		
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	希望時には必要に応じて電話が出来るような支援をしている。手紙などの代読や代筆なども行い本人・家族・友人などとのやりとりの支援を行っている。		
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	木の温もりを感じることが出来るような空間設計をしている。季節の花を利用者に活けて頂いて、飾っている。好きな音楽を流し、くつろげる空間作りに努めている。又、気温に応じ、随時施設内の温度・湿度調整を行っている。	天井が高く、廊下とスペース空間(居間)がつながっています。そこはリビングで家族が居間でくつろいでいるような家庭のような雰囲気が感じられます。キッチンも見通せて安心できるように工夫されています。音楽は耳に心地よいオルゴールの音色が流れていました。	
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	利用者の関係性を考慮して、テーブルの席を配置している。活動の時も、親しいグループで楽しむことができる環境作りを行っている。利用者によっては、場所を移動して一人で落ち着いて過ごす時間ができるように支援している		
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	本人の使い慣れた物を持ち込んで頂いたり、安全に過ごせる様、家具の配置を考えたりしている。	居室は、ベッドや馴染みの家具・物が置かれています。趣味のための机なども配置されている人もいます。トイレや手洗いがありプライベートな空間になっています。	
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	洗濯物干し、たたみ、や食事の準備等の家事は、出来る方には積極的に頂く様、声かけしている。バリアフリーとし、家具の配置を工夫するなどして安全に過ごせる環境づくりを行っている。		