

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	1270101569		
法人名	レビーケア株式会社		
事業所名	レビー・グループホーム白雲館(2階)		
所在地	千葉市中央区弁天3-17-2		
自己評価作成日	平成29年12月22日	評価結果市町村受理日	平成30年2月20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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/12/index.php
----------	---

【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 日本高齢者介護協会
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602
訪問調査日	平成30年1月31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)】

認知症による周辺症状を最大限に軽減し穏やかに生活して頂けることを目指している。その方の能力に応じた家事などを手伝って頂きながら、近隣の千葉公園や護国神社に散歩に行くことを日課にすることで残存能力の維持に努めている。毎朝バイタル測定を行い、訪問看護を導入し主治医との連携を密にすることで健康管理を行っている。千葉駅周辺だが自然に恵まれており、季節を感じて頂きながら生活して頂ける環境である。入居者様に地域の行事などに参加して頂き、事業所で地域の皆様にむけた講習会などを企画しながら地域に根差した事業所でありたいと思っている。

【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)】

JR千葉駅から徒歩10分ほどのところながら、隣接する護国神社やその向こうに広大な千葉公園と、環境に恵まれており、鉄筋コンクリート3階建ての2, 3階部分で防犯・防災面に優れ、介護に必要な諸設備も整っているホームです。
入浴は全員一日おきが原則と回数が多い点で優れており、又、「できることを維持しふやす」のホームの理念に従って、ラジオ体操、合唱、天候の許す限り散歩に出る、その他利用者本位の介護に努めている結果、おむつ着用で退院してきた人がおむつ不要となる等、自立へ向けた改善効果を上げています。かかりつけ医は自由に選べますが、毎月2回訪問診療の医師と週3回訪問の看護師との連携による医療体制を整えており、家族の希望により看取りまで行っているの、最後まで安心できるホームです。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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			

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(2階)	外部評価(2階と3階を合わせた全体)	
			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	法人の理念とは別に事業所独自の理念を作成し実践に努めている。	施設内に掲示されている事業所独自の理念は、地域密着型サービスの意義を踏まえながら極簡単に頭に入りやすいものなので、大方の職員は理解し日頃のケアの中で実践に努めています。	
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	利用者様の散歩を日課とし、地域の行事にできるだけ参加している。事業所で地域の方々に向けた講習会を企画し地域に貢献できる施設運営を心掛けている。	地域の敬老会や社協祭り、バザーや出し物のある松波楽市、体操・食事・講習会等のある生き生きサロンなどに参加し、施設の敬老会には地域の高校生ボランティアが吹奏楽で楽しませてくれる等地域交流が進んでいます。	
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	11/18に地域包括支援センターより講師を招き認知症講習会を開催し、地域の皆様に参加して頂いた。また、運営推進会議を開催し民生委員や地域包括センターとの交流を持っている。		
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	会議で運営状況や外部評価の結果報告を行い、意見を頂き次に生かせるよう取り組んでいる。	会議は、地域包括支援センター、民生委員、町内会長、商工会会長、消防団員、居宅ケアマネジャー等の外部メンバー参加の下、ほぼ3か月に1回のペースで開催しており、専門家の立場からの意見を運営の参考にしていきます。	
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	事故報告や事故予防等安全管理について相談や指導を受けている。	千葉県は施設の数も多いので、直接担当者と緊密な関係を築くのは困難ですが、地域包括支援センターが運営推進会議に出席してくれるので、実情をよく理解してくれており、気軽に相談しアドバイスを受けることが出来る関係を築いています。	
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	身体拘束や虐待についてホーム内で研修を行っている。どのような行為が身体拘束に繋がるのかの話し合いを行っている。玄関の施錠については防犯の意味で実施しているが、入居者様の希望があるときに開錠している。	2、3階を占めるグループホームの階段・エレベーターを降りたところがデイサービスの玄関でもあり、事務所に職員が居るので日中は施錠していません。階段への出口は安全のため施錠していますが、危険なくかつ拘束感を抱かせぬよう職員が見守っています。	身体拘束について全職員が十分に理解しているとまでは言えません。無意識に身体拘束を行ってしまうという事の無いよう周知徹底することが望まれます。
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	事業所で虐待防止マニュアルを作成し、勉強会を行っている。今後、外部研修などに参加し、必要であれば身体拘束防止委員会の作成を考える。		

自己	外部	項目	自己評価(2階)	外部評価(2階と3階を合わせた全体)	
			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
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、成年後見制度を利用している入居者様がいらっしゃる。今後も必要と思われる入居者様がいた場合は関係者と話し合い活用できるよう支援していく。		
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	契約前と契約時に実際の介護や事故等の例をあげて説明と理解を求め、契約内容についてはすべて読み合わせと疑問に答えている。入居後の変更に関しては更新の書類を作成し同意を頂いている。		
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	入居者様の訴えやご家族様のご意見を傾聴している。また、苦情相談窓口や玄関に意見箱を設置し、直接言いにくいことなども意見できるようにしている。	利用者については日頃のケアの中で、家族については意見箱等の形は整えているのですが実際に利用されることはないので、運営推進会議や、面会のための来訪時、電話連絡時等に意見を聞くように努めています。	
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、経営者が会議に参加し法人の経営方針や理念を自ら伝え、職員の意見や提案を直接経営者に伝える場として活用している。	経営者の参加する全体会議に引き続いて行われるケア会議が、ケアに関する様々な問題について職員が率直に意見を交わし合う場となっています。職員は遠慮なく話し合える、働きやすい職場であると話しています。	
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	代表者は年に2回の人事考査の結果を踏まえ、必要に応じて個別にカウンセリングを行っている。また毎月事業所で会議を開き、直接職員と顔を合わせ意見交換できる機会を持っている。		
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	法人内外の研修を受ける機会を設けて、研修の参加者は、その後ケア会議などで勉強会を行い他の職員に還元している。		
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	千葉市のグループホーム連絡会に加盟し、研修に参加する機会を設けている。その際に職員同士での意見交換をしている。		

自己	外部	項目	自己評価(2階)	外部評価(2階と3階を合わせた全体)	
			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
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	相談を受けた段階から、ご家族様とご本人に適した面談方法を相談し、ご本人の困っていることなどを言いやすい環境づくりを心掛け、信頼して頂けるように努力している。		
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	入居後の不安などを入居前より聞き取りを行い、安心して頂けるような関係作りを心掛けている。入居後はこまめにご本人の様子を電話などでお知らせし、いつでも面会して頂けるようにしている。		
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	ご本人 ご家族から話を聞くとともに全ケアマネより情報を収集している。入居後、ご本人の行動を観察し、出来ること出来ないことの見極めを行い、ご本人の意向に沿った支援を心掛けている。		
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	ご本人のできる家事などを手伝って頂きながら、一緒に生活している仲間としての関係作りを心掛けている。		
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	受診など必要な時にはご協力をお願いしている。また、家族会を開催し一緒に入居者を支える関係が作れるよう努力している。		
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	面会時間は一応設定しているが、柔軟に対応し馴染みの方にいつでも来ていただけるようにしており、入居前の関係を継続できるような支援している。	面会は家族はもちろん、たまに孫やひ孫も一緒に来て、利用者の楽しみになっています。家族と法事やお墓参りに出かける人、近所に住んでいた友人が訪ねて来て歓談していく人、入居前からの美容院に行く人等、様々なケースをスムーズに行くよう支援しています。	
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	常にフロアーに職員がいることをマニュアルにし、入居様同士の交流を見守り、トラブルにならないように職員が間に入っている。		

自己	外部	項目	自己評価(2階)	外部評価(2階と3階を合わせた全体)	
			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
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	退去後も必要に応じて相談を受け付けるなど、柔軟に対応している。		
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	認知症の状態にある方はご本人の意向を言葉で伝えられない方が多いので、その方の行動 表情などで意向を把握できるよう日頃から接しており、その方の意向に沿った支援ができるよう心掛けている。	コミュニケーションの取れる利用者は、「散歩に行きたい」という希望が多く、利用者ニーズに応じています。雨天の場合は歌を歌う等、工夫をしています。意向の把握が困難な人でも、普段の行動パターンから把握し利用者本位の支援に努めています。	
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	入居時にご本人 ご家族 前ケアマネよりお話を伺い、入居後も随時ご本人やご家族からお話を伺う機会を設けている。		
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	入居者様の生活の様子を記録に残し、ケアプラン作成のために利用している。		
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	日頃の記録を参考にし、必要に応じてご本人 ご家族に参加して頂き担当者会議を開催し、現状に即したケアプランを作成している。	介護計画は本人や家族の意向を尊重し、計画作成者を中心に必要があれば訪問看護師に入って貰い、職員全体で作成しています。モニタリングを3か月に一度行い半年に1回の計画見直しに活かしています。また体調変化時や介護認定の更新時等に、随時見直しを行っています。	
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	日々の記録に気づきや工夫を記入し、職員間で情報を共有し、モニタリングにより反映させ計画の見直しを行っている。		
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	ご本人やご家族のニーズに沿い、デイサービスや訪問マッサージなど施設にはないサービスを希望された場合は、必要な連絡を行い利用して頂いている。		

自己	外部	項目	自己評価(2階)	外部評価(2階と3階を合わせた全体)	
			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
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	地域で開催される敬老会などのイベントにできるだけ参加して頂き、散歩を日課にし地域住民と交流する機会を設けており、地域に向け認知症講習会を開催し、入居者様が安全に地域で生活できるよう支援している。		
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	ご本人やご家族様が希望される医療機関を利用して頂き、すべての医療機関にその時の入居者様の状態をお知らせし適切な医療が受けられるように支援している。	内科・皮膚科の訪問診療医師が月に2回来訪していますが、入居前のかかりつけ医を利用している人が数人あり、家族が対応しています。訪問看護師が週3回来訪し利用者の健康管理・維持に努めており、訪問歯科医が週1回来訪し、口腔ケアや義歯の調整などを行っています。	
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	週に3回訪問看護師が来訪し、その際に入居者様の状態を報告し、健康状態の把握を行っている。		
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。	入居者様に入院が必要となったときは、主治医に紹介状を書いていただき入院先に入居者様の状態がわかるようにし、入院中は適宜お見舞いし、退院決定後は必ず病院に行き入居者様の状態を確認するとともに看護サマリーにて情報を得ている。		
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	入居時にホームにてできることの説明を行い、重度化した場合は主治医や訪問看護と連携し、出来る限りご本人 ご家族の意向に沿った支援ができるよう心掛けている。	入居時に「重度化対応・終末期ケア対応指針について」の同意書を家族と交わしています。更に終末期を迎えた時点で医師を交えて話し合い、出来るだけ本人や家族の意向に添った支援を行うよう心がけており、希望により看取りを行って家族に感謝されています。	
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	定期的に事故対応の研修を行い、応急処置マニュアル 緊急時マニュアルを作成し全職員がわかりやすいところに掲示し、いざというときにスムーズに行動できるようにしている。		
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	年に2回消防立ち合いの訓練をユニットごとに行っている。運営推進会議でも地域の災害対策やホームの役割について話し合いを行っている。非常食は、入居者様に3日分購入して頂きホームにある食糧と合わせ5日程度常備している。	防火・避難訓練の実施、スプリンクラーの設置等法令で求められた対策はもれなく実施しており、防災マニュアルも作成しました。	災害について、いろいろなケースについての対応策を全職員と、また、運営推進会議のメンバーを通じて地域との協力体制について話し合っておく事、および備蓄品の見直し・充実を続けることが望まれます。

自己	外部	項目	自己評価(2階)	外部評価(2階と3階を合わせた全体)	
			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	その方の尊厳を損なわない対応を指導し、排泄介助の際はドアを閉め、居室に入室するときはご本人に確認するなどプライバシーの確保に努めている。	年1回 全体会議で研修を行っています。利用者には、基本的には苗字に「さん」付けで呼んでいますが、慣れ慣れしすぎる対応をしている職員に対しては、都度注意をしています。排泄誘導には、周りの利用者に気づかれないような配慮をしています。	ホームに「接遇マニュアル」が作成されているのでその内容に基づいて具体的な事例について内部研修を実施する事が期待されます。外部研修にも積極的に参加し支援の更なるレベルアップが望まれます。
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	職員は言葉で表現できない入居者様の思いや希望が把握ができるようにコミュニケーション能力の向上に努める必要がある。自己決定できるように働きかける必要がある。		
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	毎朝のラジオ体操や清掃など習慣として行っていることはあるが、その他の決まりごとは作らず、その日の入居者様のペースに合わせ出勤した職員間で話し合いを行い希望に沿って支援している。		
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	その日の服装など可能な限りご自分で選んで頂き、鏡の前で洗顔や整容を本人の能力に応じて行えるよう支援している。		
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	入居者様の能力に合わせて、準備や片付けの手伝いを行ってもらうようにしている。	食材は、カロリー計算や栄養のバランスが考慮された品が業者から届き、調理方法が記載された内容を見ながら、副菜は柔らかめに調理しています。必要に応じて刻み食を提供し、同じ人でも体調の悪い時は、お粥やミキサー食にする配慮をしています。本部からの手配で、居酒屋イベントや、そば職人によるそば打ちの実演など、職を楽しめるユニークな機会を提供しています。	
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	食事摂取量については全入居者様記録し把握に努めている。水分については必要に応じ記録を行っている。10時と15時にお茶の時間を設定し、その他ご希望時にお好きなものを提供している。		
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	入居前の習慣もあるので、ご本人に合わせた支援を行っている。必要に応じ訪問歯科やかかりつけ歯科への受診介助を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価(2階)	外部評価(2階と3階を合わせた全体)	
			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
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	排泄表を作成しご本人の排泄パターンの把握に努め、能力に合わせた支援を行っている。必要に応じポータブルトイレなどを活用し、可能な限りトイレでの排泄ができるように支援している。	日中はリハビリパンツの人が殆どです。夜間でもなるべくオムツにせず、トイレに誘導し自立支援に努めています。退院時にオムツだった人が、トイレ誘導により徐々に感覚を取り戻し、約1か月でリハビリパンツに戻ったケースもあります。	
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	バランスの良い食事や水分摂取により予防を心掛けている。必要に応じ医師と相談し排便コントロールを行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴可能時間は毎日10時ころから16時ころに設定しているが、入居者様のその日の過ごし方に合わせご本人に確認しながら入浴して頂いている。今後併設しているデイサービスの機械浴の使用を検討し車椅子の方もゆったりと入浴できるようにしたいと思っている。	基本的に2日に1回の入浴支援を行っています。入浴拒否の強い人には時間をずらしたり、別の職員に声かけして貰う等の工夫をしています。しょうぶ湯やゆず湯などで季節感を楽しめる入浴支援をしています。	
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	入居者様の1日の過ごし方はその方に合わせ支援している。必要に応じ日中の臥床時間を設置し、昼夜逆転の予防に努めている。毎日夜間の様子を記録に残し、必要に応じ医師に相談を行っている。		
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	服薬管理は職員が行っており、入居者様の薬の情報は全職員閲覧できるようにしている。内服薬に変更があった場合は申し送りにより情報を共有し経過を観察している。		
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	ご本人の希望や能力に合わせ買い物の支援を行っている。散歩やレクリエーションで気分転換をしていただき、その日のご本人の状態に合わせて家事を手伝って頂いている。今後、趣味を楽しんで頂けるよう支援していきたい。		
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	現在お一人の入居者様が自由に外出を行っている。その方以外は職員やご家族様が同行し外出して頂いている。	季節のよい時期にはほぼ毎日、約1時間散歩に出かけています。職員と一緒に徒歩でおやつや雑貨を購入に出かける人もあります。初詣は隣の護国神社へ、お花見や菖蒲、藤やはす、紅葉などは神社の先の千葉公園に散歩も兼ねて出かけ、外出を楽しめる環境に恵まれたホームです。	

自己	外部	項目	自己評価(2階)	外部評価(2階と3階を合わせた全体)	
			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
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	基本的に金銭管理は施設で行っているが、入居者様の能力に合わせ自己管理している入居者様もいる。買い物に職員が同行しご自身で選んだ品物をご自身で支払って頂いている。		
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	携帯電話をしている入居者様もおり、必要に応じ施設の電話を使用して頂いている。その方の希望に合わせ支援している。		
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	リビングは陽当たりもよくゆったりとした共有スペースであり、季節に合わせ室温管理を行い快適に過ごせるようにしている。壁には季節に合わせた入居者様の作品を掲示している。	階段、廊下、トイレ、等の共用の空間はゆったりしていますが、リビング兼食堂は特に明るく広くてゆったりしています。「綺麗に掃除され臭いが無いことに驚いた」との別の施設から来た職員の話が、実情をよく表しています。調理場との仕切りが無いので、調理の音や匂いで生活感もあります。	
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	リビングには大きさの違うテーブルがあり、テレビの前にソファを用意している。食事の時の席は決まっているがその時に応じてお好きなところで過ごして頂くようにしている。居室はリビングに面しているため気軽にお一人の時間を過ごせている。		
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	家具やベットなどは自宅で使い慣れたものを持参してもらい、出来る限りご本人の希望に応じて配置して頂いている。必要に応じて衣替えなどを行い快適に過ごせるよう支援している。	居室はクローゼットが備え付けなので、整理の行き届いた部屋が多く、使い慣れたベッド、レンタルベッド、ベッドの他に置き敷き畳を敷く等それぞれ思い思いの部屋作りが行われています。	
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	建物内部はバリアフリーになっており、安全に生活して頂けるようになってきている。居室にネームプレートやトイレがわかりやすいように示し、混乱なく生活できるよう支援している。		

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	1270101569		
法人名	レビーケア株式会社		
事業所名	レビー・グループホーム白雲館(3階)		
所在地	千葉市中央区弁天3-17-2		
自己評価作成日	平成29年12月22日	評価結果市町村受理日	平成30年2月20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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/12/index.php
----------	---

【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 日本高齢者介護協会
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602
訪問調査日	平成30年1月31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)】

認知症による周辺症状を最大限に軽減し穏やかに生活して頂けることを目指している。その方の能力に応じた家事などを手伝って頂きながら、近隣の千葉公園や護国神社に散歩に行くことを日課にすることで残存能力の維持に努めている。毎朝バイタル測定を行い、訪問看護を導入し主治医との連携を密にすることで健康管理を行っている。千葉駅周辺だが自然に恵まれており、季節を感じて頂きながら生活して頂ける環境である。入居者様に地域の行事などに参加して頂き、事業所で地域の皆様にもむけた講習会などを企画しながら地域に根差した事業所でありたいと思っている。

【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)】

JR千葉駅から徒歩10分ほどのところながら、隣接する護国神社やその向こうに広大な千葉公園と、環境に恵まれており、鉄筋コンクリート3階建ての2, 3階部分で防犯・防災面に優れ、介護に必要な諸設備も整っているホームです。
入浴は全員一日おきが原則と回数が多い点で優れており、又、「できることを維持しふやす」のホームの理念に従って、ラジオ体操、合唱、天候の許す限り散歩に出る、その他利用者本位の介護に努めている結果、おむつ着用で退院してきた人がおむつ不要となる等、自立へ向けた改善効果を上げています。かかりつけ医は自由に選べますが、毎月2回訪問診療の医師と週3回訪問の看護師との連携による医療体制を整えており、家族の希望により看取りまで行っているの、最後まで安心できるホームです。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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			

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 (3階)	外部評価 (2階と3階合わせた全体)	
			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	法人の理念とは別に事業所独自の理念を作成し実践に努めている。	施設内に掲示されている事業所独自の理念は、地域密着型サービスの意義を踏まえながら極簡単に頭に入りやすいものなので、大方の職員は理解し日頃のケアの中で実践に努めています。	
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	利用者様の散歩を日課とし、地域の行事にできるだけ参加している。事業所で地域の方々に向けた講習会を企画し地域に貢献できる施設運営を心掛けている。	地域の敬老会や社協祭り、バザーや出し物のある松波楽市、体操・食事・講習会等のある生き生きサロンなどに参加し、施設の敬老会には地域の高校生ボランティアが吹奏楽で楽しませてくれる等地域交流が進んでいます。	
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	11/18に地域包括支援センターより講師を招き認知症講習会を開催し、地域の皆様に参加して頂いた。また、運営推進会議を開催し民生委員や地域包括センターとの交流を持っている。		
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	会議で運営状況や外部評価の結果報告を行い、意見を頂き次に生かせるよう取り組んでいる。	会議は、地域包括支援センター、民生委員、町内会長、商工会会長、消防団員、居宅ケアマネジャー等の外部メンバー参加の下、ほぼ3か月に1回のペースで開催しており、専門家の立場からの意見を運営の参考にしていきます。	
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	事故報告や事故予防等安全管理について相談や指導を受けている。	千葉県は施設の数も多いので、直接担当者と緊密な関係を築くのは困難ですが、地域包括支援センターが運営推進会議に出席してくれるので、実情をよく理解してくれており、気軽に相談しアドバイスを受けることが出来る関係を築いています。	
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	身体拘束や虐待についてホーム内で研修を行っている。どのような行為が身体拘束に繋がるのかの話し合いを行っている。玄関の施錠については防犯の意味で実施しているが、入居者様の希望があるときに開錠している。	2、3階を占めるグループホームの階段・エレベーターを降りたところがデイサービスの玄関でもあり、事務所に職員が居るので日中は施錠していません。階段への出口は安全のため施錠していますが、危険なくかつ拘束感を抱かせぬよう職員が見守っています。	身体拘束について全職員が十分に理解しているとまでは言えません。無意識に身体拘束を行ってしまうという事の無いよう周知徹底することが望まれます。
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	事業所で虐待防止マニュアルを作成し、勉強会を行っている。今後、外部研修などに参加し、必要であれば身体拘束防止委員会の作成を考える。		

自己	外部	項目	自己評価（3階）	外部評価（2階と3階合わせた全体）	
			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
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、成年後見制度を利用している入居者様がいっぱい。今後も必要と思われる入居者様がいた場合は関係者と話し合い活用できるよう支援していく。		
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	契約前と契約時に実際の介護や事故等の例をあげて説明と理解を求め、契約内容についてはすべて読み合わせと疑問に答えている。入居後の変更に関しては更新の書類を作成し同意を頂いている。		
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	入居者様の訴えやご家族様のご意見を傾聴している。また、苦情相談窓口や玄関に意見箱を設置し、直接言いにくいことなども意見できるようにしている。	利用者については日頃のケアの中で、家族については意見箱等の形は整えているのですが実際に利用されることはないので、運営推進会議や、面会のための来訪時、電話連絡時等に意見を聞くように努めています。	
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、経営者が会議に参加し法人の経営方針や理念を自ら伝え、職員の意見や提案を直接経営者に伝える場として活用している。	経営者の参加する全体会議に引き続いて行われるケア会議が、ケアに関する様々な問題について職員が率直に意見を交わし合う場となっています。職員は遠慮なく話し合える、働きやすい職場であると話しています。	
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	代表者は年に2回の人事考査の結果を踏まえ、必要に応じて個別にカウンセリングを行っている。また毎月事業所で会議を開き、直接職員と顔を合わせ意見交換できる機会を持っている。		
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	法人内外の研修を受ける機会を設けて、研修の参加者は、その後ケア会議などで勉強会を行い他の職員に還元している。		
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	千葉市のグループホーム連絡会に加盟し、研修に参加する機会を設けている。その際に職員同士での意見交換をしている。		

自己	外部	項目	自己評価（3階）	外部評価（2階と3階合わせた全体）	
			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
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	相談を受けた段階から、ご家族様とご本人に適した面談方法を相談し、ご本人の困っていることなどを言いやすい環境づくりを心掛け、信頼して頂けるように努力している。		
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	入居後の不安などを入居前より聞き取りを行い、安心して頂けるような関係作りを心掛けている。入居後はこまめにご本人の様子を電話などでお知らせし、いつでも面会して頂けるようにしている。		
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	ご本人 ご家族から話を聞くとともに全ケアマネより情報を収集している。入居後、ご本人の行動を観察し、出来ること出来ないことの見極めを行い、ご本人の意向に沿った支援を心掛けている。		
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	ご本人のできる家事などを手伝って頂きながら、一緒に生活している仲間としての関係作りを心掛けている。		
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	受診など必要な時にはご協力をお願いしている。また、家族会を開催し一緒に入居者を支える関係が作れるよう努力している。		
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	面会時間は一応設定しているが、柔軟に対応し馴染みの方にいつでも来ていただけるようにしており、入居前の関係を継続できるよう支援している。	面会は家族はもちろん、たまに孫やひ孫も一緒に来て、利用者の楽しみになっています。家族と法事やお墓参りに出かける人、近所に住んでいた友人が訪ねて来て歓談していく人、入居前からの美容院に行く人等、様々なケースをスムーズに行くよう支援しています。	
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	常にフロアーに職員がいることをマニュアルにし、入居様同士の交流を見守り、トラブルにならないように職員が間に入っている。		

自己	外部	項目	自己評価（3階）	外部評価（2階と3階合わせた全体）	
			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
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	退去後も必要に応じて相談を受け付けるなど、柔軟に対応している。		
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	認知症の状態にある方はご本人の意向を言葉で伝えられない方が多いので、その方の行動 表情などで意向を把握できるよう日頃から接しており、その方の意向に沿った支援ができるよう心掛けている。	コミュニケーションの取れる利用者は、「散歩に行きたい」という希望が多く、利用者ニーズに応じています。雨天の場合は歌を歌う等、工夫をしています。意向の把握が困難な人でも、普段の行動パターンから把握し利用者本位の支援に努めています。	
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	入居時にご本人 ご家族 前ケアマネよりお話を伺い、入居後も随時ご本人やご家族からお話を伺う機会を設けている。		
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	入居者様の生活の様子を記録に残し、ケアプラン作成のために利用している。		
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	日頃の記録を参考にし、必要に応じてご本人 ご家族に参加して頂き担当者会議を開催し、現状に即したケアプランを作成している。	介護計画は本人や家族の意向を尊重し、計画作成者を中心に必要があれば訪問看護師に入って貰い、職員全体で作成しています。モニタリングを3か月に一度行い半年に1回の計画見直しに活かしています。また体調変化時や介護認定の更新時等に、随時見直しを行っています。	
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	日々の記録に気づきや工夫を記入し、職員間で情報を共有し、モニタリングにより反映させ計画の見直しを行っている。		
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	ご本人やご家族のニーズに沿い、デイサービスや訪問マッサージなど施設にはないサービスを希望された場合は、必要な連絡を行い利用して頂いている。		

自己	外部	項目	自己評価（3階）	外部評価（2階と3階合わせた全体）	
			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
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	地域で開催される敬老会などのイベントにできるだけ参加して頂き、地域に向け認知症講習会を開催し、入居者が安全に地域で生活できるよう支援している。車椅子を使用している方が多いので散歩があまり行えていないが、今後はできるだけ実施したいと思う。		
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	ご本人やご家族様が希望される医療機関を利用して頂き、すべての医療機関にその時の入居者様の状態をお知らせし適切な医療が受けられるように支援している。	内科・皮膚科の訪問診療医師が月に2回来訪していますが、入居前のかかりつけ医を利用している人が数人あり、家族が対応しています。訪問看護師が週3回来訪し利用者の健康管理・維持に努めており、訪問歯科医が週1回来訪し、口腔ケアや義歯の調整などを行っています。	
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	週に3回訪問看護師が来訪し、その際に入居者様の状態を報告し、健康状態の把握を行っている。		
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。	入居者様に入院が必要となったときは、主治医に紹介状を書いていただき入院先に入居者様の状態がわかるようにし、入院中は適宜お見舞いし、退院決定後は必ず病院に行き入居者様の状態を確認するとともに看護サマリーにて情報を得ている。		
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	入居時にホームにてできることの説明を行い、重度化した場合は主治医や訪問看護と連携し、出来る限りご本人、ご家族の意向に沿った支援ができるよう心掛けている。	入居時に「重度化対応・終末期ケア対応指針について」の同意書を家族と交わしています。更に終末期を迎えた時点で医師を交えて話し合い、出来るだけ本人や家族の意向に添った支援を行うよう心がけており、希望により看取りを行って家族に感謝されています。	
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	定期的に事故対応の研修を行い、応急処置マニュアル 緊急時マニュアルを作成し全職員がわかりやすいところに掲示し、いざというときにスムーズに行動できるようにしている。		
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	年に2回消防立ち合いの訓練をユニットごとに行っている。運営推進会議でも地域の災害対策やホームの役割について話し合いを行っている。非常食は、入居者様に3日分購入して頂きホームにある食糧と合わせ5日程度常備している。	防火・避難訓練の実施、スプリンクラーの設置等法令で求められた対策はもれなく実施しており、防災マニュアルも作成しました。	災害について、いろいろなケースについての対応策を全職員と、また、運営推進会議のメンバーを通じて地域との協力体制について話し合っておく事、および備蓄品の見直し・充実を続けることが望まれます。

自己	外部	項目	自己評価（3階）	外部評価（2階と3階合わせた全体）	
			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	その方の尊厳を損なわない対応を指導し、排泄介助の際はドアを閉め、居室に入室するときはご本人に確認するなどプライバシーの確保に努めている。	年1回 全体会議で研修を行っています。利用者には、基本的には苗字に「さん」付けで呼んでいますが、慣れ慣れしすぎる対応をしている職員に対しては、都度注意をしています。排泄誘導には、周りの利用者に気づかれないような配慮をしています。	ホームに「接遇マニュアル」が作成されているのでその内容に基づいて具体的な事例について内部研修を実施する事が期待されます。外部研修にも積極的に参加し支援の更なるレベルアップが望まれます。
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	職員は言葉で表現できない入居者様の思いや希望が把握ができるようにコミュニケーション能力の向上に努める必要がある。自己決定できるように働きかける必要がある。		
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	毎朝のラジオ体操や清掃など習慣として行っていることはあるが、その他の決まりごととは作らず、その日の入居者様のペースに合わせ出勤した職員間で話し合いを行い希望に沿って支援している。		
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	その日の服装など可能な限りご自分で選んで頂き、鏡の前で洗顔や整容を本人の能力に応じて行えるよう支援している。		
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	3階はほとんど職員が準備片づけを行っている。お盆拭きやおしぼりの準備など簡単な作業を手伝って頂くことがある。	食材は、カロリー計算や栄養のバランスが考慮された品が業者から届き、調理方法が記載された内容を見ながら、副菜は柔らかめに調理しています。必要に応じて刻み食を提供し、同じ人でも体調の悪い時は、お粥やミキサー食にする配慮をしています。本部からの手配で、居酒屋イベントや、そば職人によるそば打ちの実演など、職を楽しめるユニークな機会を提供しています。	
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	食事摂取量については全入居者様記録し把握に努めている。水分については必要に応じ記録を行っている。10時と15時にお茶の時間を設定し、その他ご希望時にお好きなものを提供している。		
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に、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	入居前の習慣もあるので、ご本人に合わせた支援を行っている。必要に応じ訪問歯科やかかりつけ歯科への受診介助を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価（3階）	外部評価（2階と3階合わせた全体）	
			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
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	排泄表を作成しご本人の排泄パターンの把握に努め、能力に合わせた支援を行っている。必要に応じポータブルトイレなどを活用し、可能な限りトイレでの排泄ができるように支援している。	日中はリハビリパンツの人が殆どです。夜間でもなるべくオムツにせず、トイレに誘導し自立支援に努めています。退院時にオムツだった人が、トイレ誘導により徐々に感覚を取り戻し、約1か月でリハビリパンツに戻ったケースもあります。	
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	バランスの良い食事や水分摂取により予防を心掛けている。必要に応じ医師と相談し排便コントロールを行っている。		
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	入浴可能時間は毎日10時ころから16時ころに設定しているが、入居者様のその日の過ごし方に合わせご本人に確認しながら入浴して頂いている。今後併設しているデイサービスの機械浴の使用を検討し車椅子の方もゆったりと入浴できるようにしたいと思っている。	基本的に2日に1回の入浴支援を行っています。入浴拒否の強い人には時間をずらしたり、別の職員に声かけして貰う等の工夫をしています。しょうぶ湯やゆず湯などで季節感を楽しめる入浴支援をしています。	
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	入居者様の1日の過ごし方はその方に合わせ支援している。必要に応じ日中の臥床時間を設置し、昼夜逆転の予防に努めている。毎日夜間の様子を記録に残し、必要に応じ医師に相談を行っている。		
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	服薬管理は職員が行っており、入居者様の薬の情報は全職員閲覧できるようにしている。内服薬に変更があった場合は申し送りにより情報を共有し経過を観察している。		
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	ご本人の希望や能力に合わせ買い物の支援を行っている。散歩やレクリエーションで気分転換をしていただき、その日のご本人の状態に合わせ家事を手伝って頂いている。今後、趣味を楽しんで頂けるよう支援していきたい。		
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	車椅子を使用している方が多いので、すべての希望に沿うことはなかなかできませんが、ご家族などに協力して頂いて出来る限る希望に沿うように努力している。	季節のよい時期にはほぼ毎日、約1時間散歩に出かけています。職員と一緒に徒歩でおやつや雑貨を購入に出かける人もあります。初詣は隣の護国神社へ、お花見や菖蒲、藤やはす、紅葉などは神社の先の千葉公園に散歩も兼ねて出かけ、外出を楽しめる環境に恵まれたホームです。	

自己	外部	項目	自己評価（3階）	外部評価（2階と3階合わせた全体）	
			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
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	基本的に金銭管理は施設で行っているが、入居者様の能力に合わせ自己管理している入居者様もいる。買い物に職員が同行しご自身で選んだ品物をご自身で支払って頂いている。		
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	携帯電話をしている入居者様もおり、必要に応じ施設の電話を使用して頂いている。その方の希望に合わせ支援している。		
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	リビングは陽当たりもよくゆったりとした共有スペースであり、季節に合わせ室温管理を行い快適に過ごせるようにしている。壁には季節に合わせた入居者様の作品を掲示している。	階段、廊下、トイレ、等の共用の空間はゆったりしていますが、リビング兼食堂は特に明るく広くてゆったりしています。「綺麗に掃除され臭いが無いことに驚いた」との別の施設から来た職員の話が、実情をよく表しています。調理場との仕切りが無いので、調理の音や匂いで生活感もあります。	
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	リビングには大きさの違うテーブルがあり、テレビの前にソファを用意している。食事の時の席は決まっているがその時の応じてお好きなところで過ごして頂くようにしている。居室はリビングに面しているため気軽にお一人の時間を過ごせている。		
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	家具やベットなどは自宅で使い慣れたものを持参してもらい、出来る限りご本人の希望に応じて配置して頂いている。必要に応じて衣替えなど行い快適に過ごせるよう支援している。	居室はクローゼットが備え付けなので、整理の行き届いた部屋が多く、使い慣れたベッド、レンタルベッド、ベッドの他に置き敷き畳を敷く等それぞれ思い思いの部屋作りが行われています。	
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	建物内部はバリアフリーになっており、安全に生活して頂けるようになっている。居室にネームプレートやトイレがわかりやすいように示し、混乱なく生活できるよう支援している。		