

### 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	4590900017		
法人名	医療法人 武雄会		
事業所名	グループホームあおい(葵)	ユニット名	いぶき
所在地	宮崎県えびの市大字原田2153番地6		
自己評価作成日	令和元年6月13日	評価結果市町村受理日	令和元年8月26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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action=kouhyou\\_pref\\_search\\_list\\_list=true](http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action=kouhyou_pref_search_list_list=true)

**【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	令和元年7月12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)】**

- ・自施設の理念を理解し、理念に沿った支援が出来るように心掛けている。
- ・自分のケアが理念に沿ったものか、理念を理解できているかを勉強会等で振り返る機会を設け意識付けを行っている。
- ・地域に密着した施設を目指し、地域の行事に参加したり、地域の皆様に認知症の理解を深めるための認知症カフェを行っている。

**【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)】**

職員の年間目標策定・掲示を行い、より良いケアの実践に職員全員で取り組んでいる。地区での清掃活動へ参加したり、地域の高校生の実習を受け入れたり認知症カフェを開催するなど地域との交流に努めている。運営推進会議や利用者家族、職員からの提案や意見の聴取に努め、運営やケア内容の向上に取り組んでいる。

**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 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広がったり深まり、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	いぶき	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>						
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	地域密着型サービスの意義を職員全員で確認し、現状に合ったホームと地域の関係性を盛り込んだ理念になっている。毎日朝礼で唱和することで理念の共有を实践している。	理念を掲示し周知すると共に朝礼で唱和をして理解・共有を図っている。また各職員が、目標を設定し、問題意識をもってケアに取り組んでいる。		
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	2カ月に一度「あおい新聞」というホーム便りを発行している。自治会に加入しており、ホーム便りを回覧版で地域の方に見ていただくことで、ホームでの生活の様子や行事などを紹介している。	自治会へ加入しホーム便りを回覧したり地区活動の清掃に参加したり、認知症カフェを開催し地域住民を対象にした健康に関する勉強会を行うなど地域の一員として交流に努めている。		
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	ホーム便りの中で認知症に関する情報を盛り込んで理解を深めていただいている。他に定期的に駅の清掃活動(待合室・トイレなど)などに参加したり、認知症カフェを開催し地域の方に当ホームへ来ていただくことで利用者との交流が実現できている。			
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	会議にて利用者状況、行事などの取り組みを報告し参加委員より質問や意見を聞き、サービスの向上に生かしている。	定期的に会議を開催し参加者から色々な提案があり、検討や実施につなげるなど会議での内容をサービス向上に生かしている。		
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取り組んでいる	2ヶ月に一度、運営推進会議に出席していただきホームでの取り組みなどを報告している。また、日頃より何か問題があればその都度相談し解決を図っている。	ホームの活動内容の報告や運営上の不明な点など尋ねたり、行政からの提案を検討し実施するなど、協力関係の構築に取り組んでいる。		
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	身体拘束のないケアに取り組んでいる。園内外の研修を定期的に行い、拘束することによる利用者への弊害などについて学んでいる。	外部研修への参加や内部での勉強会を定期的に行い、職員全員が身体拘束の弊害について理解している。身体拘束適正化委員会で具体的に拘束にならないか、また必要性について検討し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。		
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	園内外の研修や虐待防止に関する知識を勉強会などで共有している。また、カンファレンスにて利用者に対する言葉遣いについても注意等を行い、虐待防止に努めている。			

自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	日常生活自立支援事業所や成年後見制度を学び、必要に応じてご家族等の相談に応じている。			
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	契約時は十分な時間をとり、不安や疑問点がないか確認しながら説明を行っている。改正の際は必ず文書及び口頭で説明を行い、家族の理解を得ている。			
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	各棟の玄関に意見箱の設置を行っている。また、面会時等に意見、要望を聞くようになっている。利用者からの意見もその都度聞いている。出された意見、要望はミーティング等で話し合い、対応を検討し運営に反映できるようにしている。		面会時や担当者会議・カンファレンス時など利用者や家族の意向、意見や希望を引き出すよう努めている。意見については出来る限り実施出来るように取組んでいる。	
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	気づきノート、ミーティング等で報告や意見交換をして、業務の改善やサービスの向上に生かしている。ミーティングは定期的に行っているが、意見や提案がある時はその都度話し合う機会を設けるようにしている。		職員は日々の業務の中やユニット会議でユニットリーダーへ意見や提案を伝えている。またユニットリーダーが職員に声掛けし意見を聞くなど職員の意見や提案を出来る限り業務や運営に反映するよう努めている。	
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	キャリアパスにより、職員の資格、能力に応じた賃金となり、外部研修に参加することでキャリアアップできている。勤務についても出来るだけ希望に副うようになっている。			
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	職員全員が定期的な内部、外部研修に参加し質の向上を目指している。研修内容の振り分けについては各職員の段階に応じて決めている。			
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	同法人のグループホームの職員との交流を行い質の向上に努めている。			

自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>						
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	入居前に訪問し、調査を行っている。ご本人の意思、家族の意向や生活史等の聞き取りを行い、職員間で情報を共有し、ご本人にあったその人らしい生活が送れるように話合っている。			
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	訪問調査時や入居時に、ご本人や家族の思い、要望等をしっかりと聴き受け止め信頼関係作りに努めている。			
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	十分な聞き取りや観察を行い、職員同士で情報を共有し、支援に向けての話合いを行い、対応に努めている。			
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	それぞれが役割を持った生活が送れるようご本人の意思を尊重しながらできることを話し合っている。在宅に近いその人らしい生活が送れるよう努めている。			
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	ご本人と家族の関係が切れないよう間に入って思いを伝えている。又、面会時や電話などで家族の意向の聞き取りやホームでの情報を伝えている。			
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	家族、親戚、知事等の許可をもらい、外泊、外出など、馴染みの人や場所との関係が切れないよう努めている。ドライブ等で以前過ごされた場所へ行っている。	利用者の元同僚や友人や知り合いが気軽に訪ねてきたり、自宅へ外出したり、馴染みの美容室や近所のスーパーに行くなど馴染みの人や場所の関係継続に努めている。		
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	利用者の要望を聞き入れ、テーブル配置に気を配っている。以前生活されていた地域が同じ型同士、話ができるよう間に入っている。			

自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	必要な情報を伝えるとともに家族からの相談にも対応し、経過を見守っている。必要に応じて、当ホームでの状況、習慣などを詳しく伝えている。			
<b>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</b>						
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	ご本人の生活史を知り、なるべく在宅に近い環境で生活できるように努めている。支援で困った事があれば気付きノートに記入し、ユニットごとに話し合い情報の共有を行っている。	本人や家族への聞き取りや、その日の利用者の表情や言動に注意して検討したりセンター方式(認知症の人のためのケアマネジメント)の一部シートを活用するなど、思いや意向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	入居前に調査を行いご本人の生活史や家族の情報を基に、把握に努めている。又、入居時に家族へ暮らしのシートの記入をお願いしている。			
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	個々の利用者の一日の過ごし方、心身の状態をチェックし記録に残し情報を共有している。一日の過ごし方の中で本人の出来ることは継続していけるよう努めている。			
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	定期的なカンファレンスを行い、本人や家族の意向を把握し、利用者中心の暮らしになるよう介護計画を作成している。	モニタリングを定期的に行い状態を把握すると共に本人や家族の意見を聴取し、担当者会議でケアプランの策定を行っている。状態が変化した場合は随時、現状に即したケアプランの作成に取り組んでいる。		
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	個別記録の中に、プランの実績を組み込んだ記録を行っている。各棟にある気づきノートで情報の共有をし、ミーティング等でプランの見直しを行っている。			
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	その時々ニーズや状況に合わせて、家族の協力を得ながら柔軟に対応できるように努めている。			

自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	病院、薬局、訪問看護、地域包括支援センター、民生委員、自治会長、他事業所のケアマネジャー、交番、近所の商店などに協力を得られている。			
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、家族の希望を取り入れた受診、往診を支援している。専門医受診の際は、家族にも同行をお願いし、ホームでの様子や変化を伝えるようにしている。	希望する医療機関へ職員が同行したり、また家族が同行する場合は適切な医療が受けられるよう医療機関へ情報提供し受診支援に取り組んでいる。		
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	病院の看護師、及び訪問看護ステーションの看護師が定期的に訪問し健康チェックを行っている。又、必要に応じては臨時で往診してもらえるよう、すぐに連携がとれる状況にある。			
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。	主治医への状態報告をこまめに行い、安心して治療が出来るように支援している。又、入院されている際も、関係者同士で情報交換を行っている。			
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	かかりつけ医、訪問看護ステーションと医療連携を行い、本人や家族の意思をその都度確認し、適切な医療ケアが出来るよう支援している。	重度化や看取りについては指針を策定し取組について利用者や家族に説明を行っている。利用者や家族の希望などで、実際に看取りを行う場合は再度、家族へ説明・同意を得て医療機関など関係機関の協力が得られれば支援する体制づくりに努めている。		
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	マニュアルを準備し、急変時や事故発生時の対応が出来るよう、手順書を準備している。心肺蘇生の勉強会を消防署にお願いし、全員参加で抗議、実技を行っている。必要に応じてミーティング等で周知を行っている。			
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	地域の消防署立ち入りのもと、火災訓練を年2回実施している。近隣住民にも声をかけ協力を得ている。又、災害マニュアルに基づき、避難ができるように努めている。	消防署や自治会長など地域住民の参加の下、年2回(うち1回は夜間想定)訓練を行っている。各居室入口に利用者の搬送方法を掲示したり、災害時の水や食料など3日分を備蓄す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	いぶき	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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
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	職員は、利用者に対し常に敬意を払い、プライバシーを損ねない声掛け、対応を行っている。		外部研修や内部での勉強会を定期的に行い、排せつの声掛け誘導を耳元で伝えるなどプライバシー保護や接遇対応に取り組んでいる。ただ日常の業務の中でつい大声になったり話すとーンが高い声かけも聞かれた。	更に適切な接遇など対応が出来るように、職員同士でも言動に注意できるような良好な環境づくりに期待したい。
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	本人の意思や希望を優先し、体調などに応じて対応している。自分の意思を他者に伝えることができない方に対しても、職員が気付けるよう努めている。			
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	利用者中心で、希望があれば優先し、希望に沿った対応をしている。ケアの為の生活ではなく、生活の為のケアを意識づけている。			
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	ご本人の好みや意向を大切に、普段の服装など、ご本人と一緒に選ぶなど支援している。又、化粧品の持ち込みなども、家族の協力を得ながら行っている。利用者の希望により、美容室など馴染みの店に行けるよう支援している。			
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一人一人の好みを把握し、希望があれば好みのものが食べられるよう医療食との連携を図っている。盛り付け、配膳、下膳、片付けなど出来ることをして頂いている。昼食は職員も一緒に食べており、楽しい雰囲気づくりを行っている。	利用者職員と一緒に盛り付けや配膳、台拭きなど行っている。個別希望で刺身を付けたり、菜園で作る食物を収穫祭として調理提供したり、外食に出かけたり食事が楽しみなものになるよう取り組んでいる。		
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	栄養士による献立を行っている。食事量や水分摂取量はチェック表を用いて把握に努め、主治医にも報告している。又、一人一人の状態に応じて、2カ月に1回の給食会議を行っている。			
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、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	利用者の状態に合わせて、見守りや付き添い介助を行っている。又、ガーゼでの拭きとりや、義歯洗浄、夜間はポリデントを使用している。			

自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	個々の排泄パターンを把握し、それに合わせた支援を行っている。尿意のない利用者や、夜間オムツの利用者も誘導してトイレで排泄出来るよう努めている。	排せつチェック表で排せつパターンを把握し声掛けや誘導を行っている。リハビリパンツを使用していた利用者が適切な誘導により布パンツへ改善した例もあり、排せつの自立支援に取り組んでいる。		
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	適度な運動、水分、食事の工夫を行っている。又、腹部マッサージを行い、必要に応じて下剤を服用し、予防を行っている。			
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日は決めているが、それ以外で希望あればその都度対応している。入浴時間は個々の希望やタイミングに合わせており、入浴の仕方、洗い方も希望に沿うよう介助を行っている。	週2回の定期入浴としているが利用者の希望や汚染時など個々に沿った入浴支援を行っている。季節湯や入浴剤を使用したり時間も午前と午後で対応出来るようにしており、入浴が楽しめるように努めている。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	一人一人の状態や、その時の活動状況に応じて、午睡の声掛けを行っている。夜間不眠時の不安を取り除き安眠出来るよう体内時計の調整等を行っている。			
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	内服に関して看護師に確認して、理解できるようにミーティング等利用している。必要に応じて、病院や薬局のドクターに相談している。誤薬が起きないように、二人で目視確認や二重、三重に確認している。			
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	個々の意思を大切にしながら、ADLに応じた事を職員とともにして頂いている。それぞれの利用者の趣味に合わせた支援をしている。			
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支援している	本人の希望や職員がこえかけし、買い物やドライブに行っている。	散歩をしたりドライブで地域を回ったり自宅へ戻ったり、行事でお花見や外食に行くなど、外出・外泊を含めて事業所と家族が連携、協力しながら利用者全員の日常的な外出支援に取り組んでいる。		



自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	家族の了承のもと、本人の希望する日用品、菓子等を本人と一緒にスーパーに行き購入している。又、見守りにて支払いもして頂いている。			
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	いつでも電話出来るようになっており、掛けられない場合は職員が掛けて電話口まで誘導している。利用者によっては、家族より電話が来る方もいる。			
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	リビングは床暖房であり、利用者の状況に合わせて室温調整を行っている。廊下の壁に行事ごとの写真を掲示し、利用者や家族が自由に見れるようになっている。リビングや廊下にはソファが設置されており、利用者がくつろげる場所を設け、季節に応じた利用者の作品を展示し、居心地のよい空間づくりを心掛けている。	季節の飾りつけや利用者手作りの作品、行事の写真など居間や廊下に掲示し利用者や家族が楽しめるように工夫している。食堂の配席に留意したりソファの位置を常時変更したりと利用者が居心地よく過ごせるように努めている。		
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	気の合った利用者同士が気軽に話せるよう、リビング、廊下にソファを設置している。又、座席の配置も利用者の要望に合わせて行っている。			
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	馴染みの家具等の持ち込みが出来るようになっている。自宅で使っていたものをホームでも取り入れ、利用者が安心して居心地よく過ごせるよう支援している。	持参した家具や施設備品のベッドなどの配置も利用者の状態に配慮し、利用者が安心して居心地よく過ごせるように工夫している。		
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	利用者によって、居室をベッドや布団で過ごせるようにしている。又、利用者に合わせて安全で事故なく過ごせるように、家具やベッドの配置に配慮している。			