

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	1770200226		
法人名	特定非営利活動法人 夕凧		
事業所名	グループホーム 夕なぎ		
所在地	七尾市松百町56-1		
自己評価作成日	令和7年3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	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(有)エイ・ワイ・エイ研究所		
所在地	金沢市無量寺5丁目45-2 サンライズⅢ106号		
訪問調査日	令和7年3月31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)】

<p>地域と共に住み慣れた環境の下、在宅に戻れる精神・身体の上を目指し、自分らしく普通に暮らせる家庭。</p>

【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>当ホームは「地域と共に住み慣れた環境の下、在宅に戻れる精神・身体の上を目指し、自分らしく普通に暮らせる家庭」を理念として掲げている。利用者が自宅にいた頃と同じように暮らせるよう、自分の好きな事・得意な事・趣味等が継続できる支援に取り組んでいる。介護計画は利用者個々の思いに沿えるよう、「本人のやりたい事」「支援してほしい事」を重視した内容とし、日々の実践に繋げている。本人本位の計画となるよう、目標(ニーズ)欄には本人の思いが込められた言葉(〇〇したい、〇〇してほしい等)をそのまま明示するようにしている。又、介護計画の作成・更新時には、利用者本人に内容を説明し、同意を得るようにしている。ホーム内は「普通家庭」をイメージし、大人が落ち着いて生活出来る空間づくりに配慮している。トイレや殆どの居室(9室の内、7室)はリビングと離れた場所に位置しており、利用者のプライバシーが保てる造りとなっている。又、ホームでは家族と気軽に意見・情報交換できるよう、ラインを有効活用している。簡易的な事はラインで、大切な事は電話で要件等を伝え、家族の意向・要望等も日々の支援に反映している。</p>
--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~59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
60 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	67 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
61 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:18,42)	○ 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	68 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
62 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	○ 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	69 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. 全くない
63 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:40,41)	○ 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	70 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. 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
64 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:53)	○ 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	71 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
65 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	72 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
66 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、安心して暮らしている (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		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	35	緊急事態のマニュアル作成、連絡体制は提示してあるが、生命に関わる事を想定したロールプレイ訓練はできていない。	全職員が生命に関わる緊急事態(誤嚥・窒息・心肺停止等)に冷静・迅速に対応できるようになる。	ロールプレイ訓練を実施していく。	12ヶ月
2	26	利用者個々の思いに沿えるような介護計画を作成し利用者本人に説明し、同意を得るようにしているが、家族との連携が難しい利用者もいる。	利用者個々の思いを家族にも伝え、連携がとれた支援が行えるようになる。	行事イベントがある時など写真を送ったり、日常の事でも連絡をとるようにする。また遠方から来られることがあったら面会等セッティングして行く。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。

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	玄関横に掲示してあり職員は共有できていると思われるが日々実践できているかは確認できていない。	「地域と共に住み慣れた環境の下、在宅に戻れる精神・身体の上を目指し、自分らしく普通に暮らせる家庭」を理念として掲げている。利用者が入居後も普通に暮らせるよう、自分の好きな事・得意な事・趣味等が継続できる支援に取り組んでいる。	
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	コロナ禍等によりできていなかったが、挨拶したり、つながりがきれないように努めている	コロナ・震災後の影響の為、現在は地域との積極的な交流は控えている。但し、日常・散歩時の挨拶等を通じて、近隣住民との繋がりが途切れなようにしている。	
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	地域のための勉強会や会報などは行っていないが、運営推進会議等機会のあるときに認知症の人への理解や日ごろの支援方法等の説明を行っている。認知症ほっとけんステーションにも登録している	/	
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践、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	運営推進会議ではその時の利用者状況、評価内容、実践状況等の説明を行い、参加者より意見があれば検討し、サービスの向上に活かすよう努力している。	平時は町会長、元民生委員、老人会代表、市担当者等をメンバーとし、運営推進会議を実施している。現在はコロナ・のと半島地震後の影響の為、年6回、ホーム職員で話し合った内容(活動状況等)を市担当者に書面で報告している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の担当者とは必要に応じて連絡をとり、必要に応じて相談している程度である。	メールでの情報交換や事業所連絡会(zoomで参加)への参加等を通じ、市担当者との連携を図っている。運営上の疑問点が生じた場合は随時、市担当課に相談している。	
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	現在身体拘束の状況にはなっていないが、職員も身体拘束を行わないことが基本であることは理解しており、引き続き、身体拘束の行なわないケアに取り組んでいるが、震災後は安全面を考慮し玄関は施錠している	年4回、身体拘束適正化委員会を実施している。身体的な拘束だけでなく、スピーチロックも意識して話し合いを重ねている。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	自宅でのことは把握できていないが、虐待防止の講習会を受講し正しく理解している職員もあり、ホーム内では日ごろより注意を払うようにしている。	/	

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
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	成年後見人制度や権利擁護の研修に参加し必要に応じて活用できるようにしている		
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	契約時には家族等には説明を行い、疑問点などはその都度伺い説明して、改定時には理解していただき同意書をいただいている。		
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	要望等は外部者へ表せる機会には設けていないが、管理者、職員にはいつでも受け入れるよう心がけ、できるだけ要望に沿うよう支援を行っている。	家族と気軽に意見・情報交換できるよう、ラインを有効活用している。簡易的な事はラインで、大切な事は電話で要件等を伝え、家族の意向・要望等を日々の支援に反映している。	
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	職員個々により、日ごろから意見は受け入れるよう心がけ、出来ることは反映できるように努力している。	管理者は普段から職員の声に耳を傾け、働きやすい環境づくりに配慮している。又、職員の意見・提案を肯定的に受け止め、業務改善や利用者サービスの向上に活かしている。	
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	給与水準は一定であり、労働時間は個々によって異なっているが、職場環境や条件の整備は個々の希望に応じ無理なく働けるよう努めているが、慢性的な職員不足であり、十分とはいえない。		
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	職員の希望で外部研修に参加している資格取得等も協力している		
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	事業者連絡会やグループホーム分科会等の参加により、他グループホームとの交流はあり、相互研修等にてサービスの向上に努めている。		

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
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	入居初期には特に注意し、本人や家族よりできるだけ多くの情報を得て、不安なく生活できるよう支援している。		
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	入居前に家族よりできるだけの情報や困っていること要望をうかがい、家族との信頼関係を築くように心がけている。		
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	入居申し込み時点で本人の状況をうかがい、他のサービスも含めて本人、家族にとって必要で最適であることをアドバイスしている。		
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	意識して本人を介護される一方の立場にはおかないようにしている。		
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	協力を得られる家族とは共に支えていく関係を築いている。なかなか協力を得られない家族にも出来るだけお願いをしている。		
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	馴染みの床屋や外食など、家族と共に外出してもらったり、面会等、協力を行えるように努めている	家族との繋がりが途切れないよう、コロナ5類移行後はホーム玄関先で対面面会できるようにしている。又、家族と通院ついでに外出・外食を楽しむ事も可としている。	
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	利用者は孤立しないよう居間での居場所の配慮をして、利用者同士が関わりをもてるようにしている。		

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	退去後も連絡があった家族には状況を伺ったり、相談支援を行っている		
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	本人や家族から希望、意向を取り入れるよう検討し、希望に添えるようにしている	職員は何気ない日常会話の中で、利用者個々の思いを聴くようにしている。利用者の思いを聴いた場合は職員間で情報共有し、可能な限りその実現(〇〇したい、〇〇を食べたい等)を図るようにしている。	
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	入居前に情報提供書を確認したり、自宅に訪問し過去の生活歴等は本人や家族からおうかがいし、把握するように努めている。		
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	施設での日々の生活の中で身体状態や能力は把握できている。		
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	本人、家族、職員、医師と連携を図り介護計画の作成に反映している。	利用者個々の思いに沿えるよう、「本人のやりたい事」「支援してほしい事」を重視した介護計画を作成し、日々の実践に繋げている。目標(ニーズ)欄には、本人の思いが込められた言葉をそのまま明示するようにしている。計画作成・更新時は利用者本人に説明し、同意を得るようにしている。	
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	日々の記録をとり、申し送り、職員会議等で情報共有し介護計画の見直しを行っている。		
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	その都度のニーズに対応できるよう柔軟に支援できることもあるが、事業所の多機能化等柔軟に支援できていないことが多い。		

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
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	地域資源の把握はできていても、協働できているとはいえなく、十分な支援はできていない。		
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	入居時にかかりつけ医をうかがい、本人、家族の意向等を話し合い、納得のいく医療を受けられるように支援している。	馴染みのかかりつけ医への継続受診、又はホーム提携医による訪問診療を選べるようになっている。かかりつけ医への受診は家族に依頼し、都度必要な支援(家族を介して主治医に情報提供、文書で情報提供等)を行っている。	
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	居宅療養管理指導等での担当看護師や職場内看護師と連絡をとり、気づき等の連絡、相談をおこない受診指示があれば家族の協力も得ながら受診支援をこなしている。		
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。	ADL状況書等の提示は入院時に行い、入院中も情報交換に努め、早期に退院できるよう、また退院後も対応できるよう病院関係者との連携をとっている。		
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	地域の関係者との支援はできていないが、早い段階で家族とは話し合いを行い、重度化した場合の対応について支援できるようにしている。	原則、「終末期支援は行わない」方針となっており、予め家族の同意を得ている。利用者の状態が悪化したり、重度化が進んだ場合は早い段階で家族と今後の方向性(特養、又は同系列の別グループホームへの移行等)について協議している。移行が完了するまではホームとして可能な限りの重度化支援を行っている。今後、様々な条件が整えば終末期支援を行うことを検討している。	
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	急変時のマニュアルを作成、掲示しており、定期的訓練は行っておらず、実践力は不足である。		
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	緊急時マニュアルの作成、掲示により対応できるよう心がけている。	緊急時の連絡体制を整え、電話傍に掲示している。利用者に異変があればいつでも看護職員に相談し指示を仰げる体制を整えている。	利用者の生命にかかわる緊急事態(誤嚥・窒息時、心肺停止時等)に全職員が冷静・迅速に対応できるよう、緊急事態を想定したロールプレイ訓練の実施を期待する。

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
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	開所時より協力医療機関、介護老人福祉施設との連携契約を締結している。	ホーム提携医による医療支援体制(訪問診療等含む)を確保している。又、介護老人保健施設とは契約で支援体制を確保している。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	夜間の職員は1名であり、緊急連絡網にて対応することとなっている。	1ユニットの為、夜勤者1名の配置となっているが、緊急連絡網による管理者・看護職員への相談体制や近隣在住職員の応援体制を整えている。	
38	(16)	○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	職員は地域の避難場所を周知しており、定期的な避難訓練を実施し、運営推進会議等にて地域の協力を得られるような関係作りに努めている。	様々な自然災害・感染症に備え、BCP計画を策定している。震災後の影響で現在は実施出来ないが、平時には消防計画に基づき、年2回、昼夜の火災を想定した避難訓練を実施していた。貯水槽方式のスプリンクラー設備を有している為、水1トンを確保している。又、災害・停電時に備え、備蓄品(食料、飲料水、カセットコンロ等)の他、自家発電設備(3日分の電気使用可)も有している。	
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	職員は避難訓練、BCPマニュアルにより、安全確保体制をとるように心がけている。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
40	(18)	○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	一人ひとりに対しての性格を尊重した対応は行えていると思う	利用者一人ひとりの性格・尊厳に配慮した言葉遣い・対応を心掛けている。又、トイレ誘導は他者に悟られないようさりげなくお誘いする、申し送りは利用者から離れた場所で行う等、プライバシーにも注意を払うようにしている。	
41		○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	声かけにより自己決定できるような支援に努めているが、入浴などは職員ペースになりがちである。		
42		○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	できる限り一人ひとりの体調に合わせて希望にそのような支援に努めているが、職員側の都合が優先することが多い。		

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
43		○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	できる限り本人の意思で身だしなみができるよう支援している。		
44	(19)	○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	時折ではあるが、利用者の希望にそってメニューを決めている 調理などは一緒にできていないが、収膳など簡単なことは一緒に行っている	近隣の店(スーパー、ドラッグストア等)で旬の食材を購入し、季節感を考慮した手料理を提供している。家事が好きな方、得意な方には食事の片付け(テーブル拭き等)に参加してもらっている。食事が楽しみとなるよう、季節毎の行事食(雛祭り弁当他)を味わう機会も設けている。	
45		○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・水分摂取量は毎回記録し、咀嚼、嚥下状態にあわせ刻み対応等、適宜対応している。		
46		○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	毎食後の歯磨き、うがい薬の使用で洗浄を行い、夜間に義歯洗浄剤にて義歯洗浄を行っている。		
47	(20)	○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	季節・尿量などの変化に合わせて使用物品を考慮し、排泄チェックを行い、適宜トイレ誘導等を行っている。	日中は「トイレでの排泄」を基本としている。誘導が必要な場合は個々の排泄パターン・サイン等を見極め、適宜お誘いの声をかけている。夜間帯は利用者個々の心身の状況を考慮し、個別対応(夜間でもトイレ、安眠を優先し夜間のみ大き目のパッド使用、夜間のみポータブルトイレ設置等)を図っている。	
48		○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	入浴時の腹部マッサージ、水分補給、軽度の運動を行うよう支援しているが、職員のペースにより運動不足になりがちである。		
49	(21)	○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	一人ひとりの希望やタイミングでの入浴はできていないが、週2、3回の入浴日に個々の体調やペースに合わせた入浴の支援を行っている。	週に2~3日お風呂を沸かし、利用者の要望(一番風呂等)に沿った入浴を支援している。入浴が少しでも楽しみとなるように、数種類の入浴剤を用いている。お風呂を拒否する場合は無理強いせず、別の日に改めてお誘いしている。	

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
50		○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	夜間は個々のペースに合わせた睡眠時間をとっており、昼食後等その時の状態に応じて休んでいただいている。		
51		○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	全ての内服について副作用を理解できていない部分はあるが、必要時は薬剤情報を確認している。抗凝固剤やDM薬など重要な内服薬については理解できている		
52		○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	張り合いや楽しみごとが少ない中でも、一人ひとりでできることの役割を支えたり、誕生日会や季節行事、遊びやレクリエーションを通して気分転換を図り笑顔になれるよう支援している。		
53	(22)	○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	希望にそっての外出支援は困難であるが、密にならないよう散歩に声かけをし外出できるよう支援していて、家族にも外出できるよう協力をお願いしている。	コロナ禍以降、積極的な外出支援は控えている。但し利用者が気分転換を図れるよう、気軽に戸外に出る機会(散歩、日向ぼっこ等)を設けている。職員で利用者の要望に沿った外出支援が出来ない場合は、家族の協力を得るようにしている。	
54		○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	盗難や紛失、トラブル防止のため金銭管理は行っていない		
55		○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	希望があれば応じるようにしていて、家族等からの電話があった場合は本人と会話していただいている。また、利用者個人で携帯を所持している方もいらっしゃる。時々自分でかけており安心して見られる様子が見られる。		
56	(23)	○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	共用の空間は殺風景になりがちなので、花等の飾りつけを行ったり、季節感のあるものの配置を行うよう心がけている。	理念に「普通の家」を明示し、大人が落ち着いて生活出来る空間づくりに配慮している。リビングの大きな窓から田園風景や山の風景が眺められ、季節感を十分に味わうことが出来る。又、トイレや殆どの居室はリビングと離れた場所に位置しており、利用者のプライバシーが保てる造りとなっている。	

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
57		○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	共有空間での一人になるスペースはないが、居間では思い思いに過ごし、気の合った利用者同士が過ごせるようソファでの座る位置など意識して配慮している。		
58	(24)	○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	写真、花、ぬいぐるみ等利用者の好みのものの持ち込み、飾りつけにより、心地よく過ごせるように工夫している。	利用者が入居後も居心地よく過ごせるよう、使い慣れた物(テレビ、枕や布団の寝具類等)や本人が安心できる物(家族の写真等)を持ち込んでもらっている。	
59		○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	身体に応じて日々の洗濯物たたみ、茶碗拭き等、掃除等のできることを安全に配慮しながら行っていたでいる。		