

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	1292500079	
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社	
事業所名	愛の家グループホーム流山美原	
所在地	千葉県流山市美原4-218-8	
自己評価作成日	令和4年2月28日	評価結果市町村受理

※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.jp/12/index.php
----------	---

【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 NPO共生
所在地	千葉県習志野市東習志野3-11-15
訪問調査日	令和4年3月15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)】

ご利用者様とのふれあいの時間を多く取ることを大切にしている点は以前と変わらず、スタッフ一人ひとりに周知徹底しています。依然コロナの収束の見通しが立たず、外出や外からの来館も出来ておらず、地域の方とのふれあいが出来ていません。交流のある駅前の保育園児さんの一部とは、駐車場で十分な距離を取って再会出来、お付き合いの継続に努めています。ご利用者様の活気を保つ為に、館内や中庭で出来る活動を工夫して増やしています。畑できゅうり・ミニトマト等の夏野菜や、秋にはサツマイモ掘り、冬は大根を収穫し、沢庵作り等、今までの活動に何かしらプラスαしています。

【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)】

介護理念の中に、様々な機会を通じて地域の人々との触れ合いを大切にすると、心を込めた親切なサービスに努めるとある様に、コロナ禍でも地元保育園の園長と連絡を取り合い、園児たちがお遊戯会のDVDを持って訪問してくれたり、日常の中で利用者が立ち上がるのとはどうしてか等全ての利用者の思いを汲み取ったりして、利用者様に穏やかな生活を送ってもらうように心掛けている。また、月に1回訪問リハビリがあり、日々のリハビリは理学療法士の指導の下で職員が行い、ADLの低下・予防に努めている。コロナ禍でもドライブをしながらかぼや梅などの花見を楽しんだり、外出できない時は、ホームの中庭で外気浴をしたり、中庭で作っている大根や胡瓜・トマトなどの収穫を楽しんでいる。

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 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	運営推進会議を通じて、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がり深まり、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、生き活きと働いている (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	介護理念を、毎朝朝礼時に職員全員で唱和し、理念に沿ったサービスが出来ているか、職員が各々顧みる材料となっている。新入社員には入社時に研修を実施し、共有を図っている。	令和2年に新たに策定した介護理念を朝礼時に唱和し、新人に対しては、入職時に「理念ブック」を配布して説明をしている。日常では、何故立ち上がるか等総ての利用者の思いを汲み取ったり、コロナ禍でも保育園の園長と連絡を取り合い園児たちと再会したりし、地域の方々とのふれあいを大切にしている。	
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	自治会に加入しているが、地域の催し自体が殆ど中止になり、地域の方との交流が出来ていない。ボランティアさんの受け入れも休止している 地元の保育園との交流は絶やしたくないので、園長先生と相談し、リスクを十分に考慮した方法で再会を果たすことが出来た。	コロナ禍で地域の行事等も総て中止となり、ボランティアの方々も自粛している。その中でも毎回ボランティアに来てくれた方が、時々利用者の様子を見に来てくれている。また、保育園児たちがお遊戯会のDVDを持って訪問し、利用者と一緒に楽しんでいる。	自治会の回覧版に、運営推進会議の報告書や避難訓練のお知らせ等を挟んでもらい、地域との繋がりをより一層深めることを期待したい。
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	認知症への理解を対面で発信することが困難な為、当グループホームのブログを更新することで、地域の方にも見て頂けていると思う。		
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践、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	運営推進会議を、来て頂き対面で開催することは出来ていないが、書面で、活動内容やご利用者様の様子を伝えている。	運営推進会議は、コロナ禍で対面での開催が出来ず、書面で職員状況や入居者状況及び活動内容等を報告書として市役所へ持参している。	運営推進会議の報告書は市だけではなく、通常の他のメンバーである地域包括、自治会長、民生委員及び全ての家族等に送付することが望まれる。
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	市の担当者とは、問題が発生する都度、電話にて相談している。全国的な新しい取り組みも始まり、解らない時には、市役所を訪問して短時間で指導を受けている。	市から連絡があり、感染予防対策のためのマスクや手袋等を取りに行ったり、介護保険の加算の為に原則年2回入力を行うが、年度途中で入居した利用者の入力時期について介護保険課に相談したり指導を受けている。地域包括とは、電話で空き室状況等についてやり取りを行っている。	
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	身体拘束廃止マニュアルをユニット毎に置く。日中の玄関施錠をしない、ユニット出口の施錠をしない等、スタッフ全員が実行出来ている。その分の見守り強化は必然的に重要になっている。	職員全員にフィジカルロック14項目とドラッグロック、スビーチロックの計16項目の身体拘束チェックシートを配布し、ホーム長が結果を確認の上ヒアリングを行い、指導した内容を身体拘束廃止委員会で検討した後、職員全員で共有し、最終結果をエリアマネージャーを通して本社へ報告している。	
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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	虐待防止についての研修を3ヶ月に1会行い、日々の介助の反省と防止策について会議を開き、全職員に理解してもらっている。		

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 活用できるよう支援している	成年後見事務所や地域包括センターの担当 者との話し合いは、思うようには行えていな い。職員には資料で理解してもらっている。		
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	契約時に、ホーム保管用と、ご家族用を作成 し、ホームにて必ず、説明・同意・署名・捺印を 頂いている。ご契約時には十分な時間を用い て不明点が残らないよう説明している。		
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	現在ご家族様の面会を中止させて頂いており、 利用者様のご様子は電話や月一回のお便り でお知らせしている。電話の際にご家族様 のご要望をお聞きしている。	家族に対して毎月利用者の写真や居室担当者のコメ ント(居室担当者が変わった時は担当者の写真とモッ トローや挨拶)等が入った「おたより」を送付している。家 族から電話で「まだ面会は出来ないのか」「食べ物を 届けて良いのか」「帰宅願望はどうか」等の問い合わせ がある時は、都度丁寧に回答をしている。	
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	定期的な個別面談やユニット会議を通じ、職員 から意見を聴取し、サービスに取り入れている。 随時提案が職員から出るので、その都度 話し合い、必要な時はご家族様の了承をいた だきながら、取り入れている。	職員からの意見や提案を聞く機会は、ユニット会議や 年4回行う個別面談の時の多いが、日常業務の中でも 利用者に関する意見が多く出る。体調によってケアの 仕方が変わる場合など全員に知らせたい時は、申し 送りノートに記載して職員全員が共有できるようにして 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	会社は社員へ、様々な表彰制度を設けてい る。休暇については、希望休を必ず聴取し、シ フト作成に反映している。勤務時間超過する事 のないよう、日々の業務内容の改善を行って いる。有給休暇を取得しやすいような職場環 境作りに力を入れている。		
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	1年以上2年未満の職員には、事業所が負担 し、介護実践者研修を受けられるように推薦し ているが、研修が中止や延期となっている。		
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	コロナ禍により、グループホームの連絡会等も 開催出来ておらず、同業者との交流は減って いる。		

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	アセスメント表や、ケアプランに職員に目を通して頂き、状況を把握してから、傾聴やコミュニケーションを図っている。特に入居前のアセスメントには力を入れている。ご本人のそれまでの生活や住居をご家族様の協力のもと把握している。	
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、ご家族の要望をお聞きし、その後も随時、お手紙にて状況をお伝えし、相談窓口の案内もしている。面会が中止となっている為、電話で利用者様の様子を伝え、ご家族様の要望をお聞きしている。	
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	アセスメントから行うことにより、身体的にお困りの場合は、外部のサービス利用の紹介や、福祉用具の紹介を行っている。また、ご入居にあたり、医療連携に関しても、往診医のサービスや、総合病院への通院対応することをお伝えしている。	
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	共同生活の場の為、ご利用者様の残った機能を把握した上で、掃除や洗濯、調理や皿洗い等のお手伝いをして頂き、それぞれ役割分担されているため、共同生活の関係構築されている。	
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	イベントにご家族様に参加して頂く機会は減ったが、電話を利用して、共に利用者様を支える方法等を話し合っている。特にご様子が変わってきた利用者様に関しては、すぐに連絡し、方向性を話し合っている。	
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	面会が出来ない現在、電話で直接話して頂いたり、お手紙をいただく等し、関係が途切れないよう努めている。	コロナ禍でも以前は遠方の方の面会は認めていたが、オミクロン株の流行により原則は面会禁止としている。面会する場合は、ガラス越しで面会してもらっている。個別レクでは、ドライブをしながら車の中から桜や梅などを見て楽しんでいる。
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	集団レク時間を設け、職員のお手伝いにより、一緒に参加できるものを工夫して提供している。また、ご利用者様同士、合わない方がいらっしゃる場合は、合うご利用者様との接点をつくり、職員がお手伝いしている。	

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	その後について、時折、ご家族様と電話でお話しし、相談・支援に努めている。		
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	随時・ユニット会議時、ケアプラン見直し時に話し合い、本人様の意向の把握に努めている。また、ご家族から意見を聴取しサービスが適切かを検討している。	日々利用者とコミュニケーションを図って、意向を確認している。また、家族から昔の仕事のことや暮らし方、考え方などを聞いて、どのような意向を持っていた人だったかなどユニット会議や申し送りで検討し介護につなげている。	
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	ご本人やご家族様との会話の機会を多く持ち、それまでの生活環境の把握に努めている。また、ケアプランの見直し時期にモニタリング、サービス担当者会議(電話)を行い、サービス経過等の把握に努めている。		
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	上記の通り、状態を把握し、以前まで立ち仕事ができていたが、困難になった方は、椅子に座ってできるお手伝いに変更し、本人様の反応や状態をみて把握に努めている。		
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	サービス担当者会議をご家族様と電話にて行い、身体的にサービスが必要な時は医療機関とも話し合う。それをユニット会議時に職員と共有し、介護計画を作成している。	職員は2名の担当利用者を受け持ち、生活全般の責任を持ち、毎月発行するお便りの中に前月の様子をお知らせする役割もしている。また、3か月に1回モニタリングも行っている。それらの情報をもとに介護支援専門員はケアプラン原案を作成し、ユニット会議で検討し家族の確認のもとでサービス開始としている。	
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	介護記録は毎日、勤務交代時に申し送りを行い、スタッフ全員と情報共有している。毎日、短期目標の一覧表にチェックし、ケアマネや計画作成者とスタッフが個々の状況に適しているか確認しながら、日々の業務を行っている。		
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	検査の為の総合病院への通院対応、外出したいとおっしゃった時に、その時間に合わせた、お散歩の対応をサービスに取り入れ、多機能化に取り組んでいる。		

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	地域資源を活用出来る機会は、コロナ禍においては減ってきている。		
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し、納得が得られたか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	医療連携機関は、流山北クリニックとなっているが、以前からかかりつけになっている病院との関係は断ち切らず、必要に応じて、職員も通院介助を行っている。	ホームの契約医療機関から月に2回の往診があり、同機関の訪問看護は週1回ある。また、月に1回訪問リハビリがあり、日々のリハビリは理学療法士の指導のもとで職員が行いADLの低下・予防に努めている。その他の病院受診は家族と協力して支援している。	
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	流山北クリニックの看護師と、日常の中で異常を感じた時は、一報入れて、対応を確認している。ネットワークサービスを導入し、医療従事者とのリアルタイムな情報交換を可能としている。必要があれば主治医より指示を受けられる。		
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。	ご利用者が入院された時には、全スタッフへ入院先等の情報等を共有している。入院先との連携を密に取り、ホームの受け入れ状況を理解して頂き早期退院へ向けたアプローチを行っている。		
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	重度化にかかる指針を家族へ説明、署名・捺印を頂き、今後の方向性を話し合っている。	ホームでは入所時に重度化や終末期について指針に基づいて説明している。看取りが近くなると、ホームでの看取りを希望する利用者家族に医師より状況の説明があり、看取りの契約書を取り交わしている。昨年は2名の看取りがあったが、医療職と連携して支援にあたった。	
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	フローを掲示、救急対応用に個別ファイルを作成。また、日々、異変があったご利用者様の連絡の仕方をマニュアル化し、実践している。		
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	年2回の防災訓練(避難訓練)を実施している。2回のうち1回は消防署立会いが義務付けられているが、コロナ禍にて消防署の参加が不可能とのことで、2回共自主訓練となっている。防災システムの点検を年2回業者に任せて頂いている。	コロナ禍において消防署の立ち合いはないが、年に2回、5月と11月に防災訓練の計画を立てて自主訓練を行い消防署に報告した。昨年は夜間想定も行うようにアドバイスをもらい、今年度の1回は夜間想定で行った。備蓄品を用意して、定期的に点検し補充している。	ホームの周辺は住宅地であり隣は老人ホームである。コロナ禍であり地域の協力を得にくい状況だが、今後、災害時に地域の協力を得られるように近隣に働きかけることに期待したい。

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	アセスメントやケアカンファレンスを通じ、全職員が適切な対応を取れるよう、情報共有を行っている。言葉掛けが不適切なものにならないよう、定期的に指導を行っている。	職員は年に4回チェックリストを用いて自己の介護の振り返りを行っている。内容によっては会議を開いて検討し改善を図っている。ホーム長は、常に利用者を敬って支援するように指導している。	
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	一日に行う内容は、原則、プログラム化せず、個々に何をしたいか伺い、特になければ、提案し、その提案内容に納得していただいた場合は、実施している。		
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、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	一日のおおまかなスケジュールは業務上決めてあるが、その日の気分・体調・天候により、ご希望に沿った形で一日を過ごせるよう、支援している。		
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	毎朝、起床時にお着替の準備や対応ができる方は、ご自身で選んでいただき、全介助が必要な方は、その日の天候に合わせて、ご本人に確認しながら対応している。		
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	包丁を使用できるご利用者様は、食事準備を依頼し、できる能力を活かし、皮むきや、盛り付けのお手伝いを職員と一緒にさせて頂いている。片付けも、食器洗い・食器拭き等お願いしている。	食材を法人内の会社から取り寄せ、ホーム内で調理専門の職員が料理している。調理や準備、片付け等やりたい利用者や出来る利用者に声掛けして手伝ってもらっている。おやつは購入したもの他、デザートなどはホーム内で職員と一緒に作り、食べている。昨年は中庭で大根がたくさんとれたのでたくあんを作った。	
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	コミュニケーションを図る場を職員に取っていただけるように、一緒に座ってお茶を飲む時間を多く取っている。また、夜間に飲用される方は、そのご利用者様用にドリンクボトル等、準備している。食事についても個々にアセスメントし、食事量や形態を提供している。		
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	毎食後に口腔ケアを行って頂いている。また、週一回の訪問歯科により、適宜口腔内チェックをして頂いている。必要に応じて治療等を行っている。		

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	排泄パターンを確認し、トイレ誘導を行うことで、失禁を減らしている。また、日中に必要性のない方は、上記の対応により、パットを使用しないで対応できた方もいる。	殆どの利用者はリハビリパンツを使用しており、排泄チェック表を用いて失敗のないようにトイレ誘導を行っている。二人介助が必要な人がいるが、安全に配慮して二人で介助している。おむつ使用の人が一人いるが、体調の良い時を見極めてトイレで排泄してもらっている。	
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	毎日適量の水分摂取を促している。必要に応じて、オリゴ糖やきなこ、ヨーグルトなどの提供を行っている。当社独自の取り組みとして乳酸菌摂取を取り入れている。		
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	お声掛けをし、入りたくないとおっしゃる方は、日にちをずらして対応している。日にちが重なった場合は、午前中と午後調整対応している。チェック表を付け、偏りがないように対応している。	毎日午前午後入浴予定を調整して利用者に週2～3回入浴支援をしている。入浴できない利用者には清拭支援をしている。入浴を楽しんでもらうために、入浴剤を入れたり、介助しながら一緒に歌を歌ったり、コミュニケーションを図っている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	昼食後は居室で休息したい利用者様もおられ、ご希望に沿った対応をしている。また、夜間も安眠出来るように、ホットミルクや足浴などを実施することもある。居室の明るさや、枕、布団も馴染んだものを使用している。		
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	個別ファイルの作成、服薬一覧表を準備している。また、服薬が変更する毎に、申し送りに用法と副作用、用量等、必要な内容を伝え、全員が把握している。担当薬剤師に薬の管理と整理をお願いしている。		
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	個人ファイルに、入居前の嗜好の情報を記載している。調理の仕事をされていた方は、昼・夜の食事作りの手伝いをして頂いている。お散歩を日課にしている方は、本人様に確認し、実施している。		
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	外出レクが出来ない代わりに、個々に応じて、散歩を実施している。職員が必ず同行し、安全に気を配っている。	天気の良い時は、ホーム周辺を職員と1対1で順番に散歩している。コロナ禍であり車外には出ないが、時々ドライブを楽しんでいる。外出できない時は、ホームの中庭で外気浴をしたりお茶を楽しんでいる。また、中庭で作っている大根やキュウリ・トマトなどの収穫を楽しんでいる。	

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	お小遣いのお預かりは現在していないので、ご利用者様から買い物の希望が出た時には、立替金を使って頂いている。		
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	お手紙が届いたら、返信を書いて頂いている。毎年年末には年賀状の作成を支援している。電話のご希望があれば相手先との関係性を考慮に入れ対応している。面会が出来ない分、電話は頻繁に活用している。		
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	季節感が出るような装飾をし、季節が変わる度に利用者様と作成している。温度調節も職員目線にならないように、ご利用者様に確認している。冬季は、乾燥しやすいので、加湿器を使用している。	レクリエーションの時間に利用者と職員と一緒に製作した壁かけを季節ごとに飾り、季節感を感じてもらっている。ホールやトイレ・浴室などの共有部分は清潔に安全に整えてある。各ユニットの間に中庭があり、日当たりがよく利用者は外気にあたってお茶を楽しんでいる。。	
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	お話し易い方、お顔を見るだけでも安心される方等と、席を配慮している。また、時には、模様替えをして、ご利用者様が安心し、かつ居心地よい空間作りをしている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	会社の方針として、ほとんどが持ち込みの対応が出来るように、余分な物の設置をしない居室になっている。ほとんどがご利用者様の使い慣れた持ち物を利用している。ご家族と、ご利用者様で決めて頂いている。	各居室にはホームの整理箆箭が設置しており、ベッドはリースのものを使っている。他は、今まで自宅で使っていた家具やテレビなど持ち込んでもらっている。各居室には利用者の家族の写真やお孫さんの手紙や絵などが飾られ、その人らしい部屋になっている。	
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	車イスの方でも自走し、移動しやすい空間になっている。また、ベッド移乗も極力、ご自身でできる高さに工夫している。廊下・フロア・共有スペース・お手洗い・風呂場・着脱室にも手すりを付け、見守り範囲で出来、かつ安全に配慮している。		