

### 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	1290900511		
法人名	社会福祉法人みずき会		
事業所名	グループホームアスカみずき I		
所在地	千葉県船橋市飯山満町1-206		
自己評価作成日	令和2年2月25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	<a href="https://mizuki-asuka.jp/">https://mizuki-asuka.jp/</a>
----------	---

【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NPO共生		
所在地	275-0001 千葉県習志野市東習志野3-11-15		
訪問調査日	令和2年5月15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)】

最良の職場環境の構築の理念の下、サービスプロフィットチェーン経営として、職員が働きやすい環境づくりに努め、ES(従業員の会社に対する満足度)向上に繋げ、サービスを活性化させ、入居者の皆さまへのサービスの質の向上・CS(顧客満足度)向上に繋げます。常勤の看護師を配置している事で、主治医である訪問診療医と連携を密にし、入居者の皆さまの日々の健康管理維持に努めている。また、医療面でもより柔軟な対応をする事が出来るように訪問看護ステーションとも連携を図っている。認知症実践リーダー研修修了者を配置しており、スタッフに対して認知症ケアに関する留意事項の伝達、又は技術的指導に係る会議を定期的に開催し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している。

【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)】

従業員の満足は、顧客の満足につながるとして、「最良の職場環境の構築」という法人理念は事業者には7項目、職員には11項目の行動規範を示している。利用者アンケートにおける「職員が生き生き働いて見えるか」、「ご家族から見ると本人はサービスに満足しているか」という項目では高い評価を得ており、運営への理念の浸透がうかがえる。利用者に対しては声掛けや行動の観察から何を求めているのかを予測し、穏やかで安心して過ごせるように配慮している。また、看護師の常駐は医療機関との連携役としても安心である。ホームが主催する「納涼祭」には近隣の住民をホームに招待して地域との交流を図っている。

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
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
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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	みずき会の理念を職員会議で定期的に取り入れるようにしている。又、理念の周知を図ることが出来るように年に2回理念テストを行っている。ケアの方向性や問題が生じた際は、理念を振り返り問題解決を図っている。	働く人の良い職場環境は質の高い介護サービスにつながるということで、「最良の職場環境の構築」という法人の理念がある。事業者には7つ、職員には11の行動規範が示されている。ケアについて悩むことがあればユニット会議にて職員が行動規範に基づき対策を考え運営に生かしている。	
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	飯山満町一丁目町内会に入っており、回覧板でホームの企画を発信し交流を深めることが出来るようにしている。また、町会長と地域の行事などについて情報交換をしている。	毎年の町内会総会には出席しホームの状況や地域の行事などの情報を交換している。毎年、町会長の交代があり、今年度は運営推進会議への出席が得られなかった。ホームが主催する「納涼祭」については回覧やポスターで案内し、町内の親子連れが多数参加し交流を深めている。	
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	定期開催の運営推進会議において、事業所の認知症ケアに関する取り組みを発信している。また、ホームで主催しているケアボックスを通して、地域の方々と入居者の皆さまとの交流が出来るように取り組んでいる。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議においては、事業所での取り組みについて出席者の皆様にお伝えしている。また、利用者様の対応に苦戦することもあり、困難事例として個人情報に留意しながら取り組みをお伝えしている。	奇数月の平日午後15時に年6回開催している。参加メンバーは地域住民代表、家族代表、在宅介護支援センター職員、ホーム職員が主である。イベントや勉強会などの取組についての報告や意見交換が行われ、議事録には会議の詳細が記録されている。最近では感染症対策について取り上げられた。	市職員や地域包括支援センターに対し、議事録をもとに事業所の実績やケアサービスの取り組みを積極的に伝えることで運営推進会議への参加要請が望まれる。
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	船橋市指導監査課担当者を中心に疑問・質問は積極的に連絡するなど連絡を密にしている。また事故報告など決められている事柄についても報告を遵守しており担当者からの助言アドバイスを事故再発予防対策に取り入れている。	担当窓口とは事故報告や介護サポーターの職種を配置するにあたり人員基準に該当するのか、等の人員基準に関する質問やアドバイスを受けるなど日常での協力関係が築けている。包括支援課が主催する「船橋市高齢者まちかど案内所事業」について話を聞きに行くなどしている。	今後、地域包括支援センターとより密な協力関係を築くことが期待される。
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	玄関施錠に関しては、必要時は支障なく出入り可能である事を前提として、家族からの希望もあり、施錠をしている。身体拘束廃止に向けて定期的に勉強会を開催し理解を深めると共に、職員会議においても議題として取り上げるようにしている。	身体拘束の研修は毎年9月にユニットチーフが講師となって介護職員全員に行っている。また身体拘束廃止委員会は3ヶ月毎に年4回開催し、事例などを上げて話し合っている。日常では言葉の拘束などについて、職員がお互いに注意し合える環境をつくっている。	

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
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	高齢者虐待防止において、定期的に職員勉強会を開催している。また、高齢者虐待のニュースなど積極的に会議で取り入れ、なぜ起きてしまったのか、発生しない為の取り組みを適宜話し合うようにしている。		
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	高齢者権利擁護における勉強会を定期的に開催している。勉強会では正しい知識を得ることで、より実践の場で生かせるよう取り組んでいる。職員間に於いては互いの対応方法を確認し合い、注意できる関係性を構築できるようにしている。		
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	契約等に関しては、管理者が担当し、一方的に話すのではなく、懇切丁寧に説明をするように心がけている。また、必ず、質問の有無を確認し、疑問点については納得・理解を得られるよう説明をしている。		
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	個々におけるサービス担当者会議や面会時に、家族からの意見を引き出せるように努め、貴重なご意見として運営推進会議で議題にあげると共に、職員会議においても取り上げ、運営に反映することが出来るよう努めている。	家族の面会などの来所時にはホーム長やリーダーが話をする場を作っている。ホームと家族とは気軽に電話やメールで連絡を取り合っている。運営推進会議には家族の代表者が出席しており、排他などのケアの困難事例を出して、参加者から意見をもらい運営に反映している。	
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	職員全体会議を毎月行い、自由に発言できる「意見交換会」を設けている。また、毎月実施しているユニット会議では、勤務の都合で欠席する場合も事前にリーダーが意見を聞き取り会議に反映している。	毎月の全体会議では3つの委員会や各ユニット会議の共有にて活性化を図っている。会議での「意見交換会」では意見や提案を取り上げ運営に反映させている。利用者アンケートの「ご家族から見て職員は生き生き働いて見えますか」では非常に高い評価を得ており、理念の浸透がうかがえる。	
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2回人事考課表をもとに職員面談を行うようにしており、職員個々の状況の把握に努め、各自が向上心を持って働くことが出来るようにしている。		
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	定期的に職員勉強会を通じて学ぶ機会を設け、職員個々の状況に合わせた外部研修を受けるようにしている。また実践の場では、職員間でも互いに技術確認をしている。		
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	船橋市東部地区、及び、船橋市グループホーム連絡会主催の勉強会に出席し、又、福祉関係の外部研修に参加することで同業種と交流する機会を設けている。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	サービス導入前に、家族やケアマネジャー、ソーシャルワーカーに聞き取りや書面で状態確認をしておき、事前に対応を検討し、導入時にできるだけ利用者のニーズに応えられるようにしている。		
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	サービス導入前に、ケアマネジャーや相談員から家族情報を聞き取り、そのうえで家族からも直接話を聞くようにし、関係作りに努めている。		
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	インテークの段階で、家族からの聞き取りをし、対象者本人とも話をした上で、どのようなサービスが適切かを見極めるようにしている。		
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	入居者の目線に合わせ、馴染みの関係性を構築することができるように、日々の関わりを大切にしている。		
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	家族面会時において、個室を利用し家族だけで団欒できる環境作りに努めている。昼食をご家族と共に個室で召しあがって頂くこともある。必要に応じて、家族にも面会数の調整や電話連絡、手紙など協力を仰ぐようにしている。		
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	家族と情報共有し、必要時は外出支援をすると共に面会も気兼ねなくお越し頂けるように、お声掛けをし、面会場所もフロアだけでなく個室や交流室で過ごして頂けるようにしている。	家族や友人知人の面会があり、友人からの電話の取り次ぎもある。交流室にはソファとテーブルがあり、家族と一緒に話したり食事をしてゆっくり過ごせるようにしてある。家族との外食や自宅泊、旅行に出かける利用者もおり、必要であれば車椅子の貸し出しをしている。	
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	入居者同士のADL状態に合わせ、環境整備を検討すると共に相性も見極め、必要に応じてケアカンファレンスを行っている。		
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	サービス終了後においても、いつでも連絡を取れるよう声掛けを行うと共に、状況に応じて管理者が中心となり、相談支援に努めている。		

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
<b>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</b>					
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	インテークの段階で、本人・家族・ケアマネジャー等から情報を聞き取り、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を前提として、家族・ケアマネジャーから意見をもらうようにしている。	インテーク時に今どんなことに困っているかを中心に不安や思いを聞いている。入居後は利用者同士の会話の中で、〇〇のコーヒーが飲みたいとか、昔△△をやっていた等の会話から利用者の思いや意向を見つけるように努めている。	
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	インテークの段階で、本人・家族・ケアマネジャー等から情報を聞き取り、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。		
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	ケアマネジャーを中心として、日々の関わりの中で、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。又、入居者ごとに担当者を設け、担当者を中心として状態把握に努めるようにしている。		
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	ケアマネジャーを中心とし、家族面会時等で意見交換を行い、状況に応じて多職種ケアカンファレンスを行い、3ヶ月に1回モニタリングをして評価をし、6ヶ月に1回モニタリング・アセスメントを行った上で、介護計画を作成している。	介護計画は大きな変化がない場合は半年に1回家族、ケアマネ、介護士、管理者、居室担当者や本人が入り見直しを行っており、その際家族の希望や利用者の訴え、例えば歩きたい、帰りたい、立ち上がって何処かに行きたい等について検討し反映させている。	
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	介護記録ソフトを活用し、食事・排泄・入浴介護以外でも、何気ない日常のご様子なども記録に入れるようにしている。また、毎日バイタル測定を行い、月1回体重測定を行い、バイタルの変動にも注意するようにしている。		
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、その時々にも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	家族・本人の状況に合わせて、出来る限り柔軟な対応をすることが出来るように心掛けています。できるだけニーズに添えるよう関係機関との調整を行っている。		
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	家族、地元職員などから情報を得て、本人の状態に合わせて、外出時など地域資源を出来る限り活用できるように努めている。		

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
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	かかりつけ医は、必ず本人・家族の希望する 病院で対応出来るようにしている。また、主治 医として訪問診療医がいるので、適切な医療 を受けられるよう看護師が中心となり調整して いる。	全ての利用者が内科、精神科、皮膚科、整形外科 等の医師が在籍している提携訪問医をかかりつけ 医とし、月2回の訪問診療を受けている。歯科は毎 週訪問し口腔ケア、アドバイス等を行っている。眼 科だけかかりつけ医にかかっている方が居り、家族 が送迎しているが、医師の指示があった場合は職 員が送迎している。	
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	看護師には24時間体制でオンコール連絡を する体制をとっており、タイムリーに相談する ことが出来るようにしている。また、事前に看 護師から職員に注意点や観察視点を指示す るようになっている。		
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。	看護師が中心となり、入院期間中の状態確認 は病院関係者と連絡を取り合うようにしてい る。退院後の健康管理に於いて施設ででき る対策をあらかじめ検討している。また、日頃 から病院関係者と連絡を取り合い、情報交換 や相談をする事ができるように努めている。		
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	看取りの指針を策定している。入所時の段階 で、看護師が中心となり、看取りの指針をも とに、家族と重度化や終末期に向けた方針を共 有している。意向の変更は随時変更できるこ とを伝えご家族の意向に柔軟に応えられるよ うに努めている。	入居時に重度化した場合や終末期のあり方につ いて家族等に説明し、出来ること出来ない事を伝え意 向を確認し同意を得ている。実際重度化になった場 合は再度意向を確認し、職員に対しては利用者 に応じたケアの仕方、例えば痰の処置の仕方等の指 示を行っている。	
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	定期的に職員勉強会を行っている。また、看 護師と24時間オンコール連絡を取ることが出 来る環境を整えているので、タイムリーに直接 指示出しを行うようにし、職員が不安なこと は、その都度指導できるようにも努めている。		
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	年に2回防災訓練を行い、そのうち1回は夜間 想定として訓練を行っている。また、年1回芝 山消防署員の方々と一緒に行う。町内会での 地域防災訓練も積極的に参加できるようにし ている。	年2回火災を想定した訓練を夜間想定と消防署立 会いによる内線電話を利用した通報訓練、質問に より住所等を伝え位置確認を行い、その後駐車場 で水消火器を使用した消火訓練を実施した。町会 長も参加し利用者の避難誘導を実施した。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	入居者の皆様は、職員よりも人生の先輩であるという認識を持ち、入居者一人一人の人格を尊重している。一つ一つの言葉使いを丁寧にし、自尊心の尊重に努めている。	プライバシーの確保は一人ひとりの尊厳を守るための基本であることから、利用者はお客様であることを念頭に「さん」付けで呼ぶことを徹底している。また、人前ではプライバシーにも十分配慮し、人格を尊重した介護を心掛けている。	
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	本人からの思いや希望の表出があった場合、介護記録に残し、情報共有し、ケアカンファレンス、担当者会議などで実現できるように話し合っている。水分は好きなものを飲んでいただけのように、自己選択をしてもらえるよう努めている。		
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、その日どのように過ごしたいか、希望にそって支援している	入居者一人ひとりの希望や状態に合わせた支援を心掛け、それを実現できるように入居者主体にできるように。業務スケジュールを話し合うようにしている。		
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	家族には馴染みの服装の準備をお願いしている。その中から自身でコーディネートしたり、職員と共に衣類の選択を行っている。また、希望に沿って身だしなみができるようにし、衣類購入の外出支援も行っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	可能な範囲で、入居者と一緒にキッチン内で調理や盛り付けや、食事前のテーブル拭き、食器片付けを行っている。	食材は業者から調達するが、調理、盛り付け、配膳や片付け等は暮らしの場面として可能な利用者と一緒に行うようにしている。おいしく食べて頂くことを基本に、家族と一緒にの外出なども企画する。レストランからマイクロバスで迎えに来て、キザミやミキサー食の方も一緒に外出をすることもある。	
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	看護師が中心となり、食事・水分摂取量をデータ化して検証し、一人ひとりに合わせた支援を行っている。また、嚥下状態によっては医師と情報共有し食事形態についての指示を仰いでいる。		
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	毎食後の口腔ケアは、毎日行うようにし、それとは別に、毎日毎食前に口腔体操を行っている。歯科医師の診察が必要な場合は往診にて対応し、口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	個々に応じた排泄リズムの把握に努め、自立支援を心掛けている。また、長期間、膀胱留置カテーテルを使用していた方がADL向上を目指し医師の指示のもと抜去に成功しトイレでの排泄が出来るようになっている。	排泄記録は職員がいつでも閲覧できるようになっており、利用者毎にパターンに合わせて声掛けを行っている。立位が困難な方も出来るだけトイレでの排泄を叶えるため、二人体制の介助で便座に座ってもらうようにしている。	
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	看護師を中心として、アセスメントを行い、入居者一人ひとりの状況を把握に努め、水分量・提供時間・種類・座位時間・自立動作・入浴支援など個々に応じた対応をすることが出来るようにしている。		
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	業務都合ではなく、入居者の希望・状態に合わせ、時間・曜日など柔軟な対応をするように努めている。入浴を好まない入居者にも心地よい入浴を提供する為、声掛けの工夫や入浴剤の使用などを行っている。	週2回を基本としているが、希望により何時でも入浴できるようにしている。また、皮膚の状態により回数を増やしている。入浴時間は決めてあるが、その日の状態で変更したり、希望により夕食後に入ることもある。入浴は全身チェックの機会でもあり、こすり傷を発見したり、皮膚の状態を観察したりしている。	
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	生活習慣に合わせた支援を心掛けると共に、体力面なども考慮し、休息の時間を設けるようにしている。寝具類など愛着のある物も適宜家族に用意してもらっている。		
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	看護師が中心となり、定期的に訪問診療結果を文書で伝達すると共に、処方内容を共有できるように薬情をユニットに置き、いつでも処方状況を確認・共有できるように努めている。		
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	居室担当者、ケアマネジャーを中心として、生活歴・趣味・嗜好を活かした関わりを持つことが出来るように取り組んでいる。		
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	入居者の希望に合わせて、外出支援や外気浴・散歩をすることが出来るように努めている。熱中症、インフルエンザ感染症などを避けるために、夏・冬場は避けている。また、家族・知人との外出支援も送迎協力、乗降支援など行っている。	1階のウッドデッキや駐車場の花壇を見ながら外気浴をしたり、近くのレストランへお茶を飲みに行ったりしている。訪問美容を行っているが、中には家族と一緒に美容室へ行く方もいる。桜の季節はフロア毎に海老川沿い散歩いて桜を見に行き、帰りは車で迎えに行っている。	

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	お金を所持したい方は、家族に重々説明の元、少額の金額を所持して頂いている。買い物外出などで、本人・家族の意向を踏まえたくえて、お金を使えるようにしている。		
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	希望者は、携帯電話を持ち、自由に連絡が取れるようにし、また、事前に家族に確認した上で希望時には施設電話を使用し電話を掛ける事が出来る環境を作っている。外線も本人につなぐようにしている。		
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	季節に応じた飾り付けを行うようにしている。又、その飾りを入居者と一緒に作るようにしている。食堂テーブル・イスの設置は、入居者の意見を取り入れている。採光、色調、温度、テレビ音など入居者の常態に合わせて調整している。	利用者が一日のうち大半を過ごすリビングでは、利用者の相性を考慮するなどして席を決め、トイレ等への動線の確保に注意を払っている。各フロアに加湿器を置き、湿度50%を確保し温度や換気も常に気を配り居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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	席の場所を、相性や性格を考慮し工夫している。フロアでのスペースを椅子・テーブルだけでなく、ソファも設置し、自由に過ごす環境作りをしている。冬場はこたつも用意している。		
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	入居前の段階で、馴染みの物を持ってきてもらうように働きかけている。自宅に近い環境作りを心掛け、状況に応じて、施設の車を手配し、荷物運搬も手伝うようにしている。	各居室はエアコン、タンス、クローゼット、電動ベッド、布団が備え付けられ空身で来ても過ごせるが、多くの方は使い慣れた馴染みの物を持ち込んで居心地よい環境を作っている。エアコンの風は直接当たらないようにし、換気にも注意している。	
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	全室バリアフリー。全てのトイレに縦・横の手すりを設置、左右移動式浴室、浴室内の縦・横手すりの設置。ユニット内廊下に手すり設置をしている。椅子・テーブルは高齢者の高さに合わせた設計。ベッドは電動式で高さ調節可能。		