

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	4790700019		
法人名	有限会社 福祉ネットワーク・やえやま		
事業所名	グループホームあかゆら		
所在地	沖縄県石垣市浜崎町2-2-10		
自己評価作成日	平成29年 2月23日	評価結果市町村受理日	平成29年 4月 26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_2016_022_kani=true&JgvosyoCd=4790700019-00&PrefCd=47&VersionCd=022
----------	---

【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	沖縄県那覇市曙2丁目10-25 1F		
訪問調査日	平成29年 3月17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)】

①認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の活用と家族や知人等の情報を多く収集し本人のできる能力をケアに活かしている。
②朝の散歩・新聞読み・体操・を日課にし買い物は希望を聞きながら行う等、ホーム内で役割が発揮できる生活意欲を高めながら共同生活を楽しめるよう力を入れている。
③日中は全員トイレでの排泄を基本としたケアを行っている。
④三度の食事は全て手作り行事食もスタッフの手作りで「食」に対しこだわり続けている。
⑤あかゆら農園での農作業や園芸を通し自然に触れ楽しむ機会がある。

【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)】

利用者を一人の「人」として尊重し、今までの生活を継続できるよう起床時間や消灯時間、食事の時間も事業所の都合に当てはめることなく利用者の時間で支援している。職員は1日の終わりに「振り返り」の時間を設け、利用者の思いに沿って支援できているか、理念通りにケアが出来ているかを確認している。アセスメントを詳細にすることで介護計画は利用者、家族の思いを反映し、その計画に沿ったモニタリングは利用者の状況を常に確認して変化に対応している。昨年の目標達成計画を確実に実行し、更なる防災対策を強固なものにするため台風時には夜間2名体制にするなどしている。また、毎月の勉強会、研修会への参加、学会での発表など事業所は職員の育成に熱心に取り組んでいる。「認知症の人を支える市民の会」の事務局を務め、事業所のみならず市全体の認知症ケアについて啓蒙活動を行い、中心的存在である。

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)	○	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	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

確定日:平成 29年 4月 25日

己自部外	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	理念はホーム内や研修室で最も目につく場所に掲示している。又、業務終了前にスタッフ間で一日のケアの振り返りや月目標を立てミーティングで日々のケアの評価を行いケアに活かしている。カンファレンス、申し送りで管理者とスタッフは理念を共有し実践につなげている。	開設当初に策定した理念は、ホーム内や研修室に掲示している。理念を実践するため月目標を立て、また、1日の振り返りの時間で、「一人一人を尊重し今の時」を大切にケアができていくか確認している。申し送り、ミーティング、カンファレンス、年1回は研修で取り上げ、理念を共有し実践に繋げている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	事業所周辺の地域との付き合いは、散歩や買い物に出かける際に挨拶を交わしたり、事業所新聞を届けたりという顔の見える付き合いをしている。地域の幅を広げると本人の自宅や育った地域へ友人に会いに行ったり行事の際に出かけたりしている。石垣市全体で捉えたと、お祭りその他の行事に積極的に出かけて交流ができるよう計画的に支援している。	毎日の散歩や買い物で、近隣住民と挨拶を交わし、事業所の様子を新聞にし利用者と共に近隣住民へ手渡しをしている。事業所の行事に多くの住民が参加する他、地域行事等に利用者と共に参加し交流をしている。農園で幼稚園児と芋の収穫や多様なボランティアとの交流がある。看護学生や県外の大学生の視察交流を受け入れている。	
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	事業所は地域の「認知症の人と家族の会」の事務局を担い沖縄県支部と地区の橋渡しを行っている。世界アルツハイマーデーは地域の介護保険事業所や石垣市・竹富町の地域包括支援センターと連携、協力し市民・町民へ認知症啓発広報活動を行っている。また、地域の専門職や地区住民へ認知症サポーター養成講座も行っている。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回定期的に開催できている。11月の推進会議の中で防災計画や防災グッズについての意見交換があり更に非常災害時の計画、策定についても参考意見を頂くことができた。それをもとに、現在防災計画の見直し修正中である。また、事業所の非常時持ちだしグッズを地域の婦人会へ紹介され地域の婦人会が参考にしたいと借用にすることがあった。	利用者、家族、地域の有識者、行政が参加して小規模多機能型事業所、通所介護事業所と定期的に開催している。会議では、利用者の状況、活動報告、前回の運営推進会議の報告の他、非常災害時の体制などについて活発に意見交換している。口頭での事故報告はしているが、書類は添付していない。	事業の透明性を図るためにも運営推進会議で書類での事故報告が望まれる。また、事故を未然に防ぐ対策づくりのためにもヒヤリハット活動の推進に期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議の年間計画を年度初めに案内し、直前に再度の案内をした上で、毎回出席して頂いている。アルツハイマーデーには市の認知症家族会や市との協力によりポスター掲示・チラシ配布等、啓発活動を行っている。	運営推進会議で意見交換をする他、事業所の行事の案内を送り、市職員の参加もある。「認知症の人と家族の会」八重山支部の事務局を市と事業所が担当し連携を図っている。市と共に認知症に関する市民フォーラム等で協働している。	
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	基本的には身体拘束を行っていない。日中は玄関・居室の施錠は行っていない。日々のケアの中で利用者の言動の制止をしない等、スタッフは勉強会やミーティングで身体拘束を行わないケアを理解し取り組んでいる。	身体拘束をしないケアをを基本にしている。虐待防止研修会に参加、身体拘束廃止の勉強会を行っている。玄関の施錠はもちろん自由な暮らしを支援している。転倒のリスクのある利用者には、こまめに見守りをすると共に、記録を書く際にも利用者の近くで記入する等工夫している。言葉で行動を制することが無いよう理由を伝え身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	

己自部外	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逃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	施設内研修や日々のケアカンファレンスで理解浸透を図っている。また、県主催の虐待防止研修会へはできるだけ多くのスタッフを参加させている。言葉使いや言動の制止をしないよう日々のケアの中で気付いた時にはスタッフ間でその都度お互いが注意を促す等、虐待防止に向け取り組んでいる。		
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	毎年、権利擁護や成年後見制度について勉強会を実施し理解浸透を図っている。また、新採用者にはオリエンテーション時に制度の説明をスタッフへ徹底している。		
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	契約の際は、重要事項説明書、契約書、個人情報に関する同意書を項目ごとに口頭で説明し、事業所の方針を理解、納得して頂き、契約を行っている。苦情相談窓口についても説明している。		
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	玄関口にご意見箱を設置し活用している。外部評価の結果は、玄関口にいつでも家族が閲覧できるよう備え、また面会時には目を通してもらえるよう声掛けを行っている。面会時やプランの更新時に家族と積極的にコミュニケーションを図り、その中で施設での生活状況や運営に関する事等会話から引き出すようにしている。意見、要望等があった場合はスタッフ、管理者、場合によっては施設長に情報として共有し課題として取り上げ運営に反映できるよう努めている。今年度は外部評価実施年にあたり自主的なアンケート調査は行ってない。	利用者からは日常会話の中やサービス担当者会議で意見や要望を聞いている。家族には来所時や介護計画作成前後に要望を聞き、出た意見は職員、管理者、代表で話し合っている。「活動を増やして」「家事活動が好き」等の意見を反映させている。夏祭りには家族が一部運営を担っている。	
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	事業所の行事運営はスタッフが中心に企画・立案・実施している。管理者、施設長は計画を見守りスタッフへ任せている。スタッフミーティングで運営上の問題が上がった場合は、施設長へ報告する。(合同管理者会議あり)報告に対するの解答はリアルタイムで行われ、解決できるものは数日以内に解決され、中長期での解決になるものは、その旨解答が返ってくる。例えば休憩の取り方や物品類の調達等は即解決できた。	職員は毎日の振り返り、申し送り、月1回のミーティングや勉強会などで意見や要望を言える機会がある。職員の休憩時間の取り方や、陰洗セットの購入等の提案を受け、意見を反映している。事業所の年間計画策定にあたり、職員が参加、企画をする等、職員の意見を取り入れる仕組みがある。	
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	スタッフ一人一人が年間目標を立て、目標達成に向けての取り組みやアドバイス・評価を行い、給料や職位へ反映されている。認知症予防学会や認知症実践者研修等、外部研修へ積極的に参加させる等の支援があり、スタッフは向上心を持って働ける環境にある。		

己自部外	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
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	代表者はスタッフの力量を把握し、日常業務の中で積極的なOJTを行っている。認知症ケア学会、認知症予防学会、実践者研修などの外部研修を受ける機会が確保されている。また、学会への発表支援があり毎年、認知症予防学会で口頭発表や認知症予防専門士講座での実演をすることができている。		
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	県内グループホーム協会の視察がある等、同業者との交流も積極的に行っている。市内の地域密着型サービス(認知症対応型デイサービス・グループホーム・小規模)には当事業所から呼びかけ認知症啓発活動を行っている。また、事業者が集合場所になっている為、さまざまな情報交換ができる機会があり、お互いのケアに活かされている。		
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	施設見学を始め、本人・家族より、これまでの生活史や日常生活の様子やグループホームでどのような暮らしを望み、不安に思っている事や要望・希望を聞き取りケアへ活かす(ケアプランへ反映)よう努めている。		
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	入所時に家族へ認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式を記入して頂き、家族と情報共有している。入所後は面会時に日々の情報提供をし、また、家族の不安なことや要望を聞きだせるよう配慮している。		
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	入所前の事前訪問では、本人、家族の意向を確認し、本人に合ったサービスの情報提供や必要時には他施設の紹介を行っている。		
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	日頃より介護する側、される側という見方をしてはいけないということをケアの基本にしているため、生活の主体者であることを勉強会やカンファレンス、日々の業務の中でOJTで徹底している。利用者との関係は、共に暮らす仲間、共同生活としての位置づけであり、人生の先輩から学ばせてもらっているという姿勢を貫いている。		
19	○本人と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	家族面会時には必ず日々の状態を報告している。また、なかなか面会に来られない家族に対しても定期的に電話連絡を行い本人の状態を伝えると共に行事の参加や案内、面会依頼を行う等、絆が途絶えないよう配慮している。		

己自部外	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
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	平成22年より今日まで6年にわたり月2回ユンタ教室が継続している。(八重山古謡)利用者の多くはユンタ教室に行くことを楽しみにしており、そこに集う仲間との関係を途切れないようにその場に参加できるよう支援している。また、出身地へ出かけたり行事に参加し普段会えない人に会える機会を設ける為、家族の協力も得ながら積極的に参加できるよう支援している。面会の途絶えている家族へは面会依頼を働きかけ家族との関係が途切れないように努力している。	利用者の生まれ育った地域の行事に家族の協力を得ながら参加して馴染みの人と触れ合えるように支援している。入居後に家族、知人から昔の情報を得られることがあり活用している。離島出身の利用者もふるさと訪問をしたり、県外から移住してきた地域との関係の薄い利用者には家族との交流が途絶えないよう支援している。	
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	利用者同士のコミュニケーションがうまくとれない時はスタッフが仲介に入り食事、レクリエーション、体操等を行う時は席の配置を変える等、利用者同士の関わりがスムーズにいくよう雰囲気作りを大切にしている。		
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	長期入院時には定期的にお見舞いへ向いたり、死亡後は節目(49日、1年期)には自宅へ訪問し線香をあげ家族との交流を続けている。サービス終了後も必要に応じて本人や家族の経過のフォローや相談や支援に努めている。		
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	(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	認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式を取り入れており、これまでの本人の生活史の中から得られた情報をもとに日々の会話や行動から本人の思いや意向を聞き取り感じとる等し、ミーティングやカンファレンス時に話し合いを行いスタッフ間で情報共有し日々のケアに活かしている。	センター方式のアセスメントシートを活用し、家族に記入してもらい利用者から聞き取りし、入居後は気づいたことを職員が追加して利用者の思いを把握している。利用者の心理的ニーズを満たすため、行動、表情で思いをくみ取り、ケアに活かしている。	
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	家族からの情報収集以外にも、本人との関わりの中で会話の中から得る情報も多い。得た情報は家族の面会時に再度確認し生活史や馴染みの暮らし方等、生活環境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	起床・就寝・食事時間や場所等1日の過ごし方を本人の生活のペースに合わせている。本人の持っている能力や日々の細やかな情報をカンファレンスで共有し、D-1私ができること・私ができないことシートを活用し本人の能力を引き出せるよう継続して状態把握に努めている。		
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	ケアプランの目標やケアの経過は介護記録へ記入し通常は月に1回全スタッフでモニタリングやカンファレンスで話し合い確認し意見を出しあっている。状況の変化が見られた場合は随時家族や必要な関係者と共に話し合いを行いプランの見直しを行っている。	月1回モニタリング、カンファレンスで全職員が話し合い、サービス担当者会議で利用者、家族の意見、要望を聞き介護計画に反映している。半年に1回の定期、利用者の状態変化に合わせて随時介護計画を見直している。計画は食事に「小さな匙を使用」など詳細に記載され、介護記録も計画に沿ったものとなっている。	
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	ケアプランを確認し実践状況や気づきを個別記録に記入し状態の変化を見逃さないよう、業務終了前に1日の振り返りを行いスタッフ間で意見交換し情報共有している。日々の生活の中で本人の言動から心身の変化やADLの状況等を把握し望む暮らしのあり方を本人・家族と共有している。家族の意見やアイデアは尊重されプランに活かされ、その時々々の現状に即したプランを立案・実施している。		

已自部外	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	本人の病状の重度化や家族の状況の変化により今まで家族支援で行っていた、受診や美容院利用等が困難になった場合は、その都度、家族と相談し訪問診療や訪問カットへ移行する等、柔軟に対応できている。		
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	本人の自宅区域の民生委員から安否や状態の確認がある。家族の了解を得ながら連携、活用している。また、公民館やボランティアの方々が事業所へ来所したり事業所主催の行事等へ好意的に参加して頂いている。		
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	定期的にかかりつけ医の受診を行っている。受診時には情報提供書作成し、ご家族から主治医に渡してもらい日々の状態報告する時や専門的な見知から看護師が同行し直接、日常生活の中での気づきやちょっとした変化等も報告・相談を行い適切な医療を受けられるように支援している。	受診は家族対応で、時には看護師が同行してかかりつけ医を継続している。受診間隔が空いたり、対応困難な家族には、訪問診療に繋げている。情報提供書を持参し、結果等は口頭や返書で受けている。島内医療機関の地域連携室や入院担当調整ナースと連携し情報交換している。	
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	看護師が常勤しており日々の利用者の状態を確認、変化や気づきのある時は、直ぐに相談できる環境にある。受診の際は看護師や情報提供書を作成し家族から主治医に渡してもらい適切な受診や看護を受けられている。		
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。	利用者が入院した際は情報提供書を作成、提出し安心して治療できるよう努めている。入院時も定期的に面会を行い病院関係者や家族と治療の経過や状態確認を行っている。		
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、事業所の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	重度化や終末期に向けた事業所の方針やマニュアルを確認し、勉強会やミーティング時に共有している。また、重度化や終末期が考えられる際は利用者・家族と話し合い医師確認を行っている。医療機関との連携を密に行い、家族・スタッフと共に27年度以降5名の入居者の看取りケアを支援することができた。	ターミナルケアについて職員に意識調査を行い、勉強会を重ね、事業所の方針を共有している。利用者、家族には、コミュニケーションを図ってから重度化や終末期に向けた方針を説明している。医療機関と密に連携を行い看取りを実施している。職員は看取り後や法事に家族宅を訪れ、会話等で振り返りながら伝えることで看取りについて共有している。	
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	定期的に勉強会を行い急変時や事故発生時の対応について学びを深めている。マニュアルを作成しいつでも確認できる場所に配置してある。		

已自部外	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	毎月のミーティング時に防災グッズの確認や災害時の避難誘導方法について訓練を定期的実施し指導を受けている。消防署員立ち会い防災訓練(夜間想定)、自主訓練(昼間想定)では近隣の協力を得て実施。初期消火の方法、AED使用方法・誘導・実践について指導を受ける事ができた。	近隣に事前に避難訓練の通知と玄関に案内板を掲げ、消防署協力の下と自主訓練を実施し、訓練に近隣の方が参加している。夜間の火災、水害時のベターな避難場所を消防と確認し、予測できる台風などは、夜間を2人体制で行っている。防災講演を受けて災害バックに、マヨネーズとチョコレートを追加して、防空頭巾も整えている。	
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	入所時に呼び方を本人や家族へ確認したり、利用者の生活背景の理解に努め、人生の先輩であることを、常日頃から意識し言葉使いにも気を付けている。また、居室を訪ねる時はドアをノックし必ず声かけし入室する。トイレ誘導時は、他利用者に配慮した声かけ誘導を行っている。浴室に入室する際は、声掛け確認・了解のもとに入室しプライバシーを損ねないよう努めている。	理念に「一人ひとりの尊重」が謳われ、職員は、日々の生活の中でも自己決定できるような言葉かけ、待つケア、利用者の能力が発揮できるように支援している。居室入室、排泄、入浴を支援する時も馴れ合いにならないようしている。「プライバシーについて」研修も行われている。	
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	食事・入浴・活動(散歩・体操・買い物・手工芸等)の声かけ誘導時には必ず本人に声かけし意志確認し待つケアを意識し自己決定できるよう心がけている。		
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	起床・就寝時間は一人一人のペースに合わせている。活動への参加や休憩も同様に、その日、その時の気分で本人の希望に沿った過ごし方ができるよう支援している。		
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	衣類・化粧品選び等は利用者と一緒に、一人一人の好みに合った身だしなみやおしゃれが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	嗜好調査を参考に、日々の食事の残食状況を確認し本人の嗜好の変化や好みの食事を把握した上で献立作りに活かしている。日々の調理の下ごしらえや野菜のつくり等一人一人したい事、できることを行い食に関する興味関心を持たせる工夫をし楽しむ支援をしている。	食事は3食事業所で調理し、利用者は職員と一緒に食材の買物、盛り付け、食器洗い等に参加している。買物中に利用者の希望でメニューを変更したり、刺身の希望には魚屋さんで刺身を買うなど生ものには注意している。季節の行事食も事業所で手作りしている。職員も一緒にテーブルを囲んで食事をしている。	

己自部外	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	毎食スタッフが食事を共にし摂取量や食べ方等確認し記録している。水分量のチェックが必要な方はその都度水分量をチェック表を使用して確認している。		
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	毎食後、歯磨きの声かけや利用者に合わせてセッティングしたりし介助を行っている。その際、口腔状態や磨き残しがないか確認し個人記録へ口腔ケアチェック欄を作りチェックし確認している。		
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	利用者一人一人の排泄パターン、(例えばAさんは8時、10時、13時、Bさんは毎食後等)を把握し手引きや車いす・二人介助でトイレ誘導を行っている。また、ソワソワと落ち着きなく立ち上がった時等、本人が出すサインを見つけた時には、その都度誘導し失敗なくプライドを気づけないようトイレでの排泄を実行している。	排泄パターンを把握して、日中はトイレで排泄できるようにしている。「一人ひとりの能力を活かしているか？」と12月、1月と排泄ケアの統一を目標に、全利用者の排泄ケアを、各職員が支援している手順を記述して、話し合いケアの統一に取り組んでいる。食事、運動、マッサージ等で排便コントロールを行っている。	
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	毎日の日課としている運動(散歩・体操)に加え、食事のメニューにも食物繊維の多い食品や乳製品を積極的に毎日取り入れることで、なるべく薬に頼らず自然排便ができるよう調整を行っている。		
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	入浴日や時間の設定は行っていない。一人一人のタイミングに合わせて入浴支援する事ができている。尿臭や皮膚トラブルがある時には、その都度、入浴や清拭・陰洗等を行っている。	19時までは利用者の希望の時間で支援し、多くの入居者が入浴は週3回で、夏場は毎日入浴している方もいるなど柔軟に対応している。着替えは本人が選択したり、職員と一緒に準備している。入浴セット持参の方もいる。嫌がる場合は、利用者のタイミングに合わせたり、職員を変更して支援している。	
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	一人一人の生活習慣を把握した上で、利用者のその日の体調や希望、前日の睡眠状態を考慮しながら、日中の活動の参加や休息の促しを行い、生活リズムの調整を行っている。現在は薬に頼ることなく、殆どの方が良眠できている。		
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	服薬の準備、内服時には必ず複数のスタッフがダブルチェックを行い、誤薬防止に努めている。処方の変更時にはスタッフ間で連絡・確認し合うと共に、個人カルテ・内服一覧に説明書をファイルし、いつでも確認できる状態にしている。		
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	日々の生活の中に、得意な事を見つけ、それぞれが楽しめる活動や散歩・買い物等を取り入れ主体的に役割を担えるようにスタッフが付き添い声かけ支援している。		

己自部外	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	日課となっている散歩は一人一人のその日の体調や希望に合わせて行っている。買い物は希望を聞き、希望の多い時には午前午後にかけて出かけている。また、2週間に1回別の事業所へ出かけユンタ教室へ参加し気の合った仲間と共に交流を図る等の外出支援を行っている。	日々の事業所周辺の散歩や日常的に買物にでかけたり、芋、野菜の植え付け、草取り、収穫等事業所農園に出かけている。浜下り、夏祭り、ピクニックには運営推進委員、家族も一緒に出かけ交流している。地域行事の参加や家族と一緒に外出など、出来るだけ戸外に出かけられるよう支援している。	
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	買い物時には自分で選べるよう支援している。身の回りの物や嗜好品は希望時に、その都度家族へ連絡を取り購入してもらい希望に応じている。		
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	本人の希望時、又は贈り物や手紙が届いた際は、お礼の連絡を直ぐにかけてもらう等必要に応じていつでもかけられるような支援をしている。遠方の家族へは手紙や写真を送り近況報告している。		
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	リビングには、その時々季節や行事に合った絵や作品(正月・節分・ひな祭り・母の日・父の日・七夕等)を利用者と一緒に作成し掲示している。また、散歩の時に摘んできた花をフローアールや居室に活けたりしている。その事を日々話題にして利用者と共に季節感を感じたり、楽しめるように工夫している。 食事や活動時等に合わせBGMを変える等気持ちよく過ごせる環境作りを工夫している。インフルエンザ流行期は手洗いに加えてアロマを取り入れた加湿器を使用する等湿度管理をおこなっている。リビングや浴室には湿度・温度計を設置し換気するなどエアコンに頼りすぎないように居心地良く過ごせる環境作りを心がけている。	利用者の集うリビングは、食事の場、レクの場等生活の流れで工夫して活用している。利用者との共同作品や季節を感じる作品等を掲示している。1階玄関にネギを植えた事で近くで見たい、自分で植えたいからリビングで育てたり、グッピー世話も利用者が行っている。台所のカウンターや玄関のソファは利用者が思い思いに過ごせる居場所となっている。	
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	共有スペースにはソファを配置したり台所にはカウンター席があり、一人で過ごしたり、気のあった入居者同士と一緒にくつろいだり過ごされている。		
54	(20) ○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	家具や寝具など使い慣れたものを持ち込んで頂き、居室のレイアウトは本人や家族と相談しながら行っている。居室内は写真や贈り物、本人が作成した作品を飾り本人が居心地良く過ごせるよう工夫している。	居室はフローリングで一部畳間があり洗面台を設置している。ベッドや家具、寝具、愛用の帽子、ラジオ、CD、本、習字セット等が持ち込まれている。家族写真や利用者の作品が飾られ、本人が居心地よく過ごせるよう本人、家族と相談して居室づくりをしている。	
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	本人の内在する能力を引き出し、維持できるよう認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式のアセスメントツールを使用しADL、QOL状態の確認を行っている。できるけどやっていたが声をかけながら無理強いすることなく自立した生活が送れるよう工夫している。		