

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	2297200236		
法人名	ウェル恵明会株式会社		
事業所名	グループホームるびなすコート 春ユニット		
所在地	静岡県浜松市東区積志町1878		
自己評価作成日	令和元年12月18日	評価結果市町村受理日	令和2年 3月 5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.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階
訪問調査日	令和2年 1月 20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)】

「寄り添うケア」「寝たきりをつくらない」「オムツに頼らない」を理念に、利用者の心身の状態に寄り添いながら、その人らしく尊厳をもって生活することができるようケアすることを心がけています。ご家族との関わりについても不安や負担の緩和はさることながら、利用者の在宅時の情報を聞き取りしたり、利用者の状態報告をして相互に情報を交換しつつ、本人を支えるチームの一員として一緒に利用者の支援ができる関係づくりに努めています。また「健康は食から」をモットーに、化学調味料は一切使わず薬膳を取り入れた栄養士考案の献立により、利用者の体質改善と健康管理にも努めています。

【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)】

ホームは平屋で、2つのユニットが中庭を取り巻くように配置されている。このため日の光が多く入り、冬は常時稼働する床暖房と合わせて明るく温かい環境である。さらに室内の床や柱、壁に木材を多く使用し落ち着いた雰囲気となっている。食事は会社に雇用された栄養士がメニューを立案し、調理済みの食材や化学調味料を使用することなく全て手作りで調理がなされている。また利用者の動線や移動時の特性を把握検討し、居室でのベッドの位置、手すりの設置場所などが決定され、個別的で安全、機能的な生活が出来る環境作りなど、利用者に寄り添う居心地の良いホーム作りの工夫がみられた。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
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)
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)
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)
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
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
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、安心して暮らせている (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	毎朝のミーティング前に参加職員全員で理念を唱和してその認識を共有し、ケアプランの立案や入居者の処遇・対応についても理念に基づいた検討を行なっている。	「寝たきりをつくらないケア」、「オムツに頼らない」「寄り添うケア」を理念とし、認知症の周辺症状を問題行動ととらえるのではなく行動を受容しながら危険な行動には危険でなくなる環境を整備するなどの実践を行っている。	
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	今年度は台風のため中止となったが、毎年地域との交流機会として夏祭りを企画して回覧にてその参加を呼びかけ実施しており、近隣神社への初詣や地域の祭り、敬老会にも参加して交流機会を作っている。	ホームで行う夏祭りを地域に開放している。提供する評判の良い食事を提供する出店などを行い、100名程の参加者がある。敬老会など地域で行う行事への参加もあり、積極的な交流が確認できた。	
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	広報紙や運営推進会議にて認知症介護に関する無料相談ができることを告知し、また自治会代表者には入居者の様子や認知症者に対する理解・支援の方法について説明する機会を設けている。地域包括ケア会議にも参加。		
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	自治会代表者や民生委員、地域包括支援センター、行政、家族代表等の参加を得て2ヶ月に1回開催し、入居者やサービスに関する報告を行なって、得た意見やアドバイスの検討を会議にてその都度行なっている。	奇数月第3金曜日の14:00より開催し地域の代表者や行政関係者、利用者家族等の参加がある。事故、身体拘束の状況など運営の積極的な情報開示を行い参加者より質問や地域の実情についての情報が寄せられる。	
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	運営推進会議やその議事録提出にて市担当者には入居者や事業、サービスに関する報告を行っており、事業やサービスに関する不明点は担当者に連絡・相談をして指示を仰いでいる。	必要書類の提出や報告の際は担当課へ出向き行う。また質問や相談においても積極的に問い合わせを行うなど、顔の見える関係を作っている。	
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	全職員及び新規職員に対して指針を用いた身体的拘束に関する勉強会を行っており、身体的拘束適正化検討委員会にて事業所運営や認知症の周辺症状への対応、危機管理において身体拘束に該当しないか検討をしている。	身体拘束を行わない方針でありドラックロックも行わないケアの実践を行う。例えば徘徊で転倒の危険性がある場合では、動線を検討し必要な個所に手すりを設置し安全な環境を整備するなどの工夫を行っている。	
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	高齢者虐待防止に関する勉強会を行っている。また入浴時のボディチェックにて外傷等の確認を行うとともに、入居者への処遇・対応について職員相互にチェックするようにしている。		

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	権利擁護に関する制度について成年後見制度に関する勉強会を行っており、各入居者の認知能力及び家族や身元引受人に関する情報交換も職員間にて行なってその情報把握に努めている。		
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	管理者が担当者として説明を行い、疑問点を確認して理解・了承を得た上で書類への署名・押印をもらっている。		
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	運営推進会議にて入居者家族の意見や要望を聴取する機会を設けている。また、面会時に家族から寄せられた意見や職員が接する中で聴取された入居者の声はその都度管理者に報告して迅速に対応するよう配慮している。	家族面会時に職員が利用者の様子を積極的に報告し話しやすい環境を整備する。聞き取った意見は連絡ノートへの記入やミーティングで共有される。家族意見から椅子により傷んだ床の補修を行う実例が確認できた。	
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	毎月のミーティングにて運営に関する相談や意見交換も行い、そこで出た意見や検討内容、結果については管理者から会社代表者に報告する体制ができています。	意見交換では職員より消耗した介護用具の交換や介護上の困った相談が寄せられる。管理者は内容を聞き取りながら問題点を探るが職員による現状の分析から問題点を明確にする力の向上が課題となっていると聞く。	職員教育について、管理者は都度指導は行っている。年間の研修計画が作成され、知識の習得応用などステップアップが出来る環境となることを期待する。
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	努力や能力、実績、360度評価により、その評価に応じた賞与査定や昇給を行なっている。また職員には研修や講演に関する情報提供をして、希望するものに参加ができる体制をとっており、勤務も希望を反映させている。		
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	年間スケジュールに則り毎月事業所内での勉強会を実施。力量に応じたものはまた別に、興味・関心のある外部研修が受けられる体制をとっており、資格取得も推奨してその勤務上の配慮も行なっている。		
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	外部の研修・講演に関する情報を職員に提供し、希望するものに参加ができる体制をとっているが、中でも他施設職員が集うグループワーク主体の研修への参加を推奨している。		

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
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	利用開始前に本人のもとを訪れて面談し、不安や心配、要望等を聴取して具体的な対応を説明し、安心して利用が開始できるよう努めている。また併せてサービス事業所や家族からも本人の習慣や意向等についても聴取している。		
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	施設見学や契約、入所の機会において、管理者や計画作成担当者、看護師等が立会い面談して家族の不安や心配、要望等を聴取し、サービス計画等で具体的な対応を説明している。		
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	施設見学や利用開始前の面談で本人や家族の要望、不安等を聞き取りし、事業所の特性等を踏まえ、そのニーズに合致する他サービスがあればその説明をして選択を勧めている。		
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	洗濯や清掃、調理、食器洗い・食器拭き等の家事作業において、取り組み可能な入居者は単独、或いは職員との共同によりその作業に取り組み、生活者として主体性が持てるよう支援している。		
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	家族から利用前の情報を聴取したり、職員から入居者の近況を伝えて家族と職員とで情報共有を図り、相談の上で家族が担うサービスも設けている。		
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	利用前に本人や家族から聞き取りし、活動や交友関係等、希望することについては継続ができるよう支援しており、友人・知人等の面会配慮や電話・郵便等の取次ぎも行なっている。	入居前の活動や交友関係などは入居時に聞取るが、その後は職員がその都度聞き取りカンファレンスで共有しアセスメントシートに集約される。入居前に行っていた理髪店や囲碁の集まりに継続して通う実例がある。	
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	共用スペースにおけるテーブル席やソファ席、外出時の車中座席等を入居者同士の関係性や相性に配慮して対応。また新規入居者に対する他入居者との会話や関係づくりの支援も行なっている。		

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
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	利用終了後でも相談を受け付けていることを伝え、連絡や要望に応じて面談・相談の時間を設けている。特に高齢者世帯の場合にはこちらから電話をして状況確認等も行なっている。		
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	アセスメントやモニタリングでは必ず本人の意向や思いを聴取。また会話能力の有無に関わらず、日常での言動や表情、その様子等から担当者会議で情報を共有して意向やその思いを検討・確認している。	大きな目標を立てるのではなく、日々の小さな表情を吸い上げるように努めており、自己表出の難しい方には以前の生活史から把握に努めている。24時間シートの内容からも把握、検討し、職員には連絡ノートを活用して確認するようにしている。	
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	利用前に本人や家族、前任ケアマネ、サービス事業所等から生活歴や生活様式、生活環境等の情報を聴取し、調査票を作成してアセスメントを行なっている。		
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	生活スケジュールや心身機能、動作能力等について情報を収集し、シートに整理してアセスメントを行なっており、状態変化時には計画作成担当者が本人のもとを訪れて状態把握をしている。		
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	モニタリングは3～6ヶ月、短期目標は3～12ヶ月の期間設定を基本とし、担当者会議は管理者、計画作成担当者、看護師、介護職員が参加して内部ケアカンファレンスを行なった後、計画作成担当者が家族と話し合いケアプランを作成している	ホーム独自のアセスメントシートに事前調査や情報が記入されている。計画変更時には、日常的な事柄は24時間シートに記入しており職員内部カンファレンスにおいて計画作成担当者が職員に聞き取りを行いながら、モニタリングをしている。	
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	PC管理の数値的記録の他、ペーパーでの排泄・ケース記録があり、アセスメントでの活用とともに担当介護職員が記録を振り返り担当者会議に参加している。ただし排泄・ケース記録は個別の様式ではなく、また日々の生活の様子を把握するための記録様式がない。		
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	個別の外出では送迎や付添い等も柔軟に対応。本人や家族には何か希望・要望があればまず相談してほしいことを伝えており、相談の上で支援・サービスや役割分担等を検討し実施している。		

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
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	外出や外食、ドライブ等の発動にて地域資源を活用している。訪問リハビリを活用している入居者もあり、初詣や祭り、敬老会等の地域行事にも参加している。		
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	かかりつけ医は自由選択だが、現状では入居者全員が24時間往診可能な協力医療機関を選択し、基本月2回の往診を受けている。往診には看護師を主体に職員が立会い、医師への適切な情報提供に努めている。	入居時に24時間往診できるかかりつけ医に変更が行われており、月2回の往診や24時間オンコール対応の看護師との連携ができている。他医院受診の場合は情報提供書を看護師か管理者が記入し家族対応となっている。	
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	オンコール体制にて不在時も必要に応じて随時看護師に報告・相談をして指示を受けており、看護師からの指示もケース記録や連絡ノートに記載して情報の共有・徹底を図っている。		
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。	入院時には職員付添いか書面にて情報を提供し、入院中は管理者が病棟の相談員や病棟看護師、医師らと情報交換している。退院時には管理者や看護師が病院を訪ねて医師や看護師との情報聴取を実施。病院の相談室へは営業活動も兼ねて定期的に訪問をしている。		
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	利用開始時に看取り介護を含め重度化した場合の対応に関する指針を説明して希望を聴取。実際に重度化した場合や終末期には施設で可能な医療の説明や主治医とのムンテラを経てその希望を聴取し、看取り介護はその同意を得てから行なっている。	入居時に重度化や看取りに関する指針の説明や希望の確認を行っている。この一年で数名の看取りを行い、看取り時には看護師との連携を密にとり看取り後には職員への精神的支援も行われている。看取り時の状況によっては夜間介護の人数を増やす方法も現在検討している。	
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	入居者の状態急変や事故発生等、緊急時の対応についてはマニュアルが作成されており、防災訓練においてAEDでの心肺蘇生法の訓練も行なっているが、包括的な訓練・勉強会については行われていない。		
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3回避難訓練を行っており、うち1回は消火器での消火訓練やAEDでの心肺蘇生法訓練も行なっている。地域との協力体制については自治会代表者と相談・検討し、会合や回覧を通じて火災時の避難協力について近隣住民から理解・協力を得るための周知を図ることになった。	地域との協力は話し合いや会合で体制作りが行われている。事業所独自で避難訓練を年3回行っており、地域で指定されている小学校への避難訓練を実施している。事業所として近隣施設との話し合いは行われているが、実際にはまだ避難の実施ができていない。	同じグループの近隣施設の2階に避難することの話し合いは行われているが、まだ実際には行動できていない。一度実際に避難訓練を行い問題点を抽出することも必要と思われる。訓練実施を期待したい。

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
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	認知症のある入居者の尊厳を守るため、その心理状態や置かれた状況を理解して対応するための勉強会を行っており、また尊厳やプライバシーを損なう言動を入居者にとっていないか職員相互にチェックするようにしている。	職員に対して「身体拘束とプライバシー」に当たりそうな言動や態度があった場合は、必ず報告を行うように指導している。プライバシーについての勉強会は頻回に行い、プライバシーを損なわないような声掛けを心がけている。	
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	理解しやすい表現を用い、また選択肢を設ける・狭める等して判断しやすい質問や声かけをして自己決定を促している。外出希望や外食メニュー選び等も基本的には自己決定により行っている。		
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	基本的な生活スケジュールはあるため、それに従い声はかけるが、強制はせず入居者の意思や生活リズムを尊重しており、居場所やレク、家事作業等の活動、食事時間や入浴日時についても柔軟に対応している。		
39		○身だしなみやおしやれの支援 その人らしい身だしなみやおしやれができるように支援している	自発的にしない入居者には洗顔や整髪、髭剃り等を誘導・支援して清潔が保たれるようにしている。行事や外出では衣類や化粧等のお洒落を支援し、可能な入居者には日常の衣類の選択も促している。		
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	調理や盛り付け、配膳等の手伝い、食後の食器洗浄や拭き取り等も可能な入居者が行っている。メニュー選択はないが、温度や味付けの調節は希望に応じ行っている。	調理の盛り付け、配膳等のお手伝いの出来る方は現在いなくなっている。食器拭きを手伝ってくれている方はいる。栄養士がメニューを作成し、各職員が調理を行っている。月1回は外食を、誕生日の方には食べたいものを聞いている。	
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	咀嚼・嚥下の機能に応じた形態で飲食物を提供しその摂取量を記録。食事不足の入居者には飲む形で、水分不足の入居者には食べる形でその補填を支援している。		
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	毎食後口腔ケアに誘導。入居者の能力や歯科医からの指示に応じて見守り・一部介助・全介助をして口腔内の清潔が保たれるよう支援しており、義歯は夜間につけ置きしている。		

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
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	「オムツに頼らない」との理念に従い、日中は布下着着用と座位排泄することを基本としている。個々の排泄記録を基に失敗を減らすための支援も検討し行なっている。	入居後排泄記録を取り、排泄パターンの確認を行いながらトイレ誘導のタイミングを計っている。現在、入居者全員がパットは入れているものの布パンツでトイレにて排尿・排便を行っている。理念の「オムツに頼らない」を実行している。	
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	下剤に頼らないよう野菜中心の献立で食物繊維の摂取を促し、水分は1日1ℓの摂取を目安にして少ない場合は食べる形での補填も支援している。排便時の腹部マッサージも実施。		
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	基本となる入浴スケジュールはあるが、本人の希望に応じて日時の変更可能となっている。入浴を好まない入居者には、抵抗感が少ない誘導方法を職員間で共有して無理なくスムーズに応じられるよう工夫している。	基本週2回の入浴であるが、日時、曜日の変更はいつでもできる。現在拒否の方は少ないが、誘ってもなかなか入らない方には、仲の良い入居者に誘ってもらったり、「髪結いが来るから入ろう」と誘い方を変えて入浴をしてもらっている。	
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	日中の離床や活動を促して生活リズムを整え、眠くなった時間に就寝するよう支援しているが、疲労や習慣を考慮して日中に臥床する入居者もいる。冷感緩和のため毛布類やレッグウォーマー、湯たんぽ等も使用。		
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	必要時に確認できるようユニットに各入居者の薬の説明書が保管され、いつでも確認ができるようになっている。また新処方や増・減薬に関する情報もケース記録や連絡ノートに看護師が記載して情報共有している。		
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	生活歴や能力、趣味や特技等を踏まえ、家事作業やレク、行事、外出、会話での話題提供等を支援しており、家事に関心がない入居者でも抵抗感がない作業を誘導して生活の主体者として何らかの役割が担えるよう支援している。		
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に支援している	気候や天候にもよるが可能な範囲で交代で戸外への散策に出かけ、外出やドライブの行き先は入居者の希望に応じて決めることもある。個別的にも自宅外出等の支援を希望に応じ家族と相談しながら行なっている。	天気の良い日には、ほぼ毎日施設周辺を回ってくるスタンダードコースの散歩が多い。紅葉などの近隣施設へのドライブなどではおやつをもって行って、紅葉を見ながら食べてくる。ドライブなどは入居者の希望に応じて随時行き先を決めている。	

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
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	入居者は金銭を所持していないが、買い物をする外出では入居者個々にお金を預け、職員の見守り・サポートにて希望する物を購入し支払いする機会を作っている。		
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	本人希望時や入居者あてに電話が来た際には端末機等で電話する支援を行っており、入居者宛の手紙の受け渡しや入居者が書いた手紙の投函も支援している。		
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	建物は木材を用いた家庭的な雰囲気、ウッドデッキになっていて樹木や草花がある中庭は共用スペースから眺めたり行き来ができる構造になっている。また共用スペースは床暖房により靴を履かず、自宅と同じ感覚で過ごすことができる。	居室以外は全館床暖房であり、職員、入居者とも素足か靴下で生活している。2ユニットの真ん中に中庭があり共有部分からウッドデッキに出られるようになっている。ウッドデッキ横に畑があるが、現在は花が植えられている。水やりを自主的に行ってくれている利用者もいる。	
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	共用スペースにはダイニングとリビングがあり、平屋にて隣ユニットの共用スペースや渡り廊下、デイサービスフロア、ウッドデッキになっている中庭も含め、その時々で好きな場所にて過ごすことができる。		
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	備え付けの収納棚があるが、衣類が選びやすいハンガーラックを持ち込んでいる入居者もいる。収納棚の天板部は日常的に使うものを置くスペースとして活用し、時計や家族の写真等も持ち込みされている。	居室内のロータンスは施設設置であるが、二つに分かれ移動ができ、利用者の身体状況に合わせて設置を変えている。今まで使用していたタンスやハンガーラック、家族の写真飾って自分の部屋らしくしている。	
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	建物内の移動経路には手すりがあり、また共用空間にはテーブル・ソファ等が置かれ掴まり歩きしやすい環境となっており、居室にも利便性や安全性を踏まえベッド等の家具の配置を本人・家族と相談し行っている。		

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	2297200236		
法人名	ウェル恵明会株式会社		
事業所名	グループホームるびなすコート 秋ユニット		
所在地	静岡県浜松市東区積志町1878		
自己評価作成日	令和元年12月18日	評価結果市町村受理日	令和2年 3月 5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.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階
訪問調査日	令和2年 1月 20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)】

「寄り添うケア」「寝たきりをつくらない」「オムツに頼らない」を理念に、利用者の心身の状態に寄り添いながら、その人らしく尊厳をもって生活することができるようケアすることを心がけています。ご家族との関わりについても不安や負担の緩和はさることながら、利用者の在宅時の情報を聞き取りしたり、利用者の状態報告をして相互に情報を交換しつつ、本人を支えるチームの一員として一緒に利用者の支援ができる関係づくりに努めています。また「健康は食から」をモットーに、化学調味料は一切使わず薬膳を取り入れた栄養士考案の献立により、利用者の体質改善と健康管理にも努めています。

【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)】

--

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、安心して暮らせている (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	毎朝のミーティング前に参加職員全員で理念を唱和してその認識を共有し、ケアプランの立案や入居者の処遇・対応についても理念に基づいた検討を行なっている。		
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	今年度は台風のため中止となったが、毎年地域との交流機会として夏祭りを企画して回覧にてその参加を呼びかけ実施しており、近隣神社への初詣や地域の祭り、敬老会にも参加して交流機会を作っている。		
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	広報紙や運営推進会議にて認知症介護に関する無料相談ができることを告知し、また自治会代表者には入居者の様子や認知症者に対する理解・支援の方法について説明する機会を設けている。地域包括ケア会議にも参加。		
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	自治会代表者や民生委員、地域包括支援センター、行政、家族代表等の参加を得て2ヶ月に1回開催し、入居者やサービスに関する報告を行なって、得た意見やアドバイスの検討を会議にてその都度行なっている。		
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	運営推進会議やその議事録提出にて市担当者には入居者や事業、サービスに関する報告を行っており、事業やサービスに関する不明点は担当者に連絡・相談をして指示を仰いでいる。		
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	全職員及び新規職員に対して指針を用いた身体的拘束に関する勉強会を行っており、身体的拘束適正化検討委員会にて事業所運営や認知症の周辺症状への対応、危機管理において身体拘束に該当しないか検討をしている。		
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	高齢者虐待防止に関する勉強会を行なっている。また入浴時のボディチェックにて外傷等の確認を行うとともに、入居者への処遇・対応について職員相互にチェックするようにしている。		

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	権利擁護に関する制度について成年後見制度に関する勉強会を行っており、各入居者の認知能力及び家族や身元引受人に関する情報交換も職員間にて行なってその情報把握に努めている。		
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	管理者が担当者として説明を行い、疑問点を確認して理解・了承を得た上で書類への署名・押印をもらっている。		
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	運営推進会議にて入居者家族の意見や要望を聴取する機会を設けている。また、面会時に家族から寄せられた意見や職員が接する中で聴取された入居者の声はその都度管理者に報告して迅速に対応するよう配慮している。		
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	毎月のミーティングにて運営に関する相談や意見交換も行い、そこで出た意見や検討内容、結果については管理者から会社代表者に報告する体制ができています。		
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	努力や能力、実績、360度評価により、その評価に応じた賞与査定や昇給を行なっている。また職員には研修や講演に関する情報提供をして、希望するものに参加ができる体制をとっており、勤務も希望を反映させている。		
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	年間スケジュールに則り毎月事業所内での勉強会を実施。力量に応じたものはまた別に、興味・関心のある外部研修が受けられる体制をとっており、資格取得も推奨してその勤務上の配慮も行なっている。		
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	外部の研修・講演に関する情報を職員に提供し、希望するものに参加ができる体制をとっているが、中でも他施設職員が集うグループワーク主体の研修への参加を推奨している。		

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
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	利用開始前に本人のもとを訪れて面談し、不安や心配、要望等を聴取して具体的な対応を説明し、安心して利用が開始できるよう努めている。また併せてサービス事業所や家族からも本人の習慣や意向等についても聴取している。		
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	施設見学や契約、入所の機会において、管理者や計画作成担当者、看護師等が立会い面談して家族の不安や心配、要望等を聴取し、サービス計画等で具体的な対応を説明している。		
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	施設見学や利用開始前の面談で本人や家族の要望、不安等を聞き取りし、事業所の特性等を踏まえ、そのニーズに合致する他サービスがあればその説明をして選択を勧めている。		
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	洗濯や清掃、調理、食器洗い・食器拭き等の家事作業において、取り組み可能な入居者は単独、或いは職員との共同によりその作業に取り組み、生活者として主体性が持てるよう支援している。		
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	家族から利用前の情報を聴取したり、職員から入居者の近況を伝えて家族と職員とで情報共有を図り、相談の上で家族が担うサービスも設けている。		
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	利用前に本人や家族から聞き取りし、活動や交友関係等、希望することについては継続ができるよう支援しており、友人・知人等の面会配慮や電話・郵便等の取次ぎも行なっている。		
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	共用スペースにおけるテーブル席やソファ席、外出時の車中座席等を入居者同士の関係性や相性に配慮して対応。また新規入居者に対する他入居者との会話や関係づくりの支援も行なっている。		

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
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	利用終了後でも相談を受け付けていることを伝え、連絡や要望に応じて面談・相談の時間を設けている。特に高齢者世帯の場合にはこちらから電話をして状況確認等も行なっている。		
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	アセスメントやモニタリングでは必ず本人の意向や思いを聴取。また会話能力の有無に関わらず、日常での言動や表情、その様子等から担当者会議で情報を共有して意向やその思いを検討・確認している。		
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	利用前に本人や家族、前任ケアマネ、サービス事業所等から生活歴や生活様式、生活環境等の情報を聴取し、調査票を作成してアセスメントを行なっている。		
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	生活スケジュールや心身機能、動作能力等について情報を収集し、シートに整理してアセスメントを行っており、状態変化時には計画作成担当者が本人のもとを訪れて状態把握をしている。		
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	モニタリングは3～6ヶ月、短期目標は3～12ヶ月の期間設定を基本とし、担当者会議は管理者、計画作成担当者、看護師、介護職員が参加して内部ケアカンファレンスを行なった後、計画作成担当者が家族と話し合いケアプランを作成している		
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	PC管理の数値的記録の他、ペーパーでの排泄・ケース記録があり、アセスメントでの活用とともに担当介護職員が記録を振り返り担当者会議に参加している。ただし排泄・ケース記録は個別の様式ではなく、また日々の生活の様子を把握するための記録様式がない。		
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、その時々にも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	個別の外出では送迎や付添い等も柔軟に対応。本人や家族には何か希望・要望があればまず相談してほしいことを伝えており、相談の上で支援・サービスや役割分担等を検討し実施している。		

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
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	外出や外食、ドライブ等の発動にて地域資源を活用している。訪問リハビリを活用している入居者もあり、初詣や祭り、敬老会等の地域行事にも参加している。		
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	かかりつけ医は自由選択だが、現状では入居者全員が24時間往診可能な協力医療機関を選択し、基本月2回の往診を受けている。往診には看護師を主体に職員が立会い、医師への適切な情報提供に努めている。		
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	オンコール体制にて不在時も必要に応じて随時看護師に報告・相談をして指示を受けており、看護師からの指示もケース記録や連絡ノートに記載して情報の共有・徹底を図っている。		
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。	入院時には職員付添いか書面にて情報を提供し、入院中は管理者が病院の相談員や病棟看護師、医師らと情報交換している。退院時には管理者や看護師が病院を訪ねて医師や看護師との情報聴取を実施。病院の相談室へは営業活動も兼ねて定期的に訪問をしている。		
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	利用開始時に看取り介護を含め重度化した場合の対応に関する指針を説明して希望を聴取。実際に重度化した場合や終末期には施設で可能な医療の説明や主治医とのムンテラを経てその希望を聴取し、看取り介護はその同意を得てから行なっている。		
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	入居者の状態急変や事故発生等、緊急時の対応についてはマニュアルが作成されており、防災訓練においてAEDでの心肺蘇生法の訓練も行なっているが、包括的な訓練・勉強会については行われていない。		
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3回避難訓練を行っており、うち1回は消火器での消火訓練やAEDでの心肺蘇生法訓練も行なっている。地域との協力体制については自治会代表者と相談・検討し、会合や回覧を通じて火災時の避難協力について近隣住民から理解・協力を得るための周知を図ることになった。		

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	認知症のある入居者の尊厳を守るため、その心理状態や置かれた状況を理解して対応するための勉強会を行っており、また尊厳やプライバシーを損なう言動を入居者にとっていないか職員相互にチェックするようにしている。		
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	理解しやすい表現を用い、また選択肢を設ける・狭める等して判断しやすい質問や声かけをして自己決定を促している。外出希望や外食メニュー選び等も基本的には自己決定により行なっている。		
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	基本的な生活スケジュールはあるため、それに従い声はかけるが、強制はせず入居者の意思や生活リズムを尊重しており、居場所やレク、家事作業等の活動、食事時間や入浴日時についても柔軟に対応している。		
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	自発的にしない入居者には洗顔や整髪、髭剃り等を誘導・支援して清潔が保たれるようにしている。行事や外出では衣類や化粧等のお洒落を支援し、可能な入居者には日常の衣類の選択も促している。		
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	調理や盛り付け、配膳等の手伝い、食後の食器洗浄や拭き取り等も可能な入居者が行なっている。メニュー選択はないが、温度や味付けの調節は希望に応じ行なっている。		
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	咀嚼・嚥下の機能に応じた形態で飲食物を提供しその摂取量を記録。食事不足の入居者には飲む形で、水分不足の入居者には食べる形でその補填を支援している。		
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に、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	毎食後口腔ケアに誘導。入居者の能力や歯科医からの指示に応じて見守り・一部介助・全介助をして口腔内の清潔が保たれるよう支援しており、義歯は夜間につけ置きしている。		

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
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	「オムツに頼らない」との理念に従い、日中は布下着用と座位排泄することを基本としている。個々の排泄記録を基に失敗を減らすための支援も検討し行なっている。		
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	下剤に頼らないよう野菜中心の献立で食物繊維の摂取を促し、水分は1日1ℓの摂取を目安にして少ない場合は食べる形での補填も支援している。排便時の腹部マッサージも実施。		
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	基本となる入浴スケジュールはあるが、本人の希望に応じて日時は変更可能となっている。入浴を好まない入居者には、抵抗感が少ない誘導方法を職員間で共有して無理なくスムーズに応じられるよう工夫している。		
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	日中の離床や活動を促して生活リズムを整え、眠くなった時間に就寝するよう支援しているが、疲労や習慣を考慮して日中に臥床する入居者もいる。冷感緩和のため毛布類やレッグウォーマー、湯たんぽ等も使用。		
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	必要時に確認できるようユニットに各入居者の薬の説明書が保管され、いつでも確認ができるようになっている。また新処方や増・減薬に関する情報もケース記録や連絡ノートに看護師が記載して情報共有している。		
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	生活歴や能力、趣味や特技等を踏まえ、家事作業やレク、行事、外出、会話での話題提供等を支援しており、家事に関心がない入居者でも抵抗感がない作業を誘導して生活の主体者として何らかの役割が担えるよう支援している。		
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に支援している	気候や天候にもよるが可能な範囲で交代で戸外への散策に出かけ、外出やドライブの行き先は入居者の希望に応じて決めることもある。個別的にも自宅外出等の支援を希望に応じ家族と相談しながら行なっている。		

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
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	入居者は金銭を所持していないが、買い物をする外出では入居者個々にお金を預け、職員の見守り・サポートにて希望する物を購入し支払いする機会を作っている。		
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	本人希望時や入居者あてに電話が来た際には端末機等で電話する支援を行っており、入居者宛の手紙の受け渡しや入居者が書いた手紙の投函も支援している。		
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	建物は木材を用いた家庭的な雰囲気、ウッドデッキになっていて樹木や草花がある中庭は共用スペースから眺めたり行き来ができる構造になっている。また共用スペースは床暖房により靴を履かず、自宅と同じ感覚で過ごすことができる。		
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	共用スペースにはダイニングとリビングがあり、平屋にて隣ユニットの共用スペースや渡り廊下、デイサービスフロア、ウッドデッキになっている中庭も含め、その時々で好きな場所にて過ごすことができる。		
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	備え付けの収納棚があるが、衣類が選びやすいハンガーラックを持ち込んでいる入居者もいる。収納棚の天板部は日常的に使うものを置くスペースとして活用し、時計や家族の写真等も持ち込みされている。		
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	建物内の移動経路には手すりがあり、また共用空間にはテーブル・ソファ等が置かれ柵まり歩きしやすい環境となっており、居室内も利便性や安全性を踏まえベッド等の家具の配置を本人・家族と相談し行なっている。		