

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	2770901045		
法人名	医療法人啓友会		
事業所名	医療法人啓友グループホームめぐみ		
所在地	大阪府高槻市安岡寺町1-36-8		
自己評価作成日	令和5年2月1日	評価結果市町村受理日	令和5年4月10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	http://www.keiyukai-nakajima.jp/
----------	---

【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5年3月7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)】

「その人らしく笑顔で安心して最後まで!」の理念を基に、御本人様、御家族様が希望されたら看取りまでを考えています。医療法人の為、併設のクリニックに看護師も24時間常駐しており、グループホームで何かあっても、医療との連携がとりやすい事が利点と考えています。

【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)】

事業主体は医療法人で、高槻市内に介護老人保健施設のほか診療所や訪問看護ステーションなどを開設し、「医療と福祉の専門職のチームとネットを組み連携協働する」など5項目の理念を掲げて事業を進めている。当事業所は1ユニット6名で3階建ての2階にあり、同フロアには、リハビリ室やショートステイ、入院施設がある。1階にはクリニックやデイサービスがあり建物の中央が吹き抜けになっていることから、明るく開放感がある。利用者の多くは法人傘下の施設の利用者が多く、入居前に馴染みになった人との交流などで楽しむことが出来る。現在は介護度の高い利用者が多く、行事の開催が限られているが、職員の多くは有資格者で勤務年数も長く、利用者の担当制を敷いていることから、利用者・家族の要望や意向を職員間で共有し、意向に沿った質の高いケアに努めている。

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	新人職員には、オリエンテーションなどで理念を伝え、実践できるように協力を行っている。相談があれば個別に対応もしている。	法人理念とは別に、事業所理念を「その人らしく笑顔で最期まで」とし、14～5年前に職員全員で話し合い、覚えやすい内容に改めている。法人理念は事業所入り口に、事業所理念はユニット内に掲示するとともに、職員の作業台や名刺裏面でも確認することができるため、常に理念を確認し、実践に繋がるようにしている。	
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	コロナ禍のなか交流の機会を持つのが難しいが、生活の中で地域ボランティア団体の協力を得ている部分がある。月に一度、地域のボランティア団体の会議に代表者が出席し、意見交換している。	コロナ禍以前は、地域イベントの参加や幼稚園児との交流などをしていたが自粛している。現在は、法人の理事長が法人立ち上げの際に関わったNPO法人と連携し、有償ボランティアの受け入れ(掃除、話し相手、施設入り口の花壇の手入れなど)により地域との付き合いを継続しており、地域情報を把握する機会にもなっている。	
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	運営推進会議にて認知症に関わる勉強会を行っていたが現在書面での会議運営で実践が難しい。	/	/
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	現在は書面での開催としており情報の提供を行い、意見があれば、電話・FAX・メールにて受け付けられる体制はとっている。	会議は2か月毎に、全家族・自治会長。地域包括支援センター職員・、地域NPO代表者及び職員で開催(過去1年間は書面会議)し、入居者状況、コロナ感染対策と感染状況、職員の異動などの報告資料と、意見・要望を記載する用紙を添付して送付している。意見・要望の返信は殆どない状況になっている。	書面会議では、意見・要望の返信が殆どない状況であり、フォロー体制の構築が必要である。また、コロナ感染対策の緩和による対面会議の再開に向けて、報告内容(事故状況、苦情件数、行事開催と今後の予定)などを加え、意見・要望が出やすい工夫を検討し、利用者サービス向上に繋げることを期待する。
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	不明な事や判断を仰ぎたい時には福祉指導課に連絡をとっている。事故の報告も行ない困難事例があれば相談することになっている。	高槻市の福祉指導課とは、必要書類の提出はメール対応が主になっている。介護保健制度の更新手続きや保険制度の改正の際には事業所の状況を報告し、指導・助言を受けている。日常的には法人が行政窓口と連携する機会が多いが、都度法人と情報共有し事業所運営に活かしている。	

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	法人内で毎年勉強会を行っている。又、身体拘束委員会でも勉強会を行い、周知する様にしてはいる。	「身体拘束廃止の指針」を整備し、身体拘束廃止委員会を3か月毎に開催している。研修会は年2回、法人全体と身体拘束廃止委員会で開催し、拘束ゼロを目標に取り組んでいる。過去、点滴の針を外せないようにするために家族の同意を得て対応した例がある。管理者はスピーチロックにならない言葉遣いについて職員に指導している。	
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	法人内で毎年勉強会を行っている。不明な怪我等があれば可能な限り解明に努め、言葉遣いにも注意している。		
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	現在は対象者がいないが、成年後見制度について不定期に勉強会をしている。		
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	担当者が説明を行い、疑問点があれば随時対応している。		
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	家族からの要望や意見は面会時含め、いつでも聞けるようにしている。各、利用者担当のスタッフも決めているが、どのスタッフでも対応出来る。	利用者・家族の意見要望は、入居時や家族の面会時(週1回10分程度)に把握するとともに、日常のかかわりの中で把握に努めている。利用者から、マッサージを受けたいという要望に対して施術師と調整し訪問での対応をした例がある。毎月利用者一人ひとりの写真と暮らしの様子を掲載した「めぐみ瓦版」は、家族の安心に繋がっている。	

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
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	定例会議の中で、話し合いの場を設けている。提案があればなるべく採用しやってみるというやり方をしている。	管理者は、日常的に職員への声掛けや、毎月めぐみ2と合同開催するケアワーカ会議、また年に1回自己評価表に基づく面接時などで意見・要望の把握に努めている。把握した内容は可能な限り反映するように努めている。事業所内の省エネとコスト削減対策の提案があり、照明の消灯の徹底やコスト意識の高揚について対応した。	
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	毎年、職員全員に自己評価表を記入してもらい、それを基に個人面談も行っている。(介護職員処遇改善給付金制度あり)		
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	法人内の勉強会を月に1度行い、職員のスキルアップに努めている。外部の研修のお知らせも行ない、指名し参加してもらう事もある。		
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	法人内にある、各事業所の交流はあるが、外部と交流する機会はほとんどない。		
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	入居者は同法人の介護サービスを利用していただく方が多く、職員も兼務が多い為に、入居時から関わりが多い事で安心してもらっている。サービス利用のない方は、管理者・計画作成担当者が主となり本人・家族から話しを聞く様にしている。		

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
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	入居前に話し合いの場を作り、入居後も利用者一人ひとりに担当者を設け、要望等も聞きやすい体制を作っている。		
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	担当者、計画作成担当者がご本人様、ご家族様と話し合い、必要であれば在宅で行っていたサービスも継続できるように対応している。(訪問マッサージ等)同法人内の通所サービスの利用者は職員と共に見学を行ったりもしている。		
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	利用者様一人ひとりのペースの把握に努め、利用者様の言葉を尊重できるような体制作りに努めている。		
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	ご家族様と共に支援していけるように話し合い、外出や外泊も可能な限り行っている。面会時には一緒に話が出来るような雰囲気作りにも心がけている。		
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	以前は(コロナ前)特に面会時間の規制もしておらず、同法人のデイケアやデイサービスに友人が来られている際には、会いに行ったりできるように支援していたが、現在は家族の面会は週1回10分程度とし、外部の方との面会、接触は極力避けている。	利用者の多くは、入居前に施設内の通所リハビリやデイサービスの利用者であり、職員はその時から顔見知りになっていることが多いことから馴染みの人や場所は施設内の職員間で共有化している。現在施設内で馴染みになった人との交流は自粛しているが、施設内の固定電話の利用など利用者の要望に沿った支援に心掛けている。	

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
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	利用者それぞれのペースを大切にしながら、共有スペースでは自由に過ごしてもらっている。		
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	死亡による終了がほとんどだが、必要に応じ継続的に相談や支援を行う用意はある。		
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	計画作成時に関わらず、日常の会話の中で希望、意向の把握に努めている。意思の表出が困難な場合は家族の意見や本人の表情や普段の様子から検討している。	入居時のフェイスシートや日々のかかわりの中で、利用者の思いや意向を把握している。職員は利用者担当制を敷いていることから、把握がしやすい状況にある。把握が困難な場合は、勤務年数が長い職員や家族に確認して対応している。把握した内容は、会議開催時に職員間で情報共有し、日々のケアに活かしている。	
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	ご家族や前ケアマネージャーから情報を集め、把握に努めている。		
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	一人ひとりに担当者を付け、確認できる際は本人と確認しながら把握に努めている。		

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	利用者一人ひとりに担当者を決め、個別のアセスメントを行ない、定例会議にて状況の把握。計画作成担当者と担当職員が、本人・家族と話し合い、介護計画を作成している。	入居時に、利用者・家族から生活歴や要望を詳細に把握し、医療関係者からの助言を得て、長期1年、短期半年を基本(利用者の状況により変更)に介護計画を作成し同意を得ている。モニタリングは毎月のケアワーカ会議で行っており、利用者の状態変化や家族からの要望などがあれば、都度計画に反映し日々のケアに繋げている。	
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	主に定例会議にて情報の共有を行ない、必要に応じて介護計画の見直しへと繋げている。		
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	それぞれ職員が気付いた事は、各担当者へ伝えながら、柔軟なサービスが行えるように努めている。		
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	希望や必要があれば入居後も以前のサービスを継続して活用でき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支援している	かかりつけ医の継続と協力医療機関への受診は同意を得たうえでやっている。希望があれば当法人の診療所をかかりつけ医とし、受診支援も行っている。	法人の医療機関の医師による内科の訪問診療を、利用者・家族の同意を得て適時受けている。歯科は治療・加療に応じて希望者が受け、併設の精神科クリニックには個々の状態に応じて柔軟に対応している。要望で訪問マッサージの受け入れや眼科受診が必要な人は事業所が同行支援している。	

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	併設のクリニック看護師と日々相談しながら健康管理を行ない、支援している。現在は鼻腔栄養、胃瘻の利用者がおり、注入食やカテーテル管理などを併設施設の看護師が日常業務として関わってくれている。週一回の訪問看護でも意見交換を行っている。		
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	連携病院があり備えている。早期に退院が決定しても受け入れる体制は整えている。(期限あり)		
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	契約時から看取りまで行なう方針の旨を説明している。ご家族様の希望に沿って、医師の判断を仰ぎながらホームで看取る事が可能であれば医療と連携をとりながら支援している。	「重度化した場合に係る指針」文書で入居時に説明し、身体状態変化時には「看取りに関する指針」文書を示し医師から状態説明を行っている。管理者・ケアマネジャー・職員でカンファレンスを行い、終末期におけるケアの最善策を共有している。主治医・看護師による終末期ケアの研修を年1回実施し、今年度は3名の看取り経験がある。	
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	法人内の勉強会で緊急時の対応を学んでいる。併設のクリニック看護師と連携をとり、対応している。		
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	火災時の避難訓練は年2回、昼間・夜間を想定したうえでやっている。運営推進会議でも災害時の対応を話し合っている。BCP作成中。(2023年内に完成予定)	日中・夜間想定と地震対応も視野に入れた自主訓練を年2回実施し、二つのグループホーム合同訓練と、併設事業所(通所リハビリ・通所介護・ショートステイ・入院施設)合同の訓練を行っている。非常通報装置の発動や緊急連絡体制に沿った避難誘導や避難経路の確認を行い、3日分の水・アルファ米・缶詰を準備し非常食用献立を作成している。	

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	定例の会議や法人内の勉強会にて周知している。	利用者本位の立場に立っての言動や個々の性格に応じた対応を心掛けている。不適切と見受けられる場合は、管理者が状態やそれまでの経緯を聞き、何が問題点かを話し合っている。排泄・入浴時のドアの開閉に留意し、重要書類は適切に保管されている。	
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	利用者様の能力に合わせ対応している。普段から何気ない会話などから本人の思いをくみ取るよう支援している。		
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	利用者様のペースに合わせ、極力、意思決定をしてもらえるように努めている。入浴は週3回決まっているが拒否の場合などは次の日に声かけするなど行っている。		
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	利用者様の状態に合わせ支援している。		
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	同法人の管理栄養士によって献立を決め、委託の業者の食事を提供している。食事が経口摂取できるように、食形態は色々対応可能。準備や片付けは現状では一緒に行う事は難しい。	事業所建物内の厨房で、委託業者が調理した料理がセットされた食事を、ショートステイ利用者・リハビリ利用者と共に摂っている。四人中の三人が鼻腔栄養・胃ろう・点滴を利用している現状において、テーブルを囲んで全員での食事や、食事・おやつレクリエーションの楽しみ事と、食事一連の作業の参加は困難となっている。	

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
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	本人の意思も確認し、併設のクリニック管理栄養士とも連携しながら、支援をしている。		
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	利用者様の状態に合わせ、必要な支援をしている。歯磨き介助や口腔内の清拭など。		
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	個々の排泄のリズムが解るように排泄表あり。歩行が難しくても座位がとれれば極力トイレでの排泄支援を行っており、利用者様の状態に合わせた支援をしている。	寝たきりの人が3人で居室でのパット・オムツ交換を行い、トイレでの排泄可能な人には、排泄パターンやリズムを把握して排泄支援を行っている。夜間時は3時間毎のパット・オムツ交換で排泄支援を行っている。	
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	原因や影響の理解は努めているが個々の対応はできていない。便秘の際には内服や併設のクリニック看護師によって浣腸等で対応している。		
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	ご本人様、ご家族様に説明の上で、月・水・金の午前中を基本的には入浴日としている。拒否があった場合は無理に入浴せず次の日に声かけするなどしている。状況によりシャワー浴にすることもある。コロナ対応の為に現在、入浴は週2回。	施設1階に個浴槽(皮膚疾患や乳房切除術の人が利用)、一般浴槽(2~3人入浴可能)、機械浴槽の三種類があり、個々の状態に適した浴槽で、週2回午前中の入浴支援を行っている。入浴拒否の人はいなくて、全員が浴槽に浸かっての入浴となっている。	

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
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	身体状況にも合わせて支援しているが、ご本人の希望に沿って対応するように努めている。		
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	処方内容を理解、確認したうえで、服薬の管理を行っている。状態をみて、内服量を主治医と相談する事もある。		
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	可能な限り好きな事が出来る様に支援する様に努めている。 法人内の行事には極力参加してもらっている。		
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	日常的ではないが、希望があれば支援するように努めている。身体状況もあり、外出支援が難しくなっている。感染症もあり機会があまりないが家族に外出援助できるよう働きかけている。天気の良い日はなるべく外気浴の為敷地内だが地蔵や花壇を見に散歩している。	利用者の介護度が高く寝たきり状態の人(3/4人)で外出することが難しい現状となっている。外に出たい要望があれば、周辺散歩や事業所敷地内の花壇やお地蔵さんを見に行き、気分転換を図っている。コロナ終息後と利用者の身体状況に応じて馴染みの喫茶店・初詣・花見の見物に出かけたい思いがある。	
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	おこづかいとして各利用者様毎に預かっている。能力に応じお金を持ってもらう事など、個別に対応している。		

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	特に制限はしていない。携帯電話を使用され自由にやり取りしている方もいる。		
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	家庭らしい雰囲気は建物上難しいが、ソファなどで共用スペースでくつろげる空間は作っている。季節を感じる飾りは建物全体で工夫している。	次亜塩素酸水対応の加湿器を設置し、頻回に手すり・ドアノブ・テーブル等を消毒している。リビング兼食堂にぬり絵や貼り絵を飾り、個別で寛げるソファを施している。共有箇所の清掃は有償ボランティアと職員が行い、清潔保持に努めている。	
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	独りになれる空間は自室のみだが、食堂の中にそれぞれが落ち着く場所で過ごしてもらっている。		
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	使い慣れた物の持参は、家族様にも勧めている。本人・家族と相談しながら居室作りをしている。	居室入口に表札を掲げ、個々によって多少の違いはあるが、馴染みのミニタンス・家族写真・テレビ・仏壇等の馴染みの物を持ち込んで、これまでの生活の継続となるよう工夫している。ベッドやローチェストは以前の居住者が使用していた物を利用している人もいる。家具の配置は安全・動線確保に配慮している。	
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	個人の能力に合わせた支援を心がけている。		