

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	4570600355		
法人名	医療法人 杏林会 三股病院		
事業所名	グループホームみみつ (杏ユニット)		
所在地	宮崎県日向市美々津町3870番地		
自己評価作成日	令和6年5月28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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 宮崎県介護福祉士会		
所在地	宮崎県宮崎市原町2-22 宮崎県福祉人材センター人材研修館内		
訪問調査日	令和6年7月8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)】

①病院が併設している為、緊急時の連携、充実した看取りの体制が組んでいる。歯科衛生士、理学療法士、栄養士等、多職種との連携が履かれ、必要時に助言や指導を受ける体制が整っている。
 ②毎月、職員で認知症についての勉強会を行い、認知症状を理解し情報の統一、ケアの統一に努めている。
 ③感染症拡大防止の為、面会の制限が続いており、外部との交流が減少しているが、ご家族へはLINEや通信等に写真を入れ、近況報告を行っている。
 ④畑で季節の野菜や花を育てたり鑑賞することで季節感を感じる事、食材として使用し食べる楽しみにつなげている。

【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)】

運営推進会議の開催に際し、家族へ返信用封筒とともに案内を送っている。そのような対応により、参加の促しや、関係性の継続に繋がっている。勉強会の開催や各種指針の整備など充実しており、運営法人を含めた、体制整備が行われている。また現在、記録の更なる充実にも取り組んでいるが、入居者ごとの担当職員が、月末にモニタリングを記載し、介護計画に基づく振り返りを行うようにしている。運営法人が医療法人ということで、連携が図られ、希望に応じた医療と、重度化・終末期の在り方を確認していることも安心となっている。情報発信にも前向きに取り組んでいることから広報誌の充実や、SNSを活用した連絡に取り組んでいることも評価できる。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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				

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	新入職員へは入社時に伝え、分かりやすい場所へ掲示し意識づけを行うと共に、確認出来るようにしている。	理念にて入居者を「あなた」と表現し、個人を尊重した対応を心掛けている。現在の職員への意識付けを進めつつ、見直しを視野に検討している。	
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	地域との継続的な関りとして、商店からの野菜の配達を続けている。また、地域の美容師や理容師による散髪を行っている。	母体の医療法人が地域に根差した運営を行ってきた経緯があり、ホームも認知されている。新型コロナの流行以降、入居者主体の交流の機会が減少し今に至っている。	過去には地域の子供との交流や、定期的な外出の機会などがあった。現状で満足するのではなく、地域の一員としての活動や参加の機会を作れないか、今一度検討す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	2か月に1回、運営推進会議を開催している。出席できなかった方には資料を送付している。		
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	運営推進会議には入居者全員の家族、市の職員、地区役員へ案内を出し、出席してもらっている。会議で出た意見や要望は検討し、サービスの向上に役立っている。	地域の代表者や、家族を含めた多様な参加者があり、ホームからの情報発信、意見収集に努めている。家族からはケア内容についてのホームの対応について満足されている旨の意見が出されたこともある。	
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	市の担当職員へ相談、報告を適時行っている。また市役所職員へも書類関係の質問など、都度相談を行い助言を頂いている。	メールでの情報共有や運営推進会議、運営に関する相談などで連携を図っている。防災や生活保護に関する担当課との協力関係も築いている。	
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	マニュアル作成し、職員への勉強会を行い、知識の向上に努めている。玄関の施錠は行っておらず、身体拘束を行わないケアへの取り組みは出来ている。	身体拘束に関するマニュアルは、当該委員会を中心に内容を精査し必要に応じて見直しをしている。勉強会の他、研修報告を活用し意識付けを行っている。過去には外出を希望される方に付き添い、ケア方法の工夫も行っていった。	
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	マニュアルを作成し、職員への周知を行った。具体的な事例から、それぞれの気持ちを聞き出し、振り返りを行い、実践に繋げる取り組みを行った。		

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
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	権利擁護に関する知識が不足している為、研修や勉強する機会を作り、職員全体で知識を深める必要がある。		
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	契約時に家族や利用者へ契約内容や重要事項の説明を行い、理解・納得頂いている。また、今年度の介護報酬に伴う加算の変更は、事前に電話等にて連絡、説明を行い、同意を得、郵送にて署名を頂いた。		
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	運営推進会議を開催し、意見や要望の確認を行っている。出欠の確認の際、参加出来ない方へは意見等ないか確認を行っている。	入居者の日々の発言に耳を傾けて環境整備に活かしている。広報誌の発行に力を入れ、情報を発信している。その際、家族への運営推進会議の出欠に返信用封筒を同封している。	
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	年2回、管理者と個人面談を行い、意見や要望を出してもらい経営者へ相談・報告を行っている。また、業務への提案は各ユニットリーダーを含むユニット職員全員で検討を行い、実践している。	出された意見は、必要に応じて法人事務長に相談したり、職員間で調整を図るなどして対応している。業務上の変更点は書面にして統一を図るように努めている。	
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	法人目標が掲げられており、全職員が見える位置へ掲示を行っている。また、資格取得への補助もあり、資格取得した職員は給料や昇給に反映されている。		
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	4月に研修参加計画を作成し、経営者より許可をもらっている。院内勉強会へ参加が出来ない時には伝達講習を行っている。		
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	リモート研修が主となり、多職種との交流は減ったが、併設している病院、他職種との交流はもっており、助言をもらっている。		

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	サービス導入前に、担当ケアマネ、家族等から助報酬を行いアセスメントを行っている。また、職員間で統一したケアが行えるよう、導入前に連絡ノートを活用し、情報の共有を行っている。		
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、ご本人の意向の確認を行っている。計画書の立て替え時期には、必ずアセスメントを行うと共に意向の確認、要望等の確認を行っている。		
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	サービス導入前は、本人と面談を行い、移乗や希望の確認を行っている。また、担当ケアマネや医療機関から情報収集を行い、必要なサービスが提供できるよう努めている。		
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	利用者と色々な話(会話)をすることで、信頼関係を築き、利用者の生きがいや楽しみ、役割を見つけている。		
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	現在は短時間での居室での面会を実施している。また、行事等で写真を撮った時には、データを共有し、近況報告等を行っている。		
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	居室に家族との思い出の写真や、親しい人からの手紙等を貼り、思い出話を聞いている。また、外出の規制がある為、外出は行っていないが、電話や面会で知人との交流が保てるよう支援している。	アセスメント等を通して得られた情報を共有し、関係の把握に努めている。状況に応じて玄関先や居室での面会の実施、事前申し出による家族との外出など、機会を設けている。	
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	リビングで気の合う利用者同士で交流が取れるよう、咳の配置を工夫している。また、職員と会話をしたり、タブレットで動画を観たり、交流が図れ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	解約後、退所後も郵便物や行政、病院からの問い合わせに対応している。また、相談等あれば対応も行っている。		
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	1人1人の希望を聞き出す為、色々な事(昔の話)を会話に含めている。意向が確認できない方は家族に聞き取りを行って、可能な限り、本人本位を検討している。	入居者ごとの担当職員を定め、意向を踏まえた環境整備などを実施している。情報の共有には連絡ノートを活用し、本人本位に向けて取り組んでいる。	
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	利用者に関する情報以外に不明な点は、本人・家族へ聞き取りを行っている。場合によっては話したくない事もある為、注意しながら把握に努めている。		
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	1人1人の1日の過ごし方や心身状態、有する力によって計画書を作成する内容が変更するため、見落としがないよう係る職員にも聞き取りを行っている。		
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	本人・家族の意向を優先に、計画案を作成し、それぞれのユニットリーダーへ相談している。本人の出来る事、やりたい事、家族の希望を可能な限り、取り込むよう努めている。	計画作成担当者を中心に、情報の共有に努め、記録を計画作成に反映させている。月末に、入居者の担当職員が目標に沿ったモニタリングを記載する取り組みを実施している。	
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	個別の介護記録は細やかな部分の記録が不十分で口頭で伝えられている事がある。計画書の見直しや評価には活かさない事がある為、改善に努めている。		
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	職員全体でチームとし、家族間のニーズに対し、統一した支援を行えている。その時に必要な介護、支援を柔軟に支援出来ている。		

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	感染症拡大防止の為、地域との交流はほとんど行えていない。民生委員や地区の区長へは2ヶ月に1回、近況報告を文書で行っている。		
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	併設している病院と連携し、体調に異常がある方は早期に受診を行い対応している。月1回の訪問診療にて状態報告、年2回定期健診を行い、医師や看護師との連携を取っている。	母体の医療法人と連携し、必要な医療が受けられるように、記録の充実と情報の共有に努めている。他院の受診には家族に連絡の上、ホーム職員が支援を行う体制である。	
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	毎日のバイタルサインや皮膚状態、身体状況を、その都度報告し、看護師が受診の判断を行っている。受診した場合は記録に残し、家族へも連絡を行っている。		
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。	医療連携体制を取っており、入院の際は必ず情報提供を行っている。また、入院中も状態の確認の為、医療機関と連携を取り、退院後について調整を行っている。		
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	家族へ終末期の意向の確認を行っている。また、看取りに関わるパンフレットを配布している。	指針を作成しており、ホームの体制を踏まえた本人・家族の希望を、計画作成時や状態変化時に確認し、書面に残している。同法人内に多職種が在籍しておりチームで対応する体制である。	
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	体調不良時、急変時には速やかに管理者、看護師へ報告し病院受診へつないでいる。夜間の急変時にはマニュアルに沿って対応するよう統一している。		
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回避難訓練の実施、2か月に1回、防災対策勉強会を実施し、全職員の防災知識の向上を図っている。	緊急時に入居者が持つ「アクションカード」には顔写真や連絡先が記載してある。備蓄品も備え、夜間想定訓練も実施している。しかしホーム内での対応を中心に訓練を行い、外部との連携が少ない。	運営推進会議には地域の消防団の参加があり、関係性が良好である。そのような強みを活かし、連絡体制や実際の訓練への参加などに繋げてほしい。

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	一人ひとりに合わせた声かけの方法や、介助の方法を職員間で検討し、統一した支援を行ない、無理強いは行っていない。	入居者の状況に応じて、家族からの情報などをもとに、ときには方言や呼称を工夫することで、それぞれの人格に応じた対応の実施に努めている。	
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	担当者や計画作成担当者が本人の思いや、希望の確認を行っている。本人が自分の思いを言える環境作りに努めている。		
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	利用者のペースに合わせて支援を行っている。また、日中の様子、個別運動の様子等記録に残している。		
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	起床時には洗面所で整容を行ったり、温かいタオルを渡して拭いてもらったり、自己にて行えない方には介助を行っている。		
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	本日のメニューを掲示し、お盆や食器拭き、おしぼりの準備を手伝ってもらっている。行事や誕生日等は、利用者に好みの献立を聞いて取り入れている。	心身の状況に配慮し、座ってできることを中心に、干し柿作りや盛り付けなどにも参加してもらっている。希望があればノンアルコールビールや生ものの提供を検討することもある。	
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	体重測定を行い、食事量を検討している。また、低栄養の方には高カロリーゼリーを検討したり、必要に応じて管理栄養士へ相談も行い、助言を頂いている。		
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、自己にて口腔ケアが出来る方は声かけし、介助の必要な方は声かけと介助にて口腔内の清潔保持を行っている。義歯は週2回の消毒を行っている。		

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	利用者の身体状況に合わせた排泄支援を行っている。立位が出来る方、腹圧をかける方等、状態を把握し、トイレでの肺せつかオムツ対応か検討を行っている。	入退院による状態変化もあるが、本人の能力を活かして、オムツからリハビリパンツ、更には自立した排泄へと繋がるように工夫している。過去、入居者の習慣から男性用便器を増設した経緯もある。	
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	毎日は排泄表の確認を行い、排便の状況に合わせてコントロールを行っている。また、オリゴ糖での排便の改善に取り組んでいる。		
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	週1回～3回、利用者のペースに合わせ無理の無いよう、入浴を行っている。体調の変化や気分の変化により入浴できない時は、曜日変更等を行っている。	ホーム内に一般浴槽と、特殊浴槽を備え、状態に応じて対応できる環境である。本人の希望に応じて、入浴の順番や急な変更にも対応している。	
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	利用者の身体の状態に合わせて臥床する時間を作ったり、ソファで休む時間を作る等、対応を行なっている。また、夜間も良質な睡眠をとって頂く為、寝具の調整等を行っている。		
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	翌日の薬を職員3名でチェックを行ない、当日の薬は服薬前に日付、名前、個数を確認しチェックしている。誰に内服するか声出し確認を行い、くすりは顔写真付きのファイルにテープで止め、誤薬防止に努めている。		
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	毎日のレクリエーションで身体を動かす、洗濯物をたたんで頂く、干して頂く等、生活のリズムを保ち、楽しく食事を召し上がって頂く事に努めている。		
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	外出は規制があり行えていない。玄関までの外気浴、病院受診のみである。今後、外出の規制が緩和された場合、ご家族やご本人の相談に応じていく。	事前の申し出による家族との外出を再開するとともに、地域との交流の機会を模索していく意向である。隣接する母体法人と相談し、入居者の心身状態に応じて検討している。	

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	家族からお小遣いを預かっており、ユニットリーダーが管理している。担当職員が必要な日用品を代理で購入している。また、必要に応じてご家族と相談し、必要物品を購入している。		
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	電話でのやり取りやLINEのビデオ通話ができる方は、行っている。面会も制限はあるが、増えてきている。		
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	玄関やリビング内には、その月の季節に合った掲示物を貼って四季感を感じて頂くよう工夫を行っている。家庭菜園で畑を作り、食事にも使用し、季節を感じて頂いている。	リビングとキッチンには仕切りがなく、広々とした空間である。テレビ前にはソファが置かれ、ゆっくりと過ごせるように環境が整っている。廊下も広く、車椅子の方にも配慮された洗面台、トイレである。トイレの場所にも工夫がされている。	
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	リビングにソファを設置し、ゆっくりと過ごして頂きながら、通所の利用者との会話も弾み、楽しく交流が取れている。		
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	自宅で使用されていた物を、入居時に持ちこんで頂き、また、家族の写真を貼ったりして本人が安心して過ごせる環境作りに取り組んでいる。	入居者の心身の状態に合わせてレイアウトされ、寝具の形態も工夫されている。居室に暖簾を掛けている方や、居室内に思い出の写真飾っている方など、それぞれに応じた環境となっている。	
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	認知症の利用者の方が自分の物と分かるように名前の掲示や、トイレの場所が分かるよう表示している。また、独歩で移動される方には声かけを行ったり、付き添いを行って安全に過ごして頂いている。		