

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	2397500048		
法人名	㈱森津介護サービス		
事業所名	グループホーム森津の里 藤ユニット		
所在地	弥富市鳥ケ地2丁目176-4		
自己評価作成日	令和元年 11月10日	評価結果市町村受理日	令和2年6月3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)】

平成27年12月に現在の場所に移転する。中庭には遊歩道、東屋、季節の花、野菜を植えており、利用者様には毎朝、散歩リハビリテーションとして1周150メートル程の中庭の遊歩道を散歩して頂いています。散歩リハをする事で季節の花を楽しんで頂いたり、歩行する事でADLの維持に努めています。また、散歩リハをしながら利用者様同士コミュニケーションを取る機会とし気分転換も兼ね心身のリフレッシュの繋げています。庭で栽培した野菜にはホームで調理をしキッチンで召し上がっていただいております。庭で栽培した野菜にはホームで調理をしキッチンで召し上がっていただいております。庭で栽培した野菜にはホームで調理をしキッチンで召し上がっていただいております。庭で栽培した野菜にはホームで調理をしキッチンで召し上がっていただいております。

※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.mhiw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&Jigyo_syoCd=2397500048-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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)】

ホームは関連事業所と合わせて広い敷地が確保されていることで、利用者が日常的に広い庭を散歩することができるような支援が行われている。庭には様々な植物が植えられており、利用者が日常的に季節を感じる事ができる生活環境が整えられている。関連事業所と合同で行われている行事の際には、多くの家族の参加が得られており、家族との交流を深めながら、家族にホームの取り組みを知ってもらう機会にもつながっている。身体状態の重い方も生活を継続しており、利用者に合わせて食事形態や入浴支援等、様々な支援が行われている。また、併設している関連事業所で実施している共用型デイサービスの取り組みについては、当ホームでも実施しており、関連事業所と連携しながら地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等、外部の方との新たな関係づくりの機会にもつながっている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中区三本松町13番19号		
訪問調査日	令和1年11月25日		

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. 全くない
59	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: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、活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。	理念は代表の思いである「その人がその人らしく」をくみ取りホーム長が作成した。理念はトイレ、玄関、ユニットにに掲示している。会議の前には唱和している。	運営法人の基本理念の見直しを行っており、「創意工夫」を行うことを目指した内容の理念を掲げている。また、理念には、利用者や家族にホームのファンになってもらうような支援を行うことを目指した内容も掲げている。	
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。	町内会に加入している。回覧板にて地域の情報を得ている。地域の団体である「ささえあい」さん向けに「グループホームとは」とブレゼンを行い地域との交流を持っている。	地域の町内会に入り、地域で行われている行事等を通じて、地域の方との交流が行われている。地域の方との交流については、関連事業所とも連携して行われており、関連事業所との合同の行事の際には、ボランティアの方の参加が得られている。	
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。	上記に記載した、「ささえあい」に対しグループホームの説明し、認知症の方の状態等も説明した。今後も交流を持ち認知症を地域に発信していきたいと考えている。		
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。	2か月に1回開催している。会議には役所の職員、地域包括支援センターの職員も参加し事故対策等のアドバイスを聞き運営に活かしている。	会議は、関連事業所とも連携しながら開催しており、出席者にホームの現状や取り組みを知ってもらい働きかけが行われている。また、会議を通じた行事の開催も行われており、多くの方との交流の機会につなげている。	会議の場に、地域の方にも出席してもらうことで、地域の方との情報交換等、今後に向けたホームの取り組みにも期待したい。
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。	市主催の調整会議、親睦会、運営推進会議等を通じ情報交換を行っている。また、各種手続きの際、会議の案内を持っていく際にも担当者との情報交換を行っている。	市内の介護事業所が集まる連絡会には、関連事業所とも連携しながら参加する機会をつくり、市担当部署との情報交換の機会にもつながっている。また、共用型デイサービスを行うことになったことで、地域包括支援センターとの情報交換等も行われている。	
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。	原則身体拘束を行わない考えであるが、利用者様の生命、身体に危険が及ぶ可能性がある場合は家族様との了承をとり、事故会議にて必要性を検討している。	身体拘束を行わない方針のもと、ホーム内に施錠を行わない支援に取り組んでおり、職員間で利用者の見守りが行われている。また、身体拘束に関する毎月の現状確認や定期的な職員研修の取り組みが行われている。	
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。	職員同士の虐待が見過ごされないよう努めている。ストレスケアの一貫として面談を実施し職員とコミュニケーション取り意見を聞いている。		

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。	資料を回覧したり、事業所で行った支援内容の事例を説明している。		
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。	契約の際に全ての契約内容を説明し同意、捺印して頂いている質問には随時受け付けている。		
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。	利用者様とは日常のケアを通じ、思いや意向を把握し、会議、申し送りノートを通じ、職員、代表に周知している。家族様とは意見箱、面会時、運営会議を通じ意見の把握に努めている。	関連事業所と合同で行われている行事の際には、家族の参加が得られており、家族との交流が行われている。家族からの要望等については、内容にも合わせてホーム長や法人代表者で対応が行われている。また、年4回のホーム便りの作成が行われている。	
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、ユニット会議、リーダー会議、ホーム長会議を開催し意見を聞いている。年二回の面談、随時の面談を通じ職員の意見の把握に努めている。	毎月のユニット会議が行われており、職員からの意見等をホーム長やリーダーが把握し、法人代表者も参加するホーム長会議等で検討しながら、運営への反映につなげている。また、ホーム長による職員面談が行われており、職員の把握につなげている。	
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2回賞与前に面談を実施し意見、要望の把握に努めている。面談では理念の大切さについて説明し理念に沿ったケアに努めるよう話している。		
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。	事故対策会議を通じ感染症の勉強会を行ったりしている。新人職員にはOJT通じ認知症の人の言動の理解を深め尊重する姿勢を示す事が重要であると伝えている。		
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。	調整会議、分科会を通じ交流を深めている。また外部研修にて研修を通じ交流を持つ事もある。また、デイの利用者様を通じ担当ケアマネと交を持っている。		

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
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。	入居時にアセスメント、本人様の要望をお聞きし本人様に合ったサービスが提供できるよう努めている。また状態が変化した際には本人様、家族様の要望を聞き、臨機応変に対応している。		
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。	入居前に家族様にフェイスシートを記入して頂き、また、担当ケアマネからの情報提供をもとに生活の要望をお聞きし本人様合ったケアが提供できるよう努めている。		
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。	家族様の生活に対する要望、現在の状況を面談にて把握し担当ケアマネと相談し、グループホームでの生活が最適化を見極めている。		
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。	本人様の今までの生活歴に着目しホームでのお生活の役割、生きがいを見つけて頂き、役割を補助しながら関係を築いているよう努めている。		
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。	日常生活の様子を面会時、森津通信を通じ報告をしている。また、体調面に変化が生じた場合には家族様に相談し意向に沿った医療の提供をしている。		
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。	入居以前に通われていた病院、趣味活動等、入居しても馴染みの馴染みの関係を継続できるように支援している。	利用者の入居前からの関係の方がホームに訪問して利用者と交流したり、ホームの支援で美容院や喫茶店等に出かけている方もいる。また、家族との外出も行われており、利用者の中には身内の方の結婚式に参加している方もいる。	
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。	利用者様同士、馴染みの関係が築けるよう席の配置等を工夫している。新しい利用者へはレク、散歩を通じ馴染みの関係が築けるよう支援している。		

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。	サービス終了後も相談があれば応じている。		
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。	利用者様の要望には耳を傾け、できる事は実行している。実現が難しい事は家族様と話し合いお互い納得した形を考える。	職員間で利用者を担当する取り組みも行いながら、利用者に関する意向等の把握につなげている。毎月のユニット会議を通じたカンファレンスの時間を設けながら、利用者に関する意向等を日常の支援に反映する取り組みが行われている。	
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。	入居時の面談、アセスメント、情報提供書にて把握している。普段の会話からも、昔の話に耳を傾け馴染みの場所等を把握している。		
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。	バイタル、食事量、介護記録にて状態を把握している。日々のコミュニケーション、介助により疾患などの状態異常の把握に努めている。		
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。	家族様と担当者会議を開催し、意見の交換を行っている。また、本人様にも要望をお聞きし、現状に即したケアプランを作成している。	介護計画は6か月での見直しが行われており、利用者の変化等に合わせた取り組みが行われている。また、介護記録の用紙に介護計画の記号を転記しており、一人ひとりに合わせた支援や定期的なモニタリングにつなげる取り組みが行われている。	定期的なモニタリングを実施し、記録に残し、職員間で情報交換を行ないながら、介護計画の内容の共有と実践につながることを期待したい。
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。	申し送り、申し送りノート、ケース記録wスタック間で共有し、実践し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。	ユニット会議、各種会議にて現在の状況等を報告、共有しその時の状態に応じたサービスを提供できるように努めている。		

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
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。	日々の状態の変化に合わせ、提供しているサービスにとらわれることなく柔軟なサービス提供に取り組んでいる。		
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。	ホームの主治医意、入居前からのかかりつけ医に診察して頂くかは本人様の希望に応じている。他の医療機関に掛かる場合はホーム主治医意に意見書を書いて頂き連携を取っている。	訪問診療専門の医療機関と連携が行われており、利用者の健康状態等に合わせた医療面での柔軟な支援が行われている。利用者や家族の状況等に合わせた受診支援が行われている。また、ホームでは認知症専門医による支援も行われている。	
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。	主治医、看護師とは24時間オンコール体制でありスムーズに相談ができる体制である。		
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。	入院の際には付き添い、状況を伝えている。また病棟へは介護サマリーを提供し、主治医からは情報提供書を作成して頂き担当医師へ情報提供している。		
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、事業所の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。	入居時に看取りに関する指針を説明、同意を頂いている。看取りの段階に入った際には主治医意より家族様に説明して頂き、同意、捺印を頂いている。	ホームには身体状態が重い方も生活を継続することができるような支援が行われており、医療面での連携を深めながら、利用者の中にはホームで最期を迎えた方もいる。家族との同意書を交わしながら、利用者の身体状態等に合わせた話し合いを重ねている。	
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。	ホーム長は救急救命普及員の講習を受けており、今後は各職員へ救命講習を実施し応急手当てに遅れないよう努めていく。		
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。	避難訓練を年二回実施している。消防署も立ち会い実施している。	年2回の避難訓練については、関連事業所との合同で実施しており、夜間を想定した訓練や通報装置の確認等、職員間で連携した対応に取り組んでいる。消防署との連携も行われており、協力関係がつけられている。また、備蓄品の確保も行われている。	ホームが立地している地域に関しては水害が想定されるため、水害を想定した訓練の実施や地域の方との協力関係等、ホームの継続的な取り組みに期待したい。

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
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。	個人の尊厳、プライバシーの確保を十分に配慮したケアに努めている。必要な場合には居室などマンツーマンになれる場での会話を考えながら行っている。	利用者の尊厳に配慮するような支援に取り組みしており、職員による対応や言葉遣いを意識するような注意喚起等が行われている。また、毎月のユニット会議を通じた勉強会等の機会をつくりながら、利用者に対応等に関する振り返りの機会がつけられている。	
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。	開かれた質問を心がけ、個人が考えて選択して頂けるよう努めている。		
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、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。	ホームの流れの生活を当て込むのではなく、希望に応じた生活ができるよう努めている。		
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。	起床時に整容を行い、爽やかに朝を迎えて頂けるよう支援している。行事や希望に応じたメイクも行っている。		
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。	食事は食材を取り寄せホームのキッチンで調理を行っている。季節の野菜をホームの畑で栽培し料理に加え、季節に感じて頂けるよう工夫している。	食材業者のメニューを基本に食事の提供が行われている。利用者も配膳や片付け等のできることに参加している。おやつ作りや行事食の他にも、利用者の身体状態に合わせた食事形態の提供が行われている。また、職員も一緒に食事を行っている。	
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。	業者による栄養バランスを考えたメニューに基づいた食事を提供している。		
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。	毎食後口腔ケアを実施している。定期的に歯科往診、衛生士による口腔清掃を実施している。		

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。	排泄チェック表にて排泄パターンを把握し、トイレの声掛け、誘導を行い失敗がないよう支援している。	利用者全員の排泄記録を残し、申し送り等を通じて職員間で情報を共有し、利用者に合わせた排泄支援につなげている。トイレでの排泄を基本に考えながら、利用者の中にはオムツからトイレでの排泄につながる等、職員間で検討が行われている。	
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。	毎日の体操、散歩等の運動、乳製品の提供にて便秘を予防している。		
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ず、個々にそった支援をしている。	体調に十分配慮し、希望に添った入浴に努めている。	毎日の入浴の準備を行い、利用者が週3回の入浴ができるように支援が行われているが、利用者の希望に合わせて毎日入浴している方もいる。また、季節に合わせた入浴の他にも、リフトが設置されていることで、身体状態に合わせた入浴支援も行われている。	
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。	体調に十分配慮し休息して頂いている。		
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。	薬情ファイルで管理し従業員がいつでも閲覧でき副作用、作用を把握している。		
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。	生活の中で役割を提供している。役割を行いながらホームでの生活が充実す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。	オヤツの買い出し等必要に応じてスーパー等に外出している。花火大会等のイベントにも外出している。	ホーム内に広い庭と散策路がつけられていることで、利用者が毎日の散歩を楽しむことができるような支援が行われている。季節に合わせた花見や初詣等の外出行事が行われている。また、利用者の希望に合わせた個別や少人数での外出支援も行われている。	

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。	本人様の日常生活用品は必要に応じてスーパー等に出かけ買い物している。		
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。	電話の要望があった場合は使用して頂いている。		
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。	ホールは天井を高くし、窓を大きくする事で光を多く取り入れるよう工夫し、ホール全体が明るくなるように設計されている。季節の壁紙を作成し季節を感じれるよう工夫している。	リビングは広く、明るいことや開放的な空間であり、庭にも出ることができることで、利用者が圧迫感を感じないような配慮が行われている。また、リビングの壁面には、利用者の作品や様々な行事でも写真の掲示が行われてあり、利用者の思い出にもつながっている。	
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。	共有スペースでは思い思いの場所で生活して頂いている。食事の席も気の合う方同士座って頂いている。		
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。	個々の馴染みのある物を持ってきて頂いている。落ち着いて生活ができるような空間作りに努めている。	居室には、利用者や家族の意向に合わせた馴染みのある家具類の持ち込みが行われてあり、個性のある居室環境にもつながっている。家族との写真を飾ったり、利用者の好みの物等を持ち込んでいる方の他にも、身内の方の仏壇等を持ち込んでいる方もいる。	
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。	表札を掲げ居室の場所を分かりやすくしたり、手すりを取り付ける事で安全を確保しながら歩行して頂いている。		