

### 1 自己評価及び外部評価結果

**【事業所概要(事業所記入)】(2ユニット共通/1階、2階ユニット)**

事業所番号	2771000359		
法人名	医療法人博友会		
事業所名	グループホームさくらんぼ		
所在地	大阪市西淀川大野2丁目1-41		
自己評価作成日	令和5年2月22日	評価結果市町村受理日	令和5年5月17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5年3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)】**

<p>グループホームの職員として入居者さまを心から尊敬して対応させて頂き入居者様の個人にあった生活を提供させて頂きます。 職員一同地域活動に積極的に参加させて頂き協力して行きます。また法人の研修にも積極的に参加させて頂き職員の能力も上げて行けたらと思います。</p>
---

**【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)】**

<p>当事業所を運営する医療法人博友会は、名取病院経営を第一歩としてその後事業を拡大し、現在老人介護関係の施設を多く経営している。当事業所は平成25年に新築のこのビルに移転して10年を越えた。内部は広くゆったりとしてきれいな施設である。駅から徒歩7分と近く便利な上、同一敷地内に名取病院と訪問看護ステーション(同一法人)があり、医療面で手厚い支援が受けられる。利用者家族からも安心の声が上がっている。また、事業所のビルの上階には医療処置を受けながらの暮らしが可能な住宅型有料老人ホームがあり、当事業所の補完的二次選択肢となっている。コロナ禍の昨秋着任した新管理者は、介護の質を落とさず、まず業務を引き継ぎ、次に何よりも職員との意思疎通を図ることに努め協力を取り付け、職員全員がチームとして業務を遂行していこうとする姿勢が見られる。</p>
---

**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				

**【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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	理念とはその事業者が目指すサービスのあり方を示したものでありその理念を管理者と職員は共有して話し合い実践につなげて行きます。	事業所の理念は新管理者と職員とで話し合っって新たに定めた。その趣旨は「利用者の気持ちになって介護をし、利用者への尊敬を持ち続ける、また、職員同志の尊敬も大切に」という内容の理念である。日々の介護に慣れすぎて利用者への敬意がおろそかになってしまわないよう、事業所の介護をより良質なものにしたいと皆が考えたからである。	
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	事業所だけで暮らしが成り立つのではなく地域社会のつながりが成り立つものと思いません。地域住民との交流を積極的に取り組んで行きます。	管理者が着任して間もないため、地域との連携は未だ十分ではない。隣接の病院(同一法人)受診のため徒歩で出かけたり、事業所周りを歩いたりする時に会う人と軽く挨拶をする程度に止まっている。自治会長や民生委員の所へ着任の挨拶に出向くことから始めて、今後連携を深めていきたいと、管理者は考えている。	
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	事業所が今まで積み上げてきた認知症の理解や暮らしぶりは地域に知られてないことが多いので地域におけるケアの視点として少しでも地域の高齢者様の暮らしにも役立てるように努めます。		
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	外部の人々の目を通して事業所の取り組み内容や改善課題を話し合い地域の理解や支援を得る機会です。	運営推進会議のメンバーは、家族・地域包括支援センター職員・管理者であるが、地域包括支援センターと家族に郵送して、書面での開催となっている。議事録によれば会議の参加者・運営状況・苦情内容・事故報告・事業所の課題と考察・行事等が報告されている。今後、自治会長や民生委員などにも参加を要請していく予定である。	運営推進会議に、地域代表が参加することがまず必要で、そのメンバーで定期的開催されるよう望まれる。また、参加者の意見・感想を収集し、メンバーで共有して次につなげるといった、双方向の書面開催の体裁を実現されるよう希望する。
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	市町村担当者に事業所の考え方直面している課題解決に話し合いや対応に共に取り組むことが望まれます。	生活保護受給者も複数おり、それに伴う事務手続き等で窓口の生活支援グループとは連絡をとっている。また、コロナの検査や接種等の件でも市役所とはメールで情報交換しており、地域包括支援センターとは、利用者受け入れ時の契約等で情報をやりとりしている。	

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
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	管理者および全職員が身体拘束の内容を把握して利用者様の人権を守りどんなことがあっても拘束は行わないと言う姿勢が必要です。	身体拘束虐待防止委員会のメンバーは管理者・リーダー職員・一般職員である。会議では、身体拘束虐待防止月間を設定し、そんざいでない言葉使い・敬意を込めた表現を目指そうと話し合っている。皆の話合いで決めた理念にも「利用者への尊敬」を謳っており、丁寧な言葉遣いなど敬意を持って接することを第一に考えている。	
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	管理者と職員は高齢者の虐待防止関連法の理解を図り職員による虐待を徹底防止に努めます。		
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	管理者と職員は日常生活生活自立支援事業や成年後見人制度を学び利用者がそれらを利用出来るように話しあいます。		
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	利用中の料金改定等利用様や家族等によって契約内容が分かりにくい事もある為十分に説明を行い利用様や家族が納得するよに心掛けます。		
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	利用者様や家族等の意見要望を引き出す努力や場面を作ると共に運営推進会議のメンバーや外部の人にも伝えられる機会を作っていきます。	家族面会は予約の上、玄関ホールで行っている。距離をとり15分程度で実施している。面会その他で訪れる家族とは言葉を交わして意見を聞き取っている。また、コロナで面会が制限された時は意識的に電話連絡を増やし、安心と信頼を得るよう心がけた。電話口には利用者本人が出ることもある。管理者の携帯電話には家族からよく連絡が入る。	

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	事業所の運営や大事な決定事項にかんして利用者の状況や実績を主に現場の職員の意見を充分にきき活かして行くことが大切です。	管理者は月1回の職員面談も考案中である。職員は希望に従って、物品担当・オムツ発注・レク係などを分担している。居室担当制もあり職員1人が利用者1人を担当している。二十年近く勤務し続ける職員も複数おり、職員間の関係性が良好で、皆で話し合っチームで動く姿勢が長続きの要因だと職員は考えている。	
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	職員各自が向上心持てる職場環境を整えることが勤務の継続に繋がります。結果的に利用者の継続性を支える事になります。		
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	職場育成の重要性を認識して全ての職員が質を向上出来るように学べる機会を増やします。		
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	事業所の質を上げていく為に他法人との連携は必要な為交流を強化して事業所の質の向上を努めます。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	相談からサービス導入時期は本人の安心確保していく上で重要な為本人の気持ちを重要視して気持ちを受け止めます。		

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
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	本人と家族の意見が違うことこともある為家族の話しをしっかりと聞き家族との信頼関係を築き上げたいと思います。		
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	家族等の実情や要望を元に何が求められているかを見極め支援して行きます。		
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	介護するのではなく共に過ごし学び支え合う関係を築き上げたいです喜怒哀楽を共にして行きます。		
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	職員と家族が支援しているされてる言う関係ではなく家族のこだわり悲しみを受け止め本人の生活をともに支援していく		
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	本人のこれまでの人間関係や社会の関係を把握してその関係を断ち切らない支援が必要です。	同じ団地に暮らしていた知人の訪問を受ける利用者・年賀状や手紙が届く利用者など、各々馴染みの関係が維持されている。家族からの旅行土産を契機に馴染みの土地の話をする人もいる。職員は利用者の生い立ちや嘗ての仕事などを意識的に心がけて話題にし、活力を取り戻してもらい支援につなげている。	

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	利用者同士が共に助け合い支え合って暮らしていく事の大切さを職員が理解する事が重要です。		
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	利用者の心身状態や事情等のサービスの利用が終わった後もその後相談やフォローしていく事が大切です。		
<b>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</b>					
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	利用者がその人らしく暮らし続ける支援にむけて希望や意識等の把握が不可欠です。関係者で本人の視点にたつて意見を出し合い話し合っていく事が重要です。	自分の意向が表明出来る利用者は半数ほどいるが、表明できない利用者については、動作や表情などから本人の好みや意向を推測している。時には、利用者の意向が把握できず対応に困難な事例もあるが、時をずらし、その間様子を観察し、その後丁寧に話しかけるなどして、本人理解と支援に努めるようにしている。	
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	利用者が自分らしく暮らしていく事を支援する為にプライバシーに配慮しつつ職員が本人や家族等の馴染みの関係を築きながら暮らしを捉えていく事が大切です。		
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	利用者の部分的な問題や断片的な情報の把握に頼らず一人ひとりの日の流れに沿って本人の状況を総合的に見つめて判断する事が大切です。		

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
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	介護計画書は介護する側にとっての問題ではなく本人がより良く暮らして行く為の課題やケアのあり方を本人や本人を良くする関係者が話し合った結果をもとに作成する事が大切です。	モニタリングは居室担当の職員が毎月行い、ケアマネジャーと共有して確定している。職員全員が参加する月1回のフロア会議でカンファレンスを行いケアの見直しも行っている。それらを総合して、3ヶ月で介護計画を作成更新している。利用者の状況に応じた見直しも随時行っている。	
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	日々の実践を漠然と記録するのではなく本人を身近で支える職員しか知らない事実やケアの気づきを生き生きと具体的に記す事が大切です。		
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	一人の人を支えていく為に単一の介護保険サービスだけにとどまらずその場その時のニーズに応じて多様な支援の方法を備えて行く事が大切です。		
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	利用者が心身の力を出来るだけ発揮しながら安全でより豊かな暮らしを楽しめるよう多様な地域資源と協働していく事が大切です。		
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	本人が馴染みの医師による継続的に受けられるようまた状況に応じて本人や家族が希望した医師に医療を受けられるように支援します。	入居時に法人の医師を主治医とすることを説明し話し合い決めており、3名は今までのかかりつけ医としている。内科の訪問診療は毎週・歯科は医師・衛生士同行で希望者は訪問診療・口腔ケアを受けている。その他の医療機関へは家族が付き添っている。看護師は毎週訪問して爪切りや健康管理をして医師と連携している。	

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	高齢で認知症を有する利用者は早い段階で状態変化や異常に気づきいち早く医療に連携していく事が大切です。看護婦等の配置や訪問看護の契約がない場合はかかりつけの医師に相談しながら医療支援につなげていく事が大切です。		
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	入院は慣れない場所や治療処置等で心身で大きなダメージをもたらします。入院する際は本人のストレスや負担を減らすために家族等との話し合いをしながら支援して行きます。		
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	重度化した場合や終末期支援のあり方や事業所の対応について段階ごとに家族等かかりつけ医療ケア関係者と意向を確認しながら支援していく事が大切です。	契約時に重度化や終末期の対応を説明して確認書を作成している。利用者の体調に変化があれば主治医より家族に説明して対応を話し合い同意書を作成して関係者と連携して支援している。職員は看護師より対応を学んでいる。昨年は2名の看取りを経験している。	
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	利用者の身体状態の急変や事故発生時にも慌てずに確実かつ適切な行動がとれることが大切です。全ての職員が定期的に応急処置訓練に参加するよに努めます。		
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	災害はいつ起こるか分からないので一人ひとりの利用者の状況を踏まえて災害時の具体的な避難策を昼夜を通して検討いざという時に慌てず確実な避難訓練が出来るように備える事が大切です。	年2回の避難訓練の計画を予定している。法人のオンライン動画研修で学び、終了の確認をしている。マニュアル・連絡網は用意しているが以前のものであり新しく作成中である。水・レトルト食品・懐中電灯・電池・ラジオの非常物品を用意している。	年2回の災害避難訓練(夜間を含め)の実施・マニュアル・連絡網・福祉避難所の確認等必須事項は早急に整え地域の状況を把握して災害時の対応に望まれることを期待する。



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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	一人ひとりの誇りを尊重しプライバシーの確保を徹底していく事が大切です。全職員が誇りやプライバシー確保について常に具体的に確認し合う事が大切です。	毎月のフロア会議で「尊敬」の理念を忘れることなく、利用者への言葉かけは敬意をもって接する事等を皆で話あっている。排泄時の声掛けは見えないよう配慮・入室時声掛けノック・入浴時等プライバシー確保について具体的に話をしている。個人情報の書類は施錠できるロッカーに保管している。	
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	アセスメントとして本人の思いや希望の把握について問うのではなく本人の希望や好みを把握していく事が求められます。		
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	職員側の都合やスケジュールに当てはめるのではなく一人ひとりが本来持っているペースや望んでいるペースに合した暮らしを支援していく事です。		
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	身だしなみを整えたりおしゃれする事は本人の心地良さ落ち着き明るさ全体的な状態の安定に繋がります。		
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	食事は利用者にとって力の発揮や参加他の利用者や職員との関係づくりなどの点から暮らし全体の中でも重要な位置にあります。利用者にとって食事が楽しい時間になるように支援します。	法人の厨房より調理した朝・昼・夕食が運ばれキッチンで盛り付けをして、利用者の形態に合わせ提供している。郷土料理や手作りおやつもある。月に1度は利用者の好みを聞いてホットケーキ・お好み焼き等のおやつ作りを利用者も一緒に楽しんでいる。今後はテイクアウトを利用したり外食の機会を作りたいとしている。	

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
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	カロリーの過不足や栄養の偏り水分不足にならないように職員全職員が知識や意識を持ち支援いく事が大切です。		
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	口腔ケアの重要性を理解し本人の習慣や有する力を生かしながら食後のうがいや口の中の手入れの支援が必要です。		
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	トイレでの排泄やおむつしないで済む暮らしは生きる意欲や自信の回復そして食事や睡眠等の身体機能の向上に繋がる大切な支援です。	排泄自立の利用者は2名、リハパンにパットの利用者には声掛けや誘導でトイレでの排泄の支援をし、身体機能向上に繋げている。夜間は定時見回りをして安眠を妨げないようにトイレ誘導やパット交換をする等その人にあった支援をしている。	
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	便秘がちな高齢者に対して下剤等を習慣化させることは身体機能を衰えさせることとなります。一人ひとりに応じた自然排便を促すことが大切です。		
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	利用者の入浴は事業所が決めた曜日や時間に合わせるのではなく一人ひとりの生活習慣や本人の希望を大切に支援が求められます。一人ひとりの意向を第一にくつろいだ気分で入浴できるように支援が必要です。	入浴は週2回を基本に利用者の様子を見て午前中に入浴している。拒否する人には時間・日・人を変えたりして無理強いしないで柔軟に対応している。1対1で会話を楽しみ毎回バスクリンを入れるなど、利用者は喜んで入浴している。季節的に柚子湯も取り入れている。重度の人には2人介助でシャワー浴の支援をし、時には同建物の法人の機械浴を利用することも出来る。	

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	一日の流れの中で一人ひとりが必要な休憩や睡眠がとれる支援が必要です。本人の生活習慣や本人の活動状況ストレスの状況を関係者で把握していく事が大切です。		
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	一人ひとりが服用する薬の目的や副作用用法について理解し飲み忘れや誤薬を防ぐ取り組みが必要です。		
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	日々の暮らしが楽しみや張り合いのある物になるようまた記録や出来る力を最大限活かして自分らしく暮らせるよう一人ひとりにあった役割や楽しみ気分転換の支援が必要です。		
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	利用者が事業所の中だけで過ごさず日常的に外出できるような個別の支援が必要です。本人が戸外で気持ち良く生き生きと過ごせる支援が必要です。	遠くには出かけられないがコンビニに飲み物を買に行ったり、隣の病院周りを散歩して外気に触れている。家族と一緒に眼鏡を買に行ったりしている。庭に洗濯を干しに出たりプランターに職員と一緒に球根を植えたりして気分転換をしている。	
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	利用者が日常生活の中でその人の希望にお金を所持したり使用出来る支援が必要です。		

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
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	手紙や電話は家族や大切な人との関係を繋ぐ重要な手段になります。プライバシーに配慮しながら電話を使用する事を個別に支援いくか確認します。		
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	共同生活空間は居心地良く過ごせるようにまた自宅の延長としてその人らしく過ごせる工夫が必要です。	入り口のエレベーター前に観葉植物を置き、リビングは日差しが入り明るく、窓を少し開け換気し加湿器を置き空調に配慮している。壁に塗り絵や職員と一緒に作った折り紙の作品を貼り、テレビやテーブル・ソファを置いて寛ぐ空間も設けている。庭のプランターにチューリップを植え開花を待つ季節の楽しみがある。清掃は毎朝職員が行い清潔にしている。	
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	少人数であっても集団での生活が落ち着かないこともあるので一人になれるスペースや家具の配置等の工夫が必要です。		
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	共同生活の中での個室の意味は大きくプライバシーを大切にしながら居心地良く安心して過ごせる環境作りが求められます。本人が落ち着いて過ごせる工夫が必要です。	居室は「あさがお」等花の名前を付け分かりやすくしている。ゆったりとした部屋にはベッド・エアコン・洗面台・鏡・吊戸棚・クローゼット・テーブル・椅子・サイドテーブルを用意している。利用者はテレビ・筆筒・仏壇を持ち込み、家族との写真やぬいぐるみ等愛用のものを置いて居心地よい部屋作りをしている。	
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	高齢や認知症がある利用者にとって普通に暮らせる環境は安心して自分から動き出す為の大切な条件です。利用者の認識違いや判断ミスを最小限にする環境めんの工夫が必要です。		