

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	2376500324		
法人名	有限会社 あおいの里		
事業所名	グループホームあおいの里		
所在地	愛知県豊川市伊奈町縫殿26番地132		
自己評価作成日	令和 元年 8月10日	評価結果市町村受理日	令和 2年 2月17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/23/index.php?action=kouhyou_detail_007_kani=true&JivogvoCd=2376500324-00&ServiceCd=720&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	令和 元年 8月30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)】

「地域の中で、その人らしく普通に生活すること」を施設理念として掲げ、入居してからもこれまで営んできた生活が途切れてしまわないよう生活の継続性を大切にしている。また、「介護される側」「介護する側」という一方的な立場ではなく、利用者と職員が共に生活し、時には利用者に教えて頂き、時には利用者を頼りにする関係を大切にしている。

【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)】

今年度も同様に、利用者の「普通の生活」支援に熱心に取り組んでいる。職員のスキルが向上し、ホーム行事も担当制に変わり、担当となった職員が企画・運営を行うことができるようになった等、誰か一人の責任ではなく皆で話し合っていくというスタイルが定着してきている。コミュニケーションにも力を入れ、利用者同士では、共用デイサービス利用者との交流が良い刺激となっている。職員とのコミュニケーションでは、個別アクティビティの充実に力を入れ、毎日14時から10分間、意思表示が困難になった利用者にも1対1でふれあい、技術向上ばかりではなく、QOLに対応できる職員育成につなげている。

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)	○ 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している (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	施設理念である「その人らしく、地域の中で普通に生活すること」に基づき今までの普段の生活の延長上にあるような生活がおくれるように努めている。施設理念については、新人研修や会議などで確認、共有出来るようにしている。	地域の中で普通に生活する日常の実現に向け、本人を知ることから始める支援方針を周知している。ホーム会議、ホーム内研修等で理念の意味と意義を指導している。	
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	最寄り駅や近所の公園、神社などへ散歩に出掛けたり、スーパーで買物をしたり、また月に一度地域で開かれているハートサロンへ参加し、顔なじみの方達との交流を持てるようにしている。	積極的に地域に出て、地域サロン参加、散歩や買い物等で日常的に交流している。共用デイサービス利用者との交流もあり、様々に刺激を受けながらの関係は良好である。地域での認知度も上がり、地域のケアマネジャーからも入居の申し込みがある。	
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	運営推進会議を通して地域の民生委員の方々やご家族に、日常生活の様子などをご覧いただき、認知症の方の理解・支援の方法を伝えている。地域福祉協議会のボランティア事業や社会福祉体験事業等に必要情報を提示したり提案している。		
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	2ヶ月に1回(奇数月)に運営推進会議を行っており、事業所の運営状況等をスライドを交えて報告し、参加者から頂いた意見や質問を真摯に受け止め、サービスに反映し向上に努めている。	年6回の会議を開催している。本人と家族の参加もあり、参加者にホームの日常を報告したり、運営に関する相談をしたりと、意見交換の場として活用している。	さらなるホームの実情理解のためにも、運営推進会議内で、避難訓練実施や福祉用具についての学習会等、家族を始めとする参加者が、共に考える機会としての活用に期待したい。
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	豊川市連絡協議会や、施設部会に参加し交流をはかっている。また要介護認定更新時など申請書等を市町村窓口へ持参し、報告・連絡等を行っている。	高齢部会への参加や運営に関する相談・報告等で適切に連携している。広域連合との連携も加わり、協働の拡大に努めている。系列の特別養護老人ホームを会場にして、毎月認知症カフェを開催し、協働している。	
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	利用者が常に自由に制限なく自分の意思で行動出来る様、居室には鍵をかけていない。身体拘束について研修を行い、職員の知識と理解を深め、身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。	身体拘束委員会を設置し、ホーム会議内で検討会と勉強会を開催している。職員への最新の知識と正しい理解の周知も進み、安全確保を含めた一切の拘束を行わない工夫を話し合っている。現在も拘束の事例はない。	
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	虐待防止を理解するための研修会を定期的に行き、職員間の意識を統一しチェック表でも確認をしている。		

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	管理者はリーダー研修、実践者研修、管理者研修などに参加している。また職員も実践者研修に参加し学ぶ機会を設け、また研修に参加していない職員にも情報共有の機会を設けている。		
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	入居に際しては事前に施設を見学して頂き、施設の理念や実際の介護・料金などを細かく説明し理解して頂いている。解約は家族側から自由に出来、違約金は掛からない。改定のある場合は事前に丁寧な説明を行い、十分な理解を得た上で改定している。		
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	「みんなの声」という情報共有ノートを作成しており、日々利用者との会話から意見や要望を聞くようにしている。また直接的に聞くのではなく、日頃多くを話されない方などは何気ない会話や雑誌などを通して要望をくみ取るなどしている。ご家族とはしっかりと挨拶を交わし、気軽に声掛けや話が出来るような雰囲気づくりに努め、意見や希望などが反映できるようにしている。	年1回の家族会開催、サービス担当者会議参加、運営推進会議参加等、外部者への意見表出の機会を作っている。個別には、面会時等の随時の機会に面談を行い、意見や提案を聞き取っている。利用者に対しては「みんなの声」の継続で、意向や希望を把握している。聞き取った内容は職員周知で実現に向けて取組んでいる。	
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	月1回の定期的な職員会議には管理者、職員が参加し、司会・書記を職員全員が順番で努め、意見交換のしやすい雰囲気の中、日常の気づき、提案等を話し合い結果についてはグループホームの運営に反映される。	毎月職員会議は活発な意見交換の場であり、「皆で話し合う」協議の場として活用がある。個別にも随時に面談の機会を作り、意見や提案を聞き取っている。聞き取った内容は職員会議で話し合い、運営に反映させている。	
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	人事考課の機会などを活用し、常に職員に声掛け等を行い、個々の努力や実績、勤務状況を自ら把握している。職員に対し、担当業務や担当利用者を決め、やりがいが持てる様配慮している。		
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	グループホーム内での定期的な研修をはじめ、施設内外の研修会に積極的に参加する機会を設けている。新人研修も法人内で実施している。法人では無資格者を対象とした外部研修への助成制度を行っており、働きながら知識を深めていく環境が整備されている。		
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	毎月一回の豊川市介護保険関係事業者連絡協議会の施設部会に参加しており、勉強会や交流会、他施設との合同での防災訓練等に参加する事でサービスの向上に取り組んでいる。		

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
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	サービス導入の段階で本人と面談を行い、本人の困っている事、不安なこと、要望、現状の生活などを把握している。また可能であれば短期利用、認知症対応型通所介護(共用型)を利用して頂き、段階的に施設に慣れることで、本人との信頼関係が構築できるよう努めている。		
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	サービス利用前に本人と面談を行い、現状の生活、本人の困り事、要望等を把握している。また可能であれば体験利用や認知症対応型介護(共用型)や短期入所を利用して頂き、本人と接する機会を持ち、関係の構築が出来る様努め入居時のリロケーションダメージの軽減をはかっている。		
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	事前面談、施設見学、自宅訪問など複数回話を聞く機会を設けて、アセスメントを行っている。本人・家族にとって「その時」必要な支援を見極め、より良いサービス提供に繋がるよう努めている。		
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	「私たちは時にはお年寄りに教えて頂き、時には頼りにし、共に生活していきます。人は頼りにされ、誰かの役に立つときが一番輝く時だと思うからです」をモットーに一緒に過ごしながら学んだり、支え合う関係を築いている。		
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	入居した後も本人と家族の絆を大事にしつつ、家族の立場にたち、本人を共に支えていく関係を大切にしている。家族が気軽に話が出来た様普段から関係をつくり、思いや意見を聞くようにしている。		
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	これまで過ごしてきた生活の継続性を大切にしており、友人知人が気軽に会いに来られるような関係を存続し途切れないようにしている。馴染みであったお店や場所などは季節の行事等で利用できるよう配慮していく。	今年度は個別アクティビティに力を入れ、1対1のかかわりの中から、さらにその人本人を知る取組を進めている。支援実践から知り得た情報や意向を把握し、本人の意向に沿った希望実現に方向性を定めている。	本人が何をしたいか何を続けたいかの把握から生まれる支援実践で、今後の実践事例に期待が持てる。
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同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者間の相性、個人の性格や特徴をとらえて、座席や外出時の組み合わせなどを考慮し、利用者同士お互いの人間関係を大切にしている。また個々の役割を持てるように支援している。		

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
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	医療機関に入院された方にはお見舞いに伺ったり、入院中も家族との連絡をとり状態を確認したりしている。退去された方には移住先に職員が訪問したり情報提供をするなどして退去後の生活に必要な情報を提供していく。		
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	「みんなの声」を作成し利用者の要望や希望を書き留めるようにして、職員間で情報を共有し実現に向け活用している。発語や会話が困難な方には表情や仕草から読み取るなどし、家族からの情報提供や以前に言っていた希望等を聞き取り活用していく。	個別アクティビティの取り組みの一環で、1対1の深い関わりの中で、今までには得られなかった情報が把握できるようになっている。内容は職員会議で周知し、支援内容につながるものは介護計画に落とし込んでいる。	
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	事前面談や自宅訪問などで本人や家族から生活歴やなじみの暮らし方、生活環境、サービス利用の経過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	アセスメントの一環として「出来ること出来ないことシート」を用いて24時間の生活をアセスメントし、一日の暮らし方、心身の状態、有する能力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	サービス担当者会議には、本人、管理者、計画作成担当者、介護職員、主治医、また可能な限り家族にも参加して頂き、様々な立場からの意見や提案、意向を反映させて、介護計画を作成している。職員は利用者の状態、様子、要望の変化に注意し、今のニーズにあった計画を作成するよう努めている。	毎月のモニタリング実施、半年毎の介護計画の見直しを基本にしている。モニタリングは担当看護師と計画作成担当者で評価を行っている。更新時には本人と家族参加のサービス担当者会議を開催し、検証・評価後に意向の確認を行っている。ケアカンファレンスで職員意見を集約した後、介護計画を作成している。	
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	介護記録を個別にまとめ日々の様子、ケアの実践、結果、それらから得られる気づきや工夫を記入している。職員間で情報を共有しプランの実践、現状に即しているかどうかを常に検討している。		
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	住まい機能、泊りの機能(ショートステイ)、通いの機能(認知症対応型通所介護共用型)等、本人や家族の状況、その時々意向・要望に合わせて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている。認知症対応型通所介護では必要に応じて3食の食事提供、延長利用も対応している。		

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
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	傾聴ボランティアの受け入れを定期的に行っている。催事などでは不定期でのボランティアの受け入れも行っている。訪問理容、訪問マッサージなどの介護保険外サービスの情報も把握し、利用できるようにしている。運営推進会議には民生委員の出席などの協力を得ている。		
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	希望に応じ入居前に受診していたかかりつけ医と施設協力医療機関である健豊クリニックのどちらにでも診療が受けられる体制を整えている。専門科についてはその都度家族や主治医と相談し受診できるように努めている。家族が受診介助を行う場合には、経過を詳細に伝え適切な医療が受けられる様連携をはかっている。	ホーム協力医の月2回の往診を支援している。往診のほか、24時間の電話対応で、急変時等の指示を得られる。また、看護師を職員に配置し、医療連携を図り、利用者の健康管理を行っている。医師との連携も良好で、利用者が早期に適切な医療が受けられるように支援している。	
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	看護師は日常的な利用者の健康管理のほか、関係医療機関等との連携を取り、適切な受診や看護が受けられるように支援している。介護職員は利用者の些細な変化にも注意し、異常の早期発見に努め、異常を見つけた際には施設内に勤務する看護師に報告している。		
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には医療機関関係者に必要な情報を提供したり、入院先にお見舞いに向うなどして安心した生活が出来、早期退院に向けた連携に努めている。		
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	入居の際には、重度化した場合の指針を本人・家族等と共に話し合い、文書にて共有している。本人の状態が変化した場合、家族等の考え方や方向性に生じた場合等、必要に応じて都度話し合い、変更等対応できるようにしている。主治医とは受診時に本人・家族等の意向を伝え方針を共有できるようにしている。	利用者の重度化が進み、現在9名中4名が要介護5の状況がある。今年度は2名の終末期支援を行っている。本人と家族の意向に沿った、ホームのできる限りの支援提供を方針とし、状態変化の都度家族と話し合い、医療機関や他施設移行を含め、本人にとって最善の方法を話し合っている。	
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	緊急時対応マニュアルや事故発生防止マニュアルを整備するとともに、施設内で研修会を実施し、職員の不安等を軽減するべく事故発生予防・発生時の対応についての理解を深めている。		
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	消火器・スプリンクラー・緊急通報装置・火災報知器を設置し環境整備を行っている。消防計画書地震防災規定を定め、職員で共有している、避難訓練(総合訓練)を年2回実施(うち1回は夜間想定)。豊川市介護保険関係事業者連絡会(施設部会)を通じて他施設と合同の防災訓練も実施し、協力体制を築いている。消防には消防設備点検報告書を年1回提出している。	年2回の避難訓練と、土砂災害避難訓練を1回実施している。飲食物の備蓄も進み、保存食と合わせ、3日分以上の確保がある。防災に関する職員意識は高く、利用者の安全確保第一に有事に備えている。	家族意見の中から、有事の避難方法について知りたいという意見があることから、家族会や運営推進会議等で避難訓練を実施する等、安全理解の広報が望まれる。

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	個々が理解しやすい言葉掛けを行い、尊厳を保持した対応を心掛けています。またプライバシー保護マニュアルなどで、施設内研修を行い理解を深めています。	利用者一人ひとりの性格や特性を理解し、それぞれに合わせた対応を行っている。利用者にとって不快のない日常を目指し、職員同対応の支援ができるように情報を共有している。	
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	「みんなの声」を作成し、日常生活の中で何気なく発せられた言葉を拾い上げ希望の抽出を行っている。言語によるコミュニケーションが難しい方には、表情や仕草などからサインを読み取るよう努めている。希望や意向に対して自己決定が出来るような働きかけを行っている。		
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	職員の都合を優先させることなく、利用者一人ひとりのペースに沿った過ごし方が送れる様支援している。希望の抽出には「みんなの声」を活用している。		
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	前日に希望の服があれば用意するなど、おしゃれが出来る様工夫している。季節に合った装いが楽しめ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	利用者の好みや反映されるような献立を作ったり、季節や行事に合わせて食事を楽しくするよう支援している。食材の買出し、調理や味見、盛り付けなど利用者に適した場面での取り組みを行っている。個人の好みについては「みんなの声」を活用している。	率先して盛り付けの手伝いをしたり、利用者同士が世話を焼き合ったりの大家族の食卓である。利用者の食べたい物ややりたい事を把握し、メニューや行事食に取り入れ、楽しみのある食事になるように工夫している。	
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	管理栄養士が作成した献立表を基本にしており、それぞれ個々の食事形態、食事摂取量、水分摂取量などの把握に努めている。		
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	毎食後にそれぞれの能力や状態に合わせた口腔ケアを行っている。		

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
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	各自の排泄パターンの把握に努め、タイミング良く声掛けや誘導を行い失禁を防ぐことで、排泄の自立に向けた支援をおこなっている。自尊心に配慮した声掛けをし声掛けの仕方を工夫している。	トイレでの排泄を基本に支援している。本人の状態や状況に合わせ、適切な支援方法を話し合い、全職員同対応で支援している。声掛けの配慮や時間誘導等、本人の尊厳に配慮した失敗のない排泄支援を目指している。	
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	排泄チェック表を記録しており、毎日の排泄状況を把握し、便秘がちな方には水分摂取や運動を促し、腹部マッサージなどを施して便秘予防・解消のための支援を行っている。		
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	特に時間帯や曜日などを決めず、本人の意向に合わせて入浴して頂いている。同性介助など希望に沿うよう応じている。	毎日の入浴を提供している。原則、希望に沿った支援提供であるが、清潔保持の観点から、週2～3回の入浴ができるように入浴管理を行っている。重度化でどうしても入浴が難しい場合も、清拭等に対応し、清潔保持に努めている。	
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	夜間安眠が図れるように、出来るだけ日中活性化を促している。体調や生活習慣等に合わせた適度な昼寝なども取り入れている。また夜間不眠時には、強く睡眠を促すことはせず、ストレスや不安が軽減されるよう傾聴したり、飲み物を提供して気分転換できるように対応している。		
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	薬剤情報については処方都度個々のカルテにファイリングし、薬の目的・用法・用量・副作用を理解したうえで、症状の変化に注意を払っている。		
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	「みんなの声」を活用し、行きたい場所、食べたい物など本人の意向に沿うよう抽出し、その方の能力に合わせて支援を行っている。またご家族などから聞き取った生活歴も参考にして、楽しみや役割を持てるように努めている。		
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	本人の希望により買い物や散歩、喫茶、外食等を可能な限り行っている。希望に関しては「みんなの声」を活用し、季節のお出かけにも参考として取り入れ支援を行っている。	毎朝の散歩が日課であり、心待ちにしている利用者もおられる。「みんなの声」で、外出先の希望を把握し、実現に向けて支援している。介護度の違いで、全体外出より個別外出が多くなり、外食に出かけたり、スーパーにお菓子を買いにいかれたり、外出の機会を作っている。	

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	本人の有する能力に合わせて、お金を所持したり支払い出来るように支援をしている。買い物などで自分で支払いを行うなどの金銭管理を支援している。		
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	電話は本人の希望に合わせて家族に連絡をしており、電話機も居間のわかりやすい場所に設置しており、希望に応じていつでも使用が可能である。難聴であったり操作方法が分からない時には、職員が仲介するなどの支援を行っている。		
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	認知症の方にとって、複数の音を聞き分けることが難しく、不安や混乱の原因にもなることを理解し、音や声かけが重ならないように配慮をしている。照明は共用部であるホールには刺激の少ない自然色のものを用いている。木材や木目調の素材を用いたり、観葉植物を配置したりして居心地の良い色合いを演出している。家庭的な雰囲気を崩さない程度の季節の写真や飾りつけを行っている。	利用者が共有空間に集い、共用サービス利用者も一緒に過ごしている。体操やレクリエーションを楽しみ、嬉々とした歓談の賑わいがある。そこにいてだけでつい笑顔になる雰囲気はホームのカラーであると言える。掃除の行き届いた環境、気になる臭いもなく、高齢者の生活環境として何ら問題は感じられない。	
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	1Fの共用空間はソファやテーブル等で仕切り、2Fにもテーブル席を配置することで、一人ひとりの気分に合わせて一人で過ごしたり、気の合う利用者と一緒に過ごしたりすることができる工夫をしている。		
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	居室には本人・家族が希望する使い慣れた馴染みの物や好みの物を持ち込んで頂き、本人が居心地よく過ごせるようしている。またベッド・タンス・カーテン・エアコンは希望があれば無料で貸し出しもしている。	使い慣れた筆筒、ベッドや椅子、テレビ等の家電が持ち込み、居室によっては自身の作品や家族の写真が飾ってある。にぎやかな共有空間から一歩居室に入れば、思い思いの時間が過ごせる空間が確保されている。	
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	1階部分は段差のないバリアフリー構造、物干しの高さ調節、施設内随所の手すり設置、動線の確保等の環境整備をしている。一人ひとりの「できること」「わかること」を十分にアセスメントした上で、ハンディキャップを解消し、安全かつ自立した生活が送れるよう工夫している。		