

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	2772600959		
法人名	けいはん医療生活協同組合		
事業所名	グループホームみどり		
所在地	大阪府門真市城垣町2番33号		
自己評価作成日	令和7年1月7日	評価結果市町村受理日	令和7年3月28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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JiqyosyoCd=2772600959-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人ぱ・まる
所在地	堺市堺区三宝町二丁目131番地2
訪問調査日	令和7年3月9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)】

同建物内に診療所があり、24時間365日、医療に関する相談等が行なえる環境のもと、医療生協の組合員、家族、地域住民との交流を深めつつ、入居者一人一人が楽しみや生きがいをもち生活が送れるよう、地域住民や家族も参加できる外出レクやイベントを計画的に行っている。
医療連携により看取り対応も積極的に行ない、グループホームみどりが『終の棲家』になれるよう、入居者・家族に寄り添った介護を行っている。
共用型デイサービスを運営しており、入居者がデイサービス利用者と交流を図り活動的に過ごせる他、グループホーム入居を待機している間にデイサービスを利用することで、混乱せず入居を進めることができる環境である。

【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)】

利用者の終の棲家としての施設を目指されており、施設側の型にはめない、利用者個々の思いや生活リズムを優先し、利用者らしさを発揮しながら、楽しく生活していける施設運営を心がけられています。複合施設の特性を発揮し、同一法人の診療所も併設されていることから、医療面での対応がスムーズに取り組める環境が整えられています。地域の学校との交流、地域の方々から施設内イベントや活動へのボランティア再開、地域に向けた利用者と共に参加する啓発活動の再開等が継続されており、コロナ禍以前に行われていたことが復活し、継続されています。利用者や家族等も、近隣地域の方々が多く、併設の小規模多機能型居宅介護事業所、デイサービスの利用者も地域の方々を中心であることから、地域や外部との交流も日常的に行われています。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 者とのつながりが広がったり深まり、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、活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、安心して暮らさせている (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	『「あんばい」よく暮らす』を理念として、日常生活を程よいリズムで過ごして頂けるように皆で取り組んでいる。	認知症になっても、その方には役割がある！と考えられており、法人理念を踏まえた「あんばい」よく暮らすという、利用者の生活リズムを尊重した、生活の場作りに配慮する施設理念が掲げられています。	
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	地域のスーパーや飲食店への外出や地域住民参加の祭りの開催、地域住民によるボランティアの受け入れを積極的に行い、地域との交流を図っている。	再開されていた、地域に向けた認知症啓発活動や、地域の学校教育への協力等も継続されています。地域のボランティアを活用した、施設内のレクリエーションや行事が展開されています。地域行事や祭事等への参加、交流等も継続されています。	
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	認知症介護実践者研修等の受講を進め、認知症に対する理解を深めている。得た知識を地域住民に対し学習会を行い伝達している。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	今年度の目標の進捗報告や、行事やイベントなどの報告、苦情や事故報告を行っている。運営推進会議参加メンバーから、取り組みや報告に対する質問や意見が毎回寄せられ、出された意見や提案を現場実践に取り入れている。	地域包括支援センター・利用者家族・薬剤師の参加があり、対面での開催されています。運営推進会議での、消防訓練や防災の取り組みを知りたいという意見を基に、消防訓練への参加に繋がられた事例が確認できました。	
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・地域包括支援センターが主催する研修へ参加し、グループホームの近況やサービス内容に関する話をする機会が持っている。	日常は、地域包括支援センターとの情報交換・情報共有を中心に活動されています。行政から定期的に介護相談員の訪問が実施されており、利用者や家族等との直接対応も行われることから、異なる視点からのアドバイスを踏まえた支援内容向上へも繋がられています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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	3ヶ月に1回、身体拘束廃止委員会を開催し、身体拘束廃止に向けた学習や取り組みの方法を話し合い、年2回身体拘束廃止に向けた学習会、身体拘束自己チェックシートを実施している。	3ヶ月に1回、拘束にかかる適正化委員会が開催されています。職員に向けた、拘束にかかる研修が年2回、虐待にかかる研修が年2回実施されています。研修時には、職員がチェックシートによる振り返りも行われており、振り返りを基に職員間での話し合いも行われています。話し合いの中で出た意見を基に、ベット柵の減少に繋がられた事例も確認できました。	

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
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	年2回、高齢者虐待防止委員会を開催し、高齢者虐待が行われていないかを確認しあい、委員会で検討した内容に沿った学習を年2回実施している。		
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	人権研修を通じ、高齢者の権利擁護の重要性の理解に努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時に契約書、重要事項説明書の説明を行い、疑問点などがないか確認した上で署名捺印を頂いている。		
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	毎年実施していた満足度アンケートは2024年度法人の事情により実施しなかったが、家族が参加できる行事を増やし、職員と家族が直接顔を合わせられる機会を多く作ったことで、直接要望や希望を聞くことができた。	運営推進会議の場や、面会時等に、家族等の意見や意向の把握に繋がられるよう心がけられています。行事への家族参加も増やされており、直接接する機会も増えていることから、意見等を聴取しやすい環境が整えられてきています。家族等からのご意見を基に、動線の確保と安全の確保に向けた、改善検討に繋がられた事例が確認できました。	
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	年2回、高齢者虐待防止委員会を開催し、高齢者虐待が行われていないかを確認しあい、委員会で検討した内容に沿った学習を年2回実施している。	年1回管理者と職員の面談が実施されており、意見や意向聴取の機会が確保されています。定期的に行われるスタッフ会議でも、職員の意見や意向の聴取が行われています。職員から、ハード・設備面の改修・改善に関する意見がありました。	
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	年度初めに個人目標書を作成。上半期・年度末に自己評価を行い、自己評価に対し年1回、職員面談を行い、職員のスキルアップや仕事に対する意見や希望を聞き取る機会を設けている。		
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	年1回力量評価表を用い、職員一人一人の力量評価を行い、法人内の学習委員会で、力量に沿った法人内外の研修に参加できるシステムが作られている。		

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
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	市内の多職種連携研修会や法人内多職種事例検討会に参加する機会を設けており、参加後は事例に対して職員がどのように感じたのか、事業所内で意見交換を行う機会を作っている。		
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	入居時アセスメントシートを入居前に職員間で共有し、入居者がどのような生活を送ってこられたのか・入居することを受け入れられているのか、等を話し合っている。入居後は、細かい情報を申し送りノートで共有し、入居者が安心して暮らし続けられるための方法をカンファレンス等で検討している。		
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	入居前の事前面談時に、入居に対し抱えている不安を傾聴し、どのような生活を送ってほしいか聞き取り、家族の不安が解消できるように努力している。		
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	病状の悪化や身体機能が低下した際に、本人が安楽に過ごせ、家族の不安が軽減できるように担当者会議を開催し、グループホーム以外の必要なサービス(福祉用具や訪問入浴、訪問看護など)の提案、サービス調整を行っている。		
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	食事前の準備(台拭き、配膳)食後の後片付け、自室の掃除、洗濯物など、本人ができることを見極め、できないことは職員と一緒にできるように介護計画に取り入れ実践している。		
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	本人の様子を細やかに報告することを意識し、面会時には近況を報告することで、本人が好むおやつや衣服の交換などを行われている。		
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	親戚や昔の知人などが時々面会に来られ、家族の同意のもと面会してもらっている。地域のイベントに参加し、長年居住していた地域を歩いて回る機会を得ている。	旧知の友人・知人、親戚の方等の面会訪問が再開されています。地域のイベントに参加したり、併設施設の地域の方々との交流を継続することによって、友人・知人、地域とのつながりが途切れない支援を心掛けています。外出の際には、なじみの場所への外出も行われています。	

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
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	入居者一人一人の性格や個性、認知症の度を把握し、コミュニケーションが円滑に図れ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	看取りをさせていただいた入居者家族に定期的に交流する機会があり、逝去後、家族が喪失感を抱いていないかなど話をする機会を持つようにしている。		
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	入居者一人一人と会話する機会を多く持つようにし、他愛ない会話の中から本人の要望をキャッチし、少しでも不安を取り除き希望に沿った生活が実現できるように配慮している。	日常から利用者の会話を受け止め、思いや意向の把握に繋がられるよう努められています。生活リズムを大切にしており、利用者の意向を踏まえられるよう留意されています。併設施設や系列施設からの入居者も多く、従前から利用者の様子や想い等を把握出来ている場合は、継続した支援へと繋がられています。	
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	入居前に聞き取ったアセスメントを基に会話を広げ、今までの生活歴や人間関係、どのような仕事に就き、いつの時期が楽しいと感じたのか、などを聞き取り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	個人介護記録以外に、申し送りノートに日中の様子や取り組みを記載、共有し、個人の心身状況、身体状況の変化がないか把握している。		
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	毎月のモニタリングで新たな課題が出現した時には担当者会議を開催し、家族や主治医の意見を踏まえて、職員参加のもと介護計画の見直しを行っている。	職員と計画作成担当者による、毎月のモニタリングが実施されています。定期的にサービス担当者会議が開催され、全職員が会議の内容を共有されています。看取り対応となる場合には、医師とも連携し、看取り対応の計画に更新し、状態や様子の変化にも沿った、柔軟に計画を変更に対応することによって、安心して過ごすための工夫に留意されています。	

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
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	個人介護記録以外に、申し送りノートに日中の様子や取り組みを記載、共有し、個人の心身状況、身体状況の変化がないか把握し、課題が出現した時には職員間で共有後、家族、主治医に意見を求め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	身体状況が変化し、新たなニーズが出された時には、主治医や看護師の意見を踏まえ、訪問入浴や訪問看護利用の提案を行い実際に利用につなげている。		
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	地域のボランティア活動を活用し、定期的に歌や踊り、体操などを実施してもらい、入居者が楽しみを持って活動的に過ごせるように配慮している。		
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し、納得が得られたか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	医療連携が密に行えることを期待し入居を決められる方が多く、入居時に建物内の診療所にかかりつけ医を変更する方が大半。 建物内の診療所とは、定期的な相談以外にも、突発的な事態に対する相談も行い、常に連携を図っている。かかりつけ医以外に受診が必要な際は、家族に丁寧に説明し受診につなげている。	かかりつけ医は、利用者の意向で決定されています。同一法人の併設医療機関で2週間に一度の診療がおこなわれています。専門医が必要な場合は、併設医療機関からの紹介で、適切な受診に繋がっています。必要に応じて訪問診療での対応も行われています。緊急時は24時間対応で連携が図られています。利用希望者には、月一回の訪問歯科と歯科衛生士による口腔ケア指導が行われています。	
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	介護職員が判断に迷う事態の時には診療所の看護師に相談し、指示を仰ぎ、入居者が適切に診療や処置が受けられるようにしている。		
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。	入院時には病院のMSWと連絡を取り、入院前の状況報告を行っている。退院の連絡が入った際には、入院中のADLの状況を聞き取り、退院後に問題なく生活が送れるかどうか評価した上で円滑に退院できるように調整している。		

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
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	入居時に重度化指針、看取り指針を説明しているが、実際に看取りの時期が訪れた時に、改めて主治医の説明に同席し、本人の最期について話し合う機会を設けている。	重度化、終末期についての指針があり、入所時利用者に説明され同意が得られています。急変時緊急時の延命意向等も確認されています。看取り対応時は、医師と家族等が話し合い、看取り方針が検討されています。看取り方針に沿った、看取り支援計画が策定されています。	
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	年1回、緊急時対応の学習会を開催し、緊急時の対応について学ぶ機会を持っている。		
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、入居者家族にも参加してもらい、避難訓練を実施している。	食料や消耗品は、2日以上を目処に、備蓄品として用意されています。年2回職員・利用者・近隣の方々と、消防の方が参加し避難訓練を実施されています。災害発生時は、施設屋上を地域近隣の方々にも避難場所として開放対応される事が予定されています。	
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	プライバシー保護、人権研修、接遇学習を実施し、個々のプライバシーが保たれるように配慮している。	毎年、接遇研修が実施されています。研修実施後は、職員個々が振り返りのコメントが作成されています。法人全体として接遇委員会が設置されており、利用者の尊厳やプライバシー配慮について検討され、内容は各施設に共有されています。職員は、年2回接遇チェック表で自己評価を行い、上職による評価も実施されています。	
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	入居者様一人一人と会話する時間を多く取っており、思いや希望を引き出す様にしている。		
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	グループホームの基本的な一日の流れの中で、本人のペースに合わせて一日を過ごしてもらっている。		

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
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	起床時に自分で選べる方には衣服を選んでもらっており、季節や気温に適した衣服の助言や組み合わせの助言を行っている。		
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	職員と一緒に食後の後片付けを行っている。	食事の準備やお皿を洗ったりお盆を拭く等、利用者が役割を持って参加されています。季節を感じるような献立に留意しており、利用者が季節を感じながら楽しめるように配慮しています。イベントではおやつを利用者が楽しみながら作って食べられる場面もあります。食形態は利用者の嚥下咀嚼機能を踏まえた状態での提供に配慮されています。口腔体操や早口言葉で笑いを取りながら、楽しく食事前の準備が行われています。	
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	嚥下状態や口腔の状態に応じ食事形態を変え、食べやすいように工夫している。		
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	月1回、歯科衛生士による口腔内の清潔をみてもらい、口腔ケアに関する助言を受け、口腔内の状態に応じたケアを行っている。		
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	排泄チェック表を用い、排泄の間隔をつかみ、適宜声掛けや誘導を行っている。身体機能が低下しても安易にオムツを着用せず、トイレで排泄することを基本として取り組んでいる。	利用者自ら、自立して排泄を行える事を推奨しており、排泄自立維持に向けて、しっかり自身の足で歩いてトイレに行くことを目標として支援されています。声かけや誘導時には、利用者が羞恥心を抱いたり、尊厳を損ねることがないように留意されています。	
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	便秘にならないように水分摂取の促し、早めに医師に相談し、便秘予防を行っている。		

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
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回の入浴頻度を基本とし、本人の体調に考慮し入浴誘導を行っている。	週2～3回の予定入浴が基本ですが、利用者の意向や状態を踏まえた、柔軟な入浴機会、入浴方法の提供に努められています。利用者が楽しく気分よく入浴していただくよう、声をかけるときに前向きな言葉で、利用者の気分がのるような誘導を心がけられています。終末期であってもお風呂に入ることができるように、必要に応じて訪問入浴を導入することもあります。利用者個々の嗜好にあわせた、化粧水や顔のパックなども使用し、入浴前後を含めて楽しめるように配慮されています。	
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	一日の生活の流れを基本としつつ、その日の体調や気分に応じ起床や食事の時間をずらすなど、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	定期受診、臨時受診を問わず薬情を保管し、薬管理を行うために必要な薬の内容、用法、用量について理解している。		
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	歌や体操、制作、時代劇鑑賞など、個々の趣味や好みに応じ楽しんで毎日を過ごせるように工夫している。		
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	日々のゴミ出しや洗濯場に出るなど、体調や気候に応じ外出する機会が持てるように配慮している。年間計画で外出企画を立て、家族にも協力を依頼し外出レクを実現している。	外出計画を年間で策定されていますが、随時の利用者の外出希望に寄り添った、日常の外出も行われています。外出でのレクリエーション時には、家族も対応して下さっており、地域の方も活用されています。利用者も家族と外出できることを楽しまれています。	
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	家族の希望や理解力低下、金銭所持に対する理解が困難な方ばかりで個人が金銭管理を行うことはない。金銭は家族、施設金庫で管理している。		

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	現在電話や手紙のやり取りは行っていないが、希望があれば支援する体制は構築している。		
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	担当制、当番制で日々の環境整備を行い、季節に応じた共有部分の飾りつけを行い、季節やイベントを実感できるような取り組みを行っている。	温度・湿度・換気に配慮され、過ごしやすい空間の維持に努められています。複数の居場所を配置することによって、利用者個々のスペース確保が出来るよう心がけられています。共用空間では、ただ座っているだけの時間ではなく、スタッフと話したり、歌を歌ったり、利用者が安らげる空間となる事を意識して関わることを大切にされています。利用者は、居室に籠もらず、日中の多くを共用空間で過ごされており、くつろげる場となっています。	
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	座席の配慮を行い、他者交流を行ったり、一人で座れるような空間を確保している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅の家具や仏壇を居室に持込み、自分の家や空間が保たれるように配慮している。	法人理念、施設理念に沿った、今までの自宅での暮らしの延長、普通の生活、普段通りの生活の再現に繋がる、居室づくりに努められています。居室の清掃等は、可能な範囲で利用者自身が行われています。利用者は、思いのある品や装飾品、趣味の品等を持ち込まれています。利用者の生活能力・運動能力を踏まえた、過ごしやすい空間作り、スペース確保に努められています。	
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	事実前に個々の氏名を貼りだしたり、トイレや浴室が認識できるような札を設置している。		