

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	4592000121		
法人名	株式会社 メイセイ		
事業所名	グループホーム木の瀬		
所在地	宮崎県児湯郡木城町大字椎木6023-1		
自己評価作成日	平成30年9月7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://www.kajigokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=4592000121-00&PrefCd=45&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成30年10月23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)】

ゆったりとした環境の中で、一人ひとりが持てる能力を発揮しながら、心身共に自立した生活ができるよう職員一同取り組んでいる。
専門性を持ち、利用者本位のケアができるように、全職員が認知症実践者研修の取得を目指している。
運営上は、働きやすい職場を目指し、有給休暇の推進、タイムカードで管理し、残業がほぼない環境を整えている。

【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)】

事業所は木城町の小丸川沿いに位置した農村地帯にある。敷地が広く、家庭菜園・果樹園・桜をベースに四季折々の花木が植えられ、自然を満喫できる環境である。管理者と職員は利用者が安全で穏やかに暮らすため、地域住民との交流を大切にしながら、介護技術の向上はもとより利用者の気持ちをくみ取ることを大切に日々業務に励んでいる。

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、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	タイムカードの前に理念を掲げ、常に理念を共有し、ケアの統一を図っている。	理念をタイムカードの前に掲示することで、職員の自覚を促し理念を中心とした業務ができるよう取り組んでいる。	
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	近隣のスーパーへの買い物や地域の催しへの参加、コミュニティの集いに参加し、地域の方と会話をし、交流をしている。地域の方にも呼びかけ、防災に対する意識を高めるためのイベントを行った。	地域の行事に参加し住民との交流を行いながら、ホームのイベントへの参加も呼びかけるなど交流を深めている。	
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	地域の催しや防災イベントを開催し、地域の人と会話する中で、利用者様を知ってもらったり、認知症への理解を得られるよう努めている。		
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	ご家族様、地区会長、地域の民生委員、地域包括支援センター、行政を構成メンバーとし、2カ月に1回開催している。会議では、利用者様の状況や事業所の活動、事故(ヒヤリハット)等を報告し、意見や情報交換を行っている。また、写真を用いた活動資料を作成し、行事や利用者様の様子が分かりやすいよう工夫している。	ホームの現状報告や問題を話し合いながら、会議での意見をサービス向上に生かしている。回を重ねるごとに、委員や地域住民の理解も深まりつつあるが推進会議への有識者の参加は少ない。	地域住民の情報や専門的知識等に精通した有識者の参加を呼びかけ幅広い意見をもらうことで、運営推進会議をサービス向上に生かすことを期待したい。
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	運営推進会議に毎回参加して頂き、入居者様の生活状況の報告を行い、地域の情報交換ができる場になっている。また、必要に応じて町役場の担当部署を訪問し、運営に関する相談や助言をいただきながら関係性を深めている。	書類の提出や問題事項では直接出向き相談をしている。また、ホームの立地条件が河川に沿うことから、防災の為に行政との連携は常に密に取り合い協力関係を築いている。	
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「介護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	社長、管理者、介護スタッフを構成メンバーとし、身体拘束廃止委員会を3ヶ月に1回開催している。玄関は5時～19時まで解放している。	身体拘束廃止委員会を設け身体的拘束と言葉による拘束について研修している。開設してから利用者は変わらず、身体拘束したことはないが、職員は身体拘束の弊害を理解している。	
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	虐待に繋がる職員のストレスを軽減するために、有給休暇取得の推進や業務の見直しを行っている。身体拘束廃止委員会でもスピーチロックが心的虐待になることを職員と学び、無くすよう努めている。		

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
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	平成29年7月に成年後見人制度について研修会を実施した。		
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	契約を結ぶ前には、施設のパンフレットや重要事項説明書の読み合わせ、施設見学を通して生活を見て頂き、利用者様やご家族様の不安や疑問点を細かく聞き、解消できるよう努めている。		
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	面会時や電話、アンケート調査の実施等の機会を設け、意見や要望を聞きとっている。	利用者は日々の暮らしを通して、家族からは面会時やアンケートで意見・要望を聞き検討し、運営に反映させるように取り組んでいる。	
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	日常的に職員への声掛けを行い、職員の意見を汲み取り、毎月の職員会議や年1回の社長との面談において意見交換を行っている。	毎日の職員会議や日々の業務中又年2回運営者が行う面談では意見を出せる体制を設け、意見が反映できるように取り組んでいる。	
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	残業は少なく、有給休暇の取得を推進し、働きやすい職場環境を作っている。		
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	職員の希望に応じた研修参加や事業所内外で開催される研修会に参加し、学ぶ機会を設けている。		
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	児湯地区の勉強会に参加したり、地域包括支援センターに依頼し、認知症サポーター養成講座を開催し、同業者の交流を図っている。		

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
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	入居後の環境変化による不安や混乱に配慮し、コミュニケーションを十分に図り、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	初回面接の時点で、現在困っていることや不安な事に耳を傾けながら、今後についての相談・助言を通して関係づくりに努めている。		
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	初回面接の時点で、グループホームという施設の特徴や他の施設との違いを説明し、利用者様に本当に適しているかどうかの判断をして頂いた上で、ご本人様が必要とするサービスが提供できるように支援を行っている。		
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	日常生活で家事をする際、できることをして頂くよう、個々の能力を観察しながら、役割を持っていただくようにしている。また、行事や料理の準備を一緒に行うことで、楽しみを共有し、できる喜びを持って頂くような関わり方をしている。		
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	本人と家族の歴史を把握した上で、支援者としてのサポートができるように、コミュニケーションし、一緒に考え、家族の決定を尊重している。		
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	他の施設に入居されているご家族様や知人の面会の支援を行ったり、町内のドライブや町主催の催しに参加することで関係が途切れないように支援を行っている。	家族や友人からこれまでの生活歴を聞き取り、希望した場所を訪れたり、友人には段取りし、来訪をしてもらい、関係が途切れない支援を行っている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様の持てる力を引き出し、それぞれ役割を持ちながら、利用者同士が関われるよう、見守りや声掛けを行っている。		

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
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	サービスが終了しても、その先の生活が安心して送れるように各関係者に生活習慣・暮らし・ケアの工夫等、ご家族様の同意を得て情報提供を行っている。また、終了した後も面会等、関わりを大切にしている。		
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	初回面談時や日々の会話や行動から、生活に対する思いや暮らし方を確認し、プランに反映し、共有している。コミュニケーションが難しい利用者様には、表情等から汲み取り、生活の充実を図っている。	日々の暮らしを通して利用者の希望や意向を把握することを大切にしている。把握された情報は全職員で共有するようにしている。家族からは生活歴を聞きケアに反映させている。	
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	ご本人・ご家族様だけではなく、面会の知人や身内の方々からも話を伺い、ケアをする上でのヒントにしている。		
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	申し送りや日々の健康状態のチェック(排泄・食事・バイタルチェック)、生活日誌に記載していくことで情報を共有している。		
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	担当職員・計画作成者が話しあい、現状の把握を行っている。また、月1回の職員会議にも現状の報告や課題等を上げ、ケアの在り方を検討している。また、担当職員が毎月モニタリングを行い、ケアマネジャーが確認を行なっている。	毎月1回の職員会議でケアのあり方を検討している。ケアプランは家族の意向・職員の記録簿(介護日誌・バイタルチェック・申し送りノート等)や担当者会議を取り入れて作成している。毎月モニタリングを行い、随時ケアプランの見直しに取り組んでいる。	
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	ケース記録、チェック表を基に申し送りで共有し、状況により主治医やかかりつけの薬局(薬剤師)に相談している。		
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	ご家族様の状況に応じて通院等の必要な時は柔軟に対応している。利用者様の希望に応じて、外出支援や面会に対応している。		

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
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	地域の行事には、なるべく全員の利用者様が参加されることで、思い出を引き出し安心した生活が送れるように支援している。また、月1回のオカリナの訪問を受け入れている。		
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	ご家族の協力を得ながらほとんどの利用者様は、入所前からのかかりつけ医に引き続き受診されている。	従来からのかかりつけ医を受診している。通常は家族が同行しているが身体状況により、職員が同行し日々の管理に繋げている。医療機関には情報提供等行い、適切な医療が受けられる支援を行っている。	
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	異変や特変に気付いたら、訪問看護師に報告を入れ、相談したり、職員が悪化予防の助言を訪問看護師から受け、病状の理解や対応を深めている。日常の気づきについては連絡帳を通して伝えている。		
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。	入院時の面会や、ご家族様に定期的に状態伺いの電話を行い、状況把握を行っている。病院に赴き、顔が見える関係を作っている。		
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	事例はないが、訪問看護と連携し、重度化した場合や終末期における支援について可能な限り対応していく方向である。また、利用者様やご家族様と早い段階で意向の確認をしながら対応の方向性を図っている。	重度化や終末期の支援に向け、医療機関や訪問看護と連携し、看取りを行う準備を行っているが同意書等はない。利用者や家族には意向の確認を行っているが家族との話し合いでは十分な説明が行われていない。	入居時に、重度化や終末期の段階ごとに、事業所で出来ること、出来ないことを説明して、その方針を明文化する事と医療機関や事業所内マニュアルを作成し、体制を確認することが望まれる。
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	年に1回は救急隊による心肺蘇生法の講習を受けている。		
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	防災マニュアルを作成し、法人全体では年2回防災訓練を行っている。事業所独自としても月に1回は避難訓練を行い、避難経路や避難場所と利用者様も含め行っている。防災の備蓄食や物資の確保ができています。地域の福祉施設間での協定も結んでいる。	河川沿いに位置した事業所で災害時の避難指示指定を受けているため、行政との連携が重要で台風シーズン等は常に連絡を行っている。防災訓練では地域住民と消防署の起震車体験をしたり、災害対策マニュアルを見直し実践的な内容に作り変えるなど災害対策に取り組んでいる。	

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
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	言葉遣いに配慮し、笑顔で接するようにしている。	接遇研修ではプライドを傷つけない言葉遣いや接し方を学習している。特に入浴やトイレ介助での声のトーンや言葉遣いでは人格を尊重した言葉かけや対応に努めている。	
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	利用者様が自分で選択できるように、無理強いせず、飲み物やレクリエーション等の場を設けている。 意思表示できない利用者様は、表情等をくみ取るよう努めている。		
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	利用者様の希望を聞きとり、一緒に作業をしたりと個々の生活ペースを守りながら支援している。		
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	利用者様が自分で好きな衣類を着られている。2か月に1回の訪問理容にてカットを行っている。 髭剃りや乳液・クリームは声掛けでご自身でされている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	お茶パックをつめたり、お盆拭きをできる方には行ってもらい、役割を持って頂いている。 畑の野菜を収穫した際は、皮むき等食材の下ごしらえをされる。	基本的に隣接する有料老人ホームの管理栄養士が献立を作成し、厨房で調理してから配送している。献立には自分達の菜園で収穫した野菜等を使用し、スープやおやつ作りに挑戦している。又、力量に応じ役割を持っており、柔軟に対応している。	
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	食事・水分チェックや月1回の体重測定を行い、状態把握に努め、一人ひとりの食べ方や嗜好を観察し、ご家族の協力を得ながら栄養の確保を図っている。		
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、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	毎食後に口腔ケアを行い、利用者様の状態に応じて見守りや一部介助の支援をしている。 また、毎食前には口腔体操を行い、誤嚥予防に努めている。義歯の手入れは週3回洗浄液に浸けている。		

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	排泄チェック表で確認を行っており、本人様の意思を尊重し排泄誘導をしている。日中は、全員トイレで排泄し、夜間は身体状態に合わせてポータブルトイレを使用される方もいる。紙パンツから布パンツに移行できた方は現在も維持できている。	利用者の排泄つパターンを把握し、トイレへの誘導や声掛けをして自立支援を行っている。夜間は個人能力に合わせてポータブルトイレとトイレ誘導で対応している。紙パンツから布パンツに改善できた事例がみられる。	
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	運動や腹部マッサージ等日常生活から便秘解消に努め、食事・水分量を確保し様子観察している。個々の排便状況を把握し、-3日目には排便があるようにコントロールを行っている。		
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	基本週3回の入浴とし、1対1でゆっくり・ゆったりとした対応を行い、できる部分はご自身に任せ、8人の利用者様が浴槽に浸かられている。また、季節に応じ施設内で収穫したゆず湯も好評である。	基本的には週3回の入浴支援を行っているが、利用者の希望や健康状態に合わせた柔軟な対応を行っている。熱発、血圧に異常が見られる場合、清拭等で対応している。ゆず湯や入浴剤で楽しめる支援を行っている。	
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	夜間の睡眠に影響しない程度に、個々に応じ日中居室で休息を取って頂いている。夜間は、利用者様がご自分の方から休まれるまではフロアや居室で過ごされ、一人ひとりの状況に応じた支援を行っている。(現在、睡眠薬を服用されている方は1人である)		
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	薬事情報を個々のファイルに入れ、薬の内容や副作用等が把握できるようにしている。また、かかりつけ医(看護師)、薬剤師との相談等の連携に努めている。ダブルチェックを行い、服薬事故防止に努めている。		
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	生活の中で役割が持てるように、個々に合った日課やレクリエーション等を計画書に位置付けている。		
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	天気等によるが、日々の散歩や洗濯物を干したり、取り入れ、ドライブ等、日頃から外気に触れる機会を作りながら、季節感を感じられるように支援している。町内の他の施設に入所されている妻や知人の面会の支援も行っている。	天候に恵まれた日は事業所内の散歩コースを散策し、気分転換をしている。また、四季折々の自然を満喫するため、ドライブを計画し、利用者の希望の場所へ出かけるなど外出支援に取り組んでいる。	

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	数人の利用者様はご家族の希望で施設で預かり金を管理し、個人的に金銭管理されている方もいる。ほしいものや必要物品がある場合には、なるべく一緒に出掛けている。		
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	ご本人の希望に沿って電話をかけている。		
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	施設は窓を多く取り入れ、閉塞感を無くすように造られている。季節に合わせた壁画を利用者様と作成したり、野花等を施設内に飾ったりしている。	毎日清掃換気、温・湿度管理と室内外の衛生管理を行い利用者の健康管理に配慮している。特に布団やシーツは疥癬予防のため業者委託で対応している。庭や室内に季節の花を絶やさないようにし、利用者が穏やかに居心地よく暮らせる工夫をしている。	
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	一人で過ごしたい方は居室に行き、仮眠をとられたり、ホールではDVDを鑑賞されたりと思いいに過ごされている。		
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	一部の方は、馴染みの家具や御家族が過ごしやすいようにレイアウトして下さった環境で居心地よく過ごしてもらうよう工夫している。	利用者の使い慣れたタンスや布団・机・家族の写真が自分の好みに合わせ持ち込まれ、居心地よく暮らせる工夫をしている。	
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	一人ひとりの能力をいかして、できることは行っていたり、できない部分は職員と一緒にいたり工夫し、できるだけ安全に自立した生活が送れるように支援している。		

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