

### 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	2295400069		
法人名	株式会社アース		
事業所名	グループホームまーがれっと島田		
所在地	島田市横井2-25-6		
自己評価作成日	令和6年 2月 14日	評価結果市町村受理日	令和6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	<a href="http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階
訪問調査日	令和6年 3月 15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)】

1ユニット9名の小規模な生活空間の中で食事・洗濯・掃除・買い物をご利用者様と一緒に出来ることを行っています。家庭に近い環境・雰囲気を作り生活して頂くことで認知症の進行が緩やかになり、精神的にも安定した生活が送れるよう支援しています。出来る限り外出を多く取り入れ施設内にもりきりにならない地域との繋がりを保てるよう心がけている。外出出来ない方に関しては、玄関先での日光浴に取り組んでいます。ご家族との面会も再開している。

事業所の近隣には大井川が流れ、郊外の住宅地に立地している。緑地公園運動場や球場があり自然に恵まれた環境である。運営推進会議でヒヤリハットや事故報告書など詳細に参加者に報告をし、意見をいただき反映している。利用者の健康管理は24時間体制をとっており充実している。ご家族が受診の付き添いに行かれない場合は、事業所が同行し支援している。重度化や終末期の支援では本人や家族の意向を踏まえて、医師と職員が連携をとり取り組んでいる。

#### 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、その時々々の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
<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	医事業所目標を事務所入り口の壁に掲示、管理者・職員共に意識出来るようにしている。	法人の経営理念『快互』～私たちは互いに快い時を提供します～を掲げている。理念に添い行動指針を挨拶、感謝、知識と技術の向上等10項目が明記されている。職員会議でケアに反映されているかを確認し、職員間で共有を図っている。	
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	地域の清掃活動等には出来る限り参加するようになりますがコロナの影響もあり夏祭りなど町内行事がなくなっていた為交流は減ってしまった。	地域の清掃活動には利用者と職員が共に参加し、活動している。町内会に加入し回覧板等で接点を持ち交流を深めている。	
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	現在は運営推進会議を通して町内・地域の方にホームで活動・日常の様子を知って頂く事が一番の方法となっている。特殊な環境ではあるが同じ建物内に大家さんが住まれている為地域とのつながりにも協力して頂いている。		
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	日常生活の報告・事故報告・インシデント等困難な事例の相談。季節の行事など写真つきで見て頂く。	長寿介護課職員、包括職員、自治会長、民生委員が参加し、事業所の状況を報告している。ヒヤリハット報告、事故報告を行い参加者から意見をいただいている。防災についてはBCP防災マニュアルを作成し、避難対応についての確認をしている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議へ出席して頂き、サービス内容や困難事例の相談・事故報告発生後再発防止に向けてのアドバイスを頂くなどしている。	認定更新時に利用者の暮らしぶりや身体状態を伝えている。事業所の状況やケアサービスの取り組みを伝え連携を深めている。また事故報告書の内容について具体的に指導を受けている。	
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	身体拘束委員会を3ヶ月に1回定期的に行い自施設に合わせた勉強など行っている。	職員の言葉かけやセンサーの使用法、また車椅子での生活時間などをミーティング時に話し合いケアを振り返る機会を持っている。勉強会を実施して権利擁護や身体拘束について職員の共有意識を図っている。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	虐待防止委員会を半年に1回実施。自施設での事例などを踏まえて色々な虐待について考え、理解を深めるよう務めている。		

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	管理者研修で権利擁護の研修会に参加しておりマニュアルに沿ってミーティングの際にスタッフにも学ぶ場を設けるように取り組んでいる。		
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	契約時は重要事項説明書、契約書、急変時や終末期の説明について契約者様に見て頂き、読み上げを行い疑問点などをお聞きし不安解消に務めている。		
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	運営推進会議への出席確認と共に意見・要望を聞く用紙を同封している。また面会時や電話連絡時など意見・要望をいつでも聞けるようにしている。	利用者や家族の意見、要望は担当者会議で聞き取る他、まーがれっと通信やその他資料の送付時または面会時に話を聞き反映に努めている。	
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	職員と面談の機会を半年に一度設け運営・法人に対する意見を聞くなどコミュニケーションを取るようにしている。月1度にミーティングの際にも職員の意見要望聞き運営に反映できるようにしている。	職員は管理者と、管理者は地域マネジャーと面接を実施している。ミーティングでは運営方法や勤務体制について話し合い意見を聞いて反映している。	
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	人事考課制度を取り入れ、本人評価・管理者評価を面談時にすり合わせている。また職員が意欲を高める事が出来るよう労働条件の整備に務めている。		
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	法人内で介護基礎研修・初任者研修・実務者研修など職員に進め勉強と仕事の両立が出来るようシフトの調整に取り組んでいる。また勉強会や研修会などにも参加出来るよう出来るだけ務めている。		
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	市内他グループホームとの集めりに参加出来るよう努めている。同じグループ内での研修に職員が参加するなど交流できる機会を設けている。		

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
<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	入居時に本人様の情報をご家族や関係者様からの聞き取りやご本人様との会話の中から、要望や不安を汲み取り安心して生活が送れるよう努めている。		
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	ご家族との話し合いの場を持ち、本人様・ご家族様が困っている事や要望を伺っています。ホームに対する意見や相談があれば随時お聞きし信頼関係を気づけるよう取り組んでいる。		
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	柔軟な対応を取るようになっています。場合によっては関係機関や社内の方々に相談している。		
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	日常生活の中で、ご本人様が生き生きと生活ができるよう取り組んでいます。出来る範囲での家事作業や内職・趣味など活動できる場を見つけ実行しています。		
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	ご本人様にとって何が一番良いのかを常に考え、ご家族様と相談するようになっています。ご家族の負担にならない範囲での受診の付き添いや、毎月施設からの写真付きでの近況報告を発信しています。		
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	今まで生まれ育った馴染のある場所へのドライブや散歩、買い物など外出支援に努めている。面会やご家族との外出もいつでも出来る事知って頂けるよう声掛けしています。	家族とお墓参りや外出、今まで育ててきた植木の手入れなど個々の生活習慣を尊重している。また馴染みの場所へのドライブなど積極的に出掛ける機会を作っている。	
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	個々の性格や認知症の症状から来るトラブル回避に努めています。ご利用者様が認知症の症状によって孤立しないよう職員が間に入るなどして利用者様同士が関わり合い楽しく生活できるよう努めています。		

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
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	退所後の様子を電話や様子も見に行くなど関係を断ち切らないようにし相談があれば支援できるようにしていきたい。		
<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	入居前にご本人様・ご家族様から聞き取りを行なっています。入居後は日々の生活に中での会話や行動を観察し意向を汲み取れるよう取り組んでいます。	日々のかかわりの中での会話や表情などで何をしたいのかの把握に努めている。また担当の職員は本人の今や、これまでのことをアセスメント等で把握し職員全員で利用者の支援に取り組むように努めている。	
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	情報提供書やご本人様・ご家族様からの聞き取りを行い入居前に全職員が把握できるよう務めています。		
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	定期的に行っているカンファレンスや職員同士の申し送り等の中で情報交換をや日常生活での変化に気づけるよう務めている。		
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	毎月行っているカンファレンスにて担当職員と情報交換を行い、3ヶ月毎のカンファレンスも行いご家族面会時に出来る限り担当職員も交えて介護計画の見直しを行っている。	カンファレンスで利用者のケアのあり方を話し合い、さらに職員が作成している個別援助計画を確認してモニタリングを実施している。ご家族から意見を頂き介護計画を作成し支援に繋げている。	
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	日常生活の記録・業務日誌や運営推進会議の記録などはいつでも確認出来る様にしている。職員間で情報共有し、介護計画の見直しに務めている。		
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	利用者様の心身の状況を観察し、ご家族や・往診医・訪問看護と相談しながら各利用者様にあった対応が出来るよう心がけている。		

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	消防署・地域の行事への参加などコロナ以前は町内の方や学生ボランティアさんが手を貸してくれていた。現在は出来る範囲での地域の活動に参加し以前の様な交流が出来るよう務めている。		
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	入居以前からのかかりつけ医を継続支援も行っていきます。ご本人様・ご家族様負担に感じた場合施設往診医への主治医変更行っている。	利用者は全員事業所協力医の往診を月2回受けている。また週1回訪問看護があり健康管理を依頼している。夜間の電話対応や緊急の場合は往診をお願いし24時間対応で支援している。眼科、整形外科などの受診は家族又は事業所で対応している。	
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	現在は二週間に1回(月2回)の往診医と週1回島田市訪問看護ステーションの2つに健康管理をお願いしている。それぞれに同じ情報を共有し、利用者様に適切な医療を受けて頂けるよう支援しています。		
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。	入院時にはケアマネから情報提供を行い、退院前には事前面談を行い担当医・看護師と退院後の生活支援について相談しています。		
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	入居時、終末期についての意向確認書と同意書を取っています。利用者様の容態急変時に再確認を行っています。最後を住み慣れた施設で過ごしたい・自宅に帰りたいなど柔軟な対応を取れるよう心がけています。	開所してから数人の看取りをしている。重度化した場合は『緊急時 終末期にむけての覚書』を作成している。本人ご家族の意向を踏まえて医師、ご家族、訪問看護師、職員で事業所が対応出来る支援方法を話し合い検討している。	
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	状態が変化した際は、主治医または訪問看護師に相談し指示を受けています。備え付けのAEDの操作訓練も行っている。急変時のマニュアルを作成し見やすい場所に掲示しています。		
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	火災・避難・防災訓練を年2回実施。そのうち1回夜間想定で行っています。防災マニュアルも職員が確認できる場所に設置。	防災マニュアルを作成して、年2回避難訓練を行っている。消防署は参加していないが、消火器訓練を実施している。現在は地域防災訓練へ職員が参加している。非常用食料は5日分備蓄されている。	地域的に火災や地震、水害の災害が予想されます。今後は消防署の参加や、地域防災訓練に職員と共に利用者が参加することを期待します。

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
<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	施設内の研修や勉強会を行っています。利用者さまの声掛け等に配慮出来るよう務めています。	言葉かけに注意して誇りやプライバシーを損ねることのないように努めている。入浴や排泄の支援で必要な時は同性介護を行っている。居室に入る時は声かけをするなど日常的にも配慮している。	
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	日々生活や会話の中から利用者様の思いや希望を汲み取り実現できるよう支援しています。		
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	大まかに業務は決まっているが利用者様のペースにを大事にし希望に沿った支援を心がけています。		
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	入浴時などご自身で着替えの準備が出来る方にはお任せしたり、準備が出来ない方には職員が声掛けしながら洋服を選ぶ様にしています。訪問理美容の際にはご本人様の意見を大事にしています。		
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	食事の前には本日のメニューを読み上げている。一緒に作業が出来る方には盛り付けや、みそ汁の具を切って頂くこともある。行事の時などは利用者様の意見を取り入れたメニューにしています。	食事は業者に依頼しているがご飯と汁物は事業所で調理している。ミキサー食は職員が加工しさらにおやつ作りを行っている。準備や片づけは、利用者の出来る範囲で御願している。	
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	持病がある方には水分制限や・塩分・糖分に考慮し食事を提供しています。食事・水分摂取表を活用し職員が誰でも確認出来るようにしています。		
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、一人一人に合わせて口腔ケアを行っています。まずご自身で磨いて頂き磨き足りないところを職員が手伝っています。		

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
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	排泄表を活用し、個々の排泄パターンを把握できるようにしています。オムツ使用している利用者様に対しても排便時など職員の介助にてトイレでの排泄を出来る限り支援しています。	排泄表を使用して時間でトイレ誘導を行い、トイレでの排泄を大切にしている。今は布パンツ使用1名、リハビリパンツ使用6名、テープオムツ使用1名であるが、全員トイレでの排泄を行えるよう本人に合わせた支援を検討している。	
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	水分摂取表を活用し、水分不足にならないよう声掛けしている。トイレ利用時お腹のマッサージをしたり天気の良い日には散歩に行くなど体を動かして頂き自然に排便出来るよう務めている。		
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	週二回を基本としています。利用者様の意向によりどうしても入りたくない日には翌日に入浴して頂いたり昼間入りたくない方には夕方入って頂くなど柔軟な対応を取っている。	週2回入浴をしている。洗髪を嫌がる方には洗髪ハットを利用したり、長湯希望の方や熱い湯希望の方は、職員と相談しながら納得してもらい、危険のない入浴を支援している。入浴時間は、利用者との会話が出来る大切な時間となっている。	
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	利用者さまのペースに合わせて入床のお手伝いをしています。安心して休めるよう居室の温度調整や照明など配慮している。		
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	利用者様の処方箋がすぐ確認できるよう個別にファイルにとじ見やす場所に置くようにしている。薬の変更があった場合連絡ノートや受信ファイルに記録し職員が必ず共有出来るようにしています。		
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	趣味や出来る事を生かした作業を支援できるよう努めています。季節の行事や誕生日会など計画をたて一緒に買い物に行き選んで頂くなど気分転換もかねた外出をしています。		
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	職員と買い物に出かけたり、町内を散歩したり利用者様の気分に合わせた支援をしています。花見や紅葉の時期には市外にもドライブに行くなどしている。	午後に事業所の近隣を散歩している。また一人ひとりが外出を楽しめるように、公園や季節の花の鑑賞に積極的に出掛けている。	



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	お小遣いをホームで預かることを基本としてますがお金がないと不安な利用者様に対してはご家族に紛失のリスクをお伝えし了承を得たうえで財布をもって頂くこととしています。		
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	利用者様が望んだ場合には職員が電話しご家族に確認したうえで電話をお渡ししています。電話が出来なご家族などには、年賀状やお手紙を書くなど出来る事を支援しています。		
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	利用者様が生活していくうえで不快の内容配慮している。窓が大きい為暖かい日には窓を開け外の景色が見れるようにしている。利用者様同士の相性を考慮したテーブル席の配置気を付けている。毎月季節に合わせた壁画を作成し掲示している。	利用者が使っているタブレットで好きな音楽を流し歌をうたったり、釣りや動物の動画を鑑賞している居間では、季節に合わせた壁画が装飾されている。また大きな窓からは外を眺める事ができ居心地よく過ごせるような工夫がされている。	
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	利用者様同士の相性を考慮した席の配置を心がけている。ソファーや、畳スペースなど利用者様がいつでも好きな時に活用出来るような居場所づくりを支援している。		
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	入居時にご家族・利用者様に馴染のある物・寝具や家具などをもって頂くようお話しています。自宅にいた環境に近い居室づくりができるよう務めています。	居室には家族の写真やテレビ、DVD、日記、タンス、位牌などそれぞれの思い出の品々が持ち込まれ、利用者の居心地よく過ごせる空間となっている。	
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	トイレマークや居室の名札など利用者様がわかりやすいような掲示しています。(名札が必要ない方には掲示していません。)居室内のベットや家具の位置やで電灯の紐の長さなど安全に配慮し個人に合わせています。		