

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	2990100444		
法人名	社会福祉法人奈良苑		
事業所名	グループホームならの郷		
所在地	奈良市菩提山町241番地1		
自己評価作成日	令和1年8月15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	www.kaiqokensaku.nhlw.go.jp/29/index.php?action_kouhyou_detail_022_kan=true&ligosyoCd=2990100444-00&ServiceCd=320&Type=
----------	--

【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 Nネット		
所在地	奈良県奈良市高天町48番地6 森田ビル5階		
訪問調査日	令和 1年9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)】

自然豊かな場所に立地し、敷地内に大きな花壇と畑があり、多くの花や野菜を利用者と一緒で四季を感じてのんびりと穏やかな時間を過ごして頂いています。平行棒、昇降階段、エアロバイクなどのリハビリ機器も設置し個別のプログラムで目標を決め、転倒予防、運動不足解消に取り組んでいます。また地域交流を積極的におこない、自治会が主催する行事や地域清掃、小中学校の催し、民生委員の定例会へ参加をし、利用者が住み慣れた地域とずっと関わりを持てるように努めています。利用者様の担当職員がケアプラン達成に向けて、個別レクリエーション等に力を入れ取り組んでいます。

【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)】

事業所は自然の新緑や紅葉など四季を感じながら過ごせる環境にある奈良市東部山間部に位置している。“職員に心の余裕がないと、よい介護ができない”を信念とし、利用者に寄り添う介護を追求している。生活の中で最もつづげる入浴の時間を長くとり、職員と利用者がゆったりと余裕をもって会話し向き合い、安心して心を許してもらえる信頼関係が作れる職員配置をとっている。市内の病院の紹介で受け入れた利用者の多くは、当初認知症の中核・周辺症状が顕著で対応に悩んでいたが、利用者に寄り添う介護の実践を通して、症状の多くが緩和し穏やかな生活ができるようになった事例は、当事業所の自信に繋がっている。また、グループ制を採用し、職員に施設運営に関する大幅な権限移譲を行い、職員の自主性と責任感の育成を図っている。管理者と職員は、非常に良好な関係を構築している。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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+) + (Enter-)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
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	「第2の我が家」という事業所理念を掲げ、「施設」では無く「自宅」を意識した環境づくりをおこない、理念を共有し実践につなげている。	やむなく自宅を離れざるを得なくなった利用者にとって地域密着型の意義は施設感を出さないことと理解して、「自宅」を意識した理念を掲げ実践している。毎月の職員会議や勉強会で理念について話し合う機会を持っているが、施設理念の掲示はしていない。理念を事業所内や施設が発信する書類等に明文化することで、職員、家族、訪問者等が目にし喚起する環境を作ることが重要と思われる。	
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	地域の自治会が主催した夏祭り、運動会に利用者に参加し交流をおこなっている。年2回県道の清掃活動に職員が参加している。地域の小中学校の文化祭などにも参加している。一方地域の方がならの郷に訪ねてくる事はあまりない。	生活圏が田原地区に属している関係で田原地区自治会が主催する夏祭りや運動会等の行事に参加し交流を図っている。都南地区のオレンジカフェに行くこともある。地域の人々との日常的な交流を図るため、きっかけを作る活動や学生の体験学習の受け入れ等に努めている	
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	地域の方が参加している運営推進会議にて、認知症の理解をテーマに講義をおこない、グループホームの利用者と共同でピースアクセサリ作りを実施、実際に認知症の利用者とふれあって頂き理解を深めて頂いている。		
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	平成30年度より運営推進会議のメンバーを変更、令和1年度も引き続き、自治連合会長、民生委員会長、公民館館長および利用者の家族に参加していただき、活動報告をおこなっているが、やはりまだ一方通行の報告にとどまっている。	運営推進会議は、年6回、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で実施している。内4回は、身体拘束適正化委員会を兼ねている。会議では年度計画や活動報告を行っている。防災等地域と相互に関連する議題については、避難住民の受け入れ等について意見の交換があるが、殆どは、一方通行の報告にとどまっている。	運営推進会議は、行政と家族、地域代表の方々、それに職員が一同に話し合える公の場であり、その意義と目的を理解し、提案や議題を工夫し積極的な意見交換ができる会議とする取組みが望まれる。併せて、外部評価結果を議題とし意見を求め、サービスの向上に活かす取組みも期待する。
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者や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	市町村の委託を受けている圏域の都南地域包括支援センターと、山間地域の東部地域包括支援センターと連携をはかるようにしている。この1年については困難事例などもなく相談ケースはない。	市担当課に介護保険制度などの問い合わせや、ケアマネの立場からの相談等を行っている。利用者に関かわることは、地域包括支援センターと連携を図っている。立地の関係で、生活圏の東部地区(田原)の研修会等に参加している。	
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「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	平成30年度の法改正の身体拘束廃止未実施減算にともない、ならの郷内に身体拘束適正化委員会がある。施設内勉強会や奈良苑全体の研修などで毎年、身体拘束について学び、身体拘束がおこなわれたことは無い。	身体拘束をしないことを契約書に明記し、利用開始時に本人や家族に説明し、毎月の職員会議や身体拘束適正化委員会や法人全体の研修会で身体拘束について研修や勉強会を定期的に行い確認している。玄関及び階段とエレベータは安全のために施錠しているが、利用者は午後1階で余暇活動に参加したり、庭や戸外へ散歩に出かけたりして過ごすため、閉塞感を訴える利用者は殆どいない。利用者3名の居室に移動感知センサーを設置している。	
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	身体拘束の勉強会と併せて必ず虐待についても学んでいる。また令和1年度の奈良苑全体総会において、ならの郷が虐待防止について講師を務め、虐待の定義や高齢者虐待防止法について講義した。		

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
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	管理者及びケアマネージャーについては、成年後見制度を理解しているが、介護職員は理解していないので、学ぶ機会を提供する必要がある。現在1名の方が後見人(長男)となっていて活用されている。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約等は十分な時間かけ説明し、利用者や家族等に納得と理解をしていただいている。また利用金額の変更がある場合は事前に文書による説明をおこなっている。		
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	利用者と職員が普段からコミュニケーションを取り、要望があればサービスに反映させるよう努めている。家族の面会時には近況報告、また月1回の報告や特変時には、ケアマネージャーから報告している。玄関に意見箱を設置しているが意見が入ったことは未だない。	定期的に家族とコミュニケーションを取る場は設けていないが、毎月の定期報告、様態の特変の連絡時、面会訪問時などの機会に家族の意見や要望を聴いている。また、2ヶ月間訪問がない家族には、事業所から電話連絡している。把握した要望等は経過日誌に記録して、介護計画に反映させている。毎月利用者の近況報告で大きな事故もなく、平穩に過ごされている状況を、家族は安心し満足していると管理者は判断している。運営に対する要望や意見は少ない。	
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	管理者は日々職員とコミュニケーションを取り、思いや意見を聞き出すよう心がけている。また月1回の職員会議においても職員の提案や意見を聞き運営に反映させている。	管理者は、職員の意見・要望を日々の業務の中や月例の職員会議で聴いている。また、年1回個人面談の場を設け意見や要望を聴いている。施設運営に関してグループ制を導入し、レクリエーション・外出、環境(施設環境整備)、畑(施設の畑を活かす)、営業(施設のアピール)など4つのグループを設け、1年交代で各職員に割り当て、活動中の気づきやアイデアを運営の向上つなげる取組が実践されている。リビングと脱衣室を間仕切る暖簾の設置等様々なアイデアが提案され運営に反映されている。	
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	年に1回管理者による職員面談を実施。処遇改善加算の増額など給与に反映させ、各職員がやる気を出して働ける環境をつくるよう努めている。今年度より働き方改革で有給休暇も積極的に取り、リフレッシュの旅行や自己啓発の時間に充てている。		
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	今年度は法人外研修参加は1名(認知症実践者研修)のみ。毎月内部で職員勉強会を実施して、今学びたい事を職員自らテーマを選び学んでいる状況		
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	都南包括支援センターの圏域研修会、介護・医療・司法関係のソフトボール大会などに管理者・職員ともに参加している。奈良市主催の多職種連携会議に管理者・ケアマネージャーは毎回参加している。		

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
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	サービス開始前に本人との面談を管理者・ケアマネージャーがおこない、本人の要望等を聞き取り安心できる関係づくりにつとめている。		
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	サービス開始前に本人と同様に家族とも面談をおこない、家族の要望・困っていることを聞き取り安心できる関係づくりにつとめ、サービスにも反映している。		
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	初回のアセスメントにおいてできる限り情報を収集し、必要な支援を検討している。		
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	生活の中で役割・目標を持っていただくことを意識して、調理の手伝い、洗濯物たたみ、畑の水やりなど職員と一緒に協力して暮らしているという気持ちになって頂くようにケアにあたっている。		
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	様々な家族と利用者の関係を考慮しながら、どちらにとっても負担なく安心した関係をつづけられるように配慮関わっている。		
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・友人・知人の面会で馴染みの人との関係が維持されている方と、面会がほとんどなく維持されていないケースがある。場所については、柳生・田原地区の利用者については施設周辺ドライブや地域行事に参加し繋がり維持に努めている。	馴染みの人や場は、利用開始後家族や知人から聴き取っているが、記録書類には落とし込めていない。認知症の進行とともに馴染みの人との関係性が維持されなくなる。田原、柳生地区からの利用者(1~2名)は、馴染みの店に買い物に出かけたり、お彼岸やお正月に家族と自宅で過ごされる方がいる。絵手紙を家族や知人に投函する支援も行っているが人数は限られている。	
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	毎日レクリエーションをグループホーム単独または、併設小規模多機能と一緒におこない利用者同士楽しく話し合えるよう支援をおこなっている。		
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	この1年で解約は死亡解約1件のみ。家族との関係は良好である。以前は死亡解約以外については良好なコミュニケーションを取っていた。		

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
. 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	本人の希望はできる限り実現できるよう努めている。認知症など困難な場合は、家族と相談している。また定期的にサービス担当者会議を実施しニーズの把握に努めている。	利用開始時に管理者とケアマネージャが家族との面談で経歴や生活歴などを聴き取った情報をアセスメントシートに記録し、共有している。利用者ごとに担当職員を決めケアしており、管理者もケアマネージャーも業務に携わるなかで、利用者本人から新たな希望や得意とすることなどを聴くことができ、個人ファイルや支援経過記録に書き込み共有し、介護計画作成にも反映させている。	
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	サービス利用開始前に家族・本人面談にて生活歴や趣味など聴き取りをしている。サービス開始後の聴き取りについては不十分である。		
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	利用者の日々の出来事をケース記録に記録し、毎日2回申し送り職員で情報を共有しサービスに繋げている。		
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	サービス担当者会議のみならず、普段から家族に現状の報告相談をおこない、ケアプランに反映するように作成している。個別のお買い物ドライブやできる限り生き生き暮らせるように支援している。介護計画も楽しみ、生きがいの視点で計画するように以前よりは心掛けていく。	利用開始時の初回は、本人と家族に面談し暮らし方の希望や要望に基づき、管理者、ナース、ケアマネージャー、介護担当者、計画作成者が協議し、介護計画を作成している。前回の外部評価において指摘を受け、計画書第2表に課題のみでなく、意向や目標といったポジティブな要素を積極的に活かす試み実践している。趣味や意向を活かした取り組みに対して実施状況を記録しているが、限られた利用者に留まっている。	利用者に寄り添う介護を重点課題として取り組み実践しているが、利用者の“笑顔が見えた”といった反応記録が見当たらない。可能な限り記録し、これを、モニタリングの一環として、すべての利用者に拡大するとともに介護計画の見直しにつなげることを期待する。
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	日々の利用者の状況を個別にケース記録に記入、その他連絡事項については職員連絡ノートを活用し情報の共有をおこない、ケアプラン見直しに反映している		
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	小規模多機能との併設事業所という利点を活かし、個別のドライブレクリエーションや、不穏が強い時に1階の小規模多機能で過ごし気持ちを落ち着かせるなど柔軟に対応をおこなっている。		

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
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	運営推進会議などで地域資源の把握に務めようとしているが、実績に繋がっていない。民生委員も推進会議に参加し、逆に民生委員の定例会にも参加しているが、施設利用者の概要を話すのみにとどまっている。		
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	訪問診療医の塩田医師との連携は密におこなっている。状態の変化があればすぐに伝え、塩田医師が即往診するなど家族も安心されている。歯科の往診もあり義歯の調整などでもすぐに対応可能である。	事業所の協力内科医が月1回の訪問診療を行っており、利用者の急変時には即時に往診に応じてくれたり、精神科医として精神薬の処方も行っている。利用者全員が協力内科医をかかりつけ医としている。看護師が常駐し、24時間対応が可能である。その他の専門医への受診は家族が付添い受診している。	
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	日中365日看護師が在籍、介護職と看護師、塩田医師と看護師が密にコミュニケーションを取り、適切な看護を実施できるようにしている		
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。	訪問診療医の塩田医師が後方支援病院として奈良春日病院と提携しているで、スムーズな入退院が可能。またグループホームならの郷と奈良春日病院も協力医院の関係である。		
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	サービス開始の契約時にならの郷の看取り指針を家族に説明し、実際に看取りの開始前に同意書をいただき看取りケアに入る体制ができています。以前の実際の看取りでは日々の状況の変化、ならの郷としてできること、できないことを常に説明し家族に同意を得ながら、チームで情報共有をおこなった。	利用開始時に看取りの指針を本人と家族に説明し、本人が重度化した場合、再度本人と家族と話し合い、意思確認を行い、同意書を得て看取りの体制を整えている。また、看取りについての研修を看護師が主導で行っている。これまでに1名の方の看取りケアを行った。	
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て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	毎年1回以上は救急対応(AED使用法、心肺蘇生法等)の勉強会を運営推進会議や勉強会で実施している。村の消防団の職員による講師でおこなっている。		
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回の消防訓練と防災訓練を実施、近隣の介護施設と災害協定を結んでいる。あらたにグループホーム2階から地上に繋がる避難滑り台を設置した。	災害マニュアル、緊急連絡網等を整備し、年2回夜間想定消防・避難訓練を行っている。近隣の老人福祉介護施設と災害協定を結んでいる。スプリンクラー、煙・熱感知器、自動火災通報装置、消火器、誘導灯、避難梯子等の防災設備などを完備し、非常食と飲料水等5日分の備蓄があり、防寒具等を揃えている。運営推進会議の場で自治会と災害時の支援についても話し合っている。家具等の配置の工夫や転倒防止策は行われていない。	

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
. 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	毎月色々なテーマに沿って、勉強会を実施。その中で接遇についてなどを学び、人格を尊重した声掛けができるように取り組んでいる。	接遇や人格の尊重、プライバシーの確保について、毎月の勉強会で職員が自主的に研修しているが、日常の業務では、身体的なことが先行され、人格の尊重、プライバシーの確保等の精神的な面は、2次的な事柄として、人格を尊重した声掛け等ができていないように思われる。介護記録等の書類は、鍵のかかる場所に保管している。	
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	日々の利用者とのコミュニケーションから本人の希望を聞きだし、できる限り可能なことは実施していただいている。利用者が選択できるような質問を心掛けている。		
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	起床・就寝時間は自由にしていただいている。朝食については本人のペースに合わせたユニットケアの観点で利用者毎に異なっている。		
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	毎朝居室にて整容をおこなってもらい、支援が必要な方はケアをおこなう。訪問理美容も利用可能。		
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	月に数回利用者が中心となり夕食作りをおこなっていたが、徘徊や転倒の利用者が増加し、夕食作りが最近行えていない。食事前のテーブル拭きや食事後のお盆拭きなど手伝って頂いている。	食事は朝食と夕食は給食業者へ委託し、昼食は法人本部から配送された主菜と職員が手作りしたご飯と味噌汁を提供している。本部の管理栄養士が、摂食量の記録や年1回行う嗜好調査を基に献立を作成している。利用者はテーブル拭きなどの軽作業を手伝っている。誕生日祝いなどの行事食は豪華なメニューにしたり、バーベキュー、リクエストによる選択メニューなど季節の食事を楽しみ、2・3ヶ月ごとに出掛ける外食を楽しみにしている。	
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	外部委託の食事と法人内の配食センターを利用、どちらも管理栄養士のもと栄養計算がされている。水分については1日1000mlの確保に努めている		
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	自立されている利用者以外は、毎食後口腔ケアを実施している。特に最近は口腔ケアに力を入れ、職員の勉強会や畑下歯科の歯科衛生士による居宅療養管理指導を利用される利用者もでてきている。		

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	排泄記録表にて排泄を記録し、適切なトイレ誘導のタイミングを把握し、失禁を減らすとともにオムツの使用を減らしている。	利用者ごとに排泄チェック表にて、食事摂取量と排泄状況を詳細に記録し、排泄パターンを把握し、適時にトイレ誘導を行っている。利用者の排泄パターンが一目瞭然に把握できる、よく考えられた排泄チェック表であるが、オムツ外しへの取り組みは、消極的である。現在、排泄自立者は3名、便意や尿意を把握しづらい方は5名、訴えがない方は1名で、オムツを使用している利用者は、昼間2名、夜間3名おられ、ポタブルトイレを使用している利用者はいない。	排泄の自立支援は、認知症があっても、快・不快等の刺激感覚機能は、多く残存していると考えられており、トイレでの排泄やオムツなしでの暮らしは、生きる意欲や自信の回復、さらには摂食や睡眠等の身体的機能の向上につながる大切な支援である。非常によく考えられた排泄チェック表を用いて各利用者の排泄パターンを的確に把握できており、トイレでの自然排泄を積極的に行い、オムツをしない取り組みを期待する。
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	日頃から水分の確保と牛乳の飲用などおこなっている。また看護師により便秘の管理をおこないの緩下剤・坐薬・摘便など便秘の状況に合わせ適切に実施している。		
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	利用者の同意の上、入浴する曜日設定はしているが、変更は自由である。入浴は週に2回である。	入浴は希望日を聴き週2回午前か午後に設定し、ゆったりとした入浴時間をとることを心がけ、利用者に向き合い会話し信頼関係の構築に努めている。入浴を拒否される利用者は、思い込みが多く、時間帯の変更や声かけなどを工夫し解消している。お湯は毎回入れ替えている。ゆず湯や菖蒲湯等で季節を楽しんでいる。浴室は、南向きで日当たりがよく明るく、多機能な機械浴も装備している。	
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	終日リビング(食堂)で過ごすことは無く、本人の希望で自由に居室にて過ごしていただいている。意思表示が困難の利用者については、声掛けをおこない居室にて臥床対応をおこなっている。		
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	看護師が症状を確認し薬のセットをおこない、心身状況を常に観察し訪問診療医に報告している。訪問診療医もすぐに対応していただき、きめ細かな服薬調整が行われている。		
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	役割をもって張りのある生活を送っていただくため、お盆拭き、洗濯たみ、新聞折りなど手伝いをしていただいている。畑の水やり、ドライブなど気分転換できるよう支援している。		
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	月1回は全員で夕食や外出の支援をおこない、個別にも買い物や、喫茶店などの外出支援を実施している。また、敷地内の畑まで散歩している。	外出支援チームは、月1回は必ず外出する計画をたて、フォレストパーク神野山のつつじや県立図書情報館周辺の桜等の花見へ車いすの利用者も含め全員で出かけている。個別の外出は、スーパーへの買い物や都南地区のオレンジカフェで喫茶を楽しむ等の支援を行っている。また、外出を重点目標に設定している利用者には、1日に1回畑に出て土いじり等で外気に触れる機会をつくり、希望者には晴天時に看護師が付き添いヘリポートまで散歩に出かけるなど、日常的な外出支援を行っている。	

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
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	ご自分でお金を所有されている利用者が1名。現在の所盗られたなど訴えたり、トラブルは発生していない。また預り金として色々な購入に利用されている。		
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	家族などの電話の要望があれば対応している。手紙は現在書かれる利用者はいない。		
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	共用の空間に植物を飾り、鑑賞していただく。テレビは常時付けず毎日1時から館内放送で音楽を流しリラクセスした空間をつくるよう努めている。また空気清浄器2台設置し清潔な環境で過ごしていただいている。	共用空間には、観葉植物やお正月の鏡餅、七夕の笹飾り等を置き、折々の季節を感じさせる配慮をしている。壁面には塗り絵や習字等の作品の飾りつけを敢てしない方針で臨んでいる。テーブルや椅子は、高齢者介護用を採用している。2階のフロアはバリアフリー構造。窓は防音対策、浴室の手すりは赤色、壁は白色、トイレは自動で点灯する照明等使いやすさと安全性に配慮をしている。食堂兼リビングからの眺めは、四季の移り変わりが楽しめ、鹿などの野生動物も視覚に入る環境でゆったりと過ごしている。	
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	ソファやでゆったり過ごせるよう環境の配慮はおこなっている。改善点としては食堂とリビングが一体的で広すぎるように思われるので仕切りなど作り、落ち着いた空間づくりを検討中。		
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	出来る限り馴染みのものを持参し使用されている。居室環境として防音ガラス、床暖房、オゾン発生器など快適に過ごせる設備を整えている。また全居室にトイレ完備している。	各居室には使い慣れた家具や思いでの写真等自由に持ち込み、これまでの暮らしのイメージを可能な限り維持できるように、家族に働きかけを行っている。居室には、トイレ、小型の流し台、エアコン、床暖房が装備されている。入り口扉のスリットは摺りガラスで、プライバシーが確保されている。居室の清掃は、毎日午前9時～10時の時間帯で行っている。	
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	安全を確保しつつ、最小限な介助にとどめることで自立支援をおこなっている		