

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	1090500255		
法人名	社会福祉法人 杜の舎		
事業所名	共生ホームあかり		
所在地	太田市東長岡町1829-1		
自己評価作成日	令和7年2月13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	特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12
訪問調査日	令和7年2月27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)】

認知症高齢者と知的障害者が同じ屋根の下で生活を共にしているグループホームです。共用型デイサービスは7年が経過しました。デイの体験をされ、入居の選択を検討される方がいました。他には、周辺症状への関わりがより個別的に要望される方もいて、入居者と通所者の共用体制を整えていく課題もありました。他には家族の希望で自宅に帰り共に過ごす時間を作ることができています。また、家族との外出や面会も増えています。いずれも感染状況を踏まえての対応です。日常生活での家事等を通して立位保持や歩ける機会を少しでも持てるように支援しています。

【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)】

多くの場面で、地域や家族とのコミュニケーションを大切にした運営が行われている。介護計画見直し時の担当者会議に家族が出席して、意見・要望を発言できる場面があったり、外出支援の関わりがあったりしている。また、利用者が職員と一緒に近くの商店に食材の買い出しに出かけたりと、広く社会資源を活用している。職員個々の自己申告書や評価管理シートにより要望・提案等を具申できるとともに、それらを参考にして管理職による毎月の定例会で運営全般の検討・協議が行われ、働きやすい職場環境作りとなっている。また、年間の行事計画に基づき、担当職員が毎月交代で、利用者の希望を聞きながら実施するなど、開かれた施設づくりが行われている。

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 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. 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、活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	事業所の理念を玄関に掲示。わかりやすく見て頂ける様に漢字五文字で表記。入職時や年度初め等で確認している	特に、理念にある「地域との交流」を重視して、散歩時等での地域住民への挨拶や、近所の桜見物での交流が行われている。職員会議において、「尊厳重視」についても話し合いが行われている。	理念にある個々の言葉の意味を、職員全体で深掘りしていくことで、現在の状況でのサービス向上にどのように繋げられるか検討することを期待したい。	
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	開所時から地域の隣組に入り回覧板を回している。地域のクリーン作戦や廃品回収には参加している。近隣に住んでいた方が入所され知人が来所されている。	地域の清掃活動への参加等積極的に取り組むとともに、傾聴ボランティアの受入れや、独居者支援事業による身寄りのない方への事業の受入れなど、地域ボランティアとの交流が行われている。		
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	定期的に行事の内容を掲示板に貼り出して発信している。認知症相談窓口として相談を受けられるように掲示している。			
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	会議開催はできていませんが、地区の民生委員や会議構成メンバーに状況を伝えている。また、地域の認知症状のある方への対応について助言する事もあった。	会議もコロナ禍で対面開催ができなかったが、3月に開催の運びとなり、家族・民生委員・行政等の参加を予定していて、地域の情報収集とともに、施設の内容を知ってもらうことを考えている。	会議の方向性や内容それに伴う参加メンバーなどの検討が行われることを期待したい。	
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	市からのメールで補助金活用の可能性がある場合は担当者に問い合わせをしている。書類準備には関係機関の見積もりも必要であり、業者との連絡も取っている。	市へは更新の変更等、主にメールや電話での手続き上でのやり取りが中心になっている。		
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	日中玄関の施錠はせず門は常時開放している。南側デッキは出入り自由である。	「身体拘束をしないケア」の方針は、毎年度確認が行われている。カンファレンスでは身体拘束についても話し合われ、利用者が希望する行動を制限しない支援に努めている。環境の変化への注意やスピーチロックなどについても、業務の中で確認し合っている。		
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	高齢、障害職員の全体会議で年間のスケジュールにより担当者が進行し研修を実施。障害者虐待防止法にも合わせて虐待について学んでいる。毎年虐待の芽チェックシートを使い事業所の傾向を知り意識化している。			

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	日常生活自立支援事業利用者は1名。月に一度支援員が来所し本人と支援員、職員の三者で収支の確認をしている。他1名が現在成年後見制度申請中であり、申請の流れを職員は学ぶ事ができている。結果はまだ出ていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	管理者が書類等の説明をしている。電話や面談等でも対応し、不明な点があれば問い合わせるよう伝えている。		
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	利用者の要望に応じて買い物や外食等少人数で外出行事をしている。また家族の希望で眼科や整形外科への通院同行は家族も付き添いし可能な範囲で対応している。対応日は業務の調整を行っている。	家族へは利用者の希望に沿っての外出支援依頼や、受診内容の報告等、利用者の生活環境等を共有してもらうことを心掛け、家族とともに利用者への支援に努めている。	運営に参加する意識を持ってもらえるよう運営に関することを具体的に家族に投げかける機会づくりに期待したい。
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	ホーム全体会議や高齢側のカンファレンスで食材、米の購入方法やメニューについて、高齢化に対して意見を聞いたり、対応を検討したりしている。今年度は農家から可能な範囲で米を購入している。	職員個々の意見・要望を法人内で把握し、年2回の施設長による職員面談もあり、改善策や次年度への方向性が話し合われる体制がある。事業所としては近隣農家から購入していた比較的安価なお米が購入できなくなるので、別の購入などが職員間で経営感覚をもって話し合われている。	
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	年末に自己申告書を理事長へ提出。業務評価、管理シートを施設長へ提出し職員の意見を記載している。翌年度の人事考課にあてている。		
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	資格取得意向の職員は法人内職員研修規程に則り、一部負担金を出している。例年4月中旬に高齢者ケア専門研修年間スケジュールにより職員へ参加を促している。また、職員の希望する研修があれば参加している。		
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	職員が食事ケア、口腔ケア講座の対面研修に参加し同業者との意見交換を実施し事業所へ反映。管理者がケアマネ更新研修に参加し同業者とZoom研修実施している。		

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	本人が困りごとを訴えられる際にはその都度安心できるような環境をつくる。また、訴えられない場合は家族に情報提供してもらい落ちつけるように関わっている。		
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	家族の不安がどんな要素であるか面談を通して確認している。何度かの面談後、再度問い合わせを行い、不安が減少しているかお聞きしている。		
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	入居の希望や見学で問い合わせがあった際にまず、緊急性の有無や他の方法がないか等家族や本人の意向を確認している。他事業所の利用も視野に入れて検討する。		
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	本人ができることやできそうな事を生活に取り入れる。洗濯物たたみや干し、料理や掃除等、個人のレベルに応じて生活の主体者になって頂く。		
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	家族から「高齢だからいつでも連絡してください」と仰る言葉を受け止め、事業所と家族が共に利用者の支援につながっていくと考えている。身の回りの物を都合をつけて届けて下さり、協力的なご家族が多い。		
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	知人の来所や面会の希望があれば可能な範囲で対応している。近隣の桜の名所に年に一度行く事で春を感じている。	「その人らしく」を大切に考えて、知人の訪問を歓迎することはもとより、食事の準備は様々な手順がある中、利用者の個々のできる力を発揮する場面を準備している。行事計画作成時も利用者の声を聞いたり、外出先での利用者の喜びを職員も共有するなどの支援に努めている。	
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	一同に揃う食堂の席では周辺症状や性格、その日の状態により、変更や調整をする事で未然に接触やトラブルを回避している。レクや行事、誕生会等、他者と会話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
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	電話や書面でのやり取りをして近況を聞いたり、報告を受けたりしている。亡くなった際に声をかけてくださる方もいる。		
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	日頃の会話で行きたい場所や食べ物、欲しい物等を職員共通のノートに記載し、カンファレンス等で対応していく方法を決めている。意向を表出できない方には家族の意見を聞き、職員全体で協議し可能な方法で対応している。	日々のケアのなかで、その人のあらゆる面でのリスクを取り除く支援方法を検討し、申し送り時・カンファレンス等での継続的なケア実現に取り組むとともに、その主旨を家族にも伝え協力を仰いでいる。	
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	本人から聞き取れることその他、家族や関係機関からの情報も聞き入れ、生活しやすい環境作りに努めている。		
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	日中、夜間の様子でいつもと違う様子があれば些細な事でも申し送っている。ADLや周辺症状で変化があれば連絡ノートで共有できるようにし、日々の関わりを安全に過ごせるようにしている。		
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	ご本人や家族の意向を基本に意見や要望を取り入れ、ケアに関わる職員の意見も含め総合的に介護計画を作成するようにしている。医療機関からの意見も参考にしている。	アセスメントで本人・家族の希望等を聴取し、カンファレンスを経て実践し、各担当職員が3ヶ月ごとに、個々にモニタリングした記録をもとに、ケアマネージャーが一本化している。担当者会議では家族も参加して、介護計画の見直しへ繋げている。	介護計画書の特に短期目標等に、各種記録が一貫性をもって記録されるよう検討することを期待したい。
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	毎日の個別記録に様子や変化を記載し日々の関わり方の参考にしている。職員の気づきや工夫を連絡ノートにも記載し共有している。見直しが必要な内容はカンファレンスで話し合っている。		
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	共用デイ利用者、家族の要望で年末の利用を調整しましたが、入居者の熱発によりご利用中止になりました。感染症の可能性もありやむを得ない状況でしたが、通所者への対応は今後の課題となっています。		

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
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	傾聴ボランティアとの交流、地域の行事や清掃活動の参加、社協の日常生活自立支援事業、NPO法人ほほえみの会(独居者支援サービス)の活用など地域の社会資源を利用しています。		
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	入居時に在宅主治医を希望される場合は継続しています。他には協力医療機関に変更される方もいます。本人、家族に説明し納得して頂いた方法で医療を受けています。訪問服薬についても希望に応じています。	入居時に、利用者全員が協力医療機関に移行している。月2回の往診が行われ、協力医療機関の訪問看護師により、医療連携が適宜行われている。他科への通院は原則家族対応だが、状況により職員が対応している。歯科医の往診は、必要に応じて行われている。	
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	週に1回訪問看護師が来所し気になることや日々の様子を相談し助言や指導を受けています。また、病状や変化があった際には電話で相談し指示を受け、医療に繋げる事もある。		
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。	家族に同意を得てから医療機関の担当者に問い合わせをし、書類作成後FAXしている。今後の見通しを踏まえ、戻れる環境を整え、可能な範囲で受け入れている。1名は胃ろう術が必要となり、受け入れできなかった。		
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	入居時から施設で対応できることとできないことを説明している。家族には日頃から利用者の様子を伝えて状態の変化を理解してもらえるようにしている。病状により予後の見通しを主治医へお聞きするときは、家族の意向も含め方向性を判断している。	家族には入居時に意向を確認するが、適宜確認を継続している。終末期に向けたケアは、カンファレンス等で職員が共有し、訪問看護師作成の「旅立ち」の資料にもとづく各種の準備を行っている。職員は終末期の利用者の顔や口腔ケアの援助により、多くの学びを得る機会となっている。	
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	吐物処理の実習や感染症まん延防止のためのPPE装着方法を全体会議で実践している。事故発生時に備えシュミレーションを行い、救急搬送が必要かどうか等、訓練している。また、救急搬送した際の状況を報告し情報共有している。		
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	年に2回夜間想定も取り入れ内1回は消防署の立会の下障害GHと合同で初期消火、通報、避難誘導の一連の火災避難訓練を行っている。備蓄は水、食料、簡易トイレ等がある。近隣に訓練の声かけを行い参加はされていない。	年2回の火災想定避難訓練に取り組んでいる。居室の入口上には、「歩ける・杖使用」などのイラスト(ピコグラム)が貼られ、避難時の参考になっている。職員の自宅から施設到着時間が把握されていて、夜間の体制作りに役立っている。今後は実践的な利用者の避難方法を検討している。	近隣住民への避難訓練参加依頼や具体的な役割など、地域との協力体制づくりを期待したい。

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	
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	入浴や排泄時等、不快にならない様に個別に対応している。親しみのある声かけもしていますが、年配者であることを念頭に入れています。掲示物や広報誌への掲載は家族、本人の意向を尊重しています。	呼称は、原則名字に「さん」付けとしている。職員間の利用者の情報交換等は、記録上で引き継いでいる。家族の死亡などの情報は本人にとって衝撃的なこともあり、本人に聞こえないよう注意を払っている。	
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	何気ない会話の中で望まれている事やできそうな事を確認できるように話しやすい雰囲気をつくるようにしている。意向の確認が取れない場合は家族に聞いている。		
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	生活リズムを整えるため食事時間は一定になっている。日中は趣味や家事への参加、レクリエーション等、静養される人もいる。入浴は当日難しいようであれば別日に変更している。		
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	ご本人が着衣を選択してもらえるように準備したり洗顔後に専用の美容液を塗布していたり、ご本人にできることをしてもらっています。		
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	禁食や苦手な物を事前に把握して可能な限り食べられる献立を作成している。ミキサー食や刻み、トロミをつける等、補助している。食材切りやおかずの盛り付け等できることをしていただいている。	献立は2週間ごとに利用者の希望等を参考に職員が当番制で作成し、食材は不足分を利用者と一緒に買い出しに出かけている。あくまでも家にいる気分を大切にして、その日の献立は利用者がボードに書くことにしている。行事食もおやつも利用者が一緒につくっている。	
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	定時に水分補給として提供しているが、病状や嗜好により飲めそうな物に代替えている。家族が持参される炭酸飲料を飲む方もいる。		
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	起床時、毎食後に洗面所へ案内し口腔ケアを行っている。まずはご自身でして頂き、補助を要する方、最終的には職員が確認と介助をすることもある。		

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
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	排泄記録を確認し介助の必要な方は、声掛けやトイレへの誘導を行っている。自立の方は排便の有無を聞いたり、使用後の様子を確認したりしている。	排泄介助を訴える人や、その人のしぐさで排泄を察知したり、それぞれの利用者の特徴を日々把握してケアに取り組んでいる。利用者全員が、便座に座っての排泄が可能である。利用者には歩いたり・日常の作業に携わってもらい、体を動かすことで、排泄を促す一助にしている。	
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	10時の水分補給で牛乳を使った飲み物や16時は乳酸菌飲料を飲んでいる。廊下を歩く、天気の良い日は庭に出る等体を動かせるようにしている。ラジオ体操に参加できる人は立位でされる人もいる		
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、個々にそった支援をしている	入浴の予定を対象者に伝え了承を頂いて、実施や変更をしている。当日の体調により別日になることもあり応じている。男性職員の介助を拒否する方には同性介助で対応している。	入浴は週2回を原則としている。職員と1対1の対応となっていて、入浴時は職員と会話も弾み、楽しい時間となっている。浴室等はお湯の温度や冷暖房を気遣って、快適に入浴できるよう配慮している。	
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	昼食後に少し休みたい方は居室で横になっている。また、就床前に温めた牛乳を飲んで休まれる方もいる。		
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	内服薬、外用薬保管場所に一覧表を掲示し薬の内容について確認できるようにしている。服薬した職員は記名し記録。症状の変化については、記録に記載や申し送りをしている		
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	掃除機かけ、調理、お茶いれ等でできそうな事を行って頂いている。男性で手先の器用な方は、豆の皮むきやおかずの取り分け、お盆ふき等手伝ってくださっている。		
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	気候の良い日は近隣への散歩に声掛けし希望に応じている。家族の希望で自宅での食事や外食に出かける方もいる。行事で外出する事もあり、行き先は個々に応じている。	年間の外出行事のなかで、家族の希望も聴取するなか、支援もお願いしている。日常は周辺の散歩や食材の買い出し、利用者本人の希望するものの買い物等、個別支援に取り組んでいる。	

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
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	買い物の希望がある場合は残高を一緒に確認し日時を決め個別に対応している。		
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	職員が間に入って対応するが電話の利用はなかった。家族が来て年賀状の記載と一緒にしていた方がいる。郵便物は直接渡している。		
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	季節を取り入れた製作活動をし飾っている。感染対策の空気清浄機や冬場のトイレ使用時のセンサーファンヒーターの設置、入浴室の保温等は留意している。	常に季節を感じてもらえるよう、飾りつけや花などの設置をしている。室内温度管理等や、その日の利用者の状況を見て、テーブルを移動したり、居心地のいい環境作りを心掛けている。	
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	居室は一人になれる空間である。廊下や食堂にソファがあり談笑に使っている。気候の良い時期は食堂や居室から出たデッキで過ごす事もある		
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	自宅で使用していたなじみの物を配置している。	利用者が普段から使っていた布団や趣味の物等馴染みの物を持ち込むことで、今までの生活の延長実現に取り組んでいる。居室からウッドデッキに出られ、外気浴や気分転換にも役立っている。	
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」「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	ご自分の部屋がわからない方には家族了承のもと記名している。トイレやお風呂がわかるように戸に記載している		