

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	0790400683		
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホームいわき下荒川		
所在地	福島県いわき市平下荒川字諏訪下44-1		
自己評価作成日	令和3年3月15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	http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do
----------	---

【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 福祉ネットワーク
所在地	〒974-8232 福島県いわき市錦町大島2番地
訪問調査日	令和3年3月23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)】

お客様一人一人に適した介護計画を作成し、専門的な認知症ケア及びお客様の立場に生活援助サービスを提供します。又ご家族や地域の方々との連携・協力体制の充実を図り、地域に貢献できるような存在になるように努めます。
認知症ケアに特化した事業所として、安定的かつ継続的に安心・安全・質の高いサービスを提供して広く地域社会に貢献します。

【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)】

地域との協力・連携を大切に考え、地域の行事に積極的に参加し、避難訓練や事業所の行事に参加を呼び掛け、幅広い世代の方に参加してもらい、事業所を知って貰うようにするなど、地域密着型介護サービスの役割を理解している。
管理者は職員との連携を図り、職員の意見や要望を事業所運営に大切なことと考え、職員の自主的な活動や取り組みが活発になっている。

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、活き活きと働いている (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している (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	意思を尊重し、温かく笑顔あふれるホームを目標に掲げ、ご利用者様やご家族様に愛されるホームを目指します。認知症ケアに関して真剣に取り組み、お客様の立場に立ちよりよい生活を追究してまいります。	法人の理念を基に、あるべき姿を全員で話し合い、どうすれば実現できるかを考え目標を作成している。朝礼時に唱和し、研修時に理念の確認を行っている。笑顔で対話し、日常生活を通じて、利用者の要望に応えられるよう職員が常に利用者目線で考えている。	
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	地域交流活動として、いわき幼稚園、いわき白土保育所、平5小との交流。ホーム周辺のゴミ拾いやリハビリ体操に参加しています。また下荒川諏訪下隣組に入り、地域行事へ参加している。	コロナ禍の中現在は自粛しているが、フラダンスチームが訪問してくれたり、中学生の職場体験を受け入れている。事業所の夏祭り、クリスマス会、避難訓練、防災訓練に3歳から70代くらいまでの地域、家族の方々に参加してもらっている。	
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	認知症介護実践者研修修了者、認知症ケア専門士の輩出や認知症介護研修への参加している。また認知症サポーター養成講座を開催し地域の方々に認知症の方の理解やケアの方法を広めている。		
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	概ね2か月に一回、開催し活動状況を報告し必要な要望、助言を頂き地域に根差した運営を提供できるように実施している。また、地域のホームとして役割を担える意見交換の場として活用している。	リハビリ体操への参加や行政への河川工事の要望、地域清掃への参加について意見をいただいている。家族会への参加や地域活動への積極的な参加取り組みの要望をもらっている。いただいた意見や要望を運営に生かせるよう取り組んでいる。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	必要に応じて、市町村担当窓口へ訪問している。市町村主催の研修には積極的に参加し、ケアの質の向上に努めています。また市町村からの調査やその他の協力については協力しています。	介護報酬の加算や日々の運営に関する相談。運営推進会議に関しての助言をもらうなど、日常的に連絡・相談をしている。コロナ対策や、加算に関する情報、民間のイベントや地域の会議の協賛など、民官一体の地域づくりをしてほしいと考えている。	
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	身体拘束や不適切なケアの研修を2か月に1回実施しています。毎月ケアのチェックを行っています。身体拘束廃止委員会を発足し、3か月に1回委員会を開催しホーム内の施錠を行わないケアを実践しています。	身体拘束が高齢者虐待に該当する行為として考え、身体拘束はしないことを原則にしている。事業所で、身体拘束が行われる事は、被拘束者の権利が侵害される事と考えている。身体拘束に代わる介護方法の模索を計画的に進めている。	
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	身体拘束や不適切なケアの研修を2か月に1回実施しています。毎月ケアのチェックを行っています。社内のコンプライアンス委員会による社内けん責の告知を行っています。身体拘束廃止委員会を発足し、3か月に1回委員会を開催しホーム内の施錠を行わないケアを実践しています。		

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	認知症介護実践者研修の参加や、その他の研修への参加、ホーム内での研修を実施しています。		
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	入居契約の際、重要事項説明書や契約書の内容を十分に説明し、理解納得して頂いています。		
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	ご家族来所時やには生活面、体調面をお伝えし、ご意見等を反映しています。CSアンケートを基にごご意見を反映しています。また運営推進会議においてご家族との意見交換を実施しています。	家族との面会や、ZOOMの使い方について、意見や要望を貰っている。玄関先に意見箱を設置し、定期的なアンケート調査を行い、意見を出してもらうようにしている。いただいた意見や要望は、ユニット会議、全体会議、運営推進会議で情報を共有するようにしている。	
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	全体会議、ユニットリーダー会議、ユニット会議で職員の意見を運営に反映している。また日常的に豊富な対話により相互理解を深めている。	ユニットの人員配置、教育、環境整備、行事、感染症対策に関してして意見や提案が出されている。人員は入居者の状況に応じて適切な配置になり、職員による研修実施、定期的な環境整備の日の設定、季節ごとの行事などに反映・改善されている。	
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	キャリアパス制度を活用し3、6、9、12月にスタッフとのヒヤリング及び評価を行い、職員一人一人の悩みや、目標等を聞く機会を設けている。		
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	年間計画を作成し、各自に合った研修を実施している。外部研修や社内研修、エリアでの研修に参加している。資格支援制度や資格手当により職員のやる気、スキルアップを図る。		
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	認知症介護研修やグループホーム協議会を通じて他事業所や同業者との交流を図っている。		

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
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	入居する際のアセスメントを行い、入居者様の不安や要望をできる限り答えられるように努めている。入居者様安心して生活できる環境を整えている。		
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	ご家族の不安や要望にできる限り答えられるよう努めております。		
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	本人とご家族様にとって何が一番必要かを様々な専門的立場に立って考え、納得してもらったうえで実施している。		
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	ご本人様と馴染みの関係を築き、共に意思を尊重しあえる関係を築いている。		
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	ご家族の面会や行事へ積極的に参加を進め、ホームで生活していても家族との関係を大事に考えております。		
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	ご本人のこれまでの考え、地域との継続した関係づくりや人とのつながりを途切れないように大事に考えます。	お盆やお彼岸に家族と墓参りに行ったり、馴染みの美容室や、自宅の様子を見に行くなど、一人ひとりの生活習慣を大切にしている。昔よく行った、自宅近くの桜の花見に出かけたり、懐かしい阿弥陀堂へ行く等、利用者の大切な場所と人との関係継続を支援している。	
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	コミュニケーションがうまくとれない利用者同士は職員が間に入り関係作りに努めています。		

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	退居された後も、ご本人様とご家族様との良好な関係を継続できるように、相談や他サービスへの紹介等を行っております。		
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	一人一人の個性を大切にし、その方にとって何が大切かを考え、パーソンセンタードケアを実施しています。	日々のかかわりの中での声掛けや表情から思いを推測し、意向の把握に努めている。家族や親戚、知人の来訪時に、これまでの暮らしぶりを聞いている。嗜好品や行きたい場所、着たい服や食べたいもの等出来る限り実現させている。	
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	センター方式を採用し、今までの生活や習慣、何が大切で何を望むかを考え、今までの生活の継続に努めている。		
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	ご本人様との良好な関係を構築し、その方の些細な変化に気づくように努めています。		
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	ご本人・ご家族と話し合い、現状に即した介護計画を作成しご満足いただけるように配慮している。また定期的なモニタリングを実施し担当者会議を実施し情報の共有を行っている。	家族との会話の中から定期的なモニタリングし担当者会議を実施し、計画作成担当者と職員が中心になり、利用者・家族・主治医と話し合い、より良い日常生活に繋がる計画作りを行っている。状態変化に応じ、医師と相談し本人・家族と話し合い臨機応変に見直している	
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	介護計画に沿って、生活の様子を記録し職員間で共有し、その方に沿ったケアに反映できるように心がけている。		
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	通院など可能な限りスタッフが同行し、ご本人やご家族の不安や負担をできる限り軽減できるように努めます。健康で安心して生活ができるように、医療連携・他事業所との連携体制を整えている。		

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	地域に根差したホームづくりを目標とし、様々な形で地域活動に参加できるように働きかけている。ホームに入居しても地域へ貢献できる活動を実施している。			
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	協力医療機関より【2回/月】して頂き、ホームドクターとしての役割を担っていただき安心できる医療が提供されている。	家族の要望により主治医が変更するとき、訪問診療が可能な病院をお願いしている。訪問診療が必要ないときは、通院となっている。主治医以外の通院は家族対応となっているが、家族の都合で職員が通院介助し、受診結果は電話で知らせている。		
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	協力医療機関と医療連携を整えており、健康チェック【1回/2週間】を実施している。また、24時間オンコール体制を整え、必要時連絡指示等を受けられる体制を整えている。			
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。	医療機関との連携が保てるように、随時情報交換し、状況にあった支援ができるようにしている。			
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	入居前から重度化した場合における指針、終末期の在り方についてご家族様と話し合いをして、受け入れてもらっている。協力機関とも情報を共有し支援体制を整えている。	家族、医療機関と話し合い、不安が無いよう配慮している。定期的に看取り介護の研修を事業所でを行い、ユニットリーダーを中心として心のケアをしている。入居契約時に事業所の考えを説明し、状態変化に伴い主治医と連携し、本人・家族が安心できるようにしている。		
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	社内研修において全職員が普通救命講習を受講し、緊急時の対応についての知識習得に取り組んでいる。定期的にホーム内での研修を実施している。			
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回以上の避難訓練の実施。その都度出た問題点を検証し次に活かしていけるように安全管理に努めている。災害時の緊急備品を整備している。	消防署より消防隊員を派遣してもらい、地域住民の方々にも参加して貰っている。避難誘導について、アドバイスを受けている。年に一回は、全員が参加できるよう、シフトを調整している。大雨災害時には受入可能な施設として、他施設の利用者を受け入れている。		

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
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	個人を尊重し、個々にあった対応を心がけている。プライバシーに配慮し、その方にとっては、同性介助を実施している。	健康で安心して生活できる社会の実現を目指し、高齢者が自立と尊厳を持てるよう取り組んでいる。介護サービスを提供するにはプライバシーに立ち入ることもあり、特に配慮が必要と考えている。利用者同士のトラブルには、職員が介入し話し合いの機会を設けている。	
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	本人の思いを尊重し、食べ物や飲み物、本人のほしいものなどがある場合は一緒に買い物に出かけ楽しむ。お酒やタバコ等、本人が望むことなどを自己決定できるように働きかけている。		
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	利用者様の希望があれば、ドライブや買い物等に出かけ、毎日をご本人にとって充実した一日になるよう支援している。		
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	ご本人様の要望により、化粧品の買い物や美容室でのカット等を実施している。また、毎月希望者のみ訪問理容を実施している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者一人一人の嗜好を考え、できるだけ旬な食材を使い季節感を感じてもらえるような食事の提供、見た目にも工夫し提供している。調理への参加を促し、片付けにも参加して頂いている。行事として外食なども行っている。	管理栄養士や調理師がメニューを作成し、カロリーや嗜好を考慮している。介助が必要な方は介助で、食事形態はその方に合わせて調理している。職員も、食事介助として、利用者と同じものを一緒に食べている。	
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	管理栄養士が栄養バランスや季節に応じた献立を作成している。また、定期的に嗜好調査を実施し、食べたいものを提供することも行っている。		
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	一日3回の口腔ケアを実施。一人一人に合わせて実施している。H30年12月より口腔衛生管理体制加算を導入し歯科医師、歯科衛生士の指導の下、ご利用者様の健康管理に努めている。		

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
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	一人一人の排泄パターンを把握し、必要である場合に限り、排泄介助を行っている。又、排泄のサインを見逃さず、プライバシーに配慮した、排泄介助を行っている。	リハビリパンツから布パンツへ、排泄はトイレを目標にしている。リハビリパンツから布パンツへの移行した方がおり、自立に向けて、日中のリハビリパンツをなくすこと、出来るだけ排泄はトイレで出来るようにしている。失敗しても、羞恥心に配慮し、言葉かけを工夫している。	
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	排泄チェックにて排泄の状況の確認、排便の状況を必要に応じて医師・看護師に相談する。また、自然排便を促すため、自立支援介護(水分・栄養・運動)(ふまねっと運動)を取り入れている。		
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	個人の希望があれば入浴を実施。時間などをきめず、本人の希望に沿って提供している。	入浴を嫌がる方はおらず、環境の整備や声掛けのポイントなどを職員間で共有し、心地よく入浴できるようにしている。入浴剤を選んで貰っている。浴室と脱衣所の寒暖差をなくすため、エアコンを活用している。入浴できないときは、足浴や清拭で対応している。	
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	その方一人一人の就寝時間や起床時間に合わせ対応している。又、その方にあった寝具を使用することにより、安全や安眠の確保を行っている。		
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	薬剤師による訪問薬剤管理指導を導入し、薬のセッティングや医師との連携を取って頂き、安全な服薬管理を行っている。		
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	その方の持っている能力に合わせて、できることを行っていたり、洗濯や調理、掃除、趣味活動などを行っていただき、その方に役割や生きがいを持って生活して頂いています。		
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	散歩や買い物、美容室へ行くなど、日常的に外出できるように支援しています。またドライブや行事での外出などへの参加等を行っている。	外出行事を多く取り入れ、気分転換を図っている。現在は、外出を制限しているが、事業所まわりを散歩するなど日課にしている。外出行事の時は立案から、細心の注意を払い、職員による下見もしている。一人ひとり行事、習慣を大切にできるようにしている。	

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
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	ご家族よりおこづかいをお預かりして、日常的に近くのスーパー等に本人が買い物できるように支援している。		
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	ご家族様との了承を得て、ご希望に応じ自由にやり取りでき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	ホーム内で季節感を味わえるように季節に合った飾りをしたり、居室や共同スペースの清潔保持と過ごしやすい快適な温度調整・湿度設定を行っている。	共用空間を自宅と同じ雰囲気になるよう馴染みの物を置き、落ち着いた空間づくりをしている。動線には物を置かないよう1日2回の環境整備を行っている。手洗、消毒、うがいの徹底とマスクを着用、予防接種を実施し感染予防対策をしている。	
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	ご利用者様同士が気軽に過ごしていただけるように、テーブルの配置や家具の配置を行い、自由に過ごせる居住空間づくりを心掛けている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている。 (グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている。	ご利用者様が心地よく過ごしていただくため、入居前から自由に家具の配置を行っている。一人一人が安全かつ安心して過ごしていただけるように、ご自身にあった寝具や家具を用意していただいています。また馴染みの物、その方にとって大切なものを持ち込んで頂きその人らしく過ごしていただいている。	危険な物以外は家電なども自由に持ち込んでもらっている。その人の身体状況に合わせ、介護用ベットも使用している。自分の部屋を間違わないよう、表札を設置をしている。できる方は職員と一緒に清掃を行い、清潔に整理整頓し、居心地よく生活できるようにしている。	
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	目印等その方に必要な掲示物を用意し、自立した生活ができるように支援している。車いすの方でも移動ができるように全面バリアフリーになっている。		