

【事業所概要(事業所記入)】(2ユニット/花見小路)

事業所番号	2770902282		
法人名	社会福祉法人 博乃会		
事業所名	エイベックスひろのグループホーム 花見小路		
所在地	大阪府高槻市前島1丁目36番1号		
自己評価作成日	令和3年10月26日	評価結果市町村受理日	令和4年2月15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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪府中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	令和3年11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)】

認知ケアの専門職として認知症高齢さのつらさや苦しみを共感的に理解し専門的知識、技能を活かしグループホームにおいて入居者自身の望む生活の実現の為に取り組んでいます。先走りのケアは決して行わず、残存機能を活かす支援を基本に不便とを感じる事、出来ない事に入居者の自尊心を尊重しながら支援を行っています。特に力を入れている事は入居者の生活の中に「役割」を担っていただく。共同生活の一員として「役割」「仕事」を担い生活を支えている実感を感じて充実感、達成感を得る事です。また、併設型の強みを活かし、併設のクリニックとの連携により異常の早期発見、早期対応に繋げる頃認知症ケアの研修を行い、ケアの向上に努める、ケアカンファレンスを行い個別課題に対し検討を行うことなどは継続して行っている。

【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)】

当事業所は「社会福祉法人 博乃会」が7つの介護事業所を展開している複合施設の一部にある。利用者の生活を重視し、認知症の「できないところ」を埋めることより「できるところ」を活かす支援で、生活能力の維持と向上を図り残存能力を最大限に引き出し、利用者へ寄り添う介護を大切にしている。併設クリニックの協力があり、体調変化のサインを見逃さず、スタッフ全員で共有するチームケアの実践が、本人・家族の安心感となっている。自治会・民生委員との連携もよく、地域とのつながりを大切にしている。食事は併設特養での、管理栄養士による栄養バランスのとれた献立、安心安全な食材にこだわった、素材の味を生かした料理を提供し、おやつも手作りで家庭的な雰囲気作りと季節感を味わえるように工夫している。

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 3. 利用者の1/3くらい 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している (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
<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	①馴染んだ地位へ安心できるケアを提供します。 ②敬意をもって接します。 ③声かけ、傾聴します。 以上を掲げ理念に沿って取り組んでいる。	「①馴染んだ地域で安心できるケアを提供します。②敬意をもって接します。③声掛け傾聴します」の法人理念を玄関に掲げている。月1回の職員会議で、業務中で理念に沿った言葉使いや敬意をもって接してるかどうかなどを話し合い、日々の業務の中で活かすよう努めている。	グループホームの基本方針が、平成18年度制度改正により「家庭的な環境の下で」から「家庭的な環境と地域住民との交流の下で」となり、地域密着型サービスとしての役割を目指した内容が求められている。今後、職員の話し合いによる、事業所独自の理念作りが望まれる。
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人として日常的に交流している	自治会、老人会に法人として加入して、地域とのつながりを大切にしています。一昨年前より新型コロナ感染予防により交流の機会は自粛している状況です。	地域の行事(夏祭り、ボランティアによるお茶会)に積極的に参加し、毎日の散歩や買い物で馴染みの人と挨拶し、季節の花を頂いたり、法人が市民マラソンの時には給水ポイントの場所を提供し、利用者と職員は沿道で声援を送るなど、日常的に交流をしている。昨年度より、コロナ禍により全て自粛している。	
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	コロナ禍の中運営推進会議は対面での開催は自粛し、文書により認知症を患った方々の日常生活などを発信し、病気について情報発信に務めている。	/	/
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	コロナ禍の中運営推進会議は対面での開催は自粛し、文書により家族様、民生委員、市職員などに文書によりグループホームの取り組みなどを発信させていただき、ご意見を頂いています。そしてサービスの向上に活かしています。	コロナ禍以前は規定の運営推進会議を、民生委員、利用者、家族、地域包括支援センター、市役所指導課職員で開催している。特に民生委員からは地域の情報などの提供を受けている。現況では書面開催とし、活動実施状況や今後の活動予定、利用状況などの報告書を各関係者に送付している。	
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	運営に関して分からないことがあれば市の長寿介護課や福祉指導課に確認をしている。第三者委員会の訪問はコロナの影響により中止されている。	介護保険申請や相談、報告など運営に関しては長寿介護課や福祉指導課へ出向いて確認を取っている。地域包括支援センターとは、密に連絡が取りやすい環境にあり、情報収集と交流に努めている。	

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
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	出入口は電子錠で管理されているが、ご利用者が出たい様子があれば職員が同行し自由に出入りしている。そして身体拘束について定期的に研修を行い身体拘束しないケアを実践している。	身体拘束・虐待についての職員研修が定期的に行われ、職員は身体拘束の弊害について理解し、身体拘束をしない方針を堅持して日々の実践に取り組んでいる。身体拘束等の適正化のための指針を有し、対策を検討する委員会を3月に1回以上開催して、内容を職員に周知している。	
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	高齢者虐待防止関連法について勉強会を行い、施設内で虐待が存在しないように周知徹底している。		
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	ご利用者に成年後見制度を利用している方がいらっしゃいます。制度は理解しています。		
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	契約時、退所時には十分な説明を行う。改定時には十分な説明を行い、同意書を作成し、署名、捺印頂いている。		
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	利用者様、ご家族の要望ご意見は毎月の管理職会議やグループホーム会議の際に報告し管理者や職員が情報共有し運営に反映させている。	家族から「本人は文字を使う趣味があり俳句を作っていた。筆力低下防止のため文字を書く機会を作って欲しい」と要望があり、即、句会を作り、利用者本人が先生として指導役を務め、生き活きと表情が良くなった事例がある。他に書道や畑仕事など細かい仕事を好む希望者には出来る範囲で要望に沿い、運営に反映させている。	

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	上記と同じ機会を設け反映している。	月1回の職員会議での意見や要望など、また、勉強会(認知症ケア、スピーチロック等)では新たな気づきも多く、運営やその後のケアに反映させている。職員の定着率も良く、高齢化が進んでいるが、業務やケアに対して体力的な面は若い職員がフォローするなどの協力と連携が運営に活かされている。法人による資格取得支援制度がある	
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	代表者は職員の勤務状況を把握し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。		
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	職員研修を実践し、代表者は法人内外の研修を受ける機会を確保している。		
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	代表者は勉強会研修会に参加することにより管理者や職員が同業者と交流、意見交換する機会を設けている。		
<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	入所直ぐは環境の変化により不安も大きい時なので最も関係構築が重要と考え対応している。		

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
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	相談する家族の立場に立って家族の体験や思いを理解しながら信頼関係を構築していく。		
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	利用者、ご家族の相談、要望を聞き取り、専門職として必要としている支援を見極める		
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	グループホームを生活の場と捉え生活を支える共同生活者であることを実感していただく		
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	ご入所相談の時からご家族様には利用者の生活をご家族様とグループホーム職員と利用者様自身の3身一体となって支えていくとお話させていただいています。		
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	利用者様のこれまで大切にされてきた馴染みのお付き合いはご家族様に許可を得たうえで継続していただくように支援している。	以前は家族と馴染みの場所で買い物や外食など出来たが、コロナ禍により自粛が続いている。家族には電話や手紙などで利用者の様子を伝え、利用者が手紙を出すなどやり取りの支援をしている。馴染みの関係にあった知人、友人の面会者には、必ず家族に問い合わせ確認して許可している。	

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
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	共同生活者として入居者同士が支えあっていけるように入居者間の関係の理解に努める。また、入居者間が支えあい関係であるように職員が図って行く。		
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	他の施設や法人内の施設に移られた後も相談や支援に応じている。		
<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	ご利用者一人一人の思いや希望を聞き取ったり、今までの生活の背景から希望や意向を把握に努める。	毎日の何気ない触れ合から、利用者の小さな変化を見逃さず、気づきや発見を個人計画書の評価表に記入し、職員間で共有して、個別ケアの向上に努めている。困難な場合はこれまでの生活歴の背景を家族からの話を参考に介護に活かすよう心がけている。	
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	本人、家族、入所前のケアマネジャーなどから生活歴、生活環境、馴染にしていることなどを聞き取りケアの参考にする。		
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	心境や身体状況の変化により日内変動がある。一人ひとり暮らしの流れに沿って本人の状況を総合的に把握している。		

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
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	担当者会議という形でカンファレンスを行っている。計画書に基づいて本人、家族、ケアスタッフ話し合い計画書の見直しを行う。	本人、家族の意向を基に月1回のケアカンファレンスを行い、出た問題点などを吸い上げて、本人に必要なサービスが提供できるよう長期1年、短期半年を目標に計画書を作成している。モニタリングは3か月毎であるが、状態変化などあれば、必要に応じて計画の見直しを行っている。介護計画書は家族に説明している。	
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	個人ファイルにケアの実践、結果、気づき、等を記録し職員間の情報共有しながら計画書の見直しに活かしている。		
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	複合施設メリットを活かしその時々ニーズに柔軟に対応して多機能化に取り組んでいる。		
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	地域資源を把握しインフォーマルな資源も活用できるように取り組んでいきたい。		
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し、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	併設のひろのクリニックがあり、定期的受診している。医師は月に2回往診し利用者の健康管理をしている。その他、もともとのかかりつけ医に通院されるケースもある。	利用者・家族合意の下、全員が併設クリニックの医師の訪問診療と協力歯科医の訪問診療を受けている。他の専科は事業所の送迎で家族対応とするが、診療内容については全容を把握している。日常的にも、クリニックの看護師との協働により、健康管理はもとより急変時対応も適切に行われている。	

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
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	併設クリニックの看護師と情報共有し健康管理や相談を行い異常の早期発見繋がっている。		
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	利用者が入院した場合、病院関係者との情報交換や相談をこまめに行っていく。特に認知症ケアの観点から早期退院できるようにソーシャルワーカーと相談、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	契約時より重度化、終末期に向けた方針について説明し、本人、家族の意向を事前アンケート式で聞き取っている。また、定期的にアンケート行うようにして、気持ちの変化に対応している。ターミナルケアについては施設内研修を行いマニュアルを作成している。	重度化・終末期対応の指針の下に同意を得ると共に、1年ごとに家族の意思を確認している。現在3名の終末期対応の希望について、医師・看護師の指導を受け、利用者・家族の納得と安心を得るケアについて研修を重ねたいとしている。開設以来、全てが入院先での臨終であった。	
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	緊急マニュアルを作成し設置している。緊急時慌てず対応ができるように訓練を行っている。		
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、水害、地震等の災害時の避難訓練を月に1回、隔月に夜間想定。初期対応、避難誘導、経路の確保全職員が対応できるように訓練を行っている。	規定上の訓練は、複合施設として合同で行われている。複数回の実施は、職員対象の火災を想定したものとなっており、利用者参加の実体験には及んでおらず、コロナ禍での2年間は机上研修となっている。防災マニュアルと備蓄・備品に関しては、法人全体のものとして整備、管理されている。	淀川水系に在る地理的条件の下で、高齢化、重度化、認知症という利用者の実態と、職員体制をも考慮したグループホームとしての防災体制(備蓄・備品を含む)についての検討と、実践的な訓練の実施を期待する。



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
<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	理念である「敬意をもって接します」を守り言葉遣いや対応も親切・丁寧・迅速・強調をもって利用者様と接する。	人生経験、価値観、家族背景も含めてその人を丸ごと識る努力で、話してもらえる存在となり、支援だけでなく伴走者として共に生きることを基底にした接遇が、自ずと人格の尊重とプライバシーの確保に繋がるとして、日々努力している。	
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	日常のケアの中で利用者様の言葉や表情から希望や意思をくみ取る、そして、希望に沿うケアを行う。		
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	パーソンセンタードケアを原則に利用者様のペース、意向に合わせ支援している。		
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	衣類は利用者様の私物です。好みのおしゃれを楽しまれています。原則ご自身の選択を基本に着用していただき、必要に応じて助言、お手伝いを行います。		
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	毎日、片づけを行っていただいています。利用者のADLに合わせてできることをやっています。	炊飯以外は、おやつも含め併設の特養厨房で作ったものを各ユニットで量や調味料を加減して盛り付け、配膳している。家族持参のものしか受け付けない2名について、食べることを主眼として状況を許諾してきたが徐々に皆と同じものに箸を付けるようになった。1名に療養食の対応があり、温・冷・形態に留意して、菜園での収穫の利用など、美味しく楽しく食べるをモットーとしている。	

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
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	管理栄養士の管理のもとで栄養バランス、カロリーを考慮したメニューにより個別管理し、提供している。水分摂取は記録管理を行い水分摂取確保している。		
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	毎食後の口腔ケアの実施。月に2～3回の訪問歯科往診を受けている。		
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	排泄チェック表のを作成し排泄の管理を行っている。排尿リズムを把握しタイミングを計ってトイレ誘導を行う。	水分摂取量、尿量、疾患、季節、習慣などからの排泄リズムを基に、トイレでの排泄を目標に支援している。失禁状態からの排泄用品使用については、自尊心を傷つけることに配慮して安易な実施にならないよう努めている。	
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	便秘症の利用者様には水分を積極的に摂取していただく。体操、歩行訓練など運動量の確保。なるべく薬に頼らない飲食物の工夫。排便が3日ない時には看護師に連絡し、指示を仰いでいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	季節に合わせ入浴回数を調整している。ゆったり入浴を楽しんでいただきながら体調に合わせ対応している。	冬季は週2回、夏季は3回を基本としている。心疾患により家族了解でのシャワー浴がある。座位が不可の人は特養の特浴利用とするが、現況では、ほぼ全員が毎回湯を入れ替えてお風呂に浸かるを楽しみにしている。特養厨房からの柚子で季節を味わっている。保湿剤は、数名が看護師の所見により医師処方のもを使用している。	

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
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	個別に対応している。		
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	服薬管理は看護師が行っている。ケアスタッフと医師が連携を取り服薬支援と病状、体調の変化の確認が出来るようにしている。		
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	生活の中で「役に立っている」「仕事をしている」と役割を自覚し達成感、充実感を実感できる。趣味、嗜好をレクリエーションに取り込み楽しみ事を持つなど生活に張り合いが持てるように支援していく。		
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	散歩に出かける。家庭菜園の水やりなど戸外での活動。現在は自粛をお願いしているが、ご家族との外出は楽しみにされている。	コロナ禍で、外出は法人の指示により全面的に中止としているが、近況では緊急事態解除により、近場への散歩や菜園の水やりを開始している。コロナ終息後は、利用者の状態からハードルは高いとするが、まずは社会参加として買い物に出かけたい、と実現に向けて努力している。	
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	ご自身でお金を所持されることで安心される方はご家族と相談の上手元に所持されている。		

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
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	各居室の外線電話はなくなったが、ご家族との電話はいつでも取り次ぎお話を楽しんで頂いています。また施設の取り組みとしてご家族様との文通に取り組んでいます。		
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	施設の雰囲気は木造を意識した暖かいつくりになっている。一階のデイルームからは中庭を見ることが出来季節感が感じていた。2階は天窓から暖かい日差しが差し込む。空調に加え各階デイルームには床暖房が設置されている。	淋し過ぎない、温かい雰囲気、生活感のある設えに工夫し、利用者同士の席次にも配慮し、安全確保にも努めている。1・2階とも明るく開放感があり季節感のある壁面の飾りが調和した食堂兼居間と、木造の格子風の扉と窓枠や畳コーナーとが一体となって居心地の良さが窺われる。	
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	共有スペースが十分に広く保たれてる。状況によって使い分けることができる広さが確保できている。		
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	各居室はご自身の馴染みのものを持ち込み居心地の良い空間を作り上げています。	収納箇所が二つ、洗面台とトイレに介護用ベッドが既設された居室は、雑多な調度品の持ち込みが少なく、小卓にテレビや仏壇と小物、転倒防止の手すり、床マットに布団など、夫々に必要で安全重視の設えで、居心地の良い暮らしの場所となっている。	
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	生活の中で自身でできることはご自身でやっていただくことを基本に見守り等により安全を確保しながら、過ごしていただく。		