

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	0491200283	事業の開始年月日	2016年7月21日	
		指定年月日	2022年7月21日	
法人名	テクノケアサービス株式会社			
事業所名	グループホームきずなの家			
所在地	(〒 987-0362) 宮城県登米市豊里町小口前172-1			
サービス種別 及び定員等	認知症対応型共同生活介護	定員計	9名	
		ユニット数	1	
自己評価作成日	2024年1月31日	評価結果 市町村受理日		

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【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)】

広いリビングを利用しイベント時にはボーリングや輪投げなどレクリエーションを行っている。季節感を感じる装飾を壁などに行い目でも楽しんで頂いている。敷地内には畑もあり、じゃが芋の収穫時期には利用者にも手伝って頂いた。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	2024年3月14日	評価機関 評価決定日	

【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)】

<p>【事業所の理念】 設立当初から利用者と職員が家庭的な環境の中で暮らせる様に、事業所の理念を「自分らしく、心地よく、我が家のように」とし、利用者が自分の家の延長線上で暮らせる様に支援に努めている。</p> <p>【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等 母体法人の「テクノケアサービス株式会社」は1973年に設立され、製造・不動産事業を行ってきた。2012年に事業を転換し、グループホームの他、福祉関連の介護用品のレンタル、在宅介護向け住宅修繕などの分野の事業を行っている。2016年7月に設立した「グループホームきずなの家」は、木造建築の平屋建ての1ユニットである。近くには、花の公園、登米市役所総合支所、協力医でもある市立病院、公民館、学校などがある。ドラックストアなどの店舗もあり利便性が高い。</p> <p>【事業所の優れている点・工夫点】 広いリビングを活用し、ボーリングや輪投げ等のゲーム大会を開催し体力維持に努めている。敷地内にある畑で入居者と一緒に野菜を育て、収穫祭や献立に取り入れて楽しんでいる。また、近隣の住民に穫れた野菜をおすそ分けするなど、地域との交流が図られている。管理者は職員が相談や意見・要望が出しやすい職場環境づくりに努め、良い関係性が築かれている。身体拘束をしない取り組みを職員全員で共有し、心身に余裕をもって介護支援ができるよう職員間でコミュニケーションを図りながら、虐待防止に努めている。入居者も職員と一緒に行事食等を手作りするなど、楽しく食事ができるように支援している。訪問看護師が週1回来訪し、入居者の体調管理や職員から相談を受けたり、協力医療機関とも連携が図られている。避難訓練を定期的で開催し、有事の際の避難にも備え、他地区のグループホームと災害協定を締結し協力体制を築いている。</p>
--

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 9
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	10
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 ~ 35	11 ~ 15
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	16 ~ 22
V サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)	56 ~ 68	

事業所名	グループホームきずなの家
------	--------------

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
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
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
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
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
60 利用者の意思を出来る限り尊重し、外出等の支援をする努力をしている。 (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
61 利用者は、医療機関との連携や、安全面で不安なく過ごさせている。 (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
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

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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
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 3. たまに 4. ほとんどない
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の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
66 職員は、やりがいと責任を持って働いている。 (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
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
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. ほとんどいない

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホーム きずなの家）

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	地域密着型サービスの意義を、また理念を共有し日々実践に繋げている。	ホームの理念は、職員がいつでも確認できるように玄関・職員用ロッカーに掲示している。理念の中の「我が家のように」を常に意識し、入居者がリラックスして過ごせるように支援している。入居者が職員と一緒に畑仕事や居室のモップ掛け、季節に合わせ「おはぎ」づくりなど、理念を日々のケアに繋げている。	
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	昨年度は部落の敬老会に参加し、地域の顔馴染みの方に会い交流する事ができた。また近所の方等と、挨拶や花を頂く事もあり以前より交流する機会が増えた。	地区の敬老会の案内をもらい参加するなど、地域との交流が図られている。近くのピアノ教室の子ども達が訪れたり、クリスマスには手紙をもらったり、近所の住民から庭の花をもらうなど、交流が図られている。ホームで収穫した野菜をおすそ分けすることもある。	
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	理解して頂けるよう努めている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	コロナ禍であり、資料配布のみとなっているが、意見がないか確認している。資料配布している近隣の方から資料読んでますよとのお言葉頂いている。	運営推進会議のメンバーは、地域包括職員・市職員・民生委員・町内会長・地区住民・管理者である。コロナ禍のため文書開催としている。入居状況・待機者状況・職員研修参加実績・行事報告・事故報告・ヒヤリハット報告等を2ヶ月に1回、文書で報告し意見を聞いている。	
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	分からない事や事故があった際は速やかに連絡する様にしている。	市からメール等で情報提供や研修の参加案内をもらいできるだけ参加している。事故報告や相談事などは、その都度速やかに連絡を行い、指示をもらっている。運営推進会議は文書で報告し意見を聞くなど、協力関係を築くよう取り組んでいる。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	3か月に一度の研修を行い身体拘束のないケアを実践している。	身体拘束をしないマニュアルを作成している。担当職員を中心に3ヶ月に1回身体拘束をしないケアについて事例を挙げ研修を行い、実践に活かせるよう努めている。散歩や外出希望の入居者には、職員が同行して支援している。日中は施錠していないが、防犯のため19時から翌朝7時までの夜間帯のみ施錠している。	
7	(6)	○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	防止に努めている。	年1回、虐待防止についての職員研修を開催し、月1回のスタッフ会議でも確認している。職員が余裕を持ってケアができるよう配慮し、虐待防止に努めている。入居者の性格や生活歴を把握し、声掛けや接し方に注意を払い、職員全員で共有し防止に努めている。	
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に支援している	研修で学ぶ機会を持っている。		
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	十分説明し理解し納得して契約して頂くように努めている。		
10	(7)	○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	面会に来て頂いた際に要望等確認している。要望等があれば確認を取り対応している。	面会時に家族から要望を聞き、日々のケアに繋げている。入居者の希望で職員と一緒に、新築した自宅を見に行ったり、家族に受診結果を報告している。また、「きずな通信」を発行し、ホームでの入居者の状況報告している。	
11	(8)	○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	年に1度、代表者と職員の面談を行っており意見を聞いて頂いている。毎月1回、ケア・スタッフ会議の際に職員から意見を聞く機会を持っている。	年1回の代表者との面談や、月1回のケア・スタッフ会議で職員から意見・要望を聞いている。浴室の入り口の修繕希望や事故報告・ヒヤリハット報告などを受け検討し、改善に繋げている。資格取得の支援は、シフトの変更などで対応している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	各自が向上心を持って働けるよう努めていると思う。		
13		○職員を育てる取組み 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	外部研修はまだ出来ていないが、必要な研修は施設内で行っている。		
14	(9)	○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つくり、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組みをしている	コロナ禍でもあり、同業者との交流する機会はありません。	別法人の南方と石越にあるグループホームとの間で、災害協定を締結している。災害訓練時には、電話で災害情報や入居者の情報を報告し合い連携ができるよう取り組んでいる。同法人の「グループホームきずな」とは、常に情報交換を行い交流を図っている。	

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	実調の際や入居の際に家族や本人に困っている事を確認する様にしている。		
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	実調の際や入居の際に家族に困っている事を確認する様にしている。		
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	必要なサービスがあれば家族に提案する様にしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	利用者の出来る事を一緒に考え、一 가족の立場に立ち関係築くようにしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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	共に利用者を支えていく関係を築いている。		
20	(10)	○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	月に何度か入居している妻に会いに来る旦那様が居るので関係が途切れない様に支援している。	親戚・友人・家族の面会は、玄関先や窓越しで行っている。葉書をもらう入居者もおり交友関係が途切れないよう、支援に努めている。自宅や墓参りにドライブを兼ねて出かけることもある。理・美容師がホームに来ている。	
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	気が合う、合わない等あるので見極め席替えし対応している。		
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	退居後、特別養護老人ホーム入所した方に対し、情報交換しどの様に過ごしているか確認している。		
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	(11)	○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	モニタリング時、どの様に過ごしたいか本人に確認している。	入居時や毎月のスタッフ会議でのモニタリング時に、入居者の思いや意向を把握している。歌の好きな人、読書の好きな人、縫物の得意な人など、思いが実現できるように支援している。思いを伝えられない人には、日々の生活の中での表情や食欲（食の進み具合）など、些細な事からも判断し支援に繋げている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	日常会話の中やアセスメントから把握している。		
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	身体状況を理解し一人ひとりの過ごし方を職員は情報を共有している。		
26	(12)	○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	月に1度のケア・スタッフ会議時に話し合いをし、意見やアイデアを反映した介護計画を作成している。	毎月開催されるケア・スタッフ会議でモニタリングを行い、半年に1回介護計画を見直ししている。入居者・家族・職員・ケアマネジャー・管理者から意見を聞き作成している。訪問看護師からアドバイスをもらうこともある。体調に変化がある場合は、その都度見直しをしている。	
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	職員間で情報を共有しながら、見直しをしている。		
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	家族より自宅を建てたので見せたいとの希望があり、自宅まで行くなど家族や利用者の希望を出来る範囲で対応している。		
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	暮らしを支える地域資源の把握は出来ていないが、安全に安心して過ごしていけるように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
30	(13)	○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	日々バイタルチェックを行い、定期受診時に身体状況を報告し適切な医療を受けられる様に支援している。受診時に特変があれば家族に報告を行うようにしている。	現在は全員が近くのかかりつけ医に職員が同行して受診している。ホームでの様子や身体状態を報告し、適切な医療が受けられるよう支援している。かかりつけ医以外は、家族に付き添いを依頼することもある。毎週1回、訪問看護師の訪問があり、健康管理を行っている。	
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	訪問看護師に日々の状況を伝え、アドバイス受け、適切に受診できるように支援している。		
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。又は、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	入院した際、家族や医療機関と情報交換や相談できる関係づくりに努めている。		
33	(14)	○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	利用者の身体状況など様子を見ながら家族と話し合い、方針を共有し支援に努めている。	入居時に「終末期における確認事項」と「重度化対応・終末期ケア対応指針同意書」を取り交わしているが、現時点では看取りを行わないことを説明している。介護度が上がった段階で家族と話し合い、次の支援に繋げている。急変時は、医師の指示のもと訪問看護ステーションとの連携で救急搬送をしている。	
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	年に1度、研修にて急変や事故発生時の対応に対し確認している。昨年は利用者の意識がなくなる事があり、救急車を呼んだ事で各自対応について再確認した。		
35	(15)	○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	災害時に避難出来る様にマニュアルを把握している。非常食に関しては賞味期限を確認し随時常備する様にしている。	火災・水害・原発対応のマニュアルを作成している。避難訓練を消防署立ち合いのもと、夜間想定を含め年2回実施している。訓練は入居者も参加し、火元を変えて避難場所や避難経路の確認を行っている。備蓄品は、水・カップ麺・レトルトカレー・缶詰めなど3日分保管している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	(16)	○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	一人ひとり利用者の人格を尊重し言葉かけや対応に留意している。	年1回、接遇やプライバシー保護の研修を開催している。排泄時や入浴支援の際には、入居者一人ひとりの人格を尊重し、声掛けや接し方について配慮して取り組んでいる。呼び名は基本、名前に「さん」付けて呼んでいる。	
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	出来るだけ自己決定出来る様に働き掛けている。		
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	出来る限り希望に沿えるように支援している。入浴の声掛けする際、午後に入りたいなど要望を確認する様にしている。		
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	髪の状態をみて近所の床屋に散髪に来て頂いている。		
40	(17)	○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	利用者の状態を把握し野菜の皮むきや食器拭き、下膳など手伝って頂いている。	委託業者のメニュー表を参考に、旬の食材を取り入れメニューを作成している。入居者も一緒に、野菜の皮むきなど下ごしらえを行い手作りしている。誕生日や季節ごとの行事食など、楽しく食事ができるように企画している。刻み食やとろみ食など入居者の状態に合わせた食事形態で提供している。食事・水分量のチェック、体重測定等を行い、健康管理をしている。	
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	白米を計り適量を提供。水分や食事量の摂取量は記録し職員間で情報共有している。水分確保出来るように声掛けや見守りしている。		
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に、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	起床後、毎食後と利用者に合わせて口腔ケアを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(18)	○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	利用者の排泄パターンを把握し失禁する前にトイレ誘導を行っている。	入居者ごとに排泄パターンを把握し、タイミングを見ながら声がけし、トイレに誘導している。夜間帯も入居者の状態に合わせてトイレに誘導を行い、自立に向けた支援を行っている。便秘気味な入居者には、食事を工夫しているが、医師の指示のもと薬を使用する人もいる。	
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	おやつには積極的にヨーグルトを摂取し、毎日体操し便秘予防をしている。排便ない時には、適切なタイミングで下剤服用して頂いている。		
45	(19)	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴のタイミングや希望など利用者に合わせて対応している。	入浴は週2~3回を基本に、時間の希望を聞いて、好きな湯温で入れるよう支援している。入浴を嫌がる入居者には無理強いすることなく、声がけを工夫したり、時間や日にちを変えて気持ちよく入浴ができるように努めている。	
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	好きなテレビを見たり入居者同士が会話できる様に支援し休みたタイミングで安心して休めるように努めている。		
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	処方箋ファイルがあり、職員はいつでも服薬している薬について確認ができる。服薬変更時、主治医から注意すべき症状など確認する様になっている。		
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	楽しく過ごし気分転換できるように支援している。		
49	(20)	○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	外を散歩希望される利用者があり、出来る範囲で対応している。コロナ禍でもあり、家族や地域の方と協力は出来ない。	希望を聞きながら近くの店への買い物や、近隣住民の畑に咲いているチューリップを見学したり、平筒沼の桜見物などに応じている。できるだけ出かける機会を増やすよう努めている。散歩を希望する入居者には職員が同行している。墓参りや新築した自宅への帰宅支援も行っている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	お金を所持している利用者はいない。		
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	県外に住んでいる家族と電話で会話する事はあるが、利用者本人が掛ける事はあまりない。家族や友人から手紙やはがきなど届く事があるが、利用者本人から返事を書く事は声掛けはするが難しい。		
52	(21)	○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	季節感を取り入れたり、落ち着いて過ごせる様に工夫している。	共用空間は、天井が吹き抜けで高く明るい空間になっている。毎日の食事メニューを掲示した黒板があり、それを見ることが入居者の楽しみとなり、日課となっている。また、雛人形や季節の花を飾るなど、季節感を取り入れた装飾に配慮している。温・湿度は、入居者が居心地よく過ごせるように職員が管理している。	
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	テレビ前にはソファがあり、近くでテレビが見れる様にしている。気の合う利用者同士が話せる様に席を隣同士にしたりと席替えを行っている。		
54	(22)	○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	壁には行事に参加した時の写真や誕生日の色紙など飾り、利用者が居心地良く過ごせる様にしている。中には、壁に飾るのが苦手な利用者も居るので本人の要望に合わせて対応している。	ベッド・クローゼット・エアコンが設置してある。その他は入居者の馴染みの物を持参してもらっている。壁には、家族写真や入居者の行事時の写真・誕生日の色紙・ぬいぐるみ等、思い思いの飾りつけを行い、入居者が居心地よく過ごせるように配慮している。抱き枕を使用している入居者もいる。	
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	居室には名前を表示し自分の居室が分かる様にしている。歩行が少し不安定な利用者の居室にはなるだけ掴まる事ができる様に椅子などを置き、転倒防止に努めている。		