

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	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(ききょう)		
所在地	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2年10月29日	評価結果市町村受理日	令和3年1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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JikyosyoCd=2773300906-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 市民生活総合サポートセンター		
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	令和2年12月23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)】

当該ホームは、利用者が今までの生活を継続しその人らしく力を発揮し暮らしを大切に、入居時からこれまでの暮らしを知るように努め生活歴や趣味嗜好、習慣、希望等を聞き思いや暮らし方の希望の把握に繋げ、独自に作成した「ホープノート」や24時間シートに記入し職員間で情報を共有し、その人らしい暮らしができるよう支援しています。コロナ禍以前には地域の盆踊りや茶会、保育所の運動会やクリスマス会など地域交流を積極的に行っており、コロナ禍においても状況を判断しながら運営推進会議を行い行事についての質問に答え現状を伝えたり地域の方から協力できることはないかとの発信があるなど、地域との良好な関係を築いています。また看取り支援に取り組み、看護職員を中心に医師とも連携を図りながら利用者や家族の意向に寄り添い支援しています。

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 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)	○	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、生き活きと働けている (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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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

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	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。	今までの生活や人間関係を継続しその人らしい力を発揮して安楽な日々への支援を理念とし、入職時にその込められている思いを説明し、いつでも見ることのできる廊下に掲示し日々意識し支援に当たっています。理念を基に事業計画や目標を立て、評価を行いながら実践に繋げています。	
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。ボランティアの招待、交流も限定的に行っている。	地域の盆踊りや茶会、保育所の運動会やクリスマス会など地域交流を積極的に行ってきましたが、コロナ禍では感染症予防対策をしようで園芸や音楽のボランティアの来訪は継続しています。現在は隔離を必要とする状況となりできませんが、利用者の状況や感染症の収束を判断し地域交流を再開したいと考えています。	
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	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継続できている。地域包括支援センター主催の会合への参加、連携を行っている。		
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	苦情への取り組みと改善状況の報告や、感染症や災害避難訓練への意見聴取等を行う中で、地域の現状のご助言を頂きながら、サービス向上へ反映できている。	会議は利用者や家族、民生委員、地域包括支援センター職員等の参加を得て2か月ごとに開催し、利用者の状況や活動、行事、職員状況、事故等を行い意見交換をしています。コロナ禍では感染症の状況を判断してメンバーと相談して中止を決めています。参加者から行事についての質問があったり地域の方から協力できることはないかとの発信があるなど、ホームのことを知ってもらい協力関係構築に向けた有意義な会議となっています。	
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	介護保険制度関連のことは、加算算定の件を始め、介護保険課に、生活保護関連はケースワーカーに連絡、相談し、密に協力のためのコミュニケーションが図れている。	介護保険等の手続きや不明点の確認は窓口に出向いたり電話で聞いています。集団指導はオンラインで実施され、施設連絡会はズーム会議で行うなど、コロナ禍においては工夫がなされています。またマスク等の物品不足についても市から問い合わせがあり対応してもらっています。	
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	身体拘束廃止の指針を策定し、チーム会議にて身体拘束に関する方針を話し合い、抑制しない暮らしをサポートしている。玄関は安全の為に施錠するが、ご本人の意向があれば、意向に即して外出を行って行動を制限しないようにしている。	年に2回身体拘束についての研修を行い、2か月ごとに身体拘束適正化委員会を開き職員は身体拘束について理解しています。安全面からフロア出入口の施錠はしていますが外に行きたい様子があれば外に出ることもあり、言葉で行動を止めてしまわないよう注意を払い不適切な対応があれば都度注意しています。センサーを使用している方がいますが、家族に同意を得る必要性については委員会で検討しています。	

高齢者グループホームなでしこ(ききょう)

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	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。		
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名の方に後見人がついている。相談員との密な意見交換を通して、制度の意義や今後の展開についても理解を深められた。		
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	契約の際には、疑問点に確実に回答できるよう、不明点は後日確認して回答している。協力施設の相談員、CMIに制度面の不明点は問合せるようにしている。		
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	運営推進会議にて、ご家族の苦情や要望を募り、問題点はチーム会議で職員間で共有し対応している。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。	毎月発行する「なでしこ通信」やブログを通じて利用者の様子を伝え、家族の意見や要望は面会時や電話をかけた際に聞き、コロナ禍においてはリモート面会も始めるなど工夫してコミュニケーションを図っています。利用者の要望は日々のコミュニケーションや年に2回満足度アンケートを行い聞き、要望を受けて献立や買い物などに反映しています。	
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	毎月チーム別会議を開催し、業務面や労務面に関する自由な意見を募っている。それ以外、チーム目標として個別の面談機会を設け、意見を募り、主なものは部門別会議にて提案を行っている。	日々職員間での関係性が良く意見を出し合っており、口腔ケアや排泄などの担当が主体となり考え他の職員に発信しています。毎月行うフロアごとのチーム会議では運営状況の報告があり、行事や事故対応、業務改善などについて話し合っています。また、年に2回人事考課のための個人面談を行い意見や思いを聞く機会となっています。	
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	年二回の人事考課面談で、承認の機会を設けている。それ以外、法人のエンゲージメント調査にて全職員の意見を募り、個別に是正案が立てられ、周知されている。		
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	毎月開催される法人内部研修への参加を計画的に実施している。個人面談を通して把握した職員の力量と感心に応じて、職員の必要としている外部研修への派遣も行っている。		

高齢者グループホームなでしこ(ききょう)

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	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。		
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	入居前、事前見学をして頂き、納得の上で入居してもらっている。相手先の居宅、施設に訪問して状況を把握している。ホープノートの記入を通して、本人の意向を理解して、在宅での暮らしとの連続性が保てるようにしている。		
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	相談窓口を明確に伝えておくことで、サービス以前、以後に、ご家族が不安に思われたことを気軽に話せるような環境を整備している。		
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	福祉用具の導入提案や、経済面の不安への相談など、外部福祉サービスやケースワーカーとの連携を通して、ご家族に安心していただける対応に努めている。		
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	日常の家事に関して、「出番と役割」という目的を設け、ご利用者にして頂いている。「特技・役割」を記録に落とし込むようにすることで、チームとしてビジョンを明確にした。		
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	運営推進会議の際に面会をすすめたり、電話やお手紙を通して、両者の絆が保たれ、関係が継続していけるように支援している。		
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	ホープノートを通じた生活歴の把握の上に、なじみの友人の訪問、面会を促進したり、所への外出支援を行っている。遠方の方へは、写真と手紙を送付して、関わりをつなげている。	個々の利用者の情報を「ホープノート」にまとめ、利用者の生活歴をはじめ馴染みの人や場所等を把握し職員間で共有しています。ふれあい喫茶に出掛けた時に知り合いに会ったり、以前近所に住んでいた方の来訪があり一緒に過ごしてもらおう等の支援をしていました。コロナ禍においても家族が亡くなった際にお参りに行く等感染症予防をしながら出掛けられるよう支援しています。	

高齢者グループホームなでしこ(ききょう)

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	毎日の家事を協力して行う日課として支援し、入居者間を支援している。摩擦がある方同士には、お互いの距離をとっていただける環境づくりの他、入居者の良さ、強みを見出す支援を職員が率先して行っている。		
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	転居した入居者が近所におられるため、転居先施設へ密な情報提供を行い、職員も面会に出かけ、お互いの施設交流も行っている。交流のあった入居者と、面会にも出かけている。		
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	意向に即して、臨機応変に買い物や外出、遠足に出かける個別支援を行っている。当人の体調や意向に応じて、入居者の生活リズムに合わせた起床支援や外出を行えるようになった。	入居前の面談はできれば自宅を訪問し、これまでの暮らしを知るようにし、生活歴や趣味嗜好、習慣、希望等を聞き思いの把握に努めています。日々の関わりの中で得られた情報は申し送りや記録に残し、把握困難な利用者の思いもカンファレンスで本人本位に話し合っています。「ホープノート」や24時間シートでその方がわかるように工夫しています。	
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	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。入居後も、聞き取りを行い随時記録の更新に努めている。		
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	定期開催、及び必要時随時のカンファレンス、また毎日の申し送りの職員間の話し合いを通して、職員の気づきと理解の全体化を行っている。		
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	基本は、6か月1回開催のカンファレンスに、ご家族・ご本人・介護者の意向及び意見を反映させ、ご本人の意向を第一に据えた計画作成を行っている。運営推進会議の家族意見を、外部の意見として参考にしている。	利用者の思いや家族の意向、アセスメントを基に介護計画を作成し、初回は1か月後に見直し以降は6か月毎の見直しを基本としています。毎日チェック表を用いて実施状況を確認し、3か月ごとにカンファレンスを開き、見直しに当たっては再アセスメントを実施しています。カンファレンスに可能な時には家族の参加を得たり看護師が参加し医療情報も加味して計画を立てています。	
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	基本は、生活の記録に入居者の暮らし方とアセスメントを載せ、管理日誌に医療的・リスク面の記録を載せて、あわせて職員の気づきと実践の結果を記入することで、次なるケアの展開につなげている。24時間の時系列記録が充実している。		

高齢者グループホームなでしこ(ききょう)

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
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	在宅からの移行で適応困難の入居者、前頭即答型の困難な入居者に対し、集中的に本人及び家族の意向を尊重したケアを重ね、外出、寄り添いを繰り返すことで、対話が増え、落ち着きを取り戻すことが出来た。		
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	感染症予防の為に、集会自体が中止となり、個別にボランティアやご家族をお招きする、小単位の交流を限定的に行っている。地域にあるご家族の自宅、なじんだ商店街も地域資源ととらえ、交流を行っている。		
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	地域住民の入居が多いため、かかりつけ医は変わらず移行している。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う。	入居時にかかりつけ医を継続できることを説明していますが、全員がホームの協力医の往診を月に2回受け、循環器や眼科などの専門医へは家族や職員が受信支援しています。看護職員が中心となり医療連携体制が出来ており、夜間の体調不良時等は看護師に報告し必要に応じて協力医と連絡を取り対応しています。訪問歯科による治療や口腔ケアは全員の利用者が状況に応じて受けています。	
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	軽度の体調悪化に関しては常駐看護師に診てもらい、往診、受診の判断を仰ぐ。症状が重い場合には、かかりつけ診療所看護師へ連絡し、往診・受診、または他総合病院への早期受診をこころがけている。		
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日以内にお見舞いに行き、病棟看護師から容態ヒアリングしている。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	入居時契約において、終末期の意向について、ご家族の意見も参考にしながら、記録に残している。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。お二人の看取りを行った。	入居時に指針に基づき重度化や終末期に支援できることやできないことを説明し、意向を聞き意志確認書を取り交わしています。実際に重度化した際に医師から家族に説明してもらい看護師や職員も含めて話し合い方針を決めています。看取り支援の際には家族の面会を増やしてもらい看護師を中心に連携を図っています。看取り支援の研修をしたり支援後に振り返りを行っています。	
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、等を毎年継続していくことで、能力の向上を図っている。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。		

高齢者グループホームなでしこ(ききょう)

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
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	事業所単独で、地震・津波発生時の避難訓練の他に、感染症を災害ととらえ、BCP訓練を法人の取組として参加した。建物(アイビスコート)内の避難訓練にも参加している。	訓練は上階のマンションと合同で昼間を想定し消防署立ち合いの下、初期消火や通報、避難誘導の訓練を実施しています。ホーム独自でも夜間想定訓練に加え地震・津波発生時の訓練として2階から3階への垂直避難の訓練を行っています。3日分の食料や水、懐中電灯などの備蓄や各居室に利用者ごとの避難用品を準備しています。	
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	入居者の個人情報や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。言葉遣いに関しては課題。内部の虐待予防研修に参加している。	個人情報保護や虐待防止、認知症ケア等の研修を行い、職員は利用者の尊厳を守りプライバシーに配慮した支援を心がけています。家庭的な雰囲気や大切にしながらも馴れ馴れしくならないように気を付け、利用者や家族の立場に立った対応を心がけています。	
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	ご本人の意向を踏まえた支援(散歩・買い物・飲酒)を行っており、お気持ちをノートに記録している。意思表示できない方には、表情の観察やご家族への聞き取り、生活歴の深掘りを通して支援につなげている。		
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	入居者の意向に添って、外出や食事等を支援している。食べたい物は臨機応変に手作りするなど、手厚く対応している。生活のリズムは、入居者の体調や起きたい時間・寝たい時間・入浴したい時間に合わせて支援が出来るようになった。		
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	ふだん着る洋服の購入も、ご本人と一緒に買い物支援することで、その人らしさの支援につなげている。重度の入居者には、昔の写真やご家族の意見を参考に、その方らしい衣類を着て頂いている。		
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	味噌汁づくりには、特定の入居者に調理に参加していただだけ、片付けはほぼ入居者がしてくださる。食欲の乏しい方には、臨機応変な調理提供で、食べていただける食事ケアを個別に行っている。	食事は配食サービスを利用しみそ汁や米飯をホームで用意し、日曜日は利用者からも食べたいものを聞きホームで手作りしています。希望により焼きそばや鍋料理、天ぷら等を作ったり、寿司やピザをテイクアウトするなど、食事が楽しめるように支援しています。体調に合わせて粥やうどんを準備したり、クッキーやホットケーキなどを一緒に作ることもあります。	
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	食事・水分摂取目標の明確化と記録の工夫(トータルの中途計算)で、毎日十分量をとっていただけている。入居者お一人おひとりの必要水分量を割り出し、嗜好に応じた飲料提供をしている。		

高齢者グループホームなでしこ(ききょう)

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	毎食前に口腔体操として歌をうたい、毎食後には必ず口腔ケアを行っている。歯科衛生士のケアと助言により、ケア用品もその方に合わせた物を提供できている。認知症の進行で拒否がある方への対応に課題がある。		
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	その方の排尿・排便パターンに応じたトイレ誘導を行い、トイレでの排泄を基本としている。下剤に頼らない、運動や水分、乳製品等を使ったケアにまだ改善の余地がある。	排泄チェック表を利用してパターンを把握し、しぐさや様子も観ながら個々の利用者のタイミングでトイレに行けるように支援しています。座位が保てる方は日中二人介助で移乗しトイレでの排泄を支援し、支援方法や排泄用品の選択は日々の申し送りやミーティングで話し合い決め、個々に応じた支援の結果退院後おむつ使用から紙パンツへ変更した方もいます。	
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	軽度の方には飲食物・水分・運動で解決できているが、重度便秘症の方で認知面でも介護拒否がある方には、下剤調整での解決となってしまう。		
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	入りたくない方には、別日にずらしてサービスする等、無理強いをしない、楽しみとしてのお風呂を支援している。週2回のサービスの達成は出来ている。意向に即して、2日に1回、夕方に入浴支援している。	入浴は週に2回午前中の時間帯を基本としていますが、入居時にも希望を聞き希望にそって2日に1回の入浴や夕方の入浴も支援しています。一人ずつ湯を入れ替えゆっくり会話をし、ゆず湯や入浴剤の使用をしたり同性介護や見守りなどここに合わせた支援で気持ちよく入浴できるよう支援しています。拒否される場合は日を変えたり職員を交代するなど無理なく入ってもらっています。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	夜間は、自立度の高い方はゆったりとリビングで過ごしている。重度の方にも、夜間の睡眠の質が良くなるように、その方に適した就寝時間にベッドへ就床支援が出来ている。		
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	薬の二重チェック・声だし目視確認によって誤薬事故を未然に予防している。不明の薬効・副作用に関しては、薬剤師・看護師に密に聞き取りし理解に努めている。		
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	日々の製作活動に、出来る力を見極めて役割を持って頂き、参加。完成品を壁にはり、達成感が持てるような日々のレクリエーションで、楽しみをともに作り出している。		

高齢者グループホームなでしこ(ききょう)

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
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	近隣への散歩は、ご本人の希望に添って、日常的に、1～2日に1回のペースで行えている。コンビニへの買い物も要望に即して行う。交通機関を使った外出は、感染症のために行えていないが、10月に、長居公園への少人数遠足を行った。	感染症予防を行いながら日常的な散歩や希望に応じたコンビニへの買い物に出かけたり、洗濯物を干しにベランダに出るなど外気に触れる機会を作り、また行事として長居公園への外出行事を行っていました。感染症収束後には利用者の体調や状況に合わせて外出を再開していきたいと考えています。	
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	居室担当が、ご本人が希望した物、または必要と思われるものを代弁者となり、同行して買い物支援している。重度の意思表示困難な方の代弁者として、買い物支援が不十分である。		
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	個人持ち携帯電話で自由にお話をされている。職員が毎月、ご本人の代わりにご家族へ写真つきの手紙を書き、状況報告を行っている。		
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	居住空間のカラーに合わせた家具の配置を行い、不調和とならないようにしている。季節に合わせた壁飾りや写真を飾り、ご本人の視覚を楽しませる工夫を行っている。臭いが目立たないように、排泄の環境整備等、工夫している。	共有空間は利用者で作った作品を飾ったりクリスマスや正月飾り、ひな人形など季節を感じられるよう配慮し、月ごとに行事の写真を掲示しています。利用者の相性や解除の必要性を考慮し座席やテーブル配置をし、コロナ禍にはテーブルを離しビニールシートを使用し感染症対策を行っています。毎日掃除や換気、温湿度管理にも気を配っています。	
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	皆で談話して過ごせるダイニング空間、少人数でリラックス出来るリビングのソファ等、目的に合わせた空間づくりをしている。それ以外に、一人になれるような空間づくりが課題。		
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	入居時に、入居は自宅からの引っ越しと話し、自宅で使いなじんだ家具や道具を持ってきていただくよう、お願いしている。大切にしていた物(ぬいぐるみ・仏壇・写真)で居室が満たされ、安心できる居室づくりを目指している。	入居時に馴染みの物を持ってきてもらうように説明し、テレビやタンス、大切にしている仏壇等の持参したものを家族と本人に配置してもらっています。写真や人形を飾ったり好きなぬいぐるみを枕元に置く方、本を持参している方もおりその人らしい居室となっています。毎日の換気や掃除は可能な利用者も一緒に行い、清潔を保ち居心地の良い空間作りに努めています。	
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	認知機能が低下した入居者でも、おひとり自由に行動できるように、張り紙や似顔絵、のれんを活用してわかりやすい空間づくりをこころがけている。		