

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	1291000055		
法人名	株式会社ケアサービス・まきの実		
事業所名	認知症対応型共同生活介護施設グループホーム広瀬ガーデン		
所在地	〒294-0008 千葉県館山市広瀬368-1		
自己評価作成日	平成29年1月26日	評価結果市町村受理日	平成29年4月7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.kaigokensaku.jp/12/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ACOPA
所在地	我孫子市本町3-7-10
訪問調査日	平成29年2月13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)】

会社理念、事業所目標の理解、基本的職業倫理について再度振り返り、個々の価値観の違いを理解しながら目標に向かって行動がとれる様に成る為に話し合いや勉強会を重ねてきた1年でした。各ユニットで抱えている課題が違う為、ユニット別のミーティングを増やし、個々の視点、理解度を確認しながら、チームケアの強化を図っています。ユニット毎で立てた目標に向かい、目標を達成するための具体的な行動を決め、毎月のミーティングにて評価、改善を行なっています。目指すべき介護のあり方の違い、価値観のズレを修正しながら誰の為に介護なのか常に考えながら介護の質の向上と入居者様の生活の質の向上を目指しています。開設より10年が経過し、介護度も上がってきています。食事面では「ミキサーでも美味しく」を目標に季節感や行事食、地域食を提供しています。近隣住民との関わりも、行事や地域作業を通して交流を持ちながら暮らす事が出来ていると感じています。

【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10年を経て、介護度5の入居者が9名もいるが、ホームの中は驚くほど明るく賑やかである。地域の高齢化率は50%を超え、独居や老々介護世帯も急増している。地域包括支援センターは今後の地域ケアの在り方について危機感を持ち、当ホームの実績とリーダーシップに多大の期待を寄せている。管理者は法人の理念を受けて、マンダラート法を用いて、二つのユニットの特性に合わせた個別の半期毎の目標を作り、「入居者が慣れ親しんだ生活」や、「今の自分の力が発揮できる暮らし」を支えるべく取り組んでいる。「食を通した認知症ケア」にも力を入れている。経営の安定という基本を常に意識しながら日々の実践に努めている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、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
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
I. 理念: 1291000055					
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	まきの実の理念に基づき、事業所としての目標、各ユニット目標を立て、定期ミーティング時に振り返る機会を設けている。理念やホームの目標などに常に念頭に置ける様に掲示している。	「その人らしさの尊重」を最も大切な目標とする経営理念を共有し、それを実現するため、半期ごとにマンダラート手法(発想法の一つ)により具体的な目標達成プロセスを設定し、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	散歩・回覧板・地域の店での買い物・地域行事への参加を実施している。地域の方よりお花を頂いたり、年始のご挨拶など日常的なお付き合いをしている。	開設以来10年が経過し、地域の方とは日常的な散歩や買い物を通して親密な関係が作られている。ゴミ拾いや溝掃除など地域作業にも参加し、良好な関係を維持している。	
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	地区のカラオケ行事・地域の店での買い物にホームの入居者と参加し、認知症への理解を深めながらまた、離設事象等の説明や搜索依頼等協力体制をとっている。		
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	運営推進会議の場での利用者様の状況を伝え、災害時に求める避難誘導の支援要請や地域の高齢化や問題についても話し合い共有の場としている。	地域の高齢化率は50%を超え、独居や老々介護世帯も急速に拡大している。地域包括支援センターを中心に参加メンバーは、この状況に危機感をもっており、運営推進会議はホーム運営だけでなく、地域全体の高齢化問題の話し合いや、啓蒙活動の場ともなっている。	まさに地域包括ケアシステムの重要性が実感できる地域と言える。赤門グループ全体として、これまでの実績を活かした地域貢献に参画されることを期待したい。
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	運営推進会議に出席をして頂いており、特に災害時、緊急時の対応を説明。また、事故報告書の提出や運営推進会議の際には事故内容や事故背景等の説明を充分に行なっている。	運営推進会議には毎回市の高齢者福祉課の職員も参加しており、河川の氾濫などの災害時の対応や事故の報告など様々なテーマについて話し合うなど協力関係が出来ている。	
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	研修等での意識・知識の共有理解に努めており、安全が確保出来ない場合のみ家族からの同意書を頂き対応している。玄関は夜間のみ施錠している。自由に過ごして頂く事によるリスクの説明やリスク軽減の対応策も説明を行なっている。	外部研修に参加するとともに、職員会議でも話し合い理解を深めている。玄関の施錠は夜間のみで昼間は自由に外に出られる。事故のリスクに対しては家族の理解をえながら、職員は見守りで対応している。	
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	虐待防止の研修を実施。利用者様主体・尊厳・自尊心に関して繰り返し伝えている。また、アザ・切り傷などのアクシデントに関しても原因をきちんと探り、対応を検討。全体ミーティングの場にて報告している。		

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
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	ミーティング時に権利擁護、成年後見制度について学ぶ機会を設けている。各利用者の身元引受人とコミュニケーションをとりながら考え方、認知症への理解度などを考慮し利用者の暮らしについて施設側からとしての提案や相談を行なっている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約に関しては十分な時間を設け説明と理解を得られるようにしている。入居申し込みから入居まで時対応している相談窓口担当者と管理者とで契約も行ない、契約までの経緯や今後の引き継ぎ等、家族の不安が無い様に情報共有と対応を行なっている。		
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	家族会・面会・電話連絡にて様子を伝えると共にご家族の意向を確認、日々のケアや業務体制に反映している。苦情窓口を設けており、入居時に説明している。家族や面会者からの要望等については、各職員より管理者に報告が上がり対応や本部への相談など内容により対応を検討している。	ユニット毎の「通信」誌を作成し、日ごろの生活状況を写真で伝えている。その結果、アンケートでも「話をよく聞いてくれる・柔軟な対応をしてくれる・訪問しやすい」という意見も多く寄せられている。系列施設と連携して介護度の高い方の外出にも取り組んでいる。	
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	ミーティング時に各委員会やスタッフより議題の提出をしている。また、月末にはまきの実の次月報告、稼働率報告等を行いながら、積極的な事業への参画と意識向上を目指しています。	職員会議の運営に工夫がある。議題は職員自らが提案することで自主性が生まれ、自由な環境を醸成できている。介護の実践だけでなく、稼働率など経営的な面も取り上げ、事業への参画意識を持たせている。	
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	人事考課時にアドバイス・評価を行ない次の目標の設定と広瀬の中での役割を伝えている。希望休みや有休の要望にも応えられるようにしている。職場満足アンケートの実施にて職員の意見を聞き、対策を立てている。		
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	個々の力量にあった役割と施設内の組織づくりを行なう事で、様々な事にチャレンジする場の提供とアドバイスを行なう。キャリア段位制度などの活用を行ないながらOJT指導を行なっている。		
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	グループ内での研修参加や会社内の委員会への参加でグループ内の知り合いを増やすなど横の繋がりの強化をしている。管理者会議にて各ホームの問題を様々な視点からアドバイスや支援が出来る様に孤立しやすい管理者間の連携も強化されている。		

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	入居前の面談や自宅訪問にて、入居前の暮らしについての情報収集を行ない、その人への理解を深めている。自宅での暮らしの継続、生活習慣が継続出来る様に事前に情報整理、準備し、居室内環境整備などにも役立てている。		
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	入居前施設・病院・ご家族からの情報収集や事前面談などを行なう。入居までを担当する窓口担当から管理者に入居者様の事だけでなく家族の特徴や不安、意向が申し送られ、役割分担しながら安心感を持って入居やその後の暮らしのイメージを持てるように支援している。		
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	ご本人様の情報を集め、ご家族との面談にて要望をお聞きし、ご本人様やご家族の要望にあった場の提供やリスクについても話し合いを行いながら支援方法を検討している。また、専門職との連携と言う部分では訪問看護、訪問リハビリなどの利用、薬局との連携等についても説明を行なっている。		
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	職員には認知症があっても一人の人・様々な事を経験してきた人生の先輩として敬う気持ちや尊敬や自尊心・共感という介護職として基本的態度の指導と入居者様にも役割や生活の中で活躍できる場を提供し自己肯定感や満足感を感じてながら生活して頂けるように支援している。		
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	面会などご家族でゆっくりと談笑できるように支援している。また、会話の出来ない方に関しては職員が日々の暮らしの様子をお伝えしたり、面会の時間を意義のあるもの出来る様関わっている。家族会への参加や写真や手紙、ホームページで日々の様子を掲載し疎遠になりがちなご家族にも日々の暮らしを知って頂けるようにしている。		
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	住み慣れた地域への買い物の機会や外出・なじみの風景を感じたり、行事を楽しむ事が出来る。家族や知人との面会がある。また、広瀬地区の散歩や店舗での買い物を通してあたらな馴染み作りを行なっている。	入所前からの友人関係や行き付けの美容院を利用するなど本人の希望に添って馴染みの関係が継続出来るよう支援している。職員は自筆の便りや写真で生活の様子を伝え来訪のきっかけになる様努めている。	

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
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	入居者の個々の特徴や認知症の進行具合・相性などを観察し、職員が間に入りながら入居者同士の関わりが生まれるように支援している。特に食事の場面では美味しく、楽しく食事が出来る様に席やスタッフの配置を都度検討、臨機応変に対応している。		
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	看取りによる退去が多かった。退去後も、近くまで来たからと足を運んでくれたり、ホームで過ごした間の写真をまとめて送付するなど、看取り退所後の家族ケアも行なっている。		
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	認知症により自分の事や意向を上手く表現できない事が多い為、情報として得た生活習慣や1日の過ごし方を参考にしその人らしさを読み取り、家族の希望や、日々の中でのちょっとした発言などから意向の把握に努めている。	日常の関わりの中で一人ひとりの個性を知り、どの様に暮らしたいかを、何気ない言葉や仕草から把握している。親しみやすい言葉遣い、否定しない会話とアイコンタクトで信頼が生まれている。職員は意見交換シートで常に気づきを共有できている。	
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	入居時にご家族・入居前に使用していたサービス事業所から情報提供して頂いている。ご家族から聞き取りや自宅への訪問を行なっている。入居の際、全職員に情報の提供を行ない、入居後には個々が関わりながら得た情報の集約を行ないADL把握とケアの方向性を決めている。		
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	ちょうじゅを活用し、記録から必要な情報の収集を行なっている。また、担当者会議やミーティングにて情報の整理や共有をしている。職員個々が得た小さな情報をも共有する為に、具体的にどんな情報収集をすれば良いのかを伝え、情報の密度を高めている。		
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	各入居者様の担当職員が中心となり他職員からの情報を収集し、アセスメントの実施やケアプランの原案確認などをケアマネージャーと行なう。医療、看護、薬局、リハビリなどの他職種との連携や家族の意向確認を行ないながら計画書の作成に取り組んでいる。	介護記録管理システムを活用し必要な情報を基に担当職員、ケアマネージャーを中心にアセスメントが行われる。本人、家族の意向を確認し、医療、看護、などの多職種の連携で介護計画が作成される。モニタリングは3ヶ月毎行われている。	
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	個々の気づきや関わり、本人の様子が記録の中で点として残り、必要時に情報を取り出し、集約し点であった情報を面とし、問題点の読み取りや対策を検討する。新たな取り組みへの評価についても評価日を設定しながら改善、評価、検討、実施を繰り返している。		

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
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	受診の支援や衣類・日用品の購入の代行など家族からの要望にも応えている。また、グループ内の他事業の支援もあり、介護用品のレンタルや購入などもスムーズに行えている。		
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	地域行事への参加、ホーム行事への地域の方への参加、回覧板を回す、物産所での買い物など地域の方との交流を暮らしの中に取り込んでいる。短時間の関わりの中からも、認知症と言う病気やどの様な方が暮らしているのかを察して頂ける様に挨拶など声を掛けている。		
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	協力医療機関との連携と情報共有を行ない、必要時には専門的なアドバイスや訪問での診察を受けている。また、専門外の症状に関しては、専門医療機関への情報提供を行ない訪問歯科受診等を受けられるようなシステム作りができています。	認知症専門医・看護師の訪問診察を月2回受診できる。ホームの現場と医師・看護師が介護記録管理システムを介してネットワークで結ばれ随時介護情報が共有されている。訪問歯科医の治療と言語聴覚士による嚥下機能のリハビリ指導が有り、医療面は充実している。	
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	状態変化・医療に関する相談に関して24時間365日連絡が取れる体制になっており報告・連絡・相談をしながら適切な受診や看護、医療が必要時に早期に受けられるように整備されている。		
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。	入退院時には情報の提供や共有を行なっている。入院中の状態確認を行ない、必要な医療行為が終わった時点で早期退院しもとの生活に戻れるように訪問看護や訪問リハビリの利用などを含めて連携を図っている。		
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	入居時に家族意向確認し、状態悪化、低下時にはムンテラを開催。主治医からの状態報告を基に、ご家族からの希望確認、ご家族も納得のいく終末期ケアが提供できるように医療との連携をとりながら家族の意向を反映しながら終末期を支援している。緊急時の対応に関して職員への周知も行なっている。	重度化と終末期対応に関する指針への同意を得ている。終末期の有り方については家族、主治医と連携して話し合っている。職員も研修を受け緊急時対応に備えている。	
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	緊急時のマニュアル作成・事例検討やアクシデントレポートの共有・振り返りを行ない講習への参加も行なっている。新人職員には必ずマニュアルの確認や吸引器の指導、必要物品の保管場所などを指導。		

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
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	消防訓練の実施、運営推進会議の際に避難状況の報告をさせて頂き、また、過去の地域の被災状況などの情報提供も受けながら、避難場所の変更や協力体制作りを随時行なっている。防災ラジオ設置。河川氾濫時の対応方法についても市役所より指導を受け対応を決めている。	消防署指導による防災訓練と防災会社指導の水害・火災を想定した訓練を実施している。防災ラジオを設置し、河川氾濫時の対応について市役所の指導を受けている。	
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	まきの実の理念、事業所目標の理解を深める事と、各ユニットで目標を設定。ユニット目標達成の具体的な行動に接遇をあげ、毎月評価を実施している。職員同士、愛のある厳しさでお互いの関わり方を注意し合う関係性が出来ている。	一人ひとりを尊重し自尊心を大切にしている。いつも笑顔が有るように、有難うの気持ちを声に出している。親しい中にも慣れ合いの関係にならないよう、気になる場合は職員間で注意し合っている。	
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	生活の場で感じる訴えを記録に残しながら共に生活を支え充実感を得られるように支援している。誕生会や行事などでは食事メニューの希望を聞く、オードブル形式にするなど自分の好きな物を好きな量取り分けられる機会や意向の確認の場を増やしている。		
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	体調や気分に合わせてケアと場所の提供を行なっている。皆と過ごす時間、一人でゆっくり出来る時間やスペースの整備を行ない、各入居者ごとに居室担当を設け十分なコミュニケーションを計りながら聞き取った意向を暮らしに反映出来る様に支援している。		
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	好みの把握や人生歴など情報の収集を行ない、その方や、ご家族の希望に合わせた身だしなみが出来る様に支援している。訪問美容なども利用し、気分転換・喜びの場面作りを行なっている。身体状態に合わせた過ごしやすい衣類の選択などもご家族と相談しながら実施している。		
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	その方にあった形態での食事の提供が行え経口摂取が継続していけるようにST等の評価をもらいながら提供を行なっている。行事食、地域の食材を使用したメニュー作りも大事にしている。調理や片付けなどの家事に取り組む機会も設けている。	リビングから台所の料理をする音や匂いが漂い、食事は楽しみであり、生きがいとなっている。地元の旬の食材を使った料理は、個々の嚥下状態によって、調理の方法が工夫され、「自分の口で美味しく食べる」取り組みがされている。	
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	個々の嗜好を知り、口腔内の状態等身体の状態、意欲、認知症の状態などを考慮しながら過大な介助にならない様に支援している。毎日の楽しみとして、温かいものは暖かく、冷たいものは冷たく、目の前で仕上げをする。調理に参加してもらうなど多くの意味を持って取り組んでいる。		

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
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	毎食後の口腔ケアを実施。変化があるときはすぐに確認し、必要性がある場合は訪問歯科などを依頼している。備品の清潔保持など管理にも気を付けている。		
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	個々の排泄パターンの理解と交換頻度の検討や皮膚の状態等の観察を含め認知症の状態や身体機能の状態に応じた介護用品の選定、誘導方法を行なっている。排泄動作をしやすくように環境の整備やプライバシーへの配慮を行なっている。	個々の排泄パターンを把握し認知症の状態や身体機能に応じたトイレ誘導を行っている。介護度の高い方達の排泄動作をしやすくする工夫をし、羞恥心やプライバシーに配慮した支援を行っている。	
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	野菜や水分をしっかり摂って頂けるような調理の工夫やヨーグルトなど乳製品の提供・腹部マッサージ・トイレ誘導の時間の検討など様々な取組をし、極力薬に頼らないケアを実施している。		
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	基本の入浴日は決まっているものの、汚染や皮膚の状態、本人の希望に沿って入浴を実施している。また、代替えのケア(足浴や清拭)なども実施。お湯の温度の好みなども情報として得ている為、入浴順序などにも反映させている。	個浴とリフト浴の2浴室が有り、週2回本人の希望や身体状況に応じて入浴できている。脱衣所は床暖房でヒートショック対策がとられ滑り止め等安全安心が図られている。入浴できない場合は足浴や清拭の対応をしている。	
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	落ち着ける環境作りや入眠を促す声掛け・誘導方法など個々にあった支援やその日の状態(睡眠時間や浮腫み等の体の状態)に応じ休息などを随時取り入れている。身体状態に合わせ、ベッド周りの環境整備や福祉用具の導入をし、安全面にも配慮を行なっている。		
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	お薬手帳や説明書の確認、薬の知識向上の勉強会を実施。不明な際はすぐに確認を行う。ケアサービスグループホーム内での薬の管理方法や服薬方法などを統一し異動等があった場合にも確実な服薬が出来る様に統一化されている。		
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	人生歴を知り、個人の残存機能・認知症の症状にあった関わりをしながら、生活の中で出来る事を支援している。役割や仕事を通して自己肯定感を高められるように関わっている。		

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
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	陽気や気分・本人の訴えや状態に応じて買い物支援や気分転換の散歩ドライブを実施。散歩がしやすい様にと地域の支援もあり、介護度にも差が大きく個別対応となる事が多いが、介護度の高い方も日光浴など散歩を通し、空気の変化、日差しなどから季節の移り変わりが感じられる様に支援している。	田園地帯の穏やかな環境で、晴れた日は近くの川辺の河津桜を見ながら散歩を楽しんでいる。外出の年間計画を立て車椅子の方も、リフト車を使い初詣や外房の海へのドライブ、地域のカラオケ小旅行など楽しんでいる。	
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	基本的には金銭、貴重品の所持は遠慮して頂いているが、本人が持っている事で安心感が高まる場合には所持してもらっている。紛失時の対応なども家族と相談しながら支援している。		
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	季節の挨拶、誕生日など電報や手紙が届いたり、ご家族との電話支援も随時行なっている。		
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	気の合う仲間作りや安全・清潔な環境作りを行っている。季節の花を飾ったり、ホーム内飾りつけをし、季節の移り変わりや刺激になるような材料として環境係中心に実施している。各居室や浴室などのフロアとの温度差、湿度管理にも配慮しながら健康面でも環境作りを重要視している。	平屋建てのホームは天井が高く、窓からの日差しは心地よい。リビングの大きなソファでは仲の良い利用者達が寄り添い談笑している。環境係を中心に利用者の作品を掲示したり、季節を感じる飾りつけがされている。葉の花は部屋を明るく利用者を和ませている。	
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	誰とどこで過ごすのが安心、落ち着ける場所なのか等を観察し支援している。光の量の調整や風景に馴染む家具や色使いで、心地よく安心感のある空間作りを目指している。		
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のものを活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人の自宅より親しみのある家具や装飾品を運び入れている。事前の自宅訪問などを行ない家具の配置などを参考にしている。これまでの生活動作の継続が出来る事で、ADL低下防止と危険回避も目的としている。	入居前の訪問で、その方の部屋の模様を確認している。入居日には見慣れた家具やベッド・愛用品が置かれ、普段の生活動作ができる取り組みがされている。部屋の掃除や片付けを職員と一緒にしADL低下防止に繋げている。	
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	認知症状のアセスメントを行ないながら、自由な行動との中で考えられるリストについてもアセスメントを行ないながら家族も含め必要な対策を講じている。出来る事、出来そうなこと、の発見はスタッフにとってもやりがいや挑戦につながり、環境を整えながら持てる力の発揮を支援している。		