

### 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	1870200159		
法人名	(株)かくだ		
事業所名	敦賀ケアセンターかくだ「はるか」		
所在地	敦賀市昭和町2丁目20-16		
自己評価作成日	令和3年12月3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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	令和3年12月20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)】

2階の窓からの見晴らしがよく、桜の花道や雪景色、雨模様、夏の青天、人の行きかう姿が見る事ができ、開放的な空間となっています。利用者の方に意向を確認し、無理強いしないケアを行っています。産業医と看護師、訪問看護師、介護職員が連携し、医療面で安心できる体制をとり、看取りまでの対応を行っています。コロナ禍で実施できませんでしたが、同一法人内で協力し、再び合同で催事と地域の祭り等への参加も行っていきたいと考えています。

【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)】

当事業所は2階にあり、大きな窓ガラスからの採光や景色から四季を感じることができ、開放的な空間での生活を提供できている。事業所の理念である尊重と自立支援に向けたサービスに加え、利用者に対してより良いサービスを提供するために、身体拘束廃止委員会の開催や接遇研修等を通じて常に職員のスキルアップを行っている。毎月のケア会議や日々のミーティングでは、職員間で建設的な意見を出し、利用者へのケアの向上に向けて密に情報共有を行っている。利用者や家族からの要望を叶えるために、日頃のコミュニケーションの中から利用者の思いを抽出し実現している。また、利用者の健康管理については、訪問看護師の常駐や往診医の訪問があり、安心して生活が送れるよう体制を確立している。

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 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	月に一度の全体ミーティング及びグループホームのミーティング時に運営理念の唱和を行っている。	家庭的な雰囲気、尊重、自立支援、地域社会との連携を理念に掲げ、会議やミーティング時に唱和し、共用空間に掲示する事で職員各々が意識できるようにしている。	
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	コロナ禍で、自粛してきた所もあるが、制限緩和に伴い、夏祭りの見学や運営推進会議の対面での開催ができるようになってきている。	町内会や自治会には加入していないが、運営推進会議には区長、福祉委員、市職員が参加し、地域行事を把握し参加できる体制を整えている。最近ではコロナ禍で参加できていないが、祭りや敬老会で職員が出し物をしている。	
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	入り口に運営理念を掲示し、来客・家族・職員が常に目につくようにしている。運営推進会議等で周知し、理解を得ることができるように説明している。		
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	ほとんどが書面開催であったが、資料や議事録については関係者に送付し、サービス状況の周知に努めている。各委員からの提言を、次回の運営推進会議に反映し、サービスの向上に役立てている。	参加者が偏らないように家族に持ち回りで参加を依頼し、区長、民生委員、福祉委員、市職員も参加し、2か月に1回開催している。サービス状況を具体的に紹介する事で、多様な意見が出てサービス向上に繋がっている。議事録は全家族へ送付し、周知している。	
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	市への各種報告や更新申請時には、利用者の現状を伝えると共に、事業所のサービス内容を理解してもらえるよう努めている。	各種届出や更新時の他に、運営上判断が難しい場合には市の担当に相談し、スムーズな運営ができるよう取り組んでいる。	
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	身体拘束廃止委員会が年に4回あり、開催にあたり後日、職員に研修を行い身体拘束をしないようにケアにつなげられている。	運営推進会議時に合わせて委員会を年4回開催している。また、介護部門会議に代表者が出席し、各施設の身体拘束に係る情報を共有し運営に反映している。また、ミーティング等を利用し身体拘束について職員間で話し合いの場を設けている。	
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がないように注意を払い、防止に努めている	利用者の皮膚や身体状況、ケアの様子を職員全員で把握し、発見しだい指導し予防に努めている。		

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
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	年に1回利用者の方の権利擁護について、ミーティングで学習するようにしている。成年後見制度の研修会に参加し、他職員への伝達講習を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約に移行するまでに施設の見学を実施しており、契約時には説明を行い、意向を確認し、サービスに納得してもらってから契約を行うようにしている。契約の改正時は家族への説明、同意を得ている。		
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	運営推進会議やご自宅にうかがった際、電話等で状況の報告や相談を受け、意見をお聞きし、運営に反映できるようにしている。	利用者の意見は日々の関わりの中で聞き取り、家族からは訪問や電話での連絡時に日々の報告を行う事で個別の要望の把握に努めている。運営に対しては、運営推進会議の場等でも意見をもらい反映している。	口頭で言えないこと等、多様な意見を把握できるように定期的なアンケートを実施し、運営に活かす事を期待する。
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	月に一度のグループホームミーティングや研修会で、職員全員が自由に意見を発言できるように努めている。その他に連絡ノートを活用し情報共有に努めている。	ミーティングや会議時の他に、職員の疑問や意見を日々の業務の中で聞き取れるような勤務体制を組み、職員用の携帯のメールを活用して迅速な返答ができる体制を確立している。	
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	幹部会及び、代表者と管理者との面談の中で、各職員の勤務態度や目標、利用者に対する思い等を上層部が共有し、やりがいのある職場作りに努めている。ストレスチェックを行っている。		
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	OJTの中で意識を擦り合わせ、個々の力量に応じて、教育するようにしている。		
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	多職種連携研修に参加して顔が見える関係の構築を行っている。運営推進会議にもお互いに参加するようにしている。		

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
<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	本人と家族の意向を確認し、サービス内容を組み立てて提示することで、安心感を与えることができるよう対応している。観察した事などは業務日誌・個人ファイルに記録を行い、ケアに繋げている。		
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	看取りについての意見をお聞きするようになっている。家族の思いを聞き取る機会を設け、本人・家族の双方が納得できるよう努めている。		
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	事前にカンファレンスを行い、本人と家族の意向を取り入れるようになっている。		
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	できる事はしてもらい、洗濯や洗い物、食事の準備、掃除などを職員と一緒にしている。		
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	ご本人と家族の関係を維持するために、面会時やこまめな電話での報告をし課題について一緒に考えていただくように声を掛けている。ご家族にしかわからないような助言をいただくこともある		
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	利用者に行きたい所を聞いたり、家族に会いたいと言う利用者のは、家族に連絡をして会う機会を設けたりしている。	利用者の希望に応えられるように、できる限り家族にも協力をお願いしている。食べたい物を出前で頼んだり、買いに行ったり、自宅に帰って仏壇に手を合わせたりする等、希望に合った支援をしている。	
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	利用者同士の相性や関係を観察し、お互いに安心して過ごすことができるように、席の配置等にも工夫をしている。お互いに思いやってる姿勢がみられる。		

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	他施設への異動をされる利用者の方は、連携シートを異動先へお渡しし、その後、不明な点は問い合わせてもらっている。看取りの方へはお別れの色紙を葬儀に参列しお渡ししている。		
<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	アセスメントシートを活用し、職員間で情報を共有できるよう工夫している。課題が発生した時にはケアカンファレンスを開催し、職員で意見を出し合いプランを決定している。	アセスメント・フェイスシートを利用し、利用者の情報を整理し共有できている。ミーティング時に利用者の状態を報告し、日頃の気づいた事を参考にしてプランを作成している。	
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	アセスメントシートを活用し、少しでも多くの情報を得る努力をしている。		
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	日々の状況を業務日誌・個人ファイルに記録し、より明確に一日の状況が把握できるよう工夫している。		
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	ミーティングにおいてケアカンファレンスを行い、家族や職員、医師等の意見を取り入れた介護計画書の作成に努めている。	ケア会議やミーティングで、利用者と家族の要望や医師・訪問看護師からの助言を共有し、計画作成の担当者がその人らしいプランとなるよう計画している。本人が意思表示できない場合には、家族と何度も話し合いを重ねる事も行っている。また、毎月モニタリングを実施し、3か月に1回評価をして、必要な場合は見直しを行っている。	
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	SOAPの記録やケアカンファレンスを行う中で、各利用者への関わり方を明確にし、介護計画書の見直し等に活用している。		
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	法人内で10種13事業所あり、お互いにアドバイスや意見交換ができる体制にあり、急変時の対応についても協力体制がある。		

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
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	民生委員やボランティアの協力を得ることができるように努めている。地域のスーパー等に行くようにしている。		
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	月に一度のかかりつけ医へ受診している。緊急時の協力も得られている。	入居時に提携医や緊急時対応の医療連携体制について説明し同意を得ている。他の医院への受診の希望がある場合でも、送迎や付き添いはできる限り職員が対応し、治療方針の変更等について判断が必要な場合は家族に付き添いを依頼している。週に1回の訪問看護は24時間連携可能で、提携医との連携も密である。	
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	週1回訪問看護師が来所し、利用者の方の状態をチェックしたり処置を行っている。主治医と連携し、館内の看護師にも連携がとれるようにしている。		
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。	入院直後に状況報告書を提出したり、入院中の情報把握を行い、スムーズに退院に結びつけることができるように努めている。		
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	入所時に終末期の延命治療に関する同意書を交わしている。状態の変化があった際は、家族に報告し延命措置への気持ちの変化はないか等、話し合い出来ている。	入居時に重度化した場合の対応指針に沿って説明を行っている。状態に合わせ、利用者や家族の希望を再確認する事で、支援方針の変更も可能としている。また、状態に合わせて他の施設を紹介し、当事業所での看取りを希望する場合は医療・介護チームと連携しケアに取り組んでいる。	
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	緊急時対応マニュアルを作成し、年に1回研修を行い、見直し、緊急時にも冷静な判断ができています。		
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	消防署立ち会いの元、避難訓練を実施するとともに、運営推進会議で相談・協力要請を行い、災害時の対策を検討している。	年2回、避難訓練を日中と夜間を想定して実施している。その内1回は消防署の立会いのもと、併設事業所と合同で消火訓練、通報訓練、誘導訓練を実施している。近年のコロナ禍で思うような訓練はできていないが、緊急時のフローチャートの整備や食料の備蓄等、災害対策に取り組んでいる。	

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
<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	随時不適切な対応があった際は、注意しあえるようにしている。年に1回接遇や倫理について学習し、利用者の方に適切な対応ができるように努めている。	年1回は接遇研修を行い、利用者へ適切な対応ができるように心がけ、不適切な対応があった場合は各職員が注意し合える環境を作っている。利用者の立場に立ち、個々のプライバシーを守るための言葉かけが実践できている。	
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	ゆっくり、分かりやすく説明し、ご本人が意思を表出できるようにしている。必要に応じて選択肢を与えて本人様が決定できるようにしている。		
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	その日の体調に配慮し時間をずらしたり本人の気持ちに沿い、本人のペースに合わせている。		
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	外出の際は、本人に確認しながら服を選んだり、装飾品を付けていただき、外出できるよう支援している。		
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	季節に合わせた、食べたいものをお聞きし、一緒に盛り付けや食材のカット、味付け等、できる所は参加してもらい、食事を楽しんでもらえるようにしている。	昼食は1階で作った物を提供し、朝、夕食については事業所で利用者とともに食事を作っている。利用者の嗜好に合ったものを提供できるように日々考えて意向を聞き、旬のものを活用して行事食を提供する他、おやつ作り等にも積極的に取り組み、楽しみのある食事支援ができている。	
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	その方に合わせ、漬物やジュース、栄養補助食品等を本人やご家族と相談し、健康状態が維持できるように配慮している。		
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	毎食後に口腔ケアを実施している。不十分な時には職員が手直しを行っている。		

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
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	排泄チェック表を活用し、本人の排泄パターンの把握に努める事と環境を整備する事で失敗しにくく、トイレでの排泄が継続できるよう個別対応を行っている。	排泄チェック表を基本活用し、水分摂取量も並行して確認している。利用者の能力を把握し、日中は紙パンツを使用しトイレで排泄できるよう個別支援をしている。利用者が不安なく排泄できるように居室にポータブルトイレを設置する等の環境整備も行っている。	
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	できるかぎり体操をしてもらえよう声掛けしている。ヨーグルトは毎日摂取しており、必要に応じ、牛乳を毎朝取っていただいている。看護師から主治医へ報告し、服薬調整してもらう事もある。		
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	入浴回数や、お湯の温度、入浴順等を検討し、全ての利用者がリラックスして入浴できるよう努めている。季節に合わせての菖蒲湯やゆず湯も行っている。	週3回、午前中の中入浴を基本としているが、利用者の心身の状態に合わせて入浴日を変更する柔軟な体制を整えている。1階の併設事業所には特殊機械浴があり、重度の利用者の入浴が可能だが、できる限り住み慣れた事業所で入浴してもらいたいという考えから二人介助で浴槽に入る支援もしている。その他、季節浴や入浴剤を使用し、利用者の楽しみのある入浴支援をしている。	
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	一人一人の生活習慣に合わせ温度や電気のみなど環境調節で安眠できるようにしている。昼寝の習慣がある方や、疲れた方は寝すぎないように静養してもらっている。		
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	処方箋を個人ファイルに入れ、注意事項を日報及び連絡ノートを活用し、職員に周知している。分からない時には、看護師や薬剤師に相談している。		
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	ラジオ体操、集団レクリエーション、個別レクリエーション、外出で気分転換はかれるように支援している。		
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。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	天気の良い日には、出来るだけ散歩を楽しんでもらっている。家族や地域の方と一緒に外出はできていない。	コロナ禍で積極的な外出支援ができない期間があったが、感染予防対策を徹底し、近隣を散歩する事で楽しみのある時間を作ることができている。また、町内の夏祭りに参加したり、食べたい物を買に行ったりと、できる限りの支援をしている。	

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	家族との話し合いにより、所持するかを決めている。利用者の能力に応じて、本人が品物を選ぶ事ができる機会を提供している。		
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	家族との手紙のやり取りはしていないが、面会の少ない利用者には、面会に来てもらえるように促したり、直接電話で話してもらっている。		
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	利用者の方が落ち着いて、かつ安全に過ごせるよう、照明の調整や換気を行っている。毎日の掃除で、清潔な空間を保っている。	共用空間は広く、ゆったりと寛げるソファを置いている。道路に面した壁は一面ガラス張り、その採光や眺めは利用者の気分を晴れやかにしており、日差しに合わせてカーテンで調整している。季節に合った飾りも適度に行い、清潔感がある居心地のいい空間を作っている。	
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	利用者の方の意向によって窓際にソファを設置している。居室で過ごせる時間も大切にしている。ホールでは気の合った利用者同士で過ごせるように、座席等工夫している。		
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	できるだけ自宅と変わらない環境になるよう、馴染みの家具等を持ってきてもらえるよう努めている。和室とベットを使い分ける工夫を行い、安心して過ごしてもらえるよう支援している。	窓が大きく、採光ができていて明るい居室となっている。使い慣れた家具の持ち込みで、安心感がある空間作りができています。思い出の写真や花、創作物等も飾り、利用者が落ち着いて過ごすことができ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	安全に気を配ったバリアフリーの設計になっている。廊下には手摺りを設置し、歩行訓練も行っている。		