

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	0272701228		
法人名	社会福祉法人吉幸会		
事業所名	グループホームみろくの郷けんど		
所在地	〒039-0313 青森県三戸郡田子町茂市字仲田2-2		
自己評価作成日	令和 5年 9月 7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 青森市中央3丁目20-30		
訪問調査日	令和5年10月6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>毎日、ゆっくりゆったりとした時間と空間を提供し、家に居るような感覚で自分のやりたい事をして過ごしてもらっている。また此処が家となるよう自治会に入り、一地域の住民として地域の行事や清掃作業等にも参加している。</p> <p>《基本理念》</p> <p>①同じ家に住む仲間っこになるうよ。</p> <p>②自分の人生を最後まで満喫しようよ。それを念頭に置き、日々のケアに努めている。</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>事業所の周りは緑に囲まれており、自然が豊かである。基本理念にある、「同じ家に住む仲間っこになるうよ」「自分の人生を最後まで満喫しようよ」を念頭に日々の生活とケアが行われている。月1回の便りは希望があれば遠方に住む孫などにも送付しており、日常生活の様子が共有できるようになっている。また、個人医院と訪問看護との協力体制もあり、看取りケアにも取り組んでいる。</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、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	会議などで確認する他、ホーム内に掲示し全職員に周知している。理念の意味を意識しながら日々のサービス提供に努めている。	ホール内、食堂に理念を掲示しており、職員がいつでも確認できるようにし、日々のケアの中に取り入れ、職員や利用者間の関係作りに努めている。また、定例会議内においてもケアの原点として振り返りが行われている。	
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	自治会に加入し、年2～3回程は自治会から清掃活動のお知らせがあり、参加している。参加出来ない場合には、日中の時間帯でゴミ集めなど事業所として出来ることをしている。	自治会に加入し清掃活動等に参加している。コロナ禍前まで開催していたみろくの郷夏祭りに地域の方も参加していたが、現在はまだ再開されていない状況である。今できる活動ということで、自治会長にお願いし、年2回広報誌を配布してもらったり、広報誌を保育園や郵便局に配布し、活動を発信することで交流が途切れないようにしている。	
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	自治会にお願いし全世帯に広報誌を配布(2回/年)してもらおう等し、活動内容を知ってもらうことで認知症への理解が深まるよう取り組んでいる。		
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	隔月1回の運営推進会議を開催している。事業所内での活動の取り組みについて報告し、問題や困りごと等について参加者の意見を頂きサービス向上に活かしている。	地域の民生委員や社会福祉協議会、役所の担当者にも参加していただき活動の報告や取り組みの紹介を行なっている。会議の中で不足している新聞紙などについて話題を提供し、広報誌に掲載して地域の方から古新聞の協力を得たりしている。	
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取り組んでいる	外部評価結果を報告し、ホームの実態を理解してもらえるよう努めている。必要に応じて指導や助言を受けるなど、意見交換を行っている。	運営推進会議にも出席してもらっており、普段から顔の見える関係ができています。制度に関する事など、日頃から気軽に連絡してやり取りすることができています。	
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	内部研修において身体拘束の資料を配布し研修を行い、参加出来ない職員には資料を参考に読んでもらい理解をしてもらうよう周知している。やむを得ず拘束を行わなければならない場合に備え、マニュアルも作成している。	身体拘束に関する委員会が設置されており、3ヶ月に一回開催される委員会の中で、指針やマニュアル、記録の見直しが行われている。年度初めのユニット会議の中で内部研修を行い、振り返りと確認が行われている。接遇の場面でもその都度確認が行われ身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	研修等に参加し高齢者虐待防止法について学び、職員同士お互いに気になることは注意しながら、未然に防ぐよう努めている。虐待を発見した場合の対応についてマニュアルを整備し、報告の流れ、対応方法についても全職員が理解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
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	内部研修において資料を配布するなどし制度について勉強をしている。利用者にも制度を活用している方もおり、関わることや学ぶ機会もある。		
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	契約時に重要事項説明書を基に、ホームの理念や運営方針等を十分説明している。利用者や家族の意向を傾聴するよう心がけ、疑問や意見も引き出せるよう働きかけている。契約改訂時には十分説明を行っている。		
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	状況により面会方法を変え、電話連絡等でも状態報告をし、その際に意見や要望を確認している。また毎月、一人ひとりの様子を写真とコメント付の手紙でそれぞれの家族に伝えることで、意見や要望を取り入れやすくしている。	今年の5月から対面での面会を再開している。また、開設当時から実施していた毎月の家族へのお便りやリモート面会も継続して実施しているほかラインなども活用するなど幅広い形で意見を聞く機会が設けられており、外出支援の行先などの意見も反映されている。	
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	運営方法や利用者の受け入れなどの決定事項については、会議を経て主任や管理者から周知している。職員の意見や提案はユニット会議、主任会議、法人全体会議等を通して、その都度反映できるようになっている。	年2回職員面談が設けられており直接、要望等を伝える機会がある。日常的に職員間で意見交換が行われている他、ユニット会議、主任会議、法人全体会議等でも検討され反映される体制が整っている。	
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	代表者は現場の状況、職員の日々の努力や勤務状況を把握し、保有資格者をいかした職員の配置を行っている。年2回人事考課を行い、職員一人一人が課題を持って働けるようにしている。		
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	年間研修計画を作成し、職員それぞれの経験や力量、希望等に応じた研修を全職員へ平均的に受講できるように努めている。研修で学んだことは会議等で伝達研修し、日々のケアに活かせるよう周知している。		
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	八戸地区グループホーム協会に加入しネットワーク作りや意見交換を行っている。法人内外のグループホームとも連携を図り、日々のサービス向上や職員の育成に取り組んでいる。		

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
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	入所前に利用者、家族、担当ケアマネ等から直接話を聞き、できるだけ本人の希望や思いに沿うよう努力をしており、信頼関係を築けるように意識しながら対応している。		
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	入所前に家族より、困っている事やサービスに対する要望等を細かく聞き、希望や思いに沿うよう努力をし、信頼関係を築けるように意識しながら対応している。		
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	利用者や家族のニーズに対して、その時点で何が必要かを見極め、必要に応じて関係機関と連携を図り、他のサービス機関に移行する支援を行っている。		
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	利用者のできること、できないことの把握に努め、役割を持って生活できるよう支援している。また、利用者同士協力できるような意識した声かけを行い、お互い必要な存在であることを認識してもらえる関係づくりをしている。		
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	利用者と家族の関係や双方の思いを把握した上で、情報の共有に努めている。電話連絡や毎月の広報、個人通信で普段の様子を知ってもらえるようにしている。		
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	本人の希望に沿った外出の支援や知人の面会等を行い、馴染みの人や場所との関係が続けられるような支援に努めています。	利用者の希望があれば外出の支援を実施している。その他に、知人の面会受入れや家族からの希望があれば、孫などにも広報誌を郵送するなどつながりの継続支援が行われている。	
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	職員は理念を意識しながら、利用者同士がお互いのことをよりわかり合えるよう間に入りコミュニケーションを図っている。また、自分ができることでお互いに助け合うなど、職員は見守りしながら利用者同士が関わり合えるように支援をしている。		

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
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	買い物や通院時等、事業所の外で会う事もあり、その際に近況を確認している。		
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	日常の会話や表情から、利用者の思いや希望を把握するように努めている。また家族からも情報収集を行う等し職員間で情報の共有を図りながら、ユニット会議や必要に応じて話し合いを持ち、全職員が利用者の視点に立って意向を把握するよう努めている。	日々の生活の中で、利用者の視点に立って思いや意向を把握するよう努めている。又、必要時は担当職員が中心となりユニット会議等で話し合いを持ち、全職員が利用者の視点に立って意向を把握するよう努めている。	
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	利用者や家族、担当ケアマネージャー等から情報収集を行い把握するよう努めている。		
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	申し送り、会議等で利用者の現状を把握している。生活のリズム、分かる力などに関して詳しく情報交換し、話し合いを行っている。		
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	利用者や家族等の意向を聞き、利用者がその人らしく暮らし続ける事が出来るように、担当者を中心に全職員で話し合いをし介護計画書を作成している。	毎月、家族へ生活状況を便りとして送付し、報告が行われている。介護計画の作成及び見直しの時期には家族へ意向確認が行われている。介護計画は職員全体で話し合っ作られており定期的にモニタリングも実施されている。	
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	一人ひとりについて、日々の暮らしの様子や身体状況について具体的に記録に残しており、記録の内容を全職員が共有できる仕組みを整えている。利用者の身体状況や希望等の変化があった場合には、随時見直しを行っている。		
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	利用者や家族の希望を聞き、法人の車両を使用し受診時の送迎や外出を支援している。本人の希望には家族の承諾や協力を得て、可能な限り対応できるよう柔軟な支援を心掛けている。		

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	利用者が安心して暮らせる為に、本人の意向や必要性に応じて、地域の自治会、保育園、消防、医療機関等に協力してもらい支援している。		
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、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	町立の診療所や個人医院の協力体制があり、それぞれ往診が月に1回ある。受診が必要な場合は、事業所での支援のほか家族に対応をお願いすることもあり、臨機応変に行っている。	入居時にかかりつけ医の継続については意向確認が行われている。町内の病院受診については職員で対応するが、町外の病院については受診の支援を臨機応変に対応している。	
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	医療連携体制として訪問看護師が週一回訪問し、利用者の日常的な健康管理、体調の変化や心配ごと等について相談し指示や助言をもらっている。		
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。	入院時には定期的に病院に電話することで、治療内容や経過など把握するよう努めている。また、家族と一緒にカンファレンスを受け、退院等の調整を行っている。		
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	終末期について、本人や家族の意向を状態に応じてその都度確認し、かかりつけ医や訪問看護師も交えた上で話し合いを持ち、終末期に向けた方針を共有している。また重度化については、家族や医師、訪問看護師と情報を共有しながら、状態の変化に応じて介助方法を工夫し対応している。	終末期における看取りの指針が策定されており、本人の状態に応じ意向確認が行われている。また、主治医と情報が共有され本人、家族の意向を基に対応している。対応が困難な場合は、他の事業所等へ適切に繋げている。	
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	応急手当や救命救急等の外部・内部研修を受け、全職員に周知し事故発生時や緊急時に備えている。夜間対応も含め緊急時対応マニュアルを掲示し、全職員に配布している。		
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	ユニットでの日中や夜間想定避難訓練を定期的実施している。災害時用の備品や非常食を準備し、非常食については栄養士が管理し定期的に入れ替えを行っている。	年2回の総合訓練のほか、毎月1回火元想定を変えながら訓練を行なっている。また、自治会をはじめとする地域住民とも協力できる体制ができている。災害時の非常食も3日分程度備蓄され、定期的に入れ替えが行われている。	

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	一人ひとりの個性を尊重し、常識かつ適切な声掛けをしながら利用者に寄り添い、同調姿勢で接している。会議等でも利用者の接し方について話し合いを行い、個人情報には適切な場所に保管している。	プライバシーが確保される個々のケアについて、申し送り時等に意見の交換が行われ、日々のケアに繋げている。また、プライバシーに関する研修が年間研修計画に組み込まれており、職員間で振り返りが行われている。	
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	利用者との日々の関わりや家族等からの情報により、本人の思いや希望を把握している。利用者が、自己決定できるような対応や話やすい雰囲気づくりを心がけ、意思表示が困難な場合でも、表情や態度から把握するよう努めている。		
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	利用者の気分や体調に配慮し、一人ひとりのペースや要望に沿った支援ができるよう努めており、生活していくなかで決められた時間や場所、順番等にとらわれないように心掛けている。		
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	利用者の個性や希望等を尊重し、季節の衣類の入れ替えは家族にも協力してもらい、おしゃれが出来るように支援している。衣類や整容の乱れにはさりげなくサポートしている。		
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	利用者の希望、好み、苦手なものに配慮し、状況、意思、力量に応じて調理の準備や後片付け等を職員と一緒にやっている。また、月2回は利用者の希望に沿った自由献立の日があり、食事の楽しみを持ってもらう機会を設けている。	法人外の栄養士に委託し、献立が作成されている。季節の食材など差し入れを頂いた際には、献立に反映し、旬の食材を味わって頂ける工夫がされている。月2回の自由献立の日には、日々の会話で得た利用者の意見が反映された食事を提供している。	
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	利用者個々の状態に合わせた盛り付けや器を考え提供している。また水分についても状況に応じて回数を調整するなどし、必要な量を確保でき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	一人ひとりの習慣や意向を踏まえ、声掛けや一緒に行く等、能力に応じた支援を行っている。		

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向けた支援を行っている	一人ひとりの排泄を記録し、排泄パターン、習慣、サインに応じて事前誘導を行う等、自立に向けて支援を行っている。便意や尿意の確認、誘導、失敗をしたときなどは、羞恥心やプライバシーに配慮し他利用者に気づかれないよう速やかに行っている。	トイレでの排泄を可能にするために、個々の食事・水分摂取量、排泄、バイタル等が記載されたシートを活用しており、一人ひとりの生活リズムに合わせた排泄支援に取り組んでいる。トイレへの誘導を行う際は羞恥心等に配慮された声掛けを心掛けている。	
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	職員は便秘の原因や及ぼす影響を理解し、食事や水分量、排泄チェックを行い、水分摂取しやすい工夫をしたり運動を働きかけている。便秘傾向にある方や下剤服用者については、医療機関へ相談し指示を受け、下剤使用量や頻度を調整している。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	利用者のその日の体調や気分を考慮し、入浴習慣を把握した上で、その人の希望やタイミングに合わせて入浴できるようにしている。利用者の羞恥心や負担感、安全面に配慮し、入浴拒否する利用者へは声掛けのタイミングを考える等、対応の工夫をしながら行っている。	曜日や時間帯は固定しておらず、その日の利用者の希望に合わせて入浴の対応を行っている。無理強いせず、入浴を希望しない時は別の日時に再提案し週2回以上の入浴を提供している。浴槽はヒバの木の浴槽になっており、香りを楽しむことができる。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	好きな場所で休める環境を整え、その日の状態に応じて休息できるよう対応している。また睡眠状態の観察をし、家族や医療機関と相談しながらその人に応じた調整を行い、生活のリズムを整えるよう支援している。		
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	薬の目的・副作用・容量等を理解し状態を観察しながら症状の変化に気を配り、医療機関や家族に報告・相談している。また、誤薬や飲み忘れ防止への取り組みを行い、その体制も整えている。		
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	利用者の生活歴・力量・希望等を把握し、体調や気分、季節等も考慮しながら、一人ひとりが家事や手作業等、得意なことや出来ることで役割を持って生活している。また、季節ごとの行事等を取り入れることで楽しみを持って生活できるよう支援している。		
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。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	重度化により外出の機会は減ってはいるが、室内だけで過ごす事によるストレスが蓄積されないよう、事業所周辺の散歩やドライブ等で対応している。	重度化が進み外出の機会は減っているが、季節を感じて頂くために花見ドライブや事業所周辺の散歩を実施している。また、家族から外泊の希望などがあれば調整して対応している。	

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	利用者一人ひとりの力量や希望、家族の希望等に配慮しながら、本人が所持していたり紛失やトラブルを考慮し、全額預かっている利用者もいる。外出や欲しい物がある場合には、自由にお金を使え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	電話は掛けやす場所に設置し、自分で電話出来る方には掛けてもらい、出来ない方には希望に応じて職員が掛け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	共有空間には、食卓やソファを設置し家庭的な雰囲気づくりをしている。窓から入る日差しはカーテンで調節し、室内の明るさにも配慮して。職員の声やテレビの音量も適切にし、心地よい空間づくりに努めている。	リビングは日当たりがよく、気持ちよく過ごせる空間になっている。床暖が入っており、冬期間も快適に過ごせるように配慮されている。小上がりやウッドデッキも用意され、思いおもいに好きな場所で過ごせるようになっている。また、季節に応じた飾り付けも施されており、利用者の作品を飾るコーナーもある。	
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	それぞれの過ごし方や過ごす場所を把握し、いつでも思い思いに過ごせるよう、座布団や枕等を置いておくなど一人ひとりの居場所が確保され、穏やかに過ごせるような支援を心掛けている。		
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	入所時に購入するのではなく、なるべく自宅で使用していたもの、馴染みの物をもってきてもらうよう働きかけを行っている。持ち込みが少ない利用者には意向を確認し、職員と一緒に居室づくりを行っている。	馴染みのある道具や家具を持ち込んでもらえるように声かけを行っている。和室と洋室が用意されており、自分で過ごしやすいように部屋を飾りつけながら自分のスペース作りを行っている。	
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」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	利用者の安全や使いやすさを考慮し、全域に手すりや車椅子対応の洗面所を設置するなどしている。車椅子で自走できる方や自分で歩ける方の動線も考えながら家具を配置し、暮らしやすい為の工夫をしている。		