

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	2373100367		
法人名	有限会社野のユリ		
事業所名	グループホーム野のユリⅠ		
所在地	安城市二本木新町3丁目2ー5		
自己評価作成日	平成28年1月8日	評価結果市町村受理日	平成28年5月24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	www.kaigokensaku.jp
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	福祉総合研究所株式会社
所在地	名古屋市東区百人町26 スクエア百人町1F
訪問調査日	平成28 年2 月9 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)】

・野のユリⅠは15年め、野のユリⅡは8年めを迎えました。入居後10年前後の方から1年未満の方々、それぞれの体調や状態にあった介護、支援を心掛けています。大体どの方も月1回以上のご家族や身元引受人の面会があり、ご利用者の様子の報告、連絡、相談を行っています。定期的開催されるギターコンサート、民謡教室(月1回)、書道教室(2月に1回)、ピラティス(週1回)は、皆地域の方々が先生をしてくださっていて、ご利用者様も楽しそうに参加され、交流されています。庭にバラ等の草木、畑があり、季節感を感じられるようにリビングに飾ったり、畑の野菜の世話や収穫、調理、食事を楽しんでいます。建物は住宅であったものを改装して利用しているので、見学やご利用者様から「家庭的だね」というお声をいただきます。犬と猫がおりまして、随時ご利用者様とふれあっていただき、気分転換になっているようです。

【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)】

民家を改築した事業所はその作りからして家庭的であり、職員もまた普通の家族のありようを考えながら手を出しすぎず、見守りと声掛けの支援を心がける中で、利用者それぞれが今でできることを見つけ、行なってもらよう努めている。食卓椅子の背もたれをなくし、体幹を使うことで食事時の姿勢が安定した利用者や、外出したい希望に沿い散歩を続ける中で気持ちが安定した人もいる。事業所の庭や近所の庭、あるいはデンパーク公園の樹木や花を眺めながらの散歩、ドライブを楽しみ、花見では公園にシートを広げお弁当を食べたり、市の七夕まつりに出かけ季節の変化を楽しんでもらっている。事業所で飼っている犬と猫が利用者を和ませる中、飼い猫と共に入居した人もいる。

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、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

〔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	「失われゆく能力を補って、本来の人格を支えます。ご本人にもご家族にもゆとりのある生活を」を理念としている。利用者、家族、ボランティアともに地域の方々であり、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。	理念にある「失われゆく能力を補って」を職員は言葉でも支援でも理解しており、利用者が今何ができるのか、どこに支援が必要かを見極めながら、なるべく手を出しすぎず、声掛けを工夫しながら自分で動いてもらうよう心がけている。		
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	天候の良い日は近所を散歩し行きかう方と挨拶したりお話しする。そのご縁で畑でとれた野菜を下さる方もいる。ギター演奏、書道、民謡、ピラティスの先生は地域の方々で利用者の様子を数年(5年程)に亘って見守っている。	町内会から回覧板で地域の行事などの情報を得ている。日々の散歩で近隣の人たちや、幼稚園バスを待つ親子と挨拶を交わしている。野菜のおすそ分けをもらうこともある。また、ボランティアの訪問を利用者は楽しみにしている。		
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	市の福祉祭りに陶芸や書道の作品を展示、行ける方は家族や職員と見に行く。「こんなに素敵な作品ができるの」という反響とご理解を頂く事がある。市内GH部会としても認知症・グループホームQandAコーナーを設置。認知症やグループホームの理解を深めようとしている。			
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	利用者、家族、民生委員、元民生委員、地域包括支援センター、市役所が参加。報告、相談等を行う。健康、防災、行事、見学対応、利用者理解、地域理解、運営理解に活かされる。市内GH部会の報告をし、意見をもらう場としても活用。	年に6回、地域の人、市役所担当者、地域包括支援センター職員などが参加して開催されている。市内GH部会に事業所として参加しており、内容報告をすると共に、一日の流れがわかりにくいホームの説明を教えて、といった質問ももらっている。		
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に取り組んでいる	市担当者と日頃から連絡を取り事業所の実情や取り組みを伝えている。数か月に1回のグループホーム部会で市内他事業所管理者と市職員と相談を行い大変参考になっている。こまめに市の介護相談員の訪問がありご利用者とも交流。	安城市が統括するグループホーム部会に参加し、市の福祉担当者から運営における指導をもらうこともある。また、介護相談員の定期的な訪問もある。市主催の外部研修に職員が参加している。		
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「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	折に触れ禁止となる具体的な行為について話し防止に心掛けている。建物の構造上やむを得ず施錠するが、必要ない場合は開錠。利用者の意向に配慮し、散歩、外出、家族との面会や外出をして頂いている。施錠を希望する家族もある。	職員にわかる場所に身体拘束の資料をおいて、いつでも確認できるようにしている。事例や外部研修で学んだ内容をもとに職員間で話し合うようにしている。安全のため玄関と風呂に施錠はしているが、家族には了承をとっている。		

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
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	管理者や職員は事業所内での虐待が見逃されることの無いよう注意を払い、防止に努めている。虐待防止の研修に参加する職員もあり、認知症への理解、利用者個々人の理解を深め、職員のコンディション調整にも配慮していきたい。		
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	いつでも資料が読める様マニュアル集にとじてある。この機会に資料を回覧し、意見を交換しあいたい。成年後見制度については利用中の入所者もあり、利用者を支援する範囲内での理解はできている。新入の職員への伝達も行っていきたい。		
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	契約前には、事前の電話相談、見学時のご案内に努め、場合によってはケアマネジャーが自宅を訪問する。契約時は生活の様子をお聞きすることも含めて2時間程度お時間を頂くこともある。改定時にも説明を行い、随時、署名、捺印を頂く。		
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	利用者の意見はご本人から直接、または家族を通して頂く。ご家族の意見は面会時や随時電話で頂くことが多い。管理者、職員間で報告、相談し、運営に反映させている。また市役所、国保連の連絡先を重要事項説明書に記している。	日々の支援の中で利用者の要望は聞いている。家族は最低でも月に一度は訪問しており、ケアマネジャーや職員は話す時間をもっている。退院後の相談や、看取りの時を一緒に過ごしたいなどの要望には、受け入れ態勢を整え対応した。	
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	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。毎日の申し送り時がその機会になることが多い。それ以外にも折に触れて行っている。職員が個々に利用者の様子を観察しており、様々な提案が活かされている。	支援におけるアイディアは職員が直接、あるいは職員同士話し合った後、口頭や申し送りノートでケアマネジャーに伝え、支援につながるものはすぐ、あるいは長期視点が必要であれば介護計画に入れている。随時個人面談も行われている。	
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努力や実績、勤務状況を把握するよう努め、給与水準、労働時間、やりがいなどについて配慮し、職場環境、条件の整備に努めている。随時個別に話し合いも行い、特に体調の悪いときは無理しない様配慮している。		
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	代表者は職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握することに努めている。外部の研修参加をしやすいように助成金を活用する場合もある。自己の能力向上で自然に楽しさややる気が高まり、サービスに活かされることを願っている。		

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
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	同業者との交流は市内グループホーム部会、その他交流会(市外含む)出席で行っている。27年度は安城市グループホーム部会として研修(認知症事例検討会)を2回行い、そこに他業種(医師、看護師、理学療法士、作業療法士、ケアマネージャー、市職員…等)が参加。これまでの交流が活かされ展開された形となった。		
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。場合によってはケアマネージャーが自宅に会いに行き本人とのラポールを取るよう努める。		
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	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。電話でも見学でも、担当ケアマネージャーからの相談でも、どこにご家族の意図があるかに注意して対応している。		
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	サービス導入段階の「その時」必要としている支援について、当事者に相談は勿論だが、既に担当されている方々(ケアマネ、地域包括、市役所、施設や病院のケースワーカー)がアイディアを持っていることが多く相談しながら進めている。		
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	利用者一人ひとりの状態を見極めサポートをさせて頂く。介助者が学んだり助けられたりすることも多い。例えば大きな筍をもらった時、長年山で暮らした利用者から扱い方を教わったり、畑好きの方から世話の仕方を教わった。食器を洗う、拭く、掃除、洗濯物干し等共に行っている。		
19		○本人と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	研修を受けたことを活かし、入所時に、決して「預けっぱなし」にするための施設ではない…共にご本人を支えていく方向でいきたいというお話しをすることがある。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。・スムーズな入所になる様家族の面会を増減させてご協力頂く。・可能な方には通院介助をお願いする。等。		
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	本人が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するには、家族のご協力を頂く面が大きい。自宅に戻ったり、友人親戚と食事する方、病院で友人と再会する方、法事、墓参、結婚式に参加する方もいるが全員ではない。友人が会いに来る場合もある。	家族の関係を第一に考え、正月の帰宅や、墓参、外食などに出かけており、馴染みの美容院に行く人もいる。また、友人が訪ねて来てくれることもある。事業所に年賀状が届いた人は居室に飾っている。	

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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに関わり合い、支え合えるような支援に努めている。居室、座る場所、お風呂の順番、ポータブルトイレ設置等にも配慮。興味把握に努め利用者の交流に役立てている。自立度低下によって関係が変わることもあるので注意して観察。		
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	元利用者が入院先が変わるとき転院先の医師への説明をケアマネジャーが行った。月1回のギター演奏と民謡教室の先生はサービス終了後のご家族がボランティアをして下さっている。また他のご家族から野菜、衣類、備品の寄付を頂いたり、利用者の紹介をいただくこともあった。		
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	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。ご家族や元担当者(ケアマネジャー、地域包括、市役所、施設や病院のケースワーカー等)がヒントを知っていることも多く、相談している。	職員は日々の関わりの中で、利用者の思いや希望を聞いている。困難な時はしっかり目を合わせ、ゆっくりと話しかけながら表情や行動から把握し、本人の視点に立って支援している。また、家族や元ケアマネジャーから情報を得ることもある。	
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	生活歴や馴染みの暮らし方、サービス利用の経過等の把握に努めている。例えば身近にいて「呼びなれている人(配偶者、子供、嫁、婿、孫、担当ケアマネジャー等)」の名前を職員が知っていると「知ってるんだね」と安心される方が多い。		
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	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、記録し、職員間で情報交換している。陶芸や書道、ピラティス、外出といった活動のときに気づく変化や認知症の症状もある。先生方も職員に報告して下さる。		
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	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、スタッフ、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。	職員は申し送りでの話し合いや、気づき相談事などはミーティング用紙に記入し、情報を共有している。ケアマネジャーは本人・家族の意向を踏まえ、職員の意見を反映した介護計画を作成している。見直しはモニタリングを行い3～6ヶ月で行っている。	
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	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。また受診時の資料作成にも活かしている。		

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
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	本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。入所前の関係づくりで本人や知人に数回会う、身体の不自由な家族に代わり自宅に衣類を取りに行く、主治医の協力を得て往診、見取りの相談を行う等。		
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	家族の協力や希望によって実現する機会が多い。例えば町内会の敬老会に参加する、友人と再会する等。他に、最近はボランティアが作成した脳トレパズルが野のユリⅡ利用者に好評なので様子をみて野のユリⅠでも行いたい。		
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	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。3分の1位の方は、従来と同じ医療機関に家族と受診している。	今までのかかりつけ医に家族と受診している利用者もいるが、それ以外は協力医の訪問診療を月2回受けている。家族受診時は日頃の様子を書面や口頭で伝え、結果を聞いている。専門医は基本家族が行うが、無理な時は職員が対応している。	
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	職員は情報や気づきを日誌に記入、申し送り、主にケアマネジャーから看護師、医師に相談している。平成27年5月から医療連携でアイエムクリニック安城看護師の訪問が週1回以上あり、全員のバイタルチェックはじめ状態を把握。相談できている。適切な受診や看護につながっている。		
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。	家族、病院関係者との連絡相談を行っている。利用者の事情に応じ入院中の洗濯物を2日に1回程度取りに行き洗濯したり、和式寝間着やタオル類の貸し出しを行うことがある。病院関係者との情報交換に努め、嚥下訓練の様子を見ながら医師、看護師の説明を聞くこともある。		
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	重度化した場合や終末期のあり方について、まずは契約の段階から本人・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。地域の関係者と共にチームで支援に取り組む。アイエムクリニック安城とは看取りの指針を作成。看取りについて研修参加を検討。	重度化になった時点で家族は医師から説明を聞き、意向確認をしている。3月には家族の協力を得て、家庭でできる範囲の看取りを行った。5月に医療連携体制をクリニックと契約し「重度化対応・終末期ケア対応指針」を作成し、家族・医師・看護師・職員で連携しながら看取りを行なう予定である。	
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	随時、折に触れて行っている。今後機会を増やしていきたい。町内会防災訓練に参加予定。また地域の薬局からAEDの寄付を受けた。		

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	避難訓練を行っている。対地震、対火災、日中、夜間と想定を変えながら、利用者と一緒に避難し、備品の確認を行う。火災報知器、スプリンクラー操作についても随時振り返って確認している。	1月に昼・夜間想定避難訓練を利用者と一緒に行った。2階の利用者を一人ずつ階段で降ろし、玄関先まで避難した。隣近所とは「何かあったら言って下さい」と協力体制を築いている。飲料水・野菜ジュース・缶詰・オムツなど備蓄している。	
IV. その他					
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心掛けていると思うが、普段のやり取りを客観的に振り返る機会を設けていけるといいので、研修参加者の発表や報告を活かしていきたい。	居室入室時には名前を呼んで「入りますね」と、介助する時は「お手伝いさせていただきますね」と声をかけ、プライドなど傷つけないよう気をつけている。認知症高齢者への声かけと接し方の研修に参加し、ホームでの勉強会に活かしている。	
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	日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定することを尊重し、自己決定できるように働きかけられている場合と、本人があらわした希望に応えられていない場合がある。		
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	一人ひとりのペースを大切に、対応している場面と、施設のスケジュールに合わせていただいている場面がある。		
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	入浴前にどの服を着たいのかご本人に選んでいただく（認知機能によって個人差あり）。どんな服を持っているかは家族に任せていることが多い。職員と一緒に買い物に出る方もみえるが、気候が悪いとか感染症流行中は、要望を聞いて職員のみで買いに行く。		
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	利用者のお力にもよるが、できる方は利用者と職員と一緒に準備や片付けをしている。畑の野菜の収穫時期は皆で育てたものを愛で、調理、食事を楽しむ。利用者が「〇〇食べたい」といったものがメニューになるときもあるが常にはない。	献立は季節や旬の食材を意識し、利用者の意見を取り入れながら施設長がたてている。利用者は皮むきやささがきなどの下準備や、食器洗いなどできる事を行っている。おにぎりやお弁当を持参して、お花見に出かけることもある。	
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	食べた量を毎日記録。栄養バランスに配慮。水分補給は食事以外で通常5回、夏場にはさらに2回増やし、もっとほしい人には希望に応じて飲んでいただいている。食材は季節や旬を意識して買う。体調、体重、排泄、口腔内の状況も参考にして調理。刻み食、とろみ水等の工夫も行う。		

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	口の中の汚れや臭いが生じないよう、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。訪問歯科が口腔ケアを行うことや職員を指導することがある。		
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	一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を把握するため、職員が観察、記録を行っている。それを活かして、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。場合によっては家族、医師に相談して服薬がスタートすることもある。	時間を決めて一人ひとりに声をかけたり、誘導しながらトイレでの排泄に繋げている。日中は布パンツの人が、夜は不安なのでリハビリパンツにしていたが、職員の見守りで大丈夫と自信ができた布パンツにもどった例もある。	
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	便秘の原因や及ぼす影響を理解するため、家族、医師に相談。飲食物の工夫はバランスを考えた食材選びをしヤクルトを利用。運動は散歩、職員との体操、2週に1回のピラティスの先生との体操、個々に応じた予防に取り組んでいる。		
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	おおまかな時間帯は職員が決めているが、利用者一人ひとりのタイミングの良いときに入浴していただいている。	利用者は週3～4回入浴しているが、毎日入る人もいる。なるべく体の油分を取らないように、石けんは週1回のみ使用し、湯槽で足を伸ばし、入浴を楽しんでいる。拒否がある時は声かけを工夫し、無理強いしないで支援している。	
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	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。ふとんやベッドの高さは体力に応じて調整している。膝や腰の痛みで随時自室に行き休む方がみえる。ラジオを聞いたりテレビをみる習慣のあった方が今もそうしている。		
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	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、医師の指示を職員に連絡し、いつでも確認できるように記録、薬の説明書をファイリングしている。服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。		
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	自然にして下さる皿洗い、ふき、掃除は個人差を活かしながら行っている。自宅で長距離の散歩をしていた方と40分程度の散歩、俳句が趣味だった方の作品から選んだ文字で書道を行う。畑仕事の好きな方が畑に出やすい様バリアフリー化を利用者と計画した。		

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	天候が良ければ散歩に出かけ、他に公園、デンパーク、季節ごとの花見等を行う。「一人ひとりのその日の希望にそって」というところまでいっているかわからないが、様子をみてドライブ、喫茶店に誘ったり、散歩に出ている。家族の協力を得て自宅や馴染みの場所へ行く方もいる。	暖かく風がない日に利用者の体調や体力に合わせ、車椅子の人も散歩に出かけている。また、気分転換でドライブすることもある。本人の要望で衣類や本などを一緒に買いに行く個別支援も行っている。桜・藤・カキツバタなどのお花や、紅葉など季節のお花見に出かけ楽しんでいる。	
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	0		
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	電話は利用者の生活空間にはなく、希望がある場合に使っていただくが、電話を受ける方(家族の場合が多い)に負担のない範囲で行える様に間に職員が入って先方と相談し頻度を調整している。		
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	共用空間の絵や飾りは季節ごとに取り換えている。利用者にとって混乱をまねくような物は置かないようにしている。居心地よく過ごせるような工夫をしている。随時花を飾っている。	利用者が多くの時間を過ごす居間は懐かしい歌や音楽番組をかけ、居心地のよい場所になっている。散歩時に摘んだ花や季節の花を飾り、四季を感じている。また、犬と猫も一緒に暮らしており、利用者の癒しになっている。体を動かす目的で職員と一緒に掃除をしている。	
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	廊下に椅子やソファを置き、一人でも他利用者と一緒でも過ごせるようになっている。ひなたぼっこに利用している人もいる。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は、本人や家族と相談しながら、使い慣れた物や好みのもをを活かして、本人が居心地よく過ごせる様工夫。ふとん、ベッドは希望と体力を考慮して決定。仏壇、鏡台、ミシン、写真、絵、陶芸作品、新聞、パズル等置いている。また物が多いと混乱する方の場合は物を減らしている。	民家を改装しているので、居室の広さや様式(洋・和室)はさまざまである。使い慣れた三面鏡やミシンなどの家具を持ち込み、本・孫の写真・自作の作品などを飾り、その人らしい居室になっている。居室で読書や趣味などして自由に暮らしている。	
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	トイレには張り紙に大きな字で表示がある。居室前にネームプレートがあるが、それが小さい方の場合には他の紙に大きく書いたり、立体的に表示してわかりやすくする。安全に配慮して玄関に椅子をおいている。		