

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	1292400312		
法人名	株式会社マウントバード		
事業所名	グループホームきくまの家		
所在地	千葉県市原市菊間2394-2		
自己評価作成日	令和6年12月3日	評価結果市町村受理日	令和7年3月11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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【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コミュニティケア街ねっと
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生町1107-7
訪問調査日	令和7年1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)】

- ①家族との面会、外出、外泊は緩和し、感染症対策を実施したうえで実施していますが、外泊は希望者なし。
 ②調理や買い物など月に1食は、献立決め、買い物、調理、片づけを行っています。
 ③運営推進会議の対面開催、オンライン参加を実施しています。
 ④月末には1か月の出来事を写真としてご家族にお便りとして郵送しております。
 ⑤季節を感じられる行事として、ボランティアの協力も得ながら取り組んでおります。

【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)】

事業所理念を大切にしており、日常のケアの中で確認し、介護記録などに活かしている。自己決定支援のひとつとして、利用者に数種類の中から好きな飲み物を選んでもらい、可能な限り自身で淹れてもらっている。自立支援では、調理、下膳、掃除などしてもらっている。訪問調査日にも自主的に下膳や歯磨きをしている姿が見られた。面会は制限をしておらず、多人数での面会もあり、家族や友人の訪問も増えてきている。月2回の往診や週2回勤務の看護職員が健康管理をおこなっている。毎日、昼と夕食前に体操をし、食事前には口腔体操をしている。また、室内レクリエーションでは、運動会や縁日、スイカ割り、豆まきなどをおこなっている。

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	66	職員は、活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				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

自己評価および外部評価結果

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	本年より、3つ目の理念「入居した後の、家族や友人との関係を続けられるように支援します。」を追加し、実践しています。	法人理念を基に事業所理念を策定し、運営推進会議を始め、ホーム会議で確認をしている。コロナ禍で難しかった家族や馴染みの関係性を維持することなどにも取り組もうとしている。また、日々の介護計画や記録は理念に沿ったものとなっている。	
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	感染症の状況をみながら、地域の商店や理容室に行く機会を増やし、外出先や屋外行事で、地域の方との関わりを行っています。	地域と交流のため、自治会に入会依頼をしているがすすんでいない。近隣の福祉事業所に見学に来てもらっている。手品や太鼓のボランティアが来てくれている。誕生日ケーキを買いに出たり、理容室を利用して地域との関わりを持っている。	
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	入居見学や相談は予約なく対応し、包括が開催している、認知症カフェへの参加を行いました。		
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	対面開催を行うと共に、運営推進会議の資料をホームページにのせるようにしました。また、同エリアで他事業所の運営推進会議に参加し合い、意見交換を行っています。	運営推進会議は、対面とオンラインの併用でおこなっており、資料や議事録を家族、関係する機関などに送付している。さらに資料はホームページにも開示している。参加者は利用者、家族、地域包括支援センター職員などである。利用者の状況、ヒヤリハット、事故報告、行事報告などを丁寧にしている。	資料や内容、議事録、資料の送付先などは多様で透明性を高めている。しかしながら、実際の参加者が少ない。民生委員を始め、多様な方への声掛けと、テーマを決めて家族等が参加したくなるような取り組みに期待したい。
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に取り組んでいる	運営推進会議を月によっては平日に開催し、市役所の方に参加してもらいました。また、包括支援センターや社協からの入居相談の対応を行っています。	介護保険に関する要件で市の高齢者支援課と電話やメールなどでやり取りをしている。地域包括支援センターとは運営推進会議などで相談しており、地域との関係性構築などのアイデアももらっている。	
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	日中の玄関施錠は行わず赤外線センサーを活用し、行動制限につながらないよう対応し、2ヶ月に1回評価しています。	「身体的拘束等の適正化のための指針」及び「虐待防止に関する指針」を策定し、職員にそれぞれ年2回の研修をして周知している。また、委員会を3か月に1回実施している。スピーチロックや馴れ馴れしい言葉がけには、ホーム長より注意をしている。	
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	新しくなった虐待防止の指針を基に、3か月毎の目標を設定し、取り組んでいます。		

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

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や成年後見制度について学ぶことや、活用はできていないですが、家族からの要望で、1名成年後見人をつけるための情報提供を行いました。		
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	入居前に利用者やご家族と事業所のホーム長が対面で説明を行い、質問に対しての説明を行っている。		
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	電話、メール、LINEも活用しながら自由に意見がもらえるようにしており、いただいた意見はホーム運営に活かすよう心掛けている。	家族とは面会のときに利用者の状況を説明しながら、意見、要望を聞いている。連絡はSNSやメールを中心に行っている。家族へ利用者の普段の様子やイベント時の写真を送ったり、面会の制限撤廃、事故報告を写真入りの説明にするなど家族からの要望を反映させている。	
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	半年に1回の職員面談、月1回のホーム会議で意見の吸い上げを行い、反映させている。	職員の意見は面談、ホーム会議やSNSでも日常的に聞いている。職員の休憩室を新たに設置したり、休憩室内のエアコンの設置やその他の改善の希望にも応えている。	
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	月に1回の本部会議、部長会議に参加し、会社に対して、職員の意見を伝えています。本年は職員休憩室の設置を行ってもらうことが出来ました。		
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	事業所内のOJTとしては日常の支援毎根拠を伝えながらの説明を行い、毎月の会議で研修の時間を設けるとともに、月に1回の会社全体研修に参加しています。		
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	外部セミナーや研修への参加で他事業所との交流、法人内の他事業所の見学を行っています。		

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
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	入居相談や入居前面談の場で本人が困っていることを言葉や行動から知る事ができるように積極的に本人の話を傾聴すよう努めているとともに、体験入居も取り入れている。		
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	入居相談や入居前面談の場で家族から話を聞き、不安に感じることや要望に対し聞くだけで終わりにせず、ホームで出来ることを伝えるようにしている。メールなども活用。		
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	本人と家族の話の中から必要としている支援を専門職として見極め、デイケアや訪問サービスなどの提案も行い、利用する場合の連絡調整も行っている。		
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	調理や掃除などの生活場面の中で、その方のできることをみつけ職員と一緒にいき暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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	通院、行政手続き、季節の衣類入れ替えなどご家族に依頼を行いつつ、ご家族が対応出来ない時には職員による代行も行っている。		
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	要望があった場合には、キーパーソンに確認しながら、短時間の面会、電話などによる親族や友人とのつながりも支援している。	面会は制限なく可能である。家族はもちろん友人の来訪もある。家族同行の外出や外食、外泊も可能である。また、年賀状のやり取りなどもあり、携帯電話を所持している利用者もいる。	
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	食事の席は入居者同士の関係をみながら決めているが、本人の意志で随時変えることも行っている。また職員がつなぎになれるよう一緒に関わりをもっている。		

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
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	退去後の家族からの相談には応じる姿勢はあるが、現時点で退去した本人、家族からの相談はありません。		
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	日々の暮らしの中で本人の希望や意向を聞きくとともに、入居者同士の会話からも思いにきつき、介護記録に残し、会議や日々の勤務の中で検討している。	利用者が日々の暮らしの中で発した言葉や、利用者同士の会話から出た発言を記録に残し、利用者の意向の把握に努めている。また、テレビに映った食べ物を見て、これが食べたいなどの希望があった場合には、できる限り希望に沿えるようにしている。	
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	入居した後においても、本人やご家族から話を聞き、職員間で情報共有している。		
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	毎日の生活の中での過ごし方や有する能力は介護記録として残し、職員全員が情報把握できるよう努めている。		
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	ホーム会議でカンファレンスや随時聞き取りを行い、訪問診療や看護師からの意見も取り入れ、本人がより良く暮らすことができる介護計画を目指している。	介護計画は職員の意見、記録などをもとにケアマネジャーが、利用者の生活の継続を見据え作成している。短期目標は6ヶ月、長期目標を1年で設定し、毎月のモニタリングで状態を確認している。職員はパソコンや紙媒体で情報共有をしている。	
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	日々の実践における気づきや工夫を介護記録として個別に残し、情報共有して次の実践に活かすようにしている。		
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	外への散歩、食べたいものの買い物、訪問マッサージの活用、外部受診付き添いなど、ニーズに都度対応できるよう心掛け、対応できる際には対応を行っている。		

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	太鼓のボランティアを招く、近隣の理髪店の活用、店舗への買い物、近所のゴミ拾いを行っている。		
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	提携しているクリニックとは連絡を密にとり、提携以外の病院にも情報提供してもらいながら専門的な受診も行い、適切な医療を受けられるように支援している。	利用者の主治医はホームが提携している医療機関の医師で、月2回の訪問診療で利用者の身体状況を診てもらっている。夜間の急な体調変化にも対応可能な体制になっている。専門医の通院は家族の協力を得ながら支援している。	
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	週2日ホームの看護師に情報を伝え、助言をもらったり医療処置を行ってもらっている。また、特指示があった場合の訪問看護とも随時連絡をとりながら対応している。		
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、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。	面会が可能な場合には行き、退院前には入院先に行き、退院に向けての話し合いや準備を行っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合、終末期いずれも、主治医と家族と話し合いをもちながら、ホームでできる限りの支援を行っています。	重度化した場合の対応や看取りに関する指針を整備し、契約時に説明している。ホームでの看取りを希望する家族も多く、医師の判断で回復の見込みが難しい場合は家族に説明してもらっている。終末期の介護計画を家族に説明し、希望に沿った看取りケアに取り組んでいる。	
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	社内研修に希望者が参加し、ホーム会議で報告しているが、全職員に実践力が身につけているとはいえない。		
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回の避難訓練によって、火災、水害、地震などの場面を想定し、避難できる方法の訓練を行っているが、地域との協力体制はまだ築けていない。 令和6年11月は消防署立ち合いで実施。	災害訓練では利用者も参加して火災、水害、地震を想定しておこなっている。訓練後は振り返りをおこない、次に活かせるようにしている。また、各居室のドアの上には避難の仕方ごとに色分けしたカードを貼り付け、避難が円滑におこなえるように工夫している。備蓄品では水や米、缶詰などを準備している。	自然災害、感染症の事業継続計画を整備しているが、家族への周知や机上訓練も必要だと思われる。また、夜勤者も参加する夜間想定訓練も期待したい。

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	慣れた言葉遣いにならないよう、普段の関わりの中で気になる言葉を随時伝えるように心がけている。	言葉遣いには留意しており、基本的には「です」「ます」を使用し、命令口調にならないようにしている。また、目線を合わせ穏やかな声掛けを心がけている。排泄の失敗などはトイレや居室で対応するなど、プライバシーに配慮をしている。	
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	飲み物の選択、衣類の選択、入浴時間など自己決定出来る場面ができるように心掛けている。		
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	全員が決まった時間に同じことをするのはなく、その日に過ごしたいこと、その時間にやりたいことを聞きながら支援している。		
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	その日に着たい服を選んでもらったり、外出の際には化粧ができるよう支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	調理、盛り付け、片付けと一人一人のできることを職員と一緒に、時には職員が教えてもらっている。	食材は業者から取り寄せており、冷凍品、冷蔵品、常温品などを職員と利用者で仕分けしている。業者の献立をもとに職員が手作りし、調理や下膳、食器洗いは利用者も参加することがある。食事中はBGMや映像を流し、ゆったりと摂ってもらっている。誕生日には本人の食べたいものを聞いて提供することもある。	
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	食事や水分の量を記録に残している。また食べやすい形状や好みも把握し、出来る限り偏りがないよう支援し、必要によっては栄養士による栄養指導の力も借り、補助食品も活用している。		
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	毎食後口腔ケアの促しから必要に応じた介助も行っている。また、訪問歯科からの助言もいただきながら、方法の表を作成し支援に活かしている。		

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
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	排泄表も活用しながら一人一人の排泄のパターンを把握し、出来る限りトイレで排泄ができるよう支援している。	日中夜間問わずトイレでの排泄支援をおこなっている。自立の利用者が多いが、中には定時の声掛けで誘導する利用者もいる。また、入院中はポータブルトイレを使用していた利用者が、退院後は職員の支援により、トイレでの排泄に改善した事例もある。	
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	体操でや家事で身体を動かす、飲水量の把握、医師との相談後の下剤の使用を行い、必要に応じて腹部マッサージも行い、便秘にならないよう支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的な予定はあるが、無理強いはいしない声かけを行い、予定ではない日にも入浴ができるよう支援している。	入浴は週2回、1日2～3人を午前中に支援している。利用者の体調やその時の気分に配慮し、午後入浴もある。入りがらない場合は職員を交代したり、声掛けの工夫をしているが、無理強いはいしていない。入浴後は脱衣所で利用者の好きな飲み物で水分補給をしてもらうなど工夫をしている。	
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	日中は本人の生活の様子を見ながらベッドやソファで休む時間も勤めている。就寝時間は職員が決めず、寝たい時に眠ることができるよう支援している		
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	医師、薬剤師、看護師から薬の説明を受け個々のファイルを作成し把握。内服後の症状の変化を伝え、調整なども行ってもらっている。		
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	入居前に好きだったことに捉われず、新しく好きになるかもしれないことも大切にする支援を心掛けている。		
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	その日の希望を全て沿えてはいないが、近隣の散歩、散髪、図書館には、行く事ができるよう支援している。	家族の協力も得て、散歩や散髪、図書館、通院などで外出をしている。職員体制に余裕がある時には、花見や鯉のぼり見学など随時の外出もある。また、天気の良い日には日光浴を兼ねて玄関先にテーブルを出して皆でお茶を飲むなど楽しんでいる。	

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	近所の自動販売機での自由な買い物や近隣の店舗、で買い物するときには、好きな物が自分で買えるよう支援している。		
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	個人の携帯電話の使用やホームの電話やタブレットによるLINE通話ができるよう支援を行っている。		
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	季節に合わせた掲示物を一緒に作成し廊下やリビングに飾っている。リビングの常時換気により室温が不快にならないよう空調で調整を行っている。	リビングやキッチンが清掃が行き届いており、清潔感がある。廊下には季節ごとに利用者と職員で製作したちぎり絵などが飾られている。リビングは常時換気をし、温度や湿度にも配慮して、居心地の良い共用空間づくりをしている。	
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	TVや新聞を見たり、ソファや座席や屋外で自由に過ごしたりできるようにしています。		
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	刃物、火を使うもの以外の、使い慣れた家具や寝具を持ってきてもらい生活しながら必要な物を増やすなどの工夫や、急激な変更にならないような、生活に合わせた模様替えを行っています。	各居室にはテレビや衣装ケース、筆筒、机、椅子など馴染みのものが持ち込まれている。家具の配置などにも配慮しており、自宅での生活に近い環境づくりをしている。部屋のドアの取っ手も利用者の身体状況に合わせた位置に取り付けるなど工夫をしている。	
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	バリアフリーの構造の中に必要に応じて手摺りや案内を随時増やし、わかりやすく安全に生活できるよう工夫しています。		