

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/1階)

事業所番号	2790800052		
法人名	株式会社はなの街		
事業所名	グループホームはなの街		
所在地	大阪府大阪市東住吉区住道矢田1-6-10		
自己評価作成日	令和6年7月15日	評価結果市町村受理日	令和6年10月11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6年9月13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)】

認知症であっても人権、尊厳、個性(多様性)を大切に、最期まで自分らしく生きるために支援することを理念にしている。理念を管理者・職員で共有し意識づけ、確認を取り合うために、日々の中で話し合い、実践につなげられているかミーティングで話し合う機会を持っている。

【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)】

事業主体は2009年に設立され、同時に当事業所を開設し、他に訪問看護ステーションを運営している。当事業所は、看護師が立ち上げたので医療関係者が多く、現在も管理・ケアマネジャーなど常勤看護師が3名居る。利用者も医療が必要な人が多く、重度の人のケアも十分行え、状況に応じて看護師が宿直することもある。常駐看護師・かかりつけ医・訪問看護師との協力体制は万全で、事業所での看取りも数多く経験し、利用者・家族の安心と信頼を得ている。事業所理念に沿って、一人ひとりの暮しの時間(食事・入浴)を大事にしたケアを実践しており、利用者は大家族のように日々平穩に過ごしている。経験年数の長いベテラン職員が多く、開設時からの人も5名おり、職員間のコミュニケーションも良く、一体となって運営している事業所である。

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				

【本評価結果は、2ユニット総合の外部評価結果である】

自己評価および外部評価結果【2ユニット総合外部評価結果】

[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	認知症があっても人権、尊厳、個性(多様性)を大切に、最期まで自分らしく生きるために支援することを理念にしている。理念を管理者・職員で共有し意識づけ、実践につなげられているかミーティングで話し合う機会を持っている。	法人の理念「最後まで自分らしく生きるために」と事業所理念「利用者様の人権、尊厳、個性(多様性)を尊重します」をホームページ・パンフレットに掲載し、スタッフルームに掲示し周知している。利用者の尊厳を重視し、排泄は同性介助を基本とし、入浴の同性介助の希望にも応じている。	
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	道路に面した箇所に花壇を作り、利用者様と季節の花を植え、近隣住民にも楽しむ機会を提供している。利用者様と近所の八百屋、コンビニへ買い物に行く機会を意識的につけている。	町内会に加入し、回覧板や会長から地域の情報を得ている。地蔵盆や町内の夏祭りに利用者と共に参加し、その際事業所前を駐輪場として提供している。3か月に1回の町内会清掃活動に利用者も参加している。花壇の手入れをしてくれる近所の人の血圧を測っている。町内会長を介して、地域住民の介護相談にも応じている。	
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	地蔵盆、町内の夏祭りなどに積極的に参加し、地域住民からの相談にのっている。町内会清掃にも参加している。		
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	地域の支援を得るため、外部の人々の目を通して事業所の取り組み内容や具体的な改善課題を話し合ったりしている。運営推進会議では、年間計画に基づいて2か月に1回開催している。意見や要望を検討し共有する。民生委員様の参加を包括支援にも相談。	会議は奇数月の第2土曜日に定例化し、町内会長・近隣住民・利用者・家族代表(交代で1名)・地域包括支援センター職員の参加を得ている。事前にメンバーに議題を伝えて議題の要望を聞き、事故・ヒヤリハットなどを報告し意見交換している。大阪市指定の書式の議事録を作成し、全家族に送付している。玄関に議事録と外部評価結果を置き開示している。	運営推進会議は、事業所運営についてメンバーや家族から意見を収集して改善に活かす重要な場である。今後、利用者の状況や行事・研修・会議なども含めて、できるだけ詳しくて分かり易い報告書を作成して送付し、欠席しがちな家族の参加を促して、意見が出やすいよう工夫することを望む。
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	グループホーム連絡会に出席し、情報を共有している。また日々の不明点は大阪市の介護保険課に問い合わせるなど、連絡を取っている。	区の保健福祉課とは、運営に関する質問・相談や、生活保護受給者・後見人関係で連携している。市民会館での各種講演会(誤嚥性肺炎防止・口腔ケアなど)や府の介護保険法改正研修に参加している。行政も参加する月1回の区グループホーム連絡会に参加している。2~3か月に1回、ケースワーカーの訪問を受けている。	

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	「身体拘束とは何か」を正しく学び、管理者・職員間で共有出来るように定期的に研修、カンファレンスを行う。やむを得ず行う場合、御家族様からの同意を得て行う、記録・モニタリングを行い必要か、適正かを管理者と職員間で話し合い判断している。	「身体拘束排除マニュアル」「身体拘束適正化のための指針」を作成し、3か月に1回の委員会や年2回の研修で職員に周知している。日中は玄関を開錠し、出たい人は職員が付き添っている。便を投げつける利用者が居て、家族から同意書を得て、止むを得ずつなぎ服・介護用パジャマを用い、適正に記録とモニタリングを行っている。	
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	高齢者虐待防止関連法の理解をする為、管理者・職員で定期的に研修を行う。また日々の生活の中でも注意をはらい、確認と共有を図っている。テレビ等のニュースなどにも意見を求めている。		
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	管理者・職員は日常生活支援事業や成年後見人制度について学ぶために府が行う研修に積極的に参加をしている。後見人の方の役割等講演研修を行っている。		
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	利用者様・御家族様が理解しやすいよう契約書を読み上げながら説明を行う。また利用者様・御家族様が質問をしやすい問いかけになるよう努めている。		
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	日々の生活で利用者様からの意見があれば毎日(朝・夕)のカンファレンスにあげ話し合い、また御家族様からの意見も頂けるよう、意見箱を設置するなどしているが、活用が少ない。面会の都度に意見を聞くことが多く運営推進会議の際に書面で提出している。	面会時・介護計画説明時・家族会(年2回:ほとんど参加)などに家族の意見を聞いている。毎月の事業所便りに利用者個々の写真とケアマネジャーのコメントを載せ、本人直筆の手紙も添えて家族に送っている。意見に沿って、おむつを一括購入して費用を軽減したり、服のボタンが止められなくなった人にボタンをマジックテープに取り替えたり、頭から被る服(トレーナーの様な服やセーター等)に交換したりしている。	

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	日常業務の中から職員の意向を汲み取るよう心がけ、意見を言い合える雰囲気作りを普段から行っている。代表者・管理者が頻繁に現場に出ており、現場の把握、意見交換が出来る機会を作っている。	毎朝のミーティングや毎月の職員会議、年2回の人事考課面談などで職員の意見を聞き、グループラインでも日常的に聞いている。「しっかり休みを取りたい」との職員の要望に対し、アルバイトを導入して休める体制を整えている。感染症防止と職員負担軽減のため、職員の調理を止めてレトルト食の導入を検討している。	
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	職員・利用者様とのコミュニケーションなどで職員の日々の努力や具体的な実践・勤務状況を把握できるよう努めている。穏やかな人間関係作りを心がけている。		
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	職員育成の重要性を認識し全ての職員が質を向上させていけるように、各自の立場・経験や習熟度の段階に応じた学びの機会を得られるよう研修に参加できるよう支援している。		
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	グループホーム連絡会への参加、外部研修などで情報交換を図っている。職員同士の食事会を通し交流を行っている。(年に1~2回)		
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	御家族様からの申込書であっても、ご本人との面接は必ず行う。ご本人の状況を得て、ご本人に応じたケアを提供できるよう職員と情報共有をしておく。		

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	入居前に面接情報用紙には、御家族様の思いも記入。情報を回覧している。入居前の面接は1回で終わらずご本人・御家族様が納得するまで面会の回数を重ねる。		
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	(グループホーム以外の)介護保険サービスや高齢者施設の利用が必要な場合は適切なサービスを紹介している。サービスの場に馴染みやすいようにご本人・御家族様が理解でき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	家事を一緒に行ったり日常のコミュニケーションを大切に、介護をするといった一方的な関係にならないように意識している。		
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	行事には御家族様の参加協力を依頼。ご本人・御家族様と施設・職員の共有の思い出作りに努めている。また必要な場合には、ご本人との面会回数を増やすようお願いすることもあり、特に終末期ケアには御家族様の役割を明確に協力体制を強めている。		
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	ご本人の思い出の品や家具を持ち込みご本人の意思に沿った居室作りを実施している。	入居時に把握した利用者の馴染みの関係を「私を知ってください」シートに記入し共有している。友人や勤めていた会社の社長・職員が訪問したり、電話・手紙を取り次いだり、馴染みの関係継続を支援している。入居後に仲良くなった人と一緒に食事したり、地域の人と清掃活動で馴染みになったり、八百屋・コンビニ・商業施設などに出掛けるのを支援している。	

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
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	気の合う利用者様同士、食事の席を考慮し利用者様同士が気軽に良い関係が築けるように配慮している。		
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	入院し退所となった利用者様の面会に行ったり、遠方の施設に移った利用者様の相談を御家族様より電話で受けることもある。		
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	入居前にケアマネジャーがご本人・御家族様から生活に対する思いや希望を聞き取り、職員と共有し、入居後は各職員は日常の中でご本人の思いを汲み取り意向に添えるように努めている。	入居時・入居後に把握した利用者の意向を「私を知ってください」シートに記入し共有している。思いを表出しにくい人は、選択肢を設けたり、目で見ても選んでもらったり、表情などで把握している。希望に沿って食事・入浴・排泄などの個別スケジュールを立て、寿司・誕生日ケーキ・お好み焼き・たこ焼き・ノンアルコールビールなどを提供している。	
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	プライバシーを配慮しつつ、ご本人や御家族様から聞いた好みや過去の出来事など、生活歴用紙に記入し職員が把握するよう努める。		
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	一人一人のカンファレンスやモニタリングを通し、ご本人が有する力を弱めてしまう過剰なケアになっていないか、また必要なケアがないか等、検討している。		

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	作成前にはご本人や御家族様より情報を得て話し合う場を持ち介護計画に活かして、アセスメント、モニタリングを繰り返し、ご本人・御家族様の变化に応じ臨機応変に見直しを行い、対応している。	ケース記録・アセスメント・モニタリング・「私を知ってください」シートや訪問診療・看護記録などを基に、家族や職員の意見を聞いて介護計画を作成している。計画は長期目標1年・短期目標半年とし、半年毎にモニタリングし、サービス担当者会議(利用者・管理者・ケアマネジャー・職員が参加)を開き、終末期には、医師・看護師も参加し見直している。	
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	朝・夕での申し送りの中で日々の様子やケア実践内容のカンファレンスを行い、管理者・職員間で情報共有、また日々の記録を根拠にしながら介護計画の見直しに活かしている。		
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	日々の様々な変化やご本人の言葉や思いをそのまま記録し、ケアの注意点など申し送りノート等を活用し、情報を共有しその後のケアの見直し等に活かしている。		
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	天気が良いときはコンビニへの買い物や施設まわりの散歩、花壇への水やりを行っている。		
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	ご本人・御家族様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、必要に応じて往診に来てもらったり、受診に行くときもある。	契約時に話し合い、1名以外は協力医を主治医とし内科(月2回)、精神科(月1回)、歯科医・歯科衛生士(月1回)の訪問診療を受けている。耳鼻科は必要時往診を受けている。肛門科他の科には主治医の紹介で職員が付き添い受診している。週1回の点滴・吸引には訪問看護師を利用している。管理者・職員に多数の看護師が在籍して利用者の変化の把握に努め、主治医と医療連携している。	

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	看護師が常駐し、訪問看護も利用できるため、いつでも相談し適切なケアをできるように話し合っている。また健康管理や観察など、日々看護師・医師と相談し情報を共有している。		
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	入退院時、病院関係者・ご本人・御家族様と計画を話し合い積極的な関係、支援している。特に入院時はサマリーを提出し医療機関と情報を共有している。		
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、事業所です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	入居の際には、看取りの説明を行い、終末期をどこで迎えるか相談・確認している。ホームでの看取りを希望された場合は、ご本人・御家族様、主治医・看護師と連携を図り、御家族様にも寄り添えるよう心配りをし、納得のいく終末期を過ごせるよう最大限支援していく。	契約時に、終末期に向けた書類を整え説明し、意向確認して書類を作成している。利用者の状態変化時には主治医から家族に説明してその都度の意向を確認し、医師・訪問看護師・職員と意思を共有して納得のいく支援に努めている。本年4名を看取り、良かったことや家族の思いを聞き、職員はカンファレンスして振り返っている。	
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	常勤の看護師が24時間オンコールで対応できる体制になっており、法人でも普通救護講習や吸引機の使用研修を実施し、職員が適切な初期対応ができるよう努めている。		
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2回の防災訓練・定期的な災害訓練を行っている。運営推進会議で地域との協力体制を確認している。また近隣の職員への緊急連絡の体制もできており、法人関連施設からの支援体制も整っている。	マニュアル・連絡網・避難所の確認をし、消防署職員立ち合いの下で、年2回(7月地震想定・2月夜間想定)の避難訓練を実施してアドバイスを貰い、自治会長・近隣住民の参加も得ている。BCP(事業継続計画)を作成し、水・ポカリスエット・アルファ米・蓄電池・ソーラーパネルの非常用物品を用意している。災害時の地域の青年団の協力を確約している。	

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	一人一人を尊重した言葉遣いや接し方をしている。プライバシーに配慮した対応を心がけている。法人でも接遇に関するカンファレンスを行い、利用者様のプライバシーを損ねないようにしている。	日常の接し方は、「利用者の人格を尊重した言葉掛けをする、接する対応に配慮する」ことを日常的に言葉にして確認し、またグループラインで研修し確認している。利用者の人格を尊重し、その人のペースに合わせた食事の提供や、個性を大切に寄り添った支援に努めている。	
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	日々の生活の中で選択肢を設けたり、目で見て選んで頂くなど自己決定できるよう、働きかけている。例)朝食時間の選択		
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	ご本人の希望に沿って、一人一人個別のスケジュールをその都度立てている。問題発生時には特に注意するよう心がけている。 例)朝食時間の選択		
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	2か月に1度、施設に散髪に来てもらっている。衣類も一緒に買いに行くこともある。		
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	個別の食事形態で対応しており、フルーツが好きな方、魚が食べられない方がいる中で八百屋・コンビニに行き選んで頂き食事内容を一部変えるなどして対応している。若年性アルツハイマーの利用者様には、後片付けに危険・無理がない範囲で職員と一緒に計画に基づいて取り組んで頂いている。	業者から食材を購入して専任職員が調理し提供していたが、職員負担軽減を考慮し、試験的に湯煎食を利用し様子を見ている。行事食(節句・クリスマス・お正月・敬老会・ソーメン流し)の提供もある。利用者の希望を聞き、お好み焼き、誕生日にはケーキ・ノンアルコールでお祝いをし、利用者の個人対応(牛乳・寿司)の提供もある。菜園で玉ねぎ・さつまいもを植え、食卓に上ることもある。	

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	食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通して確保できるように一人一人の状態や力、習慣に応じた支援をしている。必要に応じて、ご本人・管理栄養士・医師と相談しカロリーコントロールをしたり、嚥下状態・口腔内状態により食事形態を個別に対応している。		
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	食後の口腔ケア、歯磨きを徹底して歯科医往診を受けている方、通院受診を受けている方もいて付き添い支援も行っている。		
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	今残っている力をなるべく低下させない為に、時間毎のトイレ声かけ・誘導を行い、オムツを使用している方も時間毎のパット交換を行う。	日中は、寝たきりの利用者以外のリハビリパンツ・パッドの人に声掛け誘導し、トイレでの排泄の支援をしている。夜間は2時間毎に巡回し、安眠を妨げないよう利用者の様子を見てトイレ誘導し、排泄の支援をしている。安心のためポータブルトイレを部屋に置いている利用者も居る。	
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	できるだけ下剤や浣腸に頼らないよう適度な運動・腹部マッサージ・水分補給を行い、食事内容と形態に気を付けている。		
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2～3回入浴してもらえようご本人の希望に応じて入浴介助・支援を行う。また排泄による汚染時には、その都度シャワー浴・入浴の支援を行っている。	浴室は窓があり明るく、浴槽はゆったりとして底に滑り止めを塗り、安全に配慮している。利用者の様子を見て週2・3回日中に入浴し、嫌がる利用者には声掛けや誘導法を工夫し、2人介助やシャワー・ストレッチャー浴などで清潔保持に努めている。浴槽の湯は毎回取り換え、好みのシャンプーを使い、希望により同性介助をしている。	

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	就寝時間は一人一人違うのでご本の習慣に合わせて休んで頂く。できるだけ薬に頼らなくても済むよう、昼夜逆転を防ぐためにも声かけ・日中の活動に気をつけている。		
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	職員全員が利用者服薬台帳を回覧して医療関係者と情報共有し、理解・知識を高めるよう努めている。利用者様の体調変化にもいち早く気が付けるよう観察し、医療関係者と連携を図っている。誤薬などないよう薬局・看護師・職員でチェックしている。		
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	日々の会話などからアセスメントし、ご本人の希望・プランに沿いながら得意な事・好きな事をして頂けるように支援をしている。		
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	利用者様の希望に応じて、八百屋・コンビニ・スーパーなど買い物に出掛けている。またご本人・御家族様の希望があれば外出して頂けるよう支援している。コロナ禍で外出の機会が少なかった。	利用者は近くの公園への散歩や、好みの物を買いにコンビニに出掛けている。3月には弁当を持って公園で花見をし、車でショッピングモールに出掛けている。親戚の法事に家族と出掛けている利用者もいる。以前は1泊旅行に出掛けており、担当者は再開したいと希望している。	
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	自己管理できる方は、予め相談し決めた額を管理してもらい、定期的にご本人と確認している。希望時に八百屋・コンビニへ嗜好品などを購入を自由に使えるよう支援している。		

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
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	家族や大切な人に本人自らが電話や手紙のやり取りが出来るよう支援している。御家族様から電話があればご本人に繋ぐようにしている。手紙が読めない方には朗読し出来るだけ理解してもらえるよう支援している。		
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	清潔で安全な空間を提供できるように努めている。また季節感が得られるように季節の花を飾るなど居心地の良い空間作りを努めている。	リビングの壁の星の折り紙などで季節感があり、大きなテレビの前のソファに利用者は仲良く集まりテレビ観戦している。変形できるテーブルで利用者の座席に工夫し、壁際や窓際にもソファが置かれ寛ぐ空間がある。観葉植物や利用者持参の大きな熊のプーサンがデーンと座っている。毎朝換気をし清掃している。	
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	車椅子自走される方や独歩の方がおられる中、動線の確保・安全に配慮し、テーブルセットを設置、気の合う方と話したりできる。		
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	入居の際は自宅等で使い慣れているものや馴染みのある家具などを持ってきていただいている。また生活に合わせてテレビや冷蔵庫を置くなど個々に合った環境を作っている。	居室入口の高い位置に花の絵に番号を書いて分かりやすくし、居室にベッド・エアコン・洗面台・クローゼットを用意している。利用者は写真・カレンダー・テレビ・冷蔵庫・タンス・衣装ケースなどを持ち込み、ベッド一杯にぬいぐるみを持ちこんだり、一方でスッキリと何も置かない自分好みの部屋作りをしている人もいる。床は絨毯・クッションフロア・畳の部屋がある。	
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	一人一人のできる事に着目し、安全に自立した生活が送れるよう家具の配置や車イスの置き場所に配慮し、整容具や洗剤などの置き場も適宜検討し安全な環境作りに努めている。		