

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	1171700469		
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鴻巣		
所在地	埼玉県鴻巣市登戸309-1		
自己評価作成日	令和 3年 2月 19日	評価結果市町村受理日	令和3年4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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社プログレ総合研究所		
所在地	埼玉県さいたま市大宮区大門町3-88 逸見ビル1階		
訪問調査日	令和 2年12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)】

愛の家グループホーム鴻巣のモットーは明るく・楽しく・元気よく！です。ご入居様が気をつかわずわがままの言えるホーム作りを目指しています。その人ができることを大切に【手をかけずに目をかける】ケアを心がけると共にスタッフ全員が同じ方向を向いてケアできるよう努めています。コロナ禍で外出の制限がありますが、今できるサービスを充実させご入居者様と関わっていきたく思います。

【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)】

運営理念を朝礼で唱和すると共に利用者の外出注意等最近の伝達事項を確実に申し送りしている。事業所のモットーは「明るく楽しく元気よく」で、スローガンは「手をかけずに目をかける」としている。利用者には寒くても外の散歩に出てもらおうこととしており、外に出ると笑顔が出て、近所の人と話が来て、職員もその間に入って話が弾む。いろいろ試行する中、昔のお寿司屋さんに意思疎通が難しい利用者で行ったら、雰囲気や匂いでにっこりされたことがあった。家族は、今はコロナ禍で面会が出来ないことが続くことを心配されているので、毎月の家族への報告は、A3用紙に本人の記録を書き、数枚の写真を添えて送っている。リモートでの面会も始めており、すでに数回経験された家族もいる。

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)	○ 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	会社の運営理念を毎日の朝礼で唱和しスタッフ一人一人が意識できるよう取り組んでいる	運営理念を朝礼で唱和すると共に利用者の外出注意等最近の出来事を確実に申し送りする。ユニット会議では目標を設定する。湿度50～60パーセントを維持しようと濡れバスタオルの利用も1日3回活用する。	
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	散歩の際に地域の方とつながりが持てるようスタッフが間に入り会話の橋渡しをしている	コロナ禍で自治会行事や花火大会も中止となり、室内や散歩の生活となった。散歩は寒くても住宅街を歩いている。近隣の人より声掛けがあり、花や野菜を見て話が弾む。農家の人よりおすそ分けもある。	
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	地域の方へ向けた認知症のお悩み会を開催している		
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	2ヶ月に1回の会議で情報を共有し質疑応答の時間を設け意見交換を行っている	現在は書面開催で会議日の2週間前に、市役所、地域包括支援センター、民生委員、家族にファックスや手渡しで書類を届けている。家族からは面会の要望が多い。	
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	行政へ提出するホームの取り組みや事故報告書は郵送せずできるだけ手渡しし介護保険課の担当者との会話の機会が持てるよう努めている	行政への報告書は市、窓口へ持参している。運営推進会議の市の出席者の職員には面談できるよう努めている。介護保険課の研修には管理者、ユニットリーダーが参加している。	
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	会社内の研修で3ヶ月に1回虐待チェックシートを実施し、身体拘束廃止委員会会議を開催している	3ヶ月に1回は職員は不適切ケアのチェックシートで確認している。椅子から、やわらかいソファへ移動すると立てないという拘束があること、「外に出たい」という人がいれば一緒に外に出るなど、朝の申し送り時には、例を挙げて伝達事項を周知している。	何が拘束に当たるか等、研修内容の理解を深め、それをどのように周知するかを検討して、より良い対応となることに期待します。
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	どのようなことが虐待にあたるのかを毎月のホーム会議で周知し、業務中に見たこと・聞いたことのある実例を出し指導している		

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	会社内の研修に参加しスタッフ全員が参加できるよう努めている(事務・調理スタッフ含)		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	重要事項説明書・利用契約書を読み契約を結ぶ際に1項目ごとに理解をしていただいでからサインをいただいています。		
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	玄関に目安箱を設置し投函していただいた意見を各フロアの会議で周知し改善策を考え今後の運営に反映させられるよう努めている	毎月、家族へ送っているA3用紙の報告書には3枚の写真をつけて送っている。家族から入浴回数や散歩の回数を入れてほしいの意見があり、報告するようにした。リモートでの面会も実施している。	
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	定期的にスタッフ面談(業務負担にならないように10分程)を行い現在に悩みや困りごとを聞く機会を設けリーダー会議で業務改善策を話し合っている	2ヶ月に1度職員全員の個別面談を10分位実施している。業務での困り事、休憩が取れない等業務内容を見直して、休憩場所も設定した。9月より介護記録はスマートフォンに記録している。	
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	毎月ホームのMVPを選出しホームに掲示している(1000円以内で好きな物が買える特典付き)		
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	初任者研修・実務者研修などの資格取得を進めている。会社から補助金もでるので、その説明を促している		
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	地域ケア会議に参加している。また職員と実調や営業に行くことで市内の施設がどのような雰囲気なのかどんな職員がいるのか知ってもらっている		

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
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	ご入居間もないご入居者に対し、他者との会話の橋渡しや外が見える席やトイレに近い席への席替えを行い本人が過ごしやすい環境作りを意識している		
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	面会の際にご家族様へ様子報告を行い、ご入居者様にどのような生活を送ってほしいか聞き、その時の認知症の進行状況・身体状況を踏まえた上での生活の方向性を決めている		
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	ケアプラン作成時にご本人様が今（現在）何を課題にしているかを見極めご家族様に事前相談した上でケアプランを決めている		
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	共同生活を送っていただく中で、できるかぎりご自分で出来る事は行っていただき他者との間にスタッフが入り日中活動（レクやお手伝い）を促している		
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	その方一人一人の生活背景を理解し、生活の中で感じた新たな気づきや言葉を詳細に記録に残しご家族様へ報告している。またご家族様から情報収集し今後のケアに活かせるよう努めている		
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	生活背景を元に会話を展開し、散歩や外出の際に可能な限り、思い出や好きなことに関連する場所に行けるよう支援している	主として来訪は家族や親戚である。畑が好きな利用者はゴーヤで緑のカーテンを作ったり、編み物が得意な人は職員にニット帽を作ってくれたりした。利用者の要望で以前からの美容室に出かけたこともある。	
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	一人一人に自由（タイムスケジュールにとらわれない）に生活していただいておりますが、共通のアクティビティ（体操やお手伝い）はできるだけ複数で行い関わりが持てるよう努めている		

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
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(退居後)の様子を電話やメールにてお聞きしご家族様の悩みに対し介入できる範囲で相談や支援に努めている		
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	毎月開催されるケアカンファレンスで本人・ご家族の思いを取り入れたケアプランを全スタッフで意見を出し合い決定している	普段の会話からどなたかの名前がよく出ることがある。家族に聞いて、それを気づきとして記録する。重度で意思疎通が難しい利用者が、誕生日に昔の寿司屋さんに行ったら雰囲気や匂いからか、にっこりされた。	
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	アセスメント表を元にご入居様に生活歴を周知し新たな気づきがある場合ホームの共有ノートへ情報を追加し情報共有している		
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	毎日変化のあるご入居者様も多いのでタイムスケジュールは作っていない。業務優先にならないよう努め、今必ずやらなくてはいけない事なのかをスタッフが見極めその日の過ごし方を決めている		
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	日常の変化を共有ノートに残しておくことにより現在の認知症状や身体状況の把握に努めている	独自の書式の共有ノートに気づきや身体状況、認知症状を残している。家族にも報告して介護計画作成時に反映させている。最終介護計画の前にも家族に見てもらい、意見があれば追加して同意をもらう。	
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	ヒヤリハットノートに毎日の気づきを記入し情報共有に努めている		
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	ご入居者様のその日の気分や体調を優先しケアにあたっている。ケアプラン実施が困難な場合、サービス期間が残っていてもプランの変更を行っている		

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
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	地域で行っているさまざまな取り組みに参加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	契約時に往診医の情報を提示し、ホーム生活中での心配事を事前に家族様にも聞いた上でどのようにアプローチしていくのかを話し合い医療サービスを提供している	往診医は月2回、歯科医は週1回来てくれる。夜間も往診医が24時間オンコール体制となる。救急車対応時は、夜勤者が同乗し、管理者が来て事業所を守る。入院の時は家族と交代する。	
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	訪問介護ノートを活用し最新の処置の指示や変更点を誰が見てもわかるようにしている		
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。	入院時にご家族様へ同意を得た上で病院の相談員の方と病状や経過報告などをホーム側から連絡を取ってよい許可をいただいている。途中経過の段階で受け入れが可能と判断できた場合、一日でも早い退院ができるよう努めている		
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	契約時にご家族様と話し合い、重度化した場合の対応にかかる指針・看取り介護にかかる指針に関する方向性を決めている	契約時に看取りの説明をしている。看取りの経験はあるが、家族、医師、職員の連携が必要で他利用者への気遣いも出てくる。家族には看取りのリスクも理解してもらい判断してもらおう。今後、看取り介護の方向は無理な事はしていかないとしている。	
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	急変時のマニュアルを各フロアに設置している。誰が急変時に対応しても焦らずどのような流れをとればいいのかわかるようにホーム独自のマニュアルを作成している		
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回の通報・避難・消火活動を行っている。(現段階で全スタッフが参加済み)訓練の際は近隣住人の方への協力をお願いしている	年2回避難訓練で1回は夜間想定としている。通報、避難、消火訓練は全員が経験した。2階の人は外部階段で外に出る。シーツを利用した訓練も実際におこなった。2年前の台風時は備蓄品と貴重品は2階に上げた。	

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
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	一人一人対応の方法や声掛けのタイミングも違うので、新しいスタッフには信頼を得るのは時間がかかるが失うのは一瞬であることを伝えている。また敬語が全てよいのではなくご入居者様によってはフランクに話さない距離が縮まらない方もいることを伝えている	保険証等貴重品は鍵付きのロッカー管理で管理者と事務員のみ開閉可としている。トイレのドアを少し開けての見守りを嫌う場合は、職員が中に入って閉めている。場所と時間により事務所独自の声掛けで普通便はF便などの略語も使っている。本社の研修動画を職員に会議で見せてもらっている。	
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	クローズド・クエスチョンではなくご入居者が自由の選択ができるようオープン・クエスチョンで声掛けを行っている		
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	タイムスケジュールはあるが、業務優先にならないように努めご入居者様中心のケア心がけている		
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	ご自分で衣類の選択が難しい方もいるので各居室担当者が定期的に衣類の入れ替えをしている。また女性ご入居者様にマニキュアを塗りおしゃれを楽しんでいただいている		
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	ご入居者様に毎食メニューを書いていただき食事に対する意識を高めている。また野菜の皮むきをしていただくことで楽しみを持っていただいている	調理専門員がいる。利用者は毎日の調理はしない。共通ボールやみそ汁の盛り付けは手伝ってもらい、ホワイトボードにメニューを書いてもらっている。声を出して発表してもらい、食事の意識を高めてもらっている。	
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	自立支援ケア（一日最低1500mlを摂る）を会社の取り組みで行っている。血液検査の結果を元にどの数値が不足しているのかを個別に出し+αで摂取していただいている（卵、チーズ、鯖缶など）		
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	歯磨きが難しい方は口腔ケア用ウェットティッシュや口腔ケア用スポンジでケアを行っている。また週1回の訪問歯科で口腔内の状態を診ていただいている		

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	介護度に関係なく全ご入居者様にトイレに座っていただき排泄を促している	排泄等の介護記録はスマートフォンに入力することが9月に決まった。行政にはペーパーレスの確認を取っている。トイレに行かない人は廊下歩行を促し誘導している。トイレでの排泄を基本としている。	
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	自立支援ケア(一日最低1500mlを摂る)を実施してから下剤が取れた方が複数いる。また牛乳の提供や宿便がある方はホットタオルで腹部を温め腸の動きを促している		
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	基本的には入浴が空いている方からご案内しているが、本人の希望を聞き朝風呂や就寝前に入浴希望がある方はできるかぎり対応している	週2回の入浴が基本だが、朝、夕の時間帯希望には対応している。1日3~4人が平均で、入浴時間は長く、丁寧である。入浴剤をいれ、「今日は草津温泉かな」等の声が出る。ゆず湯、菖蒲湯もある。	
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	食事を摂取してから1時間以上開けてから声掛けをし休んでいただいている。タイミングを見て離床していただき昼夜逆転しないよう努めている		
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	個人ファイルに服用薬の名前・写真・効能や注意事項を記載しスタッフに周知している		
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	生活歴から本人の好きな事(縫物や野菜作りなど)を探りケアプランに取り入れている。作品や野菜ができたものを展示したりみんなで食べることにより本人の喜びにつながっている		
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	散歩に行けない時(雨や風が強い日)でも外に出る機会(外気浴)を作っている。また外食会や市内の思い出の地巡りを行っている	以前はメニューを決めて外食に行き、その後に思い出巡りを組み合わせていたが、コロナ禍で今は出来ない。体を動かすことが大事として散歩、外気浴をしている。家族から外出希望があるが止めていて、書初めを掲示したり、おせちを楽しむとしている。	

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	ご家族様よりお小遣いを補充していただき、できるかぎり消耗品の購入はご本人と一緒に買い物へ行き選択の自由を持ってもらっている		
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	家族様への電話の希望がある場合、事前に契約時に聞いている電話をかけていい時間に電話をしている。手紙のやりとりはしていないが、毎年ご家族様へ宛てた年賀状を作成している		
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な工夫をしている	展示物は季節ごとに変え季節を感じていただいている。またトイレや居室の名前表示をご入居者様の目線の高さにし認識を高めている。また気分転換も兼ねて定期的な席替えを行っている	起床したら5分間の窓開けをする。1日数回実施する。手摺の消毒は1日2回、床は夜間におこなう。湿度は50～60%維持で加湿器や濡れバスタオル、洗濯物も利用する。装飾物は収集癖のある人もいて、少なめである。	
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	共用空間に独りになれる空間は作っていない。自席で過ごす方やソファで過ごされる方とさまざまだが、独りで過ごしたい希望や様子がある時は居室へご案内している		
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	ご家族様へできるだけご自宅で使用していたものを持ってきていただくよう伝えている。また最初から色々な物を居室に置いてしまうと不要な時に下げられなくなってしまうので、訴えがあった時点で追加するようにしている(備品を足すことはあまり抵抗はないが備品を引くと混乱する可能性が高い為)	起床してから、5分ほど窓開け換気をする。エアコン照明、作り付けのタンスが備品で、他は使い慣れた物を持参している。仏壇や畳の持参もある。表札は職員手作りで利用者の目線に合わせている。	
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	施設内は生活動線や行動範囲を考えた物の配置をしている(足を引っかけたりつまずき防止)また表示を大きくしたり、トイレの訴えが多く近くないと不安な方にはポータブルトイレを設置したりトイレから近い位置に居室を移動し対応している		