

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	2990100634		
法人名	社会福祉法人 協同福祉会		
事業所名	あすならホーム今小路 グループホーム		
所在地	奈良県奈良市今小路町29-1		
自己評価作成日	令和5年9月10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	https://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/29/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JisyosyoCd=2990100634-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 Nネット
所在地	奈良県奈良市高天町48番地6 森田ビル5階
訪問調査日	令和5年10月11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)】

住み慣れた地域の中で認知症になっても安心して楽しく暮らしていけるよう「あすなら10の基本ケア」に沿って支援を行っています。

【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)】

事業所は、東大寺西側の転害門のある歴史ある地域に位置し、建物の1階部分には小規模多機能ホームと地域交流スペースが、2階部分に2ユニットのグループホームがある。ケアプランセンター、24時間定期巡回、随時対応型訪問介護看護サービスも有している。地域に向けてあすならサロンでランチ会やリハビリ体操を企画し、地域福祉学習会、ボランティアによるバイオリンやピアノの演奏会を開催するなど、地域に向けた集いの場づくりを目指している。参加者とグループホームの利用者の交流の場ともなっている。医療連携に力を入れ24時間対応の医療機関と連携し安心を与えている。職員は仲が良く利用者に向けた意見を出し合い、利用者それぞれの目標に向けて支援しているホームである。

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ます (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
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	法人理念「大切にしたい7つの事」を掲げ、会議や学習会を通して理念の共有を行っている。	職員は、法人理念「大切にしたい7つのこと」を共有し、あすなら10の基本ケアを再度学習し、日々のケアに取り組んでいる。施設長は、認知症にも関わる地域医療連携に力を入れている。	
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	近所の美容院にヘアカットに行ったりしている。コロナ前は毎日サロンでリハビリ体操を行っていたが、今は週一回のみになっている。	コロナ感染症が5類移行になり、地域交流スペースで毎月0と5の付く日に「あすならサロン」を再開し、リハビリ体操やランチ会が始まり利用者も地域の方と一緒に体操に参加している。9月に地域コーラスが訪問され、ピアノやバイオリンの演奏を聴いた。地域の方からの相談を受け、地域福祉学習会も開催している。2か月に1度、地域の方と一緒に近くの神社の掃除に出る方もいる。	
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	介護保険や認知症、10の基本ケア等地域住民が知りたい内容について「地域学習会」を地域住民向けに行っている。	/	/
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	2か月に1回の運営推進会議では、利用者家族・地域包括職員・地域の代表が参加し現在の介護状況を報告している。小規模多機能は運営推進会議で「サービス評価」を行っている。	運営推進会議は年6回(書面開催1回)、地域包括支援センター職員、家族の参加で開催している。内1回は、地域代表の参加もあった。小規模多機能との合同開催ではあるが、後半はそれぞれに分かれて意見をもらっている。自治会長からは、地域貢献への感想と共に今後の協力の声も頂いている。	地域連携の成果から自治会長の協力するとの声も頂いている。災害時の協力関係に進むことを期待する。また、自己評価への職員参加、運営推進会議の議題に外部評価結果の報告を入れ検討されること、そして外部評価結果の家族への周知が望まれる。
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	行政が開催する集団指導・会議・行事に参加している。	奈良市の介護保険課と報告や相談の連絡を取り、奈良市(地域包括を含む)からの案内には極力参加して関係を築いている。現在生活保護の方の入居はない。	
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「介指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	会議や研修で身体拘束について学習し運営推進会議で報告を行っている。	契約書に身体拘束をしないと明記し、重要事項説明書には拘束をしないで起こるリスクについても説明している。居室の移動に手つき筆筒を置き工夫したり、ベッド落下の不安のある人には、低床ベッドにマットを敷いて対応している。職員は、学習会を持ち、虐待や言葉遣い等を含めチェックリストを用い振り返りを行っている。	

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
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	会議や研修で虐待について学習し運営推進会議で報告を行っている。		
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	管理者・計画作成担当者は日常生活自立支援事業や成年後見制度について学習・理解している。		
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	契約書・重要事項説明書には十分な時間をかけて説明し同意を得るようにしている。		
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	運営推進会議や家族面会時に情報交換を行い、朝礼や会議等で情報共有を行っている。	面会は対面で行えるようになり、物品を持って来られる時や遠方の家族には電話連絡の時に意見を聴いている。運営推進会議の家族参加も多く、多くの意見が交わされている。SNSの利用についての声もあり、運営推進会議で検討されると良いと思われる。	
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	業務改善会議や朝礼、夜勤者会議や医務会議、個別面談等で意見や提案ができる機会を設けている。	夜勤専任など分野別にも会議を持ち、パートも参加する業務改善会議や年に2回の個人面談で、目標や振り返りも含めて意見を聴いている。職員の提案で業務の流れに準じたチェックリストを作った。	
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	年2回管理者・リーダーと職員との考課面接を行っている。		
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	入職後には手引きシートを使った入社教育と研修、職員には2か月に1回職員学習会と法人内研修を、必要に応じて外部研修を行っている。		
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	市内関係者の研修会や交流会に参加して情報共有を行っている(ZOOMで)。		

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	入居前に自宅に伺い、本人と直接話し、顔見知りになるよう関係作りに努めている。		
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	入居前の面談で家族さんの困っていることを聞く機会をもち、いつでも話を聞けるよう関係性を作っている。		
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	自宅訪問時に要望を聞き、支援内容を確認するようにしている。一方的に入居を進めず別のサービスについても説明と提案を行っている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	食事の準備や洗濯・そうじ等ご本人でできる所は一緒にやっている。		
19		○本人と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	コロナウイルス5類となり、居室又はフロアでの面会を再開し、家族さんとの関わる時間を大切にしている。中には家族さんと一緒に散歩に行かれる。		
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	入居前の面談時や自宅訪問時に馴染みの場所や人物、場所の把握を行い、アセスメントやケアプランに入れ長期目標で行けるように支援している。	きめ細かいアセスメントを行い、地元に戻る等の利用者の思いに添った具体的な長期目標を立て、実現に向けて家族とケア会議を持ちながら支援している。遠方の親戚に会えた方もあり、ターミナルに移行すると考えられた方が、子どもが好きなため、法人の保育園へ行き園児と関わることで、気力を取り戻し再度自力で食事をされるようになった例もある。	
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同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	座席の配置や入居者同士で関わりを持てるよう職員が間に入って支援を行っている。生活するうえでの家事等を利用者さん同士で行えるようにしている。		
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	サービスが終了しても運営推進会議参加やつながり支援、まちかどネットでの関わりを持つよう促しを行っている。夏場は脱水症や熱中症予防の訪問も行っている。		

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
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	日々の会話で本人の思いや希望を聞き取り、アセスメントやケアプランに反映している。	6か月ごとに行う介護計画書の見直し時に、アセスメントも見直している。また、ICTを活用し聞き取った思いや希望を書き込み、写真も添付し共有している。女性の利用者は特に歌うのが好きなので、2ユニット全員が交流して歌い、趣味のピアノをひかれる方や美容院に行かれる方もいる。飲酒や喫煙も可能だが現在嗜む方はいない。	
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	自宅訪問時に生活歴や部屋の配置を確認している。		
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	「支援経過」「介護計画書」を用いて、本人の心身状態の把握に努めている。		
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	ケア会議には本人・家族さんにできる限り参加をしてもらい、要望や意向を聞いて介護計画書やケアプランを作成している。	介護計画は家族と職員でカンファレンスを行い作成し、6か月ごとに評価・見直しをし、面会時や電話で説明している。長期目標は2から3年のスパンを目標に実現に向けて支援している。計画書は職員のケアの拠り所であり、より丁寧な更新が望まれる。また、すべての利用者を楽しみ事や笑顔が増えるプランがあると直よいと思われる。	
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	「支援経過」「介護計画書」で職員の情報共有を行っている。日々変わる状態に基づいて必要時には計画の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	自宅に帰るための支援や外出、通院支援等を行っている。		

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
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	地元の美容室や移動店舗での買い物、地域の清掃活動参加を行っている。		
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	契約時にはかかりつけ医の確認を行い、本人や家族さんの望む医療を提供している。又、歯科診療や訪問薬剤も必要に応じて情報提供している。	現在内科は、利用者全員グループホームの協力医にかかり、整形や精神科は、家族の介助でかかりつけ医を受診している。毎週歯科の協力医の訪問があり、希望の方が受診している。24時間対応の協力医と契約し、敷地内の他サービスの看護師の協力も得られる体制を築き、医療体制の充実を図っている。	
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	体調不良があれば医療職と連携を随時行っている。		
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、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	奈良市入退院連携マニュアルに沿って病院関係者と情報交換や退院情報提供を行っている。入院時には定期的に電話での状態確認を行っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に看取り及び重度化対応指針・ターミナルケアの意向伺い書を説明するとともに同意を頂いている。重度化したときは本人・家族の思いを再確認し、主治医・看護師・介護福祉士と連携しながら対応している。	契約時に看取りの指針について説明し、かかりつけ医の重度化の判断を元に家族に状態の説明を行い意向伺書を取り直している。また、看取りのケアプランに沿って職員全員で対応している。100才の方のターミナル時は、職員の提案で好物を用意し、医師に相談の上召し上がることができ、最後まで喜んで頂けた。昨年2名を看取った。看取りの研修(ACP)も行っている。	
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	全職員学習会で救命処置の学習と実践(AED・心肺蘇生等)を行っている。		
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回の消防避難訓練(内1回は夜間帯を想定)や防災食対応(ローリングストック)を行っている。職員は非常時行動携帯マニュアルを所持している。更に災害訓練を9月1日の防災の日に行っている。	防災訓練は、3月に水害、6月に火災、9月に地震対応訓練を実施した。夜間は、4人の職員の対応になるが、緊急時はあすならの他施設の職員の協力を得ることになっている。水、パックご飯、カレーを1日分備蓄しているが、少ないので備蓄量については検討課題だと考えている。	

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
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	学習会で一人一人の人格を尊重するような行動・言葉かけをするよう教育している。	トイレ介助は基本一人の空間を作るよう職員は扉の外で待ち、入浴は個浴で職員と1対1で入浴し、利用者の希望に合わせておしゃべりを楽しんでいる。声掛けは、利用者が落ち着くような言葉を選んで接している。	
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	ホーム内では自由に行動してもらい、希望があればできる限り実現できるよう配慮している。		
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	本人のペースで過ごせるよう配慮しているが、職員配置上無理な時もある(急な外出、介護拒否)。		
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	女性は居室にドレッサーを持って来て頂き、入浴後に化粧水等つけるように支援している。また、外出支援時は本人が好きな洋服でお出掛けできるようにご家族様と連携して対応している。		
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	味噌汁の具材を選んでもらったり切ったりして一緒に準備を行っている。また、味付けや味見は利用者様がメインで出来るように役割や居場所を提供している。	ご飯とみそ汁は、利用者も一緒に準備し、業者から届けられるおかずを温め配膳している。月に1度お寿司をテイクアウトしたり、誕生日にはケーキでお祝いしている。利用者の好物は、家族に差し入れてもらっている。食事時に周りが気になる方が、壁に向いて置かれたテーブルで食事をされていた。	現在まだコロナ感染症の心配もあり、手作りすることがなく職員からは、手作りを取り入れたいとの意見も出ている。管理者も楽しみなごに力を入れたいと考えており、意見を出し合い利用者の力も借りて工夫し、楽しみごとが実現されるよう期待する。
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	入居者の状態に合わせて食事量や水分量の調整、摂取量不足の時は家族さんに本人の好きな物を持参してもらおう等行っている。		
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	毎食後の口腔ケアと口腔状態に合わせてスポンジブラシ等を使用。状態に応じて訪問歯科診療を行っている。		

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	基本的にはオムツを使用していないが、本人の状態に合わせて支援内容を変更している。	排泄排便は、10の基本ケアの「トイレに座る」を実行している。トイレ誘導は、タイミングを計り声掛けしている。オムツを着けて退院された方も、布パンツで生活できるよう支援し、終末期は状況に応じリハビリパンツを使用することもある。各ユニットに2か所あるトイレには、前傾姿勢指示テーブル型手すりが取り付けられ、別に男性用便器を設置している。	
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	好物の飲み物や食べ物での摂取や適度な運動・体操を毎日行っている。また、栄養士とSTにて評価して本人が便秘にならないように計画をもって対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的に週に2回、家庭浴槽でゆっくり入浴している。定期的に温泉気分を味わっていただけるような支援もおこなう。	週2回午前と午後に時間を分け、檜の浴槽で入浴している。一人静かな入浴を好まれる方、賑やかに職員とお喋りを望まれる方、アメリカン式にシャワー浴を希望される方、それぞれの希望を計画に反映している。湯温の好みや時間帯、同性介助にも対応している。季節には、柚子湯や菖蒲湯も取り入れている。	
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	自分の部屋で過ごしてもらい、共用のソファで休憩する等その人が希望される時間にできるだけ対応できるようにしている。		
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	処方箋の確認を行い服薬後の状態変化の確認を行っている。変化があれば医療関係者と連携して対応を決めている。		
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	本人の役割づくりとして、できる事は本人にってもらい、できないところだけを支援している。日中の本人との関わりを通じて喜びの共有を行っている。		
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。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	本人の希望に沿ったケアプランを作成し実現しているが、状況によっては本人希望が叶えられない時もある。	初詣や花見、地域の方と作ったランタンの点灯を見るため夜に出掛けたこともある。2階での生活でベランダに出でる日光浴も取り入れているが、あすなら10の基本ケアに謳っている「町中にお出かけする」に該当する十分な外出支援はできてないと考えている。	コロナも5類になったが、まだほとんどが2階での生活で日々建物外に出ることはない。ケアプランの長期目標以外に日々の散歩や建物外での外気浴等、気分が晴れる支援の充実が望まれる。また、全員の外出頻度が職員、家族とも一目で分かるような記録の工夫があれば直よい。

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	事業所での立替金になるが、移動店舗やヘアカット等希望に応じて対応している。		
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	希望があれば事業所の固定電話で本人から家族さんへ連絡をしている。		
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工夫している	ホーム内は畳や木材を多用して家庭的な雰囲気を作っている。出来る限り自宅のような環境にするように配慮している。	リビングは広い畳敷きで、室温は職員の体感ではなく温度管理票を用い、利用者の状態に合わせて調節している。利用者の下腿長に合わせたテーブルや椅子、車椅子を用い、レクリエーション時には円形に、食事時はその方に合わせた環境でテーブルを配置し対応している。	
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	入居者の手作りの物や共同で使えるソファ等快適に過ごせる環境づくりを行っている。		
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	入居時には、自宅で使っている家具を持ってきてもらい居心地よく過ごせるようにしている。	個性のある表札が掲げられた居室は、和室、洋室ともにベッド、クローゼットが備え付けられている。転倒防止用の手つき筆筒が置かれ、絵画や写真、ぬいぐるみを飾り、落ち着いた空間を作っている。居室のテレビでプロ野球の阪神戦を楽しむ方もある。	
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	本人の身体に合わせた机・椅子・ベッドを使う事で安心・安全に過ごせるようにしている。 居室も家具等で手のつく場所を確保し安心・安全に自立した生活を送れるようにしている。		