

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット2階)

事業所番号	2775802206		
法人名	明日香シニアサービス株式会社		
事業所名	グループホーム明日香の里		
所在地	大阪府大阪市平野区加美北4丁目7番10号		
自己評価作成日	平成31年3月25日	評価結果市町村受理日	令和元年5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	令和元年5月14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)】

1、季節に応じたイベントや外出を企画し、単調な生活にならないよう、楽しみを持って暮らすことができるサービスを取り入れている。
2、家族との絆が大切であること、職員にはその絆が途切れないようにする役割があることを常に全員で意識している。また、家族も本人の暮らしを支えるチームの一員と考え、面会時には日頃の様子を丁寧に伝えて情報を共有している。
3、入居者一人ひとりの生活習慣や生活リズムを大切に、その人らしい暮らしを続けていけるよう支援する
4、寝たきりや看取りの段階においても、主体的な生活を送ることができるよう支援する。

【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)】

事業母体の明日香シニアサービス㈱の代表者は、地元の福祉施設充実を目指し平成17年に有料老人ホームを設立後、平成18年3月に当事業所を開設した。“健全な運営、癒しの環境、よりよい介護、わが町の和を共に”を理念とし、利用者の意思決定を大切にされた主体的な生活支援の具現化に、管理者・職員が一体となって取り組んでいる。季節ごとの行事や多彩なイベントを催し、地域行事(加美北まつり・ふれあい喫茶・防災訓練)に参加して、四季折々の楽しみ事や地域の一員としての潤いある生活を支援している。全職員が常勤勤務で、介護の習熟・理解の深化やモチベーションの維持を図り、利用者がホームでの生活者として安心して終の棲家となるよう、利用者・家族・職員の絆を大切にして、日々より良いホームづくりに努めている。
--

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)	<input type="radio"/>	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)	<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広がったり深まり、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)	<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、生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、安心して暮らせている (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

ユニット2階

[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	各フロアに事業所理念を掲げ、全職員が常に共有できるように努めている。新人研修の段階から理念を実践するための運営指針とその具現化についての理解を促し、日々のケアに繋げるよう取り組んでいる。	新人研修の際に、事業所の目指すサービスや地域の関係性を重視した趣旨の理念の説明と理解を図り、各ユニットの目につく所に理念を掲げ、常に意識づけと確認を行い、実践に取り組んでいる。	
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人として日常的に交流している	散歩や買物を通して地域の方々や顔馴染みの関係を築くなど、日常的な交流での繋がりを持てるようにしている。ふれあい喫茶など地域行事へは積極的に参加し、入居者と地域の方々や直接対話できる機会を大切にしている。	日常の散歩や買い物時に地域の人達と挨拶を交わしている。地域の防災訓練への参加や公民館でのふれあい喫茶、小学校での加美北まつりに出掛け、日々の生活での関わりが当たり前となっている。中学生の体験学習を受け入れて、地域の福祉施設としての役割を担っている。	
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	入居に関しての電話問合せや見学者には、認知症の症状について心配ごとなどを気軽に相談できるような対応を心掛けている。また、広報誌を地域の掲示板に掲示させてもらい、事業所内の行事や出来事等々も紹介している。	/	/
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	空室状況や入居者の介護度分布をはじめ、月ごとの活動内容を報告すると共に、その時々に入居者の反応等も具体的に報告している。また、参加者から受けたアドバイスは日々のケアに反映するようにしている。	運営推進会議構成メンバーの参加による会議を年3回、書類提出を3回実施している。事業所の現状・活動・行事・事故報告を行い、参加者から意見・アドバイスを貰っている。しかし、家族の不参加や地域のメンバーの固定化があり、双方向的な意見交換の場となっていない。	取り組み内容や改善策を話し合い、地域の理解を得るための重要な会議の充実に向けて、家族、地域の認知症知見者の参加を要請し、活発な意見交換の場となるよう図ると共に、議事録(参加者氏名の記載など)の整備と閲覧方法の検討を期待する。
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	会議には必ず地域包括支援センターから出席してもらい、様々な情報やサービスに対するアドバイスを受けている。	平野区の保健福祉課と生活指導課に、面談や電話で事業所の現状報告・取り組み内容の説明および書類提出(公的扶助受給者の更新手続きなど)を行い、情報提供したり指導を受けて協働関係を構築している。	

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
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	身体拘束禁止についてのマニュアルを整備し、定期的に内部研修を実施している。1階玄関は日中施錠していないが、安全面を考慮して入居者の外出には職員が同行している。	身体拘束の内容や弊害について、研修・勉強会を通して理解と習熟に努めている。利用者の重度化対応として、家族に説明し同意を得て、センサー（離床・ビーム・マット）を使用している。各ユニット間は施錠しているが、要望や状況に応じて戸外に出て、閉塞感の解消を行っている。	
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	定期的な内部研修を通して職員全員に周知させるようにしている。管理者を含め職員間でお互いの援助方法を話し合い、不適切なケアに対する注意と予防に努めている。		
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	権利擁護についての勉強会を通じて学習する機会を設けている。また、成年後見人制度については利用している入居者もあり、実際の役割についても理解を深めている。		
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	契約時や改定時は説明に十分な時間をかけ、質問や疑問点があれば、納得してもらえるまで話し合っている。入居してからも、本人や家族にケアに対する希望や要望、その他の事柄についても意見等がないかを積極的に尋ねるようにしている。		
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	利用者や家族とは積極的にコミュニケーションをとり、意見や要望を聞くようになっている。寄せられた意見は毎日の申し送りで、介護職員・事務職員・代表者まで全員が意見を把握し、迅速に対応できるようにしている。	家族の訪問が頻繁にあり、訪問時に随時意見や要望を聴取している。家族の絆を大切にしたい関係性を維持するため、出された意見・要望について全体で検討し解決に取り組んでいる。職員の名前と顔が認識しにくいとの意見に、写真と名前を掲示した事例がある。	

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
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	会議やミーティング等で意見を出せる場を設けている。また、管理者はフロアに居る時間を多く持ち、日頃からスタッフの考えや意見の聞き取りをしている。漠然とした意見であっても問題点を明確にし、主任を中心に話し合い改善に向けて話し合っているようにしている。	会議やミーティングで職員の意見を聞く機会があるが、日頃のケアの中で気づき・意見がよく出る。主任が中心となって要望・提案を聞き取って検討し、即実行・具体化に向けて取り組んでいる。冷暖房の空気浄化装置(サーキュレーター)の備品購入の提案などに応えている。	
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	代表者は職員個々の実績や勤務状況を把握している。職員の働きやすい環境を整え、向上心を促進するためにどのような条件を整備すればよいか等、運営会議において話し合っている。		
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	内部研修を通して、知識や技術の自己研鑽を促している。また、希望があれば外部研修についても随時紹介し、スキルアップに繋げる援助を行っている。介護福祉士や介護支援専門員等の資格取得を目指す職員に対してはシフト面でのサポートもしている。		
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	代表者は他事業所との交流を推進している。他事業所との交流において情報交換した内容については、会議やミーティングの場で報告し、職員に伝達している。		
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	入居前の情報収集段階で本人から意向や要望を聞き取っている。また、自分の言葉で詳細に伝えられない方については、生活歴等から本意を読み取り、環境が変わっても安心して暮らすことができるよう努めている。		

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
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	入居前の情報収集段階から家族の意向や要望を聞き取り、特に不安に思う内容に対しては施設として何が出来るかを具体的に説明している。入居後もこまめに状態報告をすることで、家族の不安の解消と、信頼関係づくりに努めている。		
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	本人及び家族と話し合い、提供できるサービスの中で優先順位を決定する。また、時間の経過と共に状態変化に応じて、サービス内容の変更、他のサービスの導入も可能であることを説明している。		
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	入居者は受動的な存在ではなく、能動的な生活の主体者として捉えている。サービスは相互理解の上で成立しており、いつでもお互いを必要とし合える関係づくりに努めている。		
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	家族も本人の暮らしを支えるチームケアの一員として捉え、家族には入居後も本人との絆は切れないことを伝えている。変化する本人の状態について情報を共有し、協力関係が築けるよう努めている。		
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	家族以外でも友人や近隣者、昔の教え子など、本人が大切にしている人達には面会を呼び掛けている。また、電話の取次ぎや年賀状の代筆などを行い、本人の生活の場所が変わってもこれまでの関係が途切れないように支援している。	利用者の以前の友人・知人、かつての教え子の訪問や、親族・家族が訪れ、楽しく語り合うひと時があり、今までの関係性が継続されている。馴染みの美容院や以前の住宅への外出は、家族の協力を得て支援している。	

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
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	利用者の生活歴や嗜好などから相性を見極め、食事時の座席に配慮している。日常の談話にも職員が橋渡しをすることで利用者同士の関りを援助し、お互いに馴染みの関係として意識し合えるよう努めている。		
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	入院や転居によりサービス利用が終了しても、見舞いや面会に行き、継続して支援の必要がないかを問いかけている。また、死亡の場合は、通夜や告別式に参列し、家族との関係が断ち切れないように努めている。		
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	本人はどのように暮らしたいと思っているか、家族はどのように暮らして欲しいと思っているかを確認している。言葉では伝えることが困難な場合は、生活歴や家族からの聞き取りで、より本人本位が実現できるように努めている。	ホームの行動指針にある“一人ひとりの生活習慣や生活リズムを大切にケア”の実践に向け、日常の会話、動作・表情の把握や、話し掛けと聞き取りを行っている。洗濯物の整理や食事の簡単な準備・後片づけを生活の一部として、利用者は自然体関わっている。	
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	本人及び家族から生活歴やこれまでのサービス利用状況を確認している。入居前の利用していたサービスの内容を確認する中で、施設サービスでは何ができるのかを職員間で検討している。		
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	職員は毎日の生活記録や業務日誌を確認し、心身状態の変化やケアの内容の変更等、現状を把握したうえで利用者に関わるように努めている。		

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
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	日々のケアの中で利用者の状態変化に気づいた時は、職員間で情報を共有し、モニタリングや担当者会議によりケアの見直しを行っている。家族にも現状を伝え、意向の再確認をした上で介護計画を確定している。	生活記録・業務日誌を基に、毎月のカンファレンスと3か月毎のモニタリングで現状を把握し、看護師・主治医の所見を計画前に聞いている。サービス担当者会議は計画作成担当者・居室担当者・フロア主任の参加で行い、利用者・家族の意向や要望に即した計画(短期3か月・長期1年)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	24時間表記の生活記録を個別に取り、職員間の情報共有に活用している。日々変化する心身の状態や嗜好についても記録し、介護計画作成の見直しに活かしている。		
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	その時々生まれるニーズに対応できるよう、日頃から様々な情報を収集している。柔軟な支援が実施できるよう職員からのアイデアも募っている。		
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	地域包括支援センターやボランティア等と協働し、地域との交流機会が持てるように努めている。ふれあい喫茶への参加や近隣のコンビニなどを利用し、本人が暮らしを楽しむことが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	本人・家族の意向に沿ってかかりつけ医を決定している。また、ホームの連携医療機関はグループ会社であるため、心身の状態変化や異常発生時にも、24時間相談及び、迅速な対応ができるような関係を築いている。また、心療内科、歯科の往診を受けることも可能な体制にある。	家族協力の下、1名が従来のかかりつけ医に受診している。他の17名は協力医院の内科(月1回)の往診を受け、歯科(週1回)精神内科(月1回)の往診は希望者が受けている。併設の老人ホームの看護師による健康チェックや、主治医の連携体制が構築されている。	

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	看護職員は介護職員からの情報や、個別の健康記録や生活記録の情報から、その時々利用者に適した医療支援を行っている。また、かかりつけ医へ随時報告することにより連携を図っている。		
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	入院時はかかりつけ医により情報提供を行い、介護職員は利用者の心身機能や援助内容等、日常生活に必要な情報を提供している。また、入院時は面会の機会に状態の把握に努め、早期退院に向けて、病院担当者と密に連絡を取るようになっている。		
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	入居時に家族には必ず、可能であれば本人にも重度化や終末期に関する施設の理念と指針を説明している。入居後も病状の進行に応じて都度説明し、意向を確認する場を設けている。本人と家族の意向は職員は全員で共有し、支援できるように取り組んでいる。	入居時に重度化の指針及び看取りの指針文書で説明し、同意書を交わしている。対応指針の理念で“心身の疾病が変化してもホームでの生活を希望する人には対応し得る限界迄生活を支える”とし、身体状況変化時は医師が現状説明を行い、利用者・家族の意向を確認して方針の統一を図っている。	
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	救急対応については定期的に施設内研修を実施している。また、マニュアル化し、いつでも書面で確認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	非常災害時マニュアルを作り、定期的に避難経路・緊急連絡網の確認をしている。また、地域の合同避難訓練には必ず参加し、地域での避難体制を共有することで協力体制を築いている。	併設の老人ホームと合同で年2回、日中想定での防災訓練を実施している。災害対策マニュアル・緊急連絡網・水の備蓄を整備している。しかし、地域の協力の呼び掛けや夜間想定での訓練実施が行われていない。	介護度が高い利用者が多く、2・3階の居住空間を考慮して、あらゆる災害対策として確実な避難誘導・具体的な避難方法を全体で話し合って計画作成し、それを基にした訓練の繰り返しと、備蓄品の充実を期待する。

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
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	職員は入社時のオリエンテーションにおいて【接遇、個人情報保護とプライバシー保護】について講義を受ける。その後もケア中の言葉遣いやプライバシーの確保等の重要性については、主任が中心となって他職員に伝達・指導を続けている。	ホームの行動指針の中にある“利用者の思いを最優先します。権利と尊厳を支えるケアの提供、価値観と人間観に寄り添います”を具現化するため、夫々の人格に配慮し、節度ある声掛けを心掛けている。また排泄・入浴時のドアの開閉や居室入室の声掛けに配慮している。	
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	生活の各場面において本人の思いや希望を確認するようにしている。言葉で上手く表現できない方には、具体的な選択肢を提示して自己決定を促す。また表情やそれまでの様子から思いを汲み取れるように努力している。		
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	起床・就寝時間や入浴時間など、個々の利用者のペースに合わせてサービスを提供できるようにしている。また、個人の希望はその日の体調や気分によって変化することも踏まえ、一人ひとりが自分のペースで過ごせるよう留意している。		
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	衣類や髪形は基本的に利用者が自分で選べるようにしている。しかし、自己決定が困難な利用者の場合は、家族に確認したり、所有している物の中からその方の好みを理解できるように努めている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	配膳や後片付け等は職員と一緒にしている。また、行事として利用者と一緒に食事やおやつ作りをする機会を設けている。	配食業者が半調理した物を、各ユニットの厨房で調理し盛り付けている。職員は見守りと食事介助に徹して、毎食検食を行い、1か月に1度業者とメニュー・味付けなどを検討している。年に8回位イベント食を楽しみ、最近では近隣の寿司店の出前出張の食事を楽しんだ。	

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	毎日の食事と水分摂取量は記録に残し、職員全員が状態を把握できるようにしている。また、咀嚼や嚥下が困難な状態であれば、ソフト・ミキサー形態で提供している。メニュー以外でも本人が食べたいものがあれば、家族に差し入れてもらうなどしている。		
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、個々の状態に合わせた口腔ケアを実施している。必要に応じて歯科往診を受けることができ、治療および、定期的な健診や口腔内清掃を希望する利用者也適時活用している。		
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	生活記録に排泄時間を記載し、個々の排泄パターンが把握できるようにしている。誘導が必要な方の尿便意のサインを言葉以外からでも察知できるよう日々の様子観察を行い、個別の排泄方法を考え実施している。	利用者の半数(9名)がリハビリパンツ・パッド併用とオムツを使用している。トイレでの排泄可能な人には、排泄記録を基に習慣やパターンを把握してトイレ誘導を行っている。夜間は定時の見回り時の声掛けや個々の状態に対応し、オムツ・パット交換を行い、安眠を重視している。	
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	排泄記録から個々の排便リズムを把握し、食事や水分摂取量、睡眠時間などからも便秘の原因を理解するようにしている。一定期間排便の無い場合は腹部の温罨法やマッサージを実施。体操や散歩など個々の状態に合わせた予防策も取り入れている。		
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	入浴日は決めてはいるが、その時の気分や状態に合わせて変更できるようにしている。入浴時間は、当日本人に希望を聞き出来るだけ意向に沿うようにしている。	週2回の入浴が基本で時間帯は希望に応じ、一人ずつ浴槽の湯を替えている。身体機能の低下で浴槽に入ることが困難な人は、家族の了解を得て、足浴とシャワー浴の対応で清潔保持に努めている。ゆず湯・菖蒲湯の季節湯を楽しむこともある。	

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	生活記録と申し送りにより、日々の睡眠状態を具体的に把握し、日中の活動時間や休息時間を調整するようにしている。また夜間照明をはじめ就寝環境に配慮し、一人ひとりが安心して気持ちよく眠れる工夫をしている。		
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	服用している薬の効能や副作用の説明書を個人別にファイルし、必要に応じて看護師から介護職員に指導している。職員は状態変化を都度、看護師に報告し、薬の効果の検証及び調整ができるようにしている。		
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	生活場面やアクティビティにおいて個々の能力が発揮できるよう支援している。嗜好品は食品や新聞など入居者それぞれが希望するものがいつも手に入るように支援している。		
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	散歩を兼ねて嗜好品の買物などで近隣のスーパーに出かけ、季節行事として花見や地域のふれあい喫茶へ出かける機会を設けている。また、外食や墓参りなど、職員では付き添いが困難な場合は家族に協力を求めて実現している。	体調・天候状態に応じて、近隣の公園や周辺の散歩、買い物・ふれあい喫茶に出掛け、地域の人とのふれあいや季節感を感じ取れるよう支援している。以前の住居や墓参りへの外出には家族が同行している。	
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	金銭の持ち込みは原則不可としている。但し、お金を持つことで安心する方や、自分で使うことができる方に関しては、家族に同意を得た上で所持してもらい、必要に応じて使えるように支援している。		

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
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	希望があれば電話は日常的にかけてもらう支援は行っている。手紙に関しても希望があれば代筆も行うが、これまでは年賀状程度のものであった。		
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	玄関や廊下には動線に邪魔になるものを極力置かず、壁には絵画などの装飾品を飾り開放感のある空間であるよう心掛けている。食堂は季節に合わせて温度管理を行い、食事以外でもくつろげる場所になるようにしている。	壁面に掲示版・絵画(風景画)、中学生(体験学習の生徒)の手作りの飾り、過度な装飾にならないよう工夫している。リビングの一角にソファを設置して個別で語れる場所を提供している。廊下・トイレ・浴室などの共用箇所は清掃が行き届いている。	
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	一人ひとりの視界に入るエリアに配慮して椅子やテーブルの配置を変えている。また、二人掛けのソファを置き、気の合う人同士でくつろげるようにしている。		
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	居室には使い慣れた家具などを持ち込んでもらうことで、環境が変わる不安の軽減を図っている。また、家族には本人の愛用品があれば都度持参してもらうよう依頼している。	ベッド・クローゼット・洗面台が設置され、馴染みのタンス・小物・家族写真が持ち込まれ、その人らしい居室となっている。ベッド周辺の空間の配慮や、家具の高さ・配置を考慮し、動線確保をして安全な居室となるよう支援している。	
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	建物内は全てバリアフリーであり、共用空間には手摺を設置している。浴室では個々の身体機能に合わせた福祉用具を使用するなど、安全な環境での自立した生活支援ができるよう工夫している。		