

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	2690900127		
法人名	医療法人社団 長啓会		
事業所名	グループホーム京都伏見の家 1号館		
所在地	京都市伏見区深草西浦町2丁目115番地		
自己評価作成日	令和4年6月20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	
----------	--

【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7月6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)】

地域密着を常に意識して、地域に根差した施設づくりをしています。他施設より安価で生活保護の方々でも入居可能等、広く受け入れられるようにしています。また、利用者が季節・文化を感じ楽しく生活できるように工夫し、他の事業所と連携を図り、利用者様の目的に合わせ支援出来る様努めています。

【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)】

京都市南部、伏見区の住宅街にある2ユニットのグループホームである。開設12年になる。職員は管理者を経験したこともある男性職員等力を持っている人が多い。利用者が転倒する事故を少しでも減らしたいとマットレスや手すり等を考えたり、歩かないと足の筋肉が弱るからと、午前中にホームのすぐ近くの公園までの散歩に誘う声掛けをする等、コロナ禍のため閉じこもりを余儀なくされている利用者へ寄り添った介護に努力している。また別の女性職員は利用者の好む話題を把握、それぞれにあわせたおしゃべりで、大声で笑いあったりしている。またホームは医療との連携がよく、認知症は専門病院を受診し、家族や利用者が希望する場合はかかりつけ医の協力のもと「看取り」に対応している。

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)	○	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)	○	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	周知できるよう施設内へ掲示し、共有実践へとつなげている。	グループホームの理念は「その人が地域の中で自分らしく生きていけるように私たちは支援します」である。開設時に施設長と職員が話し合っていて決めている。ホーム内に掲示し毎年職員が話し合っていて確認している。利用者、家族に広報している。理念の実践のため職員は利用者の意向を聞き、できる限りかなえるように努力している。	理念は職員が努力して守るだけでなく、地域密着型サービスとしてのグループホームでは、地域の人へ広報して支援してもらうことが求められる。
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	地域での行事はあるが、コロナ禍で中止している。	ホームの近くには郵便局、喫茶店、外食店がある。町内会に加入し地蔵盆に参加している。利用者の散歩は近くの公園に行っている。地域の人に向けて相談窓口を開設している。現在は相談はない。	
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・行事等に参加される機会は少ないが、来設時等には交流出来るよう心掛けている。		
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	意見や指摘等を踏まえサービス向上に活かしている。	運営推進会議は地域包括支援センター、民生委員会会長、民生児童委員、町内会会長が委員となり、隔月に開催している。現在はホームから利用者状況、活動や行事、事故・ヒヤリハット等を書面で報告し、書面で意見をもらっている。「利用者が楽しく過ごしている様子がわかる」との意見をもらっている。	推進会議には、家族の出席が求められる。

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
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	ケースワーカーと連携を図り、協力体制を築いている。	京都市には必要な報告を欠かさず連携を保っている。認知症ネットワークに協力している。	
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	身体拘束について書面明記・マニュアル作成・職員研修を実施し、施錠などについては完全とは言えないが取り組んでいる。	身体拘束をテーマに職員研修を年2回実施、職員はスピーチロックや止むを得ず拘束する場合の3要件を認識している。身体拘束委員が3か月ごとに現場を点検している。身体拘束の事例はない。エレベーター、玄関ドアは日中施錠していない。ユニットドアはキーロックしている。	
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	研修を通じて認識・理解を深め虐待防止に努めている。		
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	生保対象者・身寄りのない方が後見人制度を多く利用している為、制度について話す機会もあり後見人との連携により活用支援している。		
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	契約時はもちろん解約時にも説明等を丁寧に行い、トラブルや苦情等の防止も含め、理解・納得されるよう努めている。		
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	管理者、職員は多くの会話の機会を持つようにしている。また、ご家族様にはお便りを送るなど連絡は密に取っている。	家族の面会は現在中止している。事情がある場合はガラス越し短時間に行っている。ホームの行事参加や家族会も中止している。家族には利用者の健康状態や生活の様子を職員が手紙に書いて送付している。写真が多数掲載された広報誌を2カ月ごとに発行している。広報誌はよくわかると喜ばれている。家族の意見は「面会が自由にできるのはいいですか」「利用者の日頃の様子が知りたい」であり、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	必要時に職員ミーティングを設け、希望があれば適宜対応している。	職員会議は毎月実施、業務の改善、利用者の介護計画等、話し合っている。職員は会議で活発に意見を述べている。職員は委員会活動や利用者の担当等で役割分担している。このホームは夜勤帯の時間が短いことも働きやすい環境である。「利用者への介護は統一した方が良い」「介護に必要な福祉用具が足りない」等の職員の意見により改善している。有給休暇を取得しやすいように努めている。 事業所法人の研修は必要なテーマを取り上げ毎月実施している。外部研修には職員が自由に受講している。	グループホームという組織は井の中の蛙にならないため、他の法人のグループホームと交流したり学びあったりすることが欠かせない。
12		○就業環境の整備	外部研修・資格取得を促している。資格手当や賞与査定、自己評価などあり。		
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	認知症実践者研修などの外部研修参加。法人内研修は月1回実施している。		
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	地域ケア会議等を同業者との交流の場として取り組んでいる。		

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	入居時に施設での生活に慣れ親しめるように配慮し、コミュニケーションを積極的に行い信頼関係を築けるよう努めている。		
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	本人・家族もしくは代理人やケアマネ・相談員等を通じて情報収集し要望等の把握を行い、今後の信頼関係を築けるよう努めている。		
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	本人・家族から傾聴し抱えている問題点を把握することで、今必要としている支援順位を見極め対応に努めている。		
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	生活を共にする事を意識し、互いに気兼ねなく交流できるよう雰囲気づくりや信頼関係を築けるように努めている。		
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	家族や後見人等の存在や絆を大切に、利用者を共に支えていく信頼関係を築けるように努めている。		

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	面会・手紙・電話等の連絡方法を取り、入居前後の人間関係が希薄しないように支援している。	利用者の友人が面会に来ることはある。利用者は友人などと電話や手紙のやり取りはしていない。利用者の会いたい人を聞いていない。また「家を見に帰りたい」と言っても連れて行っていない。	長い人生を過ごしてきた後、利用者は今グループホームで最後の日々を暮らしている。子どもの頃や職場での友達は今どうしているか。もう一度会いたい。生まれた家、結婚して住んでいた家、いつも花見に行った所、いつも見に行っていた祭り等、もう一度行きたい。このような利用者のなじみの関係を支援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	利用者間のコミュニケーションを促し席配置や隣人関係を考慮した支援に努めている。		
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	退居後にも相談等に応じ適切なフォロー・対応に努めている。		

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
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	生活歴や生活リズムを把握し家族等にも聞き取りなどして、利用者本位の希望や意向に沿えるよう努めている。	入居時や契約時に利用者、家族に管理者が面談、グループホームの説明をし、利用者の医療や介護の情報を収集、同時にどんな生活をしたいかの意向を聴取している。利用者の意向は「みんなと仲良く暮らしたい」等が記録されている。利用者の生活歴を聴取、記録は職員が共有している。高知、静岡、京都等出身地、3人の長女、1人っ子等子ども時代、水商売等現役の仕事、子どもなし等結婚生活、動物好き 人のおしゃべり等趣味、生活歴はの情報は非常に少ない。	長い人生を過ごし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を深く理解することが欠かせない。出身地、生家のこと、子ども時代、結婚相手の仕事や子どものこと、結婚生活等々の情報を収集して記録することが求められる。
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	馴染んだ生活道具などを使用することにより、今までに近い生活空間を維持できるよう努めている。		
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	職員間による利用者把握に努め、主治医との連携により心身状態の把握に努めている。		
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	日々の申送りにて各位の問題点を抽出し、状況状態の変化に応じ、ケアカンファレンスにて検討、プランに反映させている。	入居時、ケアマネが利用者のアセスメントをし、計画作成担当者と共に介護計画を作成している。介護計画には、利用者、家族、職員、医師等の意見を踏まえている。介護計画は身体介護の項目が多く、利用者のくらしの楽しみ、認知症不穏時の対応等は無い。介護計画の実施記録は職員が書いているが、利用者の表情や発言が書いていないため、モニタリングの根拠にならない。モニタリングは3か月毎にケアマネが実施している。	グループホームの利用者は認知症である。介護計画には身体介護だけでなく、くらしの楽しみの項目、認知症不穏時の対応の項目が欠かせない。介護計画の実施記録には実施したこと、その時の利用者の反応を職員が書くこと、モニタリングはその記録を踏まえて毎月実施すること、以上の3点が求められる。

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
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	日々の介護日誌の記録を通じて、情報を共有し利用者にあったケアへ繋げている。		
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	生保対象者の方や身寄りのおられない方に対しては随時、臨機応変に対応している。		
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	地域の交流会への参加により地域資源を活用しているが現在はコロナ禍で出来ない。		
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	本人・家族の意向を踏まえ、提携病院を中心に訪問診療・歯科等による連携を密に医療面での安心確保している。	協力医療機関の病院から毎月往診に来ており、利用者のかかりつけ医になっている。歯科も訪問歯科を利用している。認知症の受診は黄檗病院を受診している。入居前からの医師や病院を受診する場合は家族、状況により職員が同行することもある。利用者の状態はサマリーを文書で出している。	
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	医療連携看護師と共に連携し、主治医の指示のもと対応を行っている。		
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。	提携病院のよる訪問診療をはじめ体調管理に関して、診療情報の共有・電話等の相談体制も整っている。		

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
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	基本的に施設では終末期・看取りは難しい為、最終的には医療機関への移行の旨を家族に伝え了承を得て対応しているが、状況状態に合わせ医療機関・主治医と連携し支援している。	利用者の重度化や終末期の対応について、グループホームとしての方針を文書にし、契約時に利用者、家族に説明している。方針は希望により「看取り」に対応する。利用者、家族の意向を聴取し、記録している。かかりつけの協力が得られる。今までに経験を重ねている。	
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	全ての職員まではいかないが、施設内研修をはじめ外部研修も励行している。		
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	火災への消防訓練では消防署参加、風水害(土砂災害)・地震への避難訓練も実施している。	火災、地震等について避難訓練は年2回実施している。水と食料等の備蓄を準備している。ハザードマップは保管している。職員は危険個所を認識している。災害時における法人内相互協力体制の規定はない。災害時に地域の人に協力を求める依頼をしている。	ハザードマップは最新のものを常に掲示し、職員が危険個所を把握していることが必要である。災害時の法人内相互協力規程を策定する。以上の2点が求められる。
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	丁寧な言葉遣いを大切に、利用者寄りそった声かけを行い、人格や誇りを尊重し、プライバシーの確保に配慮した対応を心掛けている。	利用者への対応と言葉遣いについての基本方針は「利用者の尊厳を守り、やさしく笑顔で接する」であり、職員研修をしている。職員には命令形、幼児語、ため口を禁止している。職員会議や職員同士の申し送りは利用者のプライバシーに配慮しながらフロアで行っている。くらしではどんなことも利用者の自己選択を大切にし、必ず声をかけてから介護している。利用者の髪型は訪問美容を利用している。利用者を選択してもらうために飲み物は、コーヒー、紅茶、豆乳、ジュース等を準備している。	

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
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	本人の気持ちを汲み取り選択して頂けるような関係づくりや、思いや希望を直接的に表現される方には実現可能な形で提案し、買い物等の支援を行っている。		
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	健康保持・清潔保持に配慮しつつ、できるだけ一人ひとりのペースに合わせて行うようにしている。		
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	衣類を選ぶ際には職員がアドバイスしつつ利用者に選んで頂き、準備等をされる家族へは、最近の好みや希望をお伝えしている。		
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	食事は体調管理のため外部発注しているが誕生日やリクエスト食・行事食を提供。片付け等、行える範囲で手伝って頂いている。	朝食は管理者が毎週購入している食材を使って手作りしている。昼食と夕食は宅配業者から購入している。栄養バランス、カロリー値は点検されている。時には利用者と一緒に、お好み焼きや、たこ焼きを作ることがある。食事は利用者だけが食卓を囲んで食べている。外食や出前をとることもない。	現在はコロナ禍のため利用者はホームに閉じこもって暮らしている。何か食べたいものを利用者に聞き、手作りする、利用者が好きなものを出前を取る、利用者の誕生日には好みの献立を提供する等々、コロナ禍でも感染防止しながらできることはいろいろある。食事の楽しみを支援することが求められる。
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・水分共に摂取量などの管理を行い、食事形態・塩分調整・カロリー制限等を個々に応じたものを提供、職員も一緒に着席し食がすすむよう声掛け等を行っている。		
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	能力の応じて自己で出来る限り行ってもらい、出来ない所を介助。定期的な歯科でのチェックとポリドントによる清潔保持も実施している。		

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
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	一日を通して排泄チェック・排泄パターンの把握、声掛け・誘導し排泄用品の見直しもやっている。	尿意があり、トイレの場所を知って自身で処理する等、排泄の自立をしている利用者はいない。食材の工夫等により、自然排便を支援しているが、利用者は全員が下剤を服用している。入居してから排泄の改善をした利用者はいない。	排泄には個人差が大きい。利用者一人ひとりに対して声掛け誘導を実施することによって、排泄の自立を支援することが求められる。
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	便秘傾向の利用者には水分摂取と運動を勧めると共に、ドクターと連携し服薬等によるコントロールも行っている。		
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	週に2回は入浴できるよう利用者の希望や体調に合わせて清潔保持できるよう対応を行っている。基本的には安全確保の為、日屋での入浴にて対応している。	利用者の入浴は毎週2回を支援している。入りたい日、湯の温度、介助の職員等に対する利用者の希望は支援している。入浴拒否の利用者には声をかける職員を変えたり、時間をずらしたりして対応している。7日後には入浴できている。自分のシャンプーを持っている利用者がある。季節にはゆず湯を楽しんでいる。	
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	利用者のペース、体調に合わせて日中短時間での仮眠を勧める、夜間安眠できるように運動等を促すなど、個々に応じた支援を行っている。		
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	処方薬の内容・副作用等の薬説明書をファイルでいつでも確認できるようにしている。また服薬チェック表で服薬確認も行っている。薬剤師と連携し、薬局とも協力体制を整えている。		

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
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	利用者の能力に応じた作業・家事の手伝い等を行い、日々の外出や行事などで気分転換の支援を行っている。		
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	家族による外出や日々の散歩、希望や意向を汲取り支援している。	気候が良く、天気が好い日は、利用者は車椅子の人や、歩行困難な人も含めて、近くの公園に散歩に出かけている。現在、ドライブは中止している。利用者の行きたい所への希望も支援していない。	
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	金銭管理は施設で行っているが、本人・家族要望時には買い物等で支援している。		
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	利用者からの希望があれば電話・手紙のやり取りができるように支援している。		
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	毎日の清掃による清潔保持とリビングには利用者と共に作成した飾り絵や塗り絵、季節に応じた壁画などを掲示し居心地のよい、家庭的な空間作りを行っている。	利用者の居間兼食堂(ホール)に観葉植物を置いている。食卓の上に季節の花を生けている。壁には職員が利用者と一緒に作ったカレンダー、ちぎり絵、ぬり絵、折り紙の木や花、手芸、書等を貼っている。テレビ、ラジカセ、トランプ、カルタ、週刊誌、新聞等を置いている。利用者は自由にくつろいだり、何人かでトランプやカルタをしている。	

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
53		6 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	リビングテーブルの他、ソファスペースなど利用者同士で会話したり、テレビ鑑賞したりできる空間を確保している。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	利用者の好みのもを馴染のものを持ち込み、本人と相談しながら居心地の良い空間で過ごせるよう配慮している。	利用者の居室は洋間。ホームが、カーテン、エアコン、ベッド、マットレス、クローゼット等を備えている。利用者はテレビ、筆筒、置き時計、写真、衣装ケース、ぬいぐるみ等を持ち込んで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	日々、整理整頓を行い、安全に自由に行動できるよう工夫し、環境づくりを行っている。		