

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	1270400623		
法人名	延寿グループ(株)		
事業所名	アットホームケア桜木		
所在地	千葉県千葉市若葉区桜木4-19-32		
自己評価作成日	令和 5年 10月 18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/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 ACOBA		
所在地	千葉県我孫子市本町3-4-17		
訪問調査日	令和 5年 11月 29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)】

基本理念に沿ったご支援が出来るように、個々の現状把握に努めて、対応を検討しています。
 年々、入居者様も状態が変わり、その状況に合わせてご本人様が望む生活が出来るように職員で話し合いながら、ご支援に繋げています。個々に合ったご支援・お手伝い等を心がけています。
 日常生活が維持出来るように、生活の中から洗濯量や食器拭きなど、リハビリに繋がる事も実践しています。
 健康管理は週1回の訪問看護・訪問歯科、月に2回の往診・薬剤指導・栄養指導との連携を図っています。

【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)】

現施設長が就任して間もなくコロナ禍が発生し、それ以降は利用者の感染予防で健康を守るを第一として運営してきた。アシストリビングの目指す「それぞれの利用者に合った支援をする、やれることはやって頂く、支援が必要な方を支援する」に取り組んでおり(施設長談)、家族アンケートでも柔軟な対応や、支援サービス全般に対する満足度は高く、家族も訪問しやすいホーム運営となっている。昨今は、職員の確保が難しくなっているが、勤務経験が豊富な職員が多く、職員同士の良き連携で乗り越えている。ホーム内は掃除が行き届き、リビングから居室、風呂、トイレに至るまで清潔感がたっだよい、前施設長時代から引き継ぐ良き習慣の成果であろう。

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、安心して暮らさせている (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				

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	事業所様記入 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 延寿グループ(株)	ホームの理念である“心の触れ合う優しい介護”を目指し、お一人お一人に寄り添ったご支援を心がけています。事業所の理念である“アシステッドリビング”を根底に入居者様の持つ力が継続できるように、職員と協同しています。		理念は誰でも見やすいようにホーム1階、2階など数カ所に掲示されている。「利用者がやれることはやってもらい、支援が必要な方や場合によって支援するアシステッドリビングの気持ち」をもとに、職員間で話し合いながら支援している。	
2	(2)	アットホームケア桜木 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	年4回の運営推進会議に参加して下さる、地域包括支援センターの方、自治会会長、民生委員の方にホーム内の様子や取り組みをご報告させて頂いています。地域の方との交流は進展する事を難しく思います。		運営推進会議に出席の方へは、毎回の議事録を送付している。特に自治会長も出席頂いており、漸く再開され始めた行事等の案内も受けているが、利用者の高齢化も進み参加は困難である。元民生委員の方も入居されるなど地域に定着している。	
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	地域の方との交流が出来ておらず、認知症の人の理解や支援を活かせていません。			
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	運営推進会議が年4回の対面開催に元りつつあり、ホームでの取り組みを報告させていただいています。地域密着の交流に活かそうな提案をして頂きましたので、行事の際に実践できるようにと思っています。		出席メンバーに要望や意見を予め書面で回答頂き、職員のみで参加で開催したが、5類分類移行は、集合方式に切り替え開催した(5月、8月)。従来からの出席メンバーで開催し、ホームの状況等を説明し、アドバイスを頂いている。	
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取り組んでいる	市町村の担当者には必要に応じて連絡を取っております。また、担当者の方からの連絡があった時には、ご協力させていただいています。		運営推進会議は地域包括支援センター(安心ケアセンター)から出席頂いてる。高齢者福祉課、高齢者支援センターとも都度連絡を取っている。区の援護課を訪問し、生保の方の受入などを相談している。市介護相談員の定期的訪問もある。	
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	年4回、身体拘束廃止委員会を開催しています。研修も行い、具体的な例を挙げて理解に繋がっています。玄関の施錠は入居者様の命に関わる為、施錠をしています。		運営推進会議開催時に、拘束廃止委員会と研修会を同時に開催して、職員へ周知しているが、拘束対象者はいない。研修会は年間計画で、虐待・ハラスメントなどと一緒に年4回実施している。特に言葉による拘束については具体例を挙げて説明し、話し合っている。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	来年度には「高齢者虐待防止委員会」を立ち上げます。これまでも、年間の研修の中に「高齢者虐待防止」組み込み、職員の虐待防止に努めています。また、職員間で見過ごされる事がない様に意識の向上を図っています。			

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	新人職員が入職した際に自立支援・成年後見人制度についての研修を行っています。また、必要性を感じた場合は活用できるようにご支援させていただきます。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時に書面に添って丁寧な説明を行っております。その際に疑問点や不安が無いかを確認しながら、理解・納得が出来るように努めています。		
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	運営推進会議にご家族様も参加して頂けるように報告書の中にのご案内を記載しております。ご家族様のご意見・ご要望は運営に反映できるように努めています。	日頃から利用者の要望は聞いている。来訪が少ないご家族も多いので、お知らせや運営推進会議議事録、行事写真など送付して、状況をお知らせしている。その他電話でも要望等を聞き出し、職員間で共有し、支援に反映している。	
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	職員からの意見や提案は月に1回ホーム会議を行い、その場で聞く機会を設けています。また、毎月のホーム長会議に代表者が参加するのでその場で報告・反映出来るようにしています。	日頃の業務を通じて職員と話し合うと同時に、月1回のホーム会議(ケア会議も兼ねる)を通じて職員間で情報共有している。改善に関する提案などは、支援に取り入れ、ホーム単独での対応が難しい時は、ホーム長会議で相談する。	
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回の人事考課にて自己評価を行い、職員の状況を把握できるように努めています。個々の職員の情報収集を行っています。		
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	職員のスキルアップを図る為、毎月テーマを決めて研修を行っています。外部の研修にも参加し、そこで得た知識を研修で周知しています。外部研修には積極的に参加していきたいと思えます。		
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	月1回のホーム長会議の中で他のホームとの情報交換を行っています。参考にしたり、取り入れたりしてサービスの向上に繋げています。		

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	入居前・入居時にご本人様とお話する時間を設けています。その際にご本人様の困っている事やどのような生活を望まれているのか等をお聞きしています。ご要望に沿えるようご支援させていただいています。信頼関係が築けるよう、そして安心に繋がるように努めております。また、状況が変わった時にもご本人様の意見をお聞きし、安心できるケアを心掛けています。		
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	入居前や入居時にご家族様の心内をお聞きしています。ご家族の悩みや不安、ご要望を傾聴しながら関係作りにも努めています。		
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	入所される場合、ご本人様とご家族様と面会し、情報を収集します。情報と今までの経緯を元に現段階でどのような支援が必要なのかを検討し、支援に繋げていけるように努めています。		
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	ホームは入居者様の自宅と捉えています。入居者様自身が穏やかに生活できる場として、また出来る事をお願いし、出来ない事をお手伝いさせていただきます。		
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	ホームでの生活が入居者様にとっても、ご家族様にとっても安心して生活できる場であるように、ご家族様と共に支えていけるような関係を築いていけるように努めています。		
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	コロナが5類になり、ご家族様の面会希望があれば、自室にて面会をしていただいています。また、電話をしたいと望まれた場合は電話にて関わられるようご支援させていただきます。	家族へは来訪を呼びかけている。家族から面会希望があれば、体温測定と手指の消毒を行った後、利用者の居室で短時間の面会を認めている。感染予防のために家族とのホーム外での食事は未だ認めていない。	
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	入居者様同士の関係性は様々です。認知症の程度にもよりますが会話ができる方、できない方、できない方とも関われる方などを考慮しながら席を決めたりしています。支え合える方、合えない方もおられるのでその中で孤立しないよう努めます。		

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	退去された方からご連絡頂く事もあり、相談等にも対応しております。		
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	お一人お一人が生活するにあたって、ご希望や思いがある事が会話の中からも伺えます。出来る限り、ご希望に添えるように努めております。判断能力のある方には自己決定して頂くようにしております。困難な方にはご家族様から情報を頂き、検討させていただいています。	入居時には家族やケアマネージャーから聞き生活歴を参考にして意向の把握に努めている。尿漏れパットを使用するか等、どうしても譲れない本人の思いがある場合、本人の希望に沿ってどうするかを決めて支援している。	
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	入居されるまでの生活歴や個人の把握に努めています。また、会話から得られる事もあるので関わりあう時間を設けるように努めています。		
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	皆様、それぞれ生活スタイルが異なりますのでご本人様が穏やかに生活できるように努めています。身体状態もそれぞれなので、出来る事・出来ない事の把握をしています。		
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	月に1回ケアカンファレンスの中でモニタリングを行っています。お一人お一人の状態の変化・求められる支援や課題を職員間で検討し、その時の状態・状況に合った支援を元に介護計画を作成しています。	介護計画書にはその利用者ならではの具体的な援助内容が示され、ケアカンファレンス時に課題を検討し変更が行われている。全利用者のケアの要点を簡潔にまとめて申し送りノートに掲示しており職員が現状に合った支援ができるような工夫を行っている。	アンケートでは介護計画について「説明は受けたが話し合いをしてない・わからない」が多いので、ご検討を頂きたい。
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	介護記録を活用しています。入居者様の日々の様子やどの様な支援を行ったかを記録しています。また、気付いたことや介護が困難な状態・入居者様の不穏時の様子など、職員間で情報共有し、対応の見直しや介護計画の見直しに活かしています。		
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	新しい情報や実現可能な支援がある場合はその時々で取り入れたりしています。時代と共に介護サービスも変わってくるので、柔軟な対応を意識しています。		

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	外食に代わって、ホームにて屋台ラーメン・移動パン屋さんをお願いしてきていただいています。「何が食べたいか」を考えていただき、自己決定してもらい、食べたいラーメン・食べたいパンを食べ、ささやかな楽しみに繋がるようにご支援させていただきます。		
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	月2回の医師による定期往診と24時間の連携体制をとっています。また、希望される医療機関で受診できるようにご支援させていただいています。	ほとんどの利用者がホームの訪問医(法人代表)の診察を月2回受けている。入居前からのかかりつけ医を継続している利用者もあり、家族が同行受診している。訪問歯科医の定期的な訪問もある。	
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回看護師の訪問を受けております。個々の体調変化など報告しています。場合によっては入居者様の体調の変化を看護師から主治医に報告し、指示を受けます。		
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。	入院された場合は定期的に病院に足を運び、医師や看護師から情報をお聞きしています。または、ご家族様からお聞きしています。退院の目安やホームで注意すべき事などを病院関係者の方と情報を共有させていただきます。入院された時にはその方の情報を医療機関に提出しています。		
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	入居時に重度化した場合でも経口摂取ができる状態であれば、対応できる事をご家族に説明しております。様々なケースがありますので、状況に応じて話し合いをしています。	入居時に家族に重度化した時にホームで出来る事と出来ない事や看取りについて話し合っている。延命についても家族と本人の意思の確認をしている。	
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	ホーム内での研修やマニュアル化にし、急変時の対応について学んでいます。実践力が身につくように取り組んでいきたいと思っております。		
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	年2回の防災訓練を実施していますが地震想定訓練が少ないので今後は地震想定訓練も取り入れていきます。また、風水害の訓練も並行して行います。地域との協力体制も築いていかなければと思っています。	3月に日中を想定、9月に夜間を想定した火災訓練を実施した。今後、地震を想定した訓練を検討している。BCPは現在作成中である。食料品・水・衛生品・コンロなどの3日間の備蓄と発電機を準備している。	

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	常に「目上の方」という意識を持ち、失礼のないお声掛けを心がけています。プライバシーに関してもお一人お一人の時間を保てるように努めています。	コロナに罹患した利用者が自室で過ごした経験から、一人の時間をもち落ち着く場合があるのが分かった。利用者の希望に応じて、自室でテレビを見たり、自由に過ごせるプライベートな時間を持ってもらうことを取り入れている。
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	自己決定が出来る方には、ご本人様に自己決定をしていただいています。ご本人様の思いや希望もコミュニケーションを取りながら、会話の中から汲み取っています。	
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	個々に生活のペースがありますので生活リズムを壊さない様に心掛けています。好きな事を生活の中に取り入れていただいて、その方の望む生活を支援させていただいています。	
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	個々の服装の好みを把握し、日々の生活に取り入れられようにご支援しております。白髪が気になる方は訪問理容さんにカラーリングをお願いします。「いつまでも女性」としての意識を大切にしています。	
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	野菜の下ごしらえや食後の食器洗い・食器拭きなど、出来る方には手伝っていただいています。また、食べる楽しみに繋がるように、屋台ラーメン・移動パン屋さんをお願いしてホームにきていただき、食べたいものを選択していただいています。	毎月の献立を担当者が作成し職員が食材購入日に約3日～4日分を買い物して毎食調理している。利用者が台所カウンターで食器拭きを行っている姿があった。3か月毎に屋台ラーメンやパン屋に来てもらい、駐車場で皆で食しており、利用者の楽しみになっている。
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	毎日の食事・水分量を個人の記録として日誌に残しています。食事の形態もその方に合わせています。月に2回、管理栄養士の訪問指導を受け、栄養バランスや食事量などの助言をいただいています。	
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、口腔ケアを行っています。ご自分で出来る方、介助が必要な方がいますが清潔保持に努めています。訪問歯科を利用されてる方もいるのでメンテナンスをお願いし、場合によっては職員も指導を受けています。	

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	出来る限り、トイレでの排泄をご支援させていただいています。立位が困難な方は2人介助にて対応しています。定期時でトイレ誘導を行い、失敗が軽減できるように努めています。	利用者の介護計画書に利用者毎の排泄介助の留意点が示されており、排泄チェック表に記録して排便コントロールを行っている。使用済みパットやリナパン類はその都度、別室の汚物入れに入れており、トイレは匂いがなく清潔である。	
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	毎日、排便チェックを行い、その方に合わせた排便コントロールを行っています。また、毎日の食事や飲み物に乳製品を取り入れています。排便が困難になった時は主治医に報告し、薬の調整・指示を仰いでいます。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	ホームでは週2回の入浴日を決めています。時間帯も午前中にしており、午後はゆっくりと過ごしていただいています。湯船に浸かり、体の芯まで温まりたい方、さっと上がりたい方、湯船に入れない方など、様々ですがお風呂に入る楽しみをご支援させていただいています。	入浴時の転倒予防を一番に注意して安全な入浴支援に取り組んでいる。洗身・洗髪が自分で出来る方は、利用者本人に行ってもらい、個々の状態に合わせて介助をしている。浴槽に入る時に回転バスボードを用いる利用者もいるが、入浴が困難な方はシャワー浴で対応している。	
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	リビングにて傾眠が強く見られた時には、お部屋で休めるように対応しています。夜間帯の睡眠が不十分だった時にも日中で少しか補っています。なかなか、寝付けない方は往診医に報告し、指示を仰いでいます。		
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	個々の薬の把握は処方箋や薬の変更があった時に都度、作用等を職員間で共有しています。また、薬が変更・追加になった時にはご本人様の状態やご様子などの変化を記録に残しています。		
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	家事ではテーブル拭き・食器拭き・洗濯干し・洗濯畳など、出来る方にお任せしています。入居者様から家事の申し出をして下さる事もあり、役割の一つになっています。お酒を飲みたい方にはビールとおつまみを揃えておき、毎日の楽しみに繋がっています。		
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	コロナウイルス感染症よって、外出は控えています。感染した場合は他の入居者様にも感染するリスクもあり、クラスターになった場合、命に関わる事もある為、行きたい所にお連れしたい気持ちはありますがこれが現状です。	道路は狭く交通量も多い。職員が不足気味で、車椅子が必要な方や補助が必要な方も多いので、コロナの5類の移行後もホーム外への外出支援は控えている。その代わりホームの広い駐車場を外気浴をしたり、屋台ラーメンや移動パン屋などを楽しむ機会を持っている。	今回の家族アンケートでは5類移行の散歩や外出支援を望む声、外出に関して状況がわからないとの声もあった。今後の支援のやり方や実施状況の家族への報告などご検討頂きたい。

50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>ホームとしてお金はホームの金庫での保管とさせていただきます。個人にお渡しした場合、紛失や保管場所を忘れて、盗られた・盗まれたといった物盗られ妄想に発展し兼ねない為にホームで管理しています。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>入居者が家族に電話して欲しいと言われた時は職員が電話をして代わっています。携帯電話をお持ちの方は自由にご家族様とやりとりされています。手紙を出したいと言われる方には切手を購入し、郵送のご支援をしています。</p>		
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>共有の空間は清潔感を意識して、毎日掃除を行っています。リビングではテレビの音が大きないように、また空調管理を行い、居心地よく過ごせるように努めています。</p>	<p>リビングは広くトイレ・洗面所や廊下がわかりやすい配置になっている。リビングの掲示板には利用者の塗り絵の作品が掲示され、一角にあるソファでくつろぐ利用者も多い。台所カウンター横のホワイボードには利用者が毎日の日課として記入した献立表が掲示されている。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>共有空間にはテーブル・ソファがあるのでテーブルのお隣同士・お向かい同士で談話されている場面が見られます。自由に行き来できますので気の合った方同士で過ごす事ができます。</p>		
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>入居の際にご本様ที่ใช้慣れ親しんだ物や好きな物を持ってきていただいています。ご家族様と相談されて、持ち入れた部屋で生活して頂いています。配置なども、ご本人様の意見を取り入れて配置しています。</p>	<p>利用者の家族写真や在宅時の自作品、誕生日の色紙などが居室に飾られており、居心地良く清潔な自室になっている。各居室のベッドはホームのもので、利用者の状態に合わせて介護用ベッドに徐々に切り替えているところであり、安全を考えた配置となっている。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>建物内は段差がなく、物を置かない様にしています。車椅子の方もいるので歩行者と接触しない様に配慮しています。トイレやお風呂場には札を下げている、目で分かるように対応しています。</p>		