

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	2372500633		
法人名	社会福祉法人 サン・ビジョン		
事業所名	グループホーム グレイスフル八田		
所在地	愛知県春日井市八田町2-27-10		
自己評価作成日	平成28年11月 1日	評価結果市町村受理日	平成28年12月14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.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=2372500633-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市中区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成28年11月21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)】

認知症状の進行と身体能力の低下を防止するため、毎日の生活に、体操・歩行訓練・ボール・足上げ運動などの運動プログラムの実施とその方の残存能力を把握し家事を分担して行っている。食材の買い物は曜日により当番制としている。毎月レク表を作成し毎日のメリハリに繋げている。、アートプログラムを3種企画し毎月楽しみながら作品作りに取り組み 作品を家族会やQC発表などで展示する機会を設けている。又、少しでも生活リハビリにつなげるような介護計画を立案し、張り合いや自身に自信を持つことができるよう自立支援を行なっている。また、つぶやき・良かった探しを常に意識して関わりを持ち、できる限り要望に沿うことができるよう努め、個別の外出行等に取り入れている。毎月ホームだよりを発行して、ご家族へ日常の様子や外出時の様子を写真掲載で分かり易く伝え、訪問時の話題作りや次回の行事予定をお知らせすることでご家族の訪問数や満足度の向上に努めている。

【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)】

管理者が交代して約1年、新しい体制で動き出した。現管理者は、当ホームで11年間介護業務に従事しており、職員間の意思疎通もスムーズであって利用者・家族からも信頼が厚い。職員からは、「管理者との信頼関係は強固で、管理者が動きやすいように職員も協力して支え合ってきた」との言葉があった。利用者にとっての最善のケアを目指し、協働して取り組んでいる。
管理者は地域住民との関わりを深めるために、地域の祭りではブースを設けてもらい、利用者と共に「ピンポン競争」のゲームの主催者となって地域住民との交流を図った。利用者自ら作成したプレゼントとお菓子を手渡し、地域に溶け込んだ一コマとなった。ホームの避難訓練には地域住民の参加があり、地域のクリーン作戦には利用者が参加している。地域の一員として積極的な交流を推進している。

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
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	理念は玄関や、スタッフルーム、キッチンに提示し、毎朝の申し送り時に唱和を行っている。事業所の理念を日々振り返りながら、サービスを提供できるように努めている。	法人理念・ホームの理念「利用者の持てる力を発揮したり…」を唱和するとともに、利用者・家族や来訪者にも伝えるために玄関等に掲示している。ミーティングで振り返り、成功事例を共有してケアの向上に努めている。	
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	自治会に加入し、子供110番の役割を受けている。町内の清掃やお祭り行事などに参加している。ご近所の方に花壇の手入れなどをお手伝いして頂き、避難訓練などにも参加して頂いている。	AEDの設置を地域に広報している。利用者が地域行事の祭りや敬老会、防災訓練、掃除等に職員と共に参加している。中学生やボランティア等を積極的に受け入れ、「子供110番の家」としても貢献している。	
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	認知症の人への理解や支援方法の知識習得の為。法人内にて行っている認知症カフェに参加し知識を学んでいる。毎月、第3金曜日に利用者様と認知症カフェに参加している。		
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	ご家族、地域包括支援センター職員、施設長、管理者、介護職員をメンバーに2か月に1度開催している。事故・つぶやき・行事報告とご家族様との意見交換を行っている。	利用者・家族・市の介護保険課・地域包括支援センター職員の構成メンバーで、運営推進会議を利用者のいるリビングで開催し、利用者の普段の生活を見ながら討議している。家族の参加率も高い。	会議メンバーとして知見者(他のホームの管理者等)や地域住人の参加を得てほしい。参加者から多くの意見が出る継続性のある会議運営を期待したい。
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取り組んでいる	H28、4月より地域包括支援センターの職員が行政の代表として運営推進会議に参加となり、継続し情報を交換、共有している。	市・介護保険課、地域包括支援センター職員の運営推進会議への出席、介護相談員の受け入れ等で、ホームの状況は市に伝わっている。管理者は、三者会議(介護相談員・市・ホーム)に参加して連携を図っている。	
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に取り組んでいる	鍵をかけないケアを基本とし、日中は全ての出入り口や居室を開放している。夜間のみ防犯の為、施錠を行っている。勉強会を実施し職員に身体拘束しないケアを認識させ、ケアに努めている。	管理者・職員は身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関は開放されており、センサーがあつて外出しようとする利用者には後に付いて見守りながら支援している。スピーチロックに陥る時には、その場で注意すると共にミーティングで意識向上を図っている。	
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	勉強会の開催やグループホーム部会合同勉強会を行い参加している。管理者による、職員のヒヤリングを行いストレスと心のケアに努め、虐待の防止を図っている。		

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
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	グループホーム部会合同で勉強会を行い、必要性があれば制度を活用し支援できるように努めていく。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時に、十分な時間を取り、利用時のリスク説明や、契約内容、項目ごとに説明を詳しく分かりやすく行い、料金改定や加算などの説明を行い、ご家族様の署名捺印を頂いている。		
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	年に2回の満足度調査アンケートを実施し、ご家族様の意見や要望を伝えて頂いている。結果は運営推進会議にて公表し、改善策をお伝えしている。年に3回実施している、家族会にて職員とご家族が話しやすい環境作りに努めている。	家族会が年間3回ある。家族アンケートでは回答者全員が満足(ややも含)と答え、家族から「職員の名前がわからない」との意見に、玄関に全員の写真入りで名前を掲示すると共に、居室にも担当者と利用者の写真とコメントが貼られている。	
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	年に1回、理事長講和があり、事業所の運営状況を聞く機会があり、質問などの時間が設けてある。責任者と管理者とのヒヤリングを行い、職員からの提案や意見を聞き検討を行っている。	月1回のミーティングがあるが、管理者は常に職員の意見や要望を聞く姿勢があり、その都度話し合っている。職員から、「なんでも言い易く、風通しが良い」との言葉があり、職員間の良好な関係がうかがえる。	
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	各職員がレベルに自覚し、目標や出来ない事を見極め、目標をシートに記入し管理者に提出している。責任者と管理者でヒヤリングを行い、自分の意見を直接伝える機会を設けている。		
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	月に1回、年に2回は各職員が講師をする勉強会を開いている。法人内でも資格取得に向けての勉強会や受講費用の補助や手当てが用意されている。法人内QCにも参加し課題に取り組んでいる。		
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	春日井市居宅介護支援事業者連絡会の会議に参加し情報を交換に努めている。法人内のGH6箇所にて月に一度報告会を行っている。法人内のGHの管理者が集まり部会を行い、事業所同士、情報交換を行っている。		

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
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	生活歴や趣味など事前調査を行い、ご本人からの要望を伝えやすい環境作りに努めている。利用者様が安心して過ごして頂ける様に職員との信頼関係作りを行っている。		
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	サービス導入前にご本人様の生活歴や状態などを情報をうかがい、信頼関係を築く事ができように努めている。体験利用の様子をお伝えしたり、要望を伺う事で話しやすい環境作りに努めている。		
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	法人の申し込みセンターにて利用希望のサービスを伺い、心身の状況、介護者の状況、在宅生活などの困難状況をお聞きしている。サービスの状況を見極め、説明をしたうえで紹介を行っている。重度化した場合の支援方法の説明も行っている。		
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	家事一般の仕事を一緒に行い、できない事はそっと手を差し伸べる事で助け合っていると感じて頂けるように努めている。また利用者様を人生の先輩として教えて生活全般を教えて頂きながら、生活をしていく姿勢で接している。		
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	ご本人様の生活状況や行事などのお知らせを随時連絡し、行事等にも参加して頂くように、ご本人様との関係がよりよくなるように努めている。家族会ではご本人様とご家族との交流やご家族同士の交流にも努めている。		
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	ご本人やご家族に馴染みの場所、人間関係をお聞きし、なじみの関係が継続できるように努めている。今まで行かれていた場所、お寺やお墓参り等、ご家族同伴での個別外出を行い、希望に添ったケアが出来るように努めている。	「個別ケア」で、馴染みの美容院等に出掛けしている。近所の友人が訪ねてきたり、地方に住んでる家族の協力で自宅への外泊を継続している利用者もいる。得意な編み物や裁縫の継続支援もしている。	
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	家事全般のお手伝いを役割分担し、利用者様同士が支えあう事ができるように支援している。物作りやレクリエーションなど同じ時間を共有する事で助け合い、関わりが深く持てる環境を支援している。		

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
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	グループホームの入居が終了した後も次の転居先に移る際も、今までと変わらない環境で過ごせるようにご本人の状況やケア内容を詳しく伝えている。転居先に職員が面会に行ったりしている。		
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	(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	利用者様の思いや一言をつぶやきにて拾い、職員会議にて重要性を判断し検討し対策を行っている。また、利用者様だけの会議を婦人会として、月に一回行い、思いやして欲しい事などをお聞きし、対策行い実施している。	浴室や居室で1対1になる機会を大切にし、心が開くようにゆっくりと話している。「することがない」とのつぶやきから、「裁縫が好き」を引き出し、絞りや編み物等の趣味の継続を見出した。利用者が主体の「婦人会」では、忌憚のない意見がでている。	
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	利用者様のフェイスシートやご家族様から生活歴をお聞きし、利用者様の生活歴を把握し、穏やかに過ごして頂けるように努めている。		
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	検討事項を月に一回のカンファレンスとして職員会議にて検討し、状態の改善や変化などを話し合い、ケアプランに反映させ、ケアアシストをして日々記録している。		
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	担当職員は日頃の利用者様の様子や自分の気がついた事を意見し、モニタリングをし介護計画に、記入した介護計画を計画作成担当者が作成し反映させる。サービス担当者会議をご家族様に出席して頂き、意見や要望をお聞きしている。	居室担当者と計画作成担当者が6ヶ月毎にモニタリングを行い、利用者・家族同席の下でサービス担当者会議を開いている。家族の意向を聞き、利用者の発した「つぶやきノート」を縦覧し、介護計画を作成している。	思いの把握は出来ているが介護計画に反映されていない。把握した思いや意向を根拠に、具体的なその人らしさが感じられる介護計画(個別ケア)の作成を期待したい。
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	ポイントケア入力、ケアアシスト入力をし、月に一回のカンファレンスで検討し、継続、新しい計画につなげている。状態の変化が見られた際はケアの見直しを検討していく。		
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	法人内の事業所と連携し、福祉用具などの相談にも対応してもらっている。同法人の看護師による、救急指導やボランティアコーディネーターによる、慰問などの支援もある。		

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
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	地域密着型として、近隣の喫茶店でのモーニングや飲食店での外出、食材の買出し等、生活を楽しむ事ができるように支援している。		
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	内科医による月に2回の往診、精神科医による月に1回の往診がある。居宅療養管理指導を受け、緊急時や体調不良時には往診してもらえ体制になっている。	利用者全員が協力医をかかりつけ医として月2回の往診と、月1回の精神科の往診を受けている。他科受診は原則家族対応であるが、柔軟に対応し、受診時には日頃の記録や情報(薬等)を書面で提供している。	
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	かかりつけ医や看護師に随時連絡し指示を仰いでいる。薬剤管理行い、検査結果などはご家族に報告し病院受診が必要な際はご家族と協力して支援している。		
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。	医療機関に情報を提供し、安心して治療に専念して頂けるように努めている。医療機関への退院期日や支援方法の問い合わせを行い、ご家族様と話し合い、安心して過ごして頂けるように配慮を行う。		
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	ホームでは終末期ケアは行わない方針である。医療行為が必要となった時は、法人内の施設と連携して、状況にあったサービスが受けれる方法をご家族に提案し受け入れ先の説明を行うように努めている。	利用契約時に、重度化した場合や医療的ケアが必要になった場合に、退居となる旨を家族に説明して同意を得ている。多くの利用者は法人内特養への入所申し込みを併願しており、退居の際には利用者にとっての最も適した住み替えを提案している。	
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	法人の救急マニュアルを職員が閲覧できる場所に提示している。利用者様の急変の際には往診医に連絡し指示を仰ぐ体勢が出来ている。事故発生時に備え、勉強会やAEDの使い方の指導などを消防署にて指導してもらっている。		
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	毎月、15日に避難訓練を実施しご近所の方にも参加して頂いている。年2回の消防署の指導の元に防災訓練など行っている。災害に備え、水や食料、懐中電灯も備蓄し、毎月スプリンクラー等も設備チェック行っている。	年2回(消防署立ち合い1回。昼間・夜間想定)の訓練を実施している。毎月15日には地域に書面で防災訓練の実施を知らせ、地域住民の参加を得ている。地域の協力体制は構築されており、防災意識は高い。	

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
IV. 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	ISO27001での法人内監査を毎年行っている。個人情報保護の認証継続取得の為、個人情報には細心の注意を払っている。また、入浴や排泄の際には羞恥心に配慮し、自尊心を傷つけないように態度や言葉使いにも十分注意していく。	利用者の呼称(呼び名)に関しては、馴れ過ぎないように人格を尊重して支援にあたっていている。居室での着替え時には窓のカーテンを閉める、トイレ誘導時はさりげなく耳もとでさやく等の配慮をしている。	
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	日々の生活の中でご本人の何気ないつぶやきを拾う事や、利用者様の会議にて思いや希望を見つけ出すよう努めている。また、自己決定ができるよう選択ができるような声掛けに努めている。		
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	さまざまなレクリエーションを準備し 認知症進行防止の為に出来るだけ参加して頂き、作業をしながら利用者様同士のコミュニケーションも図っていただけるように努めている。お散歩等の希望があれば職員と一緒に掛けている。		
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	2ヶ月に一度の訪問の理美容を依頼して意思を確認した上で利用している。毎日の着替えの服は自己決定を尊重しご自分で準備して頂き 出来ない方は職員が付き添いのもとご自分で選ばれている。また化粧品は担当職員と個別外出することでご自分で購入されたり ご家族が購入し持ってみえる。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	可能な限り食材の買い物に職員と一緒に出かけ選んでいただいている。盛り付け、配膳、片付け等一緒に行っている。季節の野菜、果物で季節感を感じられるよう行事食を毎月提供している。また、誕生日やイベントの時は希望の献立を立ててもらい提供している。レクとして利用者様同士コミュニケーションをとりながら献立を立てていただく機会も作っている。	利用者主体の「婦人会」でメニューを決め、食材購入には利用者も一緒に出かけている。利用者が調理の一連の動きに参加しており、食事作りが利用者の力が発揮できる重要な位置にあることを職員は理解している。食を通しての様々な取り組みがある。	
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	法人の栄養士がカロリー計算を行った献立をもとに、一人ひとりの摂取量を観察し、その方の摂取の状況を見極め食事の形態を変え、できる限りの摂取を促している。毎日、食事の摂取量と水分量を記録、毎月2回の体重測定で体重の変化をみて、健康管理に繋げている。		
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	毎食前・食後には必ず、うがいを行うことが習慣となっている。夕食後は歯磨きを行い、義歯の方は夜間は義歯をはずし洗浄液につけて、口腔内の観察を行なうとともに清潔を心掛けている。		

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
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	ほとんど自立されてみえるが、必要な利用者様にはパット交換を促したりトイレ誘導を行うことで、失禁等を防ぎ排泄に関して心配、不安が無いように支援を行っている。失禁がみられた時は羞恥心に配慮し、自尊心を傷つけないようにさりげなく着替えを行っている。	排泄自立の利用者が多いが、排泄チェック表で利用者のパターンを把握し、利用者に合わせて個別に支援している。職員は、安易にオムツに頼らないように共通意識をもって取り組んでいる。	
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	食物繊維を摂取することを心がけ、毎日朝食後にはラジオ体操、10分間歩行やボール運動、足上げ運動を行っている。食事以外にも10時・3時・入浴後・寝る前に水分摂取を行っている。便秘症の方には排便確認を行っている。改善が見られない場合は協力医の医師に状況を報告し薬の処方を受けることもある。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴前にバイタル測定を行い、体調管理をおこなったうえで、毎日午後3時ごろからお好きな時間に入浴して頂いている。職員は羞恥心に配慮し、転倒の危険がないように必ず見守りを行っている。体調不良等で入浴できない時は着替えや清拭で清潔を保つようにしている。季節感を味わう為、ゆずや菖蒲などでかわり湯を楽しんでいる。	毎日の入浴を実施している。浴槽が大きく、仲良しの利用者同志と一緒に入浴を楽しんでおり、ゆったりと入浴したい利用者には一人入浴が行われている。拒否のある利用者には無理強いせず、柔軟に対応している。	
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	朝食後・入浴前にバイタル測定を行いその日の健康状態の目安に繋げている。バイタルの変動を目安に臥床を促したり、ご本人の希望で対応している。夜間は定期的に巡視を行い、状態確認や室内の温度管理をすることで、快適な睡眠を支援している。		
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	薬の管理は事務所でお預かりしている。ポイントケア(服薬管理)にて一人ひとりの内服薬の種類、効能、服薬個数等を明確にして職員がすぐに閲覧できるようになっている。また、薬のダブルチェックを行い、臨時薬を含めチェック表を使用し、飲み忘れ、誤薬のないよう確認を行っている。また、1回/月の全体会議にて服薬について問題点の確認を行っている。		
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	本人の能力に応じて家事(茶碗洗いや片づけ・ゴミ出し・洗濯物干しや洗濯たみ等)を職員と一緒にしている。散歩や個別外出、月に1度のモーニング・外出ドライブ・訪問ボランティアによる催し物など楽しみへの支援もしている。		
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支援している	毎日のレクリエーションの予定を居室やリビングに掲示して、ご本人にもわかるようになっていく。毎月のモーニングや外出ドライブと一緒に楽しんで頂いている。また、ご本人の希望を伺い、担当者がご家族に参加を呼びかけて個別対応(外出4回/年以上や趣味)を行う。同法人の施設に定期的に訪問ボランティアによる催し物などの交流会があり生活に張り合いを持てるよう外出を支援している。	日常的な散歩は表を付け、全員が公平に外出できるように取り組んでいる。毎日の買い物には利用者も一緒に出かけ、年6回の居室担当者や馴染みの場所(個別外出)に出掛ける外出や、月1回全員で行く喫茶店(モーニング)、外出ドライブは利用者の楽しみになっている。	外出支援は積極的に行われているが、家族アンケートでは「分からない」との評価が多かった。「八田たより」に外出の項目を設ける等して、家族の外出支援に対する理解を深める工夫を期待したい。

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
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	お小遣いはご家族からお預かりしホームで管理している。モーニングや外食で使用したり、ご本人と買い物に出かけた際に使用する。ご家族了承のもと使用し、小遣い帳に記入し承認印を頂いている。個々の財布があり、外出時ご自分で支払いをして頂けるよう支援している。		
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	手紙を家族やお友達に出していただく支援を行い、年賀状作り等はホーム全体で取り組んでいる。電話は希望された時にホームの電話からかけていただき、離れた家族への行事予定や報告を職員と一緒に連絡を行っている。		
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	居間の窓は掃きだしになっておりすぐにウッドデッキに出ることができ、明るく開放的になっている。庭に畑を作り、入居者で育て収穫している。量のスペースがあり洗濯物をたたんだりと有効に使い、リビングは皆の憩いの場となっている。リビングには貼り絵や手作りの装飾によって季節を感じるができるよう配慮している。また、楽しかった行事をポスターにして掲示し、利用者同士やご家族との話題作りを行なっている。	利用者が集まるリビングには利用者の作品(俳句・習字等)や行事の写真、表彰状(利用者が出品し受賞)が掲示されている。利用者の希望や思いで決めた「お手伝い分担表」が貼り出され、利用者の日々の役割が決められている。ウッドデッキには季節の野菜や花が植えられ、季節感が味わえる。	
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	ラウンジと食堂が一体化になっており、食事が終われば、ソファーに座られ団欒される方や食堂のテーブルで作業をされる方、各自居室に戻り、塗り絵、書き物、読書、またベットに横になられる方、思い思いに過ごされみえる。		
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	居室にはご本人の使い慣れた家具が持ち込まれ、ご主人の位牌や写真、テレビもある。壁には家族や動物の写真、時計、人形、花や観葉植物などそれぞれのお気に入りのお物を置き、ご自宅と同じ雰囲気心地よく過ごすことができるよう配慮している。家具には突っ張り棒をつけて地震対策を行っている。	馴染みの仏壇・家具・手作り人形等が持ち込まれている。趣味の編み物や家族写真が置かれ、利用者が居心地よく過ごせる工夫がある。中国語を話す利用者の居室には、関連する本が置かれていた。	
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	洗濯物を片付ける際や入浴準備、室内清掃はご自分で行って頂けるよう声掛けや見守りを行いながら職員と一緒にこなすことでさりげなく援助し、準備不足や居室の整理整頓はそと職員が支援している。また日常の家事については担当表を確認できるよう居室や共用部分に掲示して自分の仕事として張り合いを持ち、生活を送って頂けるよう努めている。		