

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	3390200479		
法人名	社会福祉法人 純晴会		
事業所名	グループホーム うきすの里(東ユニット)		
所在地	倉敷市粒江2503-3		
自己評価作成日	2018/8/5	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	http://www.kairokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&JigyosyoCd=3390200479-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社東京リーガルマインド 岡山支社		
所在地	岡山県岡山市北区本町10-22 本町ビル3階		
訪問調査日	平成30年9月6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)】

「私たちはその人の人生を知り、今をそしてこれからの生活を大切にします」という理念のもと、認知症高齢者がこれまで過ごしてきた生活や人生の継続性や、本人の「できること」に着目した支援を目指している。職員一人ひとりが「人生の週末期という大切な時期をお世話させていただいている」と言う事を自覚し、安心・安全・安楽に締めくくることが出来る支援を目指している。

食事作りを介護支援や生活の中心に考え、食材買出し→調理→片づけまでをご利用者と一緒に行っている。男女問わず、それぞれの残存能力を生かした役割を担っていただくことで、生きがいや満足感を感じたり、地域交流の機会がある。また、家族会や季節の行事、粒江地区の地域活動を通じ、生活の中の様々な良い刺激が受けられるよう支援している。同法人内に特養があり、重度化した場合に連携が図りやすいことは、利用者の家族にとっても安心感があると言える。

【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)】

下校時の子ども見守り隊活動や、ふれあい赤ちゃんサロンの参加も継続する等、地域との交流を図り、昨年発足した包括主催のオレンジカフェにも管理者が携わり、助言するなどし、地域で必要とされる役割も担っている。家族の理解と支援が得られた事業所であり、家族会が毎月開催され、利用者、職員、家族で誕生会やレクリエーションを楽しんでいる。職員と家族も話し合う機会が多く、双方で利用者を支える良好な関係が構築されている。ケアプラン作成に関しても「説明を受け、一緒に話し合っている」と全家族が答えており、家族アンケートの結果からも、家族の信頼が見て取れる。また、職員の努力が評価された結果であるとも思われる。職員間は仲が良く、連携の体制が整っており、「うきすの里での生活を楽しくしてもらうにはどうすれば良いか」を話し合い、「今をそしてこれからの生活を大切にします」と理念に沿った支援の実践に努めている。管理者は「職員の生活」も大切に考え、就業環境の整備に努めている。育休を終えて復職する職員もいて、働きやすい職場であると考えられる。

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(東ユニット)

[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	法人理念のもとに事業所独自の理念を掲げ、職員会議で定期的に理念に込められた思いを共有している。	職員会議で共有認識を図り、理念に込められた意味や思いを確認している。「人生を知り、今を、そしてこれからの生活を大切にします」と、職員全員で同じ方向を見据え、生活の継続性を大切に支援している。	
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	一昨年度からの、粒江地区子ども見守り隊への加入に加え、昨年度から参加している粒江地区ふれあい赤ちゃんサロンも定着してきた。地域の代表の方と顔なじみになってきた。	法人全体として、学生や市職員の現場実習を積極的に受け入れている。夏祭りの手伝いや、演奏や手品で楽しませてくれるボランティアの訪問も多い。保育園や赤ちゃんサロンでの幼児との交流は、利用者の楽しみの一つとなっている。	
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	粒江地区にある認知症カフェの運営推進会議メンバーになり、ボランティアスタッフの実習受け入れを行ったり、会議では具体的な対応策など質問に助言・回答している。		
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	定期的で開催している。活動の様子写真をスライドショーで報告する事で、活動時の参加者の様子を具体的に伝えられるよう工夫している。参加者からも、地域行事等具体的な助言提案がある。	包括支援センター職員、民生委員、近隣の2か所のグループホーム職員、家族等の参加を得て、2か月毎に開催されている。他グループホームとも情報交換し「身体拘束の適正化」に関して、会議の活用方法を検討している。	家族会が毎月開催されている。運営推進会議へも、さらに多くの家族が参加できるよう、働きかけて欲しい。幅広い視点で話し合われ、家族の理解と支援が深まることに期待を寄せる。
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取り組んでいる	法人内に地域包括支援センターがあり、運営推進会議へは毎回参加がある。市の担当者とも、小さな事でも質問や確認が出来る関係を築けている。	包括支援センター職員は、毎回運営推進会議に出席し、事業所の実情を理解してくれている。市職員の研修場所として、事業所を活用してもらっている。不明な点や疑問点を相談しやすい顔馴染みの関係作りを心掛けている。	
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	身体拘束に関する勉強会を定期開催しているが、全ての職員が正しい知識を理解し、実践したり人に説明できるレベルまで達しているとはいえない。勉強会内容を工夫して行く必要がある。	指針を作成し、年2回は勉強会を行っている。法人全体の研修もあり、事例検討で具体的な確認をしている。気になる言葉遣い等があれば、その都度注意を促し、相手の立場に立つと共に、「自分だったらどう思うか？」と問いかけ考えてもらっている。	
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	同上。不適切な声かけなどグレーゾーンな対応についても、気になる対応があれば、職員の意図や思いを確認しながら、適切な声かけや認知症ケアが出来るよう努めている。		

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
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	制度の勉強会を開催したり、過去に後見人を選任された実例がある。必要性が生じれば、市や地域包括支援センターと連携を取る体制が整っている。		
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	重要事項説明は、原則として契約前に十分に説明を行い、納得いただいた上で契約している。内容に変更があった場合は、家族会で説明を行ったり、定期的に内容の振り返りの場がある。		
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	毎月の家族会に加え、運営推進会議への家族の参加が増え、家族から要望や本音を聴く機会が増えた。内容を議事録に残し、職員への周知や職員会議で話し合う場がある。	家族会の後半に、担当職員と話し合う時間を設けている。健康面や体調管理の相談があれば、看護師がこまめに対応し、家族の安心が得られている。ワイヤレススピーカースセットやお盆等の備品購入も、家族会で話し合い寄贈してくれている。	
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	月に1回の職員会議・ミーティングには管理者も原則出席し、現場の声を聞く機会を設けている。管理者が一方向的に指示を出すのではなく、チームが課題を考え、対応方法やルールを作る環境を整えている。	業務の効率化を話し合い、記録の書式を記述からチェック方式に変更している。職員間のコミュニケーションが良く図られ、意見や要望は出しやすい。要望から新しいパソコンを増設予定である。	
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	平成30年2月、法人が「おかやま子育て応援宣言企業」として岡山県知事賞を受賞した。自己評価シートや面談で職員の思いや悩みを聞き取る機会を年3回設け、また給与規定やキャリアパスシートの見直しを定期的に行っている。		
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	外部研修参加や園内勉強会の計画を設けている。職員の経験値や課題に合った内容の外部研修に参加している。資格の大切さを伝え、昨年度介護福祉士1名合格した。		
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	他事業所の運営推進会議での情報交換や、外部研修で出来た人脈で情報交換をし合える機会がある。		

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
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	インテーク時のアセスメントや生活歴の聴き取りは、特に重点的に行い、それを認知症介護に繋げている。入居後は窓口となる担当職員を決め、引き続き信頼関係を築く努力をしている。		
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	毎月の家族会で担当職員との懇談時間を設け、家族の話を傾聴できるシステムがある。担当や管理者から、積極的に話をする機会を持つ努力をしている。		
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	アセスメントの時点で知りえた情報や意見・要望を「ケアプラン目標作成マップ」に起こし、関連性や優先性を可視化・確認し、プランを作成している。		
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	食事作りの一連の流れを入居者と一緒に実施する事を、事業所の売りとしている。役割のある生活が、BPSDの軽減につながったり居者同士の関係に良い影響を与えている。		
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	毎月開催している家族会も、当事業所の売りの一つである。事業所と家族がコミュニケーションを取る事で、本人への質の高い支援が出来ると考えている。家族の参加率は、毎月2/3以上ある。		
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	入居直後は面会を控えたがる家族もあるが、家族や友人が積極的に面会に来る事で、「ここが自分の居場所」と認識できるようになる為、事業所の方針として、面会を積極的にお願している。	家族の協力を得て、墓参りや外食に出かけている。盆や正月には帰宅も奨励し、自費ベッドのレンタル業者紹介など、安心して外泊できる手助けを行っている。友人に会いに長年通ったデイサービスに、職員と出かけることもある。繋がりが継続できるように取り組んでいる。	
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	利用者同士の馴染みの人間関係ができていく。集団を好まない利用者に対しても、マンツーマンでかかわる機会を可能な限り設け、孤立・孤独感を感じさせないように努めている。		
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	同法人特養へ入所した方には、利用者と一緒に面会に定期的に行っている。また、退所した方の家族が慰問ボランティアに来たり、夏祭りへの参加を希望する問い合わせ等があり、交流の継続を希望される家族もある。		

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
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	経年により、意向や課題は変化していくものである。ご利用者や家族の話を傾聴し、それを毎日の申し送り、毎月のミーティングやカンファレンス会議で共有し支援につなげている。	生活歴聞き取りシートを活用し、好きな事やできる事を探している。保育園であやとりを披露し、生き生きとした表情を見せてくれる等、本人の生きる力に繋がる支援に努めている。「帰りたい」と聞き取れば家族に伝え、実現に向けて取り組んでいる。	
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	事業所理念そのものであり、入所時のアセスメントでは、生活歴の情報収集には特に力を入れて行っている。これをもとに、パーソンセンタードケアの考えで支援の方針や方法を決めている。		
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	日々の記録や食事・排泄チェック表を通し、生活パターンの理解・把握に努めている。ADLに関しても、定期的にアセスメントの見直しを行い、現状の把握に努めている。		
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	月一回のミーティングや家族会での懇談の内容を元に、解決すべき課題についてカンファレンス会議で検討し、ケアプランを作成している。ケアプラン目標作成マップは、担当職員も作成に携わる。	本人には「これからどう生活していきたい？例えば90歳までにしてみたいことは？」と聞き取るようにしている。家族には変更の2か月前に知らせ、本人の生活を考えてもらっている。具体的なプランとなるよう、現状に即した計画作成に努めている。	
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	支援の中で気付いたことは記録に残し、ミーティングや主治医への報告の材料とすることで、支援の見直しや適切な医療を受けられる橋渡しを行っている。		
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	大まかなタイムテーブルはあるが、認知症高齢者のペースに合わせると、その通りに行かない事も多々ある。施設的な時間やルールで縛ったり、画一的な介護にせず、入居者の視点で柔軟な対応を行っている。		
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	近隣小学校・幼稚園との交流会や、地域住民との夏祭りを通じ、地域と共に生活していることを実感できる機会がある。同法人の他事業所も地域の社会資源ととらえて交流している。		

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
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	入所前にかかりつけ医について必ず確認している。家族による受診の際は、情報提供に必要な書類や医師からの指示をメモ出来る用紙を準備し、希望する治療方針に合った適切な医療が受けられるよう支援している。	二医院をかかりつけ医として。そのうちの一つは在宅医療に特化した医院で、終末期にも対応してくれる。看護師との24時間の連携体制も整っている。認知症等専門科の受診は家族に頼んでいるが、状況に応じて職員が付き添うこともあり、医療情報の共有を図っている。	
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	配置している看護師により、内服薬の管理や必要な処置、訪問診療・往診・受診時の橋渡し担い、適切な医療を受ける体制がある。		
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。	入院時の情報提供と共に、入院初期は特に面会をこまめに行い、病院に情報提供を続ける事で、早期退院、入院中のレベル低下防止につなげている。		
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	家族を招いてのカンファレンスを行い、事業所でできる対応についての説明を十分にしている。その後意向を聴き取り、あらゆる視点で協議しながら準備を行っている。	安全に入浴できなくなった時を目安に、話し合いを行っている。法人内の施設を選ぶ家族がほとんどであるが、本人や家族の希望に添い今までに2例の看取りを経験している。職員間で死生観を話し合い、勉強会を重ねながら、重度化や終末期に向けた支援に取り組んでいる。	
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	各種緊急時対応に関するマニュアルを作成しており、平素より目を通し、不測の事態に備えるよう周知している。しかし、いざとなったら管理者や医療職に頼り、自信を持って対処できる職員が多いとは言えない。		
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回の火災時避難訓練に加え、福祉避難所である隣りの特養への避難訓練を定期的実施。今年の豪雨で周辺道路が冠水する事があり、想定外の災害も想定したマニュアルの修正をする必要がある。	夜間想定での火災時避難訓練に加え、地震・水害等の災害避難訓練、不審者等に対する防犯訓練を年に4回実施している。簡潔なアクションカードを作成し、より迅速で確実な避難を目指している。緊急時の伝達訓練も、随時行っている。	

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
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	利用者の発言には、受容と共感の態度で対応している。認知症の方の立場に立った声の掛け方や、プライバシーへの配慮(排泄に関する情報共有など)は、まだ発展途上である。	親しみのある言葉と、馴れ馴れしい言葉は違う事を折に触れて提言し、職員に考えてもらっている。表札に利用者の人となり象徴する図案が掲げられており、これまでの人生を知り、一人ひとりを尊重して支援する職員の姿勢が伝わってきた。	
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	外出や外食の際は、好きな物を買ったり注文する機会が持てるよう支援を続けている。自由献立の日は入居者で献立を決めたりし、自己決定が出来る支援を基本としている。		
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	画一的に活動への参加を強まず、希望を聞きながらマイペースに自分のやりたい事や過ごす場所を選ぶ機会が常にある。		
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	訪問理容に加え、希望のある方は訪問理美容でヘアカラーやパーマが受けられる機会がある。外出時等に化粧をしたり、入浴後に化粧水を愛用している方が複数名おり、継続できるよう支援している。		
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	食事作りを生活やリハビリの中心と考え、買出しから準備・調理・片付けの工程に利用者に役割として担ってもらっている。献立のリクエストを伺ったり、季節の食材・メニューに触れる機会がある。	法人内特養の管理栄養士が作成する献立をアレンジし、食べやすくバランスの良い家庭料理を提供している。昼夕の食事作りはできる限り入居者と職員が共同で行い、楽しみや自信に繋げている。月1回の誕生日会には、ビュッフェ形式で食事を楽しむ機会がある。	
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	食事形態は、現在ミキサー食の対応まで行っている。嚥下等の評価を行い適切な食事形態で提供することで、不安定だった体調が改善した事例があった。		
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	協力歯科医院からの指導や助言を活かし、毎食後の口腔ケアや用具の点検消毒等を実施している。希望者には、訪問歯科診療で専門職からの的確な指導・ケアを受けることができる機会もある。		

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
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	現在の排泄方法や介護用品の使用が適切かどうか、本人の声やミーティングで職員の意見を評価する機会がある。困難事例の場合は、声の掛け方の成功事例や介助方法など、職員が情報共有する機会がある。	布パンツ使用で、自立に近い人もいるが、それとなく確認し、排泄チェック表に記入している。夜間にポータブルトイレを使用する人もいる。月1回は状況を振り返り、能力やパターンを考慮しながら排泄用品の見直しや、介助方法の検討を行っている。	
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	看護師より、薬に頼らない具体的な方法(運動、起床時の水分摂取、腹部温罨法やマッサージなど)をまず行う事の必要性を説明し、継続している。重度化により、非薬剤療法が実践できないケースも増加傾向にある。		
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	平均で週4回は入浴出来るよう調整し、出来るだけ希望に添えるよう支援している。入浴しない日でも、必要に応じ足浴や清拭を行い、清潔保持出来るよう支援している。	入浴は週6日実施。回数は、希望や必要に応じた対応を行っている。一人ひとりの時間をゆとり取り、くつろいだ気分で入浴してもらっている。本音が聞き取れることもあり、職員と1対1の入浴時間を大切に考えている。温度差に配慮し、皮膚の状態の変化にも気をつけている。	
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	入居者の生活リズムに合わせて、休息や午睡を実施している。特に午睡は、生活にメリハリをつける観点からも効果的であり、長時間にならないよう配慮しながら実施する方もいる。		
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	薬剤療法について全ての職員が理解できているとは言えないが、薬情報をいつでも目を通せるようにファイリングし、情報共有できるルールがある。症状変化は申し送りや記録を用い、専門職と連携している。		
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	生活歴を考慮した活動の提供、また日常的な役割を創設し提案している。自宅から自分専用の書道用具を持参し、創作活動の時間にそれを時使い、自分で片付ける機会がある。		
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	年6回は、事業所全体で季節を意識した外出機会を作っている。それ以外の買い物や外出なども随時実施し、地域に出る機会を公平に持てるよう支援している。	運営推進会議や家族会で、開花の情報や、外出先の提案がある。普段の生活の中でも喫茶店でお茶を飲んだり、洋服の買い物に出かけたりし、外出の機会が多い。週3回の食材の買い物にも職員と一緒に出かけ、子ども見守り隊のパトロール活動も継続している。近所の犬に会いに行く事もある。	

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
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	外出企画では、「自分でお金を支払う」と言う事を目的の一つとして意識している。IADLの訓練が、認知症ケアや自立支援に必要であるという事業所の方針を、運営推進会議や家族会で説明している。		
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	遠方の家族からの電話連絡は、可能な限り本人につなぐ支援をしている。家族(ひ孫)とのはがきのやり取りをプランに立案した入居者は、返事が来るのが楽しみとなっている。		
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	小規模な入所施設である為、閉塞感を感じさせないようにリビングには吹き抜けや天窓を設置し、視覚的に圧迫感を感じさせないハードになっている。季節の草花を飾り、生活感のある環境づくりを行っている。	吹き抜け部分の木製の梁が温かさを醸し出している。テラスに面してソファーセットが置いてあり、思い思いの場所でくつろいで過ごすことができる。ガーデニングが趣味の職員が季節の花を生けてくれており、利用者と一緒に作成している壁面装飾からも、季節感を感じ取ることができる空間となっている。	
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	共同スペースでの席がなんとなく決まっており、顔なじみの関係が活動参加や心の安定につながっている。気の合う仲間同士、思い思いの距離感や場所で過ごしていただいている。		
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	使い慣れた家具や写真を持参してもらい、家庭的な雰囲気・住み慣れた環境に少しでも近づくよう工夫している。家具の配置やベッドの向きなど、これまでの生活の継続性を意識している。	落ち着いて過ごすことができるように、自宅に近い環境作りを心掛けている。新しい物を揃えるのではなく、馴染みの物や、使い慣れた物が安らぎを生む環境作りに欠かせないことを、家族に伝え協力してもらっている。	
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	認知症になっても、失われない感性や感情がある事を理解し、生活歴をヒントに様々な活動を提供し、出来そうな事が出来る事になっていくよう支援している。		

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	3390200479		
法人名	社会福祉法人 純晴会		
事業所名	グループホーム うきすの里(西ユニット)		
所在地	倉敷市粒江2503-3		
自己評価作成日	2018/8/5	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	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kanistrue&JigyosyoCd=3390200479-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社東京リーガルマインド 岡山支社		
所在地	岡山県岡山市北区本町10-22 本町ビル3階		
訪問調査日	平成30年9月6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)】

【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)】

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(東ユニット)

[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	法人理念のもとに事業所独自の理念を掲げ、職員会議で定期的に理念に込められた思いを共有している。		
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	一昨年度からの、粒江地区子ども見守り隊への加入に加え、昨年度から参加している粒江地区ふれあい赤ちゃんサロンも定着してきた。地域の代表の方と顔なじみになってきた。		
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	粒江地区にある認知症カフェの運営推進会議メンバーになり、ボランティアスタッフの実習受け入れを行ったり、会議では具体的な対応策など質問に助言・回答している。		
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	定期的に開催している。活動の様子写真をスライドショーで報告する事で、活動時の参加者の様子を具体的に伝えられるよう工夫している。参加者からも、地域行事等具体的な助言提案がある。		
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	法人内に地域包括支援センターがあり、運営推進会議へは毎回参加がある。市の担当者とも、小さな事でも質問や確認が出来る関係を築けている。		
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	身体拘束に関する勉強会を定期開催しているが、全ての職員が正しい知識を理解し、実践したり人に説明できるレベルまで達しているとはいえない。勉強会内容を工夫して行く必要がある。		
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	同上。不適切な声かけなどグレーゾーンな対応についても、気になる対応があれば、職員の意図や思いを確認しながら、適切な声かけや認知症ケアが出来るよう努めている。		

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
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	制度の勉強会を開催したり、過去に後見人を選任された実例がある。必要性が生じれば、市や地域包括支援センターと連携を取る体制が整っている。		
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	重要事項説明は、原則として契約前に十分に説明を行い、納得いただいた上で契約している。内容に変更があった場合は、家族会で説明を行ったり、定期的に内容の振り返りの場がある。		
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	毎月の家族会に加え、運営推進会議への家族の参加が増え、家族から要望や本音を聴く機会が増えた。内容を議事録に残し、職員への周知や職員会議で話し合う場がある。		
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	月に1回の職員会議・ミーティングには管理者も原則出席し、現場の声を聞く機会を設けている。管理者が一方向的に指示を出すのではなく、チームが課題を考え、対応方法やルールを作る環境を整えている。		
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	平成30年2月、法人が「おかやま子育て応援宣言企業」として岡山県知事賞を受賞した。自己評価シートや面談で職員の思いや悩みを聞き取る機会を年3回設け、また給与規定やキャリアパスシートの見直しを定期的に行っている。		
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	外部研修参加や園内勉強会の計画を設けている。職員の経験値や課題に合った内容の外部研修に参加している。資格の大切さを伝え、昨年度介護福祉士1名合格した。		
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	他事業所の運営推進会議での情報交換や、外部研修で出来た人脈で情報交換をし合える機会がある。		

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
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	インテーク時のアセスメントや生活歴の聴き取りは、特に重点的に行い、それを認知症介護に繋げている。入居後は窓口となる担当職員を決め、引き続き信頼関係を築く努力をしている。		
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	毎月の家族会で担当職員との懇談時間を設け、家族の話を傾聴できるシステムがある。担当や管理者から、積極的に話をする機会を持つ努力をしている。		
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	アセスメントの時点で知りえた情報や意見・要望を「ケアプラン目標作成マップ」に起こし、関連性や優先性を可視化・確認し、プランを作成している。		
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	食事作りの一連の流れを入居者と一緒に実施する事を、事業所の売りとしている。役割のある生活が、BPSDの軽減につながったり居者同士の関係に良い影響を与えている。		
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	毎月開催している家族会も、当事業所の売りの一つである。事業所と家族がコミュニケーションを取る事で、本人への質の高い支援が出来ると考えている。家族の参加率は、毎月2/3以上ある。		
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	入居直後は面会を控えたがる家族もあるが、家族や友人が積極的に面会に来る事で、「ここが自分の居場所」と認識できるようになる為、事業所の方針として、面会を積極的にお願している。		
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	利用者同士の馴染みの人間関係ができていく。集団を好まない利用者に対しても、マンツーマンでかかわる機会を可能な限り設け、孤立・孤独感を感じさせないように努めている。		
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	同法人特養へ入所した方には、利用者と一緒に面会に定期的に行っている。また、退所した方の家族が慰問ボランティアに来たり、夏祭りへの参加を希望する問い合わせ等があり、交流の継続を希望される家族もある。		

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
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	経年により、意向や課題は変化していくものである。ご利用者や家族の話を傾聴し、それを毎日の申し送り、毎月のミーティングやカンファレンス会議で共有し支援につなげている。		
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	事業所理念そのものであり、入所時のアセスメントでは、生活歴の情報収集には特に力を入れて行っている。これをもとに、パーソンセンタードケアの考えで支援の方針や方法を決めている。		
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	日々の記録や食事・排泄チェック表を通し、生活パターンの理解・把握に努めている。ADLに関しても、定期的にあセスメントの見直しを行い、現状の把握に努めている。		
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	月一回のミーティングや家族会での懇談の内容を元に、解決すべき課題についてカンファレンス会議で検討し、ケアプランを作成している。ケアプラン目標作成マップは、担当職員も作成に携わる。		
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	支援の中で気付いたことは記録に残し、ミーティングや主治医への報告の材料とすることで、支援の見直しや適切な医療を受けられる橋渡しを行っている。		
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	大まかなタイムテーブルはあるが、認知症高齢者のペースに合わせると、その通りに行かない事も多々ある。施設的な時間やルールで縛ったり、画一的な介護にせず、入居者の視点で柔軟な対応を行っている。		
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	近隣小学校・幼稚園との交流会や、地域住民との夏祭りを通じ、地域と共に生活していることを実感できる機会がある。同法人の他事業所も地域の社会資源ととらえて交流している。		

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
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	入所前にかかりつけ医について必ず確認している。家族による受診の際は、情報提供に必要な書類や医師からの指示をメモ出来る用紙を準備し、希望する治療方針に合った適切な医療が受けられるよう支援している。		
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	配置している看護師により、内服薬の管理や必要な処置、訪問診療・往診・受診時の橋渡し担い、適切な医療を受ける体制がある。		
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。	入院時の情報提供と共に、入院初期は特に面会をこまめに行い、病院に情報提供を続ける事で、早期退院、入院中のレベル低下防止につなげている。		
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	家族を招いてのカンファレンスを行い、事業所でできる対応についての説明を十分に行っている。その後意向を聴き取り、あらゆる視点で協議しながら準備を行っている。		
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	各種緊急時対応に関するマニュアルを作成しており、平素より目を通し、不測の事態に備えるよう周知している。しかし、いざとなったら管理者や医療職に頼り、自信を持って対処できる職員が多いとは言えない。		
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回の火災時避難訓練に加え、福祉避難所である隣りの特養への避難訓練を定期的実施。今年の豪雨で周辺道路が冠水する事があり、想定外の災害も想定したマニュアルの修正をする必要がある。		

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
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	利用者の発言には、受容と共感の態度で対応している。認知症の方の立場に立った声の掛け方や、プライバシーへの配慮(排泄に関する情報共有など)は、まだ発展途上である。		
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	外出や外食の際は、好きな物を買ったり注文する機会が持てるよう支援を続けている。自由献立の日は入居者で献立を決めたりし、自己決定が出来る支援を基本としている。		
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	画一的に活動への参加を強えず、希望を聞きながらマイペースに自分のやりたい事や過ごす場所を選ぶ機会が常にある。		
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	訪問理容に加え、希望のある方は訪問理美容でヘアカラーやパーマが受けられる機会がある。外出時等に化粧をしたり、入浴後に化粧水を愛用している方が複数名おり、継続できるよう支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事作りを生活やリハビリの中心と考え、買出しから準備・調理・片付けの工程に利用者に役割として担ってもらっている。献立のリクエストを伺ったり、季節の食材・メニューに触れる機会がある。		
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	食事形態は、現在ミキサー食の対応まで行っている。嚥下等の評価を行い適切な食事形態で提供すると、不安定だった体調が改善した事例があった。		
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	協力歯科医院からの指導や助言を活かし、毎食後の口腔ケアや用具の点検消毒等を実施している。希望者には、訪問歯科診療で専門職からの的確な指導・ケアを受けることができる機会もある。		

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
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	現在の排泄方法や介護用品の使用が適切かどうか、本人の声やミーティングで職員の意見を評価する機会がある。困難事例の場合は、声の掛け方の成功事例や介助方法など、職員が情報共有する機会がある。		
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	看護師より、薬に頼らない具体的な方法(運動、起床時の水分摂取、腹部温罨法やマッサージなど)をまず行う事の必要性を説明し、継続している。重度化により、非薬剤療法が実践できないケースも増加傾向にある。		
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	平均で週4回は入浴出来るよう調整し、出来るだけ希望に添えるよう支援している。入浴しない日でも、必要に応じ足浴や清拭を行い、清潔保持出来るよう支援している。		
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	入居者の生活リズムに合わせて、休息や午睡を実施している。特に午睡は、生活にメリハリをつける観点からも効果的であり、長時間にならないよう配慮しながら実施する方もいる。		
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	薬剤療法について全ての職員が理解できているとは言えないが、薬情報をいつでも目を通せるようにファイリングし、情報共有できるルールがある。症状変化は申し送りや記録を用い、専門職と連携している。		
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	生活歴を考慮した活動の提供、また日常的な役割を創設し提案している。自宅から自分専用の書道用具を持参し、創作活動の時間にそれを時使い、自分で片付ける機会がある。		
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	年6回は、事業所全体で季節を意識した外出機会を作っている。それ以外の買い物や外出なども随時実施し、地域に出る機会を公平に持てるよう支援している。		

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
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	外出企画では、「自分でお金を支払う」と言う事を目的の一つとして意識している。IADLの訓練が、認知症ケアや自立支援に必要であるという事業所の方針を、運営推進会議や家族会で説明している。		
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	遠方の家族からの電話連絡は、可能な限り本人につなぐ支援をしている。家族(ひ孫)とのしがきのやり取りをプランに立案した入居者は、返事が来るのが楽しみとなっている。		
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	小規模な入所施設である為、閉塞感を感じさせないようにリビングには吹き抜けや天窓を設置し、視覚的に圧迫感を感じさせないハードになっている。季節の草花を飾り、生活感のある環境づくりを行っている。		
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	共同スペースでの席がなんとなく決まっており、顔なじみの関係が活動参加や心の安定につながっている。気の合う仲間同士、思い思いの距離感や場所で過ごしていただいている。		
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	使い慣れた家具や写真を持参してもらい、家庭的な雰囲気・住み慣れた環境に少しでも近づくよう工夫している。家具の配置やベッドの向きなど、これまでの生活の継続性を意識している。		
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	認知症になっても、失われない感性や感情がある事を理解し、生活歴をヒントに様々な活動を提供し、出来そうな事が出来る事になっていくよう支援している。		