

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	2792500106		
法人名	(有)サン・ニシダ		
事業所名	グループホーム さんふらわあ石橋		
所在地	大阪府池田市石橋4丁目20番19号		
自己評価作成日	令和5年11月7日	評価結果市町村受理日	令和6年1月22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	大阪府中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	令和5年12月25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)】

庭があり、動物や植物などが当たり前にあり、堅苦しくなく落ち着き易い家庭的な環境を重視している。玄関や庭に季節の花や野菜などを植え、日々の散歩や外出などを多く取り入れ、季節感を感じしやすいように心がけている。認知症ケアにおいては、利用者同士や、利用者と職員の人間関係の構築と保持を最優先に考え、ホームでのなじみの関係を作り、心地よく落ち着く事が出来る人間関係を維持できる事に一番配慮している。身体的なケアは、その人間関係や信頼関係の上に行うものである為、拒否がある場合は、拒否する気持ちを大切に、無理にはおこなわないよう徹底している。(例えば入浴など拒否がおきやすいケアに関しては、入浴日を多く取り本人が気が向いた時にはいる事ができるよう配慮している)。利用者や職員や、利用者同士が、気軽にゆるく雑談でき、冗談を言い合える仲を目指し、笑いが多い日々を実現していきたい。

【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)】

住宅地の一角にある、一見民家風の2階建ての1階の1ユニット9人のグループホームで、2階は管理者家族が住んでいる。設立して12年8か月、当時から事業所理念「この町でゆっくり生き生き自分らしく」を常に意識し、永年勤続の職員の知恵と経験で培ってきた介護術と管理者の認知症ケアの本質への探求姿勢が、利用者の穏やかな佇まいと家族の大きな安心と信頼の言葉になっている。本人ファーストのサービス提供、利用者の社会性を考慮した身体と命の安全性に留意しての種々の取り組み、暮らしの場としての環境作り、利用者を共に支えあう仲間として家族への丁寧な情報提供などが、将来的に地域の認知症ケアの拠り所として期待される。

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	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	「この町でゆったり生き生き自分らしく」の理念で、利用者が自信と生きがいを持てるよう、その人の能力段階に応じたケア方針をたて、レクリエーション、共同作業、散歩など日々の日常の中で実現できるよう実践している。	日々のレクリエーションや行事活動の工夫で利用者と職員間の信頼関係を作り、利用者の人となりを理解することが「いきいき自分らしく」に繋がるとして実践に努めている。柔らかい筆使いで大書された理念を玄関入り口正面に掲げ、案内パンフに明記している。	
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	自治会への加入、運営推進会議のメンバーにご家族の地域住民や地域包括支援センターの相談員も加わってもらっているが、コロナ禍からようやく立ち直りつつある。	コロナの5類感染症移行後であるが、インフルエンザの流行と自治会活動停滞もあり、地域との交流はこれからの課題としている。その中で、小学生7～8名が持参する花苗と一緒に植える時の利用者の笑顔は継続されている。管理者が自治会総会や近隣清掃に参加し、利用者が散歩時には近隣住民との挨拶・声掛けがある。	
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	運営推進会議を利用した認知症の説明や特徴など、理解を深められるよう勉強会を開催していたが、近年はコロナ禍のため対面での会議が出来ていない。	/	/
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	運営推進会議開催時は家族や利用者本人に参加してもらい、レクリエーションの意見や希望などを聞いていたが、近年はコロナ禍で書面開催のみ。	構成員を自治会会長・家族・地域包括支援センター職員としているが、感染症対策重視で書面開催が続いている。利用者状況報告・行事報告を主内容とし、関係者に送付している。事故報告については、個人情報守秘を旨とし記載しないとしている。	感染対策要が継続されての書面会議は容認できるが、運営状況への助言・要望などを聴収する方策の検討、地域密着の意義から地域からの構成員拡充に向けての努力に期待する。今後は、開催時の議事録を全家族に配布することを望む。
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	市町村の担当者との関係は良好であり、必要に応じて連絡を取り合っている。	公的扶助者の在籍上、関係部署との連絡・連携は常時正常に保たれており、その他、担当箇所との業務上の協力関係も良好に推移している。市内グループホーム連絡会の実質開催は自粛中だが、管理者は役職を担い早期開催を呼び掛けている。コロナ感染ゼロを遂げており、保健所との連絡などは最小限としている。	

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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	定期的に、身体拘束に関しての勉強会を開き、身体拘束ゼロを目指している。しかし、やむを得ない場合においては主治医や家族と相談の上、ホーム内のマニュアルを順守し、身体拘束委員会による評価など適切に運用している。	身体拘束等適正化指針の下に委員会を開催し、議事録の職員周知を図っている。事例を挙げて研修会を行い、永年勤続者も含め、慣れからの言動について注意を促している。現状、家族了解の下で利用者1名が4点柵を必要としているが、適正化委員会や日常での話し合い、日々のモニタリングで観察を怠らず状況改善に努めている。	
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	身体拘束と同様に、研修を行い、利用者に関わぬ癒などができた場合は、原因を必ず追究し確認を行っている。虐待が無いよう徹底している。年に2回の虐待防止の研修を行っている。		
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	計画作成者が、成年後見人制度と権利擁護の研修に参加しており、制度の申し込み書類等の手続きを実施している。		
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	入居契約時には、重要事項説明書による説明を行い、かつ質疑応答に答え、内容に齟齬が無いよう注意している。また契約内容の変更に関しては、事前に説明し意見を伺い理解を得てから反映している。		
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	面会時や電話連絡時を利用し、利用者の状況の説明をおこない、理解を深めてもらうとともに、何か要望などないか細かく確認している。要望に関しては、出来るだけ沿うことができるよう柔軟に対応している。	コロナの5類感染症移行後は家族の面会は増えており、意見・要望の聞き取りは容易になっている。月毎に、8項目に亘る詳細な状況と総合的モニタリングをA4版2枚にまとめた「支援経過・モニタリング」を、利用者皆の様々な笑顔の写真付き便りと共に送付し、家族の安心と信頼を得ている。外泊希望を実現させている。	

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	毎朝ミーティングを開き、運営に対する意見や提案を気軽にできる環境を作っている。皆の意見を聞き反映させている。	定期的な職員会議とはせず、毎朝のミーティングの他に、随時に管理者を交えての話し合いを行い、気付きを共有してサービスアップに繋いでいる。最長12年余～最短7年の勤務歴を持つ職員の気付き・提案は実践的なもので、利用者の“いきいき自分らしく生きる姿”となっている。	
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	会社の利益がある時は一時金をだしている。また勤務年数に応じて勤続手当があり、資格手当を支給している。資格を取得できるよう、講習費用の支援などを行っている。余計な仕事を極力省き、ICTを利用してスムーズに仕事ができる様、道具や設備の充実や補充に努めている。		
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	研修費用や、資格取得に係る実習費などは会社が提供し、できるだけ資格取得ができる環境を整えている。また内部研修を通して、実際の利用者を取り上げてケアに対する深堀などを行っている。		
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	池田市グループホーム連絡会に入り定期的な勉強会や情報交換を行っている。今年はコロナ禍のため開催なし。		
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	介護の前に、まずは人間関係を構築することを第一と考えており、職員には、まず利用者 と仲良くなることを徹底してもらっている。介護を行う場合でも無理強いせず、待てるものは待つ姿勢で、本人の希望を第一に考えて言葉に耳を傾けながら、できる限り本人の思いを反映させ個別に対応する事に注力している。		

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
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	月一回の様子をまとめたモニタリングを請求書とともに配布し、活動内容や本人の様子を理解してもらっている。面会時や電話連絡時を利用し、コミュニケーションをとり不安感をやわらげ、要望には柔軟に対応し、風通しの良い環境づくりを行うことで信頼を得られるよう注力している。		
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	まず相談時に、入居ありきで話を聞くのではなく、困りごとを尋ねるようにしている。それに応じてほかの提案を行うこともある。また、入居に際して不安がある場合は、お試し期間として短期利用なども提案し、本人と家族ができるだけ納得できるよう配慮して対応している。		
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	出来ることは自分でやってもらい、手伝う気持ちがあることは最大限に尊重し、職員の業務(洗濯、炊事、掃除など生活全般)を手伝ってもらっている。		
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	面会をすすめたり、絆が途切れないよう細かく情報を伝え、判断に迷うことは相談している。開放的な雰囲気を作ることにより、ホームに足を運びやすい環境を整えるとともに、コミュニケーションが取りやすいようテレビ電話も利用している。必要があれば職員が間に入り、スムーズにコミュニケーションが取れるよう配慮している。		
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	友達や知人の来訪は歓迎し、本人の希望で電話したい場合があれば柔軟に対応し、関係が断たれないよう配慮している。外出では、本人のなじみの場所を選定し、来訪することを心がけている。	利用者の高齢化・重度化と入居の長期化が進む中で、「何よりも此処に、いつもの場所に居る心地良さが人同士の馴染みをつくる」として、利用者と職員の関係性を大事に日々の暮らしを支援している。感染予防を徹底して外部からの訪問を歓迎し、電話の取次ぎにも丁寧に対応している。	

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	利用者同士の会話を大切に、できるだけコミュニケーションが取れるよう席を調整している。折り合いの悪い場合は職員が仲介し円滑にコミュニケーションが取れるよう配慮している。		
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	ホームで亡くなった利用者の家族と近所で会うことがあれば挨拶し、話しやすい関係を維持するよう努めている。必要があれば介護などの相談にも乗っている。		
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	定期的に独自のアセスメントシートを利用し、現在のADLを評価するとともに、その人の生活歴、ホームでの経緯、日々のコミュニケーションで得た情報と、職員の意見など出し合って共有し、本人の思いにちかづけるよう日々努力している。	詳細な内容の20数項目に亘る独自のアセスメントを行うと共に、職員の観察力と洞察力をフル回転させた利用者個々人の情報を活かして、サービスへの細かい拒否も意向として疎かにしない、本人の真の意向に添ったケアに注力するとしている。	
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	家族や知人など、知っている人に知っていることをヒアリングしたり、レクレーションなどを通して、本人に子供のころのエピソードや大変だったこと、好きなものなど話してもらったり、細かく情報収集して皆で共有している。		
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	定期的に独自のアセスメントシートを利用し、現在のADLを評価している。また日々のミーティングで細かい変化を共有している。		

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
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	ケアプラン作成時には、必ず本人と家族の要望を確認し主治医の意見を聞いて作成し、出来上がりを確認してもらっている。また要望や意見は積極的に取り入れ、柔軟に現状に反映している。	居室担当者による2時間毎の本人の様子の記録、毎朝のミーティング情報、月1回のモニタリング、3か月毎のアセスメントなどを基に計画の作成と見直しを行っている。家族へは面会時または電話で説明して確認を得ている。	
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	個人記録での利用者の状況の変化、毎朝のミーティングでの意見や気づきを皆で話し合い、介護計画の見直しにつなげている。		
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	利用者のニーズには柔軟に対応し、本人が不自由を感じにくいよう配慮している。最近ではペットや庭掃除、花壇づくりなどの要望があったが、家族と相談の上、本人ができるように形を作っている。		
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	運営推進会議のときに自治会長や地域住民、包括支援センターの担当者から地域の情報を得たり、広報などで池田市の情報を把握し、必要に応じて取り入れている。		
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	本人及び家族の希望、本人の心身の状況を把握し、主治医や看護師の意見を参考にしながら適切な治療が受けられるようにしている。またホームの提携医以外でも希望があれば受診の対応はしている。	利用者・家族の同意を得て協力医療機関をかかりつけ医とし、内科は全員が月2回、歯科は希望者が月1回の訪問診療を受け、希望者が歯科衛生士による口腔ケアを月1回～4回受けている。毎月家族に送付する「支援経過及びモニタリング」表で、心身の状況変化と看護師・医師からの伝達・連絡事項を伝えている、	

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	非常勤の看護師に週に1回の健康チェック、爪切り、洗腸、必要があれば傷などの処置をしてもらっている。変化を相談し必要があれば主治医へ連絡し、年中24時間診察できる体制がある。		
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	適切な申し送りができるよう、入院前情報をまとめている。また退院時も個別の案件に対して柔軟に対応している。近所の異病院とは地域包括も含め、連絡のやり取りが多く相談しやすい関係が出来ている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に当ホームの医療連携のあり方、終末期の対応、看取りの方針を説明し、家族から文章で同意を得ている。また、看取りの際、再度、主治医とキーパーソンを交えての相談を行い、出来るだけ本人の希望に添った形を再度確認し方針を決定している。	入居時に「看取りに関する指針」を説明して「終末期に関する確認書」を得、重度化した時は「看取り介護についての同意書」「重度化及び看取りに関する同意書」を得ている。ケアマニュアル中に終末期の対応法を記載して「終末期」の研修を行い、開設以来30名以上を看取り、全職員が看取りを経験している。	
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	緊急時マニュアルがあり職員には周知している。定期的に手順等の確認を行い、連絡先は電話前のわかりやすい場所に貼り付けている。		
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2回の通報訓練及び避難訓練を行っている。台風や火災の設定ではできているが、地震に関しては電灯や生活用品、食料等の備蓄のみで避難訓練が出来ていない。	「台風・水害マニュアル」「防災及び非常災害時対応マニュアル」を作成し、昼間・夜間を想定して、利用者も参加する訓練を年2回実施している。近隣の住民に有事の協力をお願いし、管理者夫婦は事業所の2階に居住し、職員3名も近くに住んで直ぐ駆け付けられる。水・食料など1週間分を備蓄し、雨水タンクで生活用水も確保している。	

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
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	日々の生活の中で、人間関係を積み重ねることで理解を深め、人格を尊敬し、その人らしさを尊重した介護を目指している。	「個人情報取り扱いに関する方針」を策定し、認知症ケアに関する専門紙も活用してプライバシー保護や接遇の研修を行っている。「拒否も希望である」と考え、拒否がある場合は無理には行わないよう徹底している。利用者は「さん」付けで声掛け、緊張しないよう配慮している。不適切な対応があれば、管理者が現任したり後で確認し正している。	
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	生活や介護する中で、必ず本人の希望を聞き、発言に注目し、記録に書きとめて共有し、本人の真のニーズを満たせるよう支援するよう努力している。		
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、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	まずは本人の気持ちを優先し、無理強いはいはしないことを徹底している。拒否も希望であると考えため、極力本人の希望に沿った介助を行うことを目指している。		
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	化粧品やおしゃれ着など、その人の好むものを理解し、危険がない限り禁止せず自由に部屋においてもらっている。		
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	食事は職員が手作りしている。簡単な作業やできることは利用者に依頼し協働している。栄養も大切だが、利用者がおいしいと感じる楽しみになるようなメニュー作りを心がけている。	献立・買い出し・調理まで職員が行っているため、ミキサー食も同時に作れる。様々な季節食を味わい、調理師資格を持つ管理者が新鮮な握りずしや刺身を作って喜ばれている。カレーやおはぎなどを利用者と一緒に作り、利用者は下ごしらえ・下膳やテーブル・食器拭きなどをしている。職員も利用者と同席し、同じ物を摂っている。	

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
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	画一的になって、無理強いにならないよう、利用者の生活リズムを理解し、食べやすいタイミングや味、形状などこまめに調整している。食事量や水分量は記録を取り、バランスよく食べられているか注視している。日々の水分や食事量は記録し脱水など起こさないよう経過観察を行っている。		
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	自立でできる人には声掛けを行い、介助が必要な人には食後、口腔ケアを行っている。		
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	出来るだけトイレでの排泄を目指し、定時でトイレ誘導を行っている。「トイレに行きたい」と話す場合は、優先してトイレに案内し排泄を促している。自立の人に関しても、記録をつけて管理している。	おむつ使用・布パンツ使用の利用者各々1名の他はリハビリパンツ・パッドを使用し、個々の排泄パターンやサイン(目線・動き・姿勢)を把握して適時にトイレ誘導をしている。便秘にならないよう食事や運動に気を付け、止むを得ず浣腸することもある。適切な排泄支援によって、自宅ではおむつだった利用者がトイレで排泄できるようになった。	
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	食事にオリーブオイルを利用したり、動ける人には極力歩いてもらうなどアプローチをしている。水分量など確認し便秘を防ぐよう目指している。下剤を使用している場合も、便の性状を確認し、随時こまめに調整している		
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	入浴の拒否がある場合、順番の組み換えがしやすいよう主治医の診察以外の日に入浴を行っている(週6日)。また、本人の希望により柔軟に組み換えをしている。自立で入れる人に関しては、自由に行ってもらっている。	入浴日を週6日設け、週2~3回午後の入浴を基本としているが、利用者全員が湯船に浸かるのを嫌がるので、シャワー浴と足浴を行っている。シャワー浴を嫌がる人は日時や人を替え、強い拒否がある時は、ケア全般の不信に繋がるので、無理強いしていない。同性介助の希望には応じている。	

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
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	無理にリビングにいることを強制せず、調子の悪いときや気分の乗らない時は自由に部屋へと入ってもらっている。		
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	処方薬の変更などは日誌やミーティングで職員に周知し、注意をしている。誤薬を防ぐべく、渡すときや振り分け時には名前を確認し、2重のチェックを行っている。		
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	好きなことやできることを把握し、できる限り楽しみを持って生活できるよう、また生活に張りが出るよう役割などを持ってもらい日課として行ってもらおう。		
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	日常的に散歩を日課に取り入れている。月一回の遠出は季節に合った場所を選定している。個別の希望に関しては、できるときは職員がついていくが、家族などに伝え協力してもらっている。	利用者の1/3が、春・秋の気候・天気が良い時は、ほぼ毎日、近くの公園や神社まで散歩し、2/3は車で初詣・花見・アジサイ園・バラ園・紅葉狩りなどに月1回出掛けている。玄関前のガレージで外気浴もしている。家族と一緒に買い物・自宅・墓参に出掛ける人も居る。	
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	自分でお金を持っていたいという気持ちを尊重し、家族と職員で承知の上、管理できる範囲で持ってもらっている。外出先では自由に使ってもらっている。		

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
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、極力沿うように電話連絡やテレビ通話など行っている。携帯電話を持っている利用者にはかけ方を説明し、一緒に行っている。		
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	鳥や猫、金魚などの小動物や植物など多く配置し、生活感のある空間を意識している。職員の制服は作らず、私服で勤務し家庭的な雰囲気重視している。庭には季節の野菜や花を植え、目で楽しんだり、収穫の楽しみを味わえるよう配慮している。	居間兼食堂には季節飾り(今はクリスマス)を配し、猫・インコや水鉢(メダカ・ドジョウ)が利用者を癒してくれる。20坪程の庭には柿・桃の木があり、季節の野菜・花を植えて愛でている。利用者を不安がらせないよう席順やテレビなどの位置を替えず、床に物を置かず、掴みやすい所に物を置くなど、安心・安全な空間を創っている。	
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	極力、利用者同士が話せるよう、席順には気を配っている。安心できる、なじみの人、風景ができるよう変化をつけすぎないように気を付けている。		
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	本人が「家」だと感じてもらえるよう。危険がない限りは、極力、使い慣れたなじみのものや思い出の品を多く配置してもらっている。なじみの風景になれるよう、ADLに応じた安易な部屋替えなどは行わない。	居室には介護用ベッド・クローゼット・エアコン・カーテンを設置し、利用者は家具・椅子・仏壇・テレビ・レコード・コーヒーマーカー・ぬいぐるみなどを自由に持ち込み、居心地良い空間となっている。掴みやすい所に物を置き、ベッド柵にタオル・クッション材を配して安全を確保している。	
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	回廊型で中心にリビングがあり、すぐにリビングがわかる構造になっている。施設内はバリアフリーで、手すりや手を添えられる棚や、動かない椅子を配置し、伝い歩きが容易で安全に自力で歩ける環境を目指している。居室、トイレ、浴室などには見やすい大きな文字を表示し、居室のドアには名前のほかに好きな物の絵を提示している。席替えはむやみに行わず、馴染みの風景を大切にしている		