

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	1292500046		
法人名	社会福祉法人 東京さくら福祉会		
事業所名	社会福祉法人 東京さくら福祉会 ひまわりの家		
所在地	千葉県流山市三輪野山1-987		
自己評価作成日	平成26年1月28日	評価結果市町村受理日	平成26年5月2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.jp/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所		
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生1107-7		
訪問調査日	平成26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)】

<p>少人数ケアの中で、個人の能力を活かし、共同生活を行うことで日常生活での生活リハビリを実践し、ADLの維持、向上を目指します。積極的に外出や地域の行事などに参加して、社会参加をします。住み慣れた流山で最後まで在宅で生活していけるように支援します。</p>

【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)】

<p>規模多機能型居宅介護事業所の利点を生かし、在宅サービスで最大限利用者を支えようと管理者、職員がともに努めている。当日通いが入っていない一人暮らしの利用者には、職員が通いと同じ昼食を届けるなど、一人ひとりの在宅生活を支援している。利用者のできる範囲で洗濯や掃除などに参加してもらっており、食事についても、利用者は買い物、調理、盛り付け、片づけなどできることを手伝っている。職員と利用者が賑やかに食卓を囲んでいる光景は普通の家庭のようである。</p>
--

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	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	住み慣れた地域での生活を継続していけるように、管理者、職員は同じ理念を共有している(チャレンジ目標計画の活用)	事業所の理念を共有し、個々の職員のチャレンジ目標計画を毎年積み重ね、法人の理念にまで結びつけて実践に努めている。	
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	保育所の子ども達との交流や、行事、買い物、外食などに出かけ、地域とのつながりを図っている。	近隣病院の保育室とは、敬老会を開いてくれるなど交流がある。また、地域の大学の学園祭に出かけるなど、積極的に地域交流に努めている。	
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	当事業所に見学、相談に来た方や、利用者家族に、認知症の方の理解や相談を受けて支援している。小規模多機能型居宅介護の制度の普及に努めている。		
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	市役所の職員、地域包括支援センターや民生委員、家族に声をかけ、概ね4ヶ月に1度、運営推進会議を実施している。施設、自宅での様子や事業所の現状など情報交換し、サービス向上につなげている。	今年度は、3回開催した。地域包括支援センター職員や民生委員、家族の参加は得られているが、自治会など地域からの参加は難しい状況である。	地域密着型サービスという観点からも地域住民の参加があるとよいと思われる。引き続き働きかけていくことが期待される。
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	困難ケースの相談や指導を受けたり、事業所の近況報告、介護相談員の受け入れなど市との協力関係を築くよう取り組んでいる。運営推進会議に参加していただき、情報を共有している	毎月、市の介護相談員の来訪を受け入れている。市の担当課には随時、事業所の状況を報告している。また、運営推進会議には地域包括支援センター職員の参加もあり、相談しやすい関係性ができている。	
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	身体拘束排除宣言を表明している、職場会議で身体拘束について理解を深め、実践している	事業所の開設以来、身体拘束排除宣言を表明しており、全職員が職場会議で身体拘束について理解を深めている。管理者が外部研修に出れば、職員と職場会議で情報の共有を図っている。	
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	外部で行われる研修に参加し、それを職場会議等で、伝達研修をしている。		

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

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	管理者は権利擁護や成年後見制度について、地域包括支援センターから話を聞いたり、研修を受けるなど学ぶ機会を設けている。職場会議で伝達研修している		
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	特に新規契約時には利用者・家族に契約書や重要事項説明書の内容の説明を行い、納得をいただいてから締結している。		
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	送迎時や訪問などで、意見や要望を直接聞き、日ごろから利用者や家族と話す機会を設けている。また、運営推進会議で家族等の参加を促し、意見を反映させるように努めている。	送迎時や通いのない日の利用者宅への訪問などを通じ、日常的に利用者や家族からの意見や要望を聞き取っており、反映できるようにしている。	
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	日常業務の中で、随時、管理者は運営に関する提案や意見を聞く機会を設けている。2か月に1回、職場会議を行い、提案や意見を議論し、反映させている。	2ヶ月に1回の職場会議で運営に関する提案や意見を聞き、議論している。管理者と職員の間信頼関係が伺え、意見の言いやすい環境があると思われる。	
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	職員一人ひとりと面接の機会を作っている。また面接時にチャレンジ目標を元に各職員が向上心を持って働けるよう努めている。		
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	代表者は、管理者を通じ、法人内外の研修を受ける機会を設けている。		
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	市内の連絡会などに所属し、積極的に参加している。他事業所に訪問したり、勉強会、情報交換などネットワークの構築をしている。		

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
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	新規の利用者には、管理者と介護支援専門員が自宅に訪問し、希望などを聞き、安心して利用できるように努めている。可能な限り事前に体験を行い、本人に施設について知ってもらうように努めている。		
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	新規の利用者家族には、管理者と介護支援専門員が自宅に訪問し、希望などを聞き、安心して利用できるよう努めている。事前に施設に見学してもらい、施設の様子など見もらう。		
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	本人や家族の希望や話を考慮して、必要なサービス、支援が受けられるよう努めている。		
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	職員、利用者の垣根を越えて、共に助け合う関係を築き、共感するよう努めている。		
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	家族とのコミュニケーションを大事に考え、自宅での様子や、事業所での様子など共有し、家族と共に本人を支えていけるよう努めている。		
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	馴染みのある場所(店舗や公共施設など)に行く機会を作っている。	小規模多機能型居宅介護施設であり、利用者の地域での生活を支援していることから、馴染みの場所に限らず、みんなで楽しめる場所を選び外出している。	
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	外出を多く取り入れているため、利用者同士の交流が多く見られる。施設での生活でも利用者同士のやり取りが多く、家事などの協力につながっている。		

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	契約が終了しても、必要に応じて、本人の状態などを確認したり、家族の相談に応じるなど対応している。		
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	一人ひとりの思いや意向に合うよう、関係性を深め援助して、思いなどを伝えるのが困難な方には施設での様子、家族から本人のことについて聞き、本人にとって良い生活が送れるよう検討している。	「通い」「訪問」「泊まり」を組み合わせたサービスを通じ利用者の生活全般を見るなかで、一人ひとりの理解を深めている。職員それぞれが吸い上げた利用者の思いや意向は、職場会議や朝の申し送りなどで共有している。	
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	本人・家族を中心に、なじみのある人たちの話しも聞きながら、本人の生活歴、生活環境などを把握し、サービスに反映できるようにしている。		
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	心身状態やどのように過ごしたいかの意向や意欲、その人の能力の把握に努め、家事や外出などの援助に反映できるようにしている。		
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、施設の職員や主治医などの関係者の意見を踏まえ、本人がよりよい生活を送るための介護計画を作成している。	協力病院を退院してサービスを受ける利用者が多く、退院時には、主治医やリハビリ担当者、福祉用具事業者など関係者と共にカンファレンスを行ない、チームワークで介護計画を作成している。モニタリングは定期的に、また必要に応じて随時行ない、その都度家族にも説明している。	
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	利用者の様子やケアの実践・結果など個別に記録している。職員間で情報を共有しケアや介護計画作成に反映させている。		
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	急な通い、泊まりなど臨時のサービスでも、本人・家族の希望に応じて、在宅生活が継続できるよう、できる限りサービス提供に努めている。		

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
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	本人の在宅生活を支えている、家族・地域の方たちの把握、交流を大事にしている。事業所の通いサービスにおける地域との交流を通し、地域から孤立しないよう援助している。		
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	本人と家族が希望する医療機関に受診してもらっている。必要に応じ、受診のための送迎や受診同行をしている。適切な医療をうけられるよう支援し、かかりつけ医との連携を密にしている。	利用者のほとんどは協力病院の医師が主治医となっており、受診の同行などを通し、常に連携を図っている。協力病院以外の病院がかかりつけ医となっている利用者の医療についても、家族から話を聞き、把握に努めている。	
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	職員は利用者の日々の変化や心身の状態など記録し、気づいたことを看護職に伝え、適切にケアできるよう努めている。		
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。	入退院における医療機関との情報交換を密にしている・早期に在宅復帰ができるよう、入院時に地域連携シートを用いるなど、医療機関と情報を共有。カンファレンスなどに参加するようにし、医療関係者との関係作りをしている。		
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	事業所ができる支援の範囲を説明し、終末期になった場合等に、どのような支援方針になるかを、早い段階から本人・家族の意識の共有を図っている。場合によっては適切な事業所を紹介し本人にとってより良い支援できるよう取り組んでいる。	重度化や終末期の対応については、利用開始時に事業所としてできることとできないことを説明し、理解してもらっている。その上で随時家族等と話し合いながら、本人にとってより良い支援となるよう努めている。在宅での終末期を、清拭などで支援しながら看取することもある。	
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	利用者の緊急時や事故発生時に備え、看護師の伝達研修を行い、職員が対応できるよう努めている。		
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	消防の方の助言をもらいながら、防災マニュアルの確認や避難訓練などを通して、避難経路、避難場所、昼夜を問わず迅速に利用者が避難できるよう全職員で確認している。災害に備え、防災用品を準備している。	今年度は、避難・誘導訓練や消火訓練を2回実施した。またスプリンクラーを設置し、現在消防計画の見直しも行なっている。水や米などを備蓄し、非常持ち出し袋も事務室に準備している。	災害時には近所の協力が不可欠である。事業所が福祉避難所として想定されていることを近隣に知らせ、防災訓練を共同で行なうよう働きかけるなど、協力体制を築いていくことが望まれる。

【評価機関】

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	職員は利用者との関係性を考慮しながら、一人ひとりの人格とプライバシーを尊重しそれぞれに合った声かけや対応をしている。	利用者と職員の距離が近い家庭的な支援のなかで、利用者を尊重し、プライバシーに配慮した言葉かけや対応を行なっている。	
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	本人の思いや希望が表現したり、伝えられるように、コミュニケーションを密にし、本人との関係性を深め、本人が決められる環境づくりをしている。		
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	毎日のスケジュールは、(事前に予定の計画なければ)その日の職員と利用者が決めている。その人らしさがきくよう、本人の希望や生活歴・日々の観察などを基に本人のやれること・やりたいことを行えるようにしている。		
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	利用者一人ひとりが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。外出する機会に身だしなみに対して考える場を作っている。		
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	利用者の力量に応じ、調理・配膳・片付けなど協力して行っている。食事を職員と一緒に食べることや産地の食べ物、なじみのある食べ物なども使うことで、会話が弾み、楽しく食べられるようにしている。	野菜は家族や近隣からもらうことも多く、メニューに取り入れている。また、利用者は買い物、調理、盛り付け、片づけなどできることを手伝っている。当日通いが入っていない一人暮らしの利用者には、職員が同じ昼食を届けている。一つのテーブルを囲む大家族のような食事風景であった。	
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	一人ひとり食べるよう量や形態を調節し、栄養量や水分が確保できるように支援している。受診時の結果や定期的に体重測定、本人・家族との情報交換の中で栄養や水分がしっかりと取れているか、確認している。		
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	本人専用の歯ブラシを用意し、いつでも口腔ケアができるようにしている。必要な利用者には、声かけし、口腔ケアをするよう介助、促しをしている。口腔状態によっては歯科受診したり、家族に連絡をとっている		

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	一人ひとりの排泄能力を把握し、それぞれの個別に援助を行っている。本人・家族、関係者と情報を共有し、本人にとって適切な援助を行っている。	排泄の自己管理が難しい利用者には排泄表を用いて誘導したり、個別に対応している。訪問介護の際に家のトイレ形態やその人のトイレ習慣の把握に努め、通いの機会を利用して、自立に向けて支援している。	
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	個々の排便状態を把握し、本人の状態に応じて、必要な場合、本人・家族と事業所で排泄の有無を確認している。便秘にならないように水分摂取や食べ物の工夫、運動するように働きかけている。		
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	入浴の曜日は決めておらず、利用者に声をかけて決めたり、家族の希望により入浴を行っている。個浴のみの対応で、個々に合わせた入浴を支援している。	入浴は清潔の保持とともに、利用者と職員のコミュニケーションの場として、また過去に乳がんの発見につながったことから、利用者の身体状態を把握する機会としても大切にしている。入浴しながら利用中には、その人が気分の良さそうな時を見計らって誘導したり、泊まりの時にじっくり対応するなど工夫している。	
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	一人ひとりの状態や利用者の意向などその時々に応じて、個室誘導するなど適切な環境で休息・睡眠できるように支援している。		
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	看護師を中心に職員は利用者一人ひとりが使用している薬の目的や副作用について理解に努めている。必要に応じて服薬管理を行い、状態の変化が見られる時は看護師や主治医に連絡するようにしている		
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	生活歴などから本人の興味があるものを見つけ、本人の能力を活かし、役割、楽しみごとが増えるように支援している。利用者同士の交流も行われるように働きかけている。		
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	その日の職員や利用者の希望で、買い物や地域の催し物など外出先を決めている。幅広く色々な場所へ外出している。利用者の希望や意見を基に事前に計画を立て、その場所へ外出することもある。	散歩や買い物をはじめ、外食、交流を続けている保育園への訪問など、日常的に外出し地域の人々との交流も図っている。今年度は、通いの利用者全員と職員で横浜までバス旅行も実施した。	

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
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	職員は利用者の希望に応じて、お金を所持したり、使えるように支援している。本人から希望があった場合などスーパーや衣料店など買い物に出かけ、買い物ができるように支援している。その際には金銭トラブルがないよう十分に配慮している。		
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	利用者の希望に応じ、電話をかけるためにできない部分の支援を行っている。訴えは現在はない。		
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	楽しく、居心地よく過ごせるように、温度管理や清潔感など、配慮している。季節の花を置いたり、写真を飾るなど、楽しい雰囲気や居心地のよさができるように工夫している。	民家を改造した事業所である。リビングは2週間ごとに写真や掲示物を入れ替え、季節が感じられるような工夫をしている。またテーブルの透明なマットの下には行事の時などの写真がはさまれており、そこからも会話が弾んでいた。	
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	利用者の希望や状況に応じ、それぞれの過ごし方ができるように支援している。利用者同士で思い思いに過ごせるように、関係を深めるための支援をしている。		
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	居室や泊りを定期的を使用する場合は、同じ部屋・部屋の環境をあまり変えない配慮をしている	泊まりの利用者はある程度決まっているので、混乱しないように、ほぼ固定した部屋を使ってもらうように配慮している。在宅時と泊まりの時の利用者の心身状態の変化などについては、送迎時に家族と確認し合いながら支援している。	
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	建物は狭く、利用者一人ひとりの距離が狭くなっているが、利用者同士の関係性を深め、家事などみんなのできることを行える環境になっている。また利用者が危ないときなど職員に声を掛けてくれ、安心して過ごせる環境づくりにつながっている。		