

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	2770700876		
法人名	有限会社老蘇さん		
事業所名	グループホーム老蘇さん		
所在地	大阪府河内長野市木戸西町2丁目8番		
自己評価作成日	令和3年10月3日	評価結果市町村受理日	令和4年2月7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	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGBビル大阪 4階		
訪問調査日	令和3年11月1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)】

家庭的な雰囲気大切に、それぞれの利用者の方が自分らしい生き方を継続していけるように支援しています。またそのための環境や体制づくりが出来るように努めています。また、入所される以前に関わりのあった社会や人との繋がりが入所した事で途切れる事が無いように継続していけるよう支援しています。

【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)】

「のんびりとした温もりのある、誰にとっても居心地の良い場所」を目指していきます。等々と3項目の理念を作成し廊下に掲示している。また、介護者の心得として「したい事」を文章にして掲示し、管理者や職員は日々のサービス活動を振り返るようにしている。近くにある他の事業所と共同で、薬局のスペースを借り、月に一度認知症カフェを運用し地域の認知症高齢者介護相談も受けている。居場所づくりに良く工夫が来ている。ダイニングキッチン他に談話室が2ヶ所あり、仲の良い者同士が寛いでいる。事業所の雰囲気が華やいでいる、絵画やデザインに得意な職員がいて、利用者の弾けそうな笑顔の似顔絵が壁一面に貼られている。利用者との共同制作で素晴らしい季節の貼り絵がある。

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
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	家庭的な雰囲気を大切に利用者の方々が居心地の良い場所になるように努めている。また、理念と介護の心得を掲示し職員が共有して質の高いケアを実践しているように取り組んでいる。	「のんびりとした温もりのある、誰にとっても居心地の良い場所」を目指していきます、等々と3項目の理念を作成し廊下に掲示している。また、介護者の心得として「したい事」を文章にして掲示している。管理者と職員は、折に触れ日々のサービス提供場面を振り返り、質の高いケアの実践に努めている。	
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	地域での認知症カフェの運営に携わっており、施設を利用されている方々、地域の方が交流出来る場を設け周知活動を行っている。現在は休止中であるがコロナ禍が終息後は再開する予定になっている。また、日常的に散歩に出たり自治会行事にも参加している。	近くにある他の事業所と共同で、薬局のスペースを借り、月に一度認知症カフェを運用していた。地域の認知症高齢者介護相談も受けていたが、コロナ禍で中断している。間もなく再開を予定している。現在は時折事業所の近くを散歩して、出会う人々と挨拶を交わす程度である。	
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	認知症コーディネーターとして市に登録し地域での認知症に関する啓発活動や認知症キャラバンメイトとして認知症サポーター養成講座のお手伝いをさせて頂いている。		
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	運営推進会議の意見交換の中で地域の特性を理解し地域密着サービスとして貢献していけるよう努めている。コロナ禍の状況であっても電話やメールでの意見交換を行っている。	会議は、家族、市役所介護保健課、社会福祉協議会、地域包括支援センター、民生委員、事業所職員、等で構成されている。現在は紙上でのみの開催となっている。利用者の事業所内での活動内容や様子が報告されている。運営推進会議の議事内容は、運営委員のみの配布であったが、今後は家族全員に送付の予定である。	
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	運営推進会議での意見交換や市役所で行われている定例会議に参加し協力関係を築いている。	市役所の介護保健課や社会福祉協議会、地域包括支援センターとは、運営推進会議を通じて情報やケアサービスの取り組みについて指導を得ている。その他、市役所の会議室でグループホーム部会を開催し意見交換も行ったり、市主催の行事にも参加し協力関係を築いている。	

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	身体拘束を行わないケアの実践に取り組んでいる。安全のために玄関の内扉を設置しているが利用者の方が外に出たいときに出て頂けるように対応している。	身体拘束適正化対策委員会を2カ月に1度実施している。基本的な考え方は、厚生労働省の「身体拘束ゼロへの手引き」により実施している。研修会も年に2回計画し、安全を確保しながら自由な暮らしを支える工夫について学習している。	
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	社内・社外研修において高齢者虐待防止関連法を学ぶように努めている。介護負担などによる職員のストレスケアの観点からも面談を行い理解を深めている。		
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	入所されている方で制度を利用されている方がおり、制度を学ぶ機会がある。また、必要な方が支援を受けることが出来るように関連機関と連携を取り支援している。		
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	契約書、重要事項説明書に基づき説明を行い、質問、疑問に対して随時対応し、理解してもらえるように努めている。		
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	家族さんの訪問時やケアプランの説明時に意見や希望を伺い出来る限り意見を反映していけるよう努めている。	利用者とは、日常の会話の中から、家族等とは、来訪時や運営推進会議の中から等、色々な機会を通して意見要望を聞き出すようにしている。利用者の「歩きたい」という要望、家族の「出来ることは何でもさせて欲しい」等、出された意見や要望は、可能な限り対応し、ケアプランに組み入れるようにしている。	

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
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	定例会議、カンファレンス会議、個別の面談で職員の意見を聴く機会を設けている。	職員会議を月に一度行い、「言葉遣いについて」や業務改善の意見など、職員の意見をよく聞き、運営に反映させている。ケア会議では、担当職員、一般職員が活発に意見を出し合っている。管理者、担当職員の連携が非常に良くとれている。	
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	勤務時間、仕事の効率化について見直し、働きやすい、環境作りが出来るよう努めている。また就業規則の見直しを行いやりがいのある職場環境の整備を進めている。		
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	外部研修の参加への声掛けを行い参加してもらっている。施設内でも定例会議の時に勉強会を行い質の高いケアの実践に繋げていけるように努めている。		
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	ケアネットワーク会議、認知症コーディネーター会議に参加しており、地域での研修や勉強会があれば積極的に参加している。		
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	サービスの導入時には家族さんはもちろん関わっている他事業所の方と連携を取り、出来るだけ細やかにアセスメントを行い、本人の要望・課題に対して支援してい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
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	初期に話し合いをする時間を持ち、お互いが理解し、信頼して頂けるように努めており、必要に応じて通所サービス、ショートステイサービスの利用も活用して頂いている。		
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	本人又は家族の方への肉体的・精神的負荷が大きくなるように配慮しながらサービスの導入を進めるように努めている。		
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	利用者の方が今まで培って来られた役割を発揮して頂ける環境づくりに努め、お互いが支えあった生活が出来るように支援している。		
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	サービスの導入にあたり、生活の場が移っただけで、家族としての支援は継続して行ってもらえるようお願いしている。また、家族さんとの外出の企画をしたり、訪問時に無理のない形でケアに関わってもらえるように支援をしている。		
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	馴染みの方との関わりを大切に、出来る限り関係を継続できるように、時には訪問する事もある。	コロナ禍で今は出来ていないが、利用者本人と地域社会との継続を維持していくために、友人や馴染みの場所喫茶店や美容院、買い物などへの訪問を、家族の協力を得ながら支援している。今は、スマホを使ってラインで、利用者の様子を知らせている。時には、暑中見舞いや年賀状の手伝いもしている。	

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	利用者の方同士の会話や、話の輪に入って頂けるような支援を大切にしながら大きなトラブルや混乱が起きないように支援している。		
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	サービス終了後も家族や本人と関わりがもてるよう支援をしている。		
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	本人を中心にどのようなケアがQOLの向上に繋がるかを検討し、細やかにアセスメントをとっている。利用者の日常の変化・しぐさ・表情等からも思いを汲み取り意向に添えるように努めている。	一人ひとりの生活歴を参考にしながら、普段利用者と生活していく中で、利用者の思いを出来るだけ聞き出すようにしている。「自由に歩けるようになりたい」と強い思いを持っている利用者には、生活リハビリテーションの一環として、コロナ禍中においても外出を中心とした歩行訓練を多く取り入れるようにしている。	
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	本人から直接ヒアリングする事はもちろんのこと、家族の方やこれまで関わりのあった方からも情報収集に努め蓄積している。		
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	定期的に生活全般に関わるアセスメントをとり、本人の生活に焦点を充てた支援が出来るよう努めている。		

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
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	モニタリングを実施し介護職員・家族の方と話し合い介護計画の作成を行っている。本人にも希望や要望を聞き反映出来るように努力している。	介護計画の期間は長期計画を6ヶ月、短期計画を3ヶ月としている。介護担当者による日々の支援経過や、3ヶ月毎のモニタリングにより実施状況をチェックしている。今まで出来ていたことが出来なくなるなど、変化が起きた時にはその都度、臨機応変に介護計画の見直しを行い、家族の同意を得る様にしている。	
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	日々のサービスの内容を個別に記録し、定期的に評価を行い、介護計画の見直しを行う事で利用者のQOLを高めることに繋げることが出来るように努めている。		
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	一人ひとりの個別のQOLを高めるために、出来る限りニーズに合わせた対応が出来るように取り組んでいる。		
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	地域のボランティアの方が開催して下さる催しに参加したり、馴染みの方がおられる場所への訪問を馴染みの職員が同行することで安全を確保しながら楽しみである暮らしを送ってもらえるように支援している。		
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	信頼できるかかりつけ医と連携を取りながら、適切な医療を受けることが出来るように支援している。通院に関しても本人及び家族の方の希望に沿って同行支援を行っている。	協力医は内科と歯科で2週に1回訪問診療があり、入居時の説明で同意の上全員が受診している。受診時に2週間の様子を記録したノートを見てもらって連携をとっている。心療内科に通院している人が3人いて事業所職員が同行し日ごろの様子を伝えている。受診結果は、メール・ラインなどで家族に連絡している。	

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
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	介護と看護が連携し、必要に応じて医療へと繋げる体制が取れている。		
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	利用者の方が適切な医療を受け、早期に退院が出来るように、家族さんへの支援や医師からの病状の説明がある時は同席し、必要に応じてサポートを行っている。		
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	家族と話し合いをする機会に終末期のあり方について話し合い、定期的に確認を行っている。また、ターミナルケアに関する研修にも参加し、施設での看取りの方針と看取りをするにあたっての書類の整備を行っている。	過去に1例の看取り介護の実績があるが、現在は体制の未整備と家族からの強い要望もなかったため積極的に対応はしていなかった。しかし、アンケートでは最期まで見てもらいたいとの要望もあり、常勤看護師の雇用の目途もたつたので、今後は希望に沿えるように、準備していきたいとのことである。	重度化や終末期についての書類や体制の整備を望む。
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	定期的に状況の確認や応急処置の訓練を行い、実践力のある対応が出来るように心がけている。		
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	年に2回の避難訓練を行い、昼と夜を想定した対応も訓練時確認を行っている。地域と協力しての訓練は行えていないが、自治体規模での災害訓練の案が運営推進会議で話題に上がっていたので、行われる時は共同で支援できるように協力体性を築いていきたい。	9人中8人の利用者が参加して、規定回数の避難訓練を実施している。寝たきりの一人は消防が来てから救助してもらおうとして、その部屋を外から消防に知らせられるように確認している。避難訓練に地域の人への参加はないが、実際の時にはすぐ前の家の人とその家の畑に避難させてもらえるような話ができている。備蓄備品も完備している。	

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
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	利用者の思いに寄り添いながら、言葉の使い方や関わり方への配慮を行うように気をつけている。また、個々にこれまで生活してこられた生き方を尊重したケアの実践に努めている。	運営方針や行動指針に、一人ひとりの尊重の姿勢は表れていて実践されている。例えば、協調が苦手な人には一人用のリビングがあり、先生と呼ばれてきた人には、今もそのような対応に心がけている。他人の部室を勝手に開けてしまう人の対策として、簡単なチェーンをつけてプライバシーの確保に努めている。	
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	本人の自己決定を尊重し、相手の方の能力に合わせできる限り希望に合わせた選択が出来るように支援をしている。普段から信頼関係の構築を意識し希望や願いを引き出せる環境を作っていけるように努めている。		
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し、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	利用者の方に合わせた生活のペースで過ごしてもらえるように支援している。		
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	衣類を選ぶときは、出来るだけご自分で選択してもらえるように相手の方に合わせて声掛けを工夫している。また、訪問美容を活用し好みの髪型にしてもらえるように支援を行っている。		
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	取れたての野菜が届くので旬の野菜を美味しく食べてもらえるように会話しながら、出来ることはお手伝いをしてもらっている。また、献立に拘らず嗜好にあわせて食事の提供を行っている。利用者も一緒に配膳や片付けを手伝ってもらえるように支援している。	家庭菜園をしている知人が、とれたものを届けてくれるので、旬の野菜を味わうことができる。通常は生協やスーパーで購入した食材を職員が調理している。献立は入居者の好みを配慮して、専任職員が立てている。誕生日はその人の好きなものをメニューにしたり、時にはお弁当をとったりすることもある。	

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
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	元気に過ごしてもらえるように水分・食事を摂ってもらえるように支援をしている。また、食事の動作や嚥下能力に合わせて楽しく食事が出るように形態を工夫している。		
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	本人の習慣に合わせた口腔ケアをしてもらえるよう支援を行っている。また歯科往診により定期的な口腔ケアの状況観察とケアを受けるとともに、毎日のケアで口腔機能が低下しないように支援している。変化する口腔内の状況を職員で共通把握出来るようにまとめたものを置いている。		
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	排泄の状況をアセスメントし、気持ち良くトイレで排泄が出来るように支援を行っている。夜間においても2時間ごとに見回りをし、トイレに起きて来られない方は尿取りパットを交換する事で対応している。	プライバシーや尊厳に関わることなので、声掛けや言葉遣いに注意してケアしている。一人ひとりに合わせた声掛けや誘導間隔、資材の選定などをみんなで検討して、自立している人でも見守りはするなど、その人、その人にあった支援を心がけている。	
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	水分の摂取量やバランスの良い食事、運動の確保が出来るように利用者さんに合わせた便秘解消支援を行っていえう。		
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	入浴の時間や間隔をなるべく本人のペースに合わせて行い、入浴の準備から自己にて出来ることは自分で行ってもらえるように支援し、お手伝いの必要なところは介助を行っている。	浴室は家庭用より少し広めで、浴槽は2方向からアプローチできる。シャワーチェアは普通用と重度者用があり、跨ぐことができなくなったら、安全を優先してシャワー浴にしている。週2、3回の入浴を基本にして、風呂嫌いな人でもあまり間隔が空かないように工夫している。風呂のない日は全員足浴しているので、衛生上からもよい効果が得られている。	

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
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	利用者の生活リズムに合わせて、就寝時間や居室の温度、部屋の明るさなどを調節している。眠れない時や、不安な気持ちの時には寄り添えるような支援を行っている。		
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	服薬の内容と効果、副作用を頭に入れながら、注意して観察と記録を行い、症状に変化があった時は速やかに主治医に報告を行い指示を仰いでいる。飲み忘れや誤嚥を予防する為に2人以上が確認するように取り組んでいる。		
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	役割や楽しみを持つことで、生活の充実に繋がることを理解し、利用者の方が張りのある生活を送ることが出来るように支援をいている。		
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	閉鎖的な環境にならないように、いつでも外に出ることが出来るような体制を取っている。また、本人の希望に沿った外出も支援できるように取り組んでいる。	コロナ禍以前は散歩や買い物、喫茶など気軽に外出を楽しんでいたが、今は中止、近所の散歩、ドライブくらいは続けている。グループホームの前庭に椅子とテーブルが置いてある。裏も広い敷地があるので外気浴のできる環境は十分あり活用している。	
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	本人の能力に応じて支援を行っている。		

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
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	手紙や電話を利用して、家族さんや関わりのあった方との連絡が取れるように支援を行っている。		
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	利用者の方が安心して落ち着ける空間作りが出来るように努めています。また、仕切られた空間を利用し、相性の良い利用者さん同士や、合わない性格の利用者さんがストレスなく過ごす事が出来るように配慮している。	リビングルームは3か所に分かれ、一人ひとりが好きな人、協調が苦手な人にとって、それぞれの居場所となっている。大きなリビングルームにはAIスピーカーのアレクサがいて、音楽をかけてくれたり、いろいろと便利に使われている。職員が描いてくれた入居者の似顔絵(プロ級である)が貼ってあり楽しい雰囲気がある。	
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	カーテンの仕切りや席の配置に配慮して、落ち着ける空間作りが出来るように工夫している。		
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	使い慣れ、見慣れたものを利用してお部屋作りが出来るように支援している。	居室には、エアコン、防炎カーテン、介護用ベッド、クローゼットなどが設置されている。もともとはフローリングの居室だが、立位の不自由な人用にカーペットを持ち込んだり、床に布団を敷いたりとその人らしい空間となっている。	
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	分かりやすいように張り紙や安全に過ごす事が出来るように手すり、内扉の設置があり、出来る限り自立した生活が送れるように支援している。		