

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	0272400821		
法人名	有限会社ケアサービスたんぼぼ		
事業所名	グループホームたんぼぼ		
所在地	青森県五所川原市金木町字芦野200-269		
自己評価作成日	令和4年8月2日	評価結果市町村受理日	

※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	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	令和4年9月13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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・敷地内に通所・訪問介護、居宅介護支援事業、住宅型有料老人ホーム、高齢者共同住宅等があり、小規模な中で職員との協力体制を整え、利用者間交流も行われています。 ・周囲はたんぼぼや畑、公園に囲まれて、自然に恵まれています。民家は少ないが、避難訓練に参加いただいています。 ・グループホーム開設以来、代表者を含めて全ての職員ができる所から積み重ねる姿勢で取り組んでいます。

【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>ホーム周辺には公園やたんぼ、畑があり、四季を感じることができる環境である。 また、コロナ禍でありながらも工夫しながら近隣住民との交流に努めており、家庭的な雰囲気の中、利用者一人ひとりが思い思いの時間を過ごすことができるよう、地域密着型サービスを意識したサービス提供に取り組んでいる。</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拡がりや深まりがあり、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	管理者・職員一同で検討して、令和元年10月より新しい事業所理念を作り、毎月1回の職員会議の冒頭で唱和し、利用者が笑顔で暮らせることを目指しています。	地域密着型サービスの意義や役割、ホームの在り方について全職員で考え、新しい理念を掲げている。また、職員会議での唱和やホーム内への掲示によって、常に理念を意識したサービス提供を行っている。	
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	コロナ禍で一旦外部との交流は中止していますが、年末に幼稚園児とガラス越しの交流をしたり、避難訓練には近隣の方に参加いただいています。	現在はコロナ禍により交流は自粛されているが、幼稚園や近隣住民とは町内会等、地域の行事を通じて交流できるように努めている。	
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	運営推進会議や家族会で、これまでの認知症介護の実践で学んだ支援方法や、一人ひとりの異なるケア方法等を伝達し、喜ばれています。		
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	運営推進会議では、利用者やサービスの状況、自己評価の結果を発表し、議題としています。身体拘束・虐待防止についても有識者から助言や意見をいただき、ケアの向上に役立てています。	運営推進会議はコロナ禍であることから、書面において行っている。また、会議の資料は直接メンバーに渡し、電話で意見や要望を聞くように努めている。	
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	集団指導の指導事項により業務を見直したり、市の担当者からの連絡メールを定期的にチェックし、対処しています。運営推進会議を通じて、ホームの実情やケアへの取り組み等の伝達を心掛けています。	行政の職員が運営推進会議のメンバーでもあり、常日頃から電話やメールでやり取りし、ホームの状況報告や運営に対するアドバイスをいただく等、連携体制を整えている。	
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	代表者・職員は事業所内外の研修受講や身体拘束等適正化委員会を定期的に開催し、身体拘束による弊害の理解と廃止することに取り組んでいます。	身体拘束については行わない姿勢で日々のケアを提供しているが、利用者の安全面に配慮した結果、やむを得ず身体拘束を行う場合があり、予め家族等に説明を行い、同意を得て記録を残す体制となっている。	身体拘束を行う際の記録については記載漏れの無いよう、複数の職員でチェックする体制とされるよう期待したい。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	事業所内において虐待防止の研修を行い、自分で些細な事だと思っても虐待に当たる事例等を読み合わせ、防止することへの思いを再確認しています。		

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
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	日常生活自立支援事業を利用している利用者を通じて、職員は制度を理解をする機会を持ち、支援員との話し合いに参加したり、話し合いの結果を聞くことによって理解を深めています。		
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	新規契約時や改定時はわかりやすい言葉で説明しています。また、これまで出された家族の疑問点等を表にして、チェックしながら説明しています。		
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並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	利用者の要望は、職員の担当者を決めて定期的に聞き取り、月1回の全体会議で伝えて、運営に反映するようにしています。	意思の疎通が困難な利用者についても、表情やしぐさに細心の注意を払い、意向や要望等を把握するように努めている。	
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	代表者兼管理者は日常的に職員の申し送りや月1回の定例会議での職員の意見を聞き、可能な限り実現に向けて検討しています。	職員とは職員会議は勿論、日頃からコミュニケーションを密に図っており、様々な意見や要望等を取り入れながら、ホームが円滑に運営されるように努めている。	
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	代表者はグループホームの管理者を兼任しており、常に施設に居て職員個々の状況を把握し、勤務表(勤務時間)や業務内容、職場環境を見直しています。		
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	職員の資格や経験年数に応じて研修計画を立て、所内外の研修を受講するようにしています。コロナ禍の影響でオンライン研修を多く受講しています。		
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	代表者は同業者が加わる市の介護事業者連絡協議会の理事として参加し、研修会や会議に出席するよう促しており、サービスの質の向上に取り組んでいます。また、市のネットワーク(MCS)づくりに登録しています。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	可能な限り入所前に家族や担当ケアマネジャー、サービス事業者から本人が困っている事、不安な事の把握に努め、入所時のサービス担当者会議で利用者本人の意見を聞き、不安が少なくなるように努めています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	事前の電話相談や面談で、入所に至った経過や事情を伺いながら、家族が困っている事や不安、要望、サービス利用の際の希望等をお聞きし、信頼関係を築いています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	初回相談から管理者・計画作成担当者とで必要な支援を見極め、入所前の担当ケアマネジャーから情報も得ながら、種々のサービス提供できるように努めています。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は利用者の持っている力をホームの生活の中で活かすようにしています。テーブル拭きや食器拭き、洗濯物を干したり、畳んだりを一緒に行ったり、食事や行事で挨拶してもらっています。		
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置かず、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	利用者と家族の絆を大切にし、定期的に家族に生活状況や体調等をお伝えしています。自室に家族と共に写った写真を飾ったり、家族の事を常に話題にしています。		
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	アセスメントで馴染みの人や場所を必ず把握し、家族・友人との面会を継続できるように、電話で依頼したり、馴染みの人の写真を部屋に飾っています。	ホームの携帯電話を使い、利用者がいつでも好きな時に家族や友人等と連絡できるように支援している。職員は利用者がこれまで続けてきた関係性が途切れないよう、継続的な支援を行っている。	
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	利用者同士の相性を見極め、座席の位置に配慮しています。孤立することがないように、難聴で聞こえない場合も職員が仲立ちし、言葉掛けをしています。		

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	入院が長期化して契約が終了しても、その後の施設入所や介護認定の手続きの支援を行い、継続支援に努めています。また、自宅に帰った場合も在宅のケアマネジャーとの連携に努めています。		
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	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望を、短期評価で聞くようにしています。本人が意思を伝えられない時は、面会に来た家族から暮らしぶりや本人の思いをお聞きしています。	利用者の意向等が十分に把握できない場合は利用者の視点に立ち、表情やしぐさ等も注視して、介助者やタイミングを変える等の工夫をしながら対応している。	
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	可能な限り入所前に自宅を訪問し、本人や家族から生活歴や普段の過ごし方をお聞きし、担当のケアマネジャーからもサービス利用の経過等の情報を得るようにしています。		
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	入所前に一日の過ごし方や心身状態、自分のできる事を把握し、入所後も経過を追って把握するようにしています。		
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	短期評価時、本人や家族の意見を反映させ、介護職員・計画作成担当者で検討して意見を出し合い、必要があれば変更しています。	短期は3ヶ月、長期は6ヶ月と期間を定め、本人は勿論、家族や職員の気づきも反映させた介護計画を作成している。利用者の身体状況等の変化、希望の変化時にも随時見直しを行い、対応している。	
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	個別の生活記録や体調記録を行い、毎月定例会議で共有化に努めています。状態の変化があれば、介護計画の見直しを行います。		
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、その時々にも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	趣味の材料(毛糸、塗り絵等)が欲しい、入院したが保証人がいない等、色々なニーズに可能な限り対応しています。		

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
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	アセスメントに地域資源について記入し、本人の生きがいや支えてくれる人、頑張ってきた事等を把握して、それに関連した言葉掛けやレクリエーションで楽しめるように支援しています。		
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	在宅時からのかかりつけ医を継続して受診できるように支援しています。病気や心身状態の変化で他科を受診したり、主治医から紹介されて他の病院に変わる時も、家族に同行してもらっています。	入居時の聞き取りにより、受診医療機関や受診歴を把握しており、入居後も希望があれば継続して受診できるように支援している。受診結果はすぐに電話等で詳細に説明し、家族同行受診であれば結果を報告してもらい、ファイルに記入して職員・家族共に情報を共有している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	体調やバイタルサインの変化で急を要する場合は、すぐに口頭や電話で看護師に伝え、受診の可否を相談しています。排泄や皮膚のケア等についても相談し、必要な手当てをしてもらったり、アドバイスを受けて支援しています。		
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、また、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。	利用者が入院した場合は、服用している薬等を持参して伝達し、看護情報提供書を病棟看護師に渡しています。入院中に変化や退院が近い場合は連絡を依頼し、退院前には家族と共に退院後の注意点を伺っています。		
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	主治医から終末期にあると言われた場合、予め本人や家族と事業所のできる事・できない事、治療の必要がある場合の通院等について相談しています。主治医や外来看護師に普段から状態報告や相談を行っています。	指針を策定して重度化や終末期におけるホームの方針を明確にしており、入所時に説明を行っている。ホームとして対応が可能な事、困難な事等についても、予め十分に説明を行った上で、家族や医療機関等とも意思統一を図っている。	
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	急変や事故発生時に備えて、年1回の定例会議で、応急手当や初期対応のマニュアルの読み合わせを行います。		
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	消防計画のもと、年2回の避難訓練の他、夜間の自主的避難訓練も実施しています。また、近隣住民にも避難訓練に参加していただいています。	近隣住民も参加して避難訓練が行われている。有事に備え、麺や缶詰、おかゆ、レトルト食品、飲料水その他、カセットガスを使用するストーブ等も用意している。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	どのような言葉や対応が虐待に当たるかを、具体的な事例を基に事業所内研修を行い、それを意識しながら介護に当たっています。	不適切な声掛け等についてホーム内で研修を行い、職員間で共有し、お互いに注意しながら日々のケアに当たっている。	
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	利用者の話に耳を傾け、否定しないで聞くようにしています。意思決定が難しい場合も、身振り手振りをつけ、津軽弁で話しかけたり、表情で汲み取るようにしています。		
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	夜、テレビ鑑賞したい利用者には自室で見えていただいたり、編み物や部屋の片付けをしたい等の希望があれば、その日のペースに合わせて過ごしていただいています。		
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	在宅時からの外出時の洋服、帽子やストール等の小物も持参していただき、おしゃれできるように支援しています。		
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	食事前に楽しく「ごっくん体操」やメニュー紹介で雰囲気作りをしています。一人ひとりの好きなメニューを把握し、行事食に入れるようにしています。手伝いができる利用者は食器やテーブル拭き、食事エプロンたたみ等を一緒に行っています。	昼食・夕食は同一敷地内のデイサービス事業所で調理されたものを提供し、朝食はホームで調理して提供している。また、利用者は菊の花びらをむしったり、ミズの皮をむく等、できる範囲で手伝いを行っている。	
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	介護食士が作成した献立のもと、一人ひとりのアセスメントに合わせて、軟食や刻み、とろみ付けを支援しています。一日の食事量と水分量を把握できるように記録しています。		
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	全職員が研修等を通じ、口腔内の清潔を保つことは感染症の予防になることを認識し、毎食後にケアを行っています。磨き残しがある場合は一部介助し、定期的に義歯洗浄剤に漬けて清潔を保っています。		

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向けた支援を行っている	一人ひとりの毎日の排泄記録を行い、排泄パターンを把握しながら支援をしています。自分でトイレに行く利用者には時間を見て声掛けします。夜、紙おむつの方も朝はリハビリパンツに履き替えて、トイレでの排泄に努めています。	排泄記録にて一人ひとりのパターンを把握して、パターンに応じた支援を行う等、排泄の自立に向けた支援に取り組んでいる。	
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	献立に繊維質の多い食品を取り入れたり、適量の水分を摂れるように援助しています。ヨーグルトや牛乳、甘酒等をおやつに取り入れたり、毎日の体操や歩行・起立運動等に取り組んでいます。		
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、個々に応じた支援をしている	入浴日は決めているが、本人の体調や意見を尊重して、午後の時間帯の中で良いタイミングで入浴していただいています。また、一人ひとりの好みの温度にしたり、入浴剤の使用、入浴時間等に配慮しています。	月・木曜日の週2回を入浴日としており、利用者が入浴を楽しむことができるよう、一人ひとりの希望に沿った支援に努めている。また、お湯の温度や入浴の順番等についても配慮している。	
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	在宅時からの生活習慣や睡眠時間、午睡等の習慣を把握して、休息への支援をしています。		
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	薬の説明書を利用者一人ひとりファイリングし、変更があった時は連絡ノートや日々の伝達で、全職員で意思統一を図っています。副作用を把握し、症状に変化があった時は看護師に相談しています。		
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	一人ひとりの生活歴、得意な事・好きな事を把握し、繕い物や編物、塗り絵等ができるように支援しています。		
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。また、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	例年は天気の良い時はすぐそばの公園に散歩に出かけたり、年1回は家族も誘って遠足や外食、花見や地区文化祭に出かけられるように支援しています。コロナ禍にあっては、せめて戸外でレクリエーションを行うようにしています。	現在はコロナ禍のため外出は自粛しているが、遠方への外出の際は家族にも協力いただき、利用者の希望に合わせた外出支援に取り組んでいた。また、ホームのすぐそばには公園もあり、気分転換のために散歩に出かけている。	

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	職員は利用者の金銭に関する希望を把握し、お金を持ちたい場合は、家族と相談して小額の小遣いを持つように支援しています。また、買い物や外出時には家族と契約した上で、立替金で買い物できるように支援しています。		
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	家族と電話で話をしたい場合は、いつでも事務室の電話機で話していただいています。また、施設と家族が電話で話をする際も、希望を伺った上で、本人とお話していただいたり、県外在住の家族へは郵便で近況をお知らせしています。		
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	来客者が直接見えないよう、玄関にスクリーンを配置しています。トイレの入り口のカーテンや、風呂場の入り口に衝立を立てて、プライバシーの保護をしています。また、四季の花を飾り、季節感を出すように努めています。	ホーム内は室温25度、湿度は40～50%に保たれており、快適な空間となるように管理している。また、季節に合わせた様々な作品等を装飾することにより、屋内にいながら四季を感じることができる環境づくりを行っている。	
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	食堂から離れた所にソファを置いて寛げるようにしたり、畳の小上がりのコーナーを設け、足を伸ばして座ったり、少し横になる等、寛げる場所を工夫しています。		
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	本人が作った作品を置いたり、家族写真や誕生日会の色紙等を飾り、喜ばれています。	利用者にとって居心地の良い空間となるよう、今まで使っていた物を持ち込んでいただいたり、本人が作った作品や写真を飾る等して、その人らしい居室づくりの支援を行っている。	
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」や「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	できるだけ自分で移動できるよう、トイレや風呂場、玄関に手すりを追加したり、身長に合わせた椅子、ベッド用立上り手すり等を用意しています。場所がわからなくなる方に対しては、大きい字でわかりやすい言葉で案内表示をしています。		