

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)		
所在地	弥富市鳥ケ地2丁目176-4		
自己評価作成日	令和3年11月1日	評価結果市町村受理日	令和4年6月14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	https://www.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2397500048-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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	愛知県名古屋市熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	令和3年11月19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)】

弊社は弥富市内で一番の敷地面積を誇るグループホームである。ハード面では敷地の広さを生かし1週150メートルの遊歩道を完備している。中庭には季節の花を植えており、毎朝、散歩リハビリテーションとして散歩を実施しており、季節を感じながら散歩をして頂きADLの維持ができるように努めている。また、中庭には東屋・足湯・畑を完備しており、レクの一環として足湯を楽しんでいただいたり、畑で栽培した野菜はホームで調理し季節の料理を提供できるように努めている。利用者様が季節を感じながら日々の生活を送って頂き心身共にリフレッシュができるように努めている。また、地域貢献のため、認知症推進委員として地域に向けて認知症について発信できればと考えている。

【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)】

感染症問題が長期化している中で、利用者の外出の機会が限られた範囲となっているが、ホームの敷地が広く遊歩道もつくられていることで、ホームでは、日常的に利用者が敷地内の遊歩道を散歩する機会がつけられており、利用者の外出と機能訓練にもつながっている。ホームでは、関連事業所とも連携を深めながら利用者の支援が行われており、利用者一人ひとりに合わせた支援が行われていることで、身体状態の重い方もホームでの生活を継続することができる支援が行われている。また、共用型のデイサービスの運営が行われており、地域で暮らしている利用者がデイサービスを利用しながら住み慣れた在宅での生活を継続することができる支援が行われている。デイサービスの利用者の中には、グループホームに入居した方もあり、利用者の様々な状況に合わせた支援が行われている。

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) <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) <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、生き活きと働けている (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せている (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) <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。	理念は代表の思いをくみ取り作成している。玄関に掲示をしスタッフに周知をしている。賞与前の面談にて各スタッフに確認し、賞与の査定の対象としている。	運営法人の基本理念を基本に、職員間で創意工夫を行いながら支援を行うことを目指した内容を掲げている。理念をホーム内に掲示しており、職員が日常的に理念を意識し、実践につなげる取り組みも行われている。	
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。また、金ちゃん連絡帳から市の情報を得ている。	現状の感染症問題が続いていることで、外部の方との交流が困難になっているが、ホームは地域の町内会に入り、関連事業所とも連携しながら地域の方との交流の機会をつくっている。また、関連事業所と連携した地域の方との交流も行われている。	
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。	市役所から要請があり、認知症推進委員に選出され、認の会に参加している。また災害弱者モデル事業にも選出されている。		
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。	コロナ禍であり、家族様・市の職員等の参加はなし。議事録を役所に提出し、意見がある場合は呉汁連絡あり。	会議については書面による実施となっているが、会議の関係者に配布することで、ホームの現状を知ってもらう機会につなげている。例年は、行事を通じた取り組みも行われており、様々な方との交流につなげている。	会議については、書面による実施が長期化していることもあるため、今後の感染症の状況をみながら、会議の再開につながることを期待したい。
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。	認知症推進委員として、海翔高校で認知症とはという項目で授業を行った。また、金ちゃん連絡帳にて密に連携を取っている。	感染症問題が続いていることで、市内の介護事業所が集まる連絡会は行われていないが、ホーム運営上の不明点等については、関連事業所と連携しながら行われている。また、地域包括支援センターの取り組みにホームも協力する機会もつくられている。	
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び可能性がある場合は家族様の了承をとり実施している。拘束に関しては毎月の会議で検討している。	身体拘束を行わない方針で支援が行われており、利用者の状況等にも合わせてホームの庭を散歩する等の対応が行われている。また、関連事業所とも連携しながら身体拘束に関する現状確認を行ったり、職員研修の機会がつけられている。	
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。ストレスケアの一環として面談を実施している。		

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
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の把握に努めている。会議・申し送りノートを通じ職員に周知している。家族様とは面会を通じ意見の把握に努めている。	現状、家族との交流が困難になっているが、例年は行事を通じた家族との交流が行われており、多くの家族の参加が得られている。家族からの要望等についてはホーム長及び法人代表者が対応する体制がつけられている。ホーム便りの作成も行われている。	家族との交流が困難になっていることで、家族が利用者の暮らしぶりを知る機会が限られた範囲となっていることもあり、情報発信の方法についてホームの検討にも期待したい。
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・ホーム長会議を実施している。また、適宜面談を行い、職員の意見の把握に努めている。	毎月のユニット会議をはじめ、リーダー会議等も行いながら、職員からの意見等をホームの運営に反映する取り組みが行われている。また、ホーム長による定期的な職員面談が行われており、職員一人ひとりの把握につなげる取り組みが行われている。	
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。	年2回賞与前の面談を実施し意見、要望の把握に努めている。面談では理念に沿ったケアをするよう伝えている。		
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。新人職員に対しては主にOJTを通じ認知症に対する理解を深めている。		
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。	認の会等の会議を通じ交流を取っている。また、金ちゃん連絡帳を通じデイの利用者様の情報を交換している。		

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
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。		
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。	入居前にフェイスシートを記入して頂き、またケアマネの情報提供をもとに生活の要望をお聞きし本人様に合ったケアができるように努めている。		
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の生活に適應できるかを見極め助言している。		
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。	今までの生活歴に着目し、ホームでの役割・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。		
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以降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、趣味活動等を継続できるよう支援している。	現状、外部の方との交流が困難であるが、共用型デイサービスを実施していることもあり、入居前からの関係継続につなげる支援も行われている。また、身内の方の葬儀に出席する等、利用者の外出が困難になっている中でも交流を継続する機会もつくられている。	
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。	馴染みの関係が築けるよう席の配置等を工夫している。新しい利用者様へはレク・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が納得した形を伝える。	職員による利用者に関する気付き等については、日常的な情報交換や毎月のユニット会議でも話し合われており、意向等の共有と日常の支援への実践につなげている。また、定期的なアセスメントの実施も行い、利用者や家族の意向等の反映につなげている。	
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。	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情報を収集できるよう努めている。		
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。	バイタル、食事量、介護記録にて状態を把握している。また、日々のケア等にて状態の異常を早期に把握できるよう努めている。		
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。	担当者会議を開催し、意見の交換を行っている。また、本人様にも要望を聞き、自立支援に向けたケアプランを作成している。	介護計画については、6か月を基本に見直ししており、状態変化等に合わせた対応が行われている。また、新たにiPadを活用した記録を残す取り組みを始めており、介護計画の内容に合わせた記録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。	
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。	申し送りノート・ケース記録にて情報を共有し、リーダーを中心にケアの見直しを行い実践している。		
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。	ユニット会議等を通じ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できるよう努めている。		
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。	本人の意向を尊重し今までのかかりつけ医の受診も可能である。他の病院を受診する場合は情報提供書を作成し受診して頂いている。	ホームでは、訪問診療専門の医療機関と連携していることで、利用者の健康状態に合わせた医療面での連携が行われている。また、定期的な訪問看護による支援が行われている他にも、当ホームでは、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。	提携医療機関とは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を行い、Drに状況を伝えている。また、病棟へはサマリー、医師の情報提供書にて情報を提供している。		
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し、同意を得ている。看取りの段階に入った際には主治医より家族様に説明して頂き同意・捺印を頂いている。	利用者の看取り支援が行われており、医療面での連携も行いながら利用者の中にはホームで最期を迎えた方もいる。利用者の段階に合わせた家族との話し合いを行いながら、ホームで支援可能な内容の確認を行い、その方に合わせた支援につなげている。	
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が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。	避難訓練は年に2回実施している。	年2回の避難訓練については、当ホーム単独による訓練の他にも、関連事業所との合同の訓練も行われており、職員間での連携につなげている。また、ホーム内に必要な備蓄品については、関連事業所とも連携しながら確保が行われている。	感染症問題が続いていることで、地域の方との交流が困難になっていることで、災害に関する交流も困難になっている。現状の取り組みを継続しながら、地域の方との協力関係につなげ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
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勤めている。	運営法人には、ホームが多くの人に「ファン」になってもらうことを目指した内容も掲げられており、職員による利用者への対応等の基本指針にもつながっている。また、接遇に関する職員研修を実施し、職員への注意喚起や振り返りにつなげる機会をつくっている。	
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、利用者様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。	ホームの生活の流れに沿ってケアをするのではなく、あくまで個人を尊重しその人らしい暮らし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。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食材を業者から発注し、ホームで調理をしている。ホームの中庭で栽培した季節の野菜も調理している。	食事については、食材業者のメニューを基本に調理が行われているが、定期的に職員間でメニューを考え、利用者の楽しみにつなげる機会もつくっている。また、利用者もできることに参加したり、利用者の身体状態に合わせた食事形態の対応も行われている。	
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。	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、衛生士による口腔ケアを行っている。		

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。	排泄チェック表にて排泄パターンを把握し、トイレの声掛けを、誘導をしている。	iPadも活用しながら利用者の排泄記録を残しているが、書面にも特記事項を記載する等、職員間で情報を共有する取り組みが行われている。トイレでも排泄を基本に、排泄状態の維持、改善につなげている。また、排泄に関する医療面での連携も行われている。	
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。	体操、散歩、運動レクを提供し便秘予防に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている。	体調に十分に配慮し希望に沿っての入浴に努めている。	ホームでは、利用者が週2～3回の入浴ができるように支援が行われている他にも、利用者の身体状態等にも合わせた支援も行われており、新たにストレッチャー入浴にも対応する取り組みも行われている。また、入浴剤や季節に合わせた入浴も行われている。	
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。照明等も本人様の意向に調整している。		
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。	薬情をいつでも従業員が閲覧でき、副作用等をいつでも確認できるようにしている。		
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。	役割を提供し、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。	おやつに買い出し、日常生活用品の購入でスーパー等に外出している。	現状、利用者の外出が困難になっているが、ホームの敷地内につくられている遊歩道を散歩する機会をつくり、利用者が日常的にホームの外に出る機会をつくっている。例年については、季節に合わせた外出行事や外食や買い物に出かける機会がつけられている。	ホームでは、日常的に利用者の外出が行われており、利用者や家族の安心にもつながっているが、今後の感染症の状況をみながら、季節等の外出行事が再開されることも期待したい。

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。	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をしている。		
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。	ホーム内は、全体的に広くゆったりとした空間が確保されており、利用者が日常生活を通じて圧迫感を感じないような生活環境がつけられている。また、ホーム内の壁面には、季節等に合わせた飾り付けを行ったり、利用者の作品を掲示する取り組みも行われている。	
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。	共有スペースでは自身の席に座って頂きレク等に取り組まれている。食事の席も気が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。	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。	居室については、シンプルな雰囲気のある居室の方もいるが、利用者の中には様々な家具類を持ち込んでいる方もあり、一人ひとりに合わせた居室づくりが行われている。また、家族との写真や自身の作品を掲示している方等、好みに合わせた対応も行われている。	
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。	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。		