

### 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)

事業所番号	2771000862		
法人名	医療法人松仁会		
事業所名	グループホーム雅の家		
所在地	大阪市西淀川区大和田5-4-14		
自己評価作成日	令和3年11月19日	評価結果市町村受理日	令和4年1月18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3年12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)】

当グループホーム雅の家は開設18年目を迎え、利用者様と同様に介護職員も歳を重ねておりますが、介護職員の「目配り・気配り・思いやり」をモットーに「あたり前を考え」での支援、職員の元気さは今も健在です。明るく接することが利用者さんを元気にすることだと確信しています。季節行事を大切に、一日の積み重ねがが一月、そして一年と家族・親戚・地域の人々と共に受け入れ、向き合う、気軽に訪ねていきやすい、そんなホームでありたいと日々奮闘しています。去年・今年とコロナ感染拡大の為、緊急事態宣言発出等で、面会ができておりませんが、毎月のホームページ更新、一部の家族様とのメール交換等で利用者様の近況を知って頂く努力は続けております。グループホーム雅の家が地域の中の一員です。自分たちの雅の家であるからできる事、「個別ケア」利用者様が活き活きとした表情で

#### 【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)】

医療法人松仁会グループの事業所である「雅の家」は開設18年を迎え地域住民に広く認知され、利用者・家族も安心し信頼関係が構築されている。我が家のように楽しく過ごし、生活リハビリやゲームなど楽しみごとが多く活動的で表情の明るさを感じられた。この2年間コロナ禍で面会制限の中、家族の方に利用者の顔を覗いて頂くため、毎月ホームページで雅の家の様子を報告している。Eメールや電話連絡など個々に対応し家族の気持ちに寄り添い対応している。今年秋に101歳の利用者を事業所で家族と共に祝い、大勢の家族と全職員で記念撮影している。職員間コミュニケーション良好、認知症介護経験職員が多く離職率が少ない。認知症サポーター養成協力や外部・内部研修を積極的に行いケアの質向上に取り組んでいる事業所である。

### 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 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)	<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	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. 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 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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<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 <input type="radio"/> 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	<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
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 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	<input type="radio"/> 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)	<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
<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	自分が主役、ここが我が家である。生活の場を広げ、生きがいを持って暮らしていただけよう支援・計画を進める	「目配り・気配り・思いやり」を事業所理念とし、あたり前を考え利用者と一緒に暮らすことを意識して実践方法を職員会議やミーティングで話し合っている。理念の共通理解は会議や日常生活ケアの場で確認し合っている。	
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	自治会に加入することにより、地域行事への参加等、利用者様の意向に合わせた(個別ケア)ケアができるよう進めている。歌体操ボランティア・高校生福祉課の受け入れは、昨年・今年中止。	地域行事やボランティア・学生受け入れは中止している。自治会長から回覧板で地域行事や情報提供が有るが参加は自粛している。認知症サポーター養成講座参加も自粛中である。	
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	認知症キャラバンメイトに登録し、地域包括等連絡会に参加、認知症サポーター養成講座(オレンジリング)の講師役として参加。西淀川区グループ連絡会に参加(3ヶ月に1回)昨年・今年コロナ感染拡大、緊急事態宣言発出等で活動なし。		
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	2ヶ月に1回開催。地域包括支援センター・自治会会長・老人会・福祉児童委員・ランチ・他の福祉施設が参加しやすいように、開催日時(固定、偶数月の第3週目の水曜日)開催時間を考慮(午後6時~)「高齢者虐待防止法」・・・身体拘束等の適正化委員会は運営推進会議を活用。身体拘束等の適正化委員会資料を配布。	会議を定例化で参加しやすいように午後6時から行いコロナ禍では書面開催し、議事録は会議メンバーに郵送している。以前は家族参加が有ったが現在は無く、議事録も送付していない。個別便りの代わりにホームページを公開している。議事録や外部評価結果を玄関事務所前で開示している。	運営推進会議の機会を地域の方や利用者家族に、事業所での取り組み・認知症を理解して頂ける機会である。会議メンバーに利用者・家族の参加を促し地域の方との交流促進や意見交換を期待する。
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に取り組んでいる	地域包括支援センター・との連携、市町村(生活保護支援課担当者)との連携。西淀川区在宅サービスセンター(あんしんサポート)との連携。	大阪市からコロナ感染対策メールが定期的に、包括支援センターから研修・勉強会などメールで情報提供がある。区役所生活福祉課とコロナ関連・医療券など、介護保険課とオンラインで連携し情報共有している。事故報告書は西淀川区役所介護保険課と大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課に報告書をメール送信して。	

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	身体拘束をしないケアの実践。常に利用者が心身状態を平穏に保ち、生活できるよう、なるべく行動制限をしない。玄関の施錠は安全面(施設の前が市道)を考慮しています。2か月に1回、運営推進会議利用し、身体拘束等の適正化委員会を開催(資料を配布)職員には回覧。	玄関口は目目が道路で防犯と安全のため施錠しているが、ユニット間は行事の時など自由に行き来できエレベーターは職員が付き添って移動している。言葉かけを大切にし気づきは現任教育している。身体拘束適正化指針に基づき会議を行い、議事録は全職員に捺印で認識を深めている。年間研修計画と法人から年2回の研修会がある。	
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	虐待・身体拘束は(行動制限)ゼロを目指す。		
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	成年後見人制度利用者(16人中3人)社会福祉協議会あんしんサポート(16人中2人)令和2年度大阪市集団指導リモート受講、人権問題(11/15)		
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	グループホーム雅の家、重要事項説明書2部作成(雅の家・利用者)各1部保管・入居契約書2部作成(雅の家・利用者)各1部保管。		
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	グループホーム雅の家、運営基本方針揭示。玄関入り口に苦情箱設置。ご家族様来訪の機会を利用。ホームページの更新。行事参加のお知らせ案内は郵便で。	家族からは個別の希望や意見を聴き、家族の希望に沿い対応し、爪切りや髭そりなどは家族のスキンシップ見守り支援している。食欲のない場合、家族と連携し本人の好きな物を持参して頂いている。	

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	月1回、職員合同会議開催(午前10時～11時)各階、申し送りでミーティング・担当者意見交換。大阪市に提出している年間研修計画の勉強会・処遇改善年間研修(例11月高齢者虐待研修・感染症対策)	会議やミーティングで定期的に意見交換を行っているが、常日頃から上司も職員間でも意見を言いやすい環境である。バイタルが測定困難な利用者の血圧計と体温計(非接触性)、褥瘡予防の為に職員希望でエアマット購入するなど事例がある。	
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	介護保険処遇改善加算の申請、支給(年2回)勤務シフト希望休の取り扱い。介護職員の資質向上のための計画(長期目標・・・各施設において介護福祉士2名習得を目指す。短期目標・・・積極的に研修を実施)資格習得後の費用援助。研修受講の費用の負担。		
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	外部研修は管理者のみでの参加がほとんど、職員まで参加させることが確保できない(職員数のゆとりがない)研修録は回覧で職員の押印を頂く。内部研修は年間計画をクリアしている。		
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	関連施設の勉強会・グループホーム西淀川区連絡会3ヶ月に1回順番性。		
<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	入居前のご家族と利用者様は時間をかけ、施設見学・面接をおこなう。去年と今年は施設見学はコロナ感染拡大・緊急事態宣言発出等で建物の中には入らず、事務所においてお話伺いする。		

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
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	入居前のご家族とは、時間をかけ面接・じっくり傾聴に努める。		
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	グループホームの運営・介護保険制度を十分に説明し、支援方法を勧める。		
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	利用者さんの意向をくみ取り、ケアができるよう相合の存在を認め合う関係作り。		
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	施設には気軽に足を運んでいただける関係作り。施設行事へのお誘い(ホームページの更新)メール等を生かしながらの家族の意向を聞き入れる。今、現時点を生かしながらの関わりを。		
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	ご利用者さん宛ての手紙等お読み聞かせ、返事の代筆、あるいは相手に連絡を取り近況をお知らせする(同窓会等のお誘い・弁護士からの手紙)電話の取次ぎ。	現在は馴染みの場所もでかけられず、電話の取り次ぎや、友人からの贈り物や同窓会の葉書が来て返信の支援をしている。以前は家族と手紙のやり取り、介護タクシーで墓参りに行っていた事例もある。	

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
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	くつろげる空間がDルームしかないので、テレビ・カラオケ・新聞・本・広告等で職員介入し話題を広げる。1階・2階への移動(遊びに行く)し、穏やかさを保つ。		
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	入居・退去後のケアとご家族・病院・他施設・他居宅事業所の連携を図る。ホームに立ち寄れる雰囲気作り(地域密着型でご家族が近くに居住を構えている)		
<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	アセスメントやミーティングで職員間の情報共有。アドボカシーの立場でご家族への意見の反映を行い、実際のケアに活かしている。	毎日生活支援の中で常に観察して、顔を観て接して気づく事が多い。毎日一緒に生活していて「いつもと違う」と変化に直ぐ気づき、また日常会話の中から意向を聴きとり、職員間で情報共有している。フェイスシートや電話・面会時に家族からの情報などで把握している。	
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	入居時、ご家族様より、情報の提供を受けている。病院⇒看護サマリー⇒居宅⇒直近のケアプラン・施設⇒介護・看護の情報。		
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	日常生活動作・自立度・認知度を把握している。(水分・食事量・睡眠時間・排泄パターン・バイタル・口腔ケア・服薬支援)		

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	サービス担当者会議(ミーティング等)を毎月、月末に、開催し(随時、現場職員に情報をもらう)実施期間(通常3ヶ月と状態変化に応じた見直し(入院・病気等)、ご家族の同意書をとる。	長期6ヶ月・短期3ヶ月とし担当者会議を開催し家族に電話で意見要望を聴き個別プランを作成している。3ヶ月毎にモニタリングを行い、状態状況変化時はその都度家族や関係者の意見を聞き見直し再度作成している。コロナ禍でありケアプラン・同意書を家族に郵送して了解を得ている。	
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	認知症対応共同生活介護サービス計画書1・2作成し、モニタリング実践総括表を使用。服薬管理表・薬塗布・ケース記録・水分チェック表・介護日誌等記録の仕方の申し送りの徹底。		
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	その時々生まれるニーズに対応して柔軟なサービスを提供(身体の調子の悪い人には食事形態を変えるペースト状のおやつ・お粥等)		
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	レクリエーション等外出時、自治会の人たちに応援要請を行う。ご家族・歌体操・保育園園児の訪問、職員の子供の出入り。		
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	訪問診療・訪問歯科・居宅療養管理指導等個々に同意書を交わし適切な医療援助を行う。(生活保護受給者は月に二回、定期薬処方受診と3ヶ月に1回の健康診断)他病院への職員付き添い	従来のかかりつけ医への受診は精神科、泌尿器科の利用者があり、職員が同行して受診している。協力医療機関から「居宅療養管理指導(服薬指導)」が月2回届き、職員は薬の変更等をケース記録に残し共用している。利用者は内科(月2回)歯科(月4回)往診を受けている。生活保護の利用者(7名)は定期薬受診で大和田診療所に月2回職員付き添い受診している。	

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	事業主体が医療法人でホームに前に診療所もあり、利用者の緊急事態にも速対応できる。雅の家には人員配置に看護師はいていません。		
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	医療機関⇒ソーシャルワーカーとの連携。ご家族・医師・ソーシャル・施設管理者で入退院時のカンファ実施し。入院時の日用品をホームが持っていく。昨年・今年はコロナ感染拡大。緊急事態宣言等発出等で、病院内のパックを利用して頂くように、ご家族に説明し、利用して頂く。		
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「利用者様とご家族の皆様へ」と題し終末に向けての希望、健康管理の記入をお願いしている。が、その時点でもう一度、医者・ご家族・施設側で情報の共有し、連携して取り組む。	契約時、「健康管理書」のもとに説明を行い同意を得ている。身体状況の変化により医師から終末期に入ったとの判断のもとに「重度化・看取り支援に関する意向確認書」「急変時における支援確認書」を示して再度家族に説明している。事業所としてぎりぎりまでみているが最終的には救急搬送や協力医療機関へ依頼している。	
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	夜間救急対応(緊急)・夜間救急対応(火災)雅の家緊急連絡網あり。		
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	大阪市災害時要援護者名簿作成(地域自治会・地域包括支援センター・に提出)避難場所(淀中学校・老人保健施設フェリス大和田・大阪市市営住宅3階)非常物品の確保。	法定の年2回の災害訓練は日中・夜間想定の下に行なわれている。事業所が河川や海の近くに位置していることからハザードマップのもとに福祉避難所へ見学に行ったり、援護者名簿を作って、運営推進会議時に地域の自治会や近隣の高校生に呼びかけを行い非常時には駆けつけて貰うように協力体制を依頼している。水、食料、ランタン、カンテラ等の備蓄をそろえている。	

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
<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	ご利用者さん宛ての手紙等お読み聞かせ、返事の代筆、あるいは相手に連絡を取り近況をお知らせする(同窓会等のお誘い・弁護士からの手紙)電話の取次ぎ。個人情報保護と接遇マナーの内部研修実施。	年間研修計画のもとにプライバシー保護、接遇マナー研修を行い目配り、気配り、思いやりの心を学んでいる。利用者さんの呼びかけ方は`さん`呼び、言葉遣いは自然な形を心掛け、羞恥心への配慮を心掛けている。個人情報に関する書類は事務所内、鍵付きの書庫に保管されている。	
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	ご本人の意向に応じた支援。ご本人の思い込みを否定しない。ご本人の希望や自己決定できるような雰囲気職員一同作っていく。		
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	利用者の日々諸事の変化を当たり前としている。優先順位を考える(施設生活・食事・入浴の時間は決まっている)		
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	その人らしさを支える為の支援。季節ごとの衣服の準備はご家族の協力を得る。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	週の献立は決まっているが、行事時は特別メニュー。職員も一緒に頂く(令和3年11月2日、バーベキュー大会)。声かけ支援で完食を目指す。職員と一緒に、片付け。	食材は献立付きで外部の業者から配達され、職員は交代で調理している(食器洗いと見守りが専用職員1名あり)。行事食には特別メニュー(おせち、鍋料理、焼きそば)、イベント時には(バーベキュー、誕生日ケーキ)、季節の果物等を取り入れて職員共に楽しむ工夫がみられた。利用者は、おしぼりたたみ、洗い物、食器拭き等で参加している。	

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
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	水分チェック表(一日平均1500cc以上を目標)バイタル表(起床時・入浴時)状態悪い時は適宜に測定。食事量チェック表(声かけにて完食を目指す)		
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	訪問歯科(1/週)毎食後口腔ケア(個々で歯ブラシ・ガーゼ・嗽のみ等)義歯は夜間帯、浸け置く。職員預かり。		
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、職員同士、連携、申し送りを徹底し、ADL向上に向けて支援している。極力オムツは避ける(個々の排泄パターンの把握)使用時はご家族の了承を得	排泄チェック表のもとにトイレでの排泄誘導を行い布パン(2名)、おむつ(3名)、排便表のもとに便秘対策として牛乳やヨーグルト、ココアを飲んでもらい便秘解消を図っている。夜中に30回ぐらいトイレに行く利用者に安心感を与えてポータブルトイレに変更して家族に喜ばれた改善例がある。夜間は3回の見回りだが睡眠重視で一人ひとりの様子を見ながらの支援体制がある。	
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	ティタイム時の牛乳・ヨーグルト等提供しなるべく服薬に頼らず予防しているが時と場合による。		
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	利用者の体調に合わせて週2回の入浴時間を設けている。尿・便・失禁時のシャワー浴は随時行う。(レクリエーションや会議等施設の都合で曜日や時間帯を変更する場合がある)入浴時にポディーチェックし身体の異変を(傷・湿疹等薬を塗る・保湿剤)見つける。	入浴は週2回の午後から1日3・4名が入浴している。浴槽は対面式の個浴で現在は重度の人が多く、股げなくなったら2人介助で浴槽に浸かって貰ったり、シャワー浴で対応している。入浴拒否の利用者には無理強いしないで人を変えたり、時間を変えたりしながらの支援体制がある。好みで入浴後に化粧水やクリーム(男性)を塗って楽しむ人がある。	

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
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	個々の睡眠パターンを把握する。夜間帯は巡回3回を行い良眠の確保に努める。健康状態を考え、個別で臥床時間を設ける(例・血圧がたかくなった時、頭をギャッチアップして臥床)適宜の支援を行っている。		
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	居宅療養管理指導(服薬)月2回。ケース記録に個々の薬管理表を作成し、定期薬ごとに記録の更新を行う。		
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	過剰介護にならないよう、見守り・声かけを行い役割分担、居場所の確保(カラオケ・別メニューの食事会・将棋・読書)		
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	春は遠出の遠足(介護タクシー利用)秋には食事会、体調を考慮し、できるだけ外気に触れるように心がけている(洗たく干す、近くの公園散歩昨年・今年はコロナ感染拡大・緊急事態宣言発出の為、受診以外は外出していない。	コロナ禍以前は春と秋には、介護タクシーで神戸のどうぶつ王国や海遊館等に遠出の遠足に出かけて楽しんでた。コロナ禍の中で秋の遠足は中止となり代替案として事業所の裏庭でバーベキューをして利用者から喜ばれた。利用者は洗濯物を干したり、たたんだりしながら気分転換を図っている。	
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	ご家族からお小遣い程度の預かり金の管理を行い、買い物支援(化粧品・食料品・遠足時のお土産代)預り金の収支表の管理(1ヶ月閉め)		

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	手紙は利用者さんからの申し出があった時に代筆を行う。電話の取次ぎ。グループホームでの新聞の購買。		
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	狭い玄関を広く使えるように整理整頓を心掛けている。家庭的・季節感を作り出す支援(開閉扉を利用し季節感を味わうレイアウト(1ヶ月に1回)をしている。	共用のリビングルームでは利用者と職員が共に作った季節の貼り絵、塗り絵、管理者が書いた歌文字(相田みつを・夏目漱石)が掛けられている。加湿器、除湿器が備え付けられ、新聞のトピックス(介護情報)を切り抜いて掲示板に掲示して学んでいる。清掃は掃除と見守り専用職員が(月に14日)勤務している。	
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	共有空間における居場所の確保(廊下の壁を利用し毎月の行事写真を提示し話題作りの材料にする)		
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	生活用品や備品を持ち込み、その人らしい居室を作る。	居室には表札に工夫をして自室を間違えないように職員が目印をしている。ベッド、防災カーテン、エアコン、洗面台が備え付けられ利用者は仏壇、鏡台、テレビ、タンス、家族写真を持ち込んで居心地よく過ごせる工夫がみられた。	
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	認知症の進行に伴い身体能力も低下するが補う配慮(車椅子は過剰介護にならないように自走も促す。足は自分で下ろす)場所の間違いや、解らないことでの混乱を防ぐ為に居室の表札やドアに工夫をしている。		