

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	2275400196		
法人名	社会福祉法人島田福祉の杜		
事業所名	グループホームあすか(2ユニット共通)		
所在地	島田市中河町326-1		
自己評価作成日	令和5年 9月 7日	評価結果市町村受理日	令和5年 12月 26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.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会		
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階		
訪問調査日	令和5年 11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)】

<p>* 職員間の風通しが良く、利用者のケアについて意見を述べやすい。 * 日中、施設に看護師が常駐しており、担当看護師がおり、医療との連携が取りやすい。 * 施設イベント、散歩、野菜の栽培、収穫等で四季を感じ取れる。</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>ホームは介護老人福祉施設、通所介護、居宅介護支援事業所を併設する2階建て施設の1階部分で運営されている。このため厨房、防災備蓄品、各種会議などを一体的に行い、さらに機械浴が利用できるなど効率的な運営や重度の利用者への対応が可能となっている。敷地内に野菜を栽培するプランターを設置し、栽培から収穫、調理を職員が利用者で行い、法人理念に沿った取り組みが確認できた。</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.1~55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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらい <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらい <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	* 職員室に掲示すると共に、毎週月曜日の朝礼で唱和し共有しています。 * 出来る限り実践しているが、コロナの影響で実践につながらない事もありました。	「共に感じ、生き甲斐もって共に生きる」を法人理念として生活全般の事柄を職員主導で行うのではなく、常に利用者の意向を聞きながら行う介護を実践している。	
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	* コロナ感染症予防対策で地域とのつながりが無くなっています。	コロナ禍以前は法人で行う避難訓練に、地域住民が協力し共に炊き出しを行うなどの交流があったが現在は途絶えている。本年12月からペットボランティアの受入れを再開するなど徐々に元へ戻す取り組みが始まっている。	
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	* 行事、収穫等をホームページにて発信しています。		
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	* コロナ感染症予防対策で運営推進会議・家族会は行えていませんが、2か月ごとに運営推進会議の資料を島田市、家族に郵送しています。(今年度より再開予定です)	コロナウイルス感染対策として会議は資料を配布するのみとしていたが、本年12月の会議から対面で実施する予定となっている。行政や民生委員に加え全利用者家族に参加依頼を行い、複数家族の参加が予定されている。	
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に取り組んでいる	* 運営推進会議の資料の発送や、認定調査の依頼等で連絡をとっています。	可能な限り窓口で訪問するなど顔が見える関係を作っている。12月に行う対面での運営推進会議にも市の担当者が参加予定である。	
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	* 職員が少なく他利用者の介助の為見守りが出来ない時間帯に限り玄関に施錠し離設のリスクを減らしています。 * 玄関の施錠については月1回、会議で検討しています。 * 委員会、施設内研修で理解を深めています。	年2回身体拘束予防のための研修を行っている。また年1回職員にむけて身体拘束に関わるアンケートを実施し、その結果を話し合う研修も行っている。玄関の施錠については毎月の会議で現状に即した施錠時間を検討している。	
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	* 施設内の研修で虐待の防止に関連した日頃の接遇等の自己評価を年2回実施し防止に努めています。 * 委員会や介護疑問解決シートの活用で防止に努めています。		

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	* 日常生活自立支援事業や成年後見制度について資料を準備してあります。		
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	* 相談員が家族に説明しています。		
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	* 電話連絡やケアプランの説明した際に要望がないか確認しています。 * 外部につきましては、2か月ごとに運営推進会議の資料を島田市、家族に郵送しています。	面会や電話連絡、介護計画の説明など折に触れて聞き取りを行っている。職員が聞き取った情報は介護記録や気づきシートに記入され他の職員に共有される。	
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	* 月に1回の会議で機会を設け反映させています。 * 意見・提案が出来る窓口(連絡ノート・気づきシート等)があり、提案、実行、評価が出来るようになっています。	会議の他に、気づきシート、連絡ノートに意見を書き込むことでその内容の共有を図っている。職員の意見からプランターによる野菜の栽培や日中行うレクリエーションや体操のバリエーションの充実が図られている。	
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	* 自己評価を行う時期に上司からの評価もあり振り返りを行う機会になっています。		
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	* 会議で勉強会を行っています。 * 法人としては毎月(1~2回)施設内研修を行っています。外部研修ではリモートで参加できる環境が整っています。		
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	* 出来ていません。		

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	* 担当職員が中心となり、安心できる環境、関係づくりに努めています。		
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	* 入所日にケアプランを説明する際に家族の要望・不安等の確認を行い、必要であれば提供するケアの見直しを行っています。		
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	* 事前情報と訪問した状態を元に事前担当者会議を行い、必要とされるケア情報を職員が共有し実施しています。		
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	* 生活の場で出来る事は行ってもらう事を意識し、共に行動できる関係を築いています。		
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	* 感染対策の為、限られた対応になっているが、面会(リモート・窓越し)、電話での会話が出来るように支援しています。 * 家族からの差し入れを提供し、その様子を家族に説明しています。		
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	* 感染対策の為、外出が出来ていないが、面会(リモート・窓越し)での会話が出来るように支援しています。	コロナ禍以前は制限なく外出を行うことができたが現在は感染対策のため行うことができない。今後は家族によるドライブを可能にすることを検討している。面会はリモートや電話、窓越しでの実施となっている。	
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	* 家事、手作業、レク体操、DVD鑑賞等を通じ利用者同士がコミュニケーションを取れる環境づくりを行っています。 * 利用者同士がコミュニケーションを取りやすい座席配置にしています。		

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
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	* 退所後に連絡する機会はありませんが、法人内の特別養護老人ホームに入所された利用者については必要時に対応しています。		
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	* 担当職員や介護支援専門員が中心となり、希望、意向の把握に努めています。困難な場合は、モニタリング、連絡ノート等を活用し検討しています。	利用者ごとに担当職員が決まっており、各職員が聞きとった思いや意向を取りまとめ、必要に応じて介護支援専門員と協力し介護計画へ反映させている。	
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、アセスメントシート、家族や本人との会話から情報を得ています。		
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	* 日頃の様子と介護記録や連絡ノート等を活用しながら安心安楽な生活が送れるように努めています。		
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	* 担当職員・担当看護師・介護支援専門員でモニタリングを行い、担当者会議で意見が反映できるようにしています。	介護支援専門員の他に担当職員や看護師がモニタリングを行い、その情報をもとに介護計画が作成されている。介護計画は職員会議に諮られ、最終的に家族へ対面や電話にて説明をし共有している。	
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	* 提供したケアについて評価が出来るように介護記録に残しています。		
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	* 感染症予防対策を行いながら、法人内で出来るサービスを提供しています。(法人内での行事を再開や受診の付き添い、送迎等をしています)		

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
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	* 感染症予防対策で地域に向けた活動は行っていないが、グループホーム内の生活で楽しんで頂けるよう支援しています。(散歩やプランター菜園で屋外に出る機会を増やしています)		
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	* 入所前にかかりつけ医について意向確認しています。 * 家族が受診の付き添いが難しい際は、看護師もしくは職員が受診の付き添いを行っています。 * 嘱託医の回診が定期的に行われており、必要があれば回診の内容を家族へ伝えています。	嘱託医を主治医とした場合は訪問診察を受けることができるが、入所前のかかりつけ医を選択することもできる。この場合受診について家族が付き添うことを原則としており、必要に応じて身体状況を記した手紙がかかりつけ医宛に発行される。	
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	* 担当看護師がいるので、利用者について相談や報告が行いやすい環境になっています。 * 医療的な指示や受診が必要な時は調整を行ってくれます。		
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。	* 退院が近づくと看護師、管理者が訪問し情報収集を行い、早期退院出来るように努めています。		
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	* 早期に家族と看護師、管理者、介護支援専門員が面談を行っています。事業所で出来るケアの説明を行い、必要時に地域の施設、病院と連携を取り支援しています。(看取りケアにも取り組んでいます)	看取りは行わない方針であったが、2年ほど前から行う方針に転換し、これまで数件の実例がある。看取りの際は必要な介護内容や注意点を記したチェックシートを作成し、職員間で共有することで統一した介護を行なっている。	
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	* マニュアルが作成されています。 * ユニット会議や施設内研修で対応の確認を行っています。		
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	* マニュアルが作成されています。 * 防災訓練を行い避難経路などの対応を確認しています。	法人全体で防災訓練を実施している。また年に一回水害対策として2階への垂直避難訓練を行い、備蓄は食料のほかに飲料水、発電機や衛生用品など多くの物品を法人全体で管理を行なっている。	

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
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	* 利用者に合わせた声かけを行っています。 * 居室のカーテン、戸を活用しプライバシーを確保しています。	生活の中で無理強いすることなく自由に過ごすことができるよう支援している。また耳が聞こえにくい利用者には筆談を行うなど、状態に応じた支援をしている。排泄介助の際はカーテンや扉を閉めるなど介護の基本を着実にを行うことを心掛けている。	
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	* 利用者が声を掛けやすい雰囲気を作り、利用者に合わせた声かけを行っています。 * 活動についての説明を行うが参加等の有無は利用者に決めてもらっています。		
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、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	* 1日のスケジュールは決まっています。 * レクリエーション・体操等はお誘いはしますが、自由参加としています。 * 職員人数により一人一人の希望にそえない事があります。		
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	* 起床時に整容を行っています。 * 季節に合わせて衣替えを行っています。 * 身だしなみに気をつけているが、おしゃれまでは行えていません。 * 定期的に理美容の予約を入れています。		
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	* 配膳・下膳は職員が行っています。 * 力を活かせるように食器、食形、水分の工夫を利用者に合わせて提供しています。 * 毎回ではないが、利用者が食器洗いを行っています。	長事は法人の厨房から提供される。長形態は一口大、ソフト食、ペースト食と状態に応じた提供が可能となっている。ホーム独自の取り組みとして、収穫した野菜の調理や利用者が希望するメニューをイベント食として提供している。	
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	* 利用者の状態にあった食事形態と介助を提供しています。 * 毎食の摂取状況を記録し、必要時に医務課、栄養課と、食事形態や提供量等を相談しています。		
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	* 毎食後に口腔ケアを行えるように準備しています。 * 食事が終わった利用者に口腔ケアを促す声かけを行ったり、付き添い口腔内の確認を行っています。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> * 夜間ポータブルトイレを使用したり、尿量によってパッドの種類や交換する時間を決めています。 * 排泄について訴え(尿意、便意、トイレ場所の案内等)に合わせて支援しています。 * 自立にむけた支援は行えていません。 	チェック表を作成し排泄パターンを把握することで、排泄状況に応じた適時のトイレ誘導を行っている。またオムツやパッドは、利用者の状態に対応した選定を行っている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> * 飲み物を1日1000cc前後提供しています。 * 毎日の体操の項目で腹部をひねる体操を行っています。 * 腹圧がかかりにくい利用者には少し長めに便座に座って頂いています。 		
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ず、個々にそった支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> * 出来ていません。 * 職員の都合で入浴できる曜日を決め対応しています。 * 利用者の状態に合わせ安全に入浴出来る浴槽を使用しています。 	週2回ホームのスケジュールで入浴を実施している。ホームの浴槽は一般浴槽が設置されており、また併設の介護老人福祉施設の機械浴を使用できるため歩行や座位が困難な利用者への対応も可能である。	
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	<ul style="list-style-type: none"> * 体力に合わせて居室のベッドやフロアのソファで休息されています。 * 日中、活動することにより、昼夜逆転にならないように支援しています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> * 用量については服薬前に確認を行っています。 * 服薬の支援はマニュアルに沿って提供しています。(一人一人の服薬の支援方法をきめ対応しています) 		
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	<ul style="list-style-type: none"> * 日々の生活では洗濯たたみ、食器洗い等の家事を依頼しています。 * 季節的な事ではプランター栽培した野菜の収穫を行っています。 * 塗り絵等を提供し、季節に合わせて展示しています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> * 外出支援は行えていません。 * 施設の敷地内散歩を行っています。 	感染症対策のため法人施設敷地外の外出は行なっていない。施設の敷地内は金木犀や桜など季節によって花を楽しむ景色があり、運動のため天候の良い日はできる限り散歩に出掛けている。	コロナ禍以降、敷地外を外出する機会がない。現在ホームでは感染予防を行いながらドライブを行うことを検討しているが、可能なことを積み重ねながら少しずつ屋外へ出る機会が取り戻せることを期待したい。

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
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	* 自己管理で所持されている利用者もいますが、外出が出来ていない為、本人の希望の物や、必要な物は家族に依頼しています。		
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	* 家族から電話での会話の要望があった際に、利用者に取り継いでいます。 * 携帯電話を使用している利用者もいます。 * 多くはありませんが、手紙の支援を行っています。		
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	* 利用者と季節に合わせた作品を作り展示しています。 * 天気に合わせカーテン、照明でフロアの明るさの調整をしています。 * 空調については、2時間おきに換気を行い、エアコンの温度や風量で調整しています。(個々に合わせるの難しい、衣類等で調節しています)	共用スペースにはソファを置き、また日向に椅子を置くなど利用者が好きな場所できつろぐことができるよう工夫がなされている。感染症対策として2時間おきに換気を行うこととしているが、実施に関しては法人全体の放送が行われ確実に実施がなされている。	
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	* フロアの席は決まっていますが、フロア等に設置してあるソファでは利用者が自由にくつろいでいます。		
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	* 入所時に居室に使い慣れたタンス、テレビ等を設置し使い慣れた物を使用してもらっています。	5.5畳ほどの居室に介護用ベッド、タンス、押入れ、洗面台の設置がある。自宅で使用していた家具の持ち込みを推奨しており、テレビやタンス、鏡など馴染みの物を持ち込み居心地の良い居室となっている。	
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	* センサー(ベッド、防犯簡易、ライト)を活用し、利用者に合わせた安全な行動(移動)が出来る限り行えるように対応しています。		