

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	1298600014		
法人名	株式会社ユーアンドエヌ		
事業所名	グループホームいきいきの家いすみ		
所在地	千葉県いすみ市岬町桑田2538		
自己評価作成日	平成31年2月16日	評価結果市町村受理日	

※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.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NPO共生
所在地	千葉県習志野市東習志野3-11-15
訪問調査日	平成31年2月26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)】

施設周辺は、緑豊かな田園風景が広がり、温暖で過ごしやすい環境にあります。建物はバリアフリーの平屋建て、中庭でミニ菜園をしています。床暖房やスプリンクラー、浴槽にはリフト浴が設置しており、利用者に安心・安全な生活を送って頂けるような造りになっています。開設から12年が経ち、より過ごしやすい環境作りとして、昨年、一部住宅改修を行いました。協力病院が近い事で、往診や訪問看護、リハビリの通院支援も行っています。また、市内にグループ内の介護老人保健施設もあり、連携をとれる環境にあります。「いつまでも”自分らしく”いられる生活」を理念とし、ユマニチュードの実践を心掛け、日々、入居者様の笑顔を引き出せるような支援に努めています。

【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)】

ベテランの管理者の元、統制のとれた運営を行っておられる事業所であるという印象です。「いつまでも”自分らしく”いられる生活」を理念とし、四つの行動指針の下に、ユマニチュードというケアの技法を取り入れ、日々、利用者の笑顔を引き出せるような支援を行う。という事は言葉では言い表せても、実践するには相当強い気持ちが必要です。まさにそれを自ら行動に起こし、職員を引っ張っていくという強いリーダーシップが感じられます。そういった中で、地域社会との連携においても、地元のネットワークを上手に利用して、利用者の地域に対するふれあいの場を積極的に提供されている様子が伺えます。

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、活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	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	「行動指針」に「地域社会と連携」という項目を設けている。理念などを玄関や事務所に掲示し、名札の裏にも書いたものを入れ、いつでも確認でき、意識づけが出来るようにしている。	「いつまでも”自分らしく”いられる生活」をコンセプトに4つの行動指針を浸透させ、玄関や事務所等、目につくところにこれを掲示すると共に、特に職員に対してはカンファレンスのレジュメにも常に印刷し、確認できるようにしている。	
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	運営推進会議には、市役所職員・区長・民生委員・ボランティアの代表など地域の方が参加している。また、地域の社会福祉協議会の委員となり、地区の高齢者と児童のふれあい会にも参加している。また、適宜、近隣へ外出をし、地域の方々と接する機会を設けている。	行動指針に「地域社会との連携」を掲げられており、地域とのつきあいについては、いすみ市社会福祉協議会が行う古沢地区の「高齢者ふれあい会食会」に参加し、交流を深めている。又地元の施設でのイベントや会合にも参加しており、利用者に対する地域とのふれあいを提供している。	
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	施設内の見学や面会は自由であり、実際の生活の様子を見て頂き、理解を深めて頂けるようにしている。また、ご家族様との外出の時には、介助方法などをお伝えしている。今後、職場体験の受入を検討したい。		
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	市役所の協力を得て、半年に1回のペースで土曜日の午後に開催している。ご家族様や地域住民などの参加もあり、毎回、15名前後の参加がある。意見交換をし、会議の感想も個々に頂き、今後の活動の参考にしている。	現在、開催の頻度は半年に1回というサイクルだが、市の職員や地元の区長さん、民生委員の方をはじめ、ボランティア、ご家族、事業所の地主さんまで、多い時は総勢20名くらいの参加を頂き、事業所活動の報告、行政の報告、地主さんからは経営に関する情報等盛りだくさんのメニューで充実した時間を頂いている。	運営推進会議は、千葉県の要請が2ヶ月に1回、年間6回の開催を要求されている事から、もう少しきめ細かい開催が望まれます。こういった活動を通じて更に幅広く地域の中に入り込んで行き、このグループホームをより理解して頂ける様、活動の幅を広げて頂くことを期待いたします。
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に取り組んでいる	不明な事があれば、電話や訪問をして相談をし、助言を頂いている。市役所の窓口には、パンフレットを置かせてもらっている。また、毎月初めに入居状況の報告をしている。	市の職員さんは、運営推進会議には毎回出席して頂いており、事業所の状況報告、高齢者の状況や介護保険の内容等の情報収集、利用者の認定更新の手続き等でこちらから伺うことも多く、多方面で協力して頂いている。	
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	日中、玄関は、施錠をしていない。扉が開いた時に音楽が流れるようにセンサーを設置し、訪問者や無断外出者の早期対応ができるようにしている。法人内の研修やカンファレンスでの話し合いで、身体拘束Oに向けて取り組んでいる。	利用者は自由に外出が可能で職員は見守り役に徹する事が基本であるが、最近あまり徘徊は見られない。一人ひとりが抱える不安や混乱要因を取り除くケアとして、傾聴ボランティアを活用したり、法人の持つ「虐待の芽チェックリスト」の実施により、日頃から、職員の意識向上に取り組んでいる。	
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	法人内の研修や「まごころポスト」(虐待や不適切介護などの早期報告)また、ボディーチェック表を活用し、入居者様の異変の気づきを重要視し、虐待の早期発見に努めている。		

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
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	千葉県の権利擁護身体拘束廃止研修に職員の1/3以上は参加済だが、今年度は参加できていない。今後、外部研修とともに、法人内の研修の参加や施設内研修も進めていきたい。		
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	見学相談の段階から、不明な点がないか？確認をしながら説明をしている。契約時は、時間をかけ口頭で説明し同意を得て、安心して入居ができるように心掛けている。		
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	苦情相談窓口を玄関に掲示し、「意見箱」を設置している。また、ご家族様の面会時には、普段の様子をお話するとともに、何か要望はないか？適宜、確認している。	年に4回広報誌を発行しており、事業所からの情報発信を行うと同時に、利用者ご家族からのご意見を頂く場面も設けている。半年に1回のケアプラン見直し時には、利用状況報告書を添付し、双方向のコミュニケーションを図っている。日常的な相談記録や苦情処理等は、連絡ノートに記述後、苦情処理受付表にも記入後保管している。又、こういった情報は職員には全てオープンにしている。	
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	直接、法人代表に意見を言える「ホットライン制度」や「提案制度」がある。また、不定期だが、管理者と介護職員の、面談をして意見の吸い上げに努めている。	毎月のユニットカンファレンス会議では、職員から活発な意見が多く出る。管理者も出席するのでその場で議論が行われる。年に1～2回は個別面談を実施し、職員個別意見を聴くと同時に、介護技術面でも評価を行い、能力向上に取り組んでいる。	
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	介護評価制度があり、アセッサーが評価をし、OJTにて介護技術の向上に努め、給与に反映する仕組みがある。各年度に個人目標を定め、自己評価をし、その取組む姿勢なども評価の一部としている。保育所や保育費補助制度もある。		
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の力量を把握し、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	アセッサーが各介護職員を評価する「介護技術評価」にて、その職員にあった級を設定し、技術の向上に努める。また「マナビタ」(インターネットを利用した研修)がある。資格支援制度があり、研修や資格をとりやすい環境がある。		
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	地域密着型外房連絡会に加入し、各種の研修や交流会に参加している。また、法人内の管理者やケースワーカー、ケアマネなどの会議に参加し意見交換の場となっている。		

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
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	サービス導入前の、ご本人との面談で、何気ない会話の中から、要望や悩み、希望等の把握に努め、早期に馴染みの関係になれるように心掛けている。		
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	入居相談の段階から、情報収集をし、ご家族様が、今、抱えている不安や要望の把握に努めている。その情報を記録で残し、関わる職員全員が把握し、サービスに活かせるようにしている。		
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	入居相談、見学のあった時に、傾聴し、細かく記録に残している。担当ケアマネがいる時は、協力を得て情報交換をし、ご本人の様子の把握に努める。場合によっては、グループ内の各施設や病院、他施設の紹介も行っている。		
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	無理のない範囲で、家事(洗濯物量みや新聞折りなど)と一緒にしたり、自立支援を基本に出来ないところに手を貸す介助を心掛けている。その方に何か役割を持って頂けるよう支援する。		
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	面会や外出、外泊は自由である。状態の変化などあれば、適宜、電話連絡をしている。また、面会時には、普段の様子をお話し、今後の対応方法などの相談をしている。		
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	入居時にアセスメントの一部で「暮らしのシート」の記入の協力をお願いし、今までの生活歴の把握に努めている。入居後も、ご本人の発した言葉や行動を記録し、職員間で情報共有に務めている。	利用者には、市外の方が1名あるものの、いすみ市の方が殆どであり、地域社会との関わりや、人間関係が閉鎖的にならない様に努めている。年に1回は「夢プラン」として、日常会話やこれまでの生活歴を基に、これらの希望内容を書き出し、利用者一人ひとりに提案を行っている。この提案は、法人でも発表会が有り、審査、表彰が行われる制度となっている。	
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	玄関や事務所を通り、反対側のユニットを行き来でき、他ユニットの入居者様や職員と会ったり、話したりが自由に出来る。普段の会話などから、入居者様同士の関係性を見て、席替えなども検討する。		

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
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	契約終了は、協力病院への入院継続が多い。協力病院でもあり、適宜、面会に行く事が出来る。退居後も、地域でご家族様に会うと挨拶をしたり、連絡を頂く事もある。		
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	普段の様子や会話などを細かく介護記録に記入する事で、職員間で情報を共有し、その方の希望や意向の把握を心掛ける。言葉の出ない方、会話が難しい方は、動きや表情から読み取るように努めている。	入所段階から、ホームでの暮らしが落ち着くまでの間、本人の思いや意向が変化する事があったり、ご家族からの情報と利用者本人の状況にギャップがあったり、様々ではあるが、この期間は常に介護記録を参考に、カンファレンスで検討し、臨機応変な対応を行っている。ケアプランの変更に関しては、面会時に状況報告とともに内容の変更を相談している。	
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	入居時に「暮らしのシート」の記入の協力をお願いし、ご家族様やご本人の意向を確認、入居後も極端に生活が変わらないように努めている。		
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	毎日の様子や状況は介護記録に記入している。毎日、血圧や体温などを計測し、排尿排便、食事摂取量などは健康管理表に記入し、連絡ノートも活用し、全職員がすぐに確認ができるようにしている。		
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	毎月、ユニットカンファレンスをして、入居者様一人一人のADLの変化などのアセスメントをし、その時に抱えてる問題点や介助方法を検討し、介護計画を見直ししている。ご家族様の面会時に普段の様子を報告しながら、希望も確認している。	入居時に頂くアセスメント、その後の介護記録、3か月ごとのモニタリングの情報などを基に、半年に1回介護計画の見直しを行う。その際、ケアマネジャーは、セカンドオピニオンとして作業療法士の意見を反映する事がある。その際、ご家族の意見が全て吸い上げられているとは限らないが、方向としては健康維持でADLを落とさないことを基本に考えている。	
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	介護記録や職員間の連絡ノートを活用し、情報の共有をしている。カンファレンス前には、居室担当を中心に、検討事項を事前に記入し、各自が意見を持って参加することにより、意見交換をし、介護計画に反映をするようにしている。		
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、その時々にも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	ご本人のADLの低下や病状、ご家族様の生活や経済的負担も考慮し、病院や他施設への紹介もしている。現在、入居者様のADL低下や高齢化も懸念され、柔軟な対応が求められていると感じる。		

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
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	地域の広報誌やポスターを利用し、地域のイベントの情報を収集し、可能であれば参加をしたり、グループ内の施設の行事に参加している。また他法人の施設より、納涼祭などのご招待を頂き、参加している。		
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	入居と同時に協力病院に主治医を変更される方も多いが、入居前のかかりつけを継続は自由である。ご家族様が受診に同行される場合は、紙面にて、経過を報告したり、普段のバイタルサイン等の記録を渡し、主治医に報告をお願いしている。	主治医は、同一グループである岬病院にお願いしており、月1回往診に来て頂いている。こちらは内科とリハビリ科が専門で、他科に掛かる場合は、ご家族に健康管理表を渡し、同行をお願いしている。同行困難な場合は、ホームで受診する。又、歯科医については、高輪会グループに、毎週金曜日に訪問歯科の対応をお願いしている。	
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	協力病院から週1回、看護師の訪問がある。普段、介護する中での質問、疑問、報告事項を医療連携連絡書に記入し、看護師より助言をもらい、場合によっては軽微な処置をお願いしている。		
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。	協力病院への入院が多いが、相談員や看護師と密に連絡を取り合い、病状の経過の把握に努め、場合によっては、主治医と直接、話をすることもある。協力病院以外でも、ご家族様の希望でインフォームに同席したり、相談員と連絡を取り合い、早期退院に向けた働きかけをしている。		
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	入居時に「緊急時・終末期の希望」を確認している。重要事項説明書にて、事業所の方針や現状を説明し同意を得ている。その入居者様の状態に応じて、希望の再確認をしている。	すぐお隣が主治医である岬病院であることから、当ホームにはターミナルケアの体制は無い。ご家族には入居時に急変時の対応で希望の病院があればお聞きし、緊急連絡先の確認、救急車内での対応方法等、詳細な確認をさせて頂き、同意を得ている。	
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	救命救急の講習に参加を促しているが、まだ不十分と思われる。施設内外の研修に、全職員が参加でき、実践的な訓練ができる体制を整えていきたい。		
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	消防署立合いの避難訓練の他に、施設内のミニ避難訓練を実施し、訓練を重ねる事で、スムーズな避難の体制を整えていく。今後は、近隣の方やご家族様のご協力をお願いし、一緒に訓練をして行きたいと思う。	年2回、火災想定避難訓練を行っている。近隣の住宅はそれほど多くは無いが、普段からのお付き合いの中で、いざというときには協力を頂くことも可能である。お隣の病院(主治医)や地主さんなどの協力も得ながら、災害時の対応については、普段から話し合っている。地域での防災訓練では、模擬地震を想定した訓練も行われており参加している。	海岸に近い所に位置している施設であることから、非常食料や備品等は、お隣の病院に備えがあるとは言え、事業所内でもそれなりの準備はしておくことが望まれます。

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
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	「スピーチロック」を重要視し、ユマニチュードの実践を心掛ける。その入居者様の生活歴や心身の状態に応じて、言葉掛けを考えていく。また、声掛けが命令口調にならないよう、お伺いの姿勢を心掛けるようにしている。	ユマニチュードといわれるケアの技法は、ケアの対象となる人の「人間らしさ」を常に尊重し続けることから、日常のケアの中では「スピーチロック:言葉による行動制限」が無意識のうちに行われない様に常に意識する訓練が日常的に行われており、これが利用者の人格の尊重とプライバシーの確保につながっている。	
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	自ら何かをお話できる方、発語が少ない方、難聴の方など、その方にあった意思確認を心掛ける。また、行動や表情からも、気持ちを汲み取るように努めている。		
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	大まかな1日の流れは決まっているが、その方に応じて、自由に過ごされてる。居室で臥床される方、テレビを観る方、ホールで日向ぼっこをする方、隣のユニットに遊びに行く方など様々である。		
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	朝や入浴時などの更衣の時は、意思表示が出来る方は、一緒に選ぶようにしている。適宜、外部から理髪に来てくれ、個々に希望を聞いて対応をしている。		
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	要介護度が高くなってきており、一緒に作業を出来る方が少ないのが現状である。可能な方には、食事前のテーブル拭きや食器洗い、調理の一部のお手伝いなど無理のない範囲でお願いしている。今後、短時間でも関われる環境作りに努めたい。	食材は宅配を利用しているが、調理は職員が行う為、利用者の皆さんには、特に役割は決めず、出来る人には無理の無い程度で、お手伝いをお願いしている。行事の日には、特別メニューやお弁当形式で提供するなど、目でも楽しめるように工夫している。	
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	材料やメニューは高齢者向けにカロリー計算された業者を利用している。週4日の昼食は、地元のスーパーなどに買い出しに行き、購入。時期によって、畑で採れた新鮮な野菜も使用する。ご家族様から野菜などを頂く事もある。お粥・刻み・ミキサーなど個々の能力に合った形態で提供をしている。		
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	毎食後に、口腔ケアを実施している。物品の用意や声掛け、誘導、ガーゼを使用して介助する等、個々に対応をしている。感染リスクの高い時期は、お茶を利用し、カテキンうがいを実施している。義歯は夜間、預かり、毎夜、消毒をしている。		

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
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	排泄チェック表をもとに、適宜、声掛けやご本人の様子、行動でトイレに誘導する。尿便意がなくても、立位が可能であればトイレで排泄介助をし、清潔の保持に努める。	日中は100%ではないが、排泄記録表を基に、声掛け、トイレ誘導を行い、排泄介助に努めている。夜間は人手も少ないことでオムツやリハパン、ポータブルトイレなどの利用を行い、センサーを活用した仕組みも導入している。	
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	毎日、体操をしたり、乳飲料を飲んでいる方もいる。排便困難な方は、往診医や看護師に相談をして、薬の処方をお願いする。また、自力排便が困難な方には、腹部マッサージなどをして自然排便が出来るように努めている。		
45	(17) a	○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しまわらずに、個々にそった支援をしている	1週間の大まかな日程は決めているが、その時の体調やご本人の様子で臨機応変に対応している。曜日を自分で決めている方もいる。両ユニットにリフト浴を設置。その日の体調で安全に入浴をすることが出来る。	週2回の入浴を基本としているが、利用者の体調や希望により、対応している。入浴を嫌がる方、拒否される方もあるが、無理強いせず、リフト浴を利用し、シャワーだけでも対応できる設備もある為、リラックスタイムとして、喜ばれている。	
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	日中でも、居室で横になりテレビを観ている方、ホールのソファで横になっている方など、それぞれに居たい空間で過ごされている。		
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	個人ファイルと介護記録に薬の説明書を入れて、職員がいつでも確認でき、把握が出来るようにしている。嚥下状況に応じて、トロミ剤を使用したり、確実に服用したか？飲み込みの確認もしている。		
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	入居時に「暮らしのシート」の記入をご家族様にお願いし、入居前から生活歴等の把握に努めている。入居後もその方が出来る事、したい事を職員間で情報収集し、洗濯物量、新聞折り、数字合わせのゲーム、手芸、お話好きの方など、個々に対応をする。		
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	ご家族様や友人、知人と、食事などに外出される方もいるが、全体的にADLの低下があり、車いす使用者も増え、全員での外出は困難になっている。ボランティアさんやご家族様の協力を得て、いちご狩り等に出かける事もある。また、気候の良い時期は、散歩をし、季節感を味わえるようにする。	個別外出支援が中心となりつつあり、日常的な近所へのお散歩に加え、お花見など、ユニット毎に車に乗ってお連れすることもあるが、マンパワー不足により、満足に対応できていないのが現実である。今後更にボランティアさんなどのご支援を頂けるような体制を検討して行く予定である。屋外には畑もあるが、耕す人手も無く、整備が出来れば、利用者も菜園を楽しむことも出来る。	

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
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	お財布を所持しており、乳飲料の訪問販売を自分で購入している方もいる。また、事務所でお小遣いを預かっており、必要な物品は購入したり、入居者様から、買い物を頼まれる事もある。		
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	携帯電話を所持し、使用している方もいる。また、「連絡をしてほしい」など希望があれば、電話をし、直接話して頂いたり、内容を取り次ぐ事もある。知人や身内からお手紙や年賀状などが届く方もいる。		
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	食事やレクリエーション等をするホールには、季節にあった掲示物や装飾をし、季節感が味わえるようにしている。また、ソファや椅子を置いて、自由に使用できるようになっている。ホールは床暖房が設置しており、冬季は加湿器を使用し、空調管理に努めている。	リビングや玄関ホールには、利用者の作品などが飾られていたり、レクリエーション時の写真などが掲示され、ご家族来訪時には楽しんで頂ける様に工夫されている。今年は空気が乾燥している状態の日が多く、大型加湿器だけでなく、ワセリンや保湿ジェルなどで、お肌のケアにも気遣いを行っている。	
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	ホールには、ソファや椅子を置いて、自由に使用できるようになっている。自ら、陽差しあたりの椅子に座り、外を眺めたり、ソファに横になる方もいる。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時には、可能な範囲で、今まで使用していた物の持参をお願いし、極端に以前の生活と変わらないようにしている。居室に写真などを掲示するなど、協力をしてくれるご家族様もいる。	居室については、ご自宅での馴染みの物を持ち込んで頂くことにしているが、中には、自宅にあったものが何故ここにあるのかという不安を持つ利用者もあり、難しいところもある為、ご家族との話し合いにより注意をいただいている。しかし、唯一、一人でくつろげる場所として、お気に入りのものを置いて頂くことが基本である。	
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	見当識支援として、各居室に表札をつけたり、「便所」「お風呂」など場所が分かりやすくしたり、時計を入居者様の目線に設置している。また、手摺りの使用や夜間、トイレまでの動線に椅子を置いて転倒予防の工夫もしている。		