

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	1070400963		
法人名	ケアサプライシステムズ 株式会社		
事業所名	グループホーム どんぐり		
所在地	群馬県伊勢崎市蕪塚町1193-9		
自己評価作成日	令和 4年 9月 14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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/10/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号
訪問調査日	令和 4年 10月 14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)】

長期に渡り運営していることから地域に根差しており、近隣のケアマネージャー、住民の方に認知されている。職員間の協力体制や関係性も良好であり離職が少ないことから、職員と入居者様で良好な関係性が構築されており、きめ細かいケアができています。他事業所と比較し居室や共用空間、トイレ等が広くゆったりと使用していただいている。事業所の目の前が公園であり、天気が良く感染防止上、人が少ない時には散歩をしたりお花見をしている。お風呂は設備を導入し温泉を利用し始めており、入居者様から好評をいただいている。

【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)】

利用者が『笑顔で自由に安心して生活を送れる支援』を実践するため、利用者や家族の要望を率直に受け止めるとともに、職員も現状を冷静に分析し、現状の課題にどのように取り組めばよいか、真摯に取り組んでいる様子がうかがえる事業所である。職員は申し送りや会議の中で情報交換を行い、相互に気づきを話し合い、レクリエーションや日々の支援に生かしていこうと努めている。食事は利用者の希望を献立に生かし、開設当初から毎食手作りで提供している。

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	
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	昔から掲げている理念を職員会議等で唱和し共有と実践を目指している。また、職員会議の中で【尊厳】【心安らぐ介護サービス】などの抽象的になりやすい言葉を各職員に具体的に考え実践している。	理念は定例会議の中で読み合わせ、利用者が笑顔で過ごせるよう確認しあっている。		
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	介護のことでお困りな電話や入居の問い合わせがあれば本部職員に連絡する等の対応をしている。	コロナ禍では、地域住民との直接の交流は難しい。介護に関する相談や問い合わせは常時受けており、必要に応じて本部に相談し、対応している。		
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BLS講習、消火器の使い方等行っていたが現在のコロナ禍においては実施できないでいる。			
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	現在は感染防止の観点から書面開催となっている。現状の取り組みを書面にまとめつつご家族に郵送し後日お電話で意見をいただいている。	運営推進会議は、2か月ごとに書面開催をしている。事業所の現状の他、家族や参加メンバーに要望や情報等を確認し、議事録を配布している。		
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に取り組んでいる	本部職員経由で連携を図っている。	行政との連携は、本部の課長が中心に行っている。介護保険の更新申請の代行はケアマネジャーが、認定調査の立ち合いは職員も行っている。		
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	身体拘束適正化委員会を開き身体拘束にあたる行為を理解し職員間で話し合い職員一人一人を考え、お互いに意見を交換しているが、安全を考慮し玄関は施錠している。	玄関の開錠は検討課題にしているが、訪問看護事業所の出入りや外部関係者の出入りも激しい為、現在は施錠している。利用者の帰宅願望等の際は、散歩に出かけたり野菜や花を見るために外に出ている。	玄関の開錠について、現状で取り組めることはないか、引き続き検討してはどうか。	
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	毎月の職員会議で学んでいる。職員の接し方が不適切な場合は職員間で話し合いを行い虐待防止を徹底している。			

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
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	現状、事例は無く活用できていないが研修等で学ぶ機会はある。		
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	入居前に十分な時間を取りご家族に説明させていただいている。相違ないよう複数名で対応するよう心掛けている。		
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	定期的にご家族様に意見を尋ねているが特になくとの回答が多い。電話で聞くのみではなく様々な方法を模索したい。利用者様の意見は対応困難なことが多いため、都度ご家族様と相談している。	家族には来所時や電話・ライン、運営推進会議の報告書などを活用して、日頃の様子を伝え、意見を確認し、相談もしている。利用者からは、「家に帰りたい」という要望もある。食事の希望は日頃の会話で確認している。	
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	職場内で意見が言える環境が出来ているので都度意見交換をしておき有意義であれば取り入れている。本部職員と面談する機会を最低年に2回設けているほか、必要に応じて都度面談をしている。	月に1度の会議以外でも、職員同志で意見交換ができる雰囲気になっている。	
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	希望休や有給取得等を可能な限り取っていただいている。		
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	新入職者にはスタートブックを活用し教育を行っているほか、毎月の職員会議の中で年間計画に沿って教育、研修を行っている。今後、理解度の確認が課題であると感じる。		
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	現状、事業所間の交流が出来ていない。まずは法人内の交流から始めていきたい。		

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	
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	利用者様の多くが希望されて入所されていないことが多いほか、環境の変化から不穏になることが多いため、一層アプローチを多くし良好な関係性の構築を目指している。		
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	入居前の相談や状態確認の段階でGHで出来ること出来ないことを明確にし不安の払拭に繋げている。		
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	入居前の相談や状態確認の段階でGHで出来ること出来ないことを明確にし不安の払拭に繋げている。		
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	利用者様の背景を理解しその方から学ぶことも多いことから、尊重している。		
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	入居前の相談でご家族に協力できること、協力していただきたいこととお話しし同意を得ている。		
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	現状、外出や面会が不可である為、馴染みの関係継続が困難である。	コロナ禍で面会や外出が難しい為、入居前にホーム長が自宅訪問し、家族が意見や要望を出しやすい関係づくりをしている。自宅での生活に近い環境づくりをしてもらえる様支援している。	
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	周辺症状が強く困難な場合もあるが極力1人1人を理解し、孤立しないように支援している。		

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	退所後も連絡があれば相談にのり、支援を行っている。		
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	ご本人・ご家族より初回面談で意向を伺う。入居後も対話で聞き取るほか、職員からもご本人が発言した言動などを聴取している。	利用者の食べたい物や希望は、日常的に確認している。利用者のやりたい事やできそうなことを会議で話し合い、意向の実現に努めている。	
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	ご本人・ご家族より初回面談で意向を伺う。ケアプラン作成時に反映している。可能な限り生活の中で活かせる機会を作り、行っていたい。		
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	利用者様の状態を把握し、行えない事、行えることの把握は常に行っている。		
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	3ヶ月に1度の見直しの他、入院時、更新時にも見直しを行っている。現場の意見・気づき・在宅療養計画書を加味した上で計画、作成している。	会議の際に、利用者の様子や職員の意見を確認し、ケアマネジャーが毎月モニタリングを行っている。計画は3か月ごと、又は状況の変化があった時に随時見直している。	
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	プランに対する実践や日常の変化などケア記録を参照し、状況確認を行っている。今後のケアは、支援経過記録をもとに、一人一人の行動・状態を見て、身体ケアや意思に合った自立支援も考慮している。		
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	ご本人の状態が変化した場合、福祉用具の調整なども行うなど必要に応じた支援法を工夫しているほか、医療連携看護師連携を図り対応している。		

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
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	コロナウイルス収束後には、地域行事への参加・ボランティアの受け入れ等の再開を考えている。		
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	入居時に、これまで主治医にて受診の継続とするか、ホームの協力医にするのかを、ホームでの不問診療情報を提供した上で選択してもらっている。協力医には、必要回数の訪問診療と急変時対応を行ってもらっている。	かかりつけ医の受診について説明し、選択してもらっている。従来のかかりつけ医・歯科受診は家族に同伴してもらっている。協力医は、往診と緊急時の対応をしている。	
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	週に1回訪問看護師が来苑し利用者さまの健康チェックを実施。来苑時には、使用者様の体調に関する相談にも対応いただいている。また、24時間体制での緊急対応を築いている。		
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。	入退院時には、ホームと医療機関においてサマリー等を用い情報提供を行っている。入院中も、家族さまを始め医療機関の地域連携室や看護師等から経過を伺い、情報を共有することで退院後の生活に支障がないよう努めている。		
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	職員会議や実際に対象の方が現れた時には対応をについて話し合い学ぶ機会を設けている。利用者様の状態悪化時には、ご家族の意向確認を行い、医師や看護師を含めた話し合いを持ち方針を決め職員間で確認し合い支援している。	法人の方針に基づき、看取り支援の希望にも応じており、過去にも実例がある。医療的対応が多くなった時点で、家族をはじめ関係者で話し合いをしている。	
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	ホーム、及び法人内で起こった事故報告・ヒヤリハットについて、職員会議等で共有して話し合い対策を講じ防止に努めている。		
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	利用者様の安全確保のため、避難訓練や車を使用した避難訓練を実践しています。	消防署立会いの昼間想定火災に対する総合訓練も含め、ほぼ毎月様々な災害を想定した訓練を実施している。水と食品を中心に備蓄も備えている。	

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	入職時に行うスタートブックにて接遇やマナー、プライバシーの保護について学んでいる。また、職員においても議題に取り上げ、繰り返し学習することで意識づけでいる。	毎月会議で接遇について取り上げ、利用者に安心してもらえる声掛けや対応について話し合い、お互いに注意しあえるよう努めている。異性介護になることも伝えている。	
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	利用者さまが自由に発言する事ができるよう、関係づくりに努め、ホーム内の雰囲気作り等、環境整備を行なっている。自己表出困難者には職員からの働きかけを行い自己決定支援をサポートしている。		
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	個々の生活スタイルを把握し、在宅での暮らしを大きく変えることなく自由に日常生活が送れる様支援する一方で、心身機能の意思向上に努めホームでのレクリエーションや行事への参加を促し活動的な生活の提供のに努めている。		
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	定期的、またはご希望による随時の入浴や更衣、整容を支援している。着衣類の選択が可能な利用者さまには自己決定支援をしている。理美容においても、おおよそ3ヶ月毎に業者に依頼し、ご希望に応じカットやヘアカラーを実施している。		
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	季節ごとに行事食の提供や、日々の食事においても利用者さまに声掛けを行い食したい献立等を取り入れている。	利用者の食べたい物を聞きながら、献立に取り入れ、手作りの食事を提供している。食材は地域のスーパーに注文し2週間ごとに届く。飲み物は希望を聞きながら提供できるよう努めている。	
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	毎飲食時には、飲食料をチェックし記載している。摂取量が少ない場合は随時に副食を提供する等、必要量の摂取に努めている。また、引水量の減少により栄養摂取や水分確保に心配が及んだ場合には医師、及び看護師に相談し対応している。		
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	毎食後に口腔ケアを実施している。自立での口腔ケア困難者には必要に応じた介助をし、口腔内、及び義歯の清潔保持に努めている。1日の終わりには、毎日、ポリデントを使用し義歯の消毒を行っている。		

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
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	利用者さまの様子観察を行い、タイミングを見てのトイレ誘導や、排泄チェック表を活用し排泄パターンを把握、必要により声掛けにて誘導、または、定時誘導している。排泄時においても、自立度に応じた必要とされる支援を実施し自立支援を目指している。	排泄支援はチェック表をもとに、トイレを基本に支援している。必要に応じた声掛けや誘導をしている。また利用者の状況によって、夜間の排泄支援を家族と相談することもある。	
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	食物繊維の多く含んだ食材を使用しての食事提供や、乳製品の提供、及び水分摂取に努めている。また、日常生活の中でものレクリエーション等を通じ活動量の確保にも努めている。		
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	個々の生活習慣や体調等によって、本人の希望で静養していただいている。一方、昼夜逆転することなく、夜間は良眠いただけるよう必要により声掛けを行い活動を促す等日常生活リズムが整うよう支援している。	温泉成分のある石を利用していることを看板に掲げ、入浴を支援している。入浴は職員が判断する場面が多くなっている。	毎日入浴を希望している利用者もおり、個別ケアとして、介護計画に盛り込み支援の実践にはいかがか。
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	夜間でも利用者様の自由にされている。		
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	居宅療養服薬管理を利用し、内服の安全性に努めている。体調変化時には、薬剤師、医師、看護師に相談し対応している。薬剤情報においては、個々のファイルに保管しつつでも確認できるようになっている。		
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	日々のレクリエーションにおいて制作や、体操、または歌を唄ったりと活動し、季節の行事を取り入れ四季を感じることに支援を行っている。また、日常生活やレクリエーションの中で利用者さまの出来る事でお手伝いいただき役割をもった充実した生活の支援にも努めている。		
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	コロナウイルス感染拡大防止のため。外出支援の出来ない今、外気浴やレクリエーションを取り入れることで気分転換に努めている。	コロナ禍で、以前のような外出は難しいが、散歩に出かけたり公園で花見をしたり、外気浴をするようにしている。毎日の体操やレクリエーションを工夫して、体を動かす時間も持つようにしている。	

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
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	お金を持つことを望まれ、持つことで精神的に落ち着く等必要と感じられる利用者様の対応としては、ご家族さまと相談の所持を検討している。		
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	携帯電話については、ご家族様と相談し、必要と判断があった場合は持ち込みについての承認を検討したいと考えている。		
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	自由で開放的な空間を提供できるよう自然の採光を取り入れ、換気にも努め、季節によっては加湿を行うなど環境の整備を行っている。また、季節に合わせた飾り付けを施す等の工夫を行っている。	1時間ごとの換気を行っている。利用者が見やすいカレンダーや時計の配置を工夫している。食事のメニューは利用者が発表してもらえるよう掲示している。テーブルは4カ所設け、利用者の状況に応じ利用できるようになっている。	
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	対人関係を考慮してテーブル席を決めている。リビングにはソファやテレビが置かれ、テレビ鑑賞される方、ソファに座りくつろがれる方等、共有空間でも個々の生活スタイルでリラックスして過ごせるよう住みやすい環境づくりに配慮している。		
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	入居時には、これまで使用していたもの等利用者さまの馴染みの物をご持参いただけるようご案内している。物品や装飾品、家具等の配置も自由に行なっていただいている。居室に置いても共用空間同様に換気に努めている。	使い慣れた物を自由に持ち込んでもらえることを説明しており、遺影やテレビ、回転いすや寝具、日用品や趣味の物等が持参されている。ベットも自由に配置してもらい安心して過ごしてもらっている。	
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	動線の確保や物品の整理、清掃等の環境整備に努め安全な環境づくりを行い、安心した日常生活が送れる様に支援している。利用者様の心身状況に合わせた自立支援にも努め、自身への活力となるよう関わりをもっている。		