

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	0272300732		
法人名	有限会社 みや・コーポレーション		
事業所名	グループホーム 岩木望(いわきぼう)		
所在地	〒038-1121 青森県南津軽郡田舎館村大字畑中字樋口158		
自己評価作成日	令和4年11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	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			

【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)】

事業所からは名前の通りに「津軽富士」こと岩木山を眺めることができる。「安心」「家族」「元気」の理念のもと、利用者様とスタッフ共に家族のような関係性を築きながら、毎日利用者様・スタッフが賑やかな時間を過ごし元気と安心に努めている。また自立支援を目的として利用者様の家事や役割り、余暇活動にも積極的に取り組んでいる。コロナ禍で地域ケア会議は開催されていないが、地域包括支援センターからの相談にも対応し協力している。その他、現在のコロナ禍において面会室を設置し、またオンライン面会も対応しており、いつでも利用者様とご家族様、ご友人等の地域の方と顔を合わせることができるよう環境を整えている。また、職員の資格取得の応援や休日希望、家庭の状況による要望等に配慮している。新しく入職した方にも指導職員とマンツーマンで対応し職場や業務に馴染みやすいように対策している。

【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)】

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)	

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、生き生きと働けている (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

[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	「安心」「家族」「元気」をホームの理念とし、管理者やスタッフは業務中にも念頭に置くように毎朝の申し送り時間を利用し、業務に入る前に声出して確認している。利用者様に安心して毎日を送っていただき、利用者様、スタッフが家族的な雰囲気の中、元気に地域と交流実できるような実践している。		
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	例年であれば地域の保育所のイベントや村内・地区の行事に招待していただき、ご家族・地域のご友人と交流を継続できるように実践しているが、現在はコロナ禍において直接接しないまでも関係が途切れないよう工夫している。その他、地元の企業よりビニール袋を寄付して頂くなど地域との交流がある。		
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	申込みに来られた方の悩みや不安等を少しでも解消していただけるように、傾聴、共感している。また認知症の方がなぜそのように行動してしまうのかということについても説明し、理解していただけるようにしている。その他、電話相談があった際にも同じように対応している。また、事業所職員が他の事業所職員と意見交換している。		
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度のペースで運営推進会議を開催し、入居状況やホーム行事の報告の他、ホームでの行った認知症の方への支援方法等を報告している。現在はコロナ禍において、外部の方の直接参加はできていないが会議には行政・地域包括支援センターからのご意見をいただき、家族にも会議のお知らせをしていつでも意見をいただけるようにしている。		
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	行政にパンフレットを置かせていただいている。日頃から事業所で相談したいことは積極的に伝え、協力関係を築けている。新型コロナウイルス発生時や、ホームでの集団の予防接種、大雨等で災害の可能性がある場合など密に連絡をとり情報共有をし連携が取れている。		
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	事業所全体で身体拘束をしないケアを実践できるように年1回以上の勉強会を行っている。その他、日頃から支援方法が拘束に繋がっていないか職員同士で都度話し合い、振り返るようにし、やむを得ず拘束を行う場合には解除にむけ見直しを行っている。運営推進会議にて報告を行っている。		
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	事業所全体で虐待防止の徹底に取り組んでおり、年1回以上勉強会を行いマニュアルの確認と共に日頃の支援方法について振り返る機会を設けている。		

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
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	利用者様に日常生活自立支援事業を利用されている方がいることから日頃から施設内全体で学べる環境となっている。また、何かあった際には日常生活自立支援事業の担当者へ連絡して情報共有に努めている。		
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	契約の際には重要事項説明書と共に事業所としての特徴と、自立支援や認知症介護についてを時間を使い細かく説明している。その際にご家族様から伺った意向をケアプランの参考としている。また、介護保険法が改定された場合には利用者様・ご家族様に金銭的な負担が変わることもあり、来館された際やお手紙で説明し了承をいただいている。		
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	ご家族様にはいつでも運営推進会議に出席していただけるように努めており、玄関での掲示やホームお便りでも毎回お知らせしている。ご家族様や出席された運営推進会議メンバーの方と意見交換しホーム備品交換等を行っている。その他ホームでの生活を強く希望されたご家族様の為、個別対応の為の器具の導入、業務内容の変更など柔軟な対応をしている。		
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	職員からの意見は朝の申送りや定期的に行われる全体会議などで聞く機会を設けている他、年1～2回面談や個別でも随時聞き反映させている。		
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	職員が1人1人持っている特徴を最大限出せる環境作りを行っている他、必要な場面では助言・指導を行っている。私生活の充実や資格取得による研修の為休日希望で休日を取りやすくしている。また、資格や能力に応じて給与に反映されている。		
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	スタッフ全員が外部研修へ参加できる機会を設けるように取り組んでいる。施設内での勉強会にてスタッフ1人1人の介助の不安を確認すると共に介護技術に幅を持たせるようにトレーニング機会を設けている。その他、職員から依頼があれば随時個人的にもトレーニング機会を設けている。		
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	地域ケア会議に参加し他の事業所の方と個別で意見交換を行ったり、訪問看護や福祉用具専門員等と利用者様1人1人の状態について定期的に意見交換している。また村内の特養に転居された方のケアについて先方に行って環境作りなどの話し合いをしている。		

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
<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	入居前の面談へ伺った時から本人の世界観を大切にし、なるべく本人の口からお話をしていただけるように時間やペースを合わせ、声のトーンや表情に気を配りながら、初めてでも安心して話しをしていただけるようにしている。		
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	申し込みに来ていただいた際には、ご家族様の生活での困りごとに耳を向けながらも、認知症介護を自宅で行っていた感情に共感し、これからどのような支援していただけるかを話し合い関係性の構築に努めている。		
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	面談へ伺った際にはアセスメントシートを活用しご本人様の状態を確認した上で、入居された初期にはどのようなサービスが必要かを検討し初期のサービスを行っている。特に入院されている方の場合であれば面談後も大きな変化の可能性もあり、入居直前に医療機関へ状態を確認に努めている。		
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	利用者様には介護を受けているというマイナスな気持ちにならないように、自宅と同じように生活できるようその方の生活ペースを大事にしている。その中でレク活動や行事等他者と交流、楽しめる機会を作っている。その方に悲しい出来事があった場合にでもゆっくり話しをできる時間を持ち、どの感情でも出せる関係性を築いている。		
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	来館された際には随時利用者様の状態をご説明した上で、意向や要望について随時お伺いしている。また、ご家族様から提案のあった件については利用者様の一番の理解者として承り、サービス反映できるように前向きに検討している。		
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	定期的に遠方にいる友人の方から手紙のやりとりを行う、親戚の美容院へ行く等途切れない関係継続ができるように支援している。また、ホームに来ていただけることでいつでも面会できる環境を整えている。本人の要望により家族が入院している病院への面会支援、冠婚葬祭に参加できる支援も行っている。		
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	利用者様は顔を合わせた環境で飲食を共にされている。得意とする洗濯たみや衣類を裁縫で修復する等協力し合い、受けた利用者様は自身の持っているおやつを分ける等有効な関係が構築されている。また、利用者様の輪の中にはスタッフも入り話題の提供や円滑な交流ができるように努めている。		

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
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	退居となった後でも、病院や別事業所から相談があった際には支援方法を伝え、実際に転居先へ伺い対応方法等の説明に伺ったりしている。		
<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	利用者様の日々変わる生活への希望や要望は定期的に向う機会を持っている。その他、困難な利用者様の場合は日頃の様子を観察した上でどのような気持ちで見極め検討している。また、自宅ではどのように生活してきたのかをご家族様から教えていただき意向の把握に努めている。		
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	利用者様に合わせ、物作りや読書ができる機会を設けたり、自宅生活から習慣のあった飲食物の提供ができるようにご家族様に協力をいただきながら支援に努めている。		
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	日々の観察の中で日々の変化に目を向け、体調や精神面の変化を把握するようにしている。また、利用者様の現状の能力を把握し、できる動作がどこまでできるのかを観察把握した上で必要な介護を提供している。		
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	本人が本人らしく生活できる介護計画を目標に、本人の意向を踏まえた上で担当者会議を実施し、日々の生活の様子を把握する他、ご家族様や主治医、訪問看護師からも助言を頂く等広い視点で介護計画を作成している。		
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	紙の記録から、端末での記録へ変更したことから、今までより気づきや変化等その都度個別記入が記録しやすい環境を整えている。前日の状態等その場で職員間共有できている。		
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	本人の身体状況に合わせて、家族と相談の上で介護タクシーを利用しての通院介助や個別での訪問診療や訪問看護での医療処置等状況や状態に合わせて柔軟にサービス提供している。		

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
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	運営推進会議には民生委員や地区総代に参加いただき、村内の出来事や利用者様の状況についての情報共有を行っている。また、社会福祉協議会行っている日常生活自立支援事業を利用していただき、金銭面管理で入居者様には安心していただいている。		
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	入居前から利用しているかかりつけ医への受診を入居後も継続できるようにしている。かかりつけ医がいない場合でも、ご家族様と相談し安心して医療面をサポートしていただける病院を検討している。家族にも協力して頂いており、その際は情報提供書にて状態を詳しく伝えている。		
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	毎週来ていただいている訪問看護師には、1週間の様子を状態を報告している。その上で処置や医療面での相談や助言等をいただいている。その上で、個別契約の訪問看護で必要な医療的ケアを受けられる体勢を整えている。		
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。	入退院時は医療機関と情報提供し合い安心して入院できるよう、またスムーズに受け入れができるようにしている。定期で来ていただいている訪問看護師にも状況を伝え個別契約で必要な医療的ケアを受けられる体勢を整えている。		
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	ホームでは看取りを行っていないが、重度化や終末期の対応を明確にし契約の際にホームの方針を説明している。ご家族様には随時状況を報告した上で、情報共有に努めている。重度化した場合は個別で時間を設け、お互いの意識にズレが無いように変化があるごとに何度も機会を設け、ご家族様とホーム側との本人の状態の共有に努め、特養等の申し込みにつなげている。		
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	年1回以上の事故発生時の勉強会を行っている。その他、日頃から朝の送り時間等で、著しく変化があり急変の可能性がある利用者様については管理者から急変時にどのように対応すべきかを情報共有に努めている。救急法については事務所に掲示しており、いつでも確認できるようになっている。		
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	年2回の昼夜を想定した避難訓練を実施している。その他、勉強会を開催し村内のハザードマップを確認する機会を設けている。大雨や地震があった際には行政と連絡を取り合い状況の確認と共有に努めている。また、地区の方に避難訓練の様子を確認していただく等で協力体制を構築している。災害発生時の為に備蓄をしている。		

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
<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	本人の抱いている世界観を否定しないケアを推進し、一人一人に合わせた声かけを行っている。また年一回以上の勉強会を行いプライバシーへの配慮を再確認している。		
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	ご本人様の希望でご家族様の入院見舞いや冠婚葬祭、遠方の家族の所へ外泊へ行きたい等希望があった場合にはご家族様と相談し柔軟に支援できるように努めている。車椅子を必要としている利用者様の場合でも、同じように家族の協力をいただきながら自宅や墓参りへ行けるよう努めている。		
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	ホーム内で行うレクや制作活動へお誘いした際にその方が他に自身で楽しんでいる個人製作や中庭の手入れ等を行なわれている場合は本人の希望に沿い支援している。		
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	ご本人様が好きな衣類を着られたり、おしゃれができるように利用者様に合わせて支援している。化粧水やクリームを準備したり、鏡をみてブラッシングを行ったりしている。また普段から持ち歩いているカバンや身に着けているバンドナ、割烹着等その人が今まで生活して身に着けていた物をそのまま継続できるように努めている。		
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	食事時間ではBGMを流し、ゆっくりとした環境の中で食事を楽めるように支援している。本人から希望があった物に対してはご家族様と相談し、健康面を考えながら提供できるように支援している。地域の方から旬の食材を頂きメニューに取り入れている。また、残存能力を活かしてお膳の準備や食器洗い、掃除等スタッフと一緒にやっている。		
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	電子カルテを利用し一日の飲食の摂取量を確認しながら、必要な場合は受診時に相談を行ったり、ご家族様に本人の好きな飲み物を準備する等で支援している。また、嚥下機能が低下してきている方には状態に合わせてトロミを付けたリ、好む温度で提供する等その方々に合わせて提供している。		
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	食後には義歯を外してブラッシングやうがいをし肺炎に繋がらないように支援している。口腔ケアが上手くできない方には、口腔ケアティッシュを使用しできる限り口腔内の清潔保持に努めている。また、義歯や口腔内に痛みや違和感を訴えられた際には早めに訪問歯科で診察をしていただいている。		

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	排泄パターンの確認をし個々に合わせたタイミングでの誘導を行っている。また、その方の残存能力等を観察し本人様に合わせた失禁用具の使用を検討している。		
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	下剤に頼りすぎないように、個別での歩行運動等の運動機会を作ったり、便秘や排便状況を観察しながらご本人様に調子を尋ねながら腹部マッサージの実施や、水分を多めに摂っていただく支援を行っている。		
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	週2回以上の入浴を提供している。お湯の温度や入浴時間等、利用者様それぞれの希望に近づけることができるように支援している。また、歌が好きな利用者様にはBGMを流しながら入浴していただく等楽しめる工夫を行っている。利用者の希望に沿って同性介護を希望する方への配慮も行っている。		
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	利用者様がゆっくりと休めるように、入床までの準備を一緒にしたり、希望があった際には湿布や体の痒みに軟膏を塗布、空調管理に努めている。入床時間に関しても、自宅での入床時間をそのまま継続できるようにゆっくりと過ごしていただいている。		
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	利用者様のお薬に関しては禁忌食材や副作用についても電子カルテ記入や朝の送り時間に伝える等随時情報共有に努めている。その他、副作用が強く出ている場合には病院やかかりつけ薬局へ電話し相談している。また、利用者様の状態に合わせてオブラートやゼリー状での服薬等服薬しやすい方法で支援している。		
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	自宅で行っていた家事(食器洗いや掃除、洗濯たたみ等)今残っている能力を最大限に活用し、生活に張り合いができるように支援している。また、自宅生活からの嗜好品である飲食物や日課として行ってきていたことを継続でき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。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	「散歩に行きたい」、「店に行きたい」と希望があった際にはなるべく時間を設け支援できるように努めている。その他、自宅への一時帰宅や外出等家族の協力をいただきながら支援している。ドライブや散策などに出かけ季節を感じて頂いている。		

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	大きい金額についてはホーム側で管理しているが、一部本人様やご家族様からの意向もあり少しの金額を自身で管理している方もいる。能力に応じ支援している。その他、日常生活自立支援事業で管理していただいている方もいる。買う喜びのもと、買い物に行った時にはご本人様にお金を出していただいている。		
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	本人の希望があればいつでも家族に電話できるように支援している。その他、遠方のご家族様には手紙のやり取りを行ったり、オンライン面会で顔を見て通話ができるよに環境を整えている。		
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	玄関には季節に合わせた装飾や花、廊下には制作レクで完成した作品や、行事の思い出としての写真を掲示している。トイレは各居室に設置しており、プライバシーに配慮している。また、談話室にソファを置きテレビ見ながらくつろげる環境を作っている。		
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	新聞をゆっくり1人で読むのが好きな利用者様には他の利用者様が居室で休んでいる時間にホールでゆっくり過ごしていただいている他、気の合う利用者様同士で裁縫や洗濯をたたみ等独りでいれる場所、交流できる場所として環境を整えている。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	位牌や写真、タンス、テレビやラジオ等自宅生活の中で大事にされていた物はお持ちいただき本人様に居心地の良いと思っただけの居室作りを行っている他、自身で作った作品や気に入った新聞記事をスクラップして掲示されたりしている。また居室内で観葉植物を育てるなど多様に楽しませている。		
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	玄関から全面バリアフリー構造となっており、その他廊下や居室に手すりが設置されている。居室を間違えてしまう利用者様には居室前に目印となる物を吊るしたり、他の利用者様がやさしくおしえてくれる関係性になっている。		