

平成23年度

## 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	1473701314	事業の開始年月日	平成23年6月1日	
		指定年月日	平成23年6月1日	
法人名	株式会社 よこはま夢倶楽部			
事業所名	グループホーム夢美			
所在地	(227 - 0044) 神奈川県横浜市青葉区もえぎ野10-28			
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
	認知症対応型共同生活介護	定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成23年10月10日	評価結果 市町村受理日		

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

### 【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)】

「愛心夢絆」を新しい理念とし、認知症ケアを通じてひとりひとりの幸せを目標に取り組んでいる。地域密着型サービスを提供するために、地域との連携を図り、住み慣れた地域で安心して安全に過ごすことができるように支援している。また、時代の変化により、在宅での介護が困難になった場合、グループホームの一室を借りて、家族と共に最後までその人らしく暮らせるよう、ターミナルケアを実践している。
---

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区本町2丁目10番地 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成23年10月26日	評価機関 評価決定日	平成24年1月26日

### 【事業所の概要】

この事業所は東急田園都市線の青葉台駅から徒歩10分ほどの静かな住宅街にある。建物は洋風の瀟洒なつくりで玄関や居間にステンドグラスが飾られ、共有空間に置かれた家具調度品も豪華な印象を与えている。居間の窓は大きく開放的で窓から庭が眺められる。広々とした庭にはテーブルと椅子が置かれ、ゆったり暮らせる環境になっている。近くに公園もあり、天候の良い日は、ほとんど毎日散歩に出かけている。

### 【認知症ケアへの取り組み】

同一法人の認知症の治療専門クリニックと連携し「キョーメーションケア・キョーメーションセラピー」を実施している。これは、詳細なアセスメントから認知症の方の終末期介護に至るまで、住空間環境や日常の対応を総合的にケアするケアマネジメントシステムである。

### 【医療連携と看取り対応】

看護師による毎週の健康管理と協力医療機関による月2回の往診がある。協力医療機関とは24時間連絡でき、急変時にも最善の対応ができるように連携している。入居時にターミナルケアについて説明し、本人・家族の希望を確認している。重度化した場合、終末期への希望を再確認し、早くから医師や家族、関係者と相談しながら看取りに対応をしている。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	附属 グループホーム夢美
ユニット名	ミュージズ棟

アウトカム項目			
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9,10,19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	法人理念「愛・心・夢・絆」を基に、事業所独自の理念を掲げており、朝礼時やケアを行う日常の中でケアの方向性や目的が話され、具体的に目標とされている。運営理念を文章化し明確にして、いつでも確認できるようにすると共に、壁などに掲示し体現できるよう取り組んでいる。	2月の社名変更に伴い、新たに社長の思いをこめて「愛・心・夢・絆」という理念を作った。現在、職員全員に「自分が思う愛とは、心とは、夢とは、絆とは」というレポートの提出を課題として出し、意思統一をはかっている。理念は事務所とフロアに掲示し、職員は日常のケアや会議で理念に立ち戻りながら話し合っている。		
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	地域事業、行事には職員も積極的に参加している。また、講習会や、ポスターなどを通じて働きかけを行っている。地域ケアプラザの企画に参加している。	もえぎ野町内会に加入し、回覧板が回ってきている。事業所の夏祭りの案内を町内会の掲示板に貼らせてもらい、地域の方々の参加があった。近くの中学校の記念行事に事業所が招待されている。散歩で知り合った近所の方から花をもらい事務所に飾っている。		
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	見学は積極的に受け入れ、よりグループホームの機能を理解していただけるように配慮している。研修の受け入れも実施。又、認知症に対する家族相談を見学も含め常時取り組んでいる。			
4	3	運営推進会議を活かした取組み 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	今年度は10月に初回の運営推進会議を開催している。施設の状況報告や行事のお知らせなどをお伝えしている。地域からの情報を入居者へのサービス向上に役立てるよう情報を入居者、職員に伝えている。	本年度の第1回運営推進会議は、地域ケアプラザの職員は都合がつかなかったが、家族代表、民生委員の参加で10月に開催し、活動報告や運営報告をしている。今後は町内会長や隣接地区の民生委員にも参加を呼びかける予定である。		
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	市からの情報を事務所掲示板に貼り共有している。	青葉区、緑区合同のグループホーム連絡会に参加した際には、市職員と情報交換をしている。運営推進会議の議事録の報告書は、福祉保健センターの担当者に持参している。地域ケアプラザの「もえぎ野祭り」に利用者と参加している。	事業所の行事案内や運営推進会議への参加依頼など、積極的に機会を見つけて区の担当職員や地域ケアプラザの職員に働きかけ、顔なじみの関係を維持されることを期待します。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアを実践している。	身体拘束はない。身体拘束がどういったものを指すのか、必要に応じ資料の閲覧、勉強会、業務内にてユニットリーダーまたは計画作成担当者より指導を行っている。	「身体拘束ゼロの手引き」をマニュアルとしている。やむをえず身体拘束をする場合には家族から同意を得て、必要最小限になるよう職員に周知して対応している。各ユニットの出入り口は、すぐに階段があるので危険回避のため施錠している。	全ての職員が「何が身体拘束になるのか」理解し、ユニットの出入り口の施錠が解除できるかどうか検討されることを期待します。	
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止関連法に関する書面の掲示や、会議の議題として取り入れ虐待の見過ごしや、そうなり得る環境になっていないか注意し、防止に努めている。また、入居者間でも、そうなり得る環境にならないように注意し、防止に努めている。			
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	成年後見制度に関しては、月1回のケアプラン時に必要に応じて伺う。			
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	入居前の検討資料で料金表を県の指導に準じて配布し説明している。又、契約時、説明項目のリストを配布し説明が適切にわかりやすく伝わっているかというチェックリストを使用している。			
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並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	速やかに報告を行い会議にかけ、家族と面接し改善案を検討し対応している。それでも改善されない場合においては、国連や区役所の連絡先を明確に書面にて手渡している。市と区の担当者と協議し調整できる仕組みになっている。	家族会はないが、利用者や家族の意見、要望はケアプランの説明時や面会時に聞いたり、メールで情報交換したりしている。運営推進会議でも家族代表の意見を聞き、運営に反映させている。意見を受けてクリニックへの質問や回答を家族が直接行うようにした事例がある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	運営者や管理者への意見、要望はユニットリーダーが意見をまとめ報告することで、反映させるなどの努力をしている。また個人的な意見なども、管理者に気軽に話す事が出来るよう配慮している。	職員間の連絡帳があり、意見交換や提案をし、閲覧印を押して確認している。ユニットごとにワーカー会議を2ヶ月に1度ほど開催し、出された意見を皆で話し合い、改善につなげている。話があればいつでもユニットリーダーに話せる環境になっている。	
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	個々の仕事への希望や目標設定を明確にし、管理者は支援しており、働く楽しさや目標達成を通してバーンアウトを防いでいる。		
13		職員を育てる取組み 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	認知症、介護概論のついての研修を受講することをホームとして推進しており継続的に参考文献の紹介やOJTなどの計画と実行などの具体的な研修プランが出来ている。		
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つくり、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組みをしている	ブロック会の参加や研修の参加、又、他施設や学校関係の実習生受け入れを多く取り入れ、交流する機会を持つと共に、ネットワーク作り、情報共有する中で質の向上に努めている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談担当の専門職員（介護支援専門員）が、入居前面談に必ず訪問し（もしくは施設見学時）基本的には入居まで、必要があれば入居後も一貫した関わりを持つ中で、信頼関係を構築しつつ、意見、希望等が聴取しやすい環境を作れるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談担当の専門職員（介護支援専門員）が、インテーク面接から基本的には入居まで、必要があれば入居後も一貫した関わりを持つ中で、信頼関係を構築しつつ、意見、希望等が聴取しやすい環境を作れるよう努めている。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談担当の専門職員（介護支援専門員）が、相談時のその方にあったサービス、社会資源を説明、案内が出来るよう、また、当事業所では提供できないサービスの際には他事業所を紹介できるよう、他事業所とのネットワークを広げるよう努めている。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者個々の喜び、悲しみ等や変化を感じ、また、スタッフ自身が楽しむ事、お互いが豊かになるということを、日々の業務や研修を行なう中で繰り返し伝えている。ワーカーの個人的な悩みなどを相談する事で、利用者様からの助言をいただくなど、お互いが学び、支えあう関係を築いている。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	『認知症』は家族の病気として伝え、一緒にケアを行なう協力を得ると共に、行事・企画の際に一緒に計画を立て、準備を一緒に行う事で、共感し合える機会を増やす努力を行なっている。ケアプラン実施の際に、ご家族様にも行なえる範囲でのケアへの参加を促している。		
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	兄弟、親戚、知人等の来所、手紙を頂く事、または手紙を出す事、訪問等を、ご本人、ご家族に負担の無い範囲で計画を立てるなどの支援を行っている。希望によっては、居室に電話を引き馴染みある人と連絡が取りあえる環境を作っている。	使い慣れた馴染みの家具を持参したり、馴染みの品を居室扉の横の「メモリーボックス」に飾っている。知人の訪問があればゆっくり滞在できるようにお茶を出すなどして配慮している。これまでの人間関係継続のため、日常の電話の取りつぎや、手紙、年賀状のやり取りの支援を行なっている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	自己選択・決定を基にグループワーク・音楽療法を活用し、所属欲求を満たす中で、利用者同士が関わり合い、支えあいが行えるように配慮を行い、ケアを実施している。職員が入居者同士の人間関係を理解しており、トラブルを事前に回避していくと共に、関わり合い、支えあいが行えるように配慮している。		
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	サービス終了者は家族の方などサービス利用以外の方の福祉の相談にのるなど、関係を広げる関りを行なっている。		
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。	出来る限り本人の自己決定のもと生活を支援しているが、認知状態が低下した人など、行動観察やケースワークやグループワークを行いながら、個々の欲求をアセスメントし、その人らしさを重点に置きプランに反映し、家族とも検討している。	職員は居室担当制だが、利用者の様子は経過記録に記入し職員間で共有して、全員で観察している。行動観察では、態度、表情、服装、行動などを観察し、利用者の思いを読み取り、個々の意向の把握に努めている。	
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	職員が本人にとって大切な経験や出来事を知り、その人らしい暮らし方を理解しプランに反映している。		
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	看護、医療との連携を行ないながら、多角的に日々の心身状態、有する力の状況をアセスメントしデータ入力している。また、日々の身体状態の変化を、常に申し送り、連絡帳等で情報を共有している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	入居時のアセスメント、月一回のケアプランを作成。職員には情報の公開、交換を義務付けており、またMDS2.1アセスメントを学び入居者の変化をケアプラン作成に生かしている。家族説明を実施、対応に関しては家族を含めカンファレンスを行い現状に則した計画を作成している。	職員は、入居者の医学的情報や、言葉、行動などの観察情報を課題分析ツールに入力し、本部と共に全員が情報を共有している。これを基に介護計画を作成し、家族に説明して同意を得ている。介護計画は、概ね6ヶ月ごとに見直すが見直しにより随時見直している。		
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	毎朝の朝礼時に個別報告にて情報を共有、また日々の気づきや変化を全て職員がメロウフレンド・ケア記録や連絡帳を活用する中で情報共有している。			
28		一人ひとりを支えるための事業所の多機能 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	ご本人やご家族様の状態、状況の把握に職員は努め、要求に応じた支援が行えるようケアに努めている。			
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	運営推進会議から地域への呼びかけや、地域ケアプラザの行事に参加、避難訓練などの行事を行っている。また、ボランティアが中心としたフラワーアレンジメントを行っている			
30	11	かかりつけ医の受診診断 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	2週間に1回の往診を行っており、状態変化時等の必要時や、家族様の希望にて状態を知りたい際には調整を行い、家族様の希望を医師に伝えるなどの連携の支援を行っている。また、希望によって、入居以前からのかかりつけ医に受診できるよう支援している。	入居前からのかかりつけの眼科に通う方がいて、定期受診には職員が対応している。内科については、ほぼ全員が協力医にかかり、月に2回の往診を受けている。受診結果のコピーは家族に送付し、情報を共有している。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		<p>看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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</p>	<p>看護、介護が連携し協同する24時間システムになっており、入居者をよく知る看護職員が体調の変化時にはすぐに電話にて状態をつたえられる環境がある。必要に応じ、状態を見に来るようになっており、日常の健康管理から急変時の対応まで積極的に行なっている。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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</p>	<p>環境不適應による認知症の進行を防ぐため、可能な限り短期間での入院で済むよう連携を行なっている。術前検査をホーム内で行ない、退院後のリハビリを接骨院で行うことで入院期間の短縮に努めている。</p>		
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>月1回のプラン説明で終末期のあり方について定期的にご家族と話し、希望内容をアセスメント表に残すなどの対応を行い、方針を共有している。ご家族の希望によっては、現在ターミナルケアを行っている当法人内の別事業所への転棟も可能な状況であり、かかりつけ医、看護職員とともにターミナルケアを行なえるよう準備を行なっている。</p>	<p>入居時に終末期医療と介護について説明し、ターミナルケアの希望確認をしている。重度化した場合、24時間医療機関と連絡できるようになっている。医者や看護師の意見、家族の希望などをアセスメントに書き込み、方針を共有して支援している。これまでに多くの看取りを行った事例がある。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>勉強会などで吸引機の使い方や、意識レベルの図り方、バイタルサインの取り方等、急変時の対処方法を実際に使える定期的に見直し、練習等を行なっている。</p>		
35	13	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>消火器位置や避難経路、非常時の際の連絡に関して避難訓練を通して把握、練習を行なっている。又、自治会や近隣等、地域事業等に参加関係を深めている。</p>	<p>3月には消防署と地域住民の参加を得て、火災を想定した大規模な避難訓練を行った。10月には夜間を想定した訓練を実施した。1月に行われる地域の防災訓練に職員が参加する予定である。非常用備蓄として水の用意はあるが、食料品は同一法人のレストランに、消耗品は業者が取り置きしている。</p>	<p>災害時を考えて、水の備蓄と共に食品や日用品、医療品なども身近なところに備蓄し、災害時の備えをより充実されることを期待します。</p>

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	一人ひとりの人格の尊重とプライバシー 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	ケースワークやグループワークを行ないながら、個々の欲求をアセスメントする中で、その人らしさを重点に置きプランに反映したり、家族とも検討している。日々、一日の予定を入居者に相談し、一緒に楽しく暮らせるようにしている。	採用時の新人研修では接遇の研修を受けている。言葉かけは丁寧かつ穏やかで、利用者を尊重した態度で接している。11月にはマナーの研修を行うことになっている。	
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	入居者個々の自己決定、選択を大切にし、対応可能な限り尊重している。入居者の希望をかなえられるように、一日の予定を相談し一緒に考える機会を作っている。		
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	個々のペースを大切にし、利用者本位のケアが行なえるよう、日々努めている。また、研修や勉強会にてその人らしい暮らしがどういったものが、振り返れる場を作り、スタッフに学ぶ機会を与えている。		
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、化粧品等は本人が使っていたものの、好む色などをご家族様に準備頂いている。気分転換をかねて、近隣の美容院での整容が可能な状態であれば、行えるよう、調整を行っている。また、一緒に服を選ぶなどをしてお洒落を楽しんでいる。		
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	バックグラウンドによる嗜好の確認と活用。管理栄養士の献立作成、栄養療法の実施。また、軽作業療法として可能な限り調理への参加を促している。	食材は法人から配達され、調理担当の職員が手作りしている。献立は法人の管理栄養士がたて、アセスメントをもとに利用者の状態に応じて治療食（糖尿病）やきざみ・とろみ食などの対応をしている。誕生日にはケーキを提供している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	食事カロリー、摂取量、1日のトータル水分量、などの基本情報が共有して活用されている。又、体重変化や血液検査の状態により客観的に体の状態を把握し、更に食習慣やその日の状態に合わせた食事や水分の摂取が出来るように支援している。		
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に、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	個別に応じた口腔ケアの方法を用い、口腔状態の改善に努めている。また、定期的に歯科衛生士による口腔状態の把握、ケアを実施している。		
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向けた支援を行っている	排泄パターンを掴み、誘導時間の変更を検討する事をケアプラン作成時に行っている。可能な限り、布パンツや尿取りパット、より小さいパットを検討するよう、ケアプラン作成時に失禁用具の変更を検討している。	排泄のチェック表をつけて時間や利用者ごとの排泄パターンにあわせ、観察しながら声かけをしている。トイレ内部は広く、車椅子介助ができる十分なスペースがある。紙パンツを使用していた方が、布パンツとパットに移行できた事例がある。	
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	栄養士による栄養療法、水分摂取量の把握と、起床時に水分を取っていただく、生活リズムを整える、運動、入浴、腹部マッサージ、ハーブの使用など便秘の解消に努めている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入居者の希望を確認しながら、時間・回数は、状態に応じて実施している。認知症発症以前やそれ以降の情報を家族様から頂きケアに生かしている。	基本的には週2回の入浴を実施している。職員が様子を見ながら自力で入浴している方もいる。浴室は個浴で広く、バリアフリーで車椅子での移動や介助がしやすくなっている。1階の浴室には特殊浴槽があり、要介護度の高い利用者に対応している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	居室はもちろん、リビングにおいてもソファと一人用の椅子など複数用意し、テレビ前や窓際など居室以外でもゆっくりとした休息が取れるよう支援している。日中を通じて夜間の熟睡につながるケアを心掛けている。		
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	医務係という係を設置し服薬内容に変更があった際には全スタッフに周知するようにしている。スタッフカウンターにファイルを作成し、効用や用法などを明記し誰もがみれる環境を整えている。新しい薬を服薬し始めた際には最低7日間はや観察期間と定め、状態把握に努めている。		
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	個別ケアプランにて、本人の生活歴、現在の希望にあったアクティビティや予定を立て、気分転換や楽しんだ生活が送れるよう努めている。		
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。また、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	希望に添って、また、ご家族の希望に添って戸外に出られるようにしている。個々の居室の窓際からベランダに出られるようなつくりになっており、歩行訓練や日光浴、外気浴が行えるようにしている。また、晴れた日は希望により、毎日散歩へ出かけている。	天候の良い日は、職員が付き添ってほとんど毎日散歩している。車椅子の方も体調を見ながら一緒に出かけている。地域ケアプラザの体操に職員と一緒に通っている利用者がいる。外出が困難な方は、ベランダやガーデンで日光浴ができる。	
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	A D L、認知状態の悪化により、金銭管理を含めた自己管理が困難な入居者に対してはスタッフが管理しているが、希望や所持していない事で不安要素になる方には所持していただいている。又、入居者と一緒にお金をつかえるような時期をあえて作り、支援をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	手紙や、電話は居室で自由に利用できる。代筆なども希望により職員と一緒に言うが、困難な入居者に対しては、本人に了解を得て文面を読んだり、代筆を行い返答することもある。		
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	親しみやすいもので整え、認知症改善に向けた照度や色合い、ROに配慮した装飾を意識している。	共用空間の玄関ホールや廊下、階段、居間などは天井が高くゆったりしている。居間の窓は開放的で明るく、日当たりも良い。テーブルには近隣の方から頂いた鉢植えの花が置かれ、ソファーや大きな椅子でくつろげる。清掃は日勤の職員が行っている。	
53		共用空間における一人ひとりの居場 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	建物上、リビングとダイニングの分離が困難であるが、ソファの配置を工夫することで、食事と団樂の場を区別した空間作りを行っている。		
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	在宅時から使っていたものや、好まれるものなどを持ち込みいただき、在宅時に近い生活空間を整え、環境変化による混乱や不快感の軽減が図られるよう、ご家族の協力を頂きながらご本人が居心地よく過ごせるよう工夫をしている。	各居室には十分な収納スペースを持った背の高いタンスが設置されている。利用者は使い慣れた机や椅子、写真や本、表彰状など馴染みの品を持ち込んでいる。各居室からベランダに出られるようなつくりで、ベランダで鉢植えの植物を育てている利用者もいる。	
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」や「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	身体機能の活用・人間が本来持つ感覚に対し刺激が与えられるように心理的、身体的に対するハード面に工夫をこらしている。リスクを生じるがスタッフがそれを把握することで活用・事故防止につなげている。また、月1回のモニタリング、及びアセスメントの実施にて個々の残機能の把握や活用を行い、自立支援を行っている。		

事業所名	附属 グループホーム夢美
ユニット名	ユーモス棟

アウトカム項目	
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くらいの
	3. 利用者の1/3くらいの
	4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9,10,19)	1, ほぼ毎日のように
	2, 数日に1回程度ある
	3. たまに
	4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	事業所独自の理念を掲げており、朝礼時やケアを行う日常の中でケアの方向性や目的が話され、具体的に目標とされている。運営理念を文章化し明確にして、いつでも確認できるようにすると共に、壁などに掲示し体现できるよう取り組んでいる。		
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員として日常的に交流している	地域事業、行事には職員も積極的に参加している。また、講習会や、ポスターなどを通じて働きかけを行っている。地域ケアプラザの企画に参加している。		
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	見学は積極的に受け入れ、よりグループホームの機能を理解していただけるように配慮している。研修の受け入れも実施。又、認知症に対する家族相談を見学も含め常時取り組んでいる。		
4	3	運営推進会議を活かした取組み 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	2ヶ月に一度、運営推進会議を開催している。施設の状況報告や行事のお知らせなどをお伝えしている。地域からの情報を入居者へのサービス向上に役立てるよう情報を入居者、職員に伝えている。		
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	市からの情報を事務所掲示板に貼り共有している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる</p>	<p>身体拘束はない。身体拘束がどういったものを指すのか、必要に応じ資料の回覧、勉強会、業務内にてユニットリーダーまたは計画作成担当者より指導を行なっている。</p>		
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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</p>	<p>高齢者虐待防止関連法に関する書面の掲示や、会議の議題として取り入れ虐待の見過ごしや、そうなり得る環境になっていないか注意し、防止に努めている。また、入居者間でも、そうなり得る環境にならないように注意し、防止に努めている。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>成年後見制度に関しては、月1回のケアプラン時に必要に応じて伺う、もしくは、家族から聞かれた際にすぐに説明できるようにパンフの用意もある。直接話す機会を設け説明し、必要な方には活用できるように支援している。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>入居前の検討資料で料金表を県の指導に準じて配布し説明している。又、契約時、説明項目のリストを配布し説明が適切にわかりやすく伝わっているかというチェックリストを使用している。</p>		
10	6	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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</p>	<p>速やかに報告行い会議にかけ、家族と面接し改善案を検討し対応している。それでも改善されない場合においては、国保連や区役所の連絡先を明確に書面にて手渡している。市と区の担当者と協議し調整できる仕組みになっている。</p>		



自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	運営者や管理者への意見、要望はユニットリーダーが意見をまとめ報告することで、反映させるなどの努力をしている。又、定期的に全職員に対し、運営や会社全体に対する意識調査を実施している。また個人的な意見なども、管理者に気軽に話す事が出来るよう配慮している。		
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	個々の仕事への希望や目標設定を明確にし、管理者は支援しており、働く楽しさや目標達成を通してバーンアウトを防いでいる。異動や離職にて人員が変化する場合においても勉強会や自己覚知の研修を受け専門性をもって現場へ入るなどのシステムをとっている。		
13		職員を育てる取組み 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	認知症、介護概論のついての研修を受講することをホームとして推進しており継続的に参考文献の紹介やOJTなどの計画と実行などの具体的な研修プランが出来ている。		
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つくり、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組みをしている	ブロック会の参加や研修の参加、又、他施設や学校関係の実習生受け入れを多く取り入れ、交流する機会を持つと共に、ネットワーク作り、情報共有する中で質の向上に努めている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談担当の専門職員（介護支援専門員）が、入居前面談に必ず訪問し（もしくは施設見学時）、から基本的には入居まで、必要があれば入居後も一貫した関わりを持つ中で、信頼関係を構築しつつ、意見、希望等が聴取しやすい環境を作れるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談担当の専門職員（介護支援専門員）が、インテーク面接から基本的には入居まで、必要があれば入居後も一貫した関わりを持つ中で、信頼関係を構築しつつ、意見、希望等が聴取しやすい環境を作れるよう努めている。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談担当の専門職員（介護支援専門員）が、相談時のその方にあったサービス、社会資源を説明、案内が出来るよう、また、当事業所では提供できないサービスの際には他事業所を紹介できるように、他事業所とのネットワークを広げるよう努めている。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者個々の喜び、悲しみ等や変化を感じ、また、スタッフ自身が楽しむ事、お互いが豊かになるということを、日々の業務や研修を行なう中で繰り返し伝えている。ワーカーの個人的な悩みなどを相談する事で、利用者様からの助言をいただくなど、お互いが学び、支えあう関係を築いている。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	『認知症』は家族の病気として伝え、一緒にケアを行なう協力を得ると共に、行事・企画の際に一緒に計画を立て、準備を一緒に行う事で、共感し合える機会を増やす努力を行なっている。ケアプラン実施の際に、ご家族様にも行なえる範囲でのケアへの参加を促している。		
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	兄弟、親戚、知人等の来所、手紙を頂く事、または手紙を出す事、訪問等を、ご本人、ご家族に負担の無い範囲で計画を立てるなどの支援を行っている。希望によっては、居室に電話を引き馴染みある人と連絡が取りあえる環境を作っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	自己選択・決定を基にグループワーク・音楽療法を活用し、所属欲求を満たす中で、利用者同士が関わり合い、支えあいが行えるように配慮を行い、ケアを実施している。職員が入居者同士の人間関係を理解しており、トラブルを事前に回避していくと共に、関わり合い、支えあいが行えるように配慮している。		
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	サービス終了者は家族の方などサービス利用以外の方の福祉の相談にのるなど、関係を広げる関りを行なっている。		
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。	出来る限り本人の自己決定のもと生活を支援しているが、認知状態が低下した人など、行動観察やケースワークやグループワークを行いながら、個々の欲求をアセスメントし、その人らしさを重点に置きプランに反映し、家族とも検討している。		
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	職員が本人にとって大切な経験や出来事を知り、その人らしい暮らし方を理解しプランに反映している。		
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	看護、医療との連携を行ないながら、多角的に日々の心身状態、有する力の状況をアセスメントしデータ入力している。また、日々の身体状態の変化を、常に申し送り、連絡帳等で情報を共有している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>入居時のアセスメント、月一回のケアプランを作成。職員には情報の公開、交換を義務付けており、またMDS2.1アセスメントを学び入居者の変化をケアプラン作成に生かしている。家族説明を実施、対応に関しては家族を含めカンファレンスを行い現状に則した計画を作成している。</p>		
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>毎朝の朝礼時に個別報告にて情報を共有、また日々の気づきや変化を全て職員がメロウフレンド・ケア記録や連絡帳、気づきシートを活用する中で情報共有している。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>ご本人やご家族様の状態、状況の把握に職員は努め、要求に応じた支援が行えるようケアに努めている。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議から地域への呼びかけや、地域ケアプラザの行事に参加、避難訓練などの行事を行っている。また、ボランティアが中心としたフラワーアレンジメントを行っている</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>2週間に1回の往診を行っており、状態変化時等の必要時や、家族様の希望にて状態を知りたい際には調整を行い、家族様の希望を医師に伝えるなどの連携の支援を行っている。また、希望によって、入居以前からのかかりつけ医に受診できるよう支援している。</p>		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		<p>看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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</p>	<p>看護介護が連携し協同する24時間システムになっており、入居者をよく知る看護職員が体調の変化時にはすぐに電話にて状態をつたえられる環境がある。必要に応じ、状態を見に来るようになっており、日常の健康管理から急変時の対応まで積極的に行なっている。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。</p>	<p>環境不適應による認知症の進行を防ぐため、可能な限り短期間での入院で済むよう連携を行なっている。術前検査をホーム内で行ない、退院後のリハビリをクリニックにある接骨院と行うことで入院期間の短縮に勤めている。</p>		
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>月1回のプラン説明で終末期のあり方について定期的にご家族と話し、希望内容をアセスメント表に残すなどの対応を行い、方針を共有している。ご家族の希望によっては、現在ターミナルケアを行なっている当法人内の別事業所への転棟も可能な状況であり、かかりつけ医、看護職員とともにターミナルケアを行なえるよう準備を行なっている。</p>		
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>勉強会などで吸引機の使い方や、意識レベルの図り方、バイタルサインの取り方等、急変時の対処方法を実際に使える定期的に見直し、練習等を行なっている。</p>		
35	13	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>消火器位置や避難経路、非常時の際の連絡に関して避難訓練を通して把握、練習を行なっている。又、自治会や近隣等、地域事業等に参加関係を深めている。</p>		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	一人ひとりの人格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	ケースワークやグループワークを行ないながら、個々の欲求をアセスメントする中で、その人らしさを重点に置きプランに反映したり、家族とも検討している。日々、一日の予定を入居者に相談し、一緒に楽しく暮らせるようにしている。		
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	入居者個々の自己決定、選択を大切に、対応可能な限り尊重している。入居者の希望をかなえられるように、一日の予定を相談し一緒に考える機会を作っている。		
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	個々のペースを大切に、利用者本位のケアが行なえるよう、日々努めている。また、研修や勉強会にてその人らしい暮らしがどういったものか、振り返れる場を作り、スタッフに学ぶ機会を与えている。		
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、化粧品等は本人が使っていたもの、好む色などをご家族様に準備頂いている。気分転換をかねて、近隣の美容院での整容が可能な状態であれば、行えるよう、調整を行っている。また、一緒に服を選ぶなどをしてお洒落を楽しんでいる。		
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	バックグラウンドによる嗜好の確認と活用。研究所の管理栄養士の献立作成、栄養療法の実施。また、軽作業療法として可能な限り調理への参加を促している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>食事カロリー、摂取量、1日のトータル水分量、などの基本情報が共有して活用されている。又、体重変化や血液検査の状態により客観的に体の状態を把握し、更に食習慣やその日の状態に合わせた食事や水分の摂取が出来るように支援している。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>口の中の汚れや臭いが生じないように、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</p>	<p>個別に応じた口腔ケアの方法を用い、口腔状態の改善に努めている。また、定期的に歯科衛生士による口腔状態の把握、ケアを実施。</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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向けた支援を行っている</p>	<p>排泄パターンを掴み、誘導時間の変更を検討する事をケアプラン作成時に行っている。可能な限り、布パンツや尿取りパット、より小さいパットを検討するよう、ケアプラン作成時に失禁用具の変更を検討している。</p>		
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>栄養士による栄養療法、水分摂取量の把握と、起床時に水分を取っていただく、生活リズムを整える、運動、入浴、腹部マッサージ、ハーブの使用など便秘の解消に努めている。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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ず、個々に応じた入浴の支援をしている</p>	<p>入居者の希望を確認しながら、時間・回数は、状態に応じて実施している。認知症発症以前やそれ以降の情報を家族様から頂きケアに生かしている。</p>		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		<p>安眠や休息の支援</p> <p>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</p>	<p>居室はもちろん、リビングにおいてもソファと一人用の椅子など複数用意し、テレビ前や窓際など居室以外でもゆっくりとした休息が取れるよう支援している。日中を通じて夜間の熟睡につながるケアを心掛けている。</p>		
47		<p>服薬支援</p> <p>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</p>	<p>医務係という係を設置し服薬内容に変更があった際には全スタッフに周知するようにしている。スタッフカウンターにファイルを作成し、効用や用法などを明記し誰もがみれる環境を整えている。新しい薬を服薬し始めた際には最低7日間是要観察期間と定め、状態別ケアプランにて、本人の生活歴、現在の希望にあったアクティビティや予定を立て、気分転換や楽しんだ生活が送れるよう努めている。</p>		
48		<p>役割、楽しみごとの支援</p> <p>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</p>	<p>個別ケアプランにて、本人の生活歴、現在の希望にあったアクティビティや予定を立て、気分転換や楽しんだ生活が送れるよう努めている。</p>		
49	18	<p>日常的な外出支援</p> <p>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。また、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</p>	<p>希望に添って、また、ご家族の希望に添って戸外に出られるようにしている。個々の居室の窓際からベランダに出られるようなつくりになっており、歩行訓練や日光浴、外気浴が行えるようにしている。また、晴れた日は希望により、毎日散歩へ出かけている。</p>		
50		<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>A D L、認知状態の悪化により、金銭管理を含めた自己管理が困難な入居者に対してはスタッフが管理しているが、希望や所持していない事で不安要素になる方には所持していただいている。又、入居者と一緒にお金をつかえるような時期をあえて作り、支援をし</p>		



自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	手紙や、電話は居室で自由に利用できる。代筆なども希望により職員が一緒に行うが、困難な入居者に対しては、本人に了解を得て文面を読んだり、代筆を行い返答することもある。		
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	親しみやすいもので整え、認知症改善に向けた照度や色合い、ROに配慮した装飾を意識している。		
53		共用空間における一人ひとりの居場 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	建物上、リビングとダイニングの分離が困難であるが、ソファの配置を工夫することで、食事と団欒の場を区別した空間作りを行っている。		
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	在宅時から使っていたものや、好まれるものなどを持ち込みいただき、在宅時に近い生活空間を整え、環境変化による混乱や不快感の軽減が図られるよう、ご家族の協力を頂きながらご本人が居心地よく過ごせるよう工夫をしている。		
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」や「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	身体機能の活用・人間が本来持つ感覚に対し刺激が与えられるように心理的、身体的に対するハード面に工夫をこらしている。リスクを生じるがスタッフがそれを把握することで活用・事故防止につなげている。また、月1回のモニタリング、及びアセスメントの実施にて個々の残機能の把握や活用を行い、自立支援を行っている。		