

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3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3年3月29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、各職種との連携がよく取れていて、管理者も利用者様ひとりひとりをよく把握している。申し送りがきちんと行われているので、各利用者様の変化をよく知って、対応が行われる。食事が3食職員による手作りで、温かい家庭的な旬の食事が提供され、おかゆや刻み食、肉・魚の苦手な方にはメニューを変えるなど、利用者様それぞれの体調や嗜好にもよく合わせている。入浴も希望があれば入れる仕組みとなっており、回数も多い。日中はトイレでの排泄が続けられるよう、トイレ誘導を促している。口腔内の清潔保持のため、口腔ケアを徹底して行っている。

【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)】

運営者が代わっても理念を受け継ぎ、管理者、職員が力を合わせて支援に取り組んでいる様子が見え、排泄に関しては、前任の運営者が掲げていた、「トイレで排泄する」という思いを継続し、利用者にとって快適な排泄支援に取り組んでいる。食事に関しては、材料を調達し、職員が和食中心の昔ながらの食事を手作し、利用者、職員と一緒に会話をしながら楽しく食事することを大切にしている。また、認知症の利用者にとって在宅時からの行事食、伝統食、何より馴染みの家庭の味が提供されることは、安心、安全に繋がる。このように排泄、食事等生活の基本を大事にする事業所の長年の取り組みは、グループホームの本来の目的を具現化するものといえる。

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	理念の大切さと実践に向け、毎月のスタッフ会議時に確認している。また、具体的な内容等については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。	運営者が変わったが理念は受け継いでいる。新入職員には研修時に理念を指導し、その後の研修会、勉強会で再確認している。また、近隣住民との関係性に理念を活かした取り組みをしている。	
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	隣近所へのあいさつを心がけている。地域の行事や清掃などにも積極的に参加している。	現在はボランティア等の慰問はない。回覧板で地域の情報を得る等、地域の一員となることに努めている。玄関先や洗濯物を干しに外に出た時、近所の人からの声かけで交流する機会がある。	
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(組合)に加入しており、公民館活動等を通して日常的に付き合いができています。		
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回定期的に開催して、評価・結果報告・話し合いを行っている。また、そこで出た意見や助言は記録し、スタッフ会議等で話し合い、サービス向上に活かしている。	これまでは隔月で開催していたが、コロナ禍の現在は書面開催とし、報告事項、身体拘束適正化委員会での対策事項等を載せた議事録を家族をはじめとする関係者に郵送している。	
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・質問など市を訪れている。また、地域包括支援センター等を通して情報交換しサービス向上に取り組んでいる。	事故報告は管理者が出向いて提出している。相談、質問事項がある場合は、主に電話で連絡をとり、行政と連携を図っている。	
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・検討を毎回実施している。検討された内容は職員会議にも反映される。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。	玄関は日中は開錠している。利用者がおむつをはずしてしまう為、家族の了承を得て夜間のみミトンを使用している。身体拘束については職員会議での勉強会や職員研修を実践に活かしている。	身体拘束はしないことが基本なので、ミトンの使用を介護計画に盛り込み、モニタリングを参考に就寝時や本人の気分によっては必ず取り組みをしてみたい。
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	虐待を見過ごさないよう、個々のケースで危険性があれば、スタッフ会議で取り上げていく。現在該当すると思われるケースは無し。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。		
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、推進会議への出席を呼びかけ、議事録を送付している。	家族は意見等を話しづらい立場にあることを考慮している。電話で利用者の体調や様子を伝える際に、面会や食事についての希望の声がある。利用者からは日常会話の中で意見や希望を聞いている。	
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	スタッフ会議で取り上げて、意見交換や提案をして考慮をしている。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んでいる。	法人が変わり意見や提案が職員から出るようになり、希望休や遅番時間の変更、必要物品購入等について話し合い、実際の働き方や運営に反映され、職員の働き甲斐に繋がっている。	
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	個々の能力・希望も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	県の地域密着型サービス連絡協議会等の主催する研修に積極的に参加して情報交換を行い、サービスの質の向上に努めている。		
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	管理者はグループ間の会議・研修に参加して、常に情報交換を行っている。		

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
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	初回のインテークだけでなく、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な信頼関係を築いている。		
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	家族と面会をした時点で、安心感を持てるような柔軟な対応を心がけている。		
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を大事にし、臨機応変な対応に努めている。		
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たことある。		
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。	コロナ禍以前は面会者があり、家族に関係性を確認した上で受け入れていた。また、馴染みの年中行事である花見や月見、外食等に出かけていたが、現在は難しい状況にある。	
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。 (席の位置や手伝い、レクリエーション)		

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	体調変化に伴い、入院・退院等はあるが、常に連絡をとり、継続的関わりを持っている。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。	介護計画の見直しや相談があった場合、また定期的にあセスメントをする際に、利用者が発した言葉や様子から思いや意向を察し、職員間で共有している。	
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	アセスメントによる情報や家族、前任のケアマネ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	個別にあセスメントを行い、本人・家族の意向確認を基に介護計画を作成している。モニタリングは毎月実施している。介護計画は本人の状態、季節ごとに見直す。	毎月1回、ケアマネジャーがモニタリングをしている。更新時や年に1回はアセスメントに基づいて介護計画の見直しをし、利用者、家族の意向に沿った介護計画の作成に努めている。	毎月のモニタリングを踏まえ、利用者のミトンを外す為にはどうしたらよいかという課題に対して、毎月介護計画を見直す取り組みをしてはいかがか。
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、ミーティングで情報を共有し、担当者の意見を優先し、協議の上で見直しをする。		
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。		

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、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、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も支援している。	これまでのかかりつけ医か協力医の選択ができることを説明している。協力医による週1回の往診がある。家族による通院が難しい場合は、職員が付添っている。歯科は主治医を変えず受診している。	
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元に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もできている。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。	利用者は「看取り同意書」を契約時に提出し、事業所は段階的に確認し、希望があれば看取りを実施している。実施の際は、職員の経験を活かし、介護計画に沿って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	勉強会で学習をしており、マニュアルを作成している。職員へ応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている。		
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	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。災害時の避難確保計画を作成し、市への提出を準備している。	消防署立会いのない避難訓練を実施している。ハザードマップで水害地域に該当する為、垂直避難等を念頭に、緊急時における職員の協力体制を整えている。3日分の水、缶詰、菓子の備蓄がある。	火災を想定した訓練としてどちらの入り口を使うか、避難退去場所はどこにするか等を考えながら、庭まででもよいので行動を伴った自主訓練を試みてはどうか。

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	利用者が常に気持ちよく過ごせるような対応と環境づくりを心掛けている。問題が生じた場合はスタッフ会議において話し合いを行っている。体調や気分に応じて居室で休んでいただいている。	利用者には苗字にさん付けの呼び方することを共有している。異性介助になる場合やレクリエーションへの参加について、利用者自身が意思表示できる雰囲気作りを心がけている。	
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、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	ひとりひとりの嗜好や残存能力を生かした食事作りを心掛けている。また、じゃがいもの皮むきなど簡単な家事作業も積極的に手伝ってもらっている。	食材を注文し、職員が和食中心の昔ながらの食事を手作りしている。行事食、伝統食、時季の食事等特別メニューの提供もあり、味付け等思ったことを語り合いながら、職員も一緒に食事をしている。	
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、入れ歯の洗浄をして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い、排泄の自立に向け、努力している。	職員はトイレでの排泄を意識した支援を続けている。日中はチェック表に基づいてトイレ誘導し、夜間はおむつ、ポータブルトイレを使用したり、自立者であっても声かけをし、定時誘導している。	
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	水分補給に常に気を使い、必要な方にはかかりつけ医や看護師の指示により下剤を服薬していただいで調整をしている。体操・ウォーキングなどの運動も毎日行っている。また、おむつに頼らず、昼間はトイレに座る習慣をつけている。		
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。嫌がる利用者に対しては無理はせず、今日はどうしますか？と聞いたり、日を変えたりして対応している。	週2回を目安に入浴を実施している。利用者には毎日入浴の声かけをすることもあるが、無理強いをせず、拒否があった場合は、担当する職員を代えて声かけする等の工夫をしている。	
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	利用者に応じて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。		
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	各職員が自分の担当の利用者を持ち、薬についても管理・確認をきちんとしている。		
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	利用者によって、食器拭き、エプロン配りなど自分に合った仕事を手伝っていただいている。おやつには皆が好きな菓子パンやコーヒーを出すなど、お楽しみメニューも行っている。		
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	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、庭で遊んだり、野菜を作ったり、草取りなどをして気分転換や自分を取り戻せる工夫をしている。	天気の良い日には近所に散歩に出かけたり、畑や花壇、水槽がある庭に出ている。また、庭に出て洗濯物を取り込んだり、コロナ禍により家族と面会する為、玄関先まで行くこともある。	

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	トラブルの原因にもなるので現在、現金は預かっていない。また利用者にも持たせていない。		
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すお手伝いをしている。		
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な工夫をしている	季節の花を飾ったり、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努めている。	県のガイドラインに沿って1日2回換気をし、感染防止に努め、清潔感のある空間作りをしている。また、カレンダーや献立を見やすい所に掲示し、年中行事に合わせて季節感のある飾り付けをしている。	
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て、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。タンス・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。	使い慣れた家具や寝具を持ち込み、いつでも居室に戻れるよう室温調節をしている。また、ベッドの位置を変えたり、排泄用品をしまう等、利用者が居心地よく過ごせる居室作りを支援している。	
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。		