

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	4770800037		
法人名	有限会社 奏和		
事業所名	グループホーム あいあい		
所在地	浦添市城間一丁目2番12号		
自己評価作成日	令和元年8月10日	評価結果市町村受理日	令和 2年 3月 30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	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=4770800037-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 沖縄タイム・エージェント		
所在地	沖縄県那覇市上之屋1-18-15 アイワテラス2階		
訪問調査日	令和元年 9月 20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)】

地域からの交流の要請が増え、社会福祉協議会主催の中高校生介護ボランティアの受け入れや、ハロウィンで子供達へのお菓子を手作りして提供したり、近所の一人暮らしの見守りも行っている。入居者同士による介助を、出来ない危ないと最初から断るのではなく、本人の気持ちも大切にしながら見守り、危ない場面では、職員が変わるが、その行為、気持ちに対して感謝の気持ちを伝え、お世話したい気持ちを尊重、大切にしながらも事故、危険の無いよう配慮して、自信の持てる生活を支援している。管理者は、地域の会議に積極的に参加し、そこで知り合った民生員等からイベントやサークルの情報を得られ入居者の参加に繋がった。またその会議でグループホームや認知症に関するお話をさせて頂き、計画ではあるがホーム見学、認知症ケアの実際を見たいと興味、関心が高くなり、認知症の啓発に努めたいと思います。

【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)】

開設20年目となる当事業所は、住宅街にあり3階建ての2階に位置し、1階が駐車場となっている。事業所は、利用者と一緒に地域の行事や買い物等に積極的に出かけると共にボランティアの受け入れやハロウィンを企画し地域住民と交流することにより、認知症の啓蒙活動に繋げている。事業所は、リフト車を2台所有し、日常的に買い物やドライブ等に出かける他、季節ごとに全員での外出を楽しみ、全介助の利用者も毎月、外出ができるよう支援している。理念に「自信が持てる生活で自分らしく」を掲げ、利用者の持てる力が発揮できるような支援を介護計画に位置付けて実践している。食事は、利用者の希望や好みを反映させ、事業所で3食調理し、利用者から「いつも美味しい」との声が聴かれた。訪問診療や訪問看護と連携を図り、24時間オンコール体制等、重度化や終末期ケアの支援体制を整備し、過去に看取りの実績がある。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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

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	理念はケアの骨格として、特に「心寄り添う」の部分大切にしている。意味不明な言動、BPSDにより介護者が時に感情的になっても「本人の心の声」を分かろうと努める様、ミーティング、対応に困ったときに職員と確認している。その他、「自分らしさ」「自立支援」に繋がる理念、「安心、喜び自信が持てる生活」も意識して取り組んでいる。	開設時に職員間で作成した理念を、約8年前に利用者と職員で見直している。理念は、職員が日々確認し共有できるよう玄関に掲示している。職員は、ミーティングや勉強会の中で「地域の中で共に支え合い寄り添っているのか」と日々のケアを振り返り、理念の実践に努めている。	
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	近所の散歩時の挨拶や会話で野菜のおすそ分けを頂いたり、近くのコンビニで店員と会話したり、自治会の活動(祭り、催し)に参加した。他の介護事業所へ生け花の先生としてホームの入居者さんが参加、毎年ムーチーを近所におすそ分け、毎週のスーパーへの買い物、児童センターとの交流会、ハロウィンでは地域たちの子供達にお菓子の手作り、交流した。	事業所は、利用者との散歩や買い物等で地域住民に挨拶する他、毎年、手作りムーチーを近隣住民や薬局、地域包括支援センターへ手渡している。自治会や児童センターの行事にも利用者と参加し交流している。夏休みは、中高校生のボランティアを受け入れる他、ハロウィンでは地域の子どもたちが訪れ利用者と交流し、認知症の啓蒙活動に繋げている。	
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	管理者は自治会の地域会議に参加しており、その中でメンバーの方にホーム、認知症の話やわかり方を紹介したり、自治会の活動に入居者を参加させて出来る力があることを理解して貰う取り組みをしている。今年度はホームの見学会も予定している。		
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	会議の冒頭は、ひやりはっと、事故報告、身体拘束の適正化、家族からの苦情についてホームから報告、それに対する意見、提案を話し合う機会を設けている。改善に関する有力な意見もあった。警察官の参加も得られ、夜間ホームの周辺でたむろする件で、連絡すれば指導に何うとの協力を得られた。会議に参加している小規模多機能ホームへ、入居者が生け花を披露して向上に活かしている。	運営推進会議は、年6回定期的に開催され、行政や利用者は毎回参加しているが、家族や知見者、地域代表者は不定期の参加となっている。会議では、事業所から活動状況や事故報告等を行い、委員の警察官から地域の防犯や防災の情報が提供され、1階駐車場の巡回等協力や助言が得られている。外部評価結果や議事録は、玄関先に掲示し公表している。	運営推進会議の構成員として、家族、地域代表者や知見者が、毎回、参加できるような工夫や取り組みが望まれる。
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	今年の3月に当時の担当者と、センサーの取り扱い、その対応について身体拘束の解釈について相談に乗って頂いた。 毎月市のグループホーム管理者が会議を開き、そこでの疑問等を担当者に相談したり、市町村の担当者がその会議の集まりで伝えて欲しい事などの取り組みを始めた。	行政担当者とは、運営推進会議や市グループホーム連絡協議会で毎月情報交換している。行政に、身体拘束についての疑問点の相談や介護保険制度等について説明を受ける等、日頃から連携を図っている。市による、集団指導も実施されている。	

自己評価および外部評価結果

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	身体拘束適正化委員を設置し、ミーティングにて、現状の確認や、日頃の対応が身体拘束に当たらないか検証、改善に取り組んでいる。 日中玄関の施錠はしておらず、基本的に自由に入出入り出来る様になっている。 センサーは行っているが、安全対策であり、決して行動を制限する為でなく、本人の要望に沿っている。 マニュアルを作成し禁止対象の具体的な行為を確認している	身体拘束を行わないケアの基本方針を作成し、契約時にリスクについて家族へ説明している。マニュアルを整備し、定期的に職員勉強会や研修に参加している。身体拘束適正化委員会は、職員で構成し、ミーティングで適正化の検討を行い、議事録にし、運営推進会議で報告している。現在、マットセンサーの使用と解除を検討課題としているが、適正化委員会には、第三者の参加が望まれる。	
7	(6)	○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	県グループホーム協会での研修に参加したり、ミーティングの中で担当委員より報告や意見交換を行い虐待の防止に努めたり、日ごろのケアの場面で気になる場合話し合っている。特に心理的虐待についてはBPSDの症状に対し職員が感情的になって入居者に強い否定、指示、命令、強制的な態度、口調になる場面があるときは注意を行っている	高齢者虐待防止マニュアルを整備し、ミーティングの中で、身体拘束と虐待防止の勉強会を行っている。管理者は、利用者のケアを行う際には、声の大きさや表情に注意を払うよう職員に説明している。利用者への対応が気になる職員は、呼び出し、自身に置き換えてケアに取り組むよう伝えている。	
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	県グループホーム協会が主催する研修会に参加の機会を設けたりマニュアルを作成している。 日常生活自立支援については精神科主治医がその利用を積極的に紹介活用し現在2名が利用している。 成年後見制度はこれまで該当する方が無く、学ぶ機会が殆ど無く、今後を見据えて学びたい。		
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	本人に対しても丁寧な説明と質問を受ける様にながらも、不安や心配をおおる事の無いような説明、理解、納得を図っている。契約の際は、預けたから遠慮がちにならないよう、お互いに本人の事を第一に考えましようとして伝えている。懇切、丁寧を心がけ、説明が一方的にならないように、途中で疑問や質問を聞くようにしている。		
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	日頃から入居者の要望、ご家族が訪問時に職員へ伝えた事や感じた事は管理者に報告する様にし、対応、改善に努めている。 家族からの居室環境の指摘に対し迅速に対応した。自宅へ送迎もしている。献立作りの際要望を聴いたり、テレビや携帯電話を管理者と買いに行ったりした。玄関にご意見箱を設置している。	利用者からの要望等は、日常会話の中で直接聞き、「親の仏壇に手を合わせたい」等、外出の要望に対応している。家族からは、面会時や運営推進会議の中で、意見を聞く機会を設けている。家族から、「爪の手入れを行って欲しい」との要望があり、チェック表を作成し確認することで、利用者の清潔保持に繋げている。	

自己評価および外部評価結果

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	(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	日常的に職員からの意見や提案は、最初は主任、副主任が受け管理者に報告・相談があり、それ以外にもミーティング時に意見や提案を聞き代表者に報告し、運営に反映させている。今年度は車椅子移乗が肉体的に負担で、スライドボード購入や、入居者のベッドマットの購入や現場の人手不足で代表者に介護として現場に入って貰っている	職員の意見や要望は、主任が何時でも聞き、家電等の物品購入の相談があれば管理者に報告し、炊飯器や乾燥機等の買い替えが行われている。管理者は、年1回、職員の個別面談を実施し、資格取得に向けて日中の学習時間確保の相談には、シフト調整等を行い、対応している。	
12	(9)	○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	代表者は高額の外部研修も参加させてくれる。代表者が勤務に入り現場の実情を把握してくれている。管理者や主任等からの現場の様々な提案、相談に真摯に対応し、給与水準をあげたり、問題を抱えた職員を励ましたり、個別に外出に連れ出し労ったりしている。	就業規則が整備され、給与や休暇等の労働条件が規定されている。各種資格手当や有給による外部研修の参加を支援している。資格取得を推奨し、勤務体制を整備して対応している。職員は健康診断を年1回、定期的に夜勤を担う職員は年2回行っている。	
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、管理者、職員の研修への派遣に理解があり、積極的に参加させてくれる。キャリアアップの社内訓練時には、職員が足りない場合は業務に従事してくれる。研修会の報告は記録に残したりミーティングの場で報告、共有するように努めている		
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	管理者は県グループホーム協会の管理者会議の参加や浦添市グループホーム連絡会により他事業所と交流、意見交換が図られている。職員については研修参加の予定計画はあるものの、人員が足りなかつたり諸般の事情で参加が出来ておらず、大きな課題になっている。		
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	本人から意思確認がとれる場合は、警戒や不安を無くす、軽くなるよう雑談等落ち着いて気持ちに聞ける配慮を行って場所も必ずホームでなく自宅でも行う事もある。質問も「困っている事」より「やりたいが出来て無い事」「ずっと続けたい事」等理解力、話しやすい方向も大切にしている。		

自己評価および外部評価結果

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	契約やグループホーム利用を前提ではなく、御家族の困り事や要望をまず、徹底して聴くようにしている。家族や本人にとって一番良いと思うサービスに繋げる事を念頭に、お互いに遠慮なく疑問を残さない、納得出来る様時間をかけて話し合い、関係性を築けるよう心掛けている。		
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	相談に来られた家族に対し、小規模多機能等、他のサービスを紹介したケースがあり、ホーム入居は前提とせず、サービスを見極める様にしている。他に、すぐ入居ではなく見学や体験を行っている中で、本人が困っている事、不安を聞き、サービスを検討、提案している。		
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	グループホームは、介護サービスで「認知症対応(共同生活介護)事業」と謳われている事から、「職員と共に」の視点で、日常の暮らしのあらゆる場面で入居者が出来る、出来る可能性がある事はお願する様になっている。入居者も職員の助け、力になりたい、誕生日は自分たちだけでなく職員も祝いたい、人が居ない時手伝う人生相談に乗って貰う、お互いさまの関係づくりの大切さを改めて感じた。		
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	契約時にご家族には「対等の関係」「本人の為に良いケアを目指すためお互い意見があれば遠慮しない」と伝えている。少しでも家族の話題や会いたい様子が見られたら、電話で報告したり、話して貰ったり訪問をお願いしている。特に健康医療面ではご家族の意向、参加が得られやすいので関係性維持に取り組んでいる。		
20	(10)	○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	ホームに移り住んでも、会いたい人、行きたい場所があれば、ホームがお連れするするので、遠慮なくお話し下さる様契約時やサービス担当者会議時等に家族に伝えている。遠方の仏壇に手を合わせに行ったり、盆、正月実家に帰る、孫の結婚式に参加する、兄弟の家に訪問したり等の支援を行っている。	利用者と馴染みの人や場との関係性は、本人や家族から聞いている。利用者が通っていた小学校を一緒に訪れたり、遠方の親戚宅を訪ね、仏壇に線香をあげる等、支援している。盆や正月に、利用者3名が一時帰省する支援にも取り組んでいる。宗教関係の知人等の訪問も受け入れ、関係が途切れないよう努めている。	

自己評価および外部評価結果

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	仲が良い悪い、印象良く思っている、いない等、普段の関係性を見極め、トラブルや負担にならないよう努めながらも、誕生会でお祝いを述べて貰ったり、食事、おやつを分け合って貰ったり、互いの印象がよくなる、かかわりを持てるよう支援している		
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	ホーム利用時にご家族からムーチーの葉っぱを頂いたケースで退去後も関係を継続するためお願いしたりしている。命日や誕生日に連絡する場合もある。退去後も敬老会への案内をしたり、利用時の写真をDVDにして差し上げたりしている。他の施設に移る、医療機関に移る場合、食事や介助方法、表情による訴えの内容などを伝え、安心の継続ダメージを軽くするよう努めている。		
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	(11)	○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	本人が訴えきれない場合にはその意向を大切にしている。意思表示が難しい場合は、御家族にその対応やアドバイスを頂いている。 今年度は、意思疎通困難で傾眠、表情も乏しい方への支援を御家族に聞いて、そのアドバイスを実践したところ、好きな番組を集中して鑑賞しており、満足な表情が見られた。その他、職員の決めつけ、思い込みにならないよう心掛けている	利用者の思いや意向は、日常生活の中で直接話したり、生活歴等、家族から情報を収集する他、利用者の表情や仕草、反応等からも把握に努めている。利用者の情報や職員の気づきは、申し送り時に職員間で情報を共有している。生け花の免状を有する利用者の力の発揮に向けて、地域の介護事業所で活け込みが出来るよう支援している。	
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	入居時に認知症専門のセンター方式用紙をお渡しして細かく把握する様努めている。 キーパーソンだけでなく他の家族からも情報収集したり、訪ねてきた知人からも聞くようにしている。 対応に困ったり自分らしい支援の為にその都度家族に問い合わせている。		
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	日々の申し送り、介護支援記録表に生活の様子に関する情報を記入している。 ミーティングでケアカンファレンス、モニタリング報告をている。 また、それらを生活支援詳細表を作成、記入し全職員に閲覧、追加事項を記入現状の把握に努めている。		

自己評価および外部評価結果

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	(12)	○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	日々の記録やミーティングでモニタリング、ケアカンファレンスを行い介護計画見直し作成に活かしている。医療面では訪問看護のPT、OTからのアドバイスも取り入れている。これまで本人本位のつもりであったが、職員の決めつけ、思い込み、管理的になり過ぎ、職員本位のケア、計画に気づき、本人の意見を尊重するよう反省取り組んでいる	年1回アセスメントを実施し、サービス担当者会議には、利用者と家族、職員が参加し、意向を確認して介護計画を作成している。介護計画は、長期目標を半年から1年とし、短期目標を3か月から半年としている。地域の体操教室参加やカラオケ・DVD鑑賞等を個別の介護計画に取り入れ支援し、3か月毎にモニタリングを実施し、状態変化時は随時、計画を見直している。	
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	介護支援記録表を工夫しケアの実践や、その日の様子のチェック項目を設けたり、分かりやすい、書きやすい内容で記録に残している。ミーティングではモニタリングとこれまでの出来事情報を報告し、計画の見直し、確認、情報共有を図っている。		
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	介護用品の見直しが必要な場合、ご家族に提案、商品の選定、購入を行っている。家族の都合によっては、ホームで病院送迎、付添い、お盆など自宅への送迎、訪問理美容の手配、祝い事のホームの場所の提供を行っている。		
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	入居者の興味、趣味、嗜好に合わせて地域資源の協力や利用を心がけている。運営推進会議メンバーから情報を得たり、CSWから地域のイベント情報を貰う。介護事業所にいる猫に会いに行ったり餌をあげる。生け花を披露する。手作業の好きな方に地域の鯉のぼりを作って貰う。馴染みの公民館のサークルに参加したり地域のゴミ拾いの参加など行っている。		
30	(13)	○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	ホームの主治医はいるが、これまでの関係や希望を最優先にして無理強いはいしていない。ホームの主治医を希望した場合必ず家族と医者が直接話し合い、説明し、納得出来るようにしている。また、普段は主治医、状況により以前の担当医でも対応できるように、話し合いや調整を行い、適切に医療が受けられるよう支援している。	利用者全員が希望により、協力医を主治医とする訪問診療を職員対応で月2回、受診している。専門医等の受診は、家族対応を基本としているが困難時は、代行している。受診時は、主治医から事前に電話や文書で情報提供され、結果は、文書や口頭で家族や事業所に報告している。訪問歯科の受け入れや訪問看護による健康管理が行われ、健診は6名が終了している。	

自己評価および外部評価結果

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	訪問看護の時は勿論、日々気になる時は電話で報告、相談して必要な対応を行っている。 現在の訪問診療のクリニックの看護師にも電話相談、連絡や直接主治医に繋いで頂き、かなり密に看護職とは協働できている。		
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。	入院した場合、ホームで取り組んでいる細かな情報を提供している。食事の形態や具体的な介助の方法、機嫌が良い、悪い対応。怒った時のかわり方など、病院でのダメージ、不安をなるべく軽くする様努めている。 早期退院についてはご家族の要望、協力も伝え支援している。病院関係者との関係づくりは難しい。		
33	(14)	○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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時、希望する医師となるべく早期に方針を決める。事業所はその決定を尊重し支援に努めるが、ご重度化に伴う意思確認書を作成し家族が事業所にどこまで何を求めるか？内容やその時の状況で応えられない場合も予想され、十分な話し合い、納得がなされるように取り組む。また一度決定しても家族や本人の「心のゆらぎ」を確認し安心、納得した最期を迎えられるよう支援する。	「重度化した場合の対応や看取り介護に関する指針」を作成し、入居時に事業所の方針を説明し、利用者や家族の意向を口頭で確認している。入居後の経過や状態変化に応じて、主治医による書面での意思確認が行われている。訪問診療や訪問看護との24時間連携や看取りケアの職員研修を実施する等、支援体制を整備し、過去には看取りの実績もある。	
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	急変時は観察、記録の用紙があるが対応となると焦り、混乱が職員の力量により生じるので、実践力を身に付けるようにしたい。全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を身に付けておらず、定期的な訓練の必要性がある。		
35	(15)	○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回消防避難訓練や、停電、台風等の対策、マニュアルを作成している。 入居者は車いす、下肢筋力低下で非難が難しく、車いすの移動方法の工夫や日頃から避難経路に障害物は置かない。ベランダ側には避難滑り台があり、実際に何名かの入居者を避難させている。その際のコツも会得した。訓練の参加は周辺住民、自治会関係者にも願っているが実現には至っていない。たまに代表者の家族が協力。	消防避難訓練は、10月に避難用滑り台を活用した訓練と3月は、消防署と連携した通報訓練の他、台風や水害発生時の対応が実施されている。訓練前に地域住民の参加を依頼しているが協力は得られていない。台風時の訓練では、備蓄が課題となり、飲食料品を追加し改善に取り組んでいるが、利用者や職員に対する3日分以上の確保には至っていない。	利用者の安心や安全の確保に向けて、訓練への地域住民の参加と備蓄のリスト作成や飲食料品の十分な確保が望まれる。

自己評価および外部評価結果

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	(16)	○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	親しみと馴れ馴れしさを混同しない様気を付けている どんなに打ち解けても人生の大先輩であり甘え過ぎない様周りの職員が疑問に思ったら確認する。興味本位で聞いてケアに必要なでない事はしゃべらない。常に自分や大切な人にはされたくない、言われたくない事をイメージしてかかわる。 本人は勿論大切、愛する人(家族)やモノに対しても傷つけないように配慮する。	契約書に「利用者の権利」や理念に「心に寄り添うケア」を掲げ、新聞を読むことや喫煙習慣のある利用者には、環境を整備して支援し、金銭管理を不安視する利用者には残高の記帳に同行する等、利用者の思いや不安に対応している。利用者への言葉遣いや対応が気になる職員には、認知症を理解し、利用者の立場になって対応するよう、注意を促している。	
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	職員が誘導、押しつけにならない様本人の意向を確認するようにしている。「〇〇しようと思いますがどうですか？」認知症の程度によっては質問をシンプルにしたり、意思を表出、確認が難しい場合これまでの生活の様子や表情、その後のストレスの有無など見極めながら自己決定の支援を行っている。 判断が難しい場合他の職員から聞くなど、本人の意向に近づくよう努めている。		
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	本人の状況や要望により、ペースを合わせるようにしている。食事の時間をずらしたり、寝坊したり、早寝もOK、食事を早めに出したりしている。 買い物の要望があれば一緒に出掛けている。 レクや外出活動は本人が嫌がれば無理強いしていない。		
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	娘にヘアカット、ボランティアヘアカットでは本人、家族のスタイルでお願いしている。これまでの好みやホームを利用してからの要望を取り入れている。パジャマや着替えの習慣があった方は支援しており、外出時には本人に希望を聞いたり、意思表示出来ない場合御家族からの情報等でおしゃれを支援している。 馴染みの帽子、気に入っている服、入浴後の保湿剤、脇の臭い消し。行事等の化粧支援等行っている		
40	(17)	○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	献立を作成する場合は入居者に希望を聞いたり、個人の好きな食材、献立を把握し提供に努めている。理強いしない範囲で、一緒に買い物に出かけ食材を選んだり、ホームで調理を手伝って貰ったり、食べやすい様に、その時の状況を見ながら硬さやトロミも調整しており、食器洗いも職員と共に行っている。職員と入居者が共に同じテーブル、同じ食事入居者に職員のお茶を入れて貰う	食事は、利用者の希望や嗜好を反映した献立や身体状況に合わせた食事形態で提供され、3食とも事業所で調理している。利用者は、職員と一緒に食材の買い物や下拵え、味見や食器洗い等に参加している。利用者全員で食卓を囲み食事を楽しんでいるが、職員は、重度化した利用者の食事介助に当たり、利用者と同じ食事を介助の合間や時間をずらして食べている。	

自己評価および外部評価結果

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	排泄記録表や業務日誌を活用し、毎回食事、水分量をチェックし記録、これまでの摂取量を確認しながら後の食事量の摂取アップを目指し、1日の摂取量が適切になるよう心掛けている。個人によって食器を変えたり、スプーンを利用して貰っている。安易に補助食品に頼らないようにし2缶の指示でも1缶で済むよう努めている。どうしても野菜類を食べないケースでは野菜ジュース等も活用している。		
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、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	基本的に毎食後、歯磨きうがいを行っている。状態によっては口腔スポンジ、歯間ブラシ、口腔ティッシュを使用している。訪問歯科の医師や歯科衛生士からケアのアドバイスを貰っている。個別に微量の口腔洗浄液を入れ爽快感、口臭の予防軽減を教えてくれた。消毒の為義歯を預けるのに不安な方には無理強いしていない。反応が無い全介助の方は最初に頬を手で包んだり急な口腔ケアで驚かせない様に配慮している。		
43	(18)	○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	個別の排泄パターンを把握し、支援に努めている。重度の方の場合、通常ベッド上で排泄も便秘日数下剤の量等によってはトイレで腹圧をかけたりマッサージしている。立位協力出来る方は全て抱える事無く、ほんの数秒でもその力を発揮できる様にしている。居室にポータブルトイレを設置したり、陰部をさらけださない様隠すシーツの使用、失禁にはさりげなく、トイレ誘導や処置をしてブライドに配慮している。	排泄チェック表を活用し、利用者の排泄パターンに沿って随時声がけし、日中及び夜間もトイレでの排泄を支援している。重度化しベッド上で対応している利用者もいるが、健康状態によっては、2人介助でトイレでの排泄を支援している。夜間、希望者には、ポータブルトイレやオムツを使用し、安眠、安心に繋げている。排泄時の状態を気にする利用者には、シーツでカバーする等、羞恥心に配慮して支援している。	
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	水分摂取量、便秘予防、改善の食材の提供、マッサージ等による支援を行っている。 具体的にはチェック表を利用しその日の飲水量を細かく記入し概ね全員1日1000CC以上を目指している。食物繊維、マグネシウム食材、入居者によっては野菜ジュースで改善している。またマッサージで排泄する事もあり個別の状況で行っている。		
45	(19)	○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	基本的に週3日入浴出来る様にしている。 ある程度ホームが予定を組んではいるが、本人の要望があれば優先している。 拒否の意思表示があった場合無理強いすることなく、その原因を探り、環境を整えている。(納得を得られる声かけ。相性の職員、入浴方法を工夫)個人の適温の把握、ラジオをかける等取り組んでいる。	入浴は、週3回、1日置きの支援を基本としているが、利用者の希望や外出等、状況に応じて柔軟に対応している。全介助の利用者は、リクライニングシャワーチェアで2人介助で支援している。入浴拒否には、時間をおいての声がけや入浴後の湿布貼り等楽しみを伝える等、工夫している。入浴時は、リラックスできるようラジオで音楽を流して対応している。	

自己評価および外部評価結果

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	夜間については特に環境整備に努めている。ドアの開け具合、照明の場所、明るさの具合、寝具が適切か？ベッドマットのへたり具合。これまでの生活習慣で音楽を聴きながら、テレビを観ながら寝るのも周りの影響がなければ自由に行っている。日中は活動や表情で休息を適切に支援している。ご家族の訪問で興奮、長時間に渡る場合、相談、了解を得て休ませている。		
47	(20)	○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	薬情をファイルしていつでも確認できる様にしている。薬の変更があった場合報告用紙に記入全員確認し、そこには副作用も記入する様にしている。特に新しい薬、容量の変化時は1~2週間は観察し、次の訪問診療等で様子の報告、対応を得ている。更にBPSDにより抗不安薬が処方された際には可鎮静やふらつき転倒が予想される事から最も気を付けている。	服薬情報は、ファイルにして事務室に置き、職員間で共有し、薬の変更や留意事項等も申し送りに記録し伝達されている。薬は、事務室で保管され、夜勤者が1日分をセットし、与薬時は毎回、職員2人でダブルチェックし、利用者が飲み込むまで確認しているが、服薬支援に関するマニュアルの作成には至っていない。	服薬事故防止や安全管理に向けて、服薬支援マニュアルを整備し、職員間で周知徹底することが望まれる。
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	好きな煙草、お菓子の購入を要望があれば買いに出かけている。自分で安全に管理できる範囲は任せている。最近では機械式のレジで払える事もある。力はあるのに発揮できない背景を考え、職員や他の利用者との相性、好きな歌を歌いながらだと応じる、飴玉を舂めながら等個別に喜ぶ楽しめる様に支援している。重度の方は車いすにて買い物に連れ出し、賑やかな店内、色んな商品に見て触れて刺激を感じて貰っている。		
49	(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	職員で難しい場合、代表者が協力してくれる場合もあり、極力叶える様にしている。またその日は無理でも後日職員の休日を利用し要望の場所に出かける事もある。ホームから遠方の場所(本部)の仏壇に手を合わせに連れて行ったり、ウンケーの送迎、外食の希望があればご家族に対応してもらっている。地域 の協力は難しい。	利用者は、日常的に事業所周辺の散歩や買い物等に出かける他、代表者とドライブ等にも出かけている。リフト車2台を活用し花見や浜下り等の行事を計画し、月1から2回程度、車椅子や全介助の利用者も全員で外出し、気分転換を図っている。個別には、煙草等の嗜好品の買い物や地域の100歳体操等への参加を支援し、家族の協力の下、外食や帰宅を支援している。	
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	お金を持つことは何かを買いたい場合だけでなく、いつでも使えるという安心感を与える。特に女性の場合は家計を切り盛りしていたので特に所持したい気持ちが強い。本人の力量に応じた金額を渡している。買いたい場合は、職員や本人と一緒に買い物に出かけている。		

自己評価および外部評価結果

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	個人で携帯を購入、使用している入居者もいる。ホームの子機の使用は自由であり、これまでの関係性を大切に連絡が密であった方は、その関係が途切れない様支援している。また誕生日や敬老の日等は本人の意向を踏まえ電話で会話できる様支援している		
52	(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	トイレが日差しで暑くならない様、窓を開けた際外部から見られない様すだれや、そこに季節感のある飾りをしている。浴室はラジオをかけ楽しく会話をこころがけている。その他時間やその場の雰囲気によるテレビの音量、テレにとラジオを一緒にかけない、日中ベランダの日差しが眩しすぎる時はカーテンやすだれをかけている。	居間には、利用者が新聞やテレビを見る等、ゆったりと寛げるようソファやテーブルを配置している。居間に面したベランダは、掃き出しになっていて利用者が自由に出入りでき、外気浴や喫煙等が楽しめるよう椅子とテーブルが設置されている。トイレの窓は、日差しや視界防止策に簾をかけ、夏らしい飾りが施されている。	
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	ベランダには丸いテーブル2つの椅子があり、自由に出入りできる。ゆったりと煙草を吸ったり、外でティータイムする事もある。車いすの方は外気浴や日光浴で過ごしている。フロアには複数で座るソファ以外に一人で座れる椅子もある。入居者同士トラブルや相性により、職員が配慮している。		
54	(23)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	入居時に、本人の愛着、使い慣れた物品、大切にしていたものは遠慮なく持ち込むように依頼している。入居後は本人の要望により必要な物品は購入して頂けるよう家族にお願いしたり、本人と一緒に買い物に出かけたり支援している。今回はベッドやベッドマットを購入したり、テレビや携帯電話を購入した。	居室には、ベッドやクーラー、時計等が備え付けられているが、利用者の身体状況に応じて介護ベットへの変更や安眠を考慮し、新しいペットマットへの入れ替えが行われている。利用者は、自宅で使い慣れた化粧台やテレビ、ラジカセ、CD等を持ち込んでいる。棚の中が見えると気にする利用者には、木製筆筒と同系色の布でカバーする等、安心して過ごせるようにしている。	
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	心身の状況を見極め、その向上や危険の除去に努めている。出来る方には天井の照明をリモコンにせず、紐を引っ張るタイプにしている。下肢筋力の低下でも一律に靴タイプにせず、スリッパをはき続けたり、本人の希望好みを取り入れている。食堂のテーブルの高さも身長に合わせて変えている。椅子の回転が危険な状態になれば固定している。		