

### 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/1F・2F)

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5年11月17日	評価結果市町村受理日	令和6年1月29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5年12月11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では開設当時から働いていました職員がめでたく結婚し、今年7月に第一子を出産。今は育児休暇を取っております。利用者様と同様に職員も歳を重ねておりますが、しっかりスキルアップでき、十分休暇中の職員の穴埋めはできています。「目配り・気配り・思いやり」をモットーに「当たり前を考え」ての支援、職員の元気さは今も健在です。明るく働き、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。コロナが5類に移行してから、短時間ではありますが、玄関先での面会も再開いたしました。毎月のホームページ更新、一部のご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。令和6年4月からの業務継続 計画BCPIについて、災害避難・感染実施訓練を机上訓練と合わせて実施中です。自分たちの雅の家であるからできる事「個別ケア」で生き活きた利用者さんを写真に収めています。

【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)】

事業所の理念「目配り、気配り、思いやり」を1・2階ユニットのドアに掲示し、理念が実施出来ているかを職員会議やミーティングで確認合っている。運営推進会議は2ヶ月に1度行っているが、コロナ感染症のため最近では利用者・家族の参加はなかったが、次年度からは、家族も参加してもらい開催するよう計画している。また、この会議録は次年度より家族に送付予定である。介護計画は、モニタリングや支援経過などを見ながら定期的にチェック見直しをしており、利用者に変化が生じた時には、家族の承諾を得た上で臨機応変に見直しを行っている。ケアカンファレンスでは都度、利用者の課題や利用者の要望を話し合い、介護計画に反映させている。

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)	○	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している (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、安心して暮らしている (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				

【本評価結果は、2ユニット総合の外部評価結果である】

自己評価および外部評価結果【2ユニット総合外部評価結果】

[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るよう支援・計画を進める	「目配り、気配り、思いやり」を事業所の理念として、1・2階ユニットの入口のドアに掲示している。目配り、気配り、思いやり、が支援計画として実施できているかどうか、職員会議やミーティング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員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、利用者の意向に合わせた(個別ケア)ケアができる。令和5年5月ころなが5類に移行しましたが、歌体操、高校生福祉課の受け入れは昨年同様中止。	今年は神輿も出て、従来の形に近い祭りが行われたが、まだまだいつものような状態には戻っていない。コロナ感染症が5類に移行されたが、本部の方針で許可が事業所にはおらず高校生の受け入れも出来ていない。本年度は一応落ち着いてきたので、来年度は従来通りの活動を行う予定である。	コロナ感染症も5類に移行され、一般的に落ち着いてきたので、是非とも地域の一員として日常的に交流するようしてほしい。
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、認知症サポーター養成講座(オレンジリング)の講師役で参加。地域包括支援センター、陽だまり西淀川オレンジチーム、認知症家族の会さくらんぼ(当事者とその家族 毎月第2金曜日)の聞き役で参加。西淀川区グループホーム連絡会(3か月に1回 今年中止)		
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か月に1回開催。地域包括支援センター・自治会会長・児童福祉委員・ランチ・老人会・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(午後6時～)「高齢者虐待防止法」・・・身体拘束等の適正委員会は運営推進会議を活用。身体拘束等の適正委員会資料配布。	運営推進会議は2ヶ月に一度、系列組織老健の会議室で、偶数月の水曜日6時から6時45分まで行っている。現在家族や利用者の参加はないが、次年度から家族の参加も得て開催できるように働きかける。会議の議事録は次年度から全家族に送付する予定がある。	
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。淀地域総合相談窓口と連携。陽だまり西淀川オレンジチームと連携。	地域包括支援センターとは、運営推進会議に参加し利用者その活動に関する問題点やその改善方法について話し合っている。西淀川区在宅サービスセンターとは南西部安心サポートについて、また陽だまりオレンジチームとは、家族とキャラバンメイトについて、グループホームの施設長も加わって活動し、協力関係を築いている。	

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
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。2か月に1回運営推進会議を活用し身体拘束適正委員会を開催(資料を配布)職員には回覧。介護労働安全センター主催(大阪府身体拘束ゼロ推進員研修受講中 11/10・12/18)	身体拘束適正委員会は2ヶ月に1回開催し、時期は運営推進会議の後、同じメンバーで実施している。会議の内容は職員全員で周知し、徹底している。身体拘束をしないケアの実践については研修ではスピーチロックや身体拘束適正化のために取り組むべき内容等をテーマとして理解を深めている。	
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	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	青年後見人制度利用者(17人中2人)社会福祉協議会あんしんサポート(17人中2人)令和5年度大阪市集団指導リモート受講人権問題(6/16)		
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。ご家族様面会時(現在は玄関先で短時間の面会)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。	来所する家族からは施設の中ではなく、玄関の入口で面接し要望等を聞き取っている。オムツは薬局で購入して持参したり、送られてくる。施設の様子はホームページで閲覧できるようにし、毎月更新している。	

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
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(10時～11時)各階、申し送りミーティング・担当者意見交換。年間研修計画の勉強会(BCP業務継続計画、災害・感染机上勉強会)処遇改善年間研修(運営推進会議利用、高齢者虐待、身体拘束等)	職員合同会議は、毎月定期的に、1階2階合同で10時から11時までの1時間開催しており、この席で職員からの意見を聞きとり、その後運営に可能なものは反映させることとしている。	
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…介護福祉士2名習得を目指す。短期目標…積極的の研修を実施)資格習得後の費用援助。研修受講の費用負担。		
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の受講。ただしコンプライアンス研修等は職員できるだけ参加。(職員数のゆとりがなく)研修録は回覧で職員の押印をいただく。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か月に1回順番性(コロナ渦の為現在中止)		
<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・面接を行う。令和5年5月コロナが5類に移行されてからは、ワクチン接種・抗原キット等実施し電話での連絡、情報の提供、共有で入居に結び付ける。面談は事務所で話しお伺いする。		

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	グループホーム雅の家の運営・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好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(令和3.4.5はできていません)ホームページの更新、メール等を活かしながら、家族の意向を聞き入れる関わりを。		
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	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。(同窓会のお誘い・弁護士からの手紙)電話の取次ぎ。お誕生日に来るご家族からの電報、手に持ち写真を撮りご家族に郵便だす。	コロナ禍以前は、今まで関わってきた地域社会との関係を継続して行くため、馴染みの店への買い物や墓参りなど、家族の協力を得ながら支援に努めていた。現在では、思い出の場所の写真を見たり、利用者の思い出話などを聴き出す支援を行っている。	

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
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・広告等職員介入し話題を広げていく。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。	利用者本人が表現することが難しい場合は、個別ケアの場で色々反応を見て、把握するようにしている。料理が好きな利用者、貼り絵など工作が好きな利用者、日常の提供サービスに加え、ケアプランにも組み込んでいる。	
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いただいている。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、現場職員に情報を得る)実施期間(通常3か月ないし6か月)状態変化に応じた見直し(入院・病気等)ご家族の同意をとる。	ケアカンファレンスを行い、モニタリングでチェックをし、支援経過を見ながら3ヶ月毎に介護計画を見直している。しかし変化が生じた時には、家族の承諾を得た上で臨機応変に見直しを行っている。ケアカンファレンスでは都度、利用者の課題や利用者の要望を話し合い、現状に即した介護計画を作成している。	
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	認知症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。職員の子供の出入り、保育園児の訪問、ご家族、歌体操(令和3.4.5は外出中止)		
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(生活受給者は月に2回、定期薬処方受診と3か月に1回健康診断実施)他病院への職員付き添い	全員が協力医をかかりつけ医として、月2回の訪問診療、もしくは外来診療を受けており、週1回歯科医の訪問診療を受けている。精神科など他の専科は家族対応を基本とするが、概ね事業所対応となり交通費を徴収している。	

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の前に診療所もあり、利用者の緊急事態にも迅速に対応できる。グループホームには人員配置に看護師は入っていませんが、職員の中に資格あり。		
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。入院時の日用品をホームが持っていく(コロナ渦、日用品、病院のを利用、出入りできず)		
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、事業所です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・DNAR(心肺蘇生拒否)・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、連携して取り組む。	入居時に重度化・終末期対応について詳しく記された「健康管理書」を丁寧に説明し同意を得ており、必要に応じて話し合いを重ね支援に取り組むとしている。 事実上の看取り経験は有していない。	
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・大阪市内営住宅3階)非常物品の確保。BCP業務継続計画作成中。年に2回防災訓練実施。令和5年11月19日地域防災訓練参加	規定の訓練を実施し、BCPの周知と浸透を図るためにBCPIに基づいた訓練(シュミレーション)、近在の老人保健施設(同法人傘下)と合同のBCPIに伴う机上訓練(年2回)を行い課題を把握し、BCP策定を仕上げるとしている。危険水域に在ることから避難に関してはいろいろな手法を検討し、非常物品保管場所についての再検討を上部に進言している。	



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
<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	個人情報保護と接遇マナーの内部研修実施。	利用者ひとり一人が主役として、個性を大事に生きるために、接遇の一つ一つに「目配り、気配り、思いやり」を怠らずに日々の暮らしを支援すること、本人の今を大事にすることが尊重とプライバシーの確保につながるとしてケアに努めている。	
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ための支援。季節ごとの衣服の準備はご家族の協力を得る。生活保護の人たちの足りないものは、お誕生日で施設からプレゼント。職員が家から持ち込む。		
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	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。敬老会9/29特別お弁当。10/28秋のリクリエーション食事会たこ焼き・焼きそば。	法人管理栄養士の献立付きで毎日届く食材を各ユニットで調理している。行事食・季節料理もメニューに組み込まれており、食事会と称するお楽しみも年3回ほど行われている。たこ焼きに興じる笑顔の写真が壁にあり、毎月更新のホームページで家族に届いている。	

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
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)状態悪いときは適宜に測定。食事量チェック表(声掛けで完食を目指す。スピードを緩める早食い)		
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(松仁会)1/週。毎食後口腔ケア(個々でブラシ・ガーゼ・嗽のみ等)義歯は夜間帯預かり浸ける。		
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	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解を得る。認知症の進行に伴い、入居者殆ど便意・尿意ない。声掛け支援の継続	個々人の出来ることの範囲を見守り、介助しながらトイレでの排泄を促している。家族の理解・了解・協力を得ながら本人の状態・状況にあった排泄用品を用い、適宜な声掛け・誘導で不快感を失くし、清潔を保つよう努めている。	
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	ティタイム時の牛乳・ヨーグルト等提供し、なるべく服薬にたよらず、予防しているが、適宜に服薬・受診。		
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)入浴時にボディーチェックし、身体の異変(傷・湿疹等薬を塗る・保湿剤)を見つける	入浴タイムの基本を守りつつ、臨機応変に対応している。強い風呂嫌いは居られず、長湯が好きな人、シャワー浴が好きな人、湯船に入れずにシャワー浴の人といろいろだが、自然体での入浴風景がある。	

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・血圧が高くなった時、頭をギャッチアップして臥床)夜間帯、睡眠時間が足りなく日中、傾眠目立つときには短時間の臥床を促す。		
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(大和田薬局4/月)。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図る		
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	過剰介護にならないよう、見守り・声掛けを行い役割分担、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	令和3・4・5はコロナ渦の為受診以外は外出中止。令和5年5月コロナが5類移行に伴い。10月より短時間の面会再開。	コロナ禍以前は春と秋に遠出も楽しんでいましたが、現況では帰宅願望の強い一人の一寸だけ外出を除き、本部(医療法人)の意向により外出支援は行われていない。室内歩行・ゲーム・カラオケなどを工夫しフレイル防止に努めている。職員は普段の外出と家族の望む外泊を1日も早く実現したいと切望している。	
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)預かり金の収支表を1か月に1回締めている。		

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	電話の取次ぎ・グループホームで新聞の購買。認知症の進行に伴い、代筆を頼む利用者さんがいなくなった。		
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等に整理整頓を心がけている。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か月に1回)をしている。(10月は柿木に実が一杯)	ユニットごとに利用者と職員による季節の作品、行事での笑顔一杯の写真や管理者の描く筆文字で壁面を飾り、時事問題の切り抜きが掲示しており、暮らしの雰囲気のあるリビングとなっている。空気清浄機・加湿器の備えがある。	
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。	ベッド・洗面台が既設され、小箆箆や収納ケース、ハンガーラック・テレビの他に家族写真など思い思いのものが使い勝手よく整えられ、入居歴やその人を忍ばせる感のある居室は、設立して18年弱を意識させない佇まいで、居心地の良い暮らしの場となっている。	
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	認知症の進行に伴い、車椅子生活を余儀なくされる。過剰介護にならないように、ずり落ち体制は極力声掛けし、ご自分で体制を元に戻すように時間はかかるが支援する。場所の間違いや混乱を防ぐため」に居室の表札やドアに工夫をしている。		