

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	2691800136		
法人名	社会福祉法人 京都眞生福祉会		
事業所名	グループホーム 京都綾部こすもすの郷2号館(ひまわりユニット、ぼたんユニット)		
所在地	京都府綾部市高津町遠所1番621		
自己評価作成日	令和4年1月6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.kajgokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JiryosyoCd=2691800136-00&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 野の花
所在地	京都市左京区南禅寺下河原町1番地
訪問調査日	令和4年2月16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)】

平成27年4月に開設し、法人理念やグループホーム施設理念に沿ったサービスの提供を行っています。理念の中にある「その人らしく生き生きと暮らす」の部分に着目し、ご本人やご家族の思いに寄り添い、言葉の意味と一緒に考えていけるよう努めています。また、高台に立地しており、綾部市街地が見渡せる環境にあります。春は桜並木、夏は新緑、秋は紅葉、冬は雪景色が鮮やかで生活の中で四季を感じることが出来ます。活動も四季に合わせて計画をし、出来る限り心身の機能を維持し、生き生きと暮らしていただけるように考えております。
地元、高津町とは地藏盆や文化祭等に参加することで交流をしております。コロナ禍にあっては、直接の交流は難しくなっておりますが、千羽鶴の奉納や文化祭への出展等、係りを継続しております。

【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)】

京都市中部の綾部市にあるグループホーム。開設7年になる。優れたケアマネージャー利用者の個性や意向を踏まえてきめ細かな介護計画を丁寧に作成し、職員が実践している。

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 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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(ぼたんユニット)

[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「その人らしく生き生きと暮らし続ける力を地域とともに支えます」グループホーム玄関や事務所に掲示し、会議開催時の冒頭に確認している。各ユニットでケアの振り返りをし、話し合いを日々、行っている。	グループホームの理念は「その人らしく生き生きと暮らし続ける力を地域とともに支えます」である。職員には研修している。もう一つのグループホームを開設に当たって管理者と職員が話し合っていて決めている。職員は理念の実践として利用者の意思決定を尊重し、利用者の意向に沿った対応をしている。また、以前は地区の行事やサロンに参加して交流し、毎月発行の広報誌に掲載し、利用者、家族、地域の人にも広報している。	
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	地元自治会に加入しており、回覧物の共有や運営推進会議などで自治会や老人クラブと交流し、地域の行事・活動内容を確認している。コロナ禍以前は、利用者と一緒に参加していた。現在は間接的な参加となっている。	ホームの近くには郵便局、スーパー、コンビニ、理美容室、外食店、喫茶店、小学校、保育園等がある。自治会に加入し、回覧板により地域の情報を把握し、地蔵盆、文化祭、納涼祭に参加している。また、老人クラブの行事と連携することもある。近くの高校からはクリスマスケーキのプレゼントもある。近くのこども園との交流もある。認知症相談窓口を開設するなど地域貢献をしている。また、地域で認知症の講座を開催している。	
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	運営推進会議にて高津町の自治会長、老人クラブ、民生委員等と意見交換をしており、施設の状況を伝えている。過去には認知症に関する講演を依頼されたこともある。		
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	運営推進会議の構成員は、複数年継続して就任いただけており、意見も出やすくなっている。現在は、書面での会議開催となっており、集まっていた頃比べると減っている印象。	綾部市社会福祉協議会、綾部市高齢福祉課、高津町自治会長、老人クラブ会長、東民生委員、西民生委員、綾部市中部地域包括支援センターが委員となり、現在は会議ではなく、書面でのやり取りとなっている。年6回開催し記録を残している。グループホームの各委員会の活動の報告、行事の報告、利用者の状況報告、事故・ヒヤリハットの報告を委員に書面で送付している。委員からの意見の記録はない。	

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
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	確認が必要な事柄や判断に困る内容等、相談できる環境がある。必要に応じて助言いただいている。	市には必要な報告をし連携を保っている。市が開催する活動には参加している。	
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	施設内に高齢者虐待防止・身体拘束廃止委員会が設置されており、委員を中心に研修会を定期的に開催している。	身体拘束についての職員研修は毎年2回以上実施しており、職員はスピーチロックや、やむを得ず拘束する場合の3要件について認識している。身体拘束の実例はない。一人の利用者がセンサーを使用しており検討会を行い、家族の同意を取っている。	
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がないように注意を払い、防止に努めている	施設内に高齢者虐待防止・身体拘束廃止委員会が設置されており、委員を中心に研修会を定期的に開催している。		
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	綾部市主催の研修会への参加。実際に成年後見制度を利用されている方もある。		
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	契約時には、その内容の読み合わせを行い、分かりにくい点については都度確認し、説明をしている。利用にあたっての不安が一つでも解消できるよう努めている。また何でも聞けるような雰囲気作りに努めている。		
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	運営推進会議への出席、敬老会後の家族交流会をその場としていたが、コロナ禍により、難しい状況にある。ガラス越し面会時とケアプラン更新時の思いの聞き取りを中心に対応している。	現在は家族の面会はガラス越し、あるいはビデオによる面会としている。多い人は月に2～4回くらいである。ホームの敬老会に家族を招待し、その後家族会をしている。担当者が行事や利用者の写真を多数掲載した広報誌を発行、家族に送付して喜ばれている。「元気な様子が分かって嬉しい」との声を貰っている。家族の意見は「利用者が何とか外出することができないか」、「職員の異動が多く、誰に相談すれば良いか分からない」等あり、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
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	毎月開催のグループホーム会議では、担当者が全職員から事前に意見を聞くようしており、その内容をアジェンダに記載し、話合っている。	職員会議は毎月2～4回、業務の検討、利用者カンファレンスを実施している。会議では職員は積極的に意見を出している。事業所内職員研修は各委員会が計画し実施している。職員の意見として「夜勤が多い」等があり検討している。	
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	年2回、執務考課にて評価を実施し、振り返りの機会としている。また賞与時には全職員に面談を実施、課題や要望を共有している。		
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	認知症介護実践者研修への参加、介護福祉士等の資格取得を後押ししている。オンラインを中心に外部研修への参加を推進している。		
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	綾部市、市内主要病院への研修会等へ参加し、意見交換の場としている。併設特養とも施設内研修、各種会議を通じて、活動をもにしている。		

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	入所時に、ご本人の思いを聞いている。また普段の生活の中でも傾聴に努め、要望を聞いている。		
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	面接時、契約時に困っていることや不安なこと、家族の思いを聞き取った上で、施設での対応等を話すようにしている。		
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	入所までの各段階で必要な援助ができるように家族、本人より情報収集を行い、入所時に必要な支援を検討し、ケアプラン等で提示、援助している。		
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	生活の中でご本人の能力を見極め、寄り添うようにしている。利用者同士の関係性にも注目し、必要に応じて、間に入り、支援している。		
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	ご本人だけでなく、家族も支援の対象と考え、いつでも相談できる関係作りを目指している。毎月、施設広報誌を配布し、個別に担当者がコメントを記入している。ガラス越し面会時には、担当者を中心に話をし、関係性作りに努めている		

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
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	ご本人、家族に聞き取りを行い、馴染みの関係、場所等、可能な限り交流がもてるよう努めている。ガラス越し面会や毎月の広報誌等で情報発信を行っている。	利用者の会いたい人、行きたい場所への支援をしていない。	長い人生を送ってきた利用者は今グループホームで人生の最後の日々を暮らしている。子供の頃の仲良し、近所に住んでいた人、仕事仲間、趣味の仲間などに一度会いたい。また、生まれた家、先祖のお墓、結婚し住んでいた家、もう一度行ってみたい。こうした「もう一度会いたい人」、「もう一度行ってみたいところ」への利用者の思いを実現することが求められる。
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	生活の中で利用者同士の関係性を見だし、心地よい関係作りが行えるよう、声掛けや支援をしている。		
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	退所にて契約が終了しても、いつでも相談できることを退所時に伝えており、他サービスの紹介、各援助者へ繋げている。		
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	担当者、計画作成者を中心にアセスメントを行い、計画更新時にはご本人、家族にも以降の確認を行い、ケアプランを作成している。また毎月のモニタリングにより評価、再検討を行っている。	契約時や入居時に利用者や家族に面談し、グループホームの説明をし、「どんな暮らしをしたいのか」という利用者や家族の意向を聞いている。。管理者やケアマネが実施しており、同時に利用者の介護や医療の情報を収集している。生活歴についてはない。思いは聞いている。	長い人生を送ってきた利用者のその人らしい暮らしを支援するためには、利用者がどこで生まれ、子供時代を過ごし、どんな人生を送ってきたかを把握することが欠かせない。そのため情報が求められる。
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	ご本人、家族から情報収集を行い、アセスメントシートをまとめ、職員間で共有している。		

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
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	常に身体、精神状況等の把握を行い、生活の中で機能しているか等、モニタリングし、評価している。		
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、計画作成者が中心となり、ご本人のケアについて職員間で話す機会を持つよう努めている。毎月、ユニット会議で利用者カンファレンスをしている。更新時にはご本人、家族の意向を聞き、ケアプランに反映させている。	計画作成担当者が利用者のアセスメントをし介護計画を作成している。介護計画は、利用者、家族、かかりつけ医師、職員等の意見を反映している。介護計画は身体介護、くらしの楽しみ、認知症不穏時の対応等の項目を入れ、きめ細かに丁寧に記載されている。介護計画の実施記録は職員が書いている。利用者の担当職員がモニタリングを実施している。	介護計画の実施記録には、職員が実施したこと、発言したことを書いている。その介護に対する利用者の反応、つまり表情、行動、発言は書かれていない。介護計画の評価の根拠にならない。
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	24時間シートを活用し、行動等の記録し、より詳細な記録を経過観察記録に残している。気づきや計画に沿った対応ができているかモニタリングし、評価している。		
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	その都度、柔軟な対応ができるよう、職員間で情報共有するとともにケアの統一を行うよう努めている。		
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	地域との交流が持てるよう、運営推進会議、自治会回覧を中心に情報収集を行っている。能力に合わせて、参加していただけるよう支援してきたが、コロナ禍にあっては、外出が難しくなっている。		

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
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	入所時にご本人、家族と相談している。適切な医療が受けられるよう、施設医には日々の健康管理を中心に、必要に応じて専門医に受診している。	協力医療機関の医師が往診にきてくれており、利用者のかかりつけ医になっている。その他の医師や病院を受審する場合は家族や状況により職員が同行することもある。利用者の状態は介護サマリーを出している。歯科は訪問診療を利用している。認知症についてはかかりつけ医や病院を利用している。	
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	日常生活の中で本人の身体状況や気づいたこと等を看護師と共有している。		
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。	必要に応じて各医療機関の相談員と連絡をとっている。入退院の調整を主として、必要に応じてカンファレンスを行い、動行を確認している。		
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	看取りについて、契約時に意向を確認している。利用者の状況に応じて家族、施設医、看護師と担当でカンファレンスを行っている。	利用者の重度化や終末期の対応についてグループホームの指針を文書化し、利用者や家族に説明している。「看取り」については、利用者や家族から希望があれば医師と協議する。	
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	連絡方法や対応方法の手順を分かるように表示している。また定期的に消防署主催の救命講習に参加したり、急変時の事例検討と振り返りをしている。		

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
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	防災訓練を定期的に行っており、職員も順次、参加している。過去には地域の防災訓練に参加した経緯もある。	火災、地震等について避難訓練を実施している。食料等の備蓄を準備している。災害時における法人内相互協力体制は確保している。災害時において地域の人への協力依頼は運営推進会議でお願いしている。	
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	ご本人の思いや人格、誇りを大切に、寄り添えるような対応を目指している。職員間で情報共有しながらより良い対応ができるよう努めている。	利用者への対応や言葉遣いについて職員にはスピーチロックをしないよう、適切な言葉遣いをするよう、委員が現場を点検している。職員研修を実施している。職員会議や申し送りについては、利用者に聞こえないよう行っている。くらしでは利用者の着る服など利用者の意向を大事にしている。	
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	担当者を中心に生活の中で本人の意向や思いを聞けるよう、また自己決定できるように声かけをしている。		
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	体調面にも配慮しながら、過ごし方を考え、利用者と一緒に考えるようにしている。個別に対応したり、グループに分かれて活動してもらうこともある。		
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	起床時、入浴時に着たい服を選んでもらうようにしている。職員と一緒にタンスの整理をしたり、家族に衣類の入れ替えを依頼している。		

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
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	配膳時、その人にできることを考えて声をかけている。月に数回、おやつ作りを利用者と一緒に行っている。何が食べたいか希望を聞くようにしている。	3食とも併設特養の厨房から配達している。献立は管理栄養士が立てておりカロリー値や栄養バランスの点検済みである。行事などで利用者の希望を聞き、職員と一緒に調理することがある。利用者も一緒にホットプレートでおやつ作りをすることがある。現在は外食は中止している。テイクアウトですしをとることはある。	
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	24時間経過観察記録表を使用し、食事、水分摂取の記録を行い、少ない時は声かけ、促したり、施設医に報告するようにしている。食事や飲み物の工夫を考え、嚥下能力等も観察している。		
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、口腔ケアの声かけを行っている。自分でできる方は、口腔内の観察をしている。義歯は夜間預かり、消毒している。必要に応じて歯科往診を依頼している。		
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	24時間経過記録表を活用し、排泄パターンや回数をチェックしている。入浴時の下着状況を観察、記録し、職員間で情報共有している。リハビリパンツや尿とりパッドの必要性も検討している。	尿意があり、自分でトイレに行くという排泄の自立をしている利用者は約半数、他の人は職員が声掛けしトイレ誘導をしている。オムツ使用の利用者はいない。種々工夫して自然排便を支援しているものの、ほとんどの利用者は下剤を服用している。	
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	24時間経過記録表を活用し、排便に関しても記録している。排泄時の把握が難しい方もあるため、トイレ使用後は排便の有無について聞くように工夫している。医師の指示により緩下剤の服用をする方もある。		
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	その日の体調や気分に合わせて、声かけをしている。拒否がある場合は、場面を変えて対応したり、翌日へ変更したり、柔軟に対応している。清拭対応も手段として行うことがある。	利用者の入浴は毎週2回支援している。入浴拒否の利用者には工夫してほとんど入浴できている。シャンプーを持っている利用者がある。	

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
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	ご本人の状態に合わせ、声かけをしている。体調を確認しながら、臥床の声かけもしている。		
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	薬のファイルを作成し、個別に内容が分かるようにしている。薬の変更時は、ご本人や家族にも説明を行っている。服薬時にはマニュアルに沿った手順で対応している。		
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	その人の思いや生活歴の把握を行い、能力に応じた役割がもてるよう工夫している。担当者を中心に情報の共有を行っている。		
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	天候をみて、屋上、ピロティーを中心に外気浴をしている。コロナ禍にあり、施設外への外出が難しい状況がある。	現在は散歩、利用者の個別の希望、ドライブなどほとんど中止している。	
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	家族と話し合い、利用者間でトラブルにならないよう、預かり金制度を設けている。行事の買出し等に一緒に出かけていたが、現在は、行えていない。		
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	家族から施設にかかってきた電話を取り次いだり、希望があれば、家族に連絡している。年末には年賀状を作成し、送っている。		

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
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	居室の環境整備やリビング等の掃除、整理整頓を心がけている。換気や湿度管理を心がけ、季節を感じてもらえるよう、ユニットの飾り付けをしている。	利用者の居間兼食堂(ホール)の壁には利用者と職員が一緒に作った季節の飾りを貼っている。	
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	利用者同士の相性に配慮し、心地よい関係性を重視した席の準備を考えている。テレビが好きな方や話が好きな方等、空間の配慮をしている。		
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	入所時に、使い慣れた家具や嗜好品等の持参を依頼し、居室が居心地のよい空間となるよう努めている。	居室は洋間、利用者はテレビ、仏壇、位牌、家族写真、アルバム、愛読書、編み物道具、文具類、日記、置き時計、化粧品、タンス、衣類ケース、机、いす等を持ち込み自分の部屋にしている。	
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	一人一人の身体状況や認知症自立度の把握を行い、職員間での共有を行っている。ご本人にとって安全で自立した生活がどうすればおくれるのか考えながら支援している。		