

### 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	1890100678
法人名	社会福祉法人 新清会
事業所名	グループホームあさむつの森
所在地	福井市引目町21-9-2
自己評価作成日	令和 5年 12月 25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	<a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号
訪問調査日	令和 6年 1月 16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)】

運営方針は「認知症状によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的なぬくもりのある生活環境の下で生活の喜びや満足感が得られるよう、個人の想いを尊重し、介護サービスの提供と支援をします。」です。感染症対策の為にホーム外の交流に制約がありますが、地域にでかける活動を再開しています。家族からの最期迄ホームで過ごしたい希望にスタッフ全員が想いを一つにしています介護度が上がりましても、排泄ケア等、自立を維持しています。また、平成29年から認知症カフェ(オレンジカフェあさむつ)を開催し認知症普及啓発活動を実施しておりましたが現在は休止中です。令和5年公民館と地域包括センターとあさむつ苑が協同で認知症啓発活動をしております。

#### 【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)】

福井市南部の清明地区の山沿いに位置し、特別養護老人ホームやデイサービスセンターを併設している。それぞれの事業所間の建物が繋がっているため全体行事等の協力体制が円滑である。運営推進会議では元民生委員の地域住民が司会進行し、具体的な改善課題等の話し合いが行われている。職員研修は毎年計画し実施している。火災訓練は元消防士を防災総括監として開催している。災害時のBCP(事業継続計画)も作成している。事業所の近くには山があるため、災害時の土砂崩れの対応を検討するなど防災意識が高い事業所である。

### 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 3. 利用者の1/3くらい 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
57 利用者職員が、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している (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		

# 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	共有スペースに理念を掲示し、いつでも誰でも見る事ができるようにしている。実践に繋がられるようにしている。	法人理念では「家庭的なぬくもり」を掲げ日常生活で喜びや満足感を得られるよう支援することを心がけているが、事業所としての具体的な目標までは掲げていない。	事業所としての具体的な目標を掲げることで、理念を理解し意識づけができ、より実践的な取組みとなるよう期待する。
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	地域の祭りや後片付けに参加し地域の行事(城山登山)などスタッフとして参加している。利用者様に参加促すが希望がなく、今後啓発していきたい。	法人主催の花火大会を開催し清明・浅水地区にチラシを配布し地域住民の参加を呼び掛けている。職場体験で中高生を受入れている。	
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	令和5年11月11日に清明公民館で認知症認フェアを地区社協関係者・公民館・包括センターと協同で実施。知症の予防・介護が必要になった時の事業者の説明やサービスの利用について講師依頼などにおいて対応しています。		
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	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催し生活状況の説明やそれに対する意見を聞き、職員と情報共有を行い利用者様のサービス向上に繋げている。	元民生委員の地域住民が委員長として司会進行し具体的な意見交換を行い改善課題を検討している。ヒヤリハット事例や事故事例の内容を解りやすい冊子にまとめて運営推進会議で報告している。	構成メンバーに自治会長や現民生委員、福祉推進委員等に出席依頼をしたり、また家族へ会議録の情報提供を行うなど、さらに意義ある運営推進会議となる取組みを期待する。
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	年間を通して、事業・運営について福井市の担当者に指導を受けている。	市職員との連携は管理者が担当している。地域包括支援センター職員との関係を日頃から密に行い情報を得ている。	
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	事業所内外で行われる身体拘束適正化・高齢者の権利擁護研修の参加や情報の共有を行っている。委員会活動で理解を深めている。居室内窓より転落防止の為開閉制限を行っている。	法人として2か月に1回、身体拘束適正委員会を行い、事業所の会議等で伝達している。車椅子に長時間座る疑似体験研修を開催するなど研修を通じて拘束の弊害を確認している。	
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	事業所内外で行われる研修の参加や情報の共有、委員会活動で防止策を強化しています。支援の際、不適切なケアを行っていないかを職員同士で意見を出し、疑似体験研修を通じてケアの再点検をしています。		

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
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	事業所内外で行われる研修や参加やそこで得た情報の共有を行っている。現在成年後見制度を利用している入居者がいないことから、身近にはなっていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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・ケアマネが説明を行い、本人及び家人様には理解・納得頂ける様に説明をしている。その都度分からない事があった場合説明を行っている。		
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	運営推進会議内に入居者家族様が含まれており、意見や要望を組みとれるようにしている。	面会や電話での際に意見を聞いている。生活面の情報や今後・医療・制度的なことの意見を聞いている。広報誌を毎月郵送し、個々の利用者の状況を伝えている。	
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	定期的にホームの会議を開き職員で話し合い意見交換をし、ケアや利用者の内容について協議をしている。	職員関係は良好でいつでも意見や提案がしやすい職場環境である。コロナ感染時の「アクションカード」を作成しコロナ感染症に対する対応についてシュミレーションしている。	
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	目標達成稼働の報奨金支給等給与の処遇改善をしました。資格取得に対し資格手当の増額、夜勤手当の増額を致しました。		
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、動きながらトレーニングしていくことを進めている	資格取得に対し強化しました。勤務時間の変更、専修学校と共同で法人内講習会の開催が出来る様に環境整備しました。研修会に積極的に参加出来る様に勤務調整などの配慮し、認知症研修も受講している。		
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	事業者間の情報共有を致しました。協会の講習会に参加する事で意見交換を行っている。福井市及び事業者連絡会主催の研修を受講している。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	ケアプラン作成にあたり、ご家族様からの情報収集や、利用者様同士の話からニーズや要望を組みとれるようにしている。職員からの情報収集や意見交換も行っている。		
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	家族の思いなどを聞き、安心に繋げている。契約前、契約時における面接の際に要望を聞き出している。事業所内の他職種職員の意見を参考にしている。		
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	面接の際に本人様や家族様、担当ケアマネと連絡を密にし、事業所内の他職種職員の意見を参考にしている。		
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	利用者様同士の関係が築けるように職員が関わっている。面接の際に本人様や家族様、担当ケアマネと連絡を密にし、事業所内の他職種職員の意見を参考にしている。		
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	本人様と家族様が電話で連絡出来る様に係わる、面会状況に合わせて窓越し面会を行っている。また、日々の状況を説明・共有し、電話連絡で家族と一緒にケアについて協議をする、本人様を支えていく関係を築いている。		
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	面会や電話の取次ぎ、家族や友人・大切にしている内容を話題にしたり、穏やかに過ごして頂ける様に支援を行っている。知人等、馴染みの方が来られて面会を行っている。	面会や電話・手紙や年賀状などの支援で馴染みの関係ができるよう支援している。	
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	スタッフ全員がケース記録や申し送りノートにより情報を共有し、互いに利用者同士も良い関係を築けるよう成功した体験支援に努めている。		

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
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	長期入院が必要になり、退去になられる事があるが、安心して居場所が確保出来るまで相談援助しています。入院中もご家族との連絡を必要時にしています。		
<b>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</b>					
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	一緒に作業や話をしながらその中から、想いや希望を組むとる努力をしている。職種協働を常に心がけ意見交換をしている。困難時も出来るだけ理解が深まる様に努めている。	日常の関わりの際に寄り添い思いを聴くように努め、入所して間もない人や言葉の少ない利用者には表情を見て声掛けをし、思いの把握に努めている。	
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	事前情報とフェイスシートの熟読や、本人様、家族様より話を聞き、生活歴の把握を行っている。		
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	毎日健康管理に努めています。バイタル測定や食事・水分摂取量、排泄のチェックを行い、その日の様子等はケース記録を行っている。残存能力を維持できる様に出来る事は見守りを行い、必要時に介助をしている。		
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	GH内で担当者会議をケアプラン更新時にしています。ケアプランに反映できるようにケース記録、申し送りノートに記載している。協議をする事で、ケアに活かしています。	介護計画に沿った記録となっているか職員間で話し合いの機会を持つなどしているが、「日常生活記録」との違いが明確でないため、全職員間の共有までには至っていない。	介護計画の重要性を理解し、計画に沿った記録の仕方の工夫の取組みを期待する。
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	情報を共有できるようにケース記録を行い、ケアプランに活かせるようにしている。また、利用者様の言葉もケース記録している。気づきは遠慮なく話せるようにしている。		
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	事業所には他職種の職員がおり、委員会等にて意見交換できる環境にある。		

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
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	地域で行われる行事と一緒に参加することで、地域の一人として認知症の理解と長く生活できることを広く知ってもらえるよう支援している。移動販売での買い物、ドライブ等で地域の中に出掛けている。		
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、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	往診の依頼や体調変化があればすぐに連絡可能な事で安心した医療を受けられるようにしている。	かかりつけ医の受診の際は家族が同行している。その際に身体状況の記録を家族に渡し医療関係との連携を保っている。往診も2週間に1回受診することができる。	
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	毎日のバイタル測定や往診担当医に伝えたり、同法人の特養看護師に相談できる体制をとっている。		
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。	ケアマネが病院の相談員と利用者様の現在の状況を把握したり、カンファレンスに参加し今後の予定の把握、相談等に努め関係を作っている。		
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	ケアマネが家人様との話し合いを行ったり、担当医を交えた支援を行っている。その情報は常に職員同士共有している。	入所の際に家族に説明し、端座位姿勢ができなくなった状態を目途に家族や医師と相談し併設の特別養護老人ホームや病院に移行している。	
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	救急救命講習の定期参加を行っている。		
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	避難訓練の実施。緊急連絡網の定期的な改正を行っている。	防災総括監として元消防士を配置し、避難訓練を年2回開催している。災害時の裏山の土砂災害等を想定し、非常時に持ち出す資料の確認をするなど高い防災意識を持っている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	人生の先輩と接するとの思いを常に心にかけている。排泄などプライバシーに関する事は小声や場所を変えたりしている。書類は目の触れない所で保管している。	プライバシーに関する職員研修を毎年計画し疑似体験も含めて実施するなどし、利用者の尊厳を守る対応に努めている。	
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	希望を聞き出せるよう少しでも話をする時間を作ったり、傾聴している。		
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	一人一人のペースを大切にしているが、入浴や食事の時間にある程度の制限があり、希望に添えない場合がある。出来る限り個別性のある支援を行っている。		
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	入浴時の着換えの用意や毎日の着用する服を一緒に選んだりしている。家人様に依頼し、化粧をされる入居者様にはその用意をしている。		
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	食器洗いや食器拭き、副食の盛り付けなど一緒に行っている。	併設の特別養護老人ホームの管理栄養士が献立し厨房から配膳している。ご飯とみそ汁は事業所で作り利用者もできることを手伝っている。行事食も利用者の楽しみになっている。	
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	食事は基本、厨房により準備されるが、一人一人の状態により管理栄養士に相談し、刻んだり、栄養補助食品をとりいれている。食事・水分の記録をし、1日どのくらい摂取しているか確認が出来るようにしている。		
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	必要時にst・歯科衛生士に口腔内の状況を見てもらえる、義歯は眠る前に預り消毒、翌日にお渡しし、義歯がなくて不安に思われる利用者様には返却する事もしている。		

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	排泄チェックシートの記入を行い、パターンを見出す努力と声掛けは小声で行っている。失敗には気にしないよう声掛けを行っている。	排泄のパターンを把握してトイレ誘導をしている。夜間ふらつきのある利用者はポータブルトイレを利用している。ヨーグルトや牛乳を提供したり、朝食後の歩行を習慣化することで排便機会の確保につなげている。	
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	担当医に相談したり、排泄チェックシート、水分摂取チェックシートの記入を行っている。飲食物の工夫、なるべく歩いていただくなど取り組んでいる。また主治医と相談し、下剤による排便コントロールもしている。		
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	職員配置状況もあり、必ずしも希望に添えていない。体調不良の場合は清拭に切り替えている。受診などの外出に重ならないように配慮している。	水・日以外は毎日入浴でき利用者の体調に合わせて週2回、午前、午後のどちらかで入浴を支援をしている。着替えの準備は職員と一緒にいき、洗濯干し・たたみも生活の楽しみになっている。	
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	朝起きれない利用者には申し送りをし、時間をずらして起床したりしている。気温に応じ手着衣や布団を考慮している。日中は出来るだけ活動していただき夜間は安眠できるよう生活リズムを作っている。		
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	ファイルに薬の効能、副作用など薬物情報を入れ、いつでも確認できるようにしている。また二重、三重のチェック体制をし、誤薬がないように努めている。		
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	フェイスシートを熟読し、その人の無理にならないような作業の参加、誕生会や季節の行事を行い気分転換や仲間意識への支援を行う。生活歴から生け花の先生だった方には生け花ををしてもらったり、掃除が好きな方には手伝ってもらえるよう支援している。		
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	希望の内容に出来るだけ対応する事の方針だが、現在は感染対策によりスタッフとの外出が基本になっている。	ドライブでの外出支援をしている。近隣の散歩は天気や体調を見ながら実施している。筋力保持のための体操を毎日2回行うなどレクリエーション活動を取り入れている。	



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
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	本人様が持っていて安心できる金額のお金の所持は なくすこともあり、家人様の理解を得て可能にしている。 所持しているお金は欲しいものに使えるように支援している。		
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	電話の支援や、届いた手紙を一緒に読むなどしている。		
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	夏の暑い日差し等あたらないように配慮したり、湿度、温度にも気を付けて、換気も行っている。トイレ内の消臭剤の使用、トイレと居室を区別する為、床の色を変えたりしているが、段差に見える利用者がある為声掛けしている。居室扉が全て同じ為、飾り付けをしている。	共用空間は広く全てが視界に入りやすく、中央にアイランドキッチンを設置している。ソファを配置し数人が集うことができる。洗濯たたみの衣類を置くなど家庭的な雰囲気も垣間見れる。玄関付近には鏡餅や正月の生花を飾っている。	
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	フロアにソファをおいて自由に使用してもらえるようにしている。フロアは見通せるような空間ではなく、一人になれる空間も持っている。		
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	家族様に協力して頂き、馴染みの物を置いたり、飾ったり、施設で作ったものを飾り自分の居場所作りをしている。	エアコン、ベッド、洗面所、収納棚、壁掛けハンガーを設置している。テレビ、整理ダンス、椅子等を持ち込むことができる。写真や表彰状を飾るなど利用者にとって居心地の良い空間となるよう配慮している。	
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	居室内はベッドやタンスなど個々によって違い、その方の動きに合わせている。リビングフロアは広くゆったりしており、安心して移動できるよう工夫している。施設内はフラットにし、扉は引き戸。居室は表札をつけ、目線に合わせ低目になっている。手作りに作品等飾れるように壁にボードを用紙している。		