

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(2ユニット/A)

事業所番号	2792700060		
法人名	医療法人 港南会		
事業所名	グループホーム三軒家		
所在地	大阪市大正区三軒家東6-7-16		
自己評価作成日	令和3年4月20日	評価結果市町村受理日	令和3年6月11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)】

医療機関が母体のグループホームであり、健康管理には特に力を入れています。協力医療機関との24時間オンコール体制、緊急時もすぐに連絡し対応が行えるようになってきました。他にも日曜、祝日の緊急対応やリハビリ通院もしており、身体機能等の維持向上に努めるとともに、日常的に外出する機会を持つことで、外的刺激を受けてもらえるようにしています。医科、歯科とも連携をとり訪問診療や理学療法士の機能訓練指導も行っていきます

※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 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	令和3年5月25日		

地域医療に貢献している当医療法人は2000年に設立され、大正区を中心に、グループホーム5施設を初め、地域密着型特定施設(有料老人施設)などの高齢者介護施設を順次立ち上げて運営している。当事業所では、利用者全員が法人の母体医院をかかりつけ医として、内科・歯科の往診を月2回受け、車で10分の同医院のリハビリテーション科へ職員が同行して通院(週2回)しており、医療と介護が連携した支援体制がある。当事業所は住宅街の1画にあり、近隣には神社(2箇所)・商店街・スーパーマーケット・公共施設(小・中学校)があって環境に恵まれている。利用者は男性が多く(18名中14名)で介護度が比較的低い人が多く、1階の多目的ホールで卓球やバタゴルフが楽しめるよう工夫している。

事業所は

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	グループホーム三軒家理念を「地域にとけこんだ暮らしづくり」とし地域福祉の拠点を目ざし、地域の方々との交流を大切にし、誠実に職務に勤め、実践に取り組んでいる。	法人の他の介護事業所と共通の理念「地域にとけこんだ暮らしづくり」を、玄関前やリビングルームなど、家族・利用者や地域住民に分かりやすい所に掲示しており、職員は申し送り時やユニット会議の中で振り返りを行っている。	
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人として日常的に交流している	法人として病院やデイサービスがあることで、地域の方とは日常的な交流を取りやすい環境にあり、また交流できるように努めている。地域の方と連携をとりお祭りなどに参加している。	自治会に加入して近隣の人から情報を得て、地域の夏まつり・節分まつりや、地域の防災訓練に参加している。認知症カフェにも参加する予定だったが、コロナ禍の中で中止となっている。時折地域の人々から、認知症の家族からの対応方法などの電話相談にも対応している。	
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	利用者のご家族、近隣の方、法人病院への通院患者様や、デイサービスの利用者様を中心に認知症への理解をしてもらえるよう努めている。	/	/
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	概ね2か月に1回の開催を目指している。会議で頂いた意見を検討し、地域の方々と協力し、実践していけるよう努めている。利用者家族が施設に来訪された際、運営推進会議の内容を説明するよう努めている。	会議は、地域の人や家族・利用者・地域包括支援センター職員・民生委員の参加のもとに年6回行われ、活動報告、ヒアリング・事故報告を行い、出席者から評価や助言を受けている。しかし最近では、コロナ禍の中で、会議は全て書面開催となっている。	コロナ禍の中で会議は全て書面開催となっているので、関係者から事前に意見を集めたり、事業所内のイベント・活動や運営の仕方などを家族や関係者に郵送で報告するなどして、利用者が孤立化しない暮らしの工夫のアドバイスを収集することを期待する。
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	民生委員と連絡を取り、助言を頂いている。また、区役所職員と話す機会を設け、助言を頂いている。	区の保健福祉課とは、法改正時や生活保護受給者の書類提出時に関わっており、利用者勧誘の営業活動に行くこともある。また、行政からの情報を得て参加している。ケースワーカーからは、2か月に1回の電話訪問を受けている。	

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	身体拘束は原則的に禁止とし、マニュアルや会議等の機会、すべての職員に周知、徹底している。	身体拘束の指針を整備し、法人の看護師や地域住民の参加のもとに、適正化委員会を3か月に1回開催し、外部研修にも参加して伝達研修を行っている。1階へのエレベーターは開放されており、利用者は多目的ホールへは自由に行き来している。	
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	マニュアルやミーティング等により、学ぶ機会を持てるようにしている。また定期的な通院による利用者の全身状態のチェックも行っており、職員間でも相互に見過ごしがないように注意を払いあっている。		
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	管理者、職員ともども、活用機会があれば利用できるように努めている。		
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	契約に関する説明の時間は十分にとっており、疑問点等は都度説明し、納得してもらっている。それでも不明な点がある場合、連絡窓口を設けているの随時対応している。		
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	利用者に意見を聞く機会を設けており、施設としても苦情受付を行い、苦情処理簿を作成している。施設外への申し立ても出来るよう、相談窓口の案内も行っている。	法人の「サービス評価委員会」が年2回開催されて、家族の要望(服薬の情報提供)が運営に反映された事例がある。服薬の変更時は、病院から家族に伝えて説明してもらおうように変更した。	事業所便りはあるが、写真付きの利用者個別の生活状況を知らせる便りはない。コロナ禍の中で面会は中止となっており、家族は個別の生活状況を知りたがっているため、運営推進会議の議事録とともに郵送することを期待する。

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
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	毎日のミーティングや週1回の会議によりそれらの意見をまとめ、反映できるよう努めている。	法人は職員アンケート調査を年に数回行ない、時には人事部の個人面談を行っている。管理者は法人の管理者会議(週1回)に出席して職員の意見を反映している。また職員の個人面談を行って、職場の人間関係やシフトの要望に応じている。全体会議(2か月1回)、フロア会議(月1回)の中で、職員の意見・要望やケアの方法などを話し合い反映している。	
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	定期的なミーティングにより、検討する機会を設けているまた職員と話し合える機会を設け、環境設備を行えるよう努めている。		
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	入職後、研修等を設け段階的にトレーニングを行っている。法人内研修は随時行っており、法人外研修は参加者以外も情報共有できるよう、報告の機会を設け、報告後も研修ファイルとして保管している。		
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	外部での研修などを通じ、他の同業者との交流を図っており、以後情報交換などをおこなうことでサービスの質向上を目指している。		
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	入居前相談の段階で、本人から十分な聞き取りを行える場を設け、相談環境への配慮・十分な時間を確保することで安心してもらえるよう努めている。		

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
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	家族の要望に関しては、入居前の段階から十分に聞き取りを行えるよう、場所、時間の確保をしており、納得して利用して頂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	本人や家族から十分な聞き取りを行った上で、本人や家族と検討する場を設けている。		
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	利用者の機能維持の為、出来ることは自分でまたは職員と共同で行ってもらっている。身体不自由等により、介助が必要であっても、利用者は職員より多くの経験をされており、職員側が学んだり、気づかされる場面は多々ある。		
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	利用者の支援を行う上で、本人在宅時の状態や生活暦を家族に聞き取りする機会が多い。家族と協力して、支援に取り組んでいる。		
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	知人・友人などの訪問に関して、積極的に行ってもらえるよう努めている。散歩の機会など利用して、馴染みの場所に定期的に訪れられる様努めており、遠距離の場合は家族に依頼するなど、機会を設けられる様努めている。	以前通っていたデイサービスセンターでの知人や、通院しているリハビリテーション科で知り合った新しい顔見知り会ったり、これまでの馴染みの美容室に行く利用者がいたが、コロナ禍の中で面会は中止され、電話での交流のみとなっている。	

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
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	利用者が孤立する事のないよう、職員が橋渡しとなるなどして、気持ちよく共同生活が営めるよう努めている。		
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	利用者や家族が希望されれば、利用終了後も相談を受ける等、関係性が継続するよう図っている。		
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	利用者が個々の意向をふまえたサービス計画を作成し、その実現に向けて模索している。聞き取り困難な利用者に関しては、家族または関係者への聞き取りを行った上で検討している。	以前のケアマネジャーや担当ケースワーカーから、利用者の入居前の環境や生活情報を聞き取り、フェイスシートに記録して職員が共有している。本人の好きなことや特技などがあれば要望に応えるケア体制をとり、手作業で折り紙が好きな利用者(3・4名)がいて、季節の壁飾り等々に工夫がこらされている。	
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	サービス計画作成時に本人及び家族から十分な聞き取りを行った上で、利用者の意向を把握できるよう、職員間で検証している。		
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	日々の介護日誌により各人の一日の過ごし方や心身状態を把握できるようにしている。本人の有する力に関しては、日常介護の中で職員が気づいたことを検討議題としてあげるなど、正確に把握でき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
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	本人および家族からの要望等聞き取りを行った上で、職員間でミーティングにて意見交換している。その後、モニタリング、ケース会議を経て、サービス計画を作成している。	職員は利用者の個人記録で情報を共有して、3か月毎にモニタリングを行っている。利用者の体調の変化時には、利用者・計画作成担当者・理学療法士・管理者の出席のもとにサービス担当者会議を開き、家族からの要望は電話で聞き取り、短期は3か月毎、長期は6か月毎に介護計画を直している。	
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	日々介護日誌をつけており、引継ぎ等そちらをもとに行う事で、情報の共有および実践を図っている。		
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	リハビリ通院の移送支援など、その時々々の要望に応じて柔軟な対応が取れるよう努めている。		
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	地域包括職員、民生委員、地域の方への相談、助言や地域の方に訪問してもらい、利用者の話し相手になってもらうなどしている。		
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	基本的には、家族や本人の同意のもと、連携医療機関をかかりつけ医としているが、希望があれば馴染みのかかりつけ医による継続的な医療を受けられる様支援している。	利用者・家族の同意を得て、利用者全員が母体医院の協力医をかかりつけ医とし、内科・歯科の往診を月2回受け、全員がリハビリのため週2回母体医院に通院している。眼科・耳鼻科には、かかりつけ医に職員が同行して受診している。服薬の変更があれば、「薬事情報」で家族に知らせている。	

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
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	定期通院等により利用者、職員、看護職員が馴染みの関係にあるため、利用者の健康状態に疑問があるときは即時連絡し、指示助言を頂いている。また、異常の有無に関わらず、利用者の状態報告を行っている。		
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	基本的に入院先が日常的に通院している連携医療機関のため、入院時も利用者には安心して入院して貰っている。早期退院に向けての情報交換や相談も密に行っている。		
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	契約時に「重度化した場合における対応に係る指針」として説明している。事業所でできない事に関しても、連携医療機関より毎日訪問看護してもらうことで対応している。また24時間医療機関とオンコール体制にあるため、迅速な対応が可能である。	入居時に、「重度化した場合における対応に係る指針」を利用者・家族に説明し、同意を得ている。法人の母体病院と24時間オンコール体制を整えている。終末期対応に関する外部研修には管理者が参加して職員に伝達している。終末期に入ったとの医師の判断を基に、手順書を作成して看取りケアを行う準備体制はあるが、看取り経験はない。	
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	緊急時対応マニュアルを用意しており、定期的なミーティング等の機会を利用し、職員へ緊急時の対応を認識してもらっているようにしている。		
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	定期的に避難訓練を行い、昼夜両方においての避難方法を職員が身に付けられるようにしている。災害時には、地域の協力を得られるよう約束している。また大正区の避難場所をリストを作成している。	「緊急災害時におけるマニュアル」を作成し、消防署立会いの訓練、夜間想定自主訓練、地震想定訓練を各々年1回実施している。地域の防災訓練にも参加して、近隣住民とは協力関係にある。避難先の近隣の小学校・高層マンションを、地域防災ネットで職員に周知している。5日分の水・食料を1階の倉庫に備蓄している。	

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	利用者に対する言葉かけや対応に関しては、入職後研修、ミーティング等を通して徹底している。家族、関係者より情報を頂いたりと連携をとり、職員と共有できるよう努めている。	管理者が個人情報保護や接遇に関する外部研修・法人内研修に参加し、伝達研修を行って職員に周知している。トイレ誘導は小さな声で耳元で優しく行い、居室入室時にはノックし、入浴時は同性介助を基本としている。不適切な対応があった時は、管理者が個別に注意して改善している。	
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	利用者によっては自己による意思決定が難しい場面が多くある。その為、日々の生活や活動の中での本人の表情や行動に注意し、要望を把握できるよう模索し支援している。		
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	グループホーム全体の大まかな流れはあるが、個人個人の生活リズムを崩さないよう留意している。特に体調にあった支援に努めている。		
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	基本的に家族への理美容は依頼し、家族同伴にて行きつけの理美容院へ行ってもらっている。家族同伴でも外出が難しい利用者や単身の利用者に関しては訪問理美容の利用を推進している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食日準備や片づけなど職員と利用者が一緒に行っている。職員とではなく、入居者同士の関係を高め、楽しい時間に来るよう、橋渡しを心掛けている。	昼・夕食は業者の仕出し弁当を利用し、年越しそばや、ワンランク上の仕出し弁当も提供している。朝食は、パン・デザート・牛乳を事業所で準備して提供している。利用者からアンケートを取ったり、業者のカタログを見せて希望を聞いて反映し、好きな和菓子をおやつに提供している。できる利用者は、盛り付けやテーブル拭きを行っている。	

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
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	利用者チェックシートにより食事量、水分摂取量を毎日確認しており、高齢者配食サービスにすることで栄養バランスにも配慮している。また体重の増減を記録しており、カロリーコントロールも行えるようにしている。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。また、定期的に歯科受診も行っており、利用者の口腔状態を確認してもらっている。訪問歯科も来て頂き職員にも技術指導をして頂いている。		
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	日中は利用者一人一人の排泄リズムを把握し、定期的にトイレ誘導を行うことで気持ちよく排泄してもらえるよう支援している。夜間は、十分な睡眠時間の確保を考慮し、個々の尿量に応じてトイレ誘導とパット着用に支援をわけて行っている。	おむつ使用者は1名のみで、リハビリパンツの人が数名いるが、比較的元気で自立している人が多く、排泄パターン表に沿って適時にトイレ誘導している。排泄に失敗した時には、自然体で着替えやパッド交換をするよう配慮している。就寝前に利用者の意向を聞き、3時間毎に見回って、意向を重視して個別に対応している。	
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	水分をしっかりとってもらい、利用者に応じた調整を心掛けている。リハビリ通院やレクリエーション等による適度な運動を行えるよう図っている。また、規則正しい生活を行ってもらうなどの支援を行うよう努めている。		
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	介助浴の基本的な時間は設けてはいるが、希望者への対応は臨機応変に行えるようにしている。また単身浴の方に関して、就寝時間を除いた時間で希望時間に入浴してもらえるようにしている。	週2回の入浴を基本とし、日曜日以外は9時～16時のいつでも入浴でき、毎日でも可能である。一人ずつ湯を入れ替え、ステンレスバス・ユニットバスの選択もできる。重度の利用者は2人で介助し、希望に沿ってシャワー浴・足浴にも対応し、同性介助を基本としている。	

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
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	個々の生活習慣や現状を把握し、安心して休めるよう配慮している。		
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	職員一人一人が利用者の症状を理解し、内服薬を把握するようにしている。飲み忘れ、誤薬防止の為、事前の投薬ボックスへの準備により分かりやすい状態にする事、投薬時2名以上で確認し、本人の前でも名前を読み上げるよう努めている。		
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	以前の生活歴を考慮し、可能な利用者には掃除や食事準備の手伝いを行ってもらっている、それ以外の利用者にもタオルを畳む、シーツ交換等本人が役割として認識できるものはないか日々模索している。		
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	散歩により、出来るだけ個々の希望に沿った外出機会を設けられるようにしている。遠方への外出も家族等に相談し、実現できるよう支援に努めている。	以前は、日常的に近所の散歩やスーパーでの買い物に出かけたり、法人全体の花見に参加したり、家族と一緒に外食や買い物などをしていたが、コロナ禍の今は、週2回のリハビリのための通院以外は外出していない。閉塞感や運動不足などの解消に向け、1階の多目的ホールで卓球をしたり、利用者手作りのゴルフバターセットでプレイしている。	
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	金銭管理は個々に行ってもらっており、現在は使用されていないが、ホーム側での金銭管理も可能である。		

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
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	手紙を書かれる人は現在はいないが、定期的に手紙を送ってもらっており、また希望者には施設内電話を利用し、連絡を行ってもらっている。携帯電話の所持も前向きに考えている。		
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	共有空間は窓が大きいので光を取り入れやすくなっている。季節ごとの創作物を掲示するなど、季節感をそこなわないように心がけている。	折り紙の得意な利用者が、職員と一緒に作った季節の折り紙飾りや、手作りのカレンダーを壁面に掲示している。各ユニットに空気清浄機付きの加湿器を設置し、利用者と一緒に朝・夕清掃して、清潔な共用空間を保っている。旧小規模多機能施設の1階には大きなソファが置かれ、自由に寛げる場所となっている。	
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	リビングのテーブルや椅子の位置を用途により変えることによって利用者が思い思いに過ごせるよう努めている。		
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	危険を伴うもの以外は自由に持ち込みをもらっている。特に以前から本人に馴染みの深い物品をお持ちいただけるよう推進している。	居室には、ベッド・エアコン・カーテンが設置され、利用者は鏡・机・衣装ケース・家族写真や手作りのカレンダー・ゴルフのパターセットなどを思い思いに持ち込み、居心地良く過ごせる空間を作っている。	
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	見守りや介助がいる利用者でも希望があれば、手すりなどを活かし安全に歩行して頂けるよう努めている。		