

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	1090300144		
法人名	医療法人社団三思会		
事業所名	グループホームクララ相生		
所在地	群馬県桐生市相生町2-368-6		
自己評価作成日	令和元年9月30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	
----------	--

【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	令和1年10月17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)】

クララ相生では、高齢者に負担の掛からない平屋造りとなっており、緊急時の避難もスムーズに行えます。また、建物全体がバリアフリーとなっているので、安全に生活して頂くことができます。季節ごとの行事を楽しむのは勿論ですが、年1回バス旅行があり希望者はご家族と一緒に参加することができます。庭には小規模ですが畑があり野菜を作り、収穫、調理し召し上がることができます。医療面では月1回医師の往診、週1回訪問看護師の健康チェックを行っています。急変時には同系列の病院が受け入れとなっているので安心です。

【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)】

職員は、一人ひとりの利用者の個性や状態に合わせて、優しく穏やかに接するように努めている。利用者も手伝って家庭菜園を作り、収穫した新鮮な野菜は調理され食卓へ出され、食事の際はそこを話題にすることで、自分が作った野菜を美味しいと食べてくれる人々がいるという満足感と自信につながる支援をしている。災害対策では、気象情報を早い段階から把握し避難準備を行い、台風19号では、利用者の不安感や身体状態を考慮したうえで法人内施設へ避難するなど、自然災害における避難段階の的確な判断とすばやい対応・行動が行われている。また、介護に関する方法をマニュアル化(感染症、拘束について、終末期ケア等)し、職員で共有し支援が行われている。

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、生き活きと働いている (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

[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	理念を基本に、ホーム独自の介護目標を掲げ訪問者にも見て頂けるように掲示している。また、介護目標に沿った日々の介護の方向性を会議や申し送り話し合うようにしている。	理念をもとに分かりやすい具体的な介護目標を掲げ、利用者の支援に活かしている。地域と事業所の関係を大切に、家庭的な環境の下で自立した生活ができるよう支援することを、職員が共有し実践している。	
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	組合の一員として、ゴミステーションの掃除を行っている。回覧板でお便りや行事、避難訓練のお知らせをし、参加していただけるよう声掛けを行っている。	散歩や買い物などの外出時に出会う地域の人と言葉を交わし、関係性を築いている。また、職員によるゴミ置き場の掃除や、回覧板を活かし事業所行事等を地域に発信している。	
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	お便りに認知症豆知識を掲載している。運営推進会議の時に支援の方法等をお話させて頂いている。		
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ヶ月に1度、運営推進会議を開催し報告を行っている。出席者の方より意見、助言を頂きサービス向上につなげている。	事業所の活動報告や利用者の状況報告後、開催時季によって、利用者の服装に関することや水害対策の意見があり、意見交換や話し合いがされている。自治会役員や家族の参加が少ない状況である。	地域の意見などを反映させるためにも自治会役員などをメンバーに加えることや、また、なるべく多くの家族に参加してもらえるような働きかけの工夫など検討することを期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	市の職員と連携をとり分らないことを聞いたり相談している。運営推進会議に参加していくことで状況を理解して頂いている。	運営推進会議に市担当職員や地域包括支援センター職員の出席があり、書類の提出や相談ごとは担当窓口へ出向き、対面で話すことにより関係性を築いている。	
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	防犯・安全の為、現在は玄関の施錠をしているが、年2回身体拘束について勉強会を行っており、どちらか必ず参加出来るよう促し勤務表の調整をしている。	法人主催の研修会「身体拘束について」の他、事業所独自に年2回の勉強会をしている。また、毎月の会議で、ケアの振り返りと拘束につながる具体例(椅子からの立ち上がり)が不安定な利用者への対応を挙げ、理解に努めている。	
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	介護方法や言葉遣い、態度でも虐待になりそうな言動があった場合、職員間で指摘し合うようにしている。身体拘束同様、勉強会に参加し、意識を高められるよう努めている。		

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
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されている利用者もいて、職員は学んでいる。今後もそれらを活用できるよう支援していく。		
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	契約時に重要事項の十分な説明を行い、理解して頂いている。また、改正時には書面での説明をし面会時にも再度説明をして、ご理解を頂いている。		
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	年1回の家族面談や委員会主催のアンケート、面会時にご家族の要望や意見をお伺いしている。会話の出来る利用者には、日々会話をすることで伺うようにしている。玄関に意見箱を設置している。	家族の面会時に、意見や要望が言いやすいような言葉かけをしている。家族より本人の好む服装を聞き、取り入れている。また、利用者の食べたい物や飲みたい物、行きたい所を機会あるごとに聞き、それに答えられるよう努めている。	
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	ホーム会議、または口頭で職員の意見や要望を聞き管理者会議で上司に伝え、皆で話し合い改善に向けて取り組んでいる。	月1回の会議は、建物の設備のことや利用者に関することの見解や提案がされている。必要に応じて、出された意見を管理者会議で検討している。職員の休暇に関する要望に応じ、出勤日の変更や調整をしている。	
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	目標管理シートを作成し個々の目標を掲げ取り組んでいる。年に2回面接を行い目標達成状況に応じアドバイス・要望を聞いている。		
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	ホーム・事業所の勉強会に参加したり、施設外の研修の情報を提供し参加出来るよう勤務調整を行っている。		
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	グループ全体での勉強会、研修に参加している。勉強会は年6回行い意見交換の場を設けている。		

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
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	入所前にご家族様を交え、ご本人様と会う機会を設け、お話を伺っている。状態確認と要望等を把握してからカンファレンスを行い、安心して生活が出来るよう職員間で情報共有している。		
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	ホーム見学に来て頂き、要望等を伺っている。		
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	ご本人とご家族に要望等をお伺いし、どのような支援が必要なのか話し合っている。		
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	日常生活の中で出来る事を一緒に行い、ありがとうございますと感謝の気持ちを伝えている。		
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	面会時や月1回のお便りに手紙を添え、ご本人の状態を詳しくお話させて頂いている。お話の中で生活歴やケアのアドバイス等を教えて頂く事もあり、必要な時には協力して下さる。		
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	ホームに親戚や友人が面会に来ている。個別外出時、馴染みのある自宅周辺をドライブしたり行きたい場所を伺っている。	個別外出支援を設け、利用者の馴染みの場所や花見へ車で出かけている。家族の案内で、親戚が面会に来たり、家族の送迎で自宅へ行ったり、外食したりしている。	
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	相性の良い利用者同士がコミュニケーションをとりやすいよう席を配慮したり、逆に関係が悪化しそうな時も間に入り調整している。事故にならないよう配慮しながら、利用者同士が支え合う気持ちを大切にしている。		

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
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	入院されている利用者のお見舞いに行っている。また、退所された方の相談・支援をケアマネジャーと管理者が中心となっている。		
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	お話できる利用者には、日々の会話の中で何が届いている。お話出来ない方には、ご家族に話を伺い意向を把握するようにしている。	家族に聞くことや、利用者の読んでいる新聞記事を参考に、暮らし方の希望を聞いている。また、日常的な生活支援をしながら、利用者の気持ちの把握に努めている。	
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	ご本人は日常の会話から、ご家族は面談や面会時にお話を伺い生活歴の把握に努めている。		
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	ケア記録やアセスメントを基にカンファレンスや申し送り時に話し合い1人1人の生活リズムや状態・出来る事を把握しケアにつなげている。		
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	ご本人やご家族より要望を伺い、アセスメントを用いてケアプランを立てている。また、週に一回ケアプラン実施記録をチェックし、3か月に1度、必要な時は随時モニタリングを行い現状に即していない場合は新たにケアプランを立てている。	1職員が2~3名の利用者を担当し、月1回の会議で利用者の状態等の情報交換と情報を共有し、支援に活かしている。その結果は、3ヶ月毎の介護計画で評価・見直しをしている。	
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	申し送りや日々の様子をケア記録に記入し週に1回ケアプラン実施記録のチェックを行っている。カンファレンスの他にホーム会議にて情報を共有出来るようにし介護計画を見直している。		
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	外部医療機関の受診は緊急時やご家族の対応が難しい時以外は基本ご家族にお願いしている。		

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	ボランティアにきて頂いたり、地区の行事がある時は利用者の希望を聞き参加している。		
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	ホームの協力医による訪問診療を受けている。ご家族の希望時や協力医から必要と判断された場合は専門の医療機関へ受診している。	利用者の希望で協力医をかかりつけ医に月1回の往診と、週1回の訪問看護師による健康チェックを受けている。また、他科(歯科、耳鼻科等)受診では、利用者の症状等の変化を家族に伝え、家族による受診が行われている。	
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	週に1回訪問看護を利用しており、状態の変化があった場合は随時連絡し相談している。必要時は連絡すると訪問看護師に来て頂いたり、協力医に連絡し指示を頂いている。		
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。	入院の際にはケアマネージャーと管理者を中心に担当相談員と情報交換を行っている。ご家族や医師の意見、意向を伺うと共にホームの意向も伝えている。		
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	年に1回の家族面談時にご家族から意向を伺い話し合うようにしている。また、重度化が予想される利用者についてはご家族と医師を交えて説明、相談をし同意書を頂いている。心身の状態を観察しながら、その都度、出来る事、出来ない事を伝え、医師や看護師に協力をお願いしている。	終末期ケアに関するマニュアルを作成し、事業所でできることを明確にしている。家族へは利用者の状態に応じ医師から伝え、看護師・職員等の連携と、情報の共有を行い支援している。	
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	救急救命の研修に参加している。また、緊急時のマニュアルを作成し直ぐ見られる位置に貼ってある。対応の仕方が分からない時には訪問看護や医師に相談し指示を仰いでいる。		
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、昼間と夜間を想定した避難訓練を行っている。運営推進会議と同じ日にちを設定することもあり、ご家族、地域の人に参加して頂いている。また、水害危険地域に指定されているのでハザードマップを作成した。	年に2回の避難訓練を実施している。水害危険区域に指定されていることから、早い避難を心がけており、台風19号の際には避難所の開設を待たず法人内施設に避難するなど、迅速な対応を行っている。避難訓練には、地域住民の参加がない。	災害時における地域との協力体制は不可欠なので、近隣住民に対して避難訓練への参加について働きかけを行うなどの取り組みを期待したい。

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
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	介護マニュアルを作成し言葉かけや対応の注意点も記載されている。申し送り時や会議の時に対応の仕方が話し合い意見の向上に努めている。	声かけは、名字に「さん」付けを原則にしているが、家族の希望で名前を使っている場合もある。朝の着替えでは、利用者自らに服を選べる支援をしている。また、利用者に対する言葉遣い等の不適切は、その都度、職員同士で注意している。	
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	話せる方にはお話を伺い訴えられない方には表情や行動等で思いを気付けるようにし理解するようにしている。		
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	希望があれば散歩や買い物をしたり、業務を優先するのではなく思いや希望を大切にしている。		
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	訪問理美容院を利用する際には、ご本人の好みに合わせてセットして頂いている。服装はご本人又はご家族に教えて頂いた好みの服を着て頂いている。自己管理で出来る方は毎日化粧をしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は食品会社の管理栄養士が考案したメニューを調理しているが畑でとれた食材で調理したり、行事の際には好みの物を伺い提供している。利用者の気持ちに合わせ、下膳出来る時はお願いしている。	食品会社の献立と食材を主に担当職員が調理しているが、収穫時期には菜園の新鮮な野菜も調理され食卓に上がっている。おやつのパイキング式や、行事食の希望を聞くなど、食べることが楽しくなるような支援の工夫をしている。	
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	個別に食事摂取量をチェックしている。状態により食事形態を変えて提供している。水分摂取量が少ない方はケア記録に記入し、お好みの飲み物を提供。1日の摂取量は最低でも1000ml摂れるようにしている。		
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、口腔ケアを行っている。自分で出来る方には、言葉かけにて行って頂き、出来ない方にはブラシやガーゼを使用し介助を行っている。		

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	個々に排泄パターンを記録し、把握に努めている。訴えられない方は表情や言動で排泄のサインを見極めトイレ案内を行なっている。	利用者個々の排泄パターンを把握するとともに、表情やしぐさなども見逃さず、それぞれの利用者に合わせたトイレ誘導を行い、トイレでの排泄ができるよう支援している。	
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	排便チェック表をつけ把握している。牛乳や乳酸菌飲料を摂って頂き、身体を動かして頂けるよう言葉かけをしたり、お腹をマッサージや温めることで出来るだけ自然に排便が促せるようにしている。それでも困難な時は医師から指示を頂き臨時で下剤を服用している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	希望者は入浴予定日でなくても入れるようにしている。逆に入りたくないと希望した場合は時間をずらしたり、翌日に入浴できるように配慮している。	利用者1名に介助者1名で、入浴を支援している。入浴を拒否する場合は、日にちを変え週2回を目安に入浴できるようにしている。毎回の入浴剤と、季節に応じたゆず湯やしょうぶ湯なども行い、利用者が入浴を楽しむ支援をしている。	
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	個々の希望や心身の状態により、日中適度に休んで頂いている。夕方不安を訴える方には話を伺ったり、休む時に付き添ったりし、安心して眠れるように支援している。		
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	個人のファイルとバイタルチェック表に処方箋を挟み常に確認出来る様にしている。変更時には記載をし申し送りを行っている。		
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	ご本人やご家族の話や生活歴を参考に出来る事や好きなことを行って頂いている。気分転換に外出や外食を楽しんで頂いている。		
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	希望された時は散歩や買い物、ドライブに出掛けている。自宅へ希望された場合はご家族に相談し可能な限り外出されている。	天気の良い日は、近所へ散歩に出かけている。利用者の希望で個別に日用品や食べ物の買出し、ドライブを楽しむこともある。また、年1回、利用者と家族の参加で行く法人主催の事業所合同のバス旅行が企画・実施されている。	

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
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	お金を自己管理するのは難しい為、職員で管理させて頂いている。日用品やご本人が希望されたものを預り金から出させていた		
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	電話をかけたいと希望されたときはさせて頂く事もある。手紙が届いたらご本人に渡している。		
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	居室はご本人の馴染みのある家具を自宅と同じ様に配置している方もいる。温度、湿度計を定時にチェックし調節している。玄関やホールに花を生けたり	食堂・居間は高い天井と天窗で明るく広々とし、壁には利用者の作品や、行事でのスナップ写真が貼られている。ウッドデッキ越しに家庭菜園の花や野菜を見ることができる。	
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	相性の良い利用者同士を同じテーブルに配置している。ソファを2つ設置しており、テレビを観たり新聞や本を読んだり、思い思いに過ごして頂いている。		
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	自宅で使用していた家具を持ってきて配置している方もいる。ご家族との写真や好きなものを飾られている方が多い。	居室入口には、利用者に分かりやすく工夫された表札が表示されている。家具などの持込みは自由であり、テレビや日記を書くためのテーブルが置かれた居室もある。外の景色を見るために座椅子を置く等、利用者の気持ちに合わせた居室づくりがされている。	
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	ホーム内はバリアフリーになっている。廊下、トイレ、浴室等に手摺を設置しており、歩行、立ち上がりやすいようになっている。ご本人の居室内は出来る事、分かることにより、家具の種類や位置を考え配置している。		