

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	2774500686		
法人名	社会福祉法人 水平会		
事業所名	認知症高齢者グループホームホライズン		
所在地	大阪府泉佐野市上瓦屋982-2		
自己評価作成日	令和4年1月22日	評価結果市町村受理日	令和4年3月25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 FGビル大阪 4階
訪問調査日	令和4年2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)】

開設当初より手作りの食事提供を継続している。家庭的な雰囲気の中での食事は楽しみのひとつである。食事の準備はもちろん利用者のできる事はお手伝いしていただいている。下肢筋力の低下を予防するために、ラジオ体操や音楽に合わせての館内歩行、手指の運動や機能訓練、ストレッチなどにも力を入れて取り組んでいます。レクリエーションの一環としてユーチューブより脳トレや口腔体操・高齢者体操なども活用している。季節ごとの年間行事を大切にしており、利用者には季節を感じ、楽しみをもって暮らせるように努めています。お便り【ありがとう】で日々の様子の写真やメッセージを添えて毎月1回発送し、家族様への近況報告をさせていただいている。今年度よりグループホームのスローガンを『笑顔で始まり笑顔で終わる寄り添う第2の家族』と挙げている。

【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)】

社会福祉法人水平会が複合施設(介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・通所介護・通所リハビリテーション・ケアプランセンター等々)と保育園・障がい者支援をなど運営している。当事業所は平成15年に設立し、地域に密着・認知され住民との交流も活発で、利用者・家族の信頼関係が構築されている。この2年間コロナ禍で住民参加の交流は自粛しているが、事業所内では手作りの食事を中心に楽しく明るい生活を継続している。リハビリ(脳トレ・口腔・身体体操)を大型テレビの動画を利用し、関連施設の理学療法士の指導で心身の機能低下の予防を活発に行っている。管理者は開設当初から勤務し市町村と連携、市の研修会など積極的に参加、認知症サポーター・キャラバンメイトとして関わり、ケアの質向上にチームで取り組んでいる事業所である。

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	施設の「明るく笑顔のある施設・地域とのふれあいを大切にします」を詰め所に提示している。基本心得の「常に死角をなくす・職員間の連携・報連相・笑顔で挨拶・言葉使いに注意・健康管理・業務の優先順位・片づけ補充の徹底」とスローガンの『笑顔で始まり笑顔で終わる寄り添う第2の家族』を職員間で読み上げ意識の定着をおこなっている。	玄関とフロアに理念を掲示して朝礼で唱和し、申し送りの後に心得の項目に改善点を付け加え意識付けしている。笑顔と尊厳を持って言葉掛けし日々の支援に取り組んでいる。職員間も笑顔でコミュニケーション、OJTで「理念・基本心得」に沿ったケアの実践を行っている。	
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員として日常的に交流している	コロナ禍のため交流は難しくなっている。北部市民交流センターより情報誌が月1回手渡しされ地域情報を知ることができる。運営推進会議のメンバーからも情報を得ている。	以前のような交流は中止し、運営推進会議の際に地域の方から情報を得ることが多い。交流センターから月1回情報誌「なごみの風」が手渡しされ、その時にも情報を得ている。利用者との交流は自粛しているが、隣の住宅や近隣住民の方が前と裏の庭に野菜の苗を植え付けを支援している。また定期的に事業所周辺の芝と草刈りなど協力されている。	
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	認知症サポーター キャラバンメイトとして関わっている。		
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	二ヶ月に一度、運営推進会議を開き基幹包括支援の職員、家族様代表、地域協議会職員・理学療法士等に参加頂いている。施設への取り組みや結果の報告、事業所に対する要望等、いろいろな話し合いを行っている。開催出来ない月は書面にて報告を行っている。	運営推進会議は、家族代表者・市役所担当者・老人会会長・地域交流センター館長・事業所管理者・ケアマネジャー・理学療法士、等が集まって、奇数月第4木曜日午後定期的に会議を行っている。会議では、ヒヤリハット事故報告、行事予定などを報告し、参加者に意見を求め、それをサービスの向上に活かしている。議事録と外部評価結果は公開している。	
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	市の介護保険課とは事業所の実情やケアの取り組みについて、折に触れ相談し、行政と共にサービスの質向上に努めている。	市と保健所からは感染対策用品(ガウン・ゴーグル・防護服・フェイスシールド)などの提供と指導がある。地域共生推進課や介護保険課には関連書類提出やレセプト(請求)について相談などで連携している。包括支援センターからは事業所連絡会や地域情報を得ている。泉南地区GH協議会でリモート勉強会に参加している。	

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
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	2ヶ月に一度の職員会議の際に勉強会を実施している。また、事務所に身体拘束をしないケアの実践を掲示し、職員に意識付けをしている。	職員会議と併用して2ヶ月毎に身体拘束をしないケアの勉強会と会議を行っている。議事録はファイルで共有している。事例の検討をし、具体的内容を項目ごとにまとめ掲示して意識付けている。年間研修計画の中で年2回研修を行い、正しい理解と実践に繋げている。	
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	2ヶ月に一度の職員会議の際に勉強会を実施している。資料も閲覧できるようにしている。		
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	地域福祉権利擁護事業と成年後見制度についての資料を職員で閲覧している。		
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	契約時に説明して、納得いただいた上で、確認のサインと押印を頂いている。その他随時、質問があれば話し合う機会を設けている。		
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	傾聴により得た情報や家族からの意見・要望は随時記録し、申し送りや会議にて検討し、改善に努めている。施設運営にも反映させている。	コロナ禍で家族から面会の要望があるが、直接居室では感染対策が困難であり、階を分けて1階に家族が来所しリモート面会を行っている。家族から、事業所周圍の芝と草刈り・庭掃除を業者依頼の意見が出された。現在は地域住民の方が協力し、綺麗にして頂いている為、利用者・職員共に安全で安心して過ごせている。	

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	1ヶ月に1回ミニ会議や部署会議を実施している。会議に取り上げてほしい事や気付きがあれば、事前アンケート用紙を記入し会議がスムーズに進められるように工夫している。	毎月会議で全体の意見交換を行っている。個々の職員とのヒヤリングは常日頃から行い相談や情報共有している。職員からケアに関する「室内生活が長引いているので、楽しみ・リハビリを増やしたい」や、リビングに大きいテレビを購入し、ユーチューブでカラオケ・歌謡曲・体操をしている。(機能訓練のため踏み台昇降を設置)など、職員意見で実現している。	
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	年に一度昇給がある。研修はコロナ禍で参加できていない。		
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	職員間で連携し常にチームプレイを目指している。業務中に学べる機会を設け、現場でその都度指導している。内部研修を定期的に行い知識の共有化を測っている。		
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	泉佐野市内の地域密着サービス事業所協議会へ入会し、ネットワークにて情報を共有することによりサービスの質を向上させている。		
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	サービス提供前のアセスメントにより、情報把握に努めている。また、サービスの説明を行い、不安や要望を再確認し提供している。入所初期では職員は関わるように意識している。		

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	家族に対しても同様に、入居前の面接・アセスメントのより情報把握に努めている。入居2週間後には本人様の様子を家族に伝えている。		
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	サービス導入時の要望を確認している。随時サービスの評価も行い、必要に応じたサービスの導入を検討している。		
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	利用者がそれぞれ得意の分野で力を発揮し、共に支え合えるように役割を決めている。		
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	日頃から連絡を密にとり、本人の状況や関わり等を話し合っている。月1回、近況報告を兼ねたお便り『ありがとう』を送付している。		
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	職員が利用者の話を傾聴している。その中で必要に応じて家族や友人との繋がりを支援している。電話の取りつぎやリモート面会を行っている。	以前のように家族・友人・知人との外出はコロナ禍で自粛している。家族の許可を得て、友人等に事業所から電話をかけ話したり、リモート面会を行って繋がりを支援している。郵便物や年賀状が友人や家族・孫から届く利用者もいる。	

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	日々のレクリエーションや利用者同士の関係を見守り、必要時職員が間に入って話を傾聴したり、気分転換に散歩に出たりしている。		
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	退所後の受け入れ先に対して情報の提供を行っている。家族からの相談があれば支援している。相談支援については書面に残している。		
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	日々の関わりの中で、1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。ケアプラン見直し時には、必ず本人様とご家族様と話し合いをし思いや意向を聞いている。	日々の何気ない会話の中で思いや意向を知り、利用者の希望に沿える努力をしている。その人に出来る事を見つけて、無理強いすること無く「できること」を一緒に行っている。困難な場合は家族に聴いたり、日常ケアで表情・行動を観ながら寄り添う様にしている。	
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	本人や家族から生活歴や色々な情報を記録に残し、職員間で共有している。		
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	日々の食事摂取量、バイタルサイン等の記録を行い、把握に努めている。また、レクリエーションなどを通じて有する力の把握に努めている。		

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	担当者会議などの機会を通じて本人や家族の意見を取り入れている。会議以外での随時見直しを行っている。必要時、カンファレンスを行っている。	ケアプランは短期3ヶ月、長期は2年（認定期間中）として、3ヶ月毎にモニタリングを行い、プランの見直しを行っている。状況状態変化時はアセスメントを行い、担当者会議を開催して関係者と利用者・家族の意見を聴き、状態・意向に沿いケアプランを再度作成している。家族に了承を得て再交付している。	
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	日々の記録、職員間の申し送りにて情報を共有し、ケアの実践介護計画の見直しを行っている。		
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	日々要望を把握し現存の計画やサービスにとらわれず支援を検討し改善している。		
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	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。		
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	かかりつけ医と、日頃の本人の体調等の連絡をとりながら、本人や家族等の希望に応じている。また、受診や通院は家族等の同行が基本であるが、不可能な時には職員が同行し、受診のための支援をしている。	かかりつけ医は、利用者・家族の希望を聞き決めてはいるが、全員が事業所の契約医療機関をかかりつけ医としている。内科は月2回 歯科は口腔ケアも含めて週一度の往診がある。それ以外の眼科や整形外科等の受診は、基本的には家族が同行することになっている。家族の都合が悪い時や心療内科は、職員が同行し受診支援している。	

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	さんみクリニックへの24時間連絡体制をとり、体調変化の状況や気づきを伝えて適切な受診を受けられるように支援している。		
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	病院関係者との情報交換や相談に努めている。		
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	現在終末期ケアは行っていない。重度化の]対策や支援方法を医療機関、本人、家族と話し合い、内容は記録に残している。	重度化した場合や終末期に向けた事業所の対応について、入居当初に「できる事、出来ない事」を利用者・家族に説明し、話の内容を記録に残している。しかし、本人・家族等と話し合う元となる指針がなく、同意書も交わされていない。	入居当初だけでなく、早い段階から本人・家族、関係者等と話し合いを行い、意向がずれたまま重度化や終末期を迎える事の無いようにするためにも、説明の元となる指針や同意書が欲しい。
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	急変時マニュアル資料は詰所とリビングに提示し全職員が閲覧している。		
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	GH内での自主防衛訓練としては、避難訓練はもちろん防火訓練・災害訓練も行っている。また、消防署立ち合いの通報訓練・水消火器使用の訓練も行っている。	法人として、併設の施設と合同で年に2回、災害対策訓練を行っている。事業所としても独自で、地震や火災における消火訓練・通報訓練や避難訓練を行っている。非常時の備蓄品も整えられている。法人の役員が近隣に住み、夜間いつでも非常時に駆け付けられるようになっている。しかし、実訓練はまだ出来ていない。	災害は、何時どのような時に起こるか分からない。様々な発生状態を想定し、日ごろから職員会議や運営推進会議等で話し合い、いざという時に混乱しないように、実訓練で体が自然に動くようになるよう心掛ける事が望まれる。

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	会議や日々の支援の中でプライバシーを損ねる事のないよう、確認と徹底を図っている。誘導支援時には声をかけ希望や思いを確認し対応している。	利用者一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねることのないよう、排泄介助や食事介助等に目立たずさりげない言葉掛けや介助をしている。個人ファイルは、事務所の鍵のついていない引き出しに厳重に保管されている。研修会はプライバシーの保護、接遇・コミュニケーション等について、定期的実施している。	
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	暮らしの中でその都度聞き出しながら、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、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	個々のペースを把握し、傾聴を基本として日々の支援を行っている。		
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	本人の希望を尊重しながら、理美容院を利用されるなど、その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している。入浴準備も職員と一緒に着たい衣服を選んでもらっている。		
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	毎食の食材購入と調理、盛り付けをコミュニケーションを取りながら行い、食事を楽めるよう支援している。家庭的な雰囲気を大切にしている。	食事の献立は、利用者の好みを聞きながら決めている。調理、盛り付け、配膳、食事、あと片付けを共に楽しく家庭的な雰囲気の中で行っている。食事は、BGMとして懐かしのメロディーを流し、利用者と職員と一緒に同じテーブルで楽しく会話をしながら食事をしている。	

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
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	決められた時間の提供を徹底し、その他必要に応じて提供している。食事量に関しては毎食チェックしている。必要時は水分摂取量の記入も行っている。		
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、個々の状態に応じて支援を行っている。週1回、訪問歯科医と歯科衛生士によるケアに来ていただきアドバイスももらっている。		
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	1人ひとりの排泄パターンに合わせ、誘導や声かけを行い、失敗を減らすように努めている。	各人の排泄パターンやサインを把握して、さりげなくトイレ誘導をしている。日中7人が布パンツで2人がリハビリパンツで過ごしている。トイレ表示は、チューリップ、桜、ヒマワリ、パンジーなど、馴染み深い花の名前をつけている。夜間は2～3時間毎に巡回し、利用者の状況に応じてトイレ誘導・パッド交換をし睡眠を重視した排泄介助を行っている。	
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	排泄チェックを行っている。便秘になりがちな方は記録し内服などにて対応している。水分を多く摂って頂いている。		
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	週3回、曜日入浴を行っている。順番などは一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、ゆっくりと入浴が楽しめるように支援している。	基本的には午前中であるが、出来る限り利用者の入浴希望日や時間に入れるようにしている。季節の湯、ゆず湯やしょうぶ湯等、コミュニケーションをしながら、入浴を楽しみなものにする工夫をしている。入浴を拒否する利用者には、無理強いせず、職員や時間曜日を替えるなどしている。週3回の入浴を基本としている。	

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	個々のペースに合わせて支援している。		
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	個々のカルテに内服薬の最新の薬剤情報を綴っており確認している。薬局より管理指導を受けて内容はファイルに入れ職員間で共有している。内服変更時はその都度申し送りしている。		
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	多種多様なレクリエーションを行い、一人ひとり力を活かして、役割をもって張り合いや喜びのある日々を送れるよう支援している。		
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支援している	天候に合わせて外でのおやつ提供にも積極的に取り組んでいる。	コロナ禍以前は、事業所の周りを散歩するだけでなく、桜の花見、紅葉狩りや、ショッピングモールへ大衆演劇を観に行ったりしていた。現在では、天気の良い日に庭にテーブルやベンチを置いておやつを頂き、外気に触れる機会を設けるようにしている。	
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	金銭に関しては施設預かりは行っていない。		

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
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	本人や家族からの依頼や希望があれば随時対応している。		
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	リビングにはソファや椅子、掛け時計、カレンダーを配置し、テーブル等には、庭に生えている草花を飾り、生活感や季節感を取り入れ、居心地よく過ごせる、家庭的な雰囲気作りに心がけている。	居間兼食堂には、ソファを配置し利用者同士語り合う居場所づくりがされている。テーブルには、庭に生えている草花や梅の花が飾られているなど、家庭的な雰囲気が漂っている。壁には、楽しそうな行事の写真や利用者の作品が飾ってある。トイレは居室と居室の間にあるが、表示は花の名前になっているなど、細かな心遣いが見られる。	
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	居室やリビングのソファ席やテーブル席、廊下の一角の椅子等、自由に過ごせる場所がある。		
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、本人や家族と相談しながら、思い出の写真や使い慣れた品物を持ち込んで頂き、居心地よく過ごせるよう工夫している。	各居室には、介護用ベッド、エアコン、クローゼット、洗面台、防災カーテン等が設置されている。利用者の使い慣れた家具や家族の写真などが持ち込まれ、家族と相談の上自由に配置されている。阿弥陀如来像を飾って、朝夕礼拝している利用者や自身の作品を飾っている利用者など、居心地よく過ごせる工夫をしている。	
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	場所を目で見て把握できるようにドアに花の絵を貼り工夫している。また、浴室が良くわかるように、入口には『温泉マーク♨』と書いたのれんをかけている。		