

### 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	2390600126		
法人名	医療法人 生寿会		
事業所名	グループホーム新栄		
所在地	愛知県名古屋市中区新栄三丁目7番12号		
自己評価作成日	令和3年2月15日	評価結果市町村受理日	令和3年5月13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	<a href="https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;Jigy_osvoCd=2390600126-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;Jigy_osvoCd=2390600126-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

【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熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	令和3年3月11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)】

当事業所は法人理念「みんなで創るやさしい介護 ひとり一人を大切に」を元に、ワンユニットのメリットである密な関係性を築き、アットホームな集団生活の中でのひとり一人に合った細やかなサービス提供を行うべく努めています。ご家族との絆も保ちつつ、役割を持った生活に充実感を持って生活して頂けるようにサポートを行っています。また、地域との繋がりを継続して地域行事への参加を積極的にアプローチしていきます。

【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)】

運営母体が医療機関であり、ホームに隣接して関連の医療機関が開設されていることもあり、医療面での支援が充実していることが特徴でもある。当ホームについては、同一敷地内に小規模多機能事業所を併設していることも特徴でもあり、職員体制についても事業所間で連携した利用者への支援が行われている。利用者の中には、小規模多機能を利用しながら在宅での生活を継続し、利用者や家族の状況にも合わせながら、グループホームへの移行も行われており、利用者や家族にとっては、生活場所の円滑な移行にもつながっている。また、職員の資質向上につなげる取り組みについても、運営法人全体で行われている。今年度に入り、開設以来の管理者が異動したことで、新たな管理者に交代しているが、利用者や家族に対しては、今までと変わらないような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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 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、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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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。	事業理念を元に全職員が入居者にとって安心できる生活の場になるように心がけている。個々で目標をあげ、理念の実践につなげる取り組みを行っている。	運営法人の基本理念をホームの支援の基本と考えながらホーム内に理念を掲示しており、職員への周知が行われている。また、職員が目標をつくる取り組みも行われており、理念の共有と実践につなげている。	
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。	コロナ禍において地域との交流は制限されて実施することが出来なかった。2019年1～2月に餅つき大会、神社参拝を行った。また、散歩で公園に行った。	今年度は、感染症問題があることで地域の方との交流が困難になっているが、昨年度までは、地域の神社や小学校で行われている行事等を通じた交流の機会がつけられている。また、関連事業所を通じたボランティアの方との交流も行われている。	感染症問題が続いていることもあるため、地域の方をはじめとする外部の方との交流が中断しているため、今後の感染症の状況をみながら、地域の方との交流が再開され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。	運営推進会議などを通じていきいき支援センターや町内会との繋がりを持つようとしているが、地域の高齢者の減少、老人会の消滅で高齢者の孤立化が進んでいる。案として「介護何でも相談会」「認知症カフェ、サロン」「未就学児の参加できる場」		
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。	現在は書面で執り行っている。地域のコロナ禍における情報収集や当施設の取り組みや当法人の持っている情報を提供するに留まっている。	今年度の会議については、書面により実施しているが、会議を開催する際には、地域の方の参加が得られており、地域に関する定期的な情報交換が行われている。また、併設事業所と連携した会議が行われている。	
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。	運営推進会議での区いきいき支援センターとは書面だけの執り行いとなっている。地域の情報提供を受けている。	市担当部署との情報交換等については、管理者が併設事業所の管理者を兼務していることもあり、併設事業所を通じた交流が行われている。また、地域包括支援センターとの情報交換も併設事業所を通じて行われている。	
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。	eラーニングにて身体拘束、虐待について勉強を行った。「不適切なケアチェックシート」で自己の振り返りを行った。	身体拘束を行わない方針で支援が行われており、利用者の中には支援が困難な方も生活しているが、職員間で連携した支援に取り組んでいる。また、毎月の会議を通じた身体拘束に関する検討や職員研修も行われている。	
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。	研修の他に年に二回以上の個人面談を行い、職員のストレス状態などを確認している。		

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。	自立支援についての理解と実践について、もっと学ぶ必要があると考える。次回、早い段階で事業を踏まえて学ぶ機会を作りたい。		
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。	入居前のご家族面談で、不安や疑問点などを話し合っている。		
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。	入り口に意見箱を設置している。以前の趣味を踏まえたレクやご家族の外出希望に対して散歩を追加した。	現状、家族との交流が困難になっているが、可能な範囲で利用者との面会の機会をつくり、交流につなげている。ホームでもユーザー評価を実施しており、家族からの要望等の把握につなげている。また、毎月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。	ミーティング、面談を行い、それ以外でも業務内で気が付いたことは提案している。アイデアに対して肯定的に対応している。	毎月の職員会議や日常的な情報交換が行われており、管理者が把握した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、管理者による定期的な職員面談の機会をつくり、職員一人ひとりの把握が行われている。	
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。	「成長モデル」での個々の目標の設定、達成度に対する給与の紐づけは現在行われていない。職場環境は改善を続けるよう指導している。外部研修への職員全員参加が求められる。		
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。	各研修の機会が少なく感じる。特に外部研修については、マンネリ化の防止やモチベーションアップの為に積極的に行っていききたい。		
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。	コロナ禍において交流が出来ない状況。いいも悪いも外部の同じ業種を見てもらいたい。また、協議会などの会合に参加できればと考える。地域との交流方法など学びたい。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	事前の面接やサマリーの情報を元にその人の価値観、生活歴、家族状況などを考えてケアプランを作成。ニーズを把握してケアを提供する。		
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。	サービス開始前に家族面談をしている。新たな意向、不安、要望に対して迅速に対応、把握してケアに生かし、それを報告する。		
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。	初期の対応では本人の混乱を防ぐことから取り組んでいる。実際は家具などは使っていたものを勧め、快適に過ごすための福祉用具使用の検討、相談を行う。散歩、買い物以外のサービスの発掘が今後の検討課題。		
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。	従来のGHのように食事準備の支援などが出来ていない。ひとり一人の知見を聞き出して人生の先輩として学んでいる。今後は役割を持つことを考えて、設備や介護度にとられない柔軟な支えあいの支援が必要と考える。		
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。	家族へは毎月の写真付きのお便りで生活を報告している。嗜好品など必要なもの以外の物を要望されていることを伝え、買ってもらうことがある。		
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。	なじみの方との交流は、面会に来る方一人しか確認できていない。ドライブなどで馴染みの場所ツアーなどを検討する。	現状、外部の方との交流が困難になっているが、利用者の中には入居前からの生活習慣を継続できるように、ホームでも可能な支援が行われている。また、利用者の馴染みの場所等を確認しながら外出できるような取り組みも行われている。	
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。	仕事好きな方々や話好きな方の間に職員が入って交流を滑らかにしている。また、喧嘩の仲裁へ積極的に介入する。		

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。	入院の為に退所された方には医療機関への情報提供を積極的に行う。死去されたり他施設へ移動された場合は初期のみの情報提供となっている。		
<b>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</b>					
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。	入居前アセスメントでその方の希望、意向の確認を行っている。本人の意思表示が難しい場合は生活歴や元の性格をご家族から伺って参考にする。	職員間で利用者を担当する取り組みも行いながら、日常的に職員間で利用者の意向等を共有する機会がつけられている。また、毎月のカンファレンスが行われており、利用者に関する検討を行い、日常の支援につなげ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。	生活歴やなじみの暮らしについては初回アセスメント時に行っている。その後も随時、本人、家族からの情報収集を行う。		
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。	アセスメントを元に把握に努めているが、時間の追われたりアクシデントで自立支援以上のケアをすることがある。		
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。	毎月モニタリングを行い、本人、家族と相談しながらケアプランの変更を行っている。また、スタッフミーティングで職員からの意見も確認する。	介護計画を3か月で見直しを行いながら、利用者の状態変化等に合わせた対応が行われている。職員間で日常的に介護計画に関する確認を行ったり毎月の検討も行いながら、3か月でのモニタリングを実施し、介護計画の見直しにつなげている。	
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。	電子カルテに特記を記入すること、申し送りノートに気づいたことを記入して情報共有している。職員の中に気づきや表現の方法などで技術の差が見られる。センター方式を使用することもある。それを参考に計画を変更する。		
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。	現在は柔軟なサービスは提供できていない。作業系ボランティアの求人、付き添いボランティアの依頼、農業体験、動物ふれあい、外食ツアーが案として上がった。		

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。	どんぐり公園、新栄公園、鶴舞公園、高牟神社、建中寺、徳川園、イオン千種、セブンイレブンなど。花見や買い物で使用させていただく。		
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。	訪問診療をメインに電カルを使って看護師、医師との連携を積極的に行っている。また、異常があれば看護師から医師への上申を早く行っている。	運営母体が医療機関でもあることで、関連の医療機関による定期的及び随時の医療面での支援が行われており、利用者の状況に合わせた対応が行われている。また、併設事業所や関連事業所の看護師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。	日ごろから本人の身体観察を行い、異常があれば全て看護師に報告して指示をもらっている。また、気軽に本人の状態について相談できる。		
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。	入院の際は看護サマリー、お薬手帳を手渡している。必要であれば診療情報提供書を用意する。		
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。	現在、DNER書面はとっているが、具体的な終末期の対応の相談などはご家族とできていない。本人らしい終末を迎えるためにも、まずは家族との信頼関係を深めてからそのような相談を切り出せるようにと考えている。	利用者の看取りを見据えた支援については、関連事業所とも連携しながら支援が行われており、現状、ホーム単独での看取り支援は行われていない。利用者の段階に合わせた家族との話し合いを行い、関連事業所への移行等も含めた支援が行われている。	
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。	事故が発生した際は看護師に報告して指示を受けて対応している。自身の訓練としては遠ざかっており、早急に行っていきたい。		
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。	法人ブロック単位で一部の職員が避難訓練を行っている。全職員の訓練は当然のこと、地域住民との協力関係を築かなければならないと考えている。	年2回を基本に避難訓練が行われており、併設事業所とも連携しながら、夜間を想定した訓練等が行われている。併設事業所に通報装置があることで、事業所間での連携に取り組んでいる。また、関連事業所内に備蓄品の確保が行われている。	ホーム建物の構造上の制約があることで、利用者の避難誘導に困難が予測されるため、関連事業所との連携した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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	認知症高齢者に対する知識や理解を深める機会が必要。親しみを込めることと幼児言葉の使用との違いを考えなければならない。	運営法人で掲げている基本理念や指針には、職員による利用者への対応等に関する内容も掲げられており、職員間で共有しながら利用者への対応や言葉遣い等につなげている。また、利用者のおしゃれ等、意向にも配慮した支援も行われている。	
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。	自己決定においては選択肢が少ないと感じる。また、本人が決定できない場合は職員が選択できるように導くことがある。		
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。	業務進行を優先してしまうことで本人の希望に沿えないことが多くある。本人のタイミングより自身のリズムで接することがある。		
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。	衣類は多く持って来て頂いている。本人に服を選択してもらったり髪をとかしたりして頂いている。また、美容師に直接オーダーを出してもらうこともある。化粧はあまり手が出せていないので支援したい。		
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。	テーブル拭きをやって頂いたり、メニューの発表を行ってもらっている。また、手作りでおやつを作ってもらっている。外食で職員と一緒に食べる時間があっても良いと考える。	食事については、ホームに隣接している有料老人ホームの厨房から提供を受けており、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。ホームで定期的におやつ作りの機会をつくり、利用者も参加する取り組みも行われている。	
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。	食事摂取量を記録して健康に留意している。嚥下状態にも配慮している。水分補給は定期でもらって脱水予防に取り組んでいる。		
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。	起床時、毎食後に口腔ケアに行っている。なるべくご本人に磨いてもらっている。		

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。	排泄のタイミングを探っている。回数を増やしてもタイミングが合わないことがある。増やした回数にも本人からストレスが聞かれる。特に排便コントロールには苦心している。	少人数の職員体制でもある利点も活かしながら、日常的に利用者の排泄に関する情報を共有し、一人ひとりに合わせた排泄支援に取り組んでいる。トイレでの排泄を基本にししながら、医療面での連携や昼間と夜間で対応を変える取り組みも行われている。	
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。	水分摂取を心がけている。また、集団体操でおなかのマッサージや、機能向上プログラムでも運動を行い、自然排便の支援をしているが、下剤に頼っていることが多い。		
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。	個々の気分や体調で入浴日の変更をしているが、細やかな要望は聞けていない。また、時間も午前中だけの提供になっている。	利用者が週3回の入浴ができるように支援が行われており、入浴を拒む方や利用者の状況等に合わせた対応も行われている。特殊浴槽が設置されていることで、利用者の身体状態に合わせた入浴の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。	人により柔軟に対応しており、昼間でも傾眠が強ければ1時間を目途にお昼寝も提供している。夜間については消灯時間がある。		
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。	処方箋、お薬手帳、電カルで情報を得ている。新しい薬が出た場合はしばらく集中して様子を見ている。頓服は看護師と相談の上、与薬している。		
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。	雑誌やテレビを見る以外に、掃除や洗濯の補助など行ってもらっている。また、天気の良い日は散歩に行くことがあった。		
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。	その日の希望による外出は出来ていない。また、コロナ禍において外出機会自体が減っているが、公園以外にも範囲を広げていきたい。	感染症問題があることで、利用者の外出が困難になっており、現状、利用者の外出が行えていない状況でもある。例年は、職員体制を考えながら外出の機会をつくっており、季節に合わせた外出や地域の行事等への外出が行われている。	建物の構造上の制約もあり、利用者の外出が困難な状況が続いていることもあるため、今後の感染症の状況もみながら、利用者の外出の機会が増え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
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。	小銭を持っている方はいるが、施設内では使用する機会がない。利用者様とお金の管理についてはスタッフ内での話し合いが必要と考える。		
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。	電話がしたいという方が居るが、家族は電話をつないで欲しくないと言い、手紙を書いてもらう。面会禁止の時期が正月に重なり、年賀状を出している。ご家族からのお手紙も頂き、渡した。		
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。	毎日定時に掃除が入り、それ以外にもゴミ箱を片付けたりしている。換気をしながらも空調で過ごしやすい空間を意識している。	ホーム内は限られた広さとなっているが、利用者が毎日の生活をゆったりと過ごすことができるように、居室のある別のフロアで過ごすこともできる。また、リビングの壁面には、季節等に合わせた飾り付けや利用者の作品の掲示も行われている。	
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。	ソファは憩いの場で、特定の人同士でおしゃべりしていることもある。また、臥床希望があれば各居室へお連れすることがある。		
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。	本人の私物を持って来て安心している方もいれば、新しくタンスなどを買って設置しているかたもいる。昔の写真や仕立てた洋服があったりと、それから話が広がることもある。	居室には、利用者や家族の意向等にも合わせた馴染みの物等の持ち込みが行われており、一人ひとりの状況等に合わせた居室環境がつくられている。また、当ホームの居室については、建物の二つのフロアに分かれて配置されている。	
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。	自宅で何とか出来ていたことも施設では制限されることがある。トイレ表示を大きくすることで、自立してトイレへ向かえるようにしたり、低床ベッドや手すりの設置を行い、食器を洗ったりしてもらっている。		