

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	1070301203		
法人名	株式会社 ポピー		
事業所名	グループホーム ポピーの家		
所在地	群馬県桐生市仲町1丁目6番15号		
自己評価作成日	令和7年2月14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	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	令和7年3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)】

職員同士各職種と連携が取れており、利用者様一人一人をよく把握している。 ドアノブや手すりなど手の触れるところを毎日消毒しており、感染予防に努めている。 申し送りの工夫をし、各利用家様の変化を共有し、柔軟な対応をしている。 食事が3食手作りで、温かい家庭の旬の食事を提供し、喜ばれている。 また、利用者様の状態によっておかゆ、刻み、ミキサー食、代替品などへの対応がいち早く行う事が出来る。 トイレでの排泄が継続できるよう、出来る限りトイレ誘導を行うケアをしている。
--

【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)】

開設当初から食の大切さを重視し、3食手作りの食事を提供している。温かいものは温かいうちに、旬の食材や郷土食を取り入れた食事は利用者の楽しみになっている。運営推進会議も直接開催が再開し地域代表の参加メンバーも一新したため、施設見学や行事等の報告の他、法令に基づく項目(身体拘束適正化のための委員会・高齢者虐待防止委員会・感染症対策委員会・ヒヤリハット報告)も行い参加者の意見交換や情報交換に努めている。利用者支援では「自分だったら」と置き換えることで、できることは手伝ってもらい、わかりやすい表現で接し、職員同士は意見交換がしやすい工夫をしながら理念や方針の理解につなげている。
--

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、生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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	理念を共有するため、入職の際にカードを渡し周知に努めている。また、具体的な内容等について日々話し合いながらケアの場面で実践に取り組んでいる。	申し送りや会議で理念を確認している。「家にいる環境」「自分だったら」と利用者の気持ちに置き換え、理念の共有に努めている。		
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	散歩や外掃除の時など、近隣の方と会う際は挨拶をするよう心掛けている。地域の行事や集会所の掃除などに積極的に参加している。	散歩途中で声をかけてもらったり、柚木や家電をいただくこともある。雪かきを依頼されたりと地域とのつながりを感じる場面がある。		
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	町内会へ加入しており、集会所の地域活動を通して日常的に付き合いがある。また、認知症が進み独居困難になった方の相談を受け入居に至るケースがあった。			
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	会議時に事故やヒヤリハット報告をし、今後の対策について意見を伺い、施設研修への取り組みや困難ケースの相談をする機会をいただきサービス向上に活かしている。	2か月ごとに開催する運営推進会議も直接開催になり、参加メンバーとの情報交換に努め、事業所への理解につなげている。		
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	管理者は随時ケアマネと連携し、困難事例等の相談のため市を訪れている。また、地域包括支援センターや社会福祉協議会等を通して情報交換しサービス向上に取り組んでいる。地域ケア会議へ参加した。	介護保険の更新申請の代行や認定調査の立ち合いをしている。行政からの利用の紹介や情報交換・困難事例の相談など行っている。		
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	運営推進会議に於いて「身体拘束廃止委員会」を設置し、適正なケアが行われているかの見直し・検討を実施している。検討された内容は職員にも反映される。職員研修は年2回以上、新人採用時にも研修を実施している。	身体拘束廃止委員会を中心にケアの見直し・検討をしている。夜間帯は監視カメラも作動させている。スピーチロックは互いに注意しあい、言い換え例を職員に配布したり、ユーチューブでも学習している。		
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	運営推進会議にて、「虐待防止委員会」を設置し、適正な介護ができているかを見直している。危険性があれば、会議内や職員会議で取り上げ対応する。発生すれば機関に報告する。			

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	マニュアルやパンフレットを利用し学習しており、必要があれば支援を出来る体制を取っている。現在1名、成年後見補佐人を利用している。また、身元保証NPOとも繋がっており、現在1名利用している。		
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	家族の不安、本人の状況をよく把握した上で説明を行い、納得していただき、契約や解約に応じている。		
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	日常の対応の中で話しやすい雰囲気作りをし、傾聴して反映できるようにしている。また、運営推進会議への出席を呼びかけ、参加いただいている。	家族には面会時に近況を報告し意見を確認している。歩かせてほしいという意見や質問、要望は支援に生かしている。利用者が日ごろから要望を出しやすいよう配慮している。	家族への情報提供の方法として、日ごろの様子ที่ 伝わる写真やコメントを入れたお便りの発行や、無記名アンケートで意見の集約をなどにも取り組んではいかがか。
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	申し送りの際や職員会議で取り上げ、意見交換や提案を頂く機会を設けている。意見や提案に対し、「まずはやってみよう」という姿勢で取り組み、個人面談を実施し意見を吸い上げるよう努めている。	月に1度会議を実施している。職員の意見交換がしやすい環境を重視し、わかりやすい表現や積極的に意見を取り入れ、出された意見には試行してみることもあり、意見を大事にしている。	
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	個々の能力・希望を取り入れながら勤務調整をしている。人事考課制度を取り入れている。		
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	研修のお知らせを掲示し、申し送り、受講を促している。施設内研修や職員会議時で、技術や知識の面で個々で学ぶ機会を確保している。		
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	管理者は地域密着型サービス連絡協議会へ加入し、会議・研修に参加して、情報交換を行っている。研修は書面開催であった。ケアマネわたらせの会での研修や交流会へ参加しネットワーク作りをしている。		

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	
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	初回の面談だけでなく、入所にいたるまで何度か訪問し、安心して利用できるよう信頼関係を築いている。前任のケアマネージャーや病院のソーシャルワーカーと連携し情報収集している。		
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	家族との電話対応や面会の際、安心感を持てるよう傾聴している。不安や要望を聞き取れるよう話題を考えてコミュニケーションをとっている。		
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	本人と家族がまず必要としている支援を見極められるよう聞き取り、それに合わせたサービス支援を検討している。本人と家族が今、何を必要としているのか聞き取り、グループホームだけでなく他の介護サービスを提案している。		
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	個々のペースに合わせた生活支援を考慮し、共に生活できる環境づくりを目指している。テーブル拭きやエプロン配り、おやつ作りの手伝いなど、できる家事作業は一緒に行うようにしている。		
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	面会時、話す機会を多くして小さなことでも情報を共有できるようにしている。本人の状況に合った衣服を用意してもらったり、時には本人にあてた手紙を書いている。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	友人や隣近所の方の面会など、快く受け入れられている。また、訪問された方については、その都度家族に知らせている。	入居前に面談をし、関係づくりをしている。馴染みの物を持参してもらったり、裁縫の腕を生かした取り組みや家事・脳トレなどにも親しんでもらっている。	
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	個別の持っている能力や個性を生かせる仲間作りをしている。 席の位置の工夫をしたり、手伝い、レクリエーションを通して利用者さんたちが交流できるよう努めている。		

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	入院・退院等の際、連絡をとり、継続的関わりを持っている。退去後も随時、相談を受けている。		
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	アセスメントにより希望等の把握を行い、また、日常の会話や生活の様子からくみ取り、各自の希望・思いに沿って支援している。	入居時のアセスメントで希望を確認している。日々の様子や会話で利用者と家族の希望を受け止め支援している。	
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	アセスメントによる情報では、家族、前任のケアマネ、病院のソーシャルワーカー等の情報を元に介護の経過を把握できるように努力している。		
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	体調、気分の安定、表情、行動等、細かい視点での観察に努め、総合的に把握できるようにしている。		
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	個別にアセスメントを行い、本人・家族の意向確認をし、ケアをしている職員や看護師、主治医の意見をもとに現状に即した介護計画を作成している。	モニタリングは職員から情報を参考にケアマネジャーが行っている。計画の見直しは6か月～1年・状態が変化した時に行っている。	職員が利用者の様子と介護計画を意識したケアに取り組めるよう、まずは半年ごとの見直しから始めてはいか
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	ケア記録を元に申し送り、職員会議で情報を共有し、職員、他職種同士で協議を行った上で見直しをする。		
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	同施設内には小規模多機能型居宅介護サービス部門もあり、必要に応じて訪問やショートステイ、デイサービス支援への変更も可能である。希望によっては別の介護サービスへの移行も行っている。		

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
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	必要性に応じて民生委員、ボランティア、近隣の方や消防等と協力しながら支援している。		
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し、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	入居契約時にホームの協力医療機関についての説明を行い、同意を得ている。かかりつけ医による往診支援が行われている。また、必要であれば他の医療機関への受診を支援している。	入居時に受診方法を説明し選択してもらっている。協力医による毎週の訪問があり、適宜月に1回程度受診している。専門医の受診は家族が付き添う場合もある。歯科の通院支援をしている。	
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	利用者の体調や状況を日々共有し、看護職の意見や考えを聞き取り、医療連携体制を取っている。		
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。	入院に際しては管理者と計画作成担当者が立ち会うとともに、随時面会し、家族、病院関係者等との情報交換を密にしている。		
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	看取り介護、終末期ケアについての方針やマニュアルを作成し、かかりつけ医との相談を行っている。また、本人・家族等とも十分に話し合いをした上で看取りに対しての意思確認のため「看取り同意書」を提出してもらっている。	協力医との連携で看取り支援も行っている。直近2年でも支援を行っている。看取り支援の際には家族の面会も自由に行っている。	
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	急変時や事故発生時に備えて、救急搬送の際に困らないようマニュアル、ファイル作成し備えている。応急手当の訓練を定期的に行うことは出来ていないので、課題である。		
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	定期的に訓練を開催し、全職員が緊急時に対応、速やかな避難が出来るようにしている。災害対策の施設内研修を実施している。災害時の避難確保計画を作成し、市への提出をしている。	火災・地震・水害を想定した訓練を3か月ごとに実施している。消防署の立ち合いも実施した。備蓄の食料品・水・衛生用品・コンロ等備品は定期的に補充している。水害時は垂直避難を検討している。	

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
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	利用者さんのことを尊重した声掛けを行えるよう、職員会議や研修会の際に指導している。	利用者への尊重の意識は「自分だったら」と置き換え支援している。利用者のこだわりを大事に、個別支援に努めている。異性介助の際には声掛けをしている。	
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	それぞれの利用者さんに、思いや希望を聞き、小さな事でもその都度自己決定を促している。		
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し、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	その人に合ったペースで過せるよう、入浴や食事の順番や手順など、本人の希望を聞きながら工夫している。		
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	家族に使い慣れた櫛やひげそり、好みの化粧品や服を持ってきてもらい、本人の希望にあわせて使ってもらっている。		
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	利用者さんには、ジャガイモの皮むきや野菜を洗うなど手伝っていただき、食事後は食器拭きを手伝っていただくなど、出来る事は一緒に行えるよう支援している。	業者の食材を活用し全て手作りの食事を提供している。誕生会や正月のおせちの食材等の用意をしている。おやつは週に1度は手作りをしている。郷土料理も取り入れている。	
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	利用者さんが食べる大きさ、硬さにも注意し、ひとりひとりに合った食事を提供している。また、食事量、水分量を管理して、不足があれば補うように工夫している。		
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	利用者の能力に応じて歯磨きをしてもらったり、入れ歯の洗浄をもらったりしている。歯磨きの出来ない方は食べ物が口腔内に残らないよう、職員が確認し、口腔ケアを行っている。		

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	利用者様それぞれの排泄パターンを把握し、それに応じたトイレ誘導を行っている。排泄の自立に向け、日中はなるべくトイレで排泄できるよう本人に合わせてタイミングでトイレ誘導を行っている。	排泄はトイレでの支援を基本にしている。夜間のみ状態に合わせ、ポータブルトイレの利用者やおむつの利用者もいる。汚染時はシャワー・清拭を行い清潔に努めている。	
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	水分補給に気を使い、必要な方にはかかりつけ医の指示により下剤を服薬していただいて調整をしている。利用者様の希望によってはヤクルトを飲んで対応している。体操・ウオーキングなどの運動を毎日行い、便秘予防に努めている。また、おむつに頼らず、昼間はトイレに座る習慣付けを支援している。		
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	希望を聞いてその日の入浴の順番を決めている。 嫌がる利用者さんに対しては無理はせず、時間を変えたり、日を変えたりして対応している。	利用者には週2回午前中から午後にかけての入浴支援が定着している。入浴拒否の場合には、職員や声掛けの時間を変えてみたり、トイレ誘導支援の流れの中で支援している。	予定日以外でも入浴ができることを引き続きアナウンスしながら、利用者の選択の場面としてはいかがか。
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	利用者さんによって、TVを観たり、居室で過したりしていただき、眠くなったら自然に眠れるようにしている。寝具を好みの物を使用できるように対応している。		
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	利用者様の個々の処方された薬を把握するために、薬剤情報提供書を職員に閲覧できるように開示し、服薬支援している。状態の変化は毎日の申し送りや記録で把握できるように対応している。		
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	利用者さんによって、食器拭き、エプロン配りなど自分の好きな仕事を手伝っていただいている。昼食は週に1回は希望のメニューを提供し、おやつには好きな菓子パンや手作りのお菓子、焼き芋の機械を借りて作って提供するなど楽しめる工夫をしている。		
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	天気の良い日は近所の集会所や公園まで職員と散歩に出かけるようにしている。 空き地が広くあり、庭で日光浴をしたり、草取りをしたりして気分転換できるよう工夫している。家族と協力し外食に出掛ける利用者さんもある。	天気の良い日には公民館まで個別や少人数で散歩に出かけている。玄関前の花に水やりをしたり草むしりをしている。散歩や外気浴、家族との外出も増えている。	

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	現金について、使う機会は作ることが出来ていないが、利用者さんの有する能力に応じて、契約時に、失くしていい程度の現金は持たせて良いと家族に説明している。		
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、電話をかけてもらったり手紙を出したりすることをお手伝いしている。		
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	ドアノブや手すりなど室内の消毒を毎日行い感染症防止に努めている。 クリスマスやひな祭りなど、年中行事に合わせた室内装飾を工夫している。採光や室温にも配慮して、居心地良く過ごせるよう工夫している。	テレビを見たり、地方色満載の新聞を読んだりしている館内は清潔で、気になる臭いはない。利用者が混乱しないよう、共用空間の使い方や季節の掲示物に工夫をしている。	
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	それぞれの利用者に落ち着ける場所があり、居場所づくりをしている。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族には、使い慣れた日用品や嗜好品を持ってきていただけるよう働きかけている。 ダンス・椅子・写真等が持ち込まれ、利用者が安心して過ごせる工夫をしている。	居室はベット・エアコン・納戸が備わっている。寝具や日用品の他、洋服や化粧品等個性のある物品を持参し、自由に過ごしている様子がうかがえる。在宅時の様子がうかがえる居室作りがされている。	
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	各部屋に、暦(カレンダー類)を設置している。各自自分のタオルを持ち、それぞれが自分の持ち物として管理をしている。タオルは毎日交換している。本棚やソファを設置し、自由に使ってもらっている。		