

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	3790200046		
法人名	医療法人社団 田村クリニック		
事業所名	グループホーム なぎさ		
所在地	香川県丸亀市中府町4丁目12-19 (電話)0877-43-5575		
自己評価作成日	平成22年11月4日	評価結果市町受理日	平成22年4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://kaigo-kouhvou.pref.kagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3790200046&SCD=320
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人香川県社会福祉協議会
所在地	香川県高松市番町一丁目10番35号
訪問調査日	平成23年1月19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)】

①利用者様を中心とした毎月の行事や週1回の希望食を調理するところ。 ②月に2回、カンファレンスを行い、利用者様が安心して快適に暮らせるように努めています。 ③利用者様が望む暮らしを提供できるように日々心がけています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

常に事故対策や苦情についてアンテナを張り、利用者の安全に気をつけている。近所への散歩や喫茶店への同行等外出の機会があり、職員は自治会の一員として、自治会行事に参加して地域とのつながりを大切にしている。避難訓練時は、近隣の方に参加を依頼し、安全確認までの時間を記録して実践的にしている。起床、朝食の時間は自由で入浴は午後7時まで可能と個別的な対応をしている。職員の態度は穏やかで、利用者は気持ちよく「ありがとう」の言葉を発していた。併設の事業所から定期的な訪問看護や専門職のリハビリサービスがある。

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、生き生きと働けている (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	当法人の経営理念に沿った事業所独自の介護理念を作成している。毎朝朝礼にて唱和し、具体的な日々の目標を発表している。	すべきことが分かる理念を作成している。清潔、自立支援的活動、自己実現、お互いに思いやる心穏やかな生活の4点を掲げ、朝礼時には職員各自の考えた今日の目標を発表し、理念を具体化している。	
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	年に数回、外部参加型の行事を行い、地域交流している。また、コミュニティー行事に参加して地域との積極的な交流を心掛けた。	2カ月に1回「幸町認知症予防の会」へ職員が参加している。利用者は地域の行事へ参加をし、職員は自治会活動、掃除や夜警等に参加して地域のつながりを大事にしている。	ボランティアの協力を得て地域とのつながりを広めることを期待する。
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	前年度同様に地域主催の認知症の会などに、理事長、スタッフが参加し、地域の方々と認知症について勉強している。		
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	運営推進委員会を開催し、事業所の取り組みについて説明すると共に、会議で得た意見をカンファレンスで周知、検討しサービス向上に活かしている。	家族の代表者は自由参加で3～4名と多く、研修や事故対応について等、具体的なサービス内容項目の意見があり、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取り組んでいる	質問や相談を行ったり、市主催の連絡会に参加し、情報交換を行う等、日頃より関係を築く取り組みを行っている。	市主催のグループホーム連絡会に参加し、運営推進会議では市からの情報を得て、常に連携をとっている。	
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「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	身体拘束についての禁止事項を内部研修やカンファレンスで周知している。常に身体拘束を行わないケア方法を検討している。	午前7時から午後9時まで開錠している。研修で身体拘束をしないケアを理解しており、離床センサーの利用等工夫をして、マニュアルに沿った対応をしている。	
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	当法人全体で行う虐待防止委員会を設置し、事例検討、勉強会を行っている。また委員会結果をカンファレンスで周知している。		

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
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	管理者が権利擁護の研修に参加し、その学んだ内容をカンファレンス内で従業員に研修している。		
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	管理者が契約の際に、全ての契約内容を説明して承諾を得ている。契約後も生活上で必要と思われる事項については別途協議させていただいている。		
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	運営推進委員会への参加を家族様に呼びかけている。外出や行事の写真や、毎日の生活の流れを家族様に説明することで、家族様の意思や思いを伺うようにしている。	運営推進委員会議の案内や議事録を家族に送付して参加を促し、会議では積極的に家族の発言を求め、意見を吸い上げるためにアンケートをとっている。面会時に家族の意見を聞き、記録して周知している。	
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	意見や提案をカンファレンスにて発表するようにしている。その意見や提案についてはスタッフ全員で話し合い解決している。また、管理者と職員との面談を通じて相談や意見を聞く体制を整えている。	理事長、管理者、全職員参加のカンファレンスを2週間に1回開催しており、事前に議事内容を周知し、活発な検討会にしている。	
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	年に2回、人事考課表を用いて査定を行い賞与を支給している。努力、実績に応じたベースアップも行っている。カンファレンス手当として時間外手当を支給している。		
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	基本はOJTだが、入社時及びカンファレンス時等に定期研修を行っている。理事長が必要と認めた外部研修は出勤扱いで参加が認められている。		
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	連携事業所等に他施設実習を行っている。他施設の実習生を受け入れて意見交換を行い質の向上に努めている。また、管理者が外部研修した結果を自施設内でも取り入れる等している。		

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
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	入居時に管理者、計画作成担当者、スタッフがアセスメントを行い、生活の課題を引き出している。初回プランから1カ月後には再びプランを作成し、入居者主体のケアプランをより深いものになるように努めている。		
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	当事者意識を常に持ち、自分が契約時に教えて欲しいという項目を細かく説明している。		
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	仮入居時にホームに入居する理由を拝聴している。自宅で暮らせる可能性を常に模索し他サービスを導入することで、自宅での生活が可能であれば助言を行っている。		
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	パーソンセンタードケア(本人様主体ケア)をコンセプトに入居者様中心の共同生活を常時意識している。		
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	入所後、頻繁に来荘して頂けるように家族様へお願いしている。また、行事への参加、運営推進委員会への参加を促し、共に支え合う姿勢をもとめている。		
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	アセスメント段階で本人様の生活歴を細かくお聞きしている。入居前からの生活をできるだけ持続できるよう、個々の生活歴の把握に努め、本人が行ってきた事が持続できるように柔軟な支援を行っている。	家族の同意を得て、喫茶店への同行等のなじみの関係を保っている。食事については併設の医師や栄養士に相談して、利用者の希望をかなえている。	
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	食事の席順を工夫している。特定の利用者同士が固定とならないように注意している。また、1週に1度の食事作りでは、利用者様同士が協力し、支えられるような空間を作っている。		

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	退所後、御家族様やご本人様へ近況伺いを行っている。また、ご退所された方が許す限り仲の良かった入居者様がお見舞いを行っている。		
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	生活歴や本人、家族から聞いた情報を元に、利用者一人ひとりが望む暮らし方や個々の思いを把握するように努め、利用者様のペースを大切に生活を送れる様に支援している。	暮らしの希望調査を行っており、入浴は本人希望の午後7時まで可能、起床や朝食時間はフリーで個別に対応している。	
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	アセスメントに応じた計画を作成していません。また、生活歴を元に趣味・嗜好を見つけ出すアプローチを行っている。またカンファレンスなどで話し合い、従業員全員で意見を出し合っています。		
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	1日の生活動作の内、今出来ている事、今後継続して支援すれば出来る様になるかもしれない事、残存機能的に不可能な事の3つに分類して、可能な限り自立支援をモチーフとした介護を提供している。		
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	カンファレンスに医師や看護師も参加し、ケア方法や支援の在り方について検討や情報交換を行っている。また、介護計画の短期目標を定期的に評価し、状態の変化が見られた際には随時計画を変更している。	併設の事業所から定期的な訪問看護や専門職のリハビリサービスがあり、介護計画の作成時は家族、医師、看護師等関係者の意見を得ている。短期目標、モニタリング時期の一覧表を作成し、定期的に評価している。	
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	日々の生活記録をアセスメントシートに記載し、カンファレンス等で計画の見直しが必要と判断した場合に担当者から計画作成担当者に報告。担当者会議を開催しプランの見直しを図っている。		
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	突発的に発生する緊急的なニーズに対し、施設側で全力で対応できるように日々努力している。今年は週に1回の調理を取り入れた。		

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	郵便物の受け取りや、郵便局での郵送、買い物等を入居者様に行っていただいております。		
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	入居後も本人、家族が希望するかかりつけ医師を受診できる体制があり、通院支援を行った。また、協力医療機関の医師による月2回の定期的な訪問診療・有事の往診、連携訪問看護の管理体制がある。	かかりつけ医受診は家族もしくは職員が同伴している。協力機関から定期的な訪問看護や往診がある。	
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	日頃起こりうる小さな身体状況の変化を提携している訪問看護へ相談し必要となれば即受診できるように働きかけている。身体状況の変化を毎日記録として残すようにしている。		
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、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。	入院された時は定期的な主治医や病棟看護師へ状況を伺いに出向き、情報交換を行っている。家族様にも密に連絡を取り、退院後の生活について意見交換を行っている。		
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	重度化に関する指針をもとに、協力医療機関医師、家族、提携訪問看護師、介護職で話し合い検討している。また、介護職員へ看取り研修を行い意識を高めている。また、かかりつけ医との連携の他、訪問看護事業所の看護師と24時間体制で連携できる等の看取りを行う体制を整えている。	協力医療機関、訪問看護事業所の協力を得て重度化ケアの指針を作成し、研修や検討を重ねている。家族と話し合いながら、重度化の対応の準備ができている。	
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	AED研修を行っている。(年2回程度) 緊急対応研修を行い現時点で夜間急変した場合、協力医療機関医師への連絡と隣接施設看護師への報告を即座に行うよう、全職員に指示している。		
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	事業所内と隣接施設とで初期消火訓練や避難訓練を行いました。地域での防災訓練に参加、運営推進委員会で防災訓練の声掛けをし、施設内でご家族様参加のもと、防災訓練を行いました。	防火訓練時は近所の方や家族の参加があり、避難後安全確認に要した時間を記録分析して実践的な訓練をしている。	

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
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	利用者様の声に対して、否定しない声掛けを行うように配慮している。言葉遣いも指導している。また、接遇対応や個人情報の保護等についても内部研修を实地し職員への周知を徹底している。	接遇、認知症の研修を定期的にしており、職員の声かけは穏やかで、利用者が気持ちよく「ありがとう」の言葉を発している。	
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	希望を引き出す手段として本人様の趣味活動を行っている時や入浴時等に働きかけている。生活動作の1つひとつに自己決定を促している。スタッフ個々が入居者様とコミュニケーションを図れる時間を設けている。		
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	参加したくない事には無理強いする事なく、どうしたら参加をしていただけるようになるかと考え対応している。生活スタイルがあつての介護の提供となるようにしている。		
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	理容に関しては、入居者様のご家族様へ（地域の馴染み理髪店）お願いしている。また、美容については、行事、外出時には化粧をスタッフが手伝い、よそいきの服を着ていただいています。		
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	従業員と入居者様が一緒になり、配膳、盛り付け、下膳をしている。1週に1度の料理作りでは、入居者様に役割をもってもらい、協力し合って、料理を作ってもらっている。隣接の畑で収穫した新鮮な食材を用いて調理しています。	利用者は配膳や盛り付けを手伝っている。週に1度希望のメニューの食事づくりをしている。病態に応じた食事の提供があり、利用者はゆっくりと楽しみながら食事をしている。	
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	食事については体重測定、血液検査を定期的に行い栄養状態を確認しています。水分摂取制限のない方へは1日の水分摂取量のチェック、促しを行っています。飲みやすい形態・方法に配慮しています。		
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、各入居者様状態に合わせた口腔ケアを行っている。必要な方は提携歯科との連携を図っている。		

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
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	排泄パターンを把握し、こまめな声掛けを行っている。夜間も定期的に声掛けを行い、少しでもオムツを使用せず、自分の力で排泄していただけるように努めている。	個人対応の声かけや排泄の記録をして、リハビリパンツからパンツに変更をめざしており、半数がパンツを着用している。	
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	職員研修として、便秘でも認知症周辺症状と酷似した症状が現れる事を周知。便秘気味の方への支援として水分補給の徹底、医師、看護師、栄養士と連携して常時改善に向けて取り組んでいる。		
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	入居者様の入りたい時間帯・希望日に入浴していただいております。季節に応じて菖蒲や柚子、みかん等を湯船に浮かべて季節を感じる入浴を行っている。午後3時から夜間にかけて、体調確認をし、入っていただけるように努めている。	希望に沿って午後7時まで入浴できる。原則2日に1回の割合で入浴している。風呂場が広く、手すりは利用者、職員の意見を取り入れてつけている。事前のバイタルチェックをしている。	
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	入居者様一人ひとりの生活リズムを優先していただき、午睡したい方は自由にという姿勢で対応しております。		
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	個人のファイルに薬の成分表を綴り、服薬介助方法・注意点もカンファレンス等で共有しています。早見表なども作成し、服薬のミスの撲滅に努めている。		
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	家事の共同作業や外部での畑仕事などを行っていただいております。ボール遊びや歌を歌うなど、レクリエーションなども行っている。入居者様が今したい事などを聞き、それを実現できるようにも努めている。		
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	うどん屋さんや、丸亀城への外出などを行っている。近くの幼稚園のバザーなどにも参加している。その際には、御家族様も参加していただけるように働きかけている。日常的な散歩なども随時行っている。	静かな住宅街に事業所があり、2日に1回午前中約5名は散歩し近所の方とのあいさつや声かけがある。1名は喫茶店へ毎日同伴外出支援をしている。うどんや、まつり、バザー等の恒例行事の外出支援をしている。	散歩は地域とのふれあいの場であり、利用者の心身に良いので継続することを期待する。

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	一人ひとりの希望と力に応じて本人様での管理を行っていただいております。		
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	事業所内の電話を使用し、ご家族様へいつでも電話できるようにしています。手紙を書きたいとおっしゃられる方へも支援致しております。		
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	食堂、リビングは全体が広くゆったりしており、壁には行事などの写真が飾ってある。入居者様にソファーなど、欲しいものを聞いて回り、入居者様が生活しやすい、くつろげる空間作りに努めた。	明るく、日差しが良く、廊下やリビングが広く、畳の間があり、くつろぎやすい。壁には利用者の作品が展示されている。菜園があり、季節の野菜が栽培されている。	
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	南側の窓は大きく暖かい日差しが燦々と降り注ぐ空間を演出しています。利用者様の憩いの場となり午前午後問わず過ごされている。		
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	ベットの位置や家具、椅子、絵画、写真、テレビなど、本人様が以前にご使用だった品物を持ち込んで使っていただいております。今まで住み慣れた本人様の部屋を保持できるよう努めています。	室内と廊下に備え付けの収納の棚があり、室内を広く使用できる。本人の好みのものを持ち込み、自室の洗面所で歯みがきをしている。	
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	自立した生活が送れる様に洗面台の高さや手すりの設置、段差の解消、引き戸等建設段階で考慮している。		