

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	2772500423		
法人名	特定非営利活動法人 縁21		
事業所名	グループホームかなめ		
所在地	大阪府池田市室町4番37号		
自己評価作成日	令和5年2月14日	評価結果市町村受理日	令和5年5月22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5年3月24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)】

地域に根ざしたグループホームで、町内会・老人会・地区福祉とのかかわりも多く、地域の方や同法人内の障がい者のグループホームの利用者さまやヘルパーさまなどを行事にお招きし交流しています。ボランティアさまの訪問も多く(お茶・傾聴・踊り・音楽・人形劇等)人の出入りしやすいホームを目指しています。(新型コロナウイルス感染対策で外部の人とのかかわりが少なくなった)設立22年で、設立当時より働いている職員が全体の3割をしめています。入居者7名と少人数で、リビングが広くてゆったりとした家庭的な雰囲気である。

【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)】

駅から徒歩約5分の高級住宅街に位置した事業所は、介護保険制度が始まると共に、法人が高齢者介護業界に参入している。当事業所もこの地に住んでいる事務長一家が、古民家を改修して、1階に認知症対応型グループホーム、2階には障害者グループホームを立ち上げて25年が経過している。事業所の2階に住んでいる事務長夫妻は、地元住民ということもあり地域との繋がりが深く、自治会や老人会、子供会と連携を図り、コロナ禍以前には自治会のバスツアー、敬老会等を積極的に活用して参加していた(子供会とは事業所の記念日には子供会のだんじり交流がされている。)職員も地域の方々が多く、勤務歴が20年以上の人が3割を占めており、職員からは働きやすいとの声が聞かれた。お抹茶の先生がボランティアとして訪問が続き、利用者、地域住民、家族の参加のもとに交流が図られている。

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	「認知症であっても一人ひとり人間としての尊厳を大切にされ、地域の中で普通のように暮らしていく」という理念を掲げ、それに沿ってケアを行ない地域とのかわりを広げていくことを心がけている。	事業所の独自理念(地域の中で普通に暮らしていく)を職員とともに考えている。理念はユニット内に掲示され、毎月の職員会議の中で唱和し共有している。	
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	法人が町内会、老人会、地区福祉と連携し、ホーム長及び参加できる利用者が老人会の会員になり行事に参加している。また、当ホームの行事にもお誘いの声掛けをしている。(この3年間は新型コロナウイルス感染対策でできていません)	自治会、敬老会に加入している。近隣の掲示板や回覧板から情報を得て地域の行事には(バスツアー、敬老会、子供会)積極的に参加し交流が図られていた。コロナ禍の中で数々のボランティアが中止となった中、お抹茶の先生からの希望でボランティア活動が続けられ利用者・地域・家族の参加があり交流が図られている。	
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	認知があっても地域のいろいろなイベントに参加して楽しく過ごしている。(この3年間は新型コロナウイルス感染対策でできていません)		
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	運営推進会議に市の担当職員、老人会の役員さま、民生委員の方が委員として参加され、意見交換を行ない、情報共有と共に認知に対する理解を深くしてもらっている。	会議は年に6回、奇数月にコロナ禍の中で実開催されている。老人会、民生委員、家族、市の地域支援課職員(コロナ禍の中で欠席が多い)等が出席の基に開催され、行事報告、研修状況等の報告がされている。出席者からは地域の自主防災やコミュニティの在り方等積極的に意見交換がされ、議事録は関係者に郵送されている。	
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	この3年間は新型コロナウイルス感染対策で情報共有させて頂きました。また、身体拘束、虐待、転倒、誤嚥性肺炎などについて必要に応じてお伺いをしている。	市の地域支援課とは制度の解釈や、相談等で電話を掛たり、出向いて情報の共有を図り運営推進会議への出席のもとに協力関係が築かれている。外部研修には法人が費用の負担で参加している。コロナ禍以前はグループホーム連絡会もあり、出席して交流が図られていた。介護相談員が2か月ごとに訪問している。	

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
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	日中玄関は施設せず見守りを行なっている。事例に基づいて身体拘束の研修を定期的に行なっている。	身体拘束指針の基に身体拘束適正化委員会が3か月毎に行われている。研修では日々のケアの中での数々の場面を想定して、言葉の変換の仕方、適切な対応の在り方を話し合っている。法人全体の身体拘束適正化委員会も開催され関係者が参加している。	
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	法人全体の虐待防止委員会の指針などに沿って定期的に勉強会を行なっている。		
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	現在該当者はいないが、今後必要になる可能性があるため年1回勉強会を行なっている。		
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	入居の契約締結の際、重要事項説明書と契約書を丁寧にしっかり読み上げ、疑問点に対しわかりやすく説明して納得して締結して頂いている。		
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	利用者には希望や要望そして不満があれば、その都度傾聴し対応している。ご家族には来訪があればお聞きし、ケアプラン更新時には電話かお手紙で要望をお聞きしている。	面会は事務所にて(15分)時間制限の基に行なわれている。コロナ禍の中で遠方(東京)から突然の訪問にも対応が出来、家族から感謝されている。毎月の行事の様子や診療状況等写真付きのお便りが郵送されている。	

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
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	スタッフ会議を毎月開催し意見や提案を聞いて運営に反映させている。	スタッフ会議が、ホーム長中心のもとに毎月開催されている。会議の中で重度化している利用者の転倒や誤嚥、自立に向けたケアの在り方の話し合いが行われている。理事長による個人面談が年2回行われ、職員の提案により、シフトの変更や働きやすい環境になるべき配慮がなされている。	
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	理事長が管理者・ホーム長・職員に対し面談を行ない労働環境・労働条件を聞いて、改善すべきところは改善している。		
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	ホーム外研修は情報を回覧して参加を促している。参加の場合一定の負担を法人がしている。 ホーム内での研修は2ヶ月に1回行なっている。		
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	市内のグループホーム連絡会に参加し、ネットワークづくりを行なっている。		
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	入所前にお会いし話を伺っている。 入所後も本人の思いを傾聴し信頼関係を築く努力をしている。		

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
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	入所相談の段階から、何に困っておられるのか、ホーム入所にどんな不安があるか、何か要望はないか、しっかりお聞きするようにしている。		
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	本人・家族と丁寧に話し合い、どのような暮らしを送りたいか見極め、支援方法を考えている。		
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	家庭的な雰囲気で行えることは自分でして頂き、家事にも参加して頂いている。		
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	家族の方にできる限りホームに来て頂くよう声掛けをしています。来られないご家族のために定期的に電話及びお便りで近況報告をしている。 (この3年間は新型コロナウイルス感染対策で面会は短時間にしてもらいました)		
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	友人や知人に気軽に来ていただけるような雰囲気づくりに努めている。 家族の方々に外出などを支援して頂いている。 (この3年間は新型コロナウイルス感染対策で今までの人間関係が希薄にならないか心配しています。)	最近、東京の親戚から突然の連絡にも対応し、面会を実現させ家族から感謝されている。以前入居施設の特養ホームや病院から友人の訪問があったり、お孫さんとお友達に会いに外出された事例がある。	

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
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	気に合う方と席を近くにして会話ができるように配慮している。 レクリエーションではできうる限り、みんなで集まり、みんなで楽しめるようにしている。		
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	長期入院などで契約が終了してもお見舞いに寄せて頂き交流を続け、相談にもものよう努めている。		
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	本人から希望や思いを聞き取り、ケアプランに反映するよう努めている。	入居前には病院に出向いたり、以前のケアマネージャーや家族から知り得た情報を得て、フェイスシートや生活日誌に落とし込み、アに活かしている。表現が困難な利用者の体調の変化時を表情等から二者択一等の対話をこころみ希望や好みを把握し、日々のケアに生かしている。	
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	このホームに来られる前はどのような生活を送って来られたかを本人や家族から聞き取り把握するようにしている。		
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	日々のケアをしながら、本人の体調、表情を観察し、スタッフからも情報を聞き取り把握するようにしている。		

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
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	本人の意向は日々の生活の中での会話から聞き取るようにしています。家族には電話で確認したり、来訪時に聞き取りしている。それらをスタッフ会議で話し合い介護計画に反映するように努めている。	介護計画は長期3年、短期1年として見直しが行われている。体調の変化には、スタッフ会議時に、モニタリングやカンファレンスを行い、計画の見直しにはサービス担当者会議を開催している。会議は医師、家族、利用者の出席のもとに行われ、変更された計画は改めて家族に説明を行い同意を得ている。	
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	各入居者ごとに生活日誌を毎日記入し、気づいたことや共有すべき情報はスタッフ連絡帳に記入し全員が確認してサインをするようにしている。		
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	受診や買い物など必要に応じて職員が対応しています。外出困難な入居者が増えていきますので、歯科や眼科の訪問診療を取り入れている。		
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	折り紙・傾聴・音楽・お茶・手品などのボランティアさんを積極的に声掛けして定期的に来ていただいている。(この3年間は新型コロナウイルス感染対策で呼びできていません)		
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	かかりつけ医は家族と話し合っても決まらないうが、現状は全員訪問診療を受けておられる。内科往診は月2回(コロナのワクチン接種もここで) 歯科医・歯科衛生士による口腔ケアは月1回及び希望者は眼科・皮膚科・心療内科の往診も受けている。看護師資格の職員による健康管理も行なっている。	家族が受診に行かなくても良いこと、24時間対応してくれることが出来、利用者全員がかかりつけ医の診察を受けている。希望があれば眼科、皮膚科、心療内科と歯科受診(口腔ケアを含む)を行うが、整形外科で受診が必要な人は家族が受診同行する。家族が対応する場合は事業所から情報を伝え、診察後は家族から結果を聞いて情報共有を行っている。	

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
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	利用者の体調の変化などは看護師資格を有している介護職員と話し合いながら、往診医とも連絡を取り、必要な服薬や受診ができるよう努めている。		
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	入院時には往診医が病院あてに紹介状、診療情報を作成送付し、ホームでの情報やADL情報はホーム長が作成送付し電話でも内容を話している。退院時にはカンファレンスを行なって頂くようお願いしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	医療連携体制を進めている。利用者・家族に医療連携の説明及び同意を交わしている。重度化・終末期に向けて医療を主体としたチームを作り、介護職としては日常的な生活を補償してあげられるよう努めている。	開設以来看取りを行わない方針で今まで看取りの事例はない。入居契約時に事業所としての方針を説明し利用者、家族同意のもと入居している。利用者の状態に変化が生じた場合は早めに医師、家族と事業所で話し合い入院できるよう支援している。	
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	事故マニュアルに沿って緊急時の連絡網を作成している。		
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	地震を想定した避難訓練を年1回行っている。地域の自主防災組織や地区福祉と話し合いを持ち協力体制を構築している。	事業所の2階に法人代表が住み、地域関係が良好なので災害時のマンパワーは期待できる。地震に備え防災頭巾の準備もしている。災害に対する自主訓練は年2回実施し水や食料品の消費期限の確認、備蓄品の準備、職員の連絡網も作成し災害に備えている。	消火訓練ならびに避難訓練を年2回以上実施し所轄の消防署への届け出をすることが義務付けられているが届け出ができていない。早急に消防署に計画書を提出し訓練を望む。近くには大きな川があり氾濫した場合を想定し備蓄品は2階に保管することが望む。

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	スタッフ会議で利用者の人格を尊重するケアについて協議をして実践している。言葉かけなど利用者への対応で気づいたときはその都度話し合っている。	利用者の尊厳を考慮して排泄誘導や入浴時の声掛けに気を付けている。利用者とは話す時には利用者と同じ目線の高さに合わせ、部屋に入る時には一言声を掛けてから入るようにしている。言葉による抑制にならない自然な話し方を心がけ、良い表現がないか皆で話し合っている。	
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	利用者が希望や要望を出しやすいような声掛けをするよう努めている。		
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	利用者一人ひとりの生活のペースや好みを尊重し出来るだけ自由に過ごせられるよう努めている。		
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	利用者が自分でその日に着る服を選べるよう支援している。必要な衣服類は家族に依頼して持ってきてもらっている。		
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	食事を一緒に作ることはできないが、メニューを書いて頂いたり、テーブルの拭くのを手伝ってもらったり、会話をしながら職員も一緒に食事を楽しむようにしている。	業者が調理した食事を事業所で職員が湯煎している。利用者の食事形態に合わせ刻んだり、一口大に切って提供している。季節に合わせた行事食や誕生日には和菓子、ケーキを買って食べている。介護度が重度になり外食が難しい利用者には、職員と一緒に話をしながら食べることとし、食事を楽しく演出している。	

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	利用者の状態を把握して、食事の量の調整やきざみなどの加工を行なっている。 水分の摂りにくい利用者には補水液や紅茶、ジュースなども併用し水分摂取に努めている。		
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	毎食後口腔ケアを実施し見守りや声掛け及び介助をしている。全員訪問歯科で口腔ケアをしてもらっている。		
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	排泄パターンを把握し、声掛け、誘導により、排泄の失敗を少なくするように努めている。 オムツ・紙パンツは必要最低限にしている。	日中、夜間を通して完全にオムツを使用している利用者は居ない。日中は全員トイレを利用し、夜間はリハビリパンツにパッドを装着する人、自分でポータブルトイレを利用する人が居る。夜間は安眠重視を心掛けているが、利用者容態に応じて夜間も排泄誘導やパッド交換を行う。	
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	毎朝フルーツヨーグルトをメニューに入れている。 体操を毎日行ない身体を動かしてもらうようにしている。 主治医と相談をして緩下剤を使用している方もいる。		
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	週2回の入浴を実施。希望や体調に応じて曜日の変更もある。	週4日、午後から3名ずつ入浴を行っている。 浴槽の跨げない利用者は職員が2名で対応し湯船に浸かっている。お湯はその都度入れ替え、心地よい香りで入浴を楽しんでいる。 入浴後は利用者のお気に入りの化粧水や保湿クリームで肌の手入れをしている。	

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
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	ひとり一人の体調を見ながら、日中も昼寝を実施している。		
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	各利用者のファイルに処方箋を貼付しており、いつでも職員が見れるようにしている。新しい薬が出たり服薬内容が変わった時はスタッフ連絡ノートに記入し全員が把握できるようにしてる。 症状の変化があれば主治医に報告し指示を仰いでいる。		
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	できる方には簡単な家事(洗濯物たたみなど)を日課として毎日お願いをしている。ひとり一人のできることを見つけ、パズル・塗り絵・折り紙・トランプ・散歩などで気分転換をしていただいている。		
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	近隣散歩や外気浴は気候の良い時期に一人づつスタッフ付き添いで行なっている。その他の外出はご家族様に協力をお願いしているが、外出が難しい方も増えている。	フロアから自由に出入りができるウッドデッキがあり、そこでお茶を飲んだり日向ぼっこをすることができる。庭に花を植えているので水遣りをして外気に触れる機会もある。コロナ禍が少し落ち着いていた時には家族と一緒に近くの神社や川沿いを散歩をする機会を作っていた。	
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	現在支援する利用者はありません。		

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	公衆電話がないため、かかってきた電話は取次をして話してもらっているが、こちらから話したい利用者があるときは、ご家族さんの携帯電話を借りて話してもらっている。携帯電話を持ちたいという要望には対応していますが、現在は使用されている利用者はいない。手紙の投函は職員が行なう。		
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	リビングは広くゆったり過ごせるようになっていいる。壁には毎月季節に応じた飾りつけをして季節感を味わってもらっている。	フロアは広くゆったりしている。ソファを置き仲の良い利用者がお喋りに利用している。壁には利用者と一緒に作った季節ごとの作品や、日付が分かるようにカレンダーが飾られている。フロアから自由に行き来ができるウッドデッキもある。定期的に換気を行い居心地よく過ごせるよう心掛けている。	
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	リビングには椅子やソファがあり、自由に座れるようになっている。また、リビングにはベットにもなる3人掛けのソファがあり横になることもできる。		
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	居室には使い慣れた家具や飾り物、テレビなどを持ち込むことができる。壁には好きな絵や写真を貼ることができる。	居室にはベッドとクローゼットが設置されている。カーテンは利用者が防災カーテンを用意している。利用者が今まで使っていたテレビやタンス、家族と一緒に写した写真を飾ってその人なりの過ごしやすい工夫がある。部屋を間違わないよう入口には表札がある。	
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	リビングの壁際に手すりを設置。各居室前にはそれぞれのネームプレートを付けて自分の部屋がわかるようにしている。		