

令和 4 年度

### 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	0270500309		
法人名	医療法人守生会		
事業所名	グループホームひまわり		
所在地	〒037-0016青森五所川原市字一ツ谷510番地23		
自己評価作成日	令和4年10月26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	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	令和5年3月4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>グループホームひまわりでは、母体である医院が直ぐ近くにあり、緊急時の対応がスムーズである。地域の方との交流や身近な拠り所として認知症カフェを月に1度開催している。(現在はコロナ禍のためお休み中)</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>事業所の隣にある公園では、四季の変化が楽しめる。また、代表者の運営する医療機関が近隣にあり、医療面に関するサポート体制が充実している。センター方式を活用しながら利用者本位の視点を具体化し、一人ひとりの思いや意向を把握しようとする意識は高い。「おむつを使用せず、昼夜ともにトイレで排泄できる支援」「3食すべてを事業所で調理し、食事を楽しむことのできる支援」を実践し、利用者の自信や喜びに繋げている。認知症カフェの開催やインターンシップの受け入れを積極的に行うなど、地域とのつながりは深い。</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、生き生きと働いている (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

[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	毎朝職員は、利用者様の前で理念を読み上げ確認した上で利用者様へのサービスを提供している。また困難な事例が発生した場合にも理念を思い出し、解決に取り組んでいる。	理念を玄関に掲示し、職員と利用者が毎朝一緒に唱和することで、共有・浸透に繋がっている。地域密着型サービスの意義や役割を考え、理念がケアに反映されているかについて、都度確認している。	
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	ひまわり通信の配布や町内会の行事への参加、インターシップの受け入れなどを行い、地域との交流が図れるようにしている。	「ひまわり通信」を毎月発行し、町内会や家族へ送付している。地域住民との顔の見える関係性を維持するだけでなく、インターシップとして地域の小・中・高・大学生を受け入れるなど、多世代交流にも力を入れて取り組んでいる。来年度は認知症カフェも再開予定である。	
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	認知症カフェを開催(現在休止中)し、認知症の人の理解や支援方法を一緒に学んだり、施設の利用者様との交流をはかる機会をもうけている。		
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践、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回運営推進会議を開催し、日々の取り組み等を報告し、委員や家族からの意見を参考に運営改善に取り組んでいる。	会議は2カ月毎開催している。コロナ禍となつてからは書面を送付し、ケアの実情について共有している。家族、市役所(介護福祉課)担当者、民生委員等から意見を吸い上げ、サービスの向上に繋げている。	
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	地域ケア会議や勉強会に参加し、意見交換や情報の共有、また助言をいただいたり協力体制が築かれている。	地域包括支援センター(市の直営)主催の地域ケア会議や勉強会に参加し、顔の見える関係作りを構築している。運営やケアに関する課題について意見交換・情報共有を行う等、協力関係が築けている。	
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	身体拘束排除に関する勉強会をケア会議や運営推進会議で実施。職員が身体拘束排除の必要性を理解できるよう努めている。	これまで身体拘束を行ったことはない。2カ月毎の運営推進会議の場において、身体拘束による弊害等について勉強会を行っている。すべての職員が協働し、身体拘束をしない環境や風土作りに努めている。	
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	研修会に参加したり、自施設で勉強会を開催し、虐待を見逃さないよう職員同士でチェックしたり、上司に報告できる状況である。		

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	権利擁護について勉強会を開催したり、社会福祉協議会の職員からお話を伺い、理解し活用できるよう支援している。		
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	契約の締結、解約又は改定等の際は、本人及びご家族と時間を設け事項に沿って説明をし、疑問や不安など無いよう理解や同意を得、納得した上で同意書にサインをいただいている。		
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	アンケートボックスの設置や面会時、利用者の状況を報告し、意見や要望を気軽に話して頂けるように取り組んでいる。意見は運営推進会議やケア会議で報告し、運営に反映している。	アンケートボックスを玄関に設置している他、面会時に家族へ直接意見を伺っている。家族が県外の場合は、リモートで対応可能である。伺った意見は運営推進会議やケア会議で報告・共有し、運営に反映させている。	
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	事業計画や年間目標は、職員一人ひとりの意見を取り入れ作成。日頃の気付き等は、ケア会議の中で意見交換を行っている。	年1回のペースで、職員一人ひとりと面談する機会を設けている。伺った意見を事業計画や年間目標に取り入れ、作成している。日頃の気付きは毎月のケア会議で意見を吸い上げ、反映させている。	
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	職員の個性に合わせ、勉強会や行事を計画。資格取得にあたっては、休日を調整、希望休や年次休暇取得はできるだけ要望に応じ、処遇の改善に取り組んでいる。		
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	研修へ参加を促し、取り組んだ内容を自施設で発表。取り組める内容であれば、実践している。		
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	勉強会や地域ケア会議等へ参加し、意見交換等の交流をはかっている。		

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
<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	サービス利用前より本人及び家族を含め施設見学や面談の場を設けている。ホームの雰囲気や入居者の様子を見ていただき、安心して利用できるよう配慮している。		
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	本人や家族の状況を確認(センター方式を利用し生活歴などを知る)。また要望を聞き、ケアプランに反映するよう努めている。		
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	適切なサービスが提供できるよう、また他のサービスを含め検討している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活歴などを参考に、人生の先輩として敬意、得意分野を把握し、自信を持って生活できるよう取り組んでいる。		
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	毎月家族へ近況を手紙や通信を利用し、ホームでの様子を伝えている。安心してサービスを利用していただけるよう家族より意向を伺っている。		
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	ガラス越しではあるがお互いの表情を見ながらの面会を実施している。遠方の方は、リモート面会を行っている。また電話などの対応も随時行っている。	コロナ禍となってからは、ガラス越しにて面会を実施している。電話による対話やリモート面会も可能とし、入居以前からの関係が途切れないよう支援している。	
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	職員は利用者同士の関係を把握し、体操などのレクリエーション、共同作業などでコミュニケーションが上手くとれるよう支援している。		

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
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	退所後も必要に応じ、家族からの相談を受け付けている。これまで気付いた関係性を継続できるよう努めている。		
<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	日々のコミュニケーションの中で本人の思いや希望をくみ取り、意向に沿えるよう努めている。	「トピックス」と名付けた手法を用いて、利用者から直接聞いた言葉を拾い上げ、職員間で共有している。あわせてセンター方式を活用し、本人本位の視点を具体化している。	
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	入居開始時は、担当のケアマネや家族より生活歴やサービスの利用歴を確認。入所後はセンター方式を利用し、馴染みの暮らしや生活環境の把握に努めている。		
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	毎朝バイタルチェック、体調の確認などを行い健康状態や心身の状態を確認している。また日々の生活の中で本人ができること、できるであろうことを把握し、スタッフ間で情報共有を行いケアに活用している。		
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	本人の意向を確認し、家族や職員と話し合いケアプランを作成している。又、本人の状態の変化に応じ、プランの見直しを行っている。	毎月行うモニタリングをもとに、3カ月に1回のペースで介護計画を見直している。介護計画には、協力医療機関の医師や看護師など、多職種からの助言も取り入れている。	
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	個々のケース記録に毎日の様子や対応等、本人の言葉や表情を細かく記入するよう努めている。気づきなどをトピックスとして付箋に記入し、会議で情報を共有し、ケアプランに反映している。		
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	面会・通院は、本人・家族からの要望に柔軟に対応するよう努めている。		

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	近隣の方、協力委員の方には、毎月ひまわり通信を配布し、どのように暮らしているのかを知って頂いている。近隣の理容店や食堂等に出掛け、外出の機会が持てるよう支援している。		
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し、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	近隣に母体の医院があり、定期検診や急変時の対応は、スムーズにできている。又、週2回の看護師が訪問し、入居者の体調の把握に努めている。専門医への通院は、在宅から継続していけるよう対応している。	代表者の運営する医療機関が近隣にあり、スムーズな受診支援が可能である。入居前からの「かかりつけ医」も継続して受診できる。受診の付き添いや送迎は家族の協力を得ながら、職員が対応している。	
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	母体の病院が近隣にあり、看護師が週2回訪問。その際介護職員は、入居者の状況を報告、相談している。また入居者の急変時などには、訪問や受診、相談ができる体制である。		
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。	入院時情報提供書を提供している。退院後もホームでの生活がスムーズに送れるよう家族や医療機関の関係者との情報交換を密に行っている。		
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	入居者の終末期をどのように迎えるかを本人、家族から意向を伺っている。それを元に話し合いの場を設け、治療方針を決め同意書を作成している。	代表者の運営する医療機関が近隣にあり、医療面の協力体制が構築されている。重度化した場合や終末期支援について、入居時から話し合いを行っている。状態変化に応じて何度も話し合いの場を設け、揺れ動く本人・家族の意向に寄り添うよう努めている。	
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	『事故発生、緊急時の対応』の勉強会は、定期的に行っている。全ての職員が実践できるように繰り返し勉強会を行う。		
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	ひまわり・ひまわり2合同訓練を年2回(日中・夜間想定)実施。自施設でも随時行っている。リビングにはハザードマップを掲示。地域の協力委員の方には避難場所の協力をお願いするとともに、ひまわり通信を毎月届け、入居者の様子をお伝えしている。	併設する事業所と合同訓練(日中・夜間想定)を年2回実施している。食糧・飲料等の備蓄も万全である。水害時の避難場所について地域住民と協力体制を構築するなど、防災に対する意識が高くある。	

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>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	ひまわりの理念にも掲げているように、その人らしさを尊重し安心して生活できるよう支援しています。接遇やプライバシー保護について勉強会を行い、チェックリストを参考に自分のケアを振り返る機会になっている。	誇りやプライバシーを損ねるような声掛けになっていないか「チェックリスト」を参考に、自身のケアを振り返っている。接遇やプライバシーに関する勉強会を実施する際は、職員が自ら講師を担うことで、理解度の向上に繋げている。	
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	日頃からコミュニケーションをとり馴染みの関係を築きながら、希望が聞き出せる環境作りを行っている。また表出できない場合でも日常の生活の中から思いをくみ取れるよう接している。		
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	職員は入居者様それぞれの生活パターンを把握している。ひとり一人のペースで生活できるように確認し、希望に沿い対応している。		
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	洋服については、その方の好みの色や形、着こなしについて確認している。整髪に関しては、近隣の理容店を利用し、店主と個々に希望を申出たり、希望をこちらから伝えたりしている。		
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	何が食べたいか、好きなものは何かを伺い、誕生会や行事食として提供している。食事の準備は、現在感染症対策のため行っていないが、片付けに関しては、テーブル拭き等を行なっていただいている。	3食の調理はすべて事業所内で職員が行っている。食事を楽しむことができる支援に対する意識は高く、「利用者が何を食べたいか」「好きなものは何か」をメニューへ反映させている。	
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	食べる量に関しては、一人ひとりの状態に合わせ提供。栄養に関し定期的な検査や結果に基づき医師や管理栄養士から指示をいただき、不足した栄養を食事で補えるように提供している。		
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	毎食後口腔ケアを実施。義歯を装着している方は義歯をはずし、残渣が残らないよう介助。義歯がある方は不十分な場合には介助し、舌苔は舌ブラシを使用している。		

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
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	自立している方には、排泄後声掛けまたは、便器内を確認し排便の確認を行っている。介助が必要な方は適宜に声がけし、排泄を促している。	「チェック表」により個々の排泄パターンを把握し、利用者が昼夜ともトイレで排泄できるケアを実現している。「おむつを使用しない暮らし」により、利用者の生きる意欲や自信の回復へと繋げている。	
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	排便チェック表を利用。医師や管理栄養士からの指導に従い、運動や食事内容、内服などで予防に取り組んでいる。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	血圧測定や体調を確認し、状況に応じて入浴やシャワー浴を選択。入浴されない方は足浴を行う。汚染時や急な入浴にも対応している。	週3回の入浴機会を確保しながらも、利用者1人ひとりの好み(温度・時間)を把握し、個々に合わせて支援している。健康面に配慮し、本人より希望があれば回数や曜日の変更を行うなど、臨機応変に対応している。	
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	疲労感が感じられたり、傾眠されている場合は、居室で休息していただいたり。安心してお休みできるよう照明の明るさや空調を調整している。		
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	服薬チェック表を使用し、飲み忘れがないようにしている。内服変更時は、引き継ぎや記録、申し送りノートに記入し情報を共有している。		
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	洗濯物たたみや雑巾を縫ったり、サンルームでの日光浴や塗り絵等レクリエーションへの参加を促し、支援を行っている。		
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。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	天気の良い日は、施設前にある公園に散歩に行くなど気分転換が行えるよう支援している。感染対策を実施し、希望があれば家族と相談したうえで外出も可能である。	事業所の前には公園があるため、散歩を通して四季の変化が楽しめる。利用者が事業所内だけで過ごさず、日常的に外出できるよう対応している。現在はコロナ禍で自粛しているが、以前は職員のみならず家族と一緒に外出していた。	



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	所持金に関しては、ホームでお預かりしている。現在外出ができない状態であるため、本人が希望するおやつや日用品を担当の職員が確認し、購入している。		
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	家族からの手紙や電話は、随時受け付けている。入居者本人から要望があれば連絡できるよう家族の協力を得て対応している。		
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	施設内はバリアフリーで手すりが設けられている。個室でのプライバシーが保たれ、灯りは調光の調整ができ、空気口で換気や温度調整ができる。リビングは、利用者の共有できる場所であり、ソファにゆっくり座りテレビ鑑賞やレクリエーションを楽しんでいる。季節の作品や写真を飾り喜んでいただいている。	間接照明は時間帯や生活リズムに合わせ、明るさの調整が可能である。季節に合わせた作品や写真が掲示され、暮らしの場が整えられている。生活感や季節感を採り入れることで、居心地の良い共用空間となっている。	
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	リビングにはソファが置かれ、お話をしたりテレビを観たり、新聞を読んだり自由に過ごされる。また、毎日廊下で入居者が率先して歩行運動を行っている。		
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	自宅で使用していた家具や電化製品、仏壇などを配置して馴染みの空間作りを行っている。また写真や自身の作品を飾り、喜んでいただいている。	仏壇・家具・電化製品・写真など、本人にとって馴染みのものを持ち込み、居心地よく過ごせるような工夫・配慮が行われている。重度化した場合でも起居動作が安楽に行えるよう、全居室に介護用ベッドが設置されている。	
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	個々の能力に合わせて家事作業やレクリエーションへの参加を促し、日々の満足感や達成感が得られるよう工夫している。		