

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	0272300799		
法人名	有限会社 なみおかケアサービス		
事業所名	グループホームえにしの家		
所在地	青森市浪岡大字浪岡字佐野14番地1		
自己評価作成日	令和5年7月9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5年8月22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)】

えにしの家の理念は「明るく、楽しく、その人らしく、おだやかに生活できるようお手伝いをします。地域、町内行事等への参加をするとともに、交流をはかりながら、気軽に立ち寄ることのできる家を目指します。」です。利用者様が毎日笑顔で楽しく過ごせるように、一人ひとりに寄り添い、その人らしい生活を尊重しながらケアに努めています。コロナウイルスが5類となりましたが、様々な感染症がまん延している状態で、面会は玄関で行ってもらうと共に、外出・外泊等の活動を必要最低限に自粛している状況です。家族へは毎月お便りで利用者様の状況をお伝えしています。毎日笑い声の絶えない施設、利用者様や家族にとって「えにしの家に入って良かった」と思っていただけのようなケアを目指しています。

【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)】

ホームは田んぼに囲まれた陽当たりの良い環境にあり、遠くには岩木山が見える、非常に景色の良い場所に立地している。
毎日の食事は買い物から調理まで全てホームで対応しており、系列施設の栄養士による献立は、季節の旬の食材を使用した、健康的なメニューとなっている。
職員は皆、利用者とのコミュニケーションを大切にしており、日頃からなるべく利用者との会話に時間をかけながら、利用者の生きがいや楽しみにつながる支援に努めている。

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

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	会社理念は見やすい所に掲示しており、スタッフと協力しながら理念を共有し、実践につなげていく努力をしている。	ホーム開設当初からの理念があり、地域密着型サービスの役割を反映させたものとなっている。理念は玄関や事務室等の見やすい場所に掲示しており、日頃から全職員が理念を意識したケアを提供できるように努めている。	
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	コロナ禍の影響により、活動の自粛を余儀なくされているため、日常的には交流していない。	日頃から、運営推進会議のメンバーでもある町内会長と情報交換を行っている。今後はコロナ感染症の様子もみながら、地域のイベント等への参加を検討している。	
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	見学や問い合わせがあった際は対応をしている。コロナウイルス感染予防により施設内の見学は極力避けているため、パンフレット等を用いて説明をしている。		
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	2ヶ月に1回行われている運営推進会議は、コロナ禍の影響により書面開催としており、各関係者からはファックスや電話で意見をいただいている。	コロナ禍では書面開催であったが、令和5年8月からは対面での会議を再開している。ホームでは会議で出されたメンバーの様々な意見を、今後のより良いサービス提供に活かすように努めている。	
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	自己評価、目標達成計画を毎年提出している。運営推進会議は関係者各位に議事録を提出し、その内容に対して意見を求めている。	市や地域包括支援センターの職員が運営推進会議のメンバーとなっており、ホームの実態を理解していただいている。また、感染症の状況や災害対策等の情報提供があり、日頃から行政と連携を図りながら、課題解決に取り組んでいる。	
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	2ヶ月に1回の運営推進会議の議事録に身体拘束の実績を記載し、関係者各位に報告している。施設内の勉強会を通して、身体拘束をしないケアについて学んでいる。	ホームでは、運営推進会議の際に身体拘束適正化委員会を開催している。また、外部研修への参加や内部研修を定期的に行い、職員は身体拘束の内容や弊害について理解を深め、身体拘束をしないケアを実践している。	

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
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	施設内の勉強会を通して、高齢者虐待防止法について学んでいる。定期的にアンケート調査を実施し、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。		
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	外部研修を通して、日常生活自立支援事業・成年後見制度について学んでいる。現在、ユニットでは制度を利用していない。		
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	契約書を読み上げて項目毎にお客様に確認し、理解を求めている。退居の際には十分な説明と、退居先に情報提供を行う等の支援を行っている。		
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	施設内に意見箱を設置しており、意見や苦情を出しやすいように働きかけている。計画書更新の時期に家族からの要望を聞き、反映させるように努めている。	日頃から利用者や家族とのコミュニケーションを大切に、意見や苦情を出しやすい関係作りに努めている。また、利用者や家族の代表も運営推進会議のメンバーとなっており、外部に意見を出せる機会を確保している他、出された意見はホームの運営に反映できる体制を整備している。	
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	毎月ユニット会議を開催し、幹部会議の内容を説明している。また、職員の意見や提案を聞き、業務に反映させるように努めている。年2回の職員人事評価で職員個々と面談し、意見を吸い上げることができるようにしている。	月1回のユニット会議の他、年2回、管理者と職員との面談も行っており、職員が意見を出せる環境を整えている。また、職員からの意見や提案があれば、より良いホームの運営のために反映される体制となっている。	
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	年2回の健康診断の実施の他、就業規則等、職場環境の整備に努めている。経営者が変わったことにより、より一層向上心を持って働けるよう、職場環境や条件の整備に努めている。		
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	コロナの状況を見ながら、法人内外の研修、勉強会の機会を増やしている。代表者自らも講師となり、職員全体のスキルアップを図っている。		

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
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	えにしの家・里合同の勉強会を1～2ヶ月おきに開催し、知識を深めると共に、職員の質の向上に努めている。また、地域包括支援センター主催等の施設外の研修に参加し、情報を共有している。		
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	日常生活において職員が利用者とコミュニケーションを図ることで、信頼関係を築いている。困った事があれば迅速な対応を心がけ、関係作りに努めている。		
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	契約を交わす時に要望等を聞いている。また、毎月お便りを作成し、日常生活の様子を伝えているが、重要な事があれば電話連絡や直接面談し、関係作りに努めている。		
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	入居前に予め本人や家族の意向を聞き、今何を必要としているのか課題を分析し、長年馴染んだ生活環境につなげていけるように努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者の立場に立ち、できる事、できない事を明確にして、利用者同士の関係を築いている。一人で行うことが困難な場合は、自尊心を傷つけないようにさりげなくお手伝いをしている。		
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	毎月利用者の状況をお便りや電話で伝え、必要時には相談し合い、共に支える関係を築けるように努めている。		
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	5類になってからは、居室の出入りはできないものの、本人や家族が希望した時は玄関先での面会を実施し、関係が途切れないようにしている。また、コロナの状況に配慮しながら、外出の機会も徐々に増やしている。	家族や知人との面会は玄関先で実施している他、日頃から電話でのやり取りを支援している。また、受診の帰りに馴染みのスーパーで買い物する等、利用者がこれまで大切にしてきた人や場所との関係を継続できるように取り組んでいる。	

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	利用者同士の関係を把握し、トラブルが生じた際は職員が間に入り、都度解決している。利用者が孤立せずに皆の輪の中で過ごせるよう、関係作りの支援を行っている。		
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	サービス終了後も相談を受ける等、これまでの関係性を継続していけるように努めている。		
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	日常生活で利用者一人ひとりの思いや希望を引き出せるよう、関係作りに努めている。	日頃のケアの中で利用者の表情や言動を十分に観察し、全職員で検討しながら、本人の思いや意向を把握できるように努めている。	
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	全職員が利用者の1日の生活リズムを把握している。また、日常生活上で変化があった場合は、計画書の見直しとユニット会議での話し合い、気づきを記録して、改善に努めている。		
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	ユニット会議で情報を共有し、現状の把握に努めている。高齢になるにつれ、できる事、できない事を明確にし、負担にならないように支援している。		
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	利用者や家族の意見を尊重すると共に、カンファレンスを開き、本人本位のサービスが提供できるように計画書を作成している。	利用者や家族の他、本人に関わる様々な関係者の意見や気づきを反映させ、個別で具体的な介護計画を作成している。また、利用者の状態に変化があった場合等はその都度見直しをしており、現状に即した介護計画となっている。	
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	日々の暮らしの様子や身体状況等を具体的に記録し、日中・夜間の申し送りで情報を共有して実践に活かしているが、ケース記録がケアプランに反映されていない。また、ケアプランが全体に浸透されていない。		

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
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	状況に応じて、福祉用具の活用や役所・地域包括支援センター等に相談し、助言を得ている。		
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	運営推進会議を通して、地域との連携を図っている。災害時には消防署・関係者等との連携を図れるように努めている。		
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	利用者や家族が希望する医療機関を受診できるように支援している。受診結果は家族との情報共有が図れるよう、面会時や月1回のお便りで報告し、緊急・重要事項の際は電話連絡にて報告している。	これまでの受療状況を把握し、入居後も希望する医療機関への通院支援を行っている。また、歯科等の専門医の通院もホームで対応しており、利用者が必要な医療を受けられるように支援している。	
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	施設に看護師を配置している。状態変化時は相談し、適切で迅速な対応ができるように体制を整えている。		
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、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。	入院時は書面や口頭にて情報提供を行っている。入院中の状態確認を定期的に行い、退院時はスムーズに日程調整ができるよう、病院関係者と密に連絡を取り合うように努めている。		
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	現在は終末期における対応は行っていない。日常的な健康管理や急変時の対応については、かかりつけの病院や家族と意思統一を図っている。	重度化や看取りの対応について、入居時にホームの方針を説明しており、本人及び家族には納得した上で入居していただいている。日常的な健康管理や急変時の対応については、ホームの看護師を中心に、利用者や家族、医療機関と話し合いを行い、連携を図っている。	
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	急変時の対策マニュアルを作成している。施設内で勉強会を実施し、対応方法を学ぶ機会を設けているが、事故報告書について分析しても、改善策が活かされていないことがあった。		

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
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	日中・夜間を想定した避難誘導策を作成し、年2回、職員と利用者が一緒に訓練を行っている。また、設備点検を定期的に行っている。	ホームでは年2回、職員と利用者が一緒に、日中及び夜間も想定した避難訓練に取り組んでいる。また、いざという時のために、3日分程度の飲料水や非常食等を用意している。	
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	個々の人格やプライバシーを損ねない言葉かけは、全体へ浸透するまでには至っていない。会議を通して、言葉の虐待につながるということを意識し、業務に取り組んでいる。	職員は日頃から、利用者の自尊心や羞恥心に配慮した支援に努めており、ユニット会議や勉強会を通じて、認知症や接遇について理解を深めている。	
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	日常生活の中でコミュニケーションをとりながら、思いや希望を傾聴し、実現に結びつけることができるように努めている。		
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	その日の健康状態に配慮し、日中の臥床時間を調整して負担を軽減する等、利用者本位でサービスを提供している。		
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	女性利用者に対してはお化粧やマニキュア、髪結いをする等、その人らしい身だしなみやおしゃれに配慮している。		
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	献立は利用者の希望や好みに配慮している。野菜の皮むき等、下準備を利用者と一緒に行っている。食べこぼし等へはさりげなくサポートをしている。	毎日の献立は系列施設の栄養士が作成し、利用者の好みや苦手な物に配慮した、家庭的で栄養バランスとれた食事の提供に努めている。また、利用者も一緒に食事の下拵えや食器拭き等を行っており、準備も含め、食事の時間を楽しく過ごしている。	
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	系列事業所の栄養士がメニューを作成している。1日の食事・水分摂取量を記録し、嚥下機能が低下している場合は、刻みやゼリー状、ペースト状にする等、安心して食事してもらうように努めている。余暇活動時に嚥下体操を行い、誤嚥防止に努めている。		

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
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に、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	うがいができない方には専用のウエットティッシュで口腔ケアを行う等、個々の状況に合わせたケアを行っている。		
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向けた支援を行っている	紙パンツを使用している方に対しては定時誘導し、失禁の軽減につなげている。個人の排泄状況に合わせて、紙パンツや紙おむつ、パットを使い分けて、自立支援に努めている。	排泄チェック表を活用し、利用者一人ひとりのパターンに応じて、適宜誘導を行っている。また、利用者の意向を確認しながら、尿取りパッドや紙オムツ等の使用の必要性を検討し、排泄の自立に向けて取り組んでいる。	
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	1日の食事や排泄、活動状況等を見直し、自然排便を促す工夫を個別に行っている。朝食前に乳飲料や冷水を提供する等、安易に薬に頼らない工夫をしているが、改善されなければ下剤を調整している。		
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ず、個々に応じた支援をしている	曜日は決めていない。入浴習慣や好みを把握し、入浴方法等、利用者の意向を取り入れている。拒否する利用者には声がけや対応等を工夫し、入浴時は適切な支援を行っている。	入浴の曜日や時間は決めておらず、利用者のその日の体調や気分に合わせて入浴できるように対応している。また、入浴時は利用者の羞恥心や負担感に配慮し、声がけや対応を行っている。	
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	夜にテレビを見てから就寝されている利用者があり、個々の生活リズムに合わせた対応をしている。寝付けない利用者には温かい飲み物を提供し、落ち着いてから休んでいただいている。		
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	職員同士で名前と薬を確認してから、本人の前で再度確認し、飲み忘れや誤薬がないように配慮している。夜勤者同士で次の日の薬を確認しながら、準備をしている。症状の変化については定期的に医師に報告している。		
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	個人の能力に合わせて、外気浴(施設内歩行練習)、体操、掃除、食事の後片付け等を日課とし、レクリエーションの時間には年間行事や外出・外食、季節毎の装飾作り、塗り絵等、集団・個人活動を取り入れている。		

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
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	予定・計画にこだわらず、天候が良ければ買い物や外食をする等、気分転換を図っている。地域でのイベントがあれば積極的に参加している。	日常的に敷地内を散歩したり、玄関先の広いスペースで外気浴をする等、利用者の気分転換を図っている。また、利用者の行きたい場所を把握してドライブに出かける等、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	お小遣いは利用者全員分を施設で管理している。買い物に行く時、支払いができる方には財布を渡し、支払いをお願いする。買い物後は金銭を確認して出納帳に記帳し、月末締めで家族に郵送をして、確認してもらっている。		
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	電話をかけたい時は支援している。希望があれば、家族宛に出すお便りに記載している。		
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	装飾等、季節を感じるができる工夫を行っている。冬季は暖房が入るため、加湿器を設置して湿度を調整している。	ホームは全体的に日差しで明るさで保たれており、利用者はホールにあるソファ等でゆったりと過ごされている。また、ホールや廊下には利用者と一緒に作った作品が飾られており、季節を感じるができる工夫を行っている。	
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	テレビ前にソファを置き、個別、数人で寛げる家庭的な雰囲気の空間となっている。		
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	食器やテレビ、ソファ等、これまで使い慣れた物をそのまま持参され、愛用されている。	各居室にはベットやトイレ、洗面所、クローゼット等が備え付けられている。ホームでは馴染みの物の持ち込みを促しており、テレビや人形、家族写真等の持ち込みがある。	
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	廊下やトイレ、浴室に手すりが設置され、利用者が安全に生活できるようになっている。玄関にはスロープが設置されている。施設内の設備で補うことができない場合は、福祉用具を活用している。		