

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	1770300380		
法人名	社会福祉法人 共友会		
事業所名	グループホームやたの のどか		
所在地	石川県小松市矢田野町イ8番地		
自己評価作成日	令和8年1月15日	評価結果市町村受理日	令和8年3月23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	金沢市広岡2丁目9番7号 サークパス金沢広岡506号
訪問調査日	令和8年2月4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)】

住み慣れた地域の中で、これまで通りの暮らしが送り続けられるように一人ひとりの「出会い」を大切にしています。地域で暮らす一員として、本人の思いに沿い、願いが叶えられる暮らしの実現を目指し、個々の大切にしている人や場所とを「繋ぐ支援」を行っています。利用されている方一人ひとりの生きがい作りとして、今まで大切にしてきた習慣や役割を日々の暮らしの中で続けられる支援、働くことの支援などに取り組んでいます。看取りについても、医療機関との連携、ご家族の協力を得ながら、本人を中心としたチームとして「最後まで自分らしさ」が出せるよう丁寧に取り組んでいます。地域においては、認知症介護の拠点として、年齢に関係なく交流の場を通じて認知症についての理解を深める取り組みを行っています。また、隣接している小規模多機能ホームやたのどかと連携し、地域の相談窓口として、地域のニーズに応えられる事業所となるよう努めています。スタッフの育成については、法人全体で実施している学習会や職場外研修などに参加しています。スタッフが働きやすい職場を目指し、スタッフの意見や希望を確認しながら職場環境を整えています。

【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)】

当ホームは「出会い」「その人らしさ」をキーワードとした理念と「かかわりの4原則」を掲げ、利用者の言動の意味を決めつけずその人の本当の思いを熟考しその人のペースに合わせた関わり・支援に取り組んでいる。利用者一人ひとりの真の思いをとらえ、その実現につなげるためにセンター方式やライフサポートの視点を取り入れている。日常支援の中で本人の意向を常に確認しており、「したい事」を本人に決めてもらう選択肢のある支援に取り組んでいる。地域とは「お互いさまの関係づくり」を大切に、長年にわたり交流を継続している。地域各所への「やたの新聞」の配布、小学生フリースペースの設置、いきいきサロンへの参加等、地域交流を継続している。住民向けの行事を地域とともに考え地域交流に取り組んでいる。これまでのつながりと新たな出会いを大切にした支援に取り組んでおり、利用者の馴染みの人・場所を「軒下マップ」と称して作成し、関係の維持・継続を目指している。最後まで本人の希望を大切にチームケア支援体制のもと重度化・終末期支援に取り組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～59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 3. 利用者の1/3くらい 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、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
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				

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	玄関に理念を表示しており、出勤時に確認ができ、意識を高めることにつながっている。 月1回のミーティングや利用者個々のカンファレンスの中で利用者の事例を通して、定期的に理念の確認や共有を行っている。 住み慣れた地域とのかかわりや本人のこれまでの習慣や大切にしていたことを継続できる支援を意識している。しかし、スタッフ間で共有できていない状況や全ての利用者に支援が実践できている状況には至っていない。 令和7年度より法人として理念普及委員会が立ち上がり、理念を共有することや見直すこと、理念に基づいた取り組み目標を設定するなどを行っている。	「出会い」「その人らしさ」をキーワードとした理念と「かかわりの4原則」を掲げ、玄関に掲示して職員は出勤時に理念を確認して日々の支援に取り組んでいる。また職員が話し合い理念に基づいたケア目標を設定して申し送りや各ミーティングの中で理念・目標に沿ったサービスが提供できているかを確認している。職員の入職時に理念・原則を説明し、OJTにより先輩職員よりレクチャーを受けている。理念普及委員会を立ち上げ、年度毎に取り組み目標を設定して年度末に評価して理念の周知を図っている。利用者の言動の意味を決めつけずその人の本当の思いを熟考しその人のペースに合わせた関わり・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人として日常的に交流している	いきいきサロン、法話、町内の花植え、町内のお祭りなど、地域の方と交流できる機会が多くある。散歩に出ている時に地域の方から声をかけてくれる状況がある。 買い物を利用者と一緒に出かけ、地域のお店を利用することや日々の外出を通して、地域の方と触れ合う時間を大切にできている。法話の時に仏壇に上げるお花を近所の方からいただくことや事業所の前で畑をしている方から野菜をいただくことも多い。継続して地域の方が料理作りに来ている。 令和7年度より地域の子どもが気軽に立ち寄れる場所を目指し、こどもフリースペースの取り組みを行っている。	「お互いさまの関係づくり」を大切に、長年にわたり地域との交流を継続している。地域交流として地域各所への「やたの新聞(ホームの活動紹介)」の配布、子どもフリースペースの取り組み、いきいきサロン・法話・町内花植え・町内祭りへの参加、地域ボランティア(食事、花栽培)の受け入れ等の地域交流を継続している。また近隣住民との日常的な挨拶・会話・野菜や花の差し入れ、隣接小規模多機能型ホーム利用者との交流の機会もある。住民向けの行事や外出機会を通じて地域交流に取り組んでいる。	
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	わが町防犯隊に利用者と一緒に参加し、子ども達の見守り活動を行っている。近隣の保育園との交流を通じて、子ども達が散歩の途中に休憩場所として立ち寄ることがある。また、地域の行事に利用者と一緒に参加することで事業所や認知症の理解につなげている。小松市の介護力アップ講座として、認知症に関しての話をしている。		
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	運営推進会議にはスタッフが順番で参加している。参加することで会議の主旨や目的を知ることにつながっている。会議の中で写真を使つての活動報告や事故報告、課題の報告など、参加されている方に分かりやすく伝えることで、活発な意見交換ができています。当日参加していないスタッフに向けて、会議の議事録の回覧やミーティングでの報告を行い、必要に応じて取り組みの検討を行っている。家族や地域の方には会議の議事録を送付している。	年6回、利用者、家族、町会長、民生委員、地域住民・ボランティア、こども園の園長、行政担当者(市、地域包括)、ホーム職員等が参加し運営推進会議を開催している。会議ではホームの活動報告・意見交換とともに地域ニーズについても話し合っており、地域との協力関係構築につながっている。議事録は会議に参加できなかった家族・地域住民に送付し、来訪者の誰でも自由に閲覧できるようにホーム玄関にも備え付けている。当日参加してない職員には回覧・ミーティングで会議内容を周知して、必要に応じて取り組みを検討している。	

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
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	運営推進会議に小松市長寿介護課の担当者が参加している。事業所の取り組みや現状について報告し、意見交換が行っている。小松市長寿介護課の担当者が参加しない時は南部高齢者総合相談センターの担当者が代わって参加している。 市に報告が必要な事故があった場合は、速やかに報告できている。 コロナ前は事業所で作っている新聞を利用者と一緒に行っていたが、現在はスタッフが小松市役所南支所に新聞を持参している。	運営推進会議への行政担当者(市、地域包括)の参加、グループホーム連絡会への職員の参加、小松市南支所・地域包括への「やたの新聞」の配布を通じて、ホームの状況・取り組み・課題・事故事例を伝えて一緒に考えてもらう環境を作っている。今年度より介護相談員を受け入れている。	
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「介護保険法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	毎年、身体拘束防止に向けた外部研修に参加している。その内容を参考に、事業所内で勉強会を実施している。また、ミーティングで施設実習として取り組むことを話し合うことで、現状の確認や共有につながっている。日中は玄関などは自由に出入りできるようになっている。ベッド柵を検討する時も身体拘束に当たらないことを確認しながら、設置している。 また、日々のケアの中でも利用者の時々の思いを知るためのかわりを実践し、制限したり、抑制するような環境を作っていない。	法人として身体拘束しないことを宣言し基本方針が定められている。法人全体での年2回の権利擁護委員会と年2回の身体拘束・虐待防止委員会にホームの職員が参加している。その委員会の議事録をホームのスタッフに周知している。申し送り・ミーティング時の質問・事例の話し合いを通じて、職員の意識付けを図り、身体拘束しないケアに取り組んでいる。言葉使いや薬の服用についても留意し、利用者のペースに合わせたケアの実践により、利用者が自由に行動できるサービス提供に取り組んでいる。職員は互いに気にかけて、「自分だったらどうか?」と気づかせ合いながらその徹底を図っている。	
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	虐待防止を意識して日頃のケアを実践している。虐待とされている状況がないか確認し、必要に応じてミーティング等で話し合っている。虐待防止に向けた委員会や研修を開催している。外部研修に参加した内容をミーティングで報告することや勉強会を開催し、他のスタッフが学ぶ機会としている。		
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支援している	権利擁護に関しては、法人で開催している委員会のスタッフが中心となり、学ぶ機会を作っている。成年後見制度については実際に制度を利用されている方がユニット内に1名おられ、後見人と情報交換や連携を行っているが、制度について学ぶ機会が少ない。		
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	契約時や解約時に事業所の内容や取り組みについて、説明する時間を作っている。その中で本人や家族などが不安に感じていることを確認することや質問を受けている。その内容について納得につながるように説明している。		
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	運営推進会議に毎回ではないが、家族が参加しており、意見を聞く機会となっている。また、玄関にご意見箱を設置し、定期的に確認している。苦情受付に関する連絡先も玄関に案内してある。家族を交えてのカンファレンスを不定期ではあるが、行っており、その中で利用者の支援のことやサービスについて意見をいただく機会となっている。 家族が来訪された時等にスタッフの方から声をかけ、些細なことでも伝えてもらえるような雰囲気を作っている。家族の意見や思いを聞くことができた場合は、管理者や副主任への報告、スタッフ間での共有を行っている。	日頃より管理者・各担当職員から家族へ連絡し、家族の思いや意見を聞いている。定期的に「やたの新聞」「写真」「運営推進会議の議事録」を家族に渡し、利用者の普段の暮らし振りを家族に伝えており、来訪面会・カンファレンス・運営推進会議等にて利用者・家族の思い・意見を聞く機会を作っている。利用者とのかわりや家族と話す機会を多く作ることで、利用者・家族が意見を伝えやすい信頼関係作りに取り組んでいる。意見箱の設置や利用者・家族の意見はケース記録に記録しミーティングで話し合い、意見・要望を運営に反映させている。	

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
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	面接を定期的に行っており、意見を伝えることや相談できる場となっている。また、相談したい時にそのタイミングで伝えることができている。毎月ミーティングを行い、そこに管理者が参加し、スタッフの意見や提案を聞く場となっている。スタッフ間で悩む支援やケアの工夫などが共有できる場ともなっている。事業内で課題となっていることで法人に報告が必要なことは管理者から代表者に伝えている。	普段から職員が意見・悩みを伝えやすい職場環境作りに取り組んでいる。日頃の職員の様子を気にかけてコミュニケーションを図る中で職員一人ひとりの意見・提案等を聞いている。また毎日の申し送りや毎月のミーティング時に職員の意見・提案を聞く機会を設けており運営につなげている。年1～2回の個人面談時は職員の目標設定やキャリアデザイン、生活環境の変化について話し合っている。	
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	年に1～2回管理者との面接を行い、スタッフの思いや心配事、学びたいことや取り組みたいことなどを伝える機会となっている。また、面接以外でも仕事の様子や現状について確認している。ミーティングなどでも勤務時間の見直しや職場として改善することなど、スタッフと管理者が一緒に考える場がある。		
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	面接等でスタッフ個々の現状の中で、受講して欲しい研修などを伝え、参加できる環境を整えている。また、研修案内を全体的に行い、スタッフ個々から希望があった研修に参加できるように勤務等を調整している。研修に参加後は報告書の作成だけでなく、ミーティングで研修の内容を伝えることや勉強会などを企画し、他のスタッフと共有できる環境を作っている。研修の参加状況に差が出ないように配慮している。		
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	小松市内のグループホーム連絡会への参加し、情報の共有やサービスの質の向上に向けた意見交換を行っている。その時の連絡会の内容を事業所内で回覧し、スタッフ間で共有できている。スタッフが満遍なく参加できている状況までには至っていない。		
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	入居前に利用者本人にグループホームに来てもらい事業所の雰囲気や住む部屋を見てもらう時間を作っている。その時に住まいとなる場所のスタッフと交流する(顔を合わせる)機会を持っている。また、自宅や利用しているサービス事業所を訪問し本人と会うなど、入居までの間に本人と何度か顔を合わす機会を作っている。本人や家族から、本人の暮らしの様子が分かる情報を得ている。		
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	自宅を訪問することや事業所に来て、雰囲気や現状を見てもらい、その中で家族が入居に当たり心配していること、不安なこと、確認したいことを聞いている。入居後も話しやすい雰囲気を作ることを意識している。		
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	計画作成担当者や管理者が中心となり、入居前に本人や家族、これまでに利用されていたサービス事業所、担当されているケアマネジャーから情報を得ている。介護職員や看護職員がその場に同席して情報を得ることもある。その情報から入居時に必要となる支援や環境をスタッフ間で検討している。		

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
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	家庭的な雰囲気を大切にしており、スタッフの出勤時、退勤時は自宅と同じように「ただいま」「行ってきます」と利用者に声をかけている。利用者からも「行ってらっしゃい」という言葉がある。利用者と一緒にする姿勢、教えてもらう姿勢を大切にしている。洗濯たたみやお茶碗拭きなど、利用者個々ができることをお任せする環境も大切にしている。ただ、スタッフや状況によって「一緒に生活する」「お任せする」という意識が薄れてしまうことがある。		
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	家族などが面会に来られた場合や電話した時に、本人の最近の様子を伝えている。家族が本人と快く過ごすことができるように部屋の掃除や整理整頓を行っている。家族と一緒に外出や受診すること、お風呂に入りに行くなどの様子もある。		
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	馴染みの人から電話がかかってくることを支援することやご家族の協力を得て、行き付けの美容院を利用できている。本人の自宅を訪問することや馴染みの店に行く機会も支援している。いきいきサロンや町内の行事に参加することで、町内の馴染ある人と会う機会となっている。スタッフの支援だけでは難しい場合は家族などの協力が得られるように相談している。利用者全員がこれまで大切にしていき場所や人に会いに行く機会までは持っていない。軒下マップの作成が十分でなく、利用者個々の馴染みの人や場所の情報が薄い。	これまでのつながりと新たな出会いを大切にした支援に取り組んでいる。利用者・家族からの情報をセンター方式のアセスメントシートに集約して利用者の馴染みの人・場所を「軒下マップ」と称して作成して、関係の維持・継続を支援している。家族・友人の来訪、馴染みの和菓子屋・美容室・飲食店（テイクアウト）の利用や家族との外出（銭湯、墓参り）、家族・親族に会いに行く、電話・手紙・年賀状のやり取り支援、隣接の小規模多機能型ホームの旧知の利用者（友人）に会いに行く、いきいきサロンや町内祭りへの参加、墓参りや法事、報恩講等、できる限りの支援に取り組んでいる。	
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	利用者個々の性格や特徴などを知り、お互いの関係性が築けるようにスタッフが間に入り、話題を提供したり、会話につながる声かけを行っている。お互いに過ごしやすい場所となるようにテーブルの位置等を変更しながら関係づくり支援している。孤立しがちな方がおられれば、スタッフが隣に座って過ごすなどの配慮を行っている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	退居時に家族にはいつでも気軽に立ち寄ってもらえるような声をかけている。退居後に継続して関係性ができている家族等は少ないが、事業所を訪問された時や地域のお店などで会った時に挨拶や近況などの会話をしている。話の中で支援が必要なことがあれば声をかけている。		
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	ミーティングや利用者個々のカンファレンスの中で本人に確認することや本人の立場ならという視点で話し合うことができている。日頃の会話の中で今の暮らしについての思いを聴くように心がけている。その中で知り得たことや気づいたことがあれば日々の申し送りで伝えることや個人記録に記入している。日々の申し送りやミーティングで利用者個々の言葉や行動の意味を考えるための話し合いや支援した時に感じたことや気づいたことから、本人の思いに添えるための方法をスタッフ間で話し合っている。利用者個々の誕生日には本人が望むことを確認し、その希望に応じた支援を行っている。本人の希望に沿った暮らしとなっているのか、今の暮らしに満足できているのかまでを知る状況までには至っていない。本人本位で考えることが不十分になる状況も見られる。	利用者一人ひとりの真の思いをとらえ、その実現につなげるためにセンター方式やライフサポート様式・視点を取り入れている。日々の関わりの中で利用者との会話・言葉（特に1対1での会話）を大事にして「本人の言葉」「職員の考察」を記録して情報共有し、ミーティング時等で職員間で意見を出し合い、本人の視点で支援・サービスを検討している。日常支援の中で本人の意向を常に確認しており、「したい事」を本人に決めてもらう選択肢のある支援に取り組んでいる。家族からの情報をもとに職員から利用者へ話題を持ち掛け、その言動を申し送り・ミーティングで話し合い「思い」の推察につなげている。	

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
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	本人からこれまでの仕事のことや趣味、自宅での暮らし方等を聞いている。また、家族や関係者から情報を得る環境も作っている。以前の情報からどのような暮らしをされていたのかを確認しているが、暮らし全般を把握するまでの情報が少ない。		
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、朝にバイタル測定を行い、健康状態の確認を行っている。朝・夕の申し送り利用者が一日どのように過ごされたのか、心身状態をスタッフ間で共有できている。また、業務日誌に新しい情報を色分けすることでスタッフ間で共有しやすくなっている。利用者個々の記録からも情報が得やすくなっている。ミーティングを毎月開催し、必要に応じて利用者個々について話し合っている。利用者個々が有する力を把握するための取り組みが検討できていない。		
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	利用者個々のカンファレンスには基本、本人が参加し、意向を確認できる場合はその内容を参考に介護計画書に反映させている。本人が意向を伝えにくい場合は、以前の情報や家族に話を聞き、本人の視点で作成するように努めている。家族以外でも本人と馴染のあった方や関係性があつた方などから話を聞くこともある。利用者のケアやかかわりの中で気づいたことや知ったことを介護計画書に反映できるように、計画作成担当者に伝えている。スタッフ全員がそれぞれのカンファレンスの内容を知っている状況ではなく、介護計画書の内容の根拠がつかめていない状況がある。スタッフ全員がカンファレンスの内容や介護計画書を共有できる方法を検討する。	利用者本人の「したい事(例:畑作業がしたい、地域行事にさんかしたい等)」等の思い・願いについて、その時・その時期を逃さず叶える介護計画(ライフサポートプラン)の作成に取り組んでいる。日々の関わりの中で把握できた本人の思いをもとに素案を作成して、カンファレンスには本人も参加して家族・計画作成者・担当職員が話し合い、家族・地域が担う役割も盛り込んだ介護計画を作成している。継続的なモニタリング・見直しも行われている。介護計画を本人と一緒に作っていくことを目指している。	
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	利用者個々の記録に、利用者が発する言葉やその時々本人の表情や様子などを具体的に記入している。その時の様子からスタッフが気づいたこと、考察したことを分けて記入できる様式となっている。個人の記録を見ての申し送りまでは行っていないが、スタッフが出勤した時は利用者個々の記録を確認するようにしている。毎日、朝・夕の申し送りを行い、利用者個々のその日の様子や注意点などを共有している。		
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	利用者との会話を大切にしており、その会話の中で本人の希望や不安、求めていることを知ろうとしている。本人の希望が叶えられるように環境を整えたり、勤務の調整を行っている。事業所だけで支援することが難しい場合は家族などに相談し、グループホームで出来ること、家族などが出来ることを調整している。家族の面会時などに心配していることや希望していることを確認し、出来る限りその環境が整うように家族などを交えて検討している。外部の訪問マッサージや訪問看護を利用されている方もおられる。		
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	利用者一人ひとりの地域資源を把握できているまでには至っていない。軒下マップを活用することになっているが、情報が十分に集まっておらず、作成できていない状況である。事業所がある地域の社会資源は活用できており、その場所のお祭りやサロンなどに参加したり、お店に買い物に行くなど楽しめる環境はある。		

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
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	家族や本人が希望された医療機関が受診できるように支援している。必要に応じて受診にスタッフが同行することや受診時に書面で情報提供している。家族が訪問診療を希望される場合や利用者の状態により今後の受診が難しいと感じた場合は、家族などと相談し、医療機関との調整や情報提供などの支援を行っている。 主治医以外の医療機関を受診した場合や入退院した場合も主治医に情報提供できている。	利用者・家族の希望のかかりつけ医への継続外来受診（家族付き添い）を基本としており、外来受診が困難な場合は訪問診療への切替えを支援している。家族付き添いが困難な場合や経過伝達が必要な場合は書面・三測表の提供や、職員が付き添い・送迎を支援している。看護職員による健康管理体制もあり適切なタイミングでのかかりつけ医への相談・受診につなげている。往診可能な歯科医の確保や毎月の歯科衛生士の口腔ケアのチェック体制を構築している。	
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	支援する中で利用者の身体的な変化や医療的な部分で気になることを看護職員に報告・相談している。また、受診や訪問診療、訪問看護で医師等から伝えられたことを事業所の看護職員に報告している。必要に応じて看護職員から主治医に相談することや訪問看護の看護師と情報共有を行っている。		
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。	計画作成担当者や管理者が主となり、入院した時は本人の身体状況だけでなく、暮らしの様子を書面で提供している。退院の話が出ると、本人の様子を知るために入院先に出向き担当看護師やソーシャルワーカーから情報を得たり、カンファレンス開催の依頼を行っている。		
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、事業所で行え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	入居された時から家族の思いや心配されていることを伝えていだけるような関係性ができるように努めている。本人の状態が重度化した場合には看取りの意向も含めて支援方法を家族に確認している。その後も家族には適時に本人の状態を伝えている。主治医とは受診時や訪問診療時に本人の状態について情報提供し、必要な相談を行っている。看取りの状態に近づいてきた場合に主治医と相談し、主治医から家族に説明を行い、事業所としても家族や関係者に看取りケアについての説明を行い、同意を得ている。その時に家族などの意見や利用者本人のこれまでの様子、主治医からの情報を参考に、看取りに向けた支援や環境をどのように整えていくのかを検討している。本人の状態によって訪問看護の協力を得ている。 看取り時は家族の心配を考え、細やかに連絡を取り、本人の様子を伝えている。新たな希望がある場合や本人の変化に応じて主治医や家族などと相談を行い、その都度、支援や環境を整えている。	入居時にホームの方針を説明し、本人・家族の希望・意向を確認している。本人の希望に沿い家族・かかりつけ医・看護職員・介護職員が連携して重度化・看取りケアを支援している。利用者の状態変化時は主治医からの説明後に家族の気持ちの変化に合わせて段階的に話し合いの場を設けて本人・家族の希望・意向を確認しており、家族の心配・不安が解消できるようチーム（訪問診療医、訪問看護、介護職員）でどのように支えるかを話し合っている。年1回の看取りケア研修（看護職員が講師）や医師からの心構への指導もあり、看取り前のミーティング実施や看取り後の振り返りミーティングを実施することで事例を基にした改善点や支援体制の整備や職員のメンタルケアを行っている。	
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	法人全体で救急救命講習を毎年実施し、スタッフが順番で参加している。事業所としてはミーティングで急変時の対応の仕方、準備するものを確認するに留まり、応急手当の訓練や急変時の初期対応の訓練が実施できていない。		
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	緊急時の対応についてマニュアルを整備することや緊急連絡網を作成、更新している。 急変時対応訓練を毎年計画しているが、実施できておらず、急変等が起きた場合に、スタッフ全員が適切に対応できるかという課題がある。 救急隊に渡す「緊急時の情報提供用紙」の更新がされていない方がいる。	緊急時の状況別マニュアルや緊急連絡網を整備しており、職員が目につく場所に掲示している。看護職員が講師となつての学習会（応急対応方法等）や消防署員による救命救急講習（AEDの使用法、心肺蘇生）の受講により職員の即応性とスキルアップを図っている。利用者別の緊急時の搬送先や救急隊への情報提供シートを準備している。	誤嚥窒息対応について、定期的な実技訓練の実施に期待する。

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	協力医療機関とは毎年「連携情報交換会」を行い、連携方法や夜間の急変時の協力体制について確認を行っている。急変時等に円滑に連携できるように、入居されている方全員のカルテを作成し、訪問診療時に情報提供し、助言を受けている。 バックアップ施設とは協力体制はあるが、定期的に体制を確認できていない状況には至っていない。 バックアップ機関がどこなのか、どのような支援体制があるのか把握できていないスタッフもいる。	地域の協力医療機関、各主治医・訪問診療医・往診歯科医（歯科衛生士含む）による医療支援体制を確保している。協力医療機関とは毎年「連携情報交換会」を行っており、連携方法や夜間の急変時の協力体制について確認している。関連グループの病院・特養施設をはじめとする法人全体のバックアップ体制が整備されている。	
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	夜勤者は2名体制で、お互いに夜間の利用者の様子を伝え、共有している。 夜勤者の不安を少なくするために夜間のオンコールスタッフを定めている。緊急時に夜勤者とオンコールスタッフとの連携が円滑に行うことができるように動き方のマニュアルを作っている。	夜間は各ユニット毎に1名（ホーム内計2名）の勤務体制となっている。緊急時や介助時に応援が必要な場合は相互に協力して対応している。オンコールの相談・応援体制も整備している。職員は毎日の申し送り等を通じて両ユニット全ての利用者の状況を把握しており、夜勤者への申し送り時は利用者のその日の様子や主治医・看護職員からの指導事項を引継ぎ夜間の緊急時・急変時に備えている。	
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	火災については消防署の立ち合い等での訓練を年2回実施している。校下の防災訓練にも参加している。地域の協力が得られるように運営推進会議で事業所の状況を伝え、お互いどのような協力が必要なのかを確認している。令和7年度の災害訓練に地域の防災士の参加を予定していたが、訓練が延期となった。	年2回、隣接する小規模多機能型ホームと合同で避難訓練（昼、夜想定）を実施している。訓練では通報方法、避難経路、避難場所、初期消火方法、利用者毎の避難移動（車椅子使用）方法を確認している。BCPに基づいて震災・停電・水道ガスの供給ストップ発生時の対策も訓練している。地域住民（地区防災士、町会長、民生委員）の訓練参加もあり、災害発生時の地域全体での役割分担を確認している。また地区の防災訓練にも職員が参加しており、地域との協力体制構築を図っている。	
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	災害時は当事業所だけでなく、隣接する小規模多機能ホームからスタッフが応援に来る体制を整えている。 災害対策マニュアル、災害BCP計画を整備しているが、内容がスタッフに徹底されているまでの状況には至っていない。 BCP訓練として自家発電機使用の訓練や備蓄品の確認などを行っている。備蓄品の定期的な見直しは1年に1回、実施できているが、補充などの整備が不十分である。	火災・地震・風水害発生時の対応マニュアル・BCPを整備している。避難訓練に合わせて防災設備（自動通報装置、スプリンクラー等）の作動点検を行っている。備蓄品（飲料水、食品、衛生用品、毛布、発電機等）はリスト化して管理しており、必要に応じて入れ替えを実施している。地域協力の中で災害発生時はホームでの待機・救助待ちや近隣住民の受け入れについて行政・地域・家族と検討している。	
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	プライバシーに関することは声の大きさやトーンを意識できている。特にトイレに関することは羞恥心に配慮し、周りの人に聞こえないように耳元で伝えることを意識している。 利用者本人を人生の先輩として敬う気持ちや一人の人として大切に思う気持ちを持って支援している。 急いでいる場合やプライバシー確保の意識が薄くなることで、声の大きさなどの配慮が欠けてしまう場合がある。	法人内研修や新任職員研修の中で権利擁護・プライバシーを学ぶ機会を定期的に設けている。職員は利用者が選択肢を持つことができる言葉かけや態度を意識して日々の支援に取り組んでいる。入浴・トイレ・更衣時の同性介助の希望対応やトイレへの誘導時の声かけの大きさ等、利用者の尊厳を損ねないよう支援している。職員間の会話や申し送り時についても他者に個人が特定されないよう場所や声の大きさに配慮している。	
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	利用者が出来る限り、自分の力で選ぶことができる支援を意識している。日常的なこととして食べたいもの、飲みたいもの、温かい・冷たいを選ぶ、着たい服を選ぶ、見たい番組を選ぶなど、利用者個々の希望を確認し、選べる働きかけを行っている。 利用者との会話や待つ姿勢を大切にして、個々にどのような方法であれば、本人の希望や気持ちを伝えやすいのかを常に意識している。		

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
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	自由に居間と自分の部屋を行き来したり、過ごしたい場所で自分のペースで過ごされている方もおられる。食事する時間も本人の希望があれば、その時間に合わせている。利用者一人ひとりのペースや希望を大切にしようと取り組んでいるが、スタッフ側の都合を優先してしまう時がある。		
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	起床時にその日着たい衣服などを選ぶことや身だしなみを整えることを支援している。その方らしさが出せるように、利用者ができることは自分でできるように環境を整えている。		
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	食事の準備や食器洗い、食器拭きは利用者とスタッフが一緒に行っているが、スタッフにより支援の意識に差がみられる。利用者の状態に応じて食べやすい食事形態を検討することや食事を楽しむことができるように形があるペースト食などを取り入れている。利用者個々の好き嫌いを把握し、その日予定している食事の中で嫌いなものや食べれないものがある場合は、本人に確認し代替えの料理を出している。 事業所として家庭的な雰囲気大切にしているが利用者と離れた場所でスタッフが食事をしている様子や食事介助などで利用者が食べる時間とズレてしまうことが多く、一緒に食事をしている状況に至っていないことが多い。	食事担当職員・ボランティア(地域住民)が利用者の好き嫌いやリクエストを取り入れながら、相談して献立を作成している。買い物食材・配達食材(肉・魚)と家族・地域からの頂き物(野菜)を使って、利用者の出来る事・やりたい事・知恵や経験・興味を確認して声かけし、職員と一緒に食事準備している。利用者の好みや嚥下状態に合わせて代替えメニューや食事形態にも柔軟に対応している。パン食や晩酌の希望、毎月のセレクトメニュー、季節の行事食、誕生日のリクエスト食、テイクアウト食(お弁当、お寿司等)、馴染みのお菓子屋で買ってきたお菓子、おやつは選べるように複数準備等、利用者が楽しめるよう取り組んでいる。	
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	午前、午後とお茶を楽しむ時間を作っている。その日一日の水分量や食事を記録し、食事が低下している場合などスタッフ間で話し合い、本人が好むものや補助食品等を準備している。		
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	毎食後までは行えていないが、起床時や夕食後又は就寝前に口腔ケアを支援している。誤嚥性肺炎のリスクが高い方には毎食後、口の中の汚れを拭き取っている。本人の状態を見ながら食べやすい食事形態や食器などを検討し、準備している。利用者個々の口腔ケアの方法についてスタッフ間で共有する機会が少なく、支援方法がスタッフによって違っている場合がある。		
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	本人の力に応じた排泄を支援している。出来る限り便器やポータブルに座って排泄できる支援や環境を整えている。排泄をされている時は本人の羞恥心などに配慮し、出来る限り必要なタイミングでトイレの中に入れてもらうことを意識している。 個々に応じた排泄用品が使用できるように申し送りやカンファレンスの中で話し合う機会を作っている。夜間など睡眠の妨げにならないように吸収量の多いパッドを使用している。 記録を利用して利用者一人ひとりの排泄パターンの把握に努めている。また、スタッフ同士での情報交換も行っている。	トイレでの排泄を基本的に利用者一人ひとりの排泄状況や支援方法について、申し送りや必要に応じて作成する排泄チェック表(水分、食事も含む)により情報共有して検討している。排泄パターンや利用者の様子から適切なタイミングでの声かけ支援に取り組んでいる。衛生用品(パッド、オムツ等)の使用については利用者本人と相談しながら快適さと経費の面も考慮して使用している。夜間は利用者の身体状況・睡眠状況や希望を確認して個別対応(声かけ、トイレへの移動、パッド・オムツ交換等)している。身体状況に合わせて2名介助やトイレ中はドアを閉める等、安楽さと羞恥心に配慮して支援している。	
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	出来る限り薬に頼らず、1日の中で水分を摂る機会を増やしている。本人の好みのものを準備するなど、無理のない支援を心掛けている。牛乳やヨーグルト、オリゴ糖なども準備している。本人の状態や排便に関する記録を参考に、腹部を温めることやマッサージするなど必要な支援を行っている。運動するなど、身体を動かす機会は少ない。		

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
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	その日にお風呂に入りたい希望がある場合は、入浴できるように支援している。入浴の案内を行った時に本人から入りたい時間を希望された場合はそのタイミングで入れるように整えている。その日の入浴を断られる方の場合は、翌日に再び声をかけている。 全体的に入浴の曜日やタイミングはスタッフの都合となっている場合が多い。入浴を断ることが多い方の場合、適切な入浴が支援できていない状況もある。入居される前の情報も含めて、どのような方法が本人にとって「入りたい」という気持ちにつながるのか考えることも今後の課題とされている。 入浴剤を使用したり、季節に応じた入浴(菖蒲湯やゆず湯など)などが楽しめるように環境を整えることにも課題がある。	毎日お風呂を沸かしており、利用者に声かけて本人の希望・タイミングで週2~3回程度(毎日でも可)の入浴を支援している。利用者の体調・気分に応じて希望を確認して足浴やシャワー浴・清拭・陰部洗浄へのサービス内容変更に対応して清潔保持を支援している。毎回の湯の張り替え、入浴剤の使用、ゆず湯・菖蒲湯等の季節のお湯を楽しむ機会、スキンケア、身体状況に合わせて機械浴(隣接小規模多機能ホーム)を利用してお湯につかる等、利用者にとって入浴が楽しみとなる支援に取り組んでいる。家族とスーパー銭湯での入浴も希望に応じて支援している。	
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	就寝時にパジャマに着替え、部屋の温度や明るさを本人の好みに調整し、リラックスして眠れるように環境を整えている。テレビをつけたまま休まれる方、電気をつけたまま休まれる方など、本人が自宅で過ごしていた通りの方法で休まれている方もいる。昼食後などに部屋で休むことができる環境も整えている。		
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	服用薬品名カードの内容をいつでも確認できるように、利用者個々のファイルの中に入れてある。現在、服用している薬のことや薬の処方が変わった後の本人の様子から気になることを訪問診療時や受診時に主治医に相談している。薬の処方の変更となった場合は、その後の本人の状態を細やかに確認し、経過を記録に残している。		
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	利用者全員の把握までには至っていないが、暮らしの中での楽しみや嗜好品など、本人との会話の中や家族の話から知ることができたことに関しては支援している。利用者個々に応じて、洗濯たたみや茶碗拭き、事業所の戸締りなどの役割が持っているが、全体的に一人ひとりの情報が薄く、日々の楽しみごとや意欲につながる環境を作るまでには至っていない。		
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支援している	以前は日常的にドライブや散歩などを行っていたが、最近では利用者との外出する機会が減っている。外出に関する希望がその都度聞けていない。買い物などで外出する利用者が決まっていることが多い。車いすを使用されている方が日常的に外出できていない。外気浴をするなどの機会も少ない。 事業所として外出行事で普段と違う場所に外出する機会を作っている。 家族と一緒に外出できるように家族と話しをすることや車いすが乗車できる車両を使用しての送迎などを支援している。	利用者一人ひとりの希望を聞き、散歩・外気浴(ウッドデッキ)・個別ドライブ、買い物(電器屋、スーパー、ドラッグストア)等の外出を支援している。家族とも外出(自宅、買い物、外来受診等)を支援している。利用者を楽しみを持ってもらうために希望に合わせた外出企画を準備して事前に利用者にお知らせし、必要に応じて家族の協力も得て企画を実行している。マイクロバスでの桜花見・紅葉観賞等の普段とは違う場所への外出も支援している。職員は相互に協力して必要な調整をしながら利用者のその日の外出希望の実現に取り組んでいる。	

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
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	普段は事業所の金庫でお財布を預かっている。個人の買い物時や地域のお祭りなどの時に、個人の財布を持ち、好きな物を買うこともあるが、スタッフにより認識や取り組みに差が見られる。スタッフ全員の認識を得ていくため、取り組みの意図や方法を話し合う必要がある。お金を自分で所持されている方もおられる。		
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	利用者から希望がある場合は家族などに電話をかける支援を行っている。家族などにも電話でのやり取りができるように協力をお願いしている。手紙を書く機会までは持っていない。		
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	仏間や居間などの障子を開けて外の様子や季節が感じられる環境を整えている。室温もエアコンで調整し、エアコンの風も直接当たらないようにして、過ごしやすい環境を整えている。寒い日などは気温差に気を付けている。天気の良い日は換気を定期的に行っている。 玄関や居間に利用者が生けたお花や近所の方からいただいたお花を飾っている。 スタッフが利用者の周りで早歩きや走ってしまうこと、大きな音を立ててしまうことがある。利用者がテレビを見ている前を安易に通ってしまうこともある。	リビング等の共用空間は温度・湿度・音・におい・採光・定期的な換気を管理して、利用者にとって快適な環境作りに取り組んでいる。家庭的な雰囲気作りや暖かみのある色使いや家具の配置、一人になれる場所の設置、利用者同士の人間関係や職員の声の大きさ・落ち着いたトーンにも気配りしている。建物中央にはウッドデッキがありリビングからでも外の様子・天候が見え、近隣住民からもらった花や職員が持ってきた花を各所に飾り、季節感を取り入れた環境作り取り組んでいる。清掃などで大きな音がする場合はドアを閉めたり予め利用者に声かけして、利用者が驚かないように対応している。	
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	居間や和室の中に椅子やソファを置き、テーブル以外で過ごせる場所を作っている。ソファに座ってテレビを見ている方や寝転がっている方がいる。また、廊下や玄関周りにも椅子やベンチを置くことで、座って外の様子を眺めたり、一人で静かに過ごされている様子も見られる。		
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	毎朝、部屋の掃除を行っている。ベッド周りやベッド下、備え付けの洗面台の掃除が行き届いていない。 使い慣れた物品や家具、家族や友人との写真、テレビなどを持ち込んでいる方もおられる。居心地よく過ごせるように必要なものがあれば、家族などと相談している。	居室はベッド・エアコン・洗面台・クローゼット・内外鍵が備え付けられている。各居室18部屋は全て異なる間取りとなっており、洋室・和室がある。居室には希望する家具(テレビ、冷蔵庫、タンス等)や物品(家族写真、アルバム、位牌、書籍、趣味道具等)を自由に持ち込んでもらい、利用者・家族と相談しながら安全で動きやすいよう配置している。利用者の身体状況の変化に応じて定期的に配置を見直している。	
59		○身体機能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	自分の力でできることが維持できるように、増やすことができるように、本人の身体状況、理解状況に応じて安全に移動や移乗が行える環境を整えている。利用者の動線や状態からベッド周りのL字柵や置き型手すりの設置、掴まることができ物の配置、シルバーカーの利用、ポータブルトイレの利用、滑り止めマットの使用、リスクが高い考えられる場所の整理整頓や物の撤去などを行っている。		