

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	4073000608		
法人名	医療法人 牧和会		
事業所名	ピアッツァ桜台 グループホーム		
所在地	〒818-0064 福岡県筑紫野市大字常松456-2	092-919-2566	
自己評価作成日	平成27年07月11日	評価結果確定日	平成27年09月05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)】

週2回、大正・昭和時代に使用していた馴染みの品々(七輪・おひつ・アイロンなど)を用いて、「懐かしい思い出の会」と称し、利用者の方の思い出話と共に笑顔や言葉を引き出し、楽しいひと時を過ごす時間を設けている。普段あまり自ら話をされない利用者も、昔懐かしい品物を前にすると笑顔をのぞかせ自然と話し始めたり、他利用者の話を聞くことで忘れていたことが思い出され、更に会話も弾むなど、コミュニケーション手段の一つにもなっている。使用する道具は「歴史博物館ふるさと館ちくしの」を2週間に1度訪問し、お借りしている。

【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)】

母体医療法人が、13年前に地域の認知症高齢者が、家族や地域社会との関わりを継続しながら、何時までも安心して暮らせるように開設した「ピアッツァ桜台 グループホーム」である。介護技術の高い職員を揃え、利用者の残存能力を引き出す独自の「回想法」は、利用者が元気な頃の昔に戻り、明るい笑顔で話しかける利用者を見守る家族からは、喜びと感謝に包まれ、ホーム職員との深い信頼関係を築いている。看護師が常勤し、かかりつけ医とホームドクターが連携し、全員介護福祉士の有資格者の職員が、利用者の小さな変化にも素早く対応し、利用者の健康管理は万全のものがある。また、看取り支援については、ホームドクターの協力と家族の希望を、職員全員で話し合い、介護技術をさらに高めながら、利用者の終末期の支援に取り組む「ピアッツァさくら台 グループホーム」である。

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	http://www.kaigokensaku.jp/40/index.php
----------	---

【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 北九州シーダブル協会		
所在地	福岡県北九州市小倉北区真鶴2丁目5番27号	093-582-0294	
訪問調査日	平成27年08月21日		

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 1~57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
58 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:25,26,27)	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	65 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:9,10,21)	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
59 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:20,40)	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	66 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:2,22)	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
60 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:40)	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 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)	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
61 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:38,39)	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
62 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:51)	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	69 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
63 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:32,33)	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	70 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
64 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:30)	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	朝に理念の確認、実践している。地域にホームを知ってもらえるためにも 法人主催の夏祭りの運営、地域の行事に参加し、地域とのつながりを意識しながら、その人らしい生活が継続されることを支援している。また、出来る部分・出来なくなってきた部分を観察評価し、残っている力を大切にした介護を、職員全員で取り組んでいる。	理念は、グループホームの大事な方向性であるので、毎朝の申し送り時に唱和して業務に入っている。家族と共に、利用者の持っている力を大事にしたケア、地域と関わりながら、安心して生活できる環境作りに取り組んでいる。職員が、ゆとりを持って利用者に接する事で、居心地の良い環境、関係を築いている。職員が悩んだり迷ったりした時には理念を振り返り、意識するよう促している。	
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	地域連携運営推進会議では区長・民生員等参加、ホームの活動内容を伝えたり、地域からの情報を得ている。また、ごみゼロ運動への参加・保育所訪問・ボランティアマッサージの受け入れなど定期的に行っている。利用者の状態に合わせ無理のないように配慮し今後も交流を図る予定。	区長、民生委員からの情報を受け、地域の行事や清掃活動に参加している。保育所訪問や建物内の託児所との交流は、利用者の楽しみな時間である。地域で行われる徘徊模擬訓練に職員が参加予定であり、少しずつ認知症の啓発に向けて取り組み始めている。	
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	ごみゼロ運動の参加や夏祭り・保育所訪問など、お互いに理解を深めていけるよう、利用者と共に参加している。筑紫野市内徘徊模擬訓練にも参加予定。また、認知症に関連した地域からの電話相談、来所相談、民生員や区長からの相談、家族からの相談に関し助言を行っている。		
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	現状・企画・苦情・事故などの報告、レクリエーションをおこなう大きな会と、勉強をおこなう小さな会とを交互に開催。会議終了時には、意見・要望がないかを参加者に尋ね、日常のサービス向上に活かせられるよう職員間で、意見交換の場が設けられ実践に生かしている。	会議は、家族が参加しやすいように、2ヶ月毎の第4土曜日に開催し、区長、民生委員、行政、包括の参加がある。日頃行っているレクリエーションを利用者と一緒に体験し、認知症の方に対する理解を深めてもらう大きな会議と、家族の本音を話し合ったり勉強会を行う小さな会議を交互に実施し、参加委員の意見や要望を聴いて運営に反映している。	
5	4	市町村との連携 市町村担当者とは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	2ヶ月に1回地域連携運営推進会議を行い、グループホームの企画・現状報告や日常生活を見学してもらっている。また、利用者の看取り介護についてや成年後見制度についての相談など協力を得ている。必要に応じて、市役所へ出向くなど顔が見える関係性を保ち連携を行っている。	管理者は、行政担当窓口へ、ホームの運営状況や取り組み、事故報告等を行い、指導や情報提供を受け、連携を図っている。また、2ヶ月に1回地域連携運営推進会議を行い利用者の日常生活の見学や各種報告、相談を行う事で、認知症、グループホームへの理解を深めてもらい、協力関係を築いている。	
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「介護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	「身体拘束ゼロ」等の資料を基に拘束による身体的・精神的弊害についての理解や、認知症やコミュニケーションが困難な方についての対応方法などを学んでいる。身体拘束に対する研修の受講後は、伝達講習を行い周知実践に取り組んでいる。混乱や不安が強い利用者に対しては付き添う、一緒に外に行くなどの工夫を行い、安心出来る介護を実践している。	母体法人内研修やホーム勉強会の中で、身体拘束について学ぶ機会を設け、先日スピーチロックについて学び、このような拘束が、利用者にも与える影響について話し合い、具体的な事例を検証し、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。また、利用者一人ひとりへの対応を検討し、工夫を重ねながら、利用者が安心して過ごせる環境作りに取り組んでいる。	
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	虐待とはどのような行為が当てはまるのか、言動や行動の振り返りなど研修を行っている。家族面会時には声掛けを行い、異常の早期発見に努めると共に、外泊後等ご家族の心身の状態にも注意を払い、利用者との関わりが家族の負担となりすぎないように注意している。必要時は主治医へ状況報告し、助言していただくこともある。		

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
8	6	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	相談があった際、職員がいつでも説明出来るように権利擁護・成年後見制度に関するパンフレットを用意している。又資料等を使用しながら職員全員で研修を行い、時に社会福祉士に説明を受ける機会を設け理解に努めている。家族に何かあった時の為にも、事前に制度の説明、入居後も会話の中で制度についてお伝えするともある。	日常生活自立支援事業や成年後見制度の資料やパンフレットを用意し、勉強会を開催し、職員全員が制度の重要性や内容について理解を深めている。利用者や家族から相談があれば、制度の内容を説明し、申請機関へ繋ぎ活用出来るよう支援している。	
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	契約書は必ず事前に読んで頂き、その後疑問や不安等ないか尋ね、十分に理解・納得をされたところで契約書にサインをしていただいている。改訂時も同様に行っている。		
10	7	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	家族面会時には職員から声掛けをおこない、話しやすい雰囲気作りを行っている。意見や要望が言えるよう配慮し、お互いが要望等伝える事でサービスの向上に繋げている。また、長期入院の方や退去後の相談も気軽に出来るように配慮している。ふれあい箱も設置。苦情相談窓口の案内や契約内容等を掲示している。	利用者と共に過ごす中で、利用者の思いや意向を聴き取っている。家族の面会時には必ず話をして、意向は意識して聴くようにしている。その内容を踏まえて、利用者の介護計画やホーム運営に活かせるように努力している。また、入居時に、少なくとも月に1回の面会をお願いし、ホーム理念である、「家族と共に」の実践に繋げている。	
11	8	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	カンファレンスに参加し意見を聞く環境がある。また、月1回運営会議にて代表者に対し意見を述べる機会があり、反映する事が出来る。管理者は毎朝の朝礼時や業務中に、職員の意見を聞き入れる体制が出来ており、企画等の提案など個別に相談を受けている。	管理者は、職員の意見を日常的に聴いている。業務日誌を基にした引き継ぎ時に情報の伝達を徹底し、共有に努め、話し合いが必要なものについてはその都度会議を行なっている。看取りの方向性等について話し合い、管理者は併設施設を含めた全体での運営会議の中で報告を行う等、職員の意見、提案を反映させている。	
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	労働時間や職場環境など配慮されている。職員の休暇の希望についても配慮がある。		
13	9	人権尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また、事業所で働く職員についても、その能力を發揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している	年齢・性別に於ける排除はなく、慣れないスタッフに対してはプリセプターの活用を計画的に行われている。また、法人内では新人オリエンテーションの年間研修体制が整っている。法人内研修や、外部研修にも参加する機会がある。福利厚生では職員のクラブ活動もあり、野球・登山・釣り等に参加し、翌日からの仕事に対する意欲を高めている。	職員の採用は法人本部で行っているが、年齢、性別による排除はしていない。採用後は、法人内の新人オリエンテーションの年間研修の受講を始め、月に1、2回の法人内研修、外部研修受講により、スキルアップ出来る環境が整い、職員は向上心を持って取り組んでいる。また、職員のクラブ活動等、福利厚生が整い、リフレッシュしながら働く事ができ、職員の離職はほとんどなく、定着している。	
14	10	人権教育・啓発活動 法人代表及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる	研修の機会があり、常に意識し業務にあっている。権利擁護や論理的配慮等について年間予定で研修が組んであり、日々のケアの中では、職員が気付かずに使っている不適切な言葉づかい等についても、周囲の職員同士でも注意し合える環境を作っている。	法人内研修等、人権について学ぶ機会を設け、職員への意識づけを行っている。ピアッツァの理念である、その人らしさを大事にししながら生活の質を高める事を目指している。日々のケアの中で、職員の言葉遣いに違和感を感じた時には、その場で、「今のはちょっと」と注意し合う事が出来る環境である。	

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
15		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	教育委員会があり、新人の教育プログラムがある。また、月2回以上研修が行われており、医師会など地域で行われている研修(認知症セミナーなど)に関する情報もあり、勉強を行える環境がある。		
16		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	電話などあり、相談を行う事で同業者の意見を聞く事が出来ている。		
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
17		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	認知症のある方は、混乱や不安に陥りやすい為安心できる環境と、話やすい雰囲気を作りながら、その中で困っている事などに耳を傾けるように努めている。		
18		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	挨拶・声掛けなどスタッフ側から行うよう心がけている。また、居室にて利用者も交えて日頃の様子を伝え意向を聞き、場合によっては利用者の居ない所で要望の確認をしている。		
19		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	利用者本人・家族の意向をよく聞き、どのようにしたら暮らしが良くなるのかスタッフ間で意見を出し、支援方法を見極めている。状態変化がある時は、随時ケアプランの見直しをカンファレンスで行い、修正した際は家族・本人の了承同意を得て実施、再評価を行っている。		
20		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	利用者の好きな事や趣味・生活歴に関する情報のもとで、教えてもらう・さりげなく褒めるなど行いながら関係を築くように勤めている。生活の中では、衣類を選ぶ、野菜と一緒に育てる、花を生ける、梅干の漬け方を教わり一緒に漬けるなど、ご本人の主体性を尊重したその人らしい暮らしを支援している。		
21		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	現在の状態を家族に伝え、家族が元から行っていた支援方法の活用、利用者の得意な事を聞き介護に生かすなど情報の共有。職員より言葉を交わすことで家族が安心して相談出来るように配慮している。また、利用者の状態変化に合わせて家族と話し合いながら、補助具、軽運動、補助食などの検討を行っている。		

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
22	11	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>利用者の家や家族、昔住んでいた地域の様子、友達の写真を依頼し、利用者と一緒に昔を振り返っている。友人に電話や手紙、はがきなどを送るよう支援し、利用者の仕草やサインから思いや希望を汲み取り家族に伝えている。友人や親戚などいつでも面会に来やすいような雰囲気作りを心掛け、面会なども受け入れている。</p>	<p>「昔からそこに行ってるから」と、家族同伴で馴染みの美容室に出かけたり、自宅への外泊や墓参り等、馴染みの人や場所との関係を大切にしている。また、昔からの友人が面会に来られ、話し込まれて帰られる事もあり、いつでも面会に来やすい雰囲気作りに気を配り、面会者にはまた来て頂けるよう声掛けを行っている。</p>	
23		<p>利用者同士の関係の支援</p> <p>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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている</p>	<p>それぞれの関係性を把握した上で、席の配置をしたり、状態・状況に合わせてホールで過ごされる際に、その都度調整するなどスタッフが介入する事もあるが、利用者同士が会話の中でお互いに誘い合う場面もある。</p>		
24		<p>関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p>	<p>状態変化により入院や、施設等に行かれても、グループホーム入居希望や他施設の情報を求められる事がある。その際は十分に話を伺い情報提供や、検討を行っている。</p>		
<p>、その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</p>					
25	12	<p>思いや意向の把握</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの性格や生活歴から、本人が何を望まれているのか、どのような思いを持っているのか等を探り、本人の意思を尊重する事を忘れないように支援を行っている。毎日の関わりの中で仕草の違いから思いや意向が見えてくる場合もあるため、その際は家族にもお伝えするよう勤めている。</p>	<p>利用者に関わる時間を出来るだけ多く持つように努め、会話の中で発せられた言葉や、「何が食べたい？」との職員の問いに、「ラーメン」「寿司」と返された言葉を、利用者の大事な意向と捉え、その実現に努めている。言語表現が難しい方に対しては、身振り手振り、表情等から思いを汲み取り、本人本位に検討している。</p>	
26		<p>これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p>	<p>入居までの状況を情報紙に記載。高齢者カンファレンス、包括支援センター、居宅介護支援事業所など関係者からの情報収集を行うと共に、本人や家族より生活の状況などの情報を聞き取るようにしている。また、ご家族ならではの促し方などを確認し、支援に反映している。</p>		
27		<p>暮らしの現状の把握</p> <p>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</p>	<p>過ごし方など毎日記録を行い、日々の記録から、いつもと異なる行動や状態の変化に気がついた場合など、必ず引継ぎを行っている。また、いつもと異なる変化は職員全員が把握出来るように、特記として引継ぎ簿に記載している。</p>		
28	13	<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、一ヶ月後、その後三ヶ月ごとと状態変化時に見直す。その人らしい生活が出来るよう本人、家族からの聞き取り。作成した計画書案は、職員の意見も反映するために、情報共有を行う機会がある。必要に応じて、薬剤管理の指導をお願いするなど他職種の協力も得たケアプランを心掛けている。</p>	<p>利用者、家族への聴き取りを基に、カンファレンスやモニタリングの中で出された職員の気づきや意見を参考に、利用者本位の介護計画を3ヶ月毎に作成している。また、計画の実施状況や目標達成状況を確認し、達成できた事は除去し、次の目標を追加する等、結果を踏まえた介護計画の見直しをその都度行っている。</p>	

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		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	パソコンを利用し日々の記録がある。また、朝カンファレンスにて情報の共有を行い、利用者全員のケアプランはいつでも最新が確認出来るようファイルで綴じ、必要時には直ぐに確認検討できる様にしている。		
30		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	希望時は、家族が付き添いが出来るようベット等の寝具を準備しており、外泊・外出希望なども対応している。受診は家族の協力を得て行う事が基本ではあるが、家族や本人の負担軽減の為にスタッフが同伴したり、往診を取り入れるなど、状況に応じた支援や提案を行なっている。		
31		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	市の施設(ふるさと館やカミーリヤ)に同伴して昔の懐かしい家事道具や書物、写真・高齢者向けのゲーム等を借り支援を行っている。また、敬老会に招かれたり、お祝いの品が直接届けられたりと、地域の方との交流も図っている。		
32	14	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	通いながれた主治医に継続通院していることが多い。家族とともに利用者の状態を把握していくことを大切にしており、家族が同伴出来ない場合や直接Drと情報交換したい時は、職員も受診に同伴し日々の状態報告や相談を行う。状況に応じ、かかりつけ医の往診を依頼し、適切な医療を受けられるように支援している。	利用者や家族と話し合い、かかりつけ医とホームドクターの選択をして貰い、原則、家族対応の受診をお願いしている。家族での対応が難しい場合は職員が同行し、主治医と情報交換を行い、受診結果は家族に伝え共有している。また、ホームドクターの定期的な往診と、看護師、介護職員が連携し、安心して適切な医療が受けられる体制を整えている。	
33		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	いつもと状態が変わっていたり、バイタルサインの異常がある場合など、すぐ看護師へ相談している。必要に応じ家族へ連絡、主治医へ状態報告、受診を行っている。		
34		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。	入院に際しては、同行し情報の提供をおこなったり、同行できない場合には添書を作成し、切れ目のない支援が行なわれるように配慮している。また、入院後の情報を家族や病院に確認。場合によっては入院された病院に訪問を行っている。		
35	15	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	入所契約時に本人・家族に説明し理解をえている。ホームでのターミナルケアについての説明を書面で行い、希望を伺う事を知らせ、希望時には運営会議で検討すること説明している。かかりつけの病院や主治医・本人・家族と、相談・情報交換を行いながら方針の共有・支援に努めている。	契約時に、重度化や終末期の指針に基づいて利用者、家族に説明を行い、承諾を得ている。利用者の重度化に伴い、家族と密に話し合い、主治医の意見を聞いて今後の方針を確認し、終末期の医療、介護体制を整え、利用者が1日でも長くホームで暮らす事が出来るよう支援している。家族の強い希望があり、職員の思いが伴った事から、初めての看取り介護に向けて、体制作りを始めている。	

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
36		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	救急時のマニュアルに添い、対応出来るように定期的に研修会を行っている。研修会后、実践を意識したシュミレーションを行っている。		
37	16	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	法人内の協力体制があり、実際に通報・火災訓練・避難訓練を年2回行い、昼・夜と設定を変えて対応出来るよう努め、年1回は消防署参加のもと指導・意見を仰いでいる。また、備蓄に関しては、協力業者に依頼。常時用意している。	年2回、昼夜想定避難訓練を行い、1回は消防署の参加を得て実施している。通報訓練、水消火器を使った消火訓練、避難訓練を行い、併設事業所の職員との協力体制や、非番の職員との連絡網の整備も出来ている。また、非常食の備蓄については、協力業者が一括して用意している。	
、その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
38	17	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	仕事や趣味、性格など家族より情報を得て職員よき先輩である事を理解し、常に言葉遣いには注意している。排泄確認の際は他利用者には知られないように気配りし、介助の際も露出を少なくするなど意識している。消臭剤や芳香剤も利用し臭いにも配慮している。居室のドアには暖簾を設置しプライバシーを確保。ポータブルトイレを使用する際も暖簾がある事で目隠しとなるよう、一人ひとりの羞恥心への配慮をおこなっている。	利用者のプライバシーを守る介護サービスの提供に、職員全員が知恵を出し合い工夫して取り組んでいる。また、排泄、入浴介助時には、特に注意して、利用者のプライドや羞恥心に配慮した言葉かけや対応を行っている。また、利用者の個人情報の記録は、鍵をかけて書庫で保管し、職員の守秘義務については、管理者が常に説明し、職員全員に周知している。	
39		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	日常生活の中で衣服の選択や入浴の希望、ご飯の量や取り入れてもらいたい企画内容等、利用者が希望を表出しやすいような言葉かけを心掛けている。外食に行きたいなど希望があるときには、利用者の希望を元に計画し支援を行っている。		
40		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	企画など予定日は利用者の都合を優先し、職員が個別に対応出来るように計画している。入浴・散歩・食事なども利用者の状態に合わせて行い、無理の無いよう希望に添って支援している。		
41		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	普段着ていた洋服を持参するよう依頼。訪問理容もあるため家族・利用者と相談しそれぞれの要望が理容師へ伝わるよう介入している。外出の際化粧を促す。日々化粧の習慣があるが、落とすことを忘れてしまう利用者や、化粧水を使用する習慣のある人に対する支援なども日々おこなっている。		
42	18	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	盛り付け、配膳、片付けなど利用者の能力に合わせて、手伝ってもらっている。職員も一緒に食卓を囲み同じ食事を摂りながら、楽しい雰囲気を作るよう心掛けている。利用者は、それぞれの能力に合わせて役割を担っている。調理については利用者と一緒に作ることができる内容のものを企画しおこなっている。	食事は、カロリー計算された献立を基に、調理専門業者が、ホームのキッチンで調理を行う形で提供している。お皿洗いを自分の役割として手伝う利用者もいて、それぞれの力に応じた関わりを支援している。3つのテーブルに職員が一人ずつ入り、楽しく会話しながら、同じ食事を一緒に食べている。また、利用者の希望を聴いて、外食したり、お寿司の出前を取る等、食事が楽しめるよう工夫している。	

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
43		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	一日の総カロリーを計算し年齢・摂取状態に合わせて主食の量を増減している。水分摂取に関しては利用者のより工夫や促しが必要で、各々にあった対応を家族とともにやっている。1日6回以上の飲水声掛け時間あり、飲水量が少ない方に関しては、声掛けを多くするなどの配慮を行っている。		
44		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	毎食後に歯磨きを行ってもらい、磨き残しがある方は介助を行っている。夜間も必要に応じて義歯洗浄の介入を行い、口腔内の清潔が保てるよう支援している。		
45	19	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	排泄チェック表により利用者の排泄パターンや尿意便意の把握。それぞれにあった誘導方法の検討後、ケアプランに反映評価をおこなっている。また、下剤内服にて排便が夜間にかからないように内服時間の支援。職員間で情報共有し、本人や家族と相談を行いながら意向に沿って支援している。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、尿意、便意の感覚があるうちは、それぞれに合った誘導を行い、夜間もポータブルの利用やトイレに誘導する等して、出来るだけ、トイレでの排泄の自立に向けた支援を行っている。オムツの方についても、定時で声掛けしての交換や、小さいパットに替えてみたり、パットを組み合わせたりしながら、その人の状況に合わせて対応している。	
46		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	毎日の水分摂取・適度な散歩・腹部マッサージ・運動等便秘予防に心掛けている。利用者の状態に合わせ、排便が2日から3日ない時点で腹部の状態を確認の上、処方された便秘薬の内服検討、排泄状態を確認している。排泄を忘れてしまう利用者は、排泄時職員が直後に声をかけ確認するなどの対応を行い、排便の把握が出来るよう対応している。		
47	20	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	ホームスケジュールとして入浴時間を設けているが、希望時は入浴できる。個々の内科疾患により入浴日を決める場合もあるが、あくまで目安であり、その日の状態や利用者の希望にあわせ、臨機応変におこなっている。入浴が楽しめる工夫として、入浴剤を入れたりラジオをつけたり、日曜日には、併設施設の温泉へ出向いたり楽しめるように工夫している。	毎日入る方、身体状況に合わせて1日おきの方、清拭を採り入れている方等、利用者一人ひとりに沿った入浴の支援に取り組んでいる。浴室にラジオを持ち込んだり、歌を歌ったりして、入浴を楽しめるよう工夫している。また、日曜日は、併設施設の温泉を利用する事もあり、利用者の気分転換となっている。	
48		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	利用者の睡眠状態に合わせ、就寝の援助を行っている。また、状態に合わせ枕の高さ調整やベッドをギャッチアップをしたり、季節と本人の希望に応じた寝具を家族に依頼するなど、安心して快適に眠れるよう支援している。高齢で休息が必要と思われる方は昼寝をしてもらうこともある。		
49		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	利用者の服薬状況が分かるようにDIメモをフォルダーに綴じており、いつでも確認出来るようにしている。またきちんと服薬出来るように、薬の形状についてや管理について薬剤師へ相談・協力してもらったり、個々の状況に合わせた服薬の介助、きちんと嚥下できたか最後まで見守り確認を行っている。副作用と思われる時は随時状態を主治医に報告し連携をとっている。		

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
50		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	入居契約時に家族や利用者本人からの情報として生活歴や性格・趣味等を伺っている。利用者それぞれの得意分野を生かし、花を生けてもらったり畑作業、料理・洗濯物たたみなど利用者のペースに合わせ行っている。		
51	21	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	本人のお墓参りなどの希望があれば、家族へ伝え、できる限り希望がかなうようお願いをしている。また、行事の中に希望を盛り込んで行っている。また、職員と一緒に買い物など外出する事もあり、希望がある時には、天候など考慮しながら散歩を行っている。	天気の良い日は、敷地内の散策に出かけ、畑の野菜を見て回る等している。桜の時期には、テーブルと椅子を外に出して食事をする等、季節を感じてもらっている。また、数名ずつ外出に出かけたり、日頃行けない場所には家族と一緒に出掛けている。	
52		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	利用者が自室にて管理。妄想や置き場所を忘れることもあるため家族と金額の検討や収納場所の工夫を行い、定期的に本人と残金や収納場所を確認している。洗濯を行う利用者には、声かけ。収納場所から洗濯代を準備してもらう。夏祭りなどでは食べたいものを購入する事もある。		
53		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	利用者の要望に添って対応。面会や贈り物のお礼の電話をされることもあり、希望時にその都度支援している。電話番号は、お財布の中にメモを入れておくなど、忘れた際の支援がさりげなく行なえる工夫をしている。		
54	22	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	庭やホールなど季節の花があり、野菜を収穫したり花を觀賞出来る様になっている。外の景色が移り変わること季節の変化を感じることができる。トイレや浴室などは分かり易く場所を記入された表札が掛かっており、色調も暖色を意識している。室内には手芸品が置いてあり、心が和む様に工夫している。	3階建ての建物の1階部分がグループホームであるが、玄関を一步入ると、暖色系の照明や手作りのカレンダー、日めくり等の掲示物、季節の生花が飾られたテーブル等、温かな雰囲気共用空間である。また、認知症の人の目に留まりやすいよう、色調や表示の仕方も工夫し、混乱する事を少なくする等、安心して落ち着いた生活を送れるよう環境を整えている。	
55		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	ベランダや玄関にベンチを設置。一人になれる場所が確保されている。ホールではTVの周りで仲の良い利用者がお話できるようにソファを設置している。横の少し離れた所にテーブルを配置したりと、環境調整を行っている。		
56	23	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	ベット・整理タンス・カーテン以外は使い慣れた私物を持参してもらい、居室で安心して過ごせるように工夫している。愛用のタンスや椅子・本・写真などが置いてあったり、個性が出ている。また、家族が季節の衣服を入れ替えにこられるなど面会の機会となっている。	8畳ほどの広い居室には、利用者が使い慣れた家具や鏡、仏壇、遺影等を持ち込んでもらい、書初めの作品や写真等を飾り、各自それぞれの暖簾を居室入り口に下げて、自分の部屋として安心して過ごせるよう環境整備をしている。また、週に1回は利用者と一緒に掃除を行い、気持ちよく過ごせるよう支援している。	
57		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	状態に合わせ車椅子・歩行器・靴の検討。安全に移動できるよう席を配置したりと環境調整に努め、暖簾で部屋を色分けしたり、物の置く場所を固定し、自分だけでもわかるように、困らず生活が送れるよう工夫している。		