

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	4491300085		
法人名	医療法人 福寿会		
事業所名	グループホーム菜の花湯布院		
所在地	大分県由布市湯布院町川西3661-1		
自己評価作成日	平成28年1月26日	評価結果市町村受理日	平成28年4月15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	福祉サービス評価センターおおいた		
所在地	大分県大分市大津町2丁目1番41号		
訪問調査日	平成28年3月1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)】

事業所の理念である①その人らしい生活②自然とのふれあい③地域の方々のふれあいを基にサービスを実践し、入居者の生活歴に沿って、本人の出来る事をして頂き、各々入居者が自律性を持って生活できるように個別に対応している。また、当事業所は山、川、畑と自然に囲まれた静かな環境の中にあり、散歩や設置されている畑での野菜作りを通して、入居者の方々に季節を感じて頂けるように支援している。地域の方々のふれあいとして、菜の花では積極的に地域行事に参加したり、当事業所で年1回開催している。交流会や年2回の消防訓練、餅つき等に地域の方々に参加して頂くことで、入居者と地域の方との交流を持てる機会としている。

【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)】

・様々なスケールを用いて、利用者の心身の状況を客観的に評価・把握を行い、介護計画や利用者支援に活かしている。
 ・職員と地域の見守りや日用雑貨の活用により、センサーなどの機材に頼ることなく、身体拘束回避や安全の確保に努めている。
 ・事業所利用開始前に関わりのあった専門職との連携が、個別支援に活かされている。

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 ↓該当する項目に○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	①その人らしい生活②自然とのふれあい③地域の方々とのふれあい、この3つを当事業所の理念としている。管理者、職員はこの理念を共有し、各々入居者の生活歴を把握し、自律性を持って生活できるように支援している。	理念に謳われている「地域」の項目を、前年度の目標達成計画とし、町内会との積極的な関わりや認知症啓発活動として、認知症サポーター養成講座に取り組んでいる。	
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	地域行事の案内があり、参加し、地域の方々との交流の場としている。また、当事業所でも年に1回の交流会や防災訓練、餅つき等で地域の方々に参加してもらい、交流の機会を作っている。	今年度、多くの地域住民も参加した事業所の夏季行事は、雨天のため、事業所内の生活スペースで開かれ、利用者と地域の人と共に過ごし、日常の様子を知ってもらう機会となった。	
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	地域の祭に参加したり、地域の方々に菜の花での行事に参加して頂くことで、認知症の理解を深めることに努めている。		
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	2ヵ月に1回で開催している。入居者の状態報告と行事報告、また、ユニットケアに向けた菜の花での取り組み報告をしている。	委員からの提案を受け、今年度より、同一法人の小規模多機能事業所と合同で開かれている。定期的に委員が顔を合わせることで、コミュニケーションが取れ、委員間で話しやすい関係が出来ている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に市町村担当者にも参加してもらっており、事業所の現況報告やサービスの取り組み内容を伝えている。市町村担当者よりも要望や意見が出ており、協力関係が構築されている。	由布市職員から、食中毒や虐待等の社会問題について啓発を受けている。また事業所からは後見人制度や離設等について質問し、アドバイスを受けている。	
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	菜の花会議にて身体拘束の定義についての勉強会を実施しており、入居者の尊厳を守る上で、基本菜の花では身体拘束を行わない方針としている。	日中傾眠傾向の利用者の活動量を増やし、夜間の良眠に繋げたり、利用者の安全やリスク回避について職員間で話し合い、日用雑貨の活用や見守りの工夫が行われている。	
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	研修の実施。月に1度、法人全体での医療安全会議を開いており、虐待を含め、介護事故等の報告が行われている。意識を高めるため夕礼でTV、新聞に記載されている報道記事の紹介をしている。		

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
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	由布市社会福祉協議会の安心サポート等の利用があるので、職員全員が理解できるように努めている。		
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、解約、改定等の説明は、入居者、家族等に丁寧に行い、納得いただけるように行っている。また、都度、疑問等があれば対応している。		
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	定期的(月に1回以上)な現状報告を行うと共に家族よりの意見や要望の聞き取りを実施している。また、地域密着型サービス事業所全体での家族会を開催し、家族よりの意見を聞ける場としている。	家族に毎月広報誌を送付し、事業所や利用者の状況を知らせている。面会や家族会を意見や要望を聞く機会にしている。日々のケアの中で利用者の希望などの聞き取りに努めている。	
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	働きやすい環境整備、条件整備は常に行っている。菜の花会議の内容を事務長、統括マネジャーへ報告している。	全職員が常勤で、職員の急な交代や緊急時には、ユニット間での職員協力や支援体制がとられている。職員のスキルアップやキャリア制度に力を入れ、職員の質の向上が図られている。	
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	定期的に事業所内での会議を実施し、各入居者の担当職員、係担当職員より現況報告を行ってもらい、意見や提案をすることで、業務の改善を図っている。来年度より介護キャリア段位制度を導入予定。		
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	代表者は管理者と連携をとり、フィードバック研修や2週間に1度、地域密着型サービス事業所全体での研修会を実施、参加している。今年度は認知症介護実践者リーダー研修修了者が誕生した。		
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	一緒に研修等を行い、同一法人内の他事業所職員との交流に努めている。(地域密着型合同研修など)		

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	各入居者に対して担当職員制(メイン、サブ1、サブ2)を決めており、入居者よりの不安や要望等に耳を傾け、本人が安心できるような馴染みの関係作りに努めている。		
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	センター方式を使用し、家族等が現在抱えている不安や要望等の把握をし、信頼関係を築けるように努めている。		
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	入居前にアセスメントを実施し、本人、家族等よりその時の要望や意向の聞き取りを行っている。それを踏まえて法人内の他事業所との合同での会議で他のサービスを視野に入れての話し合いを実施している。		
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	各入居者の自立支援を目標とし、料理作りや買い物、掃除等を入居者と職員が一緒に行うことで、介護する側、介護される側という関係性を持たず、協働しながら生活できるような関係を築いている。		
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	各入居者ごとに担当職員を決め、定期的に家族への電話連絡、月初めの便りにて状態報告を行っている。受診の際にもできるかぎり家族には付き添ってもらい、本人と家族の関係が途切れないよう支援している。		
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	近隣の商店やスーパーへの買い物の支援を行い、馴染みの人、場所との関係が途切れないように努めている。	地域の商店主や近隣住民と馴染みの関係が出来ており、買い物や挨拶、見守り支援を受けている。様々な馴染みの場に通り続ける事が出来るよう利用者の健康維持に努めている。	
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	重度化によりコミュニケーションがとりにくいが入居者間での支え支えあう関係を保つため、職員が会話の橋渡しや手助けしている。		

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	他の事業所に移られた方や長期入院された方にも面会や訪問をしている。退院後の相談にも応じている。葬儀の時は参列している。		
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	定期的に入居者と家族等より思いや意向等の聞き取りを実施している。表出の困難な方に関しては、アセスメント類を基に現状での課題を職員間で話し合い、本人が今一番必要としていることの代弁ができるように努めている。	フェイスシートの中に利用者の主訴や家族の意向を詳細に記録している。利用者の生活動作・精神状況・行動について、N-ADLスケール、NKスケール、DBDスケールなどを駆使し、客観的な評価を行っている。	
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	相談情報、センター方式を使用し、家族等より家にいた頃の生活やサービス利用の経過等の聞き取りを行っている。		
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	定期的または状態変化時には都度、担当職員、、介護支援専門員が中心となって、アセスメントをとり、状態の把握に努めるようにしている。		
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	本人、家族等より意見や意向を聞き取り、担当職員、管理者、介護支援専門員が中心となって介護計画を作成している。モニタリングを毎月行い、サービスの見直しもしている。	詳細なアセスメントをもとに、計画作成担当者が介護計画を作成している。毎日の記録の中で、計画に沿ったチェックが行われ、毎月のモニタリングで意見交換が行われている。	
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	日々の暮らしの様子やサービスの実施状況、食事量や水分量、排泄量等の記録をし、状態把握に努めている。また、朝、夕に申し送りを実施、連絡ノートにも記入し、全職員が把握できるようにしている。		
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	本人の状況に応じて、外出や買い物はもちろんのこと、家族の急な用事での通院介助できない場合など柔軟に対応し、個々の満足高められるようにしている。		

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
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	一人ひとりの能力に応じ、その方が利用している社会資源を大切に、なるべくそれが利用でき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	馴染みのかかりつけ医の診察ができるように本人、家族等の意思決定を尊重し、家族へ付き添い願っている。良好な家族関係を維持、形成できるよう支援している。重要な時はスタッフも同行するようにしている。	母体医療法人や地域の医療機関が掛かりつけ医となっている。受診は家族同行を基本としているが、状況に応じた柔軟な受診支援が行われている。3名の利用者が往診を受けている。	
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	毎日バイタルチェックを行い、入居者の体調変化を把握するようにしている。状態変化等があれば、主治医へ伝え、指示をもらうようにしている。今年度より医療連携加算を取得し訪問看護を実施している。		
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。	安心して治療ができるように病院関係者との連携は常時行っている。		
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、事業所の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	入居される時点で本人、家族等より終末期でのあり方について聞き取りを実施し、その意向に対して菜の花のできることを説明を丁寧に行っている。	利用開始時に利用者・家族の希望を確認し、常時医療処置が必要になれば住み替えの支援を行っている。今年度から訪問看護を取り入れ、病状確認や、重度化予防、緊急時の協力体制がとられている。	
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	マニュアルを作成し、緊急時での対応を全職員に周知している。また、急変時等では主治医に連絡をし、指示を受け対応している。		
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	年2回、消防団や近隣住民協力の下、避難訓練を実施している。また、防災のマニュアルを作成し、全職員に周知している。	年2回の避難訓練では、近隣住民に利用者の見守りの協力を依頼している。また、消防署職員に、利用者の心身状況や事業所の構造・間取りについて報告・確認を行っている。	

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
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	入居者は人生の先輩であるということを理解し、その方の生活歴や職歴を踏まえた言葉かけに努めている。トイレ誘導や入室の際にも本人の誇りやプライバシーを考慮した声かけを行っている。	利用者の居室を訪問する際、ノックや声掛けの礼儀に合った対応が行われている。利用者のこれまでの環境に配慮したコミュニケーションの取り方の工夫に努めている。	
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	行事の際には各入居者より食べたい物の聞き取りを実施。また、その日着る服や化粧を行う等、本人が自己決定できるように支援している。		
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	一人ひとりの体調を考慮しながら、その日その時に本人の気持ちを尊重し、個別性のある支援を行っている。		
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	入居される時点で、本人、家族等より自宅にいた頃の身だしなみ状況について聞き取りを実施、入居されてもその人らしさを保てるように努めている。意思決定できる方にはその日の衣服を選んでもらうようにしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	朝・昼・夕3食を事業所にて作り、買い物から準備、片付けを入居者と職員で行っている。また、入居者の状態に応じて食事形態の工夫をし、安心、安全に食べていただけるようにしている。	1週間単位で献立を考え、利用者の嗜好や咀嚼・嚥下状況に合わせた食事を共有空間の厨房で作っている。利用者の誕生日は、個々の当日に祝い膳で祝っている。	
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	入居者の好みや栄養バランスを考慮しながら、職員、入居者間で日々の献立を作成している。また、食事量や水分量はこまめにチェックし、食事量の減少が伺える入居者には高カロリーゼリー等で栄養が補えるようにしている。		
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	可能な入居者には自室、共同洗面台にて見守りの下、自分で行ってもらっている。介助の必要な方には用具の準備をし、できる所は自分でしてもらい、できない所は職員が対応している。歯科受診のできない方には往診で対応している。		

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
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	24時間、個別にチェックしており、尿量や頻度に合わせ、トイレの声かけを実施している。尿、便意のない方でもその人らしくできるだけトイレでの排泄が行えるように支援している。	日中は出来るだけトイレでの排泄支援に努めている。入院を機会におむつ利用となった利用者の些細な動きを職員間で話し合い、便意のシグナルと認知し、トイレでの排泄に繋げた事例がある。	
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	入居者、家族等より入居前の排泄パターンの聞き取りを実施。便秘気味の方は主治医に相談し、指示をもらうようにしている。また、水分量の少ない方には本人の好きな物、飲みたい物を準備し、出来るだけ多く摂っていただくようにしている。		
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	毎日入浴できるようにしており入居者全員に声かけ希望のある方は全員入れるようにしている。各入居者の担当職員が入浴介助に入るようにしており入居者が安心して入れるように支援している。入居前の入浴時間の聞き取りをしている。	週に2から3回の入浴を基本としている。在宅時の入浴の習慣を聞き取り、意向に沿う入浴支援に努めている。主と副の職員担当が係ることで、馴染みの職員の入浴支援体制がとられている。	
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	一人ひとりのペースで昼寝をしたり、心地良く眠れるように日中の生活に配慮している。入居前の睡眠状態の聞き取りをしている。		
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	薬の処方、効能、副作用の説明をそれぞれファイルに保管し、全職員が分かるようにしている。処方の変更等があった場合には申し送りや伝達、連絡ノートにも記入し、全員が確認できるようにしている。詳しい説明は薬剤師に聞いている。		
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	相談情報やセンター方式で一人ひとりの生活歴、趣味、特技を把握し、事業所内で役割が確立できるように支援している。		
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に支援している	個別の買い物には近くの店まで歩いて一緒に行っている。人数が多い時や食材の買い物時は車で一緒にスーパーに行っている。季節に応じてドライブも計画、実施している。また、家族や地域の方々にも協力を得て、希望時には自宅に帰れるように支援している。	日常的に外気に触れる機会を持ち、近くの商店への買い物や、食材の買い出し、散歩などの個別外出の他に、花見、祭りなどの集団外出支援が行われている。	

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	お金の管理ができる方には、管理できる範囲でお金を自分で持っていていただき、外出時等で希望する物を購入してもらっている。		
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	希望に応じて、日常的に電話や手紙が出せるように支援している。		
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	入居者の転倒等危険がないよう配慮した共有物の配置に努めている。また、季節に応じた花をテーブルに飾ったり等、家庭的な雰囲気になるようにしている。	利用者の集う場は、食卓を中心に、備品や家具の配置に注意し、転倒予防や車いす利用時の危険回避に努めている。食事は、共有空間の厨房で作られており、毎食、食材準備や調理音・香りを楽しむことが出来ている。	
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	各入居者の思いで、リビングでそれぞれ自由に過ごされている。		
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	使い慣れた家具を持ち込めることを本人、家族に伝えている。衣装ケースのみ持って来られる方もいるが、できるだけ寝具や布団は使い慣れた物を持ってきてもらい、居場所と実感できる環境整備に努めている。	定期的な換気により、感染予防や臭気予防に努めている。担当職員が、利用者のアセスメントから得られた情報をもとに、家族に協力依頼し、利用者の個性を生かした部屋づくりを行っている。	
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	トイレ等は誰でも分かるような表示にしている。また、自室にはネームをつけて、他の入居者の部屋と間違えないような工夫をしている。		