

1 自己評価及び外部評価結果

(別紙4)

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	2490200140		
法人名	高砂ライフケア株式会社		
事業所名	グループホームゆう・河原田		
所在地	三重県四日市市河原田町1973 - 6		
自己評価作成日	令和6年2月1日	評価結果市町提出日	

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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	https://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyoNoCd=2490200140-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	令和6年2月22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）】

開所から約10年経過。事業所の方針で家族様の希望があれば看取り介護の対応を行っている。社員は長期間の勤続年数者が多い。新型コロナウイルス感染拡大以降は地域との交流は減ったが、現在は徐々に買い物同行や外食の機会を増やしている。2か月に一度、主に家族様へ写真付きのお便りを送付して面会の少ない家族にもホーム生活の雰囲気を見てもらっている。

【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）】

2013年4月1日の開設当初から「管理者」を務め10年が過ぎた。勤務年数1年の職員は「職員関係は良好で1度もストレスを感じたことがない。目標は利用者に感謝されるような介護が出来る様になる事。」と話し、勤務年数10年のベテラン職員は「ここは職員同士の信頼関係が強く、私生活にも配慮してくれ働き易い。利用者へは尊厳を大事にしながら柔らかい言葉かけの支援を心掛けたい」と話す。家族アンケートにも「職員の姿を見て、利用者へ良い対応をしているのが分かる」との記入があり、管理者を軸として利用者中心の支援を重視している。ワンチームとして強靱な支援体制が整っている。

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 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	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
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、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
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、その時々々の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+)- + (Enter+)- 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	玄関に理念を掲示しているが職員に浸透していない部分や理解していても介護する面で実践に繋がらないなどの意見もある。経営者に理念の話聞き職員達に伝える必要がある。	玄関に入って目の前に、手書きの長い理念が掲げられている。基本としては「その人らしさ」を常に意識し実践している。設立10年を迎え、立ち戻るべき根本的な考え方を、職員に分かりやすく説明し浸透させることを検討している。	
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	事業所から自治会長へ相談や連絡をしている。去年は自治会を通して道路入口に安全ミラーを設置してもらった。運営推進会議は自治会から代表者の参加もある。	地域とは自治会長との繋がりが強く、事業所の相談事にも協力的ですぐに行政へも繋いでくれる。近くの高校の学生との交流は中止中だが、最近手作りの飾りを頂くなど繋がりは継続している。	
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	以前は事業所との連携で認知症カフェを試験的に実施していた事もあった。現在は休止している。	/	/
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	去年9月より開催を再開。行政、自治会、民生委員、家族、在介、関連施設などが主な参加者である。	コロナ禍がほぼ収束し今年度は3回開催できた。書面での報告は利用者の状況やヒヤリハット、身体拘束について等分かりやすく丁寧に作られている。利用者家族の意見も運営に反映させており、今後更に家族を巻き込んだ取組を検討している。	
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	市役所、地域包括などの行政は毎回、運営推進会議に参加している。普段から相談や疑問があればその都度連絡をしている。	昨年1月コロナ禍の罹患時、市からマスクの提供があった。運営推進会議への質疑応答や実施状況など常に連絡を取り合っており協力的である。気楽に相談できる関係性は構築されている。	

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
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	職員研修や月々の身体拘束廃止委員会でも対象になる行為はないか話し合っている。夜間は安全の為に玄関の施錠はしている。	身体拘束防止委員会は運営推進会議にて行っており記録も残している。職員への研修は年2回全員で共有し資料と共にファイリングしており押印もしている。身体拘束や虐待防止についての理解は出来ている。	
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	職員研修で虐待に繋がる行為は職員達で共有している。職員間でも日々の業務、介護でお互いに注意し合う環境がある。		
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	現在は対象者なし。		
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	管理者が契約を行っている。契約時に疑問や相談があれば説明しており、特に退去条件や事故時の対応については詳しく説明している。		
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	ケアプラン作成時に家族様へ要望、意見を確認して取り入れている。家族面会時は職員が話を聞き必要な内容は管理者へ報告している。	家族と管理者はLINEで繋がっており、気楽に相談が出来る環境は整っている。家族からは利用者の今後についての相談が多い。家族面会は居室にて出来、喜ばれている。	
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	毎月、職員ミーティングを開催。職員の意見で必要な事は管理者がまとめて経営者へ伝える事もある。不参加の職員も事前に議題があれば提出している。今回の自己評価については社員を中心に参加。	管理者も介護職員として現場に入っている為、気楽に相談できる環境であり、職員からも好評である。毎月の職員会議ではじっくり話し合う事が出来、ワンチームとしてまとまっている。	

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
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	管理者も現場勤務しているので、業務上の悩みや相談は日頃から話し合う事がある。		
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	毎月、職員の動画研修を実施している。希望があれば研修を受けながらの勤務も可能である。		
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	関連会社に通所介護、訪問介護、グループホームがあり会議など合同で行う事がある。以前は合同研修や勉強会もあったが現在は行っていない。		
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	アセスメントで本人の要望を聞いている。居室に馴染みのある物を置くなど安心できる空間作りをしている。		
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	入居前の契約時に家族様の要望や相談があれば話し合っている。連絡が取りやすいLINEで報告、連絡出来る体制を作っている。		
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	アセスメント時に本人、家族の要望を確認しており、必要な事を見極めるよう努めている。		

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
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	コミュニケーションの可能な方とは日常より自分で出来る事は極力してもらっている。入居者により全介助が必要な方もいるので個々に合わせた対応をしている。		
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	家族の立場になって考えている職員もいる。体調や状態に変化があれば気になる事は家族様へ報告、連絡、相談している。		
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	面会は主に家族である。他県に実家がある入居者の外泊予定がある。	コロナ禍では家族の協力が多く、今月大阪の実家へ家族と外泊へ出掛けた利用者がいる。移動中は大変だったがとても楽しく過ごせたと話された。毎月の病院への定期受診も外出として楽しんでいる。	馴染みの人や場所への関係性が途切れがちであっても、ユーチューブによる「生まれ故郷の祭りや風景」等の視聴、「四日市かるた」を使った回想等を、支援方法の一つとして考慮されたい。
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	入居者同士で話し合える座席を考えている。中には一人で過ごすと落ち着く方もいるので状態により対応している。		
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	退去後の家族から野菜など頂く事がある。介護関連の相談があれば対応している。		
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	(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	日常の会話の中で本人の思い、希望など聞くようにしている。	一人ひとりの思いについては常に「選ぶ楽しみ」から始めている。どれが食べたいか、エプロンは何色がいいか等から話しかけ、そこからじっくり向かい合い、意向や思いを組み取り、個人ファイルへ記録し共有している。	

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
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	本人や家族の話、前任ケアマネージャーや施設からの情報を集めている。		
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	基本的な一日の流れはあるが、日々の状況で食事時間や就寝時間など臨機応変に対応している。		
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	定期的にケアカンファレンスを行っている。作成前に家族の要望は確認している。	介護計画の書式は事業所独自であり、見やすく分かりやすい書式で、支援内容も把握しやすくなっている。家族とも共有が出来ており、毎月の会議時にモニタリングや個別ファイルから次への介護計画を作成している。	
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	日々の様子など個人ファイルで記録している。体調変化や必要事項は申し送りや通信機器を使用して職員で共有している。		
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	本人や家族の希望により訪問マッサージや歯科往診を利用している。その他、必要な場合は内科、精神科以外の受診対応をしている。		
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	特になし。		

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	内科主治医の往診が月2回。必要に応じて受診や電話で指示をもらっている。認知症専門医の受診も職員対応で通院している。	全員が事業所の協力医であり月2回の訪問診療がある。認知症専門医との協力もある。歯科医は歯科衛生士2、3名と月1回訪問診療があり、どちらも気楽に話せ相談できる関係である。専門医への通院も対応している。	
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	看護師は不在。必要な事は主治医に相談して指示をもらっている。主治医から他の医療機関を紹介してもらう事もある。		
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	同上。		
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	家族が延命治療を望まない場合はホームでの看取り対応をしている。終末期が近づきそうな段階から何度も家族とは話し合い希望を確認している。対応について職員は過去の経験や研修、実体験によるマニュアルなどがある。	事業所の協力医は24時間対応が可能である。今年度は3名の看取りを行った。ただ3名とも夜勤帯で職員が一人の時であったため連絡がスムーズに行かない時があった。早急にマニュアルを作成し共有できる場所へ掲示してある。	
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	以前はAEDを設置しており救命訓練を実施していた。現在AED設置なし。		
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	全職員が共有するLINEグループがあり一括で連絡出来る体制がある。避難所の使用について市役所や自治会に連絡出来るよう推進会議で話し合っている。	来月消防訓練を行う予定である。今年、備蓄3日分を準備したが量的には6日分である。地域の避難場所の鍵を預かっており地域との協力体制も整っている。車移動の避難を想定した乗車訓練も行っている。	

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
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	馴れにより意識が薄くなっている職員もいる。トイレのドアを閉めずに介助している点を気にしている職員もいるが夜勤などは安全を優先して閉めずに介助する事もある。	職員とは入社時に個人情報についての誓約書を交わしている。利用者の誇りを傷つけるような上から目線の物言いにならないような言葉かけを、全員に浸透させることを課題としている。	
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	職員主体で決めつけず本人様の希望を聞けるような会話を心掛けている。		
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	起床や食事、就寝など個々のペースに合わせて過ごしてもらっているがこちらで誘導しないと1日中寝ている方もいる。場合により業務や1日の流れを優先する面もある。		
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	入浴時の着替えや外出時は共に衣類を選んでもらうよう介助している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	以前は調理や片づけを共に出来る方もいたが、現在は拒否もあり出来ていない。食事については個々にあった味付けや形状で対応している。	食を一番に捉える法人の考え方から、職員の工夫を凝らした手作り料理を利用者も楽しみにしている。職員は利用者と一緒に談笑しながら食事を取り、食事の時間が楽しいものとなるよう支援している。	
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	お茶が嫌いな方もいるので別の飲み物で水分補給している。体重増加がありご飯の量を調整している方もいる。		

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		○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	基本的に夕食後の口腔ケアは誘導をしている。起床時や昼寝などの際に義歯洗浄、うがいは実施。月1回の歯科往診がある。		
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	排泄間隔の観察表で管理、トイレへ誘導している。	大切にしている事は、一人ひとりのレベルに応じたりハビリパンツやパッドを使用している事である。自分で出来る事は見守り、便秘対策としての長い廊下での歩行訓練など、自立支援に重きを置いている。	
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	日中は歩行運動と水分補給をどんどん勧めている。それでも便秘傾向の方はいるので主治医から処方の下剤を使用する事もある。		
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	誘導しないと入浴しない方もいるので個々により対応を変えている。夜に入浴したい方については対応も考えているが毎回は難しい。夜に入れる事もあるという対応をしていきたい。	入浴は基本として週3回行っている。精神科への受診で入浴時間や曜日がずれても週3回の入浴は維持している。同姓介助を基本とし、夜間に入浴希望の場合も対応可能であるがまだ希望者はいない。	
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	加齢もあり日中の眠気が強い方は昼寝を実施している。夜間に影響がある場合はリビングのソファで過ごしてもらう事もある。		
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	職員達は理解するようにしている。様子により主治医と相談して調整してもらうようにしている。		

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
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	出来る事は日常の手伝いで実施している方もいる。誕生日などは好物の食事を作っている。		
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	コロナ禍以降は人の多い場所への外出は控えるようにしている。家族が対応で外出、外食に行く方はいる。	日常的な外出として主に外気浴や散歩が中心であるが、桜の季節にはドライブに出かけた。フロアーから広いベランダが続いており、伊勢鉄道の電車が間近に見え、収穫が楽しみな庭も見える。景色を見ながらの食事やバーベキューは喜ばれている。	
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	一部の方は所持している。買い物で欲しい物があれば買っているが、認知症もあり必要のない物の購入は控えてもらうようにしている。		
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	一部の方は対応している。頻繁な場合は時間を空けてもらうようにしている。		
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	季節の飾りつけ、温度管理を意識している職員が多い。	天井は高く明るく過ごし易い広さである。木製の大きなソファが2脚あり、職員と利用者が日常的に談笑する楽しいコーナーとなっている。フロアーから歩行訓練に使われる長い廊下があり、廊下の左右に居室が並んでいる。全体を見渡せる造りになっている。	
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	入居者同士で会話出来る座席を意識している。		

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
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	家族には本人に馴染みのある物や落ち着いた物があれば持ってきてもらうよう話している。	ベッド以外は在宅時の使い慣れた机やテレビ、タンス等で、一人ひとりの個性が活かされた居心地良い居室になっている。居室で過ごす方が落ち着く利用者には、時々声がけしながら思い思いに過ごして貰っている。	
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	各居室、トイレ、お風呂場など名札でわかりやすいようにしている。表示してある事で自立に繋がる方もいる。		