

令和 3 年度

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	2773300906		
法人名	社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会		
事業所名	高齢者グループホームなでしこ		
サービス種類	認知症対応型共同生活介護		
所在地	大阪府大阪市西成区南開1丁目6番10号アイビスコート2階3階		
自己評価作成日	令和3年10月28日	評価結果市町村受理日	令和3年12月29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)】

認知症をお持ちの入居者が、今までに馴染んだ生活環境・生活習慣・人間関係を継続する事が出来ます。家庭的な雰囲気の中で、それぞれの居場所と役割をもって、症状の緩和を図りながら、「その人らしい」心身の力を発揮して穏やかな日々を過ごせるように、支援いたします。ボランティア・地域との交流にも注力し、園芸や音楽演奏、等のボランティアとの交流を通して、入居者の楽しみと活躍、出番を作り出しています。法人の持つ事業所間の交流も強みであり、より多くの行事に参加して頂け、非日常時間を提供することが出来ます。

【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)】

駅近のビルの2・3階にある2ユニットのグループホームです。ビル内には訪問看護・訪問介護・障がい者施設・高齢者専用住宅などがあり、福祉の拠点となっています。暮らしの中での役割を重視し、できる事を見つけて協働生活を支援しています。利用者のわがままを聞き、それに応えられる、家族のような関係づくりに努めています。コロナ禍で生活が制限される中、施設内での敬老会やクリスマス会など、職員が工夫をこらし、日々の生活を支援しています。食に対する楽しみにも目を向け、今年度より朝食はそれぞれの好みに合わせたものを手作りして提供するようにしました。職員の定着率も高く、法人の他事業所との連携がスムーズです。2年後の20周年に向け、より地域に根付いた事業所としての発展が期待されるグループホームです。

【事業所基本情報】(介護サービスの情報公表制度の基本情報リンク先URLを記入)

[https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action\\_kouhyou\\_detail\\_022\\_kani=true&JigvosvoCd=2773300906-00&ServiceCd=320](https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigvosvoCd=2773300906-00&ServiceCd=320)

【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 介護保険市民オンブズマン機構大阪		
所在地	大阪府大阪市東成区中道3-2-34 (JAM森の宮事務所2F)		
訪問調査日	令和3年12月16日		

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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ます (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 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 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
<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	個の尊厳を大切に、出来ることを暮らしの中で行える支援をサポートするため、チーム目標を定めて支援を記録に残している。理念を施設内に掲示している。	法人の理念に基づいた、事業所独自の理念を制定しています。「その方らしい」生活を支援し、きめ細やかな個別支援を目指しています。リビングに通じる廊下に掲示し、会議でも実践できているか検討しています。	
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	他事業所行事への参加や、ご家族宅訪問等、感染症予防に留意しながら、事業所の認知度を高め、交流促進に努めている。オンラインでのボランティア交流も企画している。	自治会に加入しています。コロナ禍で地域交流も難しい中、12月からボランティア活動を再開しました。地域の方に持ってきてもらった苗を植えたり、オンライン会議システム(ズーム)で紙芝居の読み聞かせをしてもらったりしています。生け花教室も再開し、近隣の保育園の催しを外から見学することもできました。	
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	運営推進会議での認知症勉強会を通して、参加される入居者家族へ認知症の理解を深める活動を行う。面会中止で頻度が減ったので、なでしこ通信を通じて、啓発を図っている。	/	/
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	苦情への取り組み、災害訓練や感染症対策の報告を主に行い、面会中止のために開催出来なかった機会を、なでしこ通信や電話面会での意見を主に補っている。	この1年、コロナ禍で運営推進会議を開くことができませんでした。以前は利用者家族、民生委員、包括支援センター職員などの参加で2か月に1回開催していました。	活動報告や事故報告などを定期的にメンバーに送付し、意見を募るなどの工夫が望まれます。感染の第6波に備えて、オンラインでの会議なども試みられてはいかがでしょうか。
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	介護報酬関連の件を介護保険課に中心にして相談し、連携を図りながら、適正なサービスと体制の維持のための参考としている。	日頃から市の福祉センターに出むき、分からないことは直接聞いています。新型コロナウイルス対応の指示を受け、感染拡大防止の相談をしています。ケースワーカーとは近況を報告するなど、連絡を密に取っています。	

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
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	必要なケースには、同意書とカンファレンスを通してコンプライアンスを守り、その中で委員会活動を通して一部解除が行える取り組みをし、身体拘束が常態化しない試みを行っている。	現在2名、4点柵を利用している利用者がいます。マニュアルに沿って同意書を取り、定期的カンファレンスを行い検討して記録しています。研修は受講者のレポート提出の形で残しています。来年度は法人の身体拘束委員会に参加する予定です。	研修記録は日時・題目の明記と共に出席者が確認でき、資料を添えて分かりやすく残すことが望まれます。身体拘束の研修を年2回は開催できるよう、年間計画を立てて取り組むことが求められます。
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	法人内部研修に職員を派遣、参加させることで、虐待予防と尊厳の保持に対する理解を深めている。チーム会議で、不適切介護に関する検討を行い、虐待を未然に防止する取組をしている。		
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	2名の入居者に後見人がついており、身寄りのない方に対して、看取りや金銭管理のために後見人の申し立てを行った。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	給食費の改訂等により契約書を改訂する場合には、案内文を郵送し、各ご家族に同意、ご納得頂けるようにしている。		
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	年二回の満足度アンケートを行い(法人)、ご意見箱を設置している。運営推進会議を開催できた時には、事故や苦情を中心に意見を募って、チーム会議で全体化している。	10月より家族と面会ができるようになりました。15分という制限はありますが、家族の希望を幹部に伝えて実現させました。年2回、法人全体での満足度調査を行っています。2項目3択の様式で職員が利用者に直接聞き取って記入しています。自由記載欄も設けられています。	
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	運営面の意見は、チーム別会議で提案を受けて、反映させている。タイムリーな個別面談や人事考課面談の機会も活用して、意見を募っている。	月1回チーム別会議として事業所全体の会議を実施しています。職員からの意見・提案があれば迅速に検討し対応しています。食の楽しさを重視し、朝食を手作りにするという提案を実行に向け検討した事例があります。	

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
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	法人のエンゲージメント調査にて全職員の意見や提案を募り、個別に是正案が立てられ、周知されている。また、個別面談にて、各職員の状況を把握し、環境面の改善に生かしている。		
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	法人人権研修、高齢部内部研修を必須研修として活用し、高齢者介護に必要なスキルを育成する機会としている。個別面談で拾い上げたニーズは、外部研修によって満たしている。		
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	大阪市グループホーム・ネットワークの研修に参加している。		
<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	入居前の事前見学により本人の支援者(家族)への安心と、ホープノートの活用によるご本人のニーズと不安の把握に努め、関係づくりのきっかけとしている。		
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	相談窓口(管理者・事務局)を明確にお伝えすることで、ご家族の抱える問題に応じた相談をお聞きできるようにしている。		
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	入居後の金銭管理に不安を持たれるケースが多いので、後見人制度や生活保護の申請について、制度説明することで、サービスの継続が出来るようにしている。		
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	「出番と役割」という目的を設け、日常の家事をご利用者にして頂いている。「特技・役割」を記録に落とし込み、チーム目標を設定した。		

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
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	疎遠なご家族とも、通信やLINE連絡、電話を通して、ご本人の状況を説明し、ご家族でなければできない支援をお願いすることで、ご本人を支えている。		
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	ホープノートの書き込みを通して、ご本人の生活歴を把握している。通信やLINE連絡を通して、ご家族との接点を増やし、知人の訪問機会を確保している。	法人で作成した「ホープノート」を活用し、馴染みの人や場所の把握をしています。コロナ禍で会えない家族の写真を、居室にたくさん飾るなどの工夫をしています。家族と墓参りに行くことを支援した事例があります。	
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	日課である家事を、その方の持てる力に応じて出来る箇所をお渡しし、分担し協力して家事をこなせることで、関りの機会を設けている。		
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	転居した入居者の入居先施設から、疑問点があれば、そのつど回答することで、切れ目のない支援が行えるようにしている。		
<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	チーム目標に個別サービスという項目を設定し、個別に望むことを拾い上げ、実現するように努めている。	「ホープノート」に好きなことや得意なこと、生活歴の記入欄があり、思いや意向の把握に用いています。担当職員が聞き取りで記録しています。家族による記入や、記録を更新していく事で更に活用できると思われれます。	
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	ホープノートに、これまでの暮らし方の記録を、ご家族をはじめ関係者に記入いただき、ご本人との対話を通じて残している。在宅サービス担当者からサービス利用中の経緯を詳しくお聞きしている。		
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	毎日の申し送りにて、心身の状態の他に嗜好や望みも含め幅広い情報のやり取りを行い、カンファレンスで長期の希望を汲み取って、目標に設定している。		

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	カンファレンスに、必ずご本人の意向をくみ取り、反映させるようにして、「本人中心のケアカンファレンス」をチーム目標としている。各専門職種、ご家族にもヒアリングを行ない、視点を多く持てるようにしている。	基本、ケアマネジャーが6か月に1回介護計画を作成しています。看護師や、場合によって医師の意見も反映しています。毎日現場職員が実施の確認をし、評価して新たな計画を立てています。	「ホープノート」で得られた意向が計画に反映しきれていないところがみられます。本人の思いに沿った目標を基にした具体的なサービス内容の設定が望まれます。担当職員が目標設定の提案をするなど、計画作成に積極的に関わられてはいかがでしょう。
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	介護記録に、時系列で1日の暮らしぶり、観察、ケア、本人の望みと、幅広く情報を記載し、支援経過観察としても使えるように充実させている。管理日誌には、心身の状態を主に記載し、重要事項が拾えるようにしている。		
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	多重障害の入居者の、入居後の不安定な状況に対して、ご家族の協力を頂き多面的な支援、またひもときシート等活用し、ご本人の思いに寄り添える支援の検討と実践を行っている。		
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	地域交流が遮断されている現状で(コロナ感染予防策)、ご家族との交流と面会を地域との接点ととらえ、電話・オンライン・なでしこ通信を通して、関わりを継続出来るようにしている。		
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に支援している	基本的に、提携医院に誘導しているが、それ以外の通い医院があり、ご本人、ご家族の要望があれば、精神科・眼科等の医院へ通院支援を行っている。	提携している診療所より月2回の医師の往診やホーム常駐の看護師が健康管理を行っています。皮膚科や泌尿器科、精神科等の往診もあります。入居前のかかりつけ医や希望する病院への受診は可能です。通院は家族の付き添いになりますが、状況に応じて職員が同行しています。夜間や緊急時も適切な医療を受けられるような体制が整っており利用者や家族、職員の安心に繋がっています。	

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
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	常駐の看護師が、日常の観察と看護を担当しており、連携する診療所の看護師及び医師と密に連絡を取り合い、受診につなげている。		
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。	入院後、3日以内に電話連絡し、病棟看護師から容態ヒアリング。容態・病態の重さに応じて、7～14日程度で、退院促進の連絡をする。退院決定時には、アポイントメントを取り、必ず医師や相談員とのカンファレンスを行い、退院後、再入院を予防している。		
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、事業所の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	入居時契約において、終末期の意向について、書類に記録。終末期のケアに関する研修への参加、日ごろの看護師との意見交換を通して、知識を深めている。看取りについてのカンファレンスを行っている。	入居時に重度化や終末期について説明、意向を確認し意思確認の書類を作成、以後定期的に更新しています。重度化した場合は利用者、家族の意向をふまえて医師、看護師、職員と話し合いながらホームで出来る支援に努めています。職員は法人で開催される終末期のケアの研修や勉強会に参加し看取りに備えています。	
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	リスクマネジメントと普通救命講習へ法人内部研修としての参加をしている。看護師による、OJTでの事故発生時対応の教育を行っている。		
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	毎月、火災・地震・津波の災害対応訓練を、計画書に基づいて実施している。反省点を次の計画に生かして、備蓄や避難方法の改善に資している。	ビル全体で消防署立ち合いの下、避難訓練を行っています。火災、水害や地震などの防災対策マニュアルを作成しています。災害時の備蓄品は倉庫に飲料水、食料品、衛生用品など3日分をストックしています。消費期限のあるものは管理者がチェックしています。今後災害を想定したホーム単独の避難訓練を予定しています。	

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
<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	入居者の個人情報職員間でやり取りする場合には、イニシャルとする等、プライバシーの尊重に努めている。利用者満足度アンケートを職員にフィードバックしている(プライバシー)。	職員は利用者の生活歴や習慣をふまえ一人一人の思いやプライバシーを尊重した声掛け、対応を心がけています。接遇マナーの研修をうけたり、セルフチェックを行い、日頃のケアを振り返っています。	
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	カンファレンスでの課題の上げ方として、ご本人の希望、意向を織り込むことを中心に据えているため、目標志向型のケアプランを作りやすく、ご本人が意向を表明しやすい環境を作っている。		
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	食が細い、好み細かい等、自然に個別支援が必要な場面があるために、食事ケアを中心にして入居者の希望に沿った支援が行えるようになった。		
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	居室担当者が、家族に代わり季節と身体の状態に合わせた服を購入している。希望者には、化粧をしたり、ハンドマッサージや化粧品でスキンケアが行えている。		
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	入居者の希望を聞き取り、好きな物を出来るだけ好きなだけ、をモットーに手作り食を提供している。みそ汁や簡単な調理は、入居者が参加している。配膳等も行っている。	配食サービスを利用し、ごはんのみそ汁をホームで提供しています。今年度より朝食は職員で調理し、みそ汁の具材の準備や配膳、食後の食器を拭いたり利用者も一緒に出来ることを手伝っています。ホームでは楽しみとしての食を大事にしており、敬老会やクリスマス等の行事食や、外食の代わりにお寿司を買ってきて、回転寿司にみたてたり、すき焼きをしたりと工夫しています。希望があれば飲酒もOKです。	
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	一日の必要水分量(一人ひとり)を割り出して、好みの飲料で無理なく飲用出来るよう工夫している。液体が難しい方には、果物の水分含有量を測り、果物で提供する等、その方に合った進め方をこころがけている。		

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
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	毎食後の口腔ケアを基本として、認知症による拒否行動に対しては、時間帯を工夫し、起床後に試みる事で受け入れて頂けるなど、その人に合ったアプローチをしている。		
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	必ず定時トイレ誘導を行うことで、トイレでの排泄を習慣とした上で、各入居者の仕草、シグナルを読み取り、各入居者のしたいタイミングで誘導を行っている。	職員は排泄チェック表や利用者の動作等から排泄のパターンを読み取り、トイレ誘導しています。座位の姿勢が可能であれば、オムツ使用でもトイレでの排泄を試みるなど排泄の自立に向けた支援を実践しています。利用者のサインを把握することで、便の失敗が少なくなりトイレでスムーズに排泄出来るようになった利用者もいます。	
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	乳製品や酢飲料等、食べ物のアプローチをメインにした上で、食物繊維等の補助的な栄養剤で、下剤になるべく頼らない方法をとっている。		
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	基本的に、週2回の入浴サービスが提供出来るようにしており、こだわりの強い方に対しては、ニーズに合わせて日を変更したり、夕方に入浴が出来る様に柔軟に対処している。	入浴は週2回、午前中に曜日を決めて入っていますが、利用者の状況や体調に合わせ柔軟に対応しています。入居前の習慣で、週3回、夕方に入っている人もいます。同性介助も可能です。入浴剤の使用や、ゆず湯や菖蒲湯などの行事浴も取り入れ、喜ばれています。個人の好みのシャンプーや石鹸の使用もできます。	
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	お一人おひとりにの眠りたいタイミングを見て、就寝誘導を図り、不安で眠れない、覚醒している方に対しては、リビングのソファで職員が深夜寄り添い、眠れるタイミングを待っている。		

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
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	薬情報をファイルに綴じ、変更があればそのつど情報を更新し、現在の内服薬と変更点が把握できるように仕組みを作っている。変更時には、看護師から副作用と効用の注意点を申し送りして周知している。		
1niti		○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	1人ひとり、楽しみは「食」「仕事」「お話」と異なるので、それぞれに応じた支援のメニューが、1日1つは提供出来、笑顔になれるように、モニタリング項目に組み込んで実施している。		
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	コロナ予防対策のために、外出は制限されている中でも、人との接触を避けた散歩や、マスクと消毒液を携帯してのコンビニでの買い物、といった外出支援を行ってきた。	コロナ感染予防の為、外出行事は出来ませんが、近隣にある、同法人の高齢者施設に出掛け、屋上菜園の収穫を一緒に行うなどの交流を図ったり、コンビニエンスストアに買い物に行くなど感染予防に留意し、実施しています。10月頃よりホーム周辺の散歩も徐々に再開しています。地域の保育園で開催される大太鼓も外から見学予定しています。	
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	管理能力がない方については、残額を毎月把握し、各居室担当者が入居者の買い物ニーズを拾い上げた上で、その方に必要な物を購入している。自身で所持している方には、職員が家計簿を作成し、お金が適切に使える様に支援している。		
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	誕生日には、ご家族と電話の受話器をつなぎ、お話ができる様に支援している。毎月のなでしこ通信では、1カ月のその方の暮らしぶりを写真とともに、職員が代筆してお伝えして、ご家族に好評をいただいている。		

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
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	廊下の採光が悪いため、照明の器具を工夫することで、明るくなり、視覚的に入居者が安全に移動できるような環境を作っている。居室にのれんや似顔絵を飾り、自身の空間への認知を助けている。	ホームはビルの2階、3階にあります。それぞれ、玄関の入り口には観葉植物、食堂兼居間の壁には毎月の行事の写真や、季節を感じる手作りの作品が飾られています。又、ゆっくりと寛げるようにソファも設置してあります。清掃は行き届いており、夜間と日中の2回室内の手摺りやスイッチボタンなど消毒を行い感染防止対策に努めています。	
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	廊下に一人がけソファを設置して、セミプライベート空間を作り、入居者同士の共同生活における緩衝地帯を工夫している。		
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	本人が自宅から運んだ家具や物については、入居者視点で、その方の暮らしぶりや人柄を知るための手掛かりと考え、大切にすつらえに使っている。	居室にはベッド、クローゼット、カーテン、エアコンが備え付けてあります。入居時に仏壇やタンス、テレビ、人形等馴染みの物を持ち込み、家族と一緒にレイアウトしその人らしい部屋になっています。また、いつもきれいにしていて欲しいと鏡や化粧品を置いていたり、寝る前に食べる習慣がある利用者の部屋には冷蔵庫が置かれるなど、家族の心配りの感じられる部屋もあり、一人一人居心地の良い居室になっています。	
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	入居者の身体機能に応じて、手すりや家具を設置し、転倒を予防しながら自身で歩く事が出来る環境を工夫している。		