

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	4791600010		
法人名	有限会社MAJUN		
事業所名	グループホーム福ら舎		
所在地	沖縄県国頭郡恩納村字恩納6332番地		
自己評価作成日	平成21年11月5日	評価結果市町村受理日	

【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)】

当ホームは、緑豊かで閑静な地域に立地し、近隣には村総合福祉保健センターや、協力医療機関がある。建物は採光の良いバリアフリー住宅でADL(日常生活動作)が低下しても介護の負担が大きくなるように配慮されている。利用者一人ひとりの希望に沿った対応を心がけている。また、看護師の配置があり協力医療機関との連携が取れている。

※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.kaigojoho-okinawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4791600010&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 沖縄県社会福祉協議会		
所在地	沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1		
訪問調査日	平成21年12月8日		

【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)】

緑に囲まれた閑静な地域に立地し、2階に通所介護事業所が併設されており、近隣には村総合福祉保健センターや幼稚園、小中学校がある。職員は家庭的な雰囲気の中、穏やかにケアに当たり、利用者の落ち着きや笑顔を引き出している。利用者の在宅当時の生活習慣や趣味をホームでも引き続き支援することに力を入れ、個別外出支援も積極的に行っている。医療的支援は、協力診療所と連携を密に取り、看護師の配置等で充実していて、利用者及び家族に安心感を与えている。施設立ち上げの際、地域住民向けに認知症理解の啓蒙を図る講演会を行っている。

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	職員と共に作り上げた理念を、利用者一人ひとりの状態の変化に合わせて、理念の実現に向けて取り組んでいる。	職員一人ひとりのケアに対する熱い思いを聞き取り、代表者と管理者でまとめ練り上げた理念である。日々の利用者対応に行き詰まった時、職員は話し合い、勉強会等で理念に立ち戻り、ケアの原点を確認している。	理念作成時の職員が現在3名しかいないため、新職員と共に理念について話し合い再検討し、取り組んでいくことが望まれる。
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	利用者のADL(日常生活動作)の低下や持病の悪化に伴い、来訪での交流以外に、外出しての地域との交流が厳しくなっている。その中でも外出可能な方に関しては職員とともに外出しニーズに沿った対応を行っている。	地域の福祉祭り等へは積極的に参加したり、近所の方が旬の採りたて野菜の差し入れもある。	近隣の小中学校や幼稚園と積極的に関わり、子どもたちとの交流も進めていくことを期待する。
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	入所の相談や、見学に来訪された方へ、その家族が抱える認知症に対する問題についてアドバイス等を行なっている。		
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	運営推進会議にて感染予防の対策について話し合った際の意見を参考に、実際の対策として実践化している。地域の幼稚園・保育園との交流も継続して調整している。	年2回の開催で、現状報告・防火管理方法・困難事例について意見交換をおこなっている。管理者は2ヶ月に1度は開催したいとの思いがあり、メンバーの時間調整や新たなメンバーの参加など苦慮しているところがある。	新たな運営推進会議メンバーの調整等を行い、2ヶ月に1度の開催に向けて取り組みに期待したい。
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	入居利用者の家族に対する支援について、市町村担当者と意見交換をしながら進めている。	行政担当者は事業所の利用者の状況を把握しており、関係は良好で具体的な提案や情報提供等も行っている。地域包括支援センターとの関わりもあり担当職員は2階のデイサービスを訪れた時は必ず立ち寄ってくれる。	
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	ベッド柵を使用せずにセンサーを使用するなど工夫をしている。	日中は鍵をかけず出入り自由になっており、入り口のガラス戸には鈴を取り付けている。利用者2名がセンサーを取付けているが、行動を制限するのではなく、職員がすぐに見守りにいける為に行っている。常に動きを把握し職員同志が連携することで、身体拘束をしないケアを行っている	

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
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	勉強会にて虐待の定義やその防止策について学んでいる。		
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	勉強会にて権利擁護と成年後見制度について学んでいる。		
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	介護保険法の改正時等で契約内容の変更があったが十分な説明の上、再度署名捺印を頂いている。		
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	意見箱「希望の声」を設置しているが一度も投書は見られないものの、家族の来訪時には職員が直接家族とのコミュニケーションの中で要望をくみ取り、実践している。	家族へは日々声かけし意見を聞いている。「行事やドライブの時は連絡してほしい」「運動を増やしてほしい」等の意見や要望をうまく取り入れている。また家族が実際にエアロバイクを持参し協力する等信頼関係が築かれている。	
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	管理者は定期的ミーティングを行い、利用者の処遇等のみならず、業務の改善等に必要意見をくみ取り、実際の業務改善につなげている。	日頃から職員が意見を出しやすい雰囲気づくりを心がけており、内容によっては会議を開き皆で話合うなど柔軟に対応している。	
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	勤務実績に応じての昇給等を行っている。また、介護福祉士等の国家資格に対して十分な資格手当を提示している。		
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	認知症に関する研修や講演会等に対し積極的に参加を促している。		

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
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	管理者においては、研修等において知り合った他の事業所の職員との交流を深め意見交換会や情報のやり取りを行っている。		
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	事業所発足当時のアセスメントでは不十分と考え、センター方式を新たに取り入れ再アセスメントを行い、「本人理解」を深めることでニーズの把握やなじみの関係づくりの一助としている。		
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	センター方式での再アセスメントにより、家族の要望や本人に対する気持ちを理解し、家族との関係づくりの一助としている。		
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	家族の本人の認知症症状に対する誤解ややり切れない思い等からの発言に対し、じっくり傾聴し回を重ねることで、認知症についての理解が深まり、両者の関係改善につながった。		
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	時にはお酒の好きな利用者と一緒に晩酌したり(職員はノンアルコールで)と提供するだけでなく、ともに楽しむ時間を大切にしている。		
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	本人の気分が落ち込んだりした時、職員だけの声かけだけではなく、時には家族へも連絡を取り、話し相手になって頂く等協力を得ている。		
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	散髪等でいつもきちんと床屋で済ませていた方に対して、入所後も定期的に床屋に出かけている。	自宅までドライブしたり、親戚の集まりがあるときなどは帰宅したりしている。ある利用者は自宅で過ごしていた時と近い環境で過ごせるよう貝細工をしたり、鳥の餌台を作成し設置したりしている。	

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
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	利用者が別の利用者に対して一緒にリハビリを行うように声かけがあったり、病状が悪化してしまった利用者の居室を、仲良しの別の利用者が訪ね、励ましたりする場面があった。		
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	退所後も、次の環境で戸惑わないように情報の提供等を行っている。		
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	意思疎通が困難な方でも、それまでの生活歴や家族から聞いた「本人の性格」「癖」等を把握し、以降の把握の一助としている。	センター方式を活用し利用者思いの把握に努め、利用者の表情を確認しながら支援するようにしている。利用者同士の関わりの中から今までにない様子が見られる等日々変化する利用者の思い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	センター方式での再アセスメントにより、本人の生活歴等を把握している。		
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	センター方式での再アセスメントにより、本人の能力等の把握に努めている。		
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	介護計画を作成してはいるものの、状態変化に対してのプラン変更が遅くなることがある。	評価は職員が担当制で行い、計画作成者が基本的に6ヶ月に1度計画書の見直しを行っているが、1年見直しを行っていない利用者もいる。職員から現状に合った介護計画書になっていないとの意見もある。	3名の利用者に対し職員を担当制にしてセンター方式を活用したところ、計画書を意識した支援に取り組む姿勢が見られている。今後は全利用者の現状に合わせたプラン作成を行う事が望まれる。
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	定期的な処遇改善ミーティングにより情報の共有を図っている。介護計画のチェックにより日々の実践とその成果について記録しやすくしている。		

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
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	車を持たない利用者家族に対して、尿パット等の購入をしやすくするため、近所の病院処方箋受付薬局にお願いして尿パットを置いてもらうように調整した。		
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	村社会福祉協議会で開催された地域福祉まつりへの参加や、折り紙展開催時には声をかけていただき、見学し喜んでもらっている。		
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し、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	定期受診等は、担当の看護師が対応し、こまめに本人の状況を主治医へ報告している。また持病の悪化のある利用者に対して24時間連絡体制を主治医と取り決めている。	近隣のクリニックがかかりつけ医となっており、看護師が同行受診し状況把握に努めている。他科受診が必要な時は、先生が病状によって意見書を書いたり、電話連絡してくれたり連携が取れている。必要時には、家族にも受診対応お願いしている。	
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	看護師を配置しており、日頃の健康管理や状態変化に応じた対応を行っている。看護師不在の場合も24時間連絡が取れるようにマニュアル化し対応している。		
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。	入院時には家族本人主治医との連携をとり、短時間での治療や、治癒が見込めない場合での事業所の受け入れ体制等を確認しながら支援を行っている。		
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	事業所でのターミナルケア受け入れの指針を定め、利用者家族の安心につなげている。	医療処置が必要な場合以外は、かかりつけ医の協力を得ながら看護師が24時間電話連絡体制で行っていく方針である。職員とも日々の話し合いで方針を確認しており、終末期ケアについて勉強会を行っている。	
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	緊急対応マニュアルはあるものの、実際の応急手当等の実施訓練までは行っていない。		

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
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	避難訓練・総合訓練を合わせて年2回は行っている。	訓練は年2回行われて、1回は夜間を想定し職員一人で誘導を行い、2回目は2階のデイサービスと共に消防訓練を行っている。近隣に民家が少なく夜間は協力が得にくい為、職員は火事を起こさないよう常に危機感を持ち確認を行っている。	
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	居室でのポータブルトイレを使った排泄の際は必ずブラインド・居室のドアを閉め、プライバシーに配慮している。	排泄介助時など言葉かけが気になる時はその都度管理者が注意したり、勉強会で再確認し話し合いをしている。居室を掃除する時など必ず利用者へ確認し行うなど、自分にしてほしくない事は利用者にもしない事を基本に皆で取り組んでいる。	
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	普段のコミュニケーションの中から、本人の希望を聞き出し、闘牛を見に行ったり、DIY(ホーム)センターに出掛けたりしている。		
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し、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	食事時間になって眠たくなってしまったら、無理して起こさずに一度横になってもらい30分後起床を促し、個別で食事の時間を過ごし職員でサポートしている。		
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	行事やお出かけの際は、本人に着る物を選んでもらったり、時間をかけて化粧したりと準備を楽しんでいる。		
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	「今日は〇〇さんの好きなうどんですよ」等、好物が出る際は事前に声かけし、食への期待感を高めたりしている。	平日の昼食はデイサービスで調理し盛り付けだけ行い、朝食と夕食はホームで調理している。日曜日には利用者の声を聞き、うどんやたこ焼き・お好み焼きを調理し楽しんだりしている。栄養を考え彩りを意識し小皿に多くの種類を少量づつ盛り付けるよう工夫している。	
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	チェック表や、形態(とろみ・ゼリー)を工夫し対応している。		

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
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	歯ブラシでのケアや、ガーゼを使った口腔ケア等、個々の状態や、能力に合わせた対応を行っている。		
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	チェック表を活用しリズムの把握に努め失敗を予防し自立心の確保に努めている。個々の能力や、時間帯におけるリスクを踏まえた排泄介助を行っている。	一人ひとりの排泄リズムを把握し、時間帯や体調を見ながらリハビリパンツやパット等を利用してトイレで排泄することを大切に支援している。	
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	野菜をふんだんに使ったメニューを提供したり、水分チェック表で、水分摂取量の低下を予防している。		
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	定期的に入浴の声かけは行うものの、最終決定は利用者自身であり、利用者の意思決定の下で対応している。	週3回個浴で同性介助を基本に入浴の支援を行っている。アロマを使用し浴槽でゆったりと入浴する利用者もいる。浴室脱衣所共に広々としており暖房が完備されている。声かけの工夫により入浴を拒否する利用者はみられない。	
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	生活リズムを取り戻すことで、眠剤が逆に本人にとって活動を低下させる要因になっていることに気づき、眠剤使用を中止したりと、薬を使わずに状態改善ができるようアプローチしている。		
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	マニュアルに沿って対応し、個人の協力を得ながら服薬の支援を行っている。		
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	庭の草木への水撒きや、食事の下ごしらえ(もやしのひげ取り・葉摘み等)を協力してもらっている。		

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
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	個別に外出を行っており、本人の希望に応じた外出先に掛けている。	一人ひとりの希望を聞きホームセンターへ工作の材料を買いに出掛けたり、近くの海や闘牛を見に出掛けたりしている。時にはDVDを借りに出掛けたりと利用者ごとの外出支援に努めている。	
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	能力時に応じて普段から自己管理できる方への支援をはじめ、自己管理できない方に対しても、お出かけの際には職員管理の下お金の使用を支援している。		
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	実際に手紙を出すまでに至らないものの、「手紙を書きたい」という訴えに対してメモ帳などを用意したりと援助し、その内容を家族(手紙のあて先)へ報告したりしている。本人が落ち着かず、家族との会話を必要とした場合は電話を使ってもらっている。		
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	採光の良いバリアフリー施設でリビングには共用のソファを設置し居心地の良い環境づくりに配慮している。	居間は明るく開放的で季節の飾り付けがなされている。廊下の壁面のガラスから緑の木々が眺められ、利用者はテレビの前のソファや窓側にある小さなテーブルセットで椅子に腰掛け思いやりにくつろいでいる。	
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	テレビ前に共用のソファを設置したり、出窓近くの小テーブルにて気のあった利用者が一緒に洗濯物たたみをしていたりしている。		
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	住み慣れた環境の再現の重要性について入居時に家族へ説明し、使い慣れたものや生活習慣上必要なものを準備してもらうようにしている。(家具や仏壇等)	居室の入り口には干支の絵や利用者の作った飾りを取付けたり、苗字を大きく表示したりと工夫している。ベットとタンスは事業所が準備しているが、利用者によっては低めのソファや本を持ち込んだり、壁に写真を貼ったりしている。	
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	バリアフリー施設の中、本人が理解しやすいような表示(シンボルマークではなく、「トイレ」の見やすい場所への手書きの表示等)を工夫している。		