

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	2690300039		
法人名	社会福祉法人保健福祉の会		
事業所名	グループホーム都和のはな		
所在地	京都市中京区西ノ京小堀池町3番4		
自己評価作成日	令和3年6月25日	評価結果市町村受理日	令和3年9月9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)】

開設後10年近くが経過○今年度は1名の方の看取りを行った。○今年度はコロナウィルスの影響によりなかなか実施出来なかったが気候が良い時には日々散歩などできるだけ外出できるよう継続している。希望に応じて、ドライブ、買い物等に出掛けている。○同法人の特別養護老人ホームや介護老人保健施設、保育園との交流を図っている。○夜間以外は玄関を施錠せずに対応している。○運営推進会議では社会福祉協議会会長、自治連合会の会長にも参加いただいている。

※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。

基本情報リンク先	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2690300039-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会
所在地	〒600-8127京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅湊町83番地1「ひと・まち交流館京都」1階
訪問調査日	令和3年7月27日

【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)】

社会福祉法人保健福祉の会グループホーム都和のはな(定員9人)は、2011年8月に開設されました。平均年齢92.7歳、平均介護度2.78です。利用者の高齢化は進んでいますが、事業所内の移動はシルバーカーを押しての自力歩行の出来る方は多くおられます。コロナ禍で遠方への行事外出は中止していますが、花見は、近くの川沿いや小学校、玄関先の桜の下でお茶会を楽しみました。利用者の食への要望は多くあり、新鮮な魚や旬の野菜で握りずしやグラタンなど調理師は腕をふるっています。職員は、利用者の「できること」に着目して、布や新聞紙切やたむ、洗濯物たたみ、床掃除、手すり拭きなど、少しでも役割を持ち生活に張りが持てるように支援しています。また、事業所内研修は継続して取り組んでいます。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価結果

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	日々、理念の“ゆったり、楽しく、自由に”を頭に置き支援を行っている。2013年10月にはケア理念として『『心ゆとりをもって』『笑顔を開き出す』『一人一人が主役になれる』ケアをしよう』を定めた。入職時には「職員読本(心構え編)」を用いて説明している。	「ゆったり、たのしく、自由に」を生活理念として玄関に掲示し、それを踏まえてケア理念を掲げている。年間目標も立案して、職員会議シートの冒頭に記載し、会議時には進捗状況を話し合っている。理念、年間目標ともに職員に浸透させ日常業務の中で実践につなげている。	
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	2ヶ月に1回の運営推進会議では情報を発信し、地域の行事には積極的に参加している。桜の時期には小学校のお花見会、秋には地域の敬老会にも参加していたが昨年度はコロナウィルスの影響にて中止となる行事や会議が多かった。	開設以来地域の一員として町内会に入会し、地域住民との交流を図った。老人会お誘いの花見や敬老会への参加、保育園児との交流、中学生のチャレンジ体験受け入れ、多目的ホールを地域に提供(舞踊、ヨガ)やオレンジカフェの開催など、積極的に相互関係づくりに取り組んできた。地域の方の食器洗いボランティアの来所もある。今年度はほとんど中止を余儀なくされている。	
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	2015年度10月から、喫茶はなの場所を借りて月に1回、オレンジ(認知症)カフェが開催されている。		
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	運営推進会議での地域情報をもとに地域行事に参加するなどしている。施設内で推進会議をもっている。運営推進会議の出席者はご家族様、地域包括支援センター長、社会福祉協議会会長、自治連合会会長	会議には家族・自治連合会会長・地域包括支援センター・社会福祉協議会会長の参加を得て開催していたが、コロナ感染状況によっては対面での開催を中止にしている。中止時に、運営推進会議メンバーに議事録での報告はできていないために、助言や提案を受ける機会が少なくなっている。会議案内は全家族にしており、開催後の議事録は送付している。	会議は中止ではなく、書面で開催してはどうか。諸意見の欄を作り、外部の方の諸意見、助言をサービスの向上に生かすことが望まれる。対面での開催が可能になった時には、民生委員や老人会などから、メンバーの増員を検討されることも期待したい。
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	運営推進会議報告、事故報告を送付している。	行政の担当課には運営推進会議の議事録や事故報告書は送付している。地域密着型サービス事業所協議会に参加して情報の交換に努めている。研修の案内も今年度はほとんど届いていない。行政とは、顔の見える協力関係を構築することは大切である。あらゆる機会を利用して相談や助言を得られることを望む。	

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
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	日中は、玄関の施錠をしないことを基本として取り組んでいる。法人高齢者三施設（GH、特養、老健）合同学習会に参加し学習を深めている。	「身体拘束適正化指針」は作成している。法人で身体拘束適正化委員会を開催しており、報告はある。特に話し合いなどはおこなっていない。虐待、リスクマネジメント研修がある。玄関は昼間は開錠しているが、1人で外出する方はおられない。言葉の抑制など気になるときは、その場で職員間で話し合っている。日頃から、職員間で話し合える関係作りをしている。	委員会では、虐待を含め話し合っているとのことだったが、現場でも話し合う機会が必要である。会議報告や研修での学びを利用者の介護にどのように生かしているかや、気になる言動での禁止項目の統一など議事録を取り、法人会議に提案をするなど積み重ねていかれることを期待する。
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	個々の事例、職員面接の中で徹底をはかっている。法人高齢者三施設（GH、特養、老健）合同学習会に参加し学習を深めている。		
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	平成27年度に1名、成年後見者がついた方がいる。		
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	入居時に説明できている。改定ごとに説明書を送付し、同意を得ている。		
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	年に2回家族会を開催している。今年度はコロナウィルスの影響にて中止とさせて頂く。	コロナ禍で家族会は開催できていないが、電話での連絡や家族が衛生用品を届けに来所された時など意向確認をおこなっている。居室への持ち込み物の確認依頼はあるが、苦情や意見はない。家族への毎月の手紙を第2連絡者まで送付を始めている。アンケートはおこなっていない。	
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1～2時間程度のミニカンファレンス、カンファレンス、月に1回職員会議とし、業務内容についても意見を出せる機会を持っている。	職員からの意見は業務中にも聞き取っている。職員会議でも諸意見はあるが、掃除機や洗濯機の更新、トイレ内に扇風機の設置の要望があり、反映させている。職員は「管理者とはお互いに意見交換はできる」「職員関係が良く働きやすい、長く勤めたい」と述べている。職員間の人間関係は極めて良く、管理者がリーダーシップを発揮されていることが職員ヒヤリングから確認できた。職員との個人面接はおこなっていない。	

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
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	法人統一の就業規則、キャリアパス基準に基づき、労働条件の整備を行っている。		
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	法人介護事業部として教育委員会を設置し、年間計画に基づく施設内研修及び外部研修参加を促している		
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	地域密着施設協議会へ参加し情報交換を行っている。		
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	入居前面談を行い、入居前に管理者が聞き取りを行っている。また開設前に決まった入居用紙に記入できる限りの情報を担当者が集めた。		
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	家族来訪を促し、来訪時には必ず職員が声をかけて入居状況や状態を報告している。		
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	カンファレンス及びミニカンファレンスで職員間が十分検討を行った後に家族へ報告及び情報を提供し支援開始を確認している。		
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	掃除・洗濯・食事づくりなどへの参加を促し、他者との協力で関係づくりが出来ている。		

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
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	毎月家族への手紙を作成し1ヶ月の生活の様子などの報告している。2014年度から希望される第二連絡先にも送付を始めた。ほか、外出機会には参加を促している。コロナウィルスの影響により面会制限をさせて頂いていたが家族来所時は玄関口にてお話して頂いていた。		
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	隣地のデイケアを利用されていた方には、職員と一緒に出掛けている。また、家族、友人の来訪には感謝し再度来訪しやすい雰囲気づくりに努めている。	利用者に知人や友人の面会はほとんどなくなっている。家族と買い物や美容院、食事に行くこともコロナ禍では自粛である。家族との面会は玄関でおこなっている。遠方の家族がリモート面会を望んでいるため検討中である。家族からの諸要望は申し送りノートに書き、職員間で共有している。趣味の刺し子を継続している方、ウッドデッキで花やイチゴ、プチトマトを育て、水やりをする方など支援している。職員は家族に毎月、利用者の近況を手紙に書き、写真とともに送っている。	
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	関わりを大切に食堂やリビングでくつろげるように支援している。入居者同士のトラブルには早い段階で介入し対応している。		
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	入院者には定期的に病院にて面談し、看護師及び理学療法士もしくは作業療法士からの状態把握に努め、本人及び家族が不安なく退院できるように準備をしている。		
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	気づきシート、ひもときシート、センター方式を使って、本人の思いに考えをめぐらせ支援計画を検討している。	センター方式のアセスメントシートで利用者の思いや意向は把握している。掃除が好き、コーヒーが好きなど、日々の生活の中で取り入れている。意思疎通の全くできない方はおられない。カンファレンスの中でも利用者の思いは検討して計画に組み込んでいる。	

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
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	面談時、カンファレンス時及び家族来訪、本人からの聞き取りをおこなっている。		
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	過ごし方や心身状態の把握に努め、収集した情報については申し送りノート、パソコンでの記録により、全職員が情報共有できるようにしている。		
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	気づきシートを使ってサービス計画を検討している。ケア担当が中心となり計画を作成。日々の申し送りはノートで行い、相談が必要な内容は月二回のカンファレンスで行っている。	アセスメントシートはセンター方式を使用している。月2回のカンファレンスと毎月モニタリングをおこない、6か月ごとに見直し、家族から計画内容の了承を受けている。年1回サービス担当者会議を実施している。コロナ禍でも面会や衛生用品を届けに来る家族は多く、聞き取った家族の意向は計画に反映させている。課題は多種あり、転倒などの予防や出来ることの継続など取り組んでいる。	
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	看取り期には細かく食事チェックを行っている。個別に介護記録を作成し、職員間での情報共有が必要な内容については申し送りにて全員が必ず理解して介護に取り組めるようにしている。		
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	月に二回、カンファレンスを行い、全入居者に対する生活課題を相談している。介護内容についても意見を出せる機会を持っている。		
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	運営推進会議での地域情報をもとにお花見や敬老会など地域行事に参加するなどしている。また、ボランティアの力も取り入れている。		

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
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	各入居者が二週間に一度の訪問診療を受け、診察時には職員が付き添い、相談しながら体調管理をしている。また、必要に応じ臨時の往診を依頼している。	かかりつけ医は利用者(家族)の希望を聞いているが、全員が協力医療機関を指定して訪問診療を受けている。希望すれば、歯科医の往診もある。週1回訪問看護もあり、バイタルチェック、浣腸、爪切り、相談など、訪問診療の診療所と連携を取りながら看護がおこなわれている。個人的にマッサージを受けている利用者もいる。緊急時は訪問診療の医師の指示を受け、必要にあわせ往診がある。夜間でも管理者は来所し、受診に付き添っている。他科の受診は家族が同行している。	
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	毎週1回訪問看護ステーションから看護師に来てもらい、入居者の心身状態を情報提供し、相談している。体調に応じ、浣腸、褥瘡処置、吸引を行ってもらっている。訪問看護ステーションと診療所間の連携も行っている。		
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。	入院時には病院に入院前の情報提供を行い、入院中には定期的に病院にて面談し、看護師及び理学療法士もしくは作業療法士からの状態把握に努め、本人及び家族が不安なく退院できるように準備をしている。退院時には看護サマリー及び入院時情報提供を受けている。		
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	入居時、ご質問時に説明を行っている。昨年度に看取った方については家族との話し合いを何度も行った。	「重度化した場合における対応に係る指針」に沿い、契約時に説明して同意を得ている。ターミナル期には医師から家族に説明があり、職員と共に状況説明は繰り返しおこなっている。点滴は訪問看護で毎日受けることができる。看取りの勉強会は実施しており、職員からは「家族の気持ちに添いたい」との言葉がある。昨年1名の方が、お孫さんに見守られながら人生を全うされた。	
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	隣接する老健で実施している救急蘇生、緊急対応学習会に参加している。		

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	消防訓練を毎月実施(昨年度はコロナウィルスの影響にて中止)。	火災や水害に対するマニュアルは整備している。コロナ禍で昨年の訓練実施は1回である。以前から、地域住民の参加は得ていない。普通救命救急研修(AED含む)は、消防署の指導下で毎年実施している。自然災害の訓練は今後の課題である。備蓄は食料、水、備品など3日分がある。	現在はコロナ禍で消防署の協力が得られない現状があるが、災害に対しての職員教育は重要である。今後、風水害、地震の訓練は計画して、消防署や地区の自衛消防団に指導を受けるとともに、運営推進会議メンバーにも参加を依頼して、課題の検討などおこなわれることを期待する。
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	一人ひとりの性格やプライドを配慮した対応ができるよう会議で相談し、対応を統一している。	職員研修に認知症の理解、個人情報保護、プライバシー保護など組み込んでいる。カンファレンス時に個別の対応は検討して、言葉遣いやトイレ誘導は耳元で誘うなど統一している。食事時のエプロンを持参した家族がおられ、利用者の同意のもと使用している。	
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	選択の機会を持てるようにしている。		
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	特に起床時間は幅を持たせ、早く起きてこられた方から朝食を食べていただく。曜日(火・金曜日)を決めて朝食をパン食にしている。		
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	各居室に洗面台を設けている。服装等は選択してもらうようにしている。		
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	毎日の食事は、入居者の好みや食べたいものを聞き取りし職員が献立を作成。簡単な調理は利用者に協力してもらっている。食器の片づけは職員と協力して行っている。器は陶器を使用。	献立は1週間分を職員が立案する。調理は調理師が担当している。調理師は毎日3食分の買い出しに出かけ、新鮮な食べやすい魚や旬の野菜を調達している。昼はカロリーを高く、夜は少し低くするなど工夫している。タケノコと鶏肉のグラタン、そうめん流しは好評であった。ほとんどの方が自力で摂取でき、完食である。おやつは、おせんべいやお饅頭を好む方は多いが、いちご・ぶどう大福、三色団子、ところてん、寒天(天の川を表現)など手作りも提供している。	

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	毎日の食事は、摂取量を記録し、食べやすいよう準備している。水分補給の機会を多く持ち、午前10時と入浴後には別でスポーツドリンクを提供している。		
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	各居室内洗面所には歯ブラシやコップ、その他口臭がきつい入居者は口臭予防剤を準備して口腔ケアをしている。義歯管理ができない入居者は義歯を預かり洗浄している。		
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	できる限りトイレに座って排泄していただくよう支援している。排泄介助が必要な方は排泄状況の記録から、排泄習慣の把握に努め、トイレへ誘導している。医師と連携し薬による排便調整を行っている。	高齢化が進み、全員がリハビリパンツを使用している。トイレでの排泄を基本とし、昼間は全員誘導している。夜間は睡眠を優先している方やポータブルトイレ使用者もいる。リハビリパンツやパットは、家族に購入を依頼しており相談して決めている。	
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	毎朝、極力便器に座っていただく。9時にはラジオ体操を行っている。必要な方は、朝食後、おやつ・夕食前に排泄誘導をしている。水分補給を極力促している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入りたくない場合は時間をおいてお誘いしたり、翌日にお声かけさせて頂いたりし、ほかの方に入浴をお願いするなどしている。	入浴は週2回を基本に、湯温は個々に調整して、希望者には同性介助をしている。2人での介助者もいる。転倒予防には十分注意を払い、1人になりたい方にも室外から見守りは続けている。入浴拒否時には強制はせず翌日に入浴出来ている。	
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	居室で過ごしたいなど、希望に応じて本人の過ごしたい場所で過ごしていただくよう支援している。体力の低下がある方は居室で休憩してもらっている。7日～10日間に1回シーツ等を洗濯しており快適に眠れるよう支援している。		
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	処方された薬は薬剤師から副作用や用法等の指導や指示を受け、説明を受けた職員は薬情報をファイルに綴じる、変更や新しい処方時には申し送りノートに記載、周知をはかっている。飲みづらい方には服薬ゼリーなどを使用している。		

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
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	カンファレンスで検討し支援をしている。掃除、洗濯、縫物、布切、レクリエーション、体操、買い物同行、調理などお手伝い頂いている。		
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支援している	近隣にドラッグストアが開店。可能な限り外にでかけられるよう支援している。無理なら屋上に行って外気にあたりたり、リビング横のウッドデッキにでている。	外出は全員車椅子である。コロナ禍で外出は控えているが、時には近所を散歩(15分程度)やドライブで気分転換をしている。リビング西側に広いウッドデッキがある。屋上にも出ることができ、屋上庭園では、キュウリやミニトマトが育っている。猛暑を避けウッドデッキや屋上で、日光浴やお茶会を楽しんでいる。	
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	本人や家族から希望があれば支援している。		
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	希望があれば電話や手紙を書いて頂いている。		
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	毎日清掃を行い、ゴミは毎日ホーム外の収集場へ破棄している。採光、臭いには注意し、冬には加湿器を使用している。観葉植物を置くほか、季節に合わせた絵の貼り絵を入居者に作成してもらい季節を感じてもらっている。	リビングは西側に大きく窓を取り明るい。また、西側前面にウッドデッキがあり開放感がある。利用者はほとんどの方が、屋内はシルバーカー歩行であり、動線は確保できている。高齢化が進み、はり絵ができなくなった方も多い。今年は手持ち花火で夏の訪れを感じた。テーブルは利用者の背丈に合うよう配慮し、足台の利用者もいる。利用者の相性で席を決め、周りに人がいないのを好む方へも配慮がある。10時からの清掃は利用者も掃除機やモップかけ、窓や手すり拭きなど出来ることで参加している。	

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		○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	入居者同士の関係性に配慮した席配置、誘導を行っている。		
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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時には自宅で使っていた家具を持参してもらっている。また居室内のコーディネートは基本的に家族に依頼している。	居室は和室が3部屋、洋室が6部屋ある。持ち込み物品は特に制限はしていない。家族と相談して、テレビや小タンス、テーブル、椅子、日本人形、手文庫などを設置している。毎日職員が掃除機をかけ、拭き掃除をおこない整理整頓している。利用者の手伝いもある。	
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	できることが自由にできるようテーブルの高さを配慮したり、高さに合わせて席を変えるなどしている。テーブルや廊下に見てわかるような貼り紙などをして自分でできるよう配慮している。		