

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	2491300014		
法人名	(株)センチュリークリエイティブ		
事業所名	グループホームあみーご鴻之台		
所在地	三重県名張市鴻之台5番町10番地		
自己評価作成日	平成 27 年 6 月 15 日	評価結果市町提出日	平成27年9月28日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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	https://www.kaigokensaku.jp/houkoku/24/index.php?action_houkoku_detail_2014_022_kihon=true&SelectTab=1
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 27年 7月 10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)】

職員は認知症ケアを重点に学び、担当者ごとに日々の支援からケアマネジメントまで幅広く役割を持つことで、利用者様のコンシェルジュになれるように、日々努力している。また、ボランティアや民生委員の協力を得て、イベントの開催や外部のイベントに参加し地域交流をはかっている。名張市内に同じ系列の事業所があり、年2回合同イベントも行っている。

【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)】

名張市内に3箇所のグループホームを開設している事業所の一つで、3箇所の合同会議を行い管理者や職員の意思疎通をしながら切磋琢磨して支援の質向上を図っている。事業所の建て屋内は玄関やトイレも広く、家族との打ち合わせ等に使用出来る別室もあり、全体にゆとりが感じられる。紙芝居やカラオケ、音楽療法等のボランティアの方の支援を受け、穏やかな暮らしをしながら支援されている様子が伺える。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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

[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	利用者の方が、「その人らしく」生活できるように職員が理念を学び見直すことで、利用者本位のケア、グループホームの役割を確認し日々のケアに取り組んでいる。	利用者の不安を分かち合う気持ちを大切にしながら「ゆっくり」とした生活を基本に支援している。	
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	事業所自体が、自治会入りしており、運営推進会議や自治会の回覧をもとに、イベントや集いに参加している。	地域の合同避難訓練や七夕祭りに職員と共に利用者が参加したり、市の「子育て広場」で小さな子供と利用者との関わりを体験する機会として交流している。	
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	運営推進会議にて事例検討を用いて、GHや認知症に対する理解を深めて頂けるよう努力している。今後、キャラバンメイトを育成し、啓発活動に参加したい。		
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	行政、まちの保健室、民生委員、利用者、利用者家族に参加してもらい現状の報告や広報誌の配布を行っている。年度初めに、運営推進委員会の皆さんと話し合い偶数月の第三火曜と固定開催にしている。	自治会役員の参加は無いが、市の高齢・障害支援室、包括支援センター、まちの保健室等の参加を得ている。事業所の近況を報告しながら家族との意見交換の貴重な機会となっている。	
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	運営状況や取組みの報告、広報誌の配布をしている。また、必要があれば市役所及び地域包括センターに相談している。二ヵ月に一度介護相談を受託している。	包括支援センターに所属している介護相談員の訪問を受けると共に、介護関係書類を市役所に取りに行った時に情報交換をしている。	
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	身体拘束のマニュアルを作成し、職員に周知徹底を図っている。また、玄関の施錠について必要最小限とし、利用者の安全を確保しながら、施錠しない工夫を実施している。	日常の支援の中で身体拘束についての禁止行為を共有しているが、身体拘束マニュアルに基づく研修の実施は確認出来なかった。	身体拘束禁止マニュアルに基づき、虐待防止を含め定期的な研修を実施すると共に、新人職員の研修項目の必修科目とし、意識向上に努めて欲しい。
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逃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	虐待防止関連法についてのカンファレンス等で学ぶ機会を持ち、理解に努めている。		

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
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	外部研修にて成年後見制度について学ぶ機会がある。また、相談等を受けた場合は専門家にアドバイスをもらい、伝達できるようにしている。		
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	個別面談を実施し、利用者や家族に納得していただけるよう、時間をかけてオリエンテーションを行なっている。		
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	利用者の意見や要望、苦情はその都度受け付け、速やかに改善が必要な場合は検討会を開催する。施設利用者や家族は苦情等が出にくい環境であることを職員が十分に理解し、事業所が自ら話し合える場を設けるようにしたい。	来所される家族とは利用者担当の職員及び管理者が、気軽に話し合える雰囲気を心がけながら対応している。家族に時にはメールで近況を伝える事もあり、毎月発行する「あみ〜ご通信」で行事計画や実施状況を知らせている。	
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	管理者を含めた市内3事業所の合同会議のほか、経営者との会議も月に一度、定期開催している。会議やカンファレンスではボトムアップ式を取り入れ、職員が自由に意見をだすことができるよう心がけている。	利用者の状態や支援内容を共有するケア会議、事業所全体の運営に関する話し合いを行う職員会議が毎月一回行われている。また、市内3箇所の事業所職員が話し合う合同会議を実施して、情報交換すると共に活性化を図っている。	
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	運営者による面談の場を設け、職員個々の努力や実績をもとに評価し、給与や役職の見直しを行なっている。また、職員の資格修得に向けた支援をしている。定期的に昇給、昇格の機会を設けている。		
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	地域密着型サービス協議会に登録し、個々レベルにあった研修に参加できるように、体制をとっている。また、内部研修を定期的に開催している。		
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	訪問看護師が来所する際には情報交換を行っていた。また、他事業所と合同研修を企画し、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
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	初期面談時に、利用者宅に訪問し本人の思いや意向に耳を傾けている。また、他事業所と連携を図り情報収集を行っている。		
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	申込み時や初期面談時に、家族の不安や困っている事、今後の要望などに耳を傾け、信頼関係作りの努力をしている。		
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	居宅介護支援事業所のケアマネージャーに相談するなどし、当事業所が本人にとって適切かどうか見極めている。必要があれば、他の施設を勧める事もある。		
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	職員が一方向的に支援してしまわないよう職員同士で話し合う機会を多く持っている。お互い共同しながら生活できるよう場面づくりや声掛けに工夫できるよう努力している。		
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	受け身の家族もいるが、通院や行事に参加して頂いている。本人の要望や、状態が不安定な際は電話でお話し頂いたり、時には訪問や外出支援など家族にしかできない支援をお願いしている。		
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	今までのつながりを持っている方は少ないが、友人や知人などが訪問された際は、ゆっくり過ごせるよう心掛けている。また、家族と連携を図りながら、墓参りなどを行っている。入居前からの医療機関の継続も可能である。	利用者の知人や親戚の方の訪問があり、馴染みの人との関係を保つ努力をしている。また、家族と共に昔馴染みの場所へ出掛ける時もある。	
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	職員が調整役となり、利用者同士の関係がうまくいくよう努力している。テーブルの席や行事では、気の合う利用者同士になるよう工夫している。		

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	サービスを終了しても、本人の面会に行ったり、必要に応じ家族と連絡を取り合い、相談や支援をしている。		
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	職員二人一組で、各三名の利用者を担当している。利用者との会話を通し、何を考え希望しているのか把握できるよう努めている。職員の気づきや利用者の要望は、日誌に書き留め必要があればカンファレンスを開催しケアの変更を行っている。	二人一組で3人の利用者を担当し、想いや希望の把握に努めており、その都度記録してケア会議で支援の共有を図っている。	
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	日常の会話や家族との情報交換を通じ、利用者の事柄について把握できるよう努めている。		
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	利用者の出来る事を活かし、一人一人の生活リズムを把握できるよう努めている。また、日常生活の中で現状を把握し、評価・ケアプランへと繋げている。		
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	定期的なカンファレンスに加え、状態に変化があった際には本人家族の意向、職員の意見を反映させ評価し即した介護計画を作成できるよう努力している。	介護計画書の支援内容に基づく実施状況のモニタリングは項目毎に毎月実施され記録しており、評価基準に基づき評価し、3ヶ月毎に見直した介護計画書に反映されている。	
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	日々の様子や気づきを日誌に記載し、情報の共有を行っている。また、情報の把握の為業務開始前に日誌の確認をするよう義務づけている。ケアマネージャーは、日誌とは別に月々の経過記録を作成し介護計画の見直しに役立っている。		
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	利用者または家族の希望に添って通院介助や外食、買い物など個別の支援を柔軟に行っている。		

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
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	地域のボランティアや民生委員の協力を得て、さまざまなイベントを行い利用者様の方に楽しんでもらえるように支援している。		
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	本人及び家族の希望に添い、主治医を決定している。七名の方が、施設での往診を受けている。往診以外での体調不良や特変があった際には、電話で助言を仰いだり往診に来てもらっている。	一名を除き事業所の協力医で受診しており、毎月一回の往診を受けている。従来の「かかりつけ医」を受診されている方は、基本的には家族が対応しているが、要望により事業者で支援する時もある。	
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	日常の変化や気づきがあった際には、看護師に報告し状態を診てもらっている。助言により受診に出掛けている。		
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。	入院が決まった際には、家族了承のもと一緒に説明をうけている。また、施設での状態の報告を行なっている。退院時には、付添い注意点や入院時の状態について聞き取りを行なっている。		
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	初回面接時と契約時に事業所の方針として、重度化した場合の対応について、本人と家族に説明し同意書を得ている。今年度より、事業所に専従の看護師を配置し、医療連携体制を整えたことで、重度化した場合でも利用者や家族のニーズに対し、柔軟な対応が今後可能になることを期待している。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」があり、契約時に説明し同意書が交わされている。今年5月から看護師を非常勤で採用しており、家族や職員の安心感に繋がっている。	
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	事故や緊急時に備え、救命講習会に参加してきた。AED導入の際に、使用方法についての研修をうけた。		
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	年に一度地域の避難訓練があるが、現状避難場所までの道のりが遠い。地域の方は、「車椅子ぐらいなら押して行く」とは言ってくれているが建物倒壊時は、人命救助優先となり協力は難しい。火災時は、ボタンを押せば職員に連絡が行くようになっている。	避難、通報、消火訓練について地区の消防署に計画と実施状況が報告されている。屋外への避難訓練は行われているが、市が指定の避難地への移動については今後の課題である。	災害時には2～3人で対応する状態が考えられる事から、役割と行動を決めておき利用者や職員の安心感に繋がる仕組みを話し合っておく事が望まれる。避難地へ行く通路の確認をしておいて欲しい。

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	認知症への理解を深めることで、人格尊重の大切さを学び、利用者様ひとりひとりに合った対応とプライバシー保護に努めている。言葉づかいも含め、個々の職員へ、また会議の場で全員に指導している。	個人情報の使用目的についての同意書を交わしており、居室の入口の名前明示についても同意書に基づき対応している。利用者との会話では同じ目線で言葉を交わす様に心がけている。	
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	意思表示が困難な利用者に対しては、表情を読み取ったりジェスチャーを交え対応している。		
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	一日の大まかな流れはきめているが、散歩や買い物に行きたい等要望があれば柔軟に対応している。		
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	二カ月に一度、訪問美容を利用している。中には、馴染みの美容院に行く方もいる。希望があれば、施設で職員が毛染めを行なっている。		
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	職員が食事を作り、ご飯やみそ汁お茶入れを利用者の方が行なっている。盆に食事を用意し、ネームを見て利用者の方が自身の配膳をしている。また、歩行が不安定な方は一品だけ持ってもらい配膳に協力してもらっている。	食材を外部から取り寄せ職員が交代で調理している。出来る方は食事の準備や後片付けをして頂き「力」の活用を促している。時には希望を聞きながら職員と共に手作りの楽しみを味わう機会もある。	
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	誰でもお茶が飲用できるよう用意しているが、自ら飲用する方は少なく、水分摂取の声掛けを行なっている。食事については、状態に合わせて本人と相談の上、粥や刻みに変更している。		
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、口腔ケアの声掛けを実施している。歯磨きを嫌がる時は、うがいに変更したり時間をあけ再度声掛けを行なっている。		

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	本人の訴えや排泄パターン、行動の観察によりトイレ誘導を実施している。日中は、トイレでの排尿を促し夜間帯については、歩行困難な方についてはポータブルトイレの使用を促している。	夜間にポータブルトイレ使用の方は4名で、昼間はリハビリパンツで過ごしている。布パンツで過ごせる方もあり、トイレ誘導しながら自立支援に努めている。	
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	朝食時、牛乳の飲用を促している。また、水分摂取量に気を付け体操の参加を促し適度な運動を心がけている。便秘気味な方に対しては、薬にてコントロールしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日時は決めているが、希望があれば日に関係なく入浴して頂いている。入浴が困難な際は、シャワー浴や足浴に変更し対応している。現状、夜間の入浴はできていない。	毎日3~4人を交代で、午後入浴支援をしている。浴槽がやや深い事もあり、車椅子利用の方は、シャワーでの入浴支援となっている。	
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	日中については、畳コーナー・ソファ・居室と個々に休息されている。夜間については、消灯時間を設けず自宅でのリズム同様、眠くなったタイミングでの居室誘導を心がけている。眠れない利用者の方に対しては、主治医に相談し薬剤の調整を行い良眠できるよう支援している。		
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	投薬変更時、日誌に変更内容を記載している。服薬開始後、副作用の有無について様子観察し記録に残している。また、ピルケースに個々の服薬数を記載し服薬忘れや、誤薬のないよう注意している。		
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	行事の開催や家族との外出の機会をもてるよう支援している。買い物や洗濯干しなど、今までおこなってきたことを続けられるよう支援している。		
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	買い物など希望があれば個々に支援を行えるよう努力している。また、ご家族に外出支援をお願いし楽しみを作る努力をしている。年に一度日帰り旅行を実施している。利用者の方にやりたいことや観たいものを聞き、職員がいくつかのプランをたて個々に行き先を選んでいただいている。	演劇観賞、コンサート、みかん狩り等を利用者の選択で行く様にして日帰り旅行の楽しみの機会としている。日常的には事業所の近くを散歩したり、買い物に出掛ける時もある。	

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	現在二名の方が、お金の自己管理を行っている。その他の方については、職員がお金の管理を支払い物時も職員が支払をしているのが、現状である。		
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	本人の希望により、家族に電話を掛ける際は職員が取次ぎ支援している。家族以外に電話する際は、事前に家族に相談し同意を得てかける時もある。手紙のやり取りは自由にしていただいている。		
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	共有空間であるリビングが広い為、ソファの配置を考え座りやすいようにしている。共有空間が方角的に日当たりが良くないため、大きな窓を設けている。	食堂兼居間は広く大きな窓で明るく、3箇所のソファで過ごす機会が多い。廊下はクッション材が使用されており、居間には畳の場所が有り「ゆったり」と過ごせる場所となっている。	
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	テーブル席とソファ席とあり、一人で過ごすことも仲のいい方とも過ごせるようになっている。現状、仕切りがなく完全に一人になれる事がない。		
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	入所時に、本人・家族へ使い慣れた物品を持ってきて頂くようお願いしている。個人差はあるが、思い思いの居室空間にされている。	居室の窓側にはサンルームがあり、ゆとりの有る雰囲気を感じられる。サンルームには洗面台が設置されており、各居室には災害時の準備としてヘルメットと電池が置かれている。	
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	個々に洗濯かごを用意し、居室に持って帰れるよう支援している。また、出来る事に関しては、ご本人に任せ安全に移動できるよう導線を確保している。		