

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	4070100989
法人名	株式会社友愛エアシステム
事業所名	グループホーム友愛
所在地	福岡県北九州市門司区青葉台
自己評価作成日	平成27年6月2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。

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/40/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 アーバン・マトリックス 福祉評価センター		
所在地	福岡県北九州市戸畑区境川一丁目7番6号		
訪問調査日	平成27年7月14日	評価結果確定日	平成27年9月11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)】

豊かな自然に囲まれて四季の移ろいを肌で感じられる閑静な住宅地に立地している。一日の始まりに欠かせない散歩は、小鳥のさえずりを聞きながら、利用者・職員共々、心豊かな気持ちになります。日々の暮らしの中で、一人ひとりが役割を持って生活を送っていますが、年を重ねる毎にその範囲が狭まり、健康や医療に十分な配慮が必要になっているのが現状で、介助が増しつつあります。そのため、看取りの指針を作成して、本人・家族・医師・看護師・職員、同意のもと重度化に備えています。

【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)】

ホームは高台の住宅地内に位置し、自然の山々の中にまさに家庭的な建物内で生活している光景がある。地域内で唯一自治会に加入し、近隣にある同法人のデイサービスや住宅型有料老人ホームと連携し、ホームからの働きかけを中心に行政にも協力を得ながら、地域交流も広がりがつある。開設して12年目を迎え、少しずつ重度化へと移行する中で、個々の入居者の状態に応じた暮らしの継続と看取りを含む対応を検討しつつ、家族や医療との連携体制を構築できるよう、日々の取り組みを重ねている。

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
58	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:25,26,27)	○ 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	65	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:9,10,21)	○ 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
59	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:20,40)	○ 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	66	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:2,22)	○ 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
60	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:40)	○ 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	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
61	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:38,39)	○ 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
62	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:51)	○ 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	69	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
63	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:32,33)	○ 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	70	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
64	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:30)	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					
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	朝礼時に理念唱和を行い、日々の理念に基づくものが検証しています。	開設当初より、「私たちの願い」と題される事業所独自の理念を掲げ、朝礼時の唱和等を通じて、日々の実践に結びつけるよう取り組んでいる。今後重度化に向けた対応を含め、見直しを検討している。	
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人として日常的に交流している	自治会の行事(町づくり美化運動・グランドゴルフ・餅つき大会)に参加し、ホームへの理解を「深めてもらうと同時に、地域の方々が気軽に訪問しやすい環境作りに務めています。	地区で唯一町内会に加入し、地域との交流を深める努力をしている。日々の散歩のあいさつなどを通して、家で育てた草花を「飾ってください」と近所から持ち寄られることもある。	
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	学童保育の児童訪問受け入れを継続させています。(父兄・教師・民生委員を含める)		
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	地域の民生委員、町内会長、地域包括支援センター、家族会の方々と交えて、ホームの方針・活動状況など報告し、またある一日の生活や行事の記録、困難事例など紹介して、意見や気付きを委員の方々に伺ってケアに活かしています。	2ヶ月に1回開催される運営推進会議には、家族、町内会長、民生委員、地域包括支援センターへの案内を行い、日程の調整を行っている。家族会は今後、行事などの際に行うよう検討している。	
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	社協による生活相談委員受け入れを再会しました。また、運営推進会議に於いて地域有職者・町内役員及び、地域包括支援担当者との連携強化をはかっています。	地域との交流に関する相談や空床状況の報告を行っている。生活保護受給者の入居に際し、後見人と連携をとり、ケースワーカーの訪問等も受け入れている。	
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	原則行わないことを職員全員が周知していますが、身体拘束に係わる事例を想定して、みんなで検討会議を行っています。判断に迷う場合のマニュアルを作成して、対応の手順を全員が共有しています。例えば夜間、利用者が他の居室に侵入してきて迷惑をかけた時、相手に怖い思いをさせないためには、どうすれば良いかなど。	認知症の重度化や身体状況により、やむを得ず身体拘束を行う事例を想定することで、より良いケアの実践に結び付けるべく職員間での意見を共有し検討している。行政のアドバイスも得ながら、現状を記録として残し、止むを得ない事例についても解除に向けた取り組みを行っている。	
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	下記の事例に重点を置いて取り組みを行っています。①ご利用者に対して介助する側での立場で物事を進めない。②指導的態度や言葉使いは絶対に避ける。③ご利用者の精神的な自立を尊敬する。④習慣や好みを熟知して、職員で情報を共有する。		

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	(6)	○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	成年後見の活用者1名。後見担当者の定期的な訪問を受けて都度ご本人の身の状況など打ち合わせを行っています。また、担当者を通じて、各職員が後見制度を学ぶ機会も得ています。	認知症の進行により、特に医療的なケアに関して誰がどこまで決定できるのかなど日常のケアでの悩みを関係機関に相談する等、連携している。	
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	契約書や重要事項書は難解な文章にせず、自前に書類を利用者や家族にお渡しして、予め読んで頂き、質問を受けやすくし、説明する際は十分に時間をかけて具体例を挙げながら、分かりやすく説明するように務めています。		
10	(7)	○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	玄関先にポスターやその他の資料(外部評価資料・外部公表資料)を展示しています。また意見箱を設置して要望や介護相談に応じ、ホーム運営やケアに反映させています。	行事や面会の際に、ご家族からの意見を聞くようにしている。利用者への対応(更衣や衣替え等)に関する意見をいただいた際には口頭で具体的に説明をしている。	
11	(8)	○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	他施設職員との交流(老人ホーム・通所介護) 毎月、定期的な会議を設けて問題点や新しい提案など話し合い、改善すべき点があれば、積極的に取り入れ実施しています。	月に1回、スタッフカンファレンスを行い、意見交換をしている。重度化の利用者への対応について不安の訴えがあり、今までの事業所の対応や理念について説明する等フォローしている。	
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	運営者自身も介護職の一員であり、良く職員個の勤務状況を把握しています。定例のカンファレンスの場では、成功事例は皆で称賛し、資格取得による手当てや待遇を行い、各職員の自己啓発に努めています。		
13	(9)	○人権の尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また事業所で働く職員についても、その能力を発揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している	男女年齢を問わず、資格を有することにこしたことはないが、その人の介護に対する考え方や、人間性を重視しています。また、有識者の研修会や講演会などに参加して、社会参加や自己実現の意欲が持てるよう務めています。	職員の採用にあたり、年齢や性別による排除は行わず、やる気や人間性を重視している。資格取得への研修参加への勤務調整や手当支給等、行っている。	
14	(10)	○人権教育・啓発活動 法人代表者及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる	プライバシーの保護に対する介護サービスの均一化を行うことによって、知識を身につけます。またサービスの提供に際して、知り得た利用者や家族等の個人情報についても7守秘義務を徹底しています。そのための具体的な事例を挙げて、勉強会などを行っています。	利用者への言葉使い、声の大きさやトーンなど接遇面に関し日々注意している。常に利用者に寄り添ってケアするよう、意識付けを行っている。	

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
15		○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	外部研修会(社会福祉協議会・市介護保険課・民間などが主催する)に各職員のレベルに応じて、特別なテーマについて希望者を選定して参加しています。さらに参加した職員はホームに持ち帰り、皆で検討会を行っています。		
16		○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	他のグループホームや職種の違う介護サービス事業所に見学に行き、困難事例や同じ悩みを出し合い、解決策を検討し合っています。良い所は積極的に取り入れていきます。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
17		○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	アセスメントには利用者や家族から十分な時間をとって頂き、職員は感度を高めて普段の何気ない会話の中から今の希望や、何についての不安を持っているか察知して介護計画を立て、本人が安心されて介護サービスを受けられるよう務めています。		
18		○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	機会あることに必ず事務所に立ち寄っていただき、現状の報告と相手からの要望や不安に思っていることを聞き取りしたり、訪問が困難な家族には定期的な電話や手紙でやり取りしてコミュニケーションをはかっています。		
19		○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	たいていの入居希望者は独居暮らしが長く、家族は一人で居ると危険だという認識がなく、詳細なことまでの把握がなされていないのが実情です。まずは当面の要望や不安なことへの対応から始めて、徐々に新しい環境に慣れて頂くことに努めています。		
20		○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	利用者一人一人の個性や意思を尊重して、特技や趣味や活かせるよう出番や役割を分け合い、共に生活をしているという実感を持っていただきます。		
21		○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	ホームは家族の情報を共有して一方的なケアにならないよう家族の要望や不安を考慮しつつ、理解と協力を得ながら介護を進めていきます。		
22	(11)	○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	なじみの人に会いたいとき、なじみの店に行きたい時、家族と連携を取りながら、本人の希望に沿うよう便宜をはかっています。(直接訪問するとか、ホームへ着ていただくとか、また遠方の方へはお手紙を出すとか)行事やイベントがある時には、招待申し上げたりしています。	以前からの友人が毎日迎えに来て、外出する利用者やなじみの床屋に行く等、関係継続のための支援を行っている。また近所の友人が面会に来られる方もおり関係が途切れないよう対応している。	

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
23		○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	一つのチームを組んで、ゲームをしたり、作業を行う機械をつくり、良い関係になれるよう務めています。貼り絵、食材の下ごしらえ、ペアを組んで散歩するなど。		
24		○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	退室後は連絡先を明確にしておき、その後の暮らしぶりや近況を互いに知らせあって、遊びに来ていただいたり、こちらからも訪問しています。また、手紙のやり取りも行っています。		
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					
25	(12)	○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	入居後の意志を尊重してその要望を達成できるよう努めています。そのためには、職員間での情報の共有は欠かせません。特に、言葉で表現できない人やすぐに忘れてしまう人に対しては、顔の表情や行動パターンによって理解できるよう、常に職員の感度を高めてケアにあたっています。	スタッフカンファレンスで、利用者の状態や状況について意見交換を行い情報の共有を図っている。入居時に意向や希望を確認し、日々のケアに生かすようにしている。	
26		○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	独居暮らしが長く情報が得られにくい場合がありますが、本人や家族から、これまでの情報を収集し(若くて元気だった頃や、どんな些細な事でも)積み重ねて、より良い介護計画に仕上げていきます。		
27		○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	個々の生活様式は押し付けるものではなく、その生活パターンは、そのとき時で変化していきます。本人の状態や希望に沿うよう、都度経過を見ながら臨機応変に対応しています。		
28	(13)	○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	スタッフが日常の見守りや援助する中での気付きや本人の意思・家族の希望を汲み取り、かつ主治医との医療分野での連携を取りながら、課題と目標を設定した介護プランを立てて、実践しています。	計画作成担当者が中心に、スタッフからの情報を収集し計画の評価や計画立案を行っている。ホームで実施される内容以外の往診や歯科、マッサージなどもサービス内容に組み込まれている。	実施されるケアや対応の必要性を定期的にあセスメントし、本人の思いや意向に基づいて評価、反映させることで個性のある「その人らしい」介護計画につながると思われます。また、暫定時の計画作成や期間の見直し、同意等手続きに関して再度検討が必要であると思われます。
29		○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	個別のファイルと介護日誌及び、職員連絡帳を作成しています。介護日誌には、変化のある時に状態を時系列で記録し(本人が行ったこと・援助したこと・会話したこと・バイタルサイン・食事摂取状況など)基本情報が人目で分かるようにして、気づきや変化に関して職員連絡帳にて情報を共有してケアに活かしています。		

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
30		○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	多機にわたるボランティアの受け入れやイベント行事(敬老会・誕生会・クリスマス会など)に家族を招待し、食事や催しものをもたし楽しんでます。また共に食事をすることもあります。		
31		○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	地域の所轄機関には、ホームの存在は認知され、ホームPRの情報は発信を行うと同時に、各機関からの援助・協力を受けやすい環境作りを行っています。地域資源である公共機関(自治公民館・福祉センター・植物園その他)をフルに活用させていただいています。		
32	(14)	○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	本人が家族の意向を尊重した主治医に受診していますが、特に主治医の指定が無い場合には、ホーム専属の主治医の定期往診を受け、医療と健康管理を24時間体制で行っています。見取りの段階の入居者には、特別チームを編成し、(医師・看護師・訪問看護ステーション・家族)医療と介護の両立をはかっています。	医師や訪問看護師とは密に連携をとり、2回/月以上、かかりつけ医の往診があることで、入居者が看取りまで安心して暮らせるための環境づくりが行われている。検査が必要な際にはスタッフが受診同行する等も行っている。	
33		○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	訪問看護ステーションとの契約により、専属の看護師が24時間体制で、日常的な健康管理を行い、状態悪化時には主治医との連絡調整を行い、適切な処置ができるよう体制を整えています。		
34		○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。	医療機関との文書による契約を交わしており、入院時には迅速に情報提供書提出し、これまでの病歴や生活習慣を知っていただきます。また定期的な見舞いと病院担当者1(主治医・看護師)との面談を行い、家族との橋渡し役となり、状態把握に努めています。		
35	(15)	○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	見取りの指針を作成しており、全職員・家族・主治医・看護師が今後起こりうることを予測して、日頃より利用者本人、及び家族に方針を理解して頂き、意思確認と環境作りに務めています。	看取りの経験を活かし、入居者が安心して最後まで暮らせるよう緊急連絡体制の整備やスタッフへの指導を行っている。看取りの際には家族の立ち合いもできるような環境の配慮も行っている。	
36		○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	日勤帯と夜勤帯に分けてマニュアルを作成して万が一の字k所発生に備えて実施訓練を全職員で行っています。また日やり法度を活用して事故防止に関する検討会も行っています。		

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
37	(16)	○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	非常災害に備えて緊急連絡先・避難場所を指定して定期的な訓練を行っています。また地域の自治会と協働して緊急連絡網を作成し、近隣との協力体制を構築しています。しかし、風水害・地震に対する防災計画については最悪事を想定した場合の対応に困難を極めています。	災害対策についてマニュアルを作成し、地域住民への参加を促しながら消防点検、訓練を1回/年行っている。また、2階からの救出は難しいため滑り台を作製、設置する等工夫をしている。	身体的にも重度化した入居者の2階からの救出であり、2回/年の定期的な避難訓練の実施や夜間想定訓練、地域住民の参加など必要性が高いと思われます。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
38	(17)	○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	その人の習慣・習性を理解し悪い習慣であってもその場で注意するような声掛けはさけて、それとなくその場から離し、他のことに関心を移すよう努めています。また個人情報のマニュアルを作成して、全職員が秘密保持を徹底しています。	個々の性格や状況を把握し、その人にあっただ対応をするようにしている。排泄や入浴等ケアの実践時はプライバシーを確保するよう日々注意している。	
39		○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	個性や能力を把握し、その人のレベルに沿った介助や働きかけに努めています。動作が遅くとも自分で行おうとするには予想できる事を何件か質問し、本人に選択してもらっています。		
40		○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	ご本人の自主性を尊重し、ご自分でなさろうとすることには、手を貸さず見守りだけにしています。出来たときには共に喜びを分かち合います。また必要な介助は声かけしながら行っています。		
41		○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	朝食前や入浴後は、皆様の静養の時間をとっています。また外出時には、お化粧品もして、ご本人の気に入った服装になるよう援助しています。理容・美容については、特に希望が無い場合は定期的に美容師さんに来てもらっています。		
42	(18)	○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	季節に応じた旬の食材を選び、季節感を感じて頂いています。フキやツワの皮むき・ゴマすり・ぜんざいの団子づくり・寿司具削りなど手伝って頂き、出来上がり時には会話が弾んでいます。	入居者と食材の買い物に出かけたり、野菜の皮むきなどできることは行うよう支援している。行事食は1回/月、また1回/年は外食に出かけるなど楽しむ工夫もされている。またミキサー食の提供なども実施している。	
43		○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	バランスの良い(栄養・量・美味しさ)料理や個性や体調に気を配りながら提供しています。また水分補給に関しては、常に摂取量に気を配り、お出しするものがマンネリ化しないよう工夫(果物や野菜のジュース・スポーツ飲料)しています。		

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
44		○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	食後の口腔ケアは欠かせない。その人の能力に応じて介助しています。就寝する際は義歯のある人は、ポリドントで洗浄・消毒してケースに収納してます。		
45	(19)	○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	現在オムツの方は、2名います。その他の方には定期的な声掛けによるトイレ誘導は、失禁・失便の減少に効果あり。但し「プライト」を傷つけないよう工夫しています。また見守りが必要な方には、本人納得のうえで、最後まで見届けています。深夜失禁の多い方には転倒に注意しながら、キメの細かいケアを行っています。	入居者の状態や状況に応じ、介助や見守りを行っている。毎朝体操を行うことで、下肢筋力の維持に努め、できるだけ自分でできるように支援している。	
46		○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	排便チェックは日々行い、食事を提供する際は、消化のよい食材を選んで、調理します。また腸の動きを活発にするよう、毎朝の体操と散歩は欠かせない。自分で動作出来ない方には、職員が腹部マッサージで刺激を与えます。		
47	(20)	○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	皆様の要望や、一人ひとりの健康状態に合わせて対応しています。入浴が楽しい場所になるように、全国の温泉入浴剤を用いたり、職員との会話に花が咲き、雰囲気の変った、リラックスしてコミュニケーションが出来る場所となっています。	曜日はある程度決めて、2～3回/週入浴はできるようにしている。身体的に介助が必要な入居者には2人介助など対応している。	
48		○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	昼間に散歩や体操など個人の能力や習慣に応じて適度な運動に心掛けています。体調がおもわしくない場合は部屋かリビングのそふぁベッドで休んで頂きます。夜間は昼間の適度な疲労が良眠を促してくれます。		
49		○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	主治医の処方により薬剤師が定期的に訪問して、個人毎に朝・昼・夜・眠前に分けて職員管理のもとで服用しています。薬品名や効能及び目的など個人の収納箱正面にラベルを正面に貼り、誤薬や症状の変化に気を配っています。		
50		○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	行事計画を皆様を知って頂き、生活の目標を設定してメリハリをつけていくよう努めています。①. 個々の趣味や特技を活かした役割を持って頂く②. 全員で外出する。(買い物、誕生会、季節に伴う行事、ドライブ)		

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
51	(21)	○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	散歩・買い物・家族のもとへ一時的な帰省・弁当持参で郊外にドライブ・市民センターや公民館で外部の方との交流も心掛けています。	行事などの外出のほか、天気の良い日は、ほぼ毎日散歩をしており、見守りや介助など対応しながら、外出できる機会を作るようにしている。	
52		○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	お金は大切だという認識はありますが、所持すれば必ず紛失するので、ホームでお預かりしています。個人差はありますが、ご自身のお金を使って欲しい物を買う人はごく少数です。買い物の楽しさを味わって頂くために、ホームの共通の買い物に参加して頂いています。		
53		○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	年賀状や季節の変わり目などに、ご本人より家族や知人宛に手紙を書くよう、レクの時間をりようしています。電話をかけたいという人は稀ですが、こちらから声かけて「どこに、誰に」など呼びかけたりして導いています。		
54	(22)	○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	車椅子でも移動出来る十分なホールがあります。ホール・リビング・廊下には入居者と職員の手作りのカレンダーや作品、行事や日常生活の写真など展示しています。四季折々の花や植物を何気なく飾り、調度品や家具など家庭的なものを使用しています。	家庭的な建物であり、清潔に保たれ、くつろげるような雰囲気が出されている。共有スペースであるリビングには休養できるためのベッドも設置され、スクリーンでプライバシーの確保がされている。	
55		○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	以前リビング横に掘りごたつ風にした空間がありましたが、好んで使用される方が少なく、失禁の原因になるため、フローリングにしてソファベッドを設置すると重宝がられました。		
56	(23)	○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	居室には使い慣れた家具や生活用品・装飾品などが持ち込まれて個性豊かな空間となっています。その反面、認知症が重症化するにつれ、清潔さや安全を保つという面では、部屋が簡素になってくるのもお認めません。	1階に2部屋、2階に7部屋の居室となり、エレベーターで移動できる。ベッドの配置やセンサーマットのなど安全に過ごせる対応がされている。家族が作成した写真ボードなど温かみのある配慮もある。	
57		○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	個人差はありますが、それぞれに適した家具や物品を揃えています。(歌本・習字セット・五目盤・漫画本・カラオケセット・輪投げセット・ボーリングセットなど)利用者によっては基本的なことから介護計画を見直す方もおられます。能力と意欲のある方は、個人的に能力を高められるようレベルアップを図っています。		