

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	2795000211		
法人名	医療生協かわち野生活協同組合		
事業所名	グループホームはなぞの		
所在地	東大阪市玉串町西1-4-40		
自己評価作成日	令和2年2月26日	評価結果市町村受理日	令和2年7月2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2年6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)】

同一建物内に診療所があるので医師・看護師と連携ができており細やかな入居者の状態変化にも対応できる。また、急変時の対応も事前に医師と確認して家族にも医師から説明を行なっている。利用者がよりよい最期を迎えるために、医師・看護師・グループホーム職員・ケアマネに加え、診療所の他の介護サービスの職員等も集まってカンファレンスを行なっている。毎月1回は季節感を感じられるイベントを行なっている。画一的な計画ではなく、利用者個別にあったケアプランを全職員で作成し、ケアを行なっている。

【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、東大阪市・八尾市・大東市で、病院・診療所と高齢者施設(グループホーム5つ他)を運営している。当事業所は、4階建ての3階に1ユニットで開設され、1階の診療所の他、小規模多機能施設・通所リハビリテーションなどを併設している。医療と介護の連携を重視し、家族も同伴して診療所の内科を毎月受診し、安心と信頼を得ている。小規模多機能施設の利用者と相互交流したり、施設合同で避難訓練を実施したり、複合施設として密に連携している。利用者に居心地良く過ごしてもらえるよう、家族も参加して介護計画を作成し、個々のペースや意向に合わせたケアに努めている。職員は、毎月の学習会とeラーニングで知識とスキルアップを図り、職場目標と個人目標を毎年立てて、事業所が一体となって取り組んでいる。

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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者の	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ます (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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)	<input type="radio"/>	1. 毎日ある	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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ毎日のように
			2. 数日に1回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	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)	<input type="radio"/>	1. 大いに増えている
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	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	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	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	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族等が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	<input type="radio"/>	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	法人の理念を基に年度初めに職場内で議論し職場としての目標設定を行っている。職場の目標は毎月の会議内で実践方法等話し合っている。	法人理念6項目を、重要事項説明書に掲載して利用者・家族に周知し、生協の大会資料として配布し、名札の中にも携帯して職員に周知している。別に、毎年「職場目標実行計画」を策定し、5つの目標項目と現状レベル・目標レベル・手だてを設定して実践し、毎月の職場会議で評価・確認している。	
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人として日常的に交流している	地域包括との繋がりを中心に地域の学習会への参加や、地域の医療介護の事業所を地域住民に知ってもらうイベントに参加するなどしている。	地域の秋祭りのだんじり見学、1階診療所での健康祭り・クリスマスや4階集会室での講演会の開催、RUN伴(認知症の人とのタスキリレー)、小学校での医療介護情報の紹介フェア、認知症サポーター養成講座への参加、高校生の体験学習やボランティア(楽器演奏・紙芝居)の受け入れなど、地域の人達との交流は盛んである。	
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	医療生協の組合員さん向けの介護関係の学習会を定期的に開催している。建物内でオレンジカフェを開催しており、介護職員も可能な限り参加している。	/	/
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	会議では季節行事や事業所での取り組みの報告と振り返りを中心におこなっており、地域でのイベントなどについても参加者から情報収集を行なっている。	会議は、奇数月の第2火曜日に定例化し、地域包括支援センター職員・民生委員・家族代表(2名が交代)・生協理事の参加を得て、毎回併設の小規模多機能施設と合同で開催している。会議では、事業所の運営状況を報告して意見交換し、身体拘束の取り組みも討議している。議事録は事業所入口に置き、家族会でも報告している。	今後は、グループホーム単独の運営推進会議を年3回以上開催すること、認知症対応型共同生活介護についての知見者の参加を要請すること、できるだけ詳しくわかりやすい議事録を作成して全家族に配布すること、外部評価結果を開示することなど、取り組みをさらに充実することを望む。
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	生活保護の方のサービス利用などを中心に疑問や制度的な相談や指導等は積極的にアドバイスを求めている。	市の法人・高齢者施設課とは実地指導などで、高齢介護課とは利用料加算などで、生活福祉課とは生活保護者の申請などで、介護認定課とは介護認定などで連携している。市の介護保険事業者集団指導を年1回受け、地域包括支援センターの地域連携会議に3か月に1回参加している。市や地域包括主催の研修にも参加している。	

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 代表者および全ての職員が「介指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	身体拘束廃止のための指針を作成し、年2回職員学習を行っている。 玄関の施錠は以前行っていたが、家族・職員と協議し現在は日中は開錠している。	「身体拘束廃止に関する指針」「身体拘束手順」を作成し、大阪府のチェック表も活用している。年2回の職員学習会と毎月のeラーニングで学習し、運営推進会議でも毎回討議して、身体拘束廃止のないケアに努めている。日中は、玄関・エレベーターとも行き来自由だが、玄関にベルを設置して対応している。	
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	常勤職員が中心に市の集団指導などに参加。 非常勤職員へは伝達行い、チェックリストなど活用し現場でのケアの振り返りを行なっている。		
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	現在対象者は居ないが事例があれば学習を行い支援に取り組む。		
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	契約時に説明を行なっている。 改定の内容については都度説明し同意をいただいている。		
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	3ヶ月に1回家族会議を開催し意見交換を行なっている。年に1回家族向けのアンケートに取り組み、アンケート結果を職場内で確認・討議行なっている。	家族が月1回の利用者定期健診などで訪問した時に、意見・要望を聞いている。約半数が参加する3か月に1回の家族会や、日本医療福祉生活協同組合連合会の年1回の家族アンケートでも意見・要望を把握している。把握した内容は報告用紙に記録して、職場会議・管理者会議で検討し、玄関の開錠や掲示板の設置などを行った例がある。	

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
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	職員との個人面談の機会を設け意見や提案を確認している。また毎月の職場会議内でも業務改善とう意見を募っている。	職員は、経営幹部である診療所所長と日常的に話す機会がある。毎月の職場会議では、各職員が直近1か月の「担当入居者の報告」書を提出し、カンファレンスをしている。期初に、職場目標を基に個人目標を立てて面談し、中間・年度末にも面談して評価している。職員の意見に沿って、清掃・勤務時間の設定を見直した例などがある。	
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	当法人は一定の条件の職員は労働組合の加入が義務であり、給与、賞与、条件面は労働組合と経営側との協議の基決定がされており、交渉の場へ各人が参加し意見訴えをできるようにしている。		
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	介護職員としての共通の学習をネット学習などを活用し行い、各事業所の特色にあった学習は職場内にて実施している。個別の学習に関しては面談を通じ確認し、随時参加を行なっている。		
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	法人内のグループホームとの定期的な会議を行い意見交換等行っている。		
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	初期には特に入居前の生活に可能な限り近づけられるよう情報収集を行い、居室の環境設定や、職員のケア方法等を決定している。また家族面会等も活用し、安心できる環境の構築を行っている。		

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
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	細やかな相談や報告を行ったり、本人との面会の場を多く持っていただくなど生活が見えるよう働きかけを行っている。		
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	相談の段階で、他サービスなども含め提案を行い必要であれば、担当者へ紹介も行っている。		
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	職員が全ての家事を行なうのではなく、できる部分はご本人に依頼し、職員が補助をする形でかかわりを行なっている。		
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	こまめな報告・連絡・相談を行い、家族の意向も確認しながら、本人のケアを行っている。		
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	日々の中での外出や、地域の方々との交流を行なえるよう努めている。 また家族へ近所の方なども面会へ来てもいい事を伝えるなどしている。	利用者が以前居た小規模多機能施設・デイケアセンターや家族から馴染みの関係を聞き取り、アセスメントシートに記録して職員間で共有している。かつての知人が訪れ、家族と共に馴染みの場所(美容室・墓参り・帰宅など)へ出かける人もいる。入居後に、併設の小規模多機能施設でのボランティア行事に参加したり、その利用者の訪問を受けたりして馴染みになっている。	

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
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	日常的に入居者同士の交流の場が多く、相互に関係しあって生活が送れるよう支援を行っている。		
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	サービス終了時に、ホームでの様子や変化を書面にまとめ、ご家族へ手渡している。		
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	本人に生活に関しての希望・意向を確認している。本人からの聞き取りが難しいときには家族や、職員で本人が何を望むかも議論して、可能な限り本人の意向に近づけるよう努めている。	入居時や日々の生活の中で利用者・家族から聞き取った希望・意向を、アセスメントシートに記録して職員間で共有している。把握しにくい人は、以前の状況から推察したり、家族から聞いて対応している。介護計画の作成時は担当職員に原案を出してもらい、利用者の意向も取り入れている。利用者の食べたいものを聞き出して買いに行ったりしている。	
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・家族や以前利用していた介護サービスへの聞き取りを中心に把握を行っている		
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	日々の観察と職員での申し送りで状態の変化などを共有している。毎月の職場会議でひと月の変化を共有している。		

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	担当スタッフでのモニタリングを行い、計画を職場会議内で検討し、ご家族へ説明を行っている。 必要などときには医師・看護師・他事業所の職員へも意見を求め取り入れている。	個人記録表・申し送りノート・担当入居者報告・モニタリングなどを基に、利用者・職員の聞き取りや医師・看護師の意見も取り入れ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、3か月毎にモニタリングして、受診日にサービス担当者者会議(管理者・ケアマネジャー・担当職員・家族が参加)を開いて3か月毎に見直している。	
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	日々の様子を記録し情報共有している。 毎月の会議で担当職員が1か月の変化をまとめ、職場内でケア方法など議論を行なっている。		
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	利用者の状況が変わったときには再検討を行い、必要などときには他のサービスも含め提案も行っている。		
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	地域包括支援センターとの関わりを中心に情報の把握に努めている。		
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	同建物内の診療所と連携を図り定期受診を行なっている。また服薬方法等についてホームより提案を必要なら行なっている。	利用者・家族の同意を得て、利用者全員が協力医療機関をかかりつけ医としており、1階の診療所で、家族も同伴して毎月内科を受診し、約半分の希望者が週1回歯科の往診を受けている。皮膚科には家族が同行し、かかりつけ医の紹介状と担当職員作の「受診依頼票」で情報提供し、結果を事業所(家族から口頭で)とかかりつけ医に報告してもらっている。	

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
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	定期的に看護師が訪問し入居者個々の観察を行ない、訪問がないときにも積極的に相談等も行っている。		
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	病院、診療所が同一法人内にあるため協力体制はできている、また近隣の病院とも連携を図れている。		
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	重度化した際には早期から家族と医師との話し合いの場にグループホーム職員も同席し、必要な確認・相談を行っている。また他事業所などに助言を求めるなど多くの人間で利用者を支える取り組みを行っている。	入居時に、「重度化した場合における対応に係る指針」を利用者・家族に説明し、同意書を得ている。利用者が重度化した時は、看取りの指針を示して具体的な対応を家族に説明し、再度同意書を取っている。職員は、看護師が作成したテキストを保有し、年1回の学習会で対応法を習得している。開設以来2名を看取っている。	
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	急変時、事故発生時の手順書を作成し、事務所内に貼り出している。学習に関しても取り組んでいる。		
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回避難訓練を行なっている。東大阪市の基準に対応したマニュアルを作成して運営している。 今後診療所独自の災害対策なども策定予定。	災害時対応のマニュアルと手順書を作成し、昼間を想定して消防署立ち合いの下、併設施設と合同で年2回消防・避難訓練を実施している。5人の職員が近くに住んでおり、有事にはすぐに駆け付けられる。建物に給水貯水槽があり、コメは大量に備蓄しており、その他食品2日分も保管し、近くの学校避難所の備蓄品も利用できる。	

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	全職員で接遇の学習も行っており職員同士でも注意しあうなど適切な言葉掛けや対応を心がけている。	接遇のマニュアルを作成し、職員は学習会やeラーニングで学び、法人のCS(顧客満足)委員会が接遇ニュースを配布したり各施設を視察して、利用者を尊重した対応を心がけている。排泄時・入浴時にはドアを閉め、入室時には声かけ・ノックするなどに留意している。友達言葉などの不適切な対応があれば、その場で管理者が注意して直している。	
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	介助時に本人に同意を得て介助を行なうことを基本に本人の意思を確認するように取り組んでいる。		
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	起床時間や過ごす場所、レクや体操への参加、入浴の実施など本人の希望を優先し対応している。		
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	可能な方は一緒に着替えを準備している。ヘアカットなどは本人が伝えられない方は写真などを使い本人の好みを伝える助けを行っている。		
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	リクエストに応えた食事レクリエーションの実施、テーブル、お盆拭きや、食器洗い、盛り付けを手伝ってもらっている。	業者の「5食種並び献立表」を基にしたレトルト食が配達され、事業所で温めて、ご飯と汁物を作って提供している。3か月に1回程、利用者の好みを取り入れて、流しそうめん・お好み焼き・鍋物などを作り、手作りのプリン・クリスマスケースやスイカ割りしたスイカなども楽しんでいる。利用者はできる範囲でテーブル拭き・お盆拭き・食器洗い・盛り付けを行っている。	

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
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	日々の水分、食事量を記録しており入居者個々に合った食事形態、食事量の支援を行なっている		
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	毎食後の口腔ケアの支援を行なっている また訪問歯科検診を週1回実施している		
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	排泄表を使用しており適宜声掛け、誘導を実施している。また、日中と夜間で使用するものを変えるなど自立の為の支援を行っている。	終日おむつの利用者が1名、他の人は布パンツ・リハビリパンツ使用者が半々で、個々の排泄パターンを把握して適時に誘導し、失禁を減らして安易におむつを使用しないように支援している。夜は2時間毎に見回り、個々の状況に応じてトイレ誘導やおむつ・パッド交換、ポータブルトイレ使用(1名)を支援している。退院後に、おむつから布パンツ・パッドに改善した人がいる。	
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	医師と連携し下剤や水分摂取で便秘対策を実施している。日々のケアで腹部マッサージや運動を促すなどしている。		
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	時間帯は設定しているが入浴の有無や順番は入居者の希望に沿っている。必要な方は同建物内の機械浴にて入浴している。	週2回午後の入浴を基本としているが、時間や回数増の希望には柔軟に応じている。入浴拒否の人には、声かけを工夫したり日や対応職員を替えて、入浴してもらっている。浴室は広くて3方向から介助できるが、重度の人は、併設のデイケアセンターセンターの機械浴を利用できる。冬には入浴剤を入れて楽しんでもらっている。	

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
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	休息、就寝は入居者の思いに沿って支援している。		
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	医師・看護師・薬剤師と連携し服薬内容の変更など確認し支援をおこなっている。服薬内容を職場内のファイルに保管し、全職員での把握に努めている。		
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	一人ひとりに役割を持っていただけるように意識している、また興味のある創作活動や本人の得意なことを発揮して貰う場を意識的に造っている。		
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	利用者の希望に沿っての外出は行なえていないが、日々時間を設定し近所のスーパーなどへ買い物に行くなどしている。	利用者は、2週間に1回程度1～2名ずつ、買い物などで外出している。家族の協力を得て、重度の人も含めて全員が、車で花見や初詣に遠出している。ベランダで洗濯物干しをして外気に当たっている。重度化して車椅子使用者が多く、家族と外出する機会も減ってきている。	
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	お金を所持している方はほとんどいない。ご家族と相談し、個人で持っている方は職員とジュースなどを買いに行かれることもある。		

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
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・家族の希望を確認し援助を行っている。		
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	季節にあった壁紙や、調度品を置くなど取り組んでいる。	リビング兼食堂は南向きで明るく、廊下も広くてゆったりしており、ソファも数か所に置いて、寛げる空間となっている。壁面には、利用者で作した季節の作品(今は茶摘み)を飾っている。温度管理には留意し、クーラーの冷気が直接利用者に当たらないよう、居室からリビングに取り入れている。コロナ禍の今は、2時間に1回以上各10分間、窓を開けて換気している。	
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	数箇所に分けてソファや椅子を配置している		
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	入居前自宅で使用していたもの持参していただくよう声掛けを行っている。日々の中で必要と感じたものは家族に依頼し準備していただくなどしている。	居室には、エアコン・カーテンと高く大きいクローゼットを設置し、利用者は使い慣れたベッド・衣装ラック・衣装ケース・テレビなどを持ち込み、家族写真・アルバム・アイドルうちわ・ハーモニカなどを思い思いに置いて、居心地良く過ごせる空間を作っている。利用者が居ない間は窓を開けて換気している。	
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	廊下には手すりを設置、各所に明確な表示理解の助けになるようにしている。職員が出来ることも利用者に依頼し、感謝を伝えるなど意識的に行っている。		