

ユニット名:しらかば・とちのき

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	運営理念に込められた思いを、職員一人ひとりが理解できるよう努力している。一方で、外国籍職員には理解しづらい表現もあり正確に伝えることが難しい側面もある。実践場面での教育で対応している。	運営理念は地域交流スペースに掲示して、共有と実践に繋げている。特に特定技能実習生等新入職員に理念の意味を教えるとともに、実践場面において理解及び定着に取り組んでいる。また、ユニットリーダー中心に職員会議で理念に沿った支援について話し合っている。家族には利用契約時にプリントを用意して説明している。		
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	移転先の自治会に改めて加入した。地域の環境整備活動に参加。散歩の際に挨拶を交すなど顔の見える関係づくりをしている。ご近所さん達がボランティアにも来てくれている。	自治会費を納めるとともに、施設長が自治会総会に出席するなど行事に参加して地域の一員として活動している。また、自治会長、組長さんが運営推進会議の構成メンバーでもあり、様々な情報を頂いている。来年度は自治会の敬老会やどんど焼きにも参加する意向である。また、ホームの行事に楽器演奏や小学生の合唱団が来訪している。更に、阿智高校で福祉を勉強している学生の来訪があり、介護全般で利用者との交流を体験している。		
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	新型コロナが5類になって以降、再開された認知症サポーター養成講座や自治体主催の介護教室、地区サロン、各種団体の学習会に呼ばれており積極的に関わっている。			
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	ここ2年は隔月開催ができるようになった。ケアの実践内容だけでなく、事業所が抱える課題や問題点も率直に話し合うことが出来た。職員会議で再検討し、現場にフィードバックさせている。	運営推進会議は役場保健担当職員、地域包括支援センター職員、民生児童委員、自治会長、組長、社協事務局長、他施設管理者、ホーム関係者が出席して偶数月に開催している。利用者状況、運営状況、地域との交流、事業計画、現状の課題、事故ヒヤリハット等の報告、意見交換等を行っている。		
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	主には行政の担当者、地域包括支援センター長との連絡および調整は頻繁に行っている。過去2年間は保険福祉審議会の本部委員および人材確保対策分科会長を委嘱されている。	村の担当部署、地域包括支援センターとは連携を取り、様々な事柄について話し合っている。また、施設長が認知症サポーター講座の講師を行うとともに、社協の依頼を受けて、地域の皆さんに認知症の話をしている。介護認定更新調査は村の調査員が来訪し、職員が対応している。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介護保険法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	防犯のため玄関は施錠しているが、外出したいときは職員付き添いで出てもらっている。向精神薬や睡眠薬は、医療職と相談しながら減薬に努めている。指針は中国語にも翻訳した。	方針として身体拘束のない支援に取り組んでいる。玄関は防犯のため、施錠している。帰宅願望のある利用者数名には、お話をお聞きする事で対応している。また、転倒危惧のある若干名の方には、人感センサーを使用している。合わせて、睡眠状態を確認できる装置を半数の方が使用している。年2回の身体拘束、虐待防止の研修会を実施するとともに、3ヶ月に1回、身体拘束適正化委員会を開いている。なお、適正化委員会の中で職員をベットに縛り付けて、実際に拘束を体験してもらうなど認識を高め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
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	身体拘束廃止と同様に指針を策定し、事例を使って職員に周知。3か月に一度の虐待防止委員会、年2回の研修受講を義務付け、職員間での共通認識を高めている。		
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	アドボカシーやその具体的な制度については管理者は概ね理解している。職員の学習機会は設けているものの、完全には浸透していない。制度等の利用については、管理者と関係者で話し合い活用している。		
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	インテークや契約時に、管理者およびリーダーから家族等へ説明を行い、後からでも分からないことがあればいつでも対応している。初めて入居型施設を利用される方へは、特に繊細な対応を心掛けている。		
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	直接、面会時や電話等でのやり取りが多い。年に一度は家族へアンケート調査を行い、結果を職員に配布し、より満足度が高められるような運営に活かしている。交流会での何気ない会話からお聴きできることも多い。	家族の面会は人数、時間制限を設けずにホールや居室で行っている。家族交流会を12月1日(日)に開催して、16家族が参加された。医療関係の説明を行うとともに、お弁当と一緒に食べた。来年度は駒場にある旧施設を利用して春と秋の2回家族交流会を開く予定を立てている。そんな中、ホームでの生活の様子は毎月発行している「ありがとう通信」でお知らせし、利用者個々の様子はユニットリーダーが手紙を添えて出している。また、若干名の中国籍の利用者は中国語の解る職員が担当している。	
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	主として職員会議の場で意見を発信してもらっている。思いがあっても会議の席上で発言しづらい職員もいるので、個別に話を聞いたうえで管理者から会議で提起するようにしている。	月1回、職員会議とユニット会議を開催している。連絡事項、各種勉強会、カンファレンス、職員の業務改善提案についての意見交換を行っている。インドネシアからの特定技能実習生等に対して日本語教室を開いて意思疎通を図っている。法人として目標管理制度がある。期初に自己目標を設定して、3ヶ月毎に目標に対する自己評価を行った後に年1回施設長と個人面談を行っている。	
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	リーダーが一次評価、管理者が二次評価を行い、本社の役員会で処遇等に関する意思決定をしている。結果よりプロセス重視。職員にとっても居心地よく、成長欲求の充足を支援することが重要と考えている。		
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	管理者はアセッサー資格を有し、個々の評価・教育を実施。社内にOJTの計画がないため、独自の物を使用。法人内外の研修は、希望・指示ともにレベルに合わせて受講機会をつくっている。		
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	同じような方向性でケアを提供する他の事業所とはネットワークを構築している。情報交換とともに、互いの強みや課題を発見しあうことで、質の向上に努めている。		

自己 評価	外部 評価	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	入居前に本人と面談を行う。家族が同席していない方がよいケースでは、丁寧に説明を行い、本人とだけ個別面談できる時間を設けている。納得して入居する方は稀でもあり、特に初期1か月は力を入れている。		
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	施設入居することに対して後ろめたさを抱く家族も多い。それまで頑張ってきた労をいたわり、本人と家族を切り離すための物ではないことを説明。初期段階での相談援助としては、積極的傾聴から入るようにしている。		
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	在宅時のケアマネジャー等からの情報を参考に、入居当日から不安感を抱かないよう計画作成と実践に努めている。情報が少ないケースもあるが、ベテラン中心に経験を活かしている。		
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	「共に生きる者」という考えに立脚し、「介護する側・される側」という関係にならないよう工夫している。別の事業形態から転職してきた職員は考え方の相違も見られるのでOJTに配慮している。		
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	本人と、本人を取り巻くすべてが支えあう関係だと認識している。初期にはそれまでの経緯もあり協力的でない家族もいるが、最終的には本人・家族が円環的關係性を再構築できるよう支援している。		
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	狭い地域なので幼馴染や長年のご近所さん、親戚同士といった関係もある。センター方式やエコマップで情報共有し、ご近所お友達の家へ遊びに行く事ができるよう関係者間で調整し、職員同行で出かけている。	ご家族の許可があり、長年の付き合いのある近所の方の面会がある。連休、年末年始等には宿泊を兼ねて自宅に戻られる利用者が数名いる。また、職員と買い物に出掛ける方もいる。入所前からの馴染みの美容院に出掛けている方が数名いるが、他の多くの利用者の方は2～3ヶ月に1回来訪する訪問美容師にカットして頂いている。	
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	孤立しがちな方にも、共通の話題を中心にグループ活動に参加してもらうようにするなど努めている。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				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	サービス終了の大多数は看取りによるもの。グリーフケアには管理者、ケアマネがあたり、遺族に対する心理的支援は一定期間行う。		
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	傾聴の時間を設けるようにしているが職員の技量にもよるところが大きい。主として管理者やケアマネが本人と対話している。職員からの報告や家族からの協力により最適化を図り、全職員で共有を図っている。	半数位の利用者のご自分の意思を伝える事が難しい状況である。入所時に家族からお聞きした情報や入所時の状況等を加味しながら、問い掛けに対する表情や仕草より希望を受け止める様に努めている。飲み物や洋服選び等二者択一の提案も含めて意向に沿える様に取り組んでいる。日々の支援の中で気付いた事柄はタブレットの介護記録に纏めて記載するとともに職員で情報を共有している。	
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	自宅を訪問し、家族にもききながら生活習慣や本人にとって大切な価値あるものの把握に努めている。入居前のケアマネや各事業所は快く情報提供をしてくれている。		
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	今年度から導入した端末や、日々のミーティングで、過ごし方や心身状態の変化といった把握はできている。一方で、新人が多いこともあり、有する能力の把握は難しい側面もある。		
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	利用者もチームの一員なので、可能な方についてはケア会議に参加してもらっていたが、年々重度化しており全体的に難しくなってきた。「ワクワクできる介護計画」を見立て、作成できるよう心がけている。モニタリングは3か月に一回。	全職員で利用者の状況把握に努めている。また、新入職員は施設長、ユニットリーダーによる指導の下、利用者の状況把握に努めている。3ヶ月に1回施設長、ユニットリーダーによりモニタリングを行い、電話や面会時に伺った、家族の希望を加味している。カンファレンスの席上で意見を出し合ってプラン作成に繋げている。入所時は1か月の暫定プランを作成し、様子を見て短期目標3か月のプラン作成に繋げている。状態が安定している場合は長期目標6か月で見直しを行っている。状態に変化が見られる時には適宜、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	タブレットとPCで記録している。外国籍職員にとって介護記録はハードルが高い。紙ベースと違い、一目で様子が分かるものではないのが課題といえる。モニタリング、再アセスメントに影響するため、早期に課題解決したい。		
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	ニーズとデマンドは完全には分けきれないところでもあり、利用者の生活の質が向上するところを目指しています。		

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	家族だけでなく、通い慣れていた商店などとも連携。自然環境の社会資源も活用しながらニーズを満たすことができるようアプローチしている。社協や自治会などとの連携はしっかりできている。		
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	通院可能な利用者は定期受診にお連れしている。難しい方は往診に来てもらっている。事業所の協力医療機関をかかりつけ医としている方がほとんどということもあり、医療的な相談には快く応じてもらっている。	入所前の医療状況をお聞きし、ホームの取り組みを説明している。入所前からのかかりつけ医の半数の方が、1～2ヶ月に1回受診しており、職員もしくは家族が付き添っている。他の半数の利用者は、ホーム協力医が月1回来訪して、診察を受けている。お薬は、薬局に届けて頂き、指導も頂いている。パート看護師が2名勤務しており、利用者の健康管理に合わせて医師との連携を図っている。歯科は必用に応じて、歯科医と歯科衛生士の来訪があり、口の健康維持にも取り組んでいる。	
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	これまで提携してきた訪問看護と契約解除し、必要最低限は非常勤看護師に来てもらうようになった。24時間365日の即応体制が取れないため、職員も利用者家族も、不安感が拭えないのが実情である。		
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、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。	入院時に医療ソーシャルワーカーへ本人の具体的な暮らしの情報を提供し、クリティカルパス作成に協力している。ここ数年は院内への立入りが制限されているので、主に電話・FAXでのやりとりとなる。退院時カンファレンスには参加し、医療職等から円滑な情報提供を受けている。		
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	看取りの際には、主治医、看護職も含め、日常より密な相談援助を行っている。家族に覚悟を決めてもらう際に、最も気を配っている。遺族ができるだけ後悔せずに済むよう、状況に合わせ早期に介入を図り、方針決定の支援をしている。重度化には課題が山積である。	重度化した際の指針があり、利用契約時に説明して同意を頂いている。重度化を迎えた時には家族、医師、ホームで話し合いの場を設けて、家族の意向を確認の上で、医療機関や特別養護老人ホームへの住み替えも含めたホームとして出来る支援に取り組んでいる。	
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	令和5年までに雇用した職員は普通救命講習を修了した。新入社員は交代で令和6年度・7年度で受講する予定。AEDの使用訓練は毎年全員が受講している。		
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	ハザードマップに示された危険地域から移転したことにより、水害や土砂災害のリスクは完全に避けられるようになった。避難にあたり、行政との協力体制が構築されている。自治会とは現在のところ相談中。	年2回防災訓練を実施している。9月は新入職員の教育も兼ねて避難経路の確認、備蓄品の確認を行った。2月には救命救急講習を受けながらの通報訓練、消火器を用いた消火訓練を予定している。また、緊急連絡網の確認訓練はスマートフォンのグループSNSを用いて、定期的に行っている。食料品等が3日分が備蓄されている。	

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	職員は利用者の方のありのままの人格を受け容れています。小さな生活空間の小集団であるがゆえに、他の利用者から自尊心を傷つけられてしまう場面はある。職員が介入し、心理的な援助を行うなどしている。	言葉遣いには特に気を配っており、利用者と目線を合わせ話をしている。トイレ介助の際には、耳元で優しい声でお誘いしている。呼び方は基本的には下の名前を「さん」付けで呼び、入室の際には「ノック」と「失礼します」の声掛けを徹底している。年1回プライバシー保護に関する研修会を行って、意識を高めて日々の支援に取り組んでいる。	
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	個別に傾聴する時間と環境を整え、感情表出できるよう相談援助を行っている。日常生活上の自己決定は本人が理解し、選択しやすいよう配慮している。		
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	リズムある日常を大切にしている一方で、大部分はその方にとって長年染みついている生活習慣を優先している。グループホームらしく、本人の自由度は高い。職員もそれらを理解して対応している。		
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	毎朝の整容支援、汚れたらすぐ着替えていただくよう取り組んでいる。男性利用者の髭剃りがもう少し丁寧にできるようになると更によい。		
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	食事のメニュー作りは、チラシを見ながら職員と利用者が一緒に行っている。実際の食事作りについては、職員よりも寧ろ利用者の方が上手だったりするので、安全に配慮しながら共に行っている。洗い物等は利用者で交代制。	介助が必要な方が若干名いるが、他の殆どの方は自力で食事が取ることができる。献立はスーパーのチラシを見ながら利用者の希望をお聞きして食材を購入し、調理して提供している。正月、雛祭り、お彼岸、クリスマスには行事食をお出ししている。また、利用者は力量に応じて、野菜の下処理、調理、後片付けを楽しみながら手伝っている。	
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	栄養バランスには配慮しているものの、栄養士が介入しているわけではないので、普通に自宅で作る献立と大きくは変わらない。血液検査の結果から主治医等のアドバイスも受けて反映させている。		
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	拒否の強い方も少数ながらいる一方で、工夫して口腔ケアができるようになった方々は、一様に改善がみられる。特に支援が必要な方については毎食後、その他の方は最低限夕食後の支援を行う。		

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	一人ひとりの状態に合わせている。失敗が増えて苦痛を感じてしまう方には、無理せず紙パンツやパッドを導入している。半分自立している方で、多量のパッドを使ってしまう方もいて悩みどころである。	排泄は殆どの方が一部介助の状況であり、若干名の方が夜間のみ全介助の状況である。起床時、食事前、就寝前の定時の声掛けに加えて、排泄表も参考にして、様子を見ながら早めにお誘いしている。また、お茶、スポーツドリンク等で1日1000cc以上の水分摂取に取り組み、排便促進に繋げている。	
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	水分摂取量に特に注意している。乳酸菌飲料を購入する方が数名おり、腸活に役立っていると思う。普段の姿勢づくり、体操、腹部マッサージにも取り組み、最終的に医療職の協力を仰いでいる。		
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、個々にそった支援をしている	週に2～3回の入浴を基本としている。1on1の貴重な時間でもあるため、ゆっくりと会話したり、湯につかりながら足をマッサージしたりしている。好みの入浴剤や季節のものなど取り入れている。	見守り介助の方が三分の一、他の三分の二の方は一部介助の状況であり、基本的には週2回の入浴を行っている。入浴拒否の方が若干名いるが、工夫をしてお誘いしている。入浴剤使用に合わせて、今年はリンゴを浮かべて、「リンゴ湯」を楽しんでいる。また、入浴後には希望をお聞きしオレンジジュースや乳酸菌飲料等で水分摂取を進めている。また、年1回はドライブを兼ねて屋神温泉の「足湯」に出掛けている。	
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	日中活動や午後からの過ごし方、環境づくりに配慮して、安眠・熟睡できるよう配慮している。眠りスキャンを導入し、眠りに関するアセスメントを行い、主治医とも連携して、睡眠薬の減薬に役立っている。		
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	服薬支援では、名前と時間を本人に見せながら読み上げ、事故防止対策としている。薬剤師に介入してもらい、情報共有や指導など行ってもらっている。		
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	台所仕事、掃除、洗濯、シーツ交換など家事全般に参加してもらい、役割感を持ってもらうようにしている。晩酌、季節のイベントごとなどで気分転換をして頂いている。		
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	散歩やドライブには日常的に出かけられるよう支援している。車椅子の方や、理解力が低下している方などは相対的に難しい側面もある。家族の協力はそれぞれの家庭の事情で差が激しい。	外出時は自力歩行が三分の一強、車いす使用が三分の一、歩行器使用が三分の一弱の状況である。天気の良い時にはホームの周りをゆっくりと散歩を楽しんでいる。また、通所デイサービスの利用者の送迎時に車に同乗してドライブを兼ねて外の雰囲気を楽しんでいる。また、春にはドライブを兼ねて「花桃」の見物や屋神温泉の「足湯」も楽しんでいる。秋には清内路方面に紅葉見物にも出掛けている。コロナ禍も落ちついてきたので、今後は計画を立てて外出リクリエーションを増やしたいと考えている。	

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
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	お小遣いや病院代、美容院代などの少額のお金は預かっている。買い物に職員とともに出かけ、お菓子など購入する際に援助を行っている。自分で所持する方も少数ながらいる。		
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	電話を希望される場合は、家族の事情も考慮しながら掛けられるよう支援している。家族から掛かってきて、本人に代わってくださという方が多い。海外在住の家族ともテレビ電話を通じてコミュニケーションがとれるよう、こちらの家族・施設とで協力している。		
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	ホールの隅にソファを置いて寛げるようにしたり、観葉植物を配置している。窓からの景観も季節が感じられる。必要に応じて地域交流スペースを活用している。	新築増床された当施設は十分な広さが確保されている。南側の大きな窓から明るい陽ざしが差し込むホール兼食堂は食事テーブルと大きめなソファ、大型テレビが設置され一日を過ごすスペースが確保されている。また、外には家庭菜園用の畑があり、春から秋にかけて季節の野菜を栽培している。	
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	前項と同様。独りになれるスペースはない。		
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	家具や調度品は、自宅から本人にとってなじみ深いものを持参してもらうようにしている。好きな色や花、飾り物など、好きなものに囲まれた居心地のよい空間づくりに配慮している。	居室入り口には「こごみ」「いたどり」「のびる」等の菓草の名前を示したプレート掲示されている。十分な広さが確保された居室は、大きなクローゼットが完備されている。持ち込み物は家族と相談の上で、使い慣れたタンス、テレビ等が持ち込まれている。家族の写真や誕生日のお祝いの色紙等に囲まれて思い思いの生活を送っている。	
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	事業所内で迷うことのないよう、そのとき入居している方にとって理解しやすい掲示をしている。利用者の目線に合わせた大きな表示など、もう工夫したいところ。		