

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	4073000608		
法人名	医療法人 牧和会		
事業所名	ピアッツァ桜台 グループホーム		
所在地	〒818-0064 福岡県筑紫野市大字常松456番地2 Tel 092-919-2566		
自己評価作成日	令和 元 年07月29日	評価結果確定日	令和元年09月05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)】

「懐かしい思い出の会」と題して週一回、大正・昭和時代に使用していた、馴染みのある季節に合わせた品々(重箱、蚊帳、、檜炬燵など)を用いて、利用者が昔の事を思い出しながら笑顔で話せるような場を作り、利用者同士のコミュニケーションにも繋がってます。取り組みを始めてこれまで継続して行っており皆さんの楽しみになっているようです。また外庭園には、利用者と一緒に季節の花々や野菜を植えています。水やりや草むしりを行い、花を摘んで生けたり、野菜を収穫し調理しています。季節を感じれる事柄をスタッフ・利用者が一緒に行うことで話題も増え、楽しみを共有できています。

※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.mhlw.go.jp/40/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 北九州シーダブル協会		
所在地	福岡県北九州市小倉北区真鶴2丁目5番27号 Tel 093-582-0294		
訪問調査日	令和 元 年08月22日		

【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)】

「ピアッツァ 桜台」は地域医療に貢献した母体医療法人が、住民の声に応じて17年前に開設した1ユニット(定員9名)のグループホームである。ソファーに座る利用者の間に職員が入り、毎朝行う朝の集いでは、テレビや新聞のニュースを取り上げたり歌を歌い、懐かしい思い出の会(回想法)に取り組み、利用者が昔のことを思い出し、笑顔を取り戻す様子を見守る家族からは、高い評価を得ている。かかりつけ医とホームドクター、看護師と介護職員が協力して、24時間安心の医療体制が整い、看取り支援に取り組んでいる。外部や内部研修受講を職員に積極的に奨励し、職員の介護技術や知識の習得の環境が整い、質の高い介護の実践を目指している。また、管理者は、何事にも対応できるように職員を育て、意識の高い職員が家族とともに、利用者を支える体制が整い、今後益々期待が膨らむ「ピアッツァ桜台 グループホーム」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.1~57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 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
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、生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
62 利用者は、日常的に戸外へ出かけている (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

[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	地域密着型という意味を理解した上で、毎朝理念を唱和し実践している。利用者がその人らしい生活を継続出来るように出来る部分、出来なくなってきた部分を観察評価し、ご本人の持っている残存機能を大切にしながら職員全員で取り組んでいる。	ホームが目指す介護の在り方を明示した理念を、毎朝の申し送り時に職員が唱和し、意識づけを行っている。職員は、理念の意義や目的を理解し、利用者の持っている力を大事にしたケアを行っている。また、地域と関わりながら、安心して生活できる環境作りに取り組んでいる。また、職員は、介護に迷ったり悩んだ時には理念を振り返り、介護の原点に戻っている。	
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	地域連携運営推進会議では区長・民生員等参加。ホームの活動内容を伝えたり、地域からの情報を得ており、ごみゼロ運動・保育所訪問なども定期的に行っている。利用者の状態に合わせ無理のないように配慮し今後も交流を図る予定。	区長の要請を受けて地域住民向けに、認知症やグループホームの啓発に取り組み理解を得ている。区長や民生委員から情報を得て、ごみゼロ運動や保育所訪問等交流を深めたり、併設施設と合同で行う夏祭りに、地域住民に案内し、一緒に楽しみ、地域交流の輪を広げている。	小・中学生の体験学習や実習生の受け入れを積極的に行い、体験を通して、介護の仕事の素晴らしさを伝える等、次世代の介護職の人材育成に繋がる取り組みを期待したい。
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	地域のごみゼロ運動の参加や保育所訪問などお互いに理解を深めていけるよう利用者と共に参加している。認知症に関連した地域からの電話相談、来所相談、民生員や区長からの相談、家族からの相談に関し助言を行っている。		
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	現状・企画・苦情・事故などの報告。施設内での様子がわかるよう日頃行っているレクリエーションを一緒に行う会と、勉強や家族間の意見交換を行う会とを交互に開催。会議終了時には、意見・要望がないかを参加者に尋ね、日常のサービス向上に活かされるよう職員間で、意見交換の場を設け実践に生かしている。	運営推進会議は2ヶ月毎に開催し、家族、区長、民生委員、行政、地域包括支援センターの参加がある。日常的なレクリエーションを利用者と一緒に体験して、認知症の方に対する理解を深める大きな会議と、家族間での話し合いや勉強会を行う小さな会議を交互に実施し、意見交換や情報交換を行い、参加委員にとっても充実した会議になっている。	
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	2ヶ月に1回地域連携運営推進会議を行い、グループホームの企画・現状報告やケアサービスの実際を確認して頂いている。また、利用者の看取り介護や成年後見制度について相談、協力を得ている。また、必要に応じ、市役所へ出向くなど顔が見える関係性を保ち連携を行っている。	管理者は行政担当窓口にて、介護の疑問点や困難事例、事故等の報告を行い、情報交換しながら連携を図っている。また、2ヶ月毎の運営推進会議は、土曜日開催にも関わらず、行政や地域包括支援センターの参加があり、利用者の暮らしぶりやホームの運営について理解を得て意見交換し、協力関係を築いている。	
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「介護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	「身体拘束ゼロ」等の資料を基に拘束による身体的・精神的弊害についての理解や、認知症やコミュニケーションが困難な方についての対応方法などを学んでいる。身体拘束に対する研修の受講後は、伝達講習を行い周知実践に取り組んでいる。混乱や不安が強い利用者に対しては施錠しない工夫を行い、安心出来る介護を実践している。	職員は法人内研修会で身体拘束について学び、言葉遣いや薬の抑制も含めた身体拘束が、利用者にも与える影響について理解して、禁止行為の具体的な事例を挙げて話し合い、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。また、利用者一人ひとりの対応を検討し、利用者が安心して暮らせる環境作りに取り組んでいる。	
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	虐待とはどのような行為が当てはまるのか研修に参加し、言動や行動の振り返りを行っている。家族面会時には声掛けを行い、外泊後等ご家族の心身の状態にも注意を払い、利用者との関わりが家族の負担となりすぎないように注意している。必要時は主治医へ状況報告し、助言していただくこともある。		

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	相談があった際、職員がいつでも説明出来るように権利擁護・成年後見制度に関するパンフレットを用意している。又資料等を使用しながら職員全員で研修を行い、時に社会福祉士に説明を受ける機会を設け理解に努めている。家族に何かあった時の為にも、事前に制度の説明、入居後も会話の中で制度についてお伝えすることもある。	権利擁護の制度に関する研修を行ったり、社会福祉士に内容の説明を受ける機会を設け、職員は制度の重要性や内容について理解を深めている。利用者や家族から相談があれば、制度の内容や申請手続きについて分かり易く説明し、関係機関へ紹介出来る支援体制を整えている。	
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	契約書は必ず事前に読んで頂き、その後疑問や不安等ないか尋ね、十分に理解・納得をされたところで契約書にサインをお願いしている。改訂時も同様に行っている。		
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	面会時には職員から声掛けをおこない、話しやすい雰囲気作りを行い直接意見や要望が言えるよう配慮しお互い要望等伝える事でサービスの向上に繋げている。ふれあい箱の設置。苦情相談窓口の案内や契約内容等を掲示している。入院時の居室確保に関する心配など多く、その都度話し合いを行う体制がある。	家族に月1回以上の面会をお願いすると共に、運営推進会議を土曜開催にして、多くの家族の参加が得られ、意見や要望を直接聴き取っている。利用者や家族の意見や要望、気になる事等について職員間で検討し、介護計画やホーム運営に反映させている。3ヶ月毎に、利用者の笑顔の写真を載せたホーム便りを家族に送付し、家族の安心に繋げている。	
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	月1回運営会議にて管理者は代表者に対し意見を述べる機会があり、反映する事が出来る。管理者は毎朝の朝礼時や業務中に、職員の意見を聞き入れる体制が出来ており、企画等の提案など個別に相談を受けている。また、職員から直接代表者へ相談できる環境も整えられている。	申し送り時に職員間の話し合いを徹底し、職員が情報の共有に努め、検討が必要なものについてはその都度、会議を行なっている。また、管理者は職員一人ひとりと、日常的にコミュニケーションを取りながら、意見や要望を聴き取り、月1回の運営会議の場で、代表者に説明し、反映する事ができている。	
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	労働時間や職場環境など配慮されている。、職員の休暇の希望についても配慮がある。		
13	9	○人権尊重 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	年齢・性別での排除はなく、慣れないスタッフに対してはブリセプターの活用を計画的に行っている。また、法人内では新人オリエンテーションの年間研修体制が整っている。法人内研修や、外部研修にも参加する機会がある。福利厚生では職員のクラブ活動もあり、野球・登山・釣り等に参加し、翌日からの仕事に対する意欲を高めている。	法人内の福利厚生が充実し、クラブ活動でリフレッシュに取り組み、敷地内に託児所を設置し、子育てしながら働ける環境で、職員は定着している。職員の募集は、年齢、性別の制限はなく、採用後は、法人内の新人研修受講や毎月の法人内研修や外部研修受講により、職員の介護技術の向上と、意識付けに取り組んでいる。、	
14	10	○人権教育・啓発活動 法人代表及び管理者は、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	研修の機会があり、常に意識し業務にあっている。権利擁護や論理的配慮等について年間予定で研修が組んであり、日々のケアの中では、職員が気付かずに使っている不適切な言葉づかい等についても、周囲の職員同士でも注意し合える環境を作っている。	人権、倫理、高齢者虐待等の法人内研修を職員が受講し、職員一人ひとりが利用者の人権を尊重する介護の在り方を理解している。職員は、ピアッツァの理念を常に意識し、その人らしさを大事にして、楽しい暮らしの支援に取り組んでいる。また、職員の言葉遣いに違和感を感じた時には、その場で、「今のはちょっと」と注意し合う事が出来る環境である。	

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	教育委員会があり、新人の教育プログラムがある。また、月2回以上研修が行われており、医師会の地域で行われている研修(認知症セミナーなど)に関する情報もあり、勉強を行える環境がある。		
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	電話などあり、相談を行う事で同業者の意見を聞く事が出来ている。地域の研修に参加。近隣の認知症グループホーム職員と情報交換を行っている。		
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	認知症のある方は、混乱や不安に陥りやすい為安心できる環境と、日頃から話やすい雰囲気を作りながら関わっている。その中で困っている事などに耳を傾けるように努めている。		
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	職員から声掛けし話やすい雰囲気作りを行っている。また、日頃の様子を交えながら状態の報告を行ない、ご家族のご要望等の聞き取りを行っている。困った事や気になる事等あればいつでも相談・連絡頂きたい旨を伝えるようにしている。		
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	入所の相談があった際に、先ず見学来所を依頼。家族面接の中で、生活の困りごとなど状況を確認。介護保険利用申請が未であればその方法や、BPSD悪化に伴う対応困難時には医療機関の紹介、時には利用中のケアマネと情報共有を行い相談の報告等行っている。		
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	利用者の好きな事や趣味・生活歴に関する情報をもとに、教えてもらう・さりげなく褒めるなど行いながら関係を築くように勤めている。生活の中では、衣類を選ぶ、野菜を一緒に育てる、花を生けるなどともに行いながら、ご本人の主体性を尊重したその人らしい暮らしを支援している。		
21		○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	現在の状態を家族に伝え、家族がもともと行っていた支援方法の活用、利用者の得意な事を聞き介護に生かすなど情報の共有。職員より言葉かけを行うことで家族が安心して相談出来るように配慮している。また、利用者の状態変化に合わせて家族と話し合いながら、補助具、軽運動、補助食などの検討を行っている。		

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
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	利用者の家や家族、昔住んでいた地域の様子、友達の写真を依頼し、利用者と一緒に昔を振り返っている。友人に電話や手紙、はがきなどを出せるよう支援し、利用者の仕草やサインから思いや希望を汲み取り家族に伝えている。友人や親戚などいつでも面会に来やすい雰囲気作りを心掛け、面会なども受け入れており、定期的に友人の面会が行われている。	利用者の友人が面会に訪れ、寛いで話し込まれ、旧交を温める等、面会に訪れやすい雰囲気作りに取り組み、また面会に来て頂けるようお願いしている。家族の協力を得て、自宅への外泊や馴染みの美容室、墓参りに出かけ、利用者の馴染みの関係がホーム入居で、途切れないように支援している。	
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	それぞれの関係性を把握した上で、席の配置をしたり、状態・状況に合わせてホールで過ごされる際に、その都度調整するなど職員が介入する事もあるが、利用者同士が会話の中でお互いに誘い合う、声を掛け合う場面もある。		
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	状態変化による入院や、他施設等に行かれても、グループホーム入居希望や他施設の情報提供を求められる事がある。その際はご家族から十分に話を伺い、情報提供や検討を行っている。		
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					
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	一人ひとりの性格や生活歴から、本人が何を望まれているのか、どのような思いを持っているのか等を探り、本人の意思を尊重する事を忘れないように支援を行っている。毎日の関わりの中で仕草の違いから思いや意向が見えてくる場合もあるため、その際は家族にもお伝えするよう努めている。	職員は日常会話の中から、利用者とのコミュニケーションを取りながら、思いや意向の把握に努め、職員間で利用者の情報を共有し、日常介護に反映させている。職員が定着し、利用者との信頼関係が築かれている落ち着いた環境の中で、利用者表情や仕草を観察しながら、常に本人本位の検討を行っている。	
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	入居までの状況を情報紙に記載。高齢者カンファレンス、包括支援センター、居宅介護支援事業所など関係者からの情報収集を行うと共に、本人や家族より生活の状況などの情報を聞き取るようにしている。また、ご家族ならではの促し方などを確認し、支援に反映している。		
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	過ごし方など毎日記録を行い、日々の記録から、いつもと異なる行動や状態の変化に気がついた場合など、必ず引継ぎを行っている。また、いつもと異なる変化は職員全員が把握出来るように、特記として引継ぎ簿に記載している。		
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	入居時、一ヶ月後、その後三ヶ月ごとと状態変化時に見直す。その人らしい生活が出来るよう本人、家族からの希望や意向の聞き取り。作成した計画書案は、職員の意見も反映するために、情報共有を行う機会がある。必要に応じて、薬剤管理の指導をお願いするなど他職種の協力も得たケアプランを心掛けている。	職員は利用者や家族の意見や要望を聴き取り、カンファレンスやモニタリングの中で、職員の気づきや意見を出して話し合い、利用者本位の介護計画を3ヶ月毎に作成している。また、利用者の重度化や、急変に合わせて、家族や主治医と話し合い、介護計画の見直しをその都度行っている。	

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
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	パソコンを利用し日々の記録を行っている。また、朝カンファレンスにて情報の共有を行い、利用者全員のケアプランはいつでも最新が確認出来るようファイルで綴じ、必要時には直ぐに確認検討できる様にしている。また、その都度検討したい事や状態変化等あれば記載している。		
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	希望時、家族が付き添いが出来るようベット等の寝具を準備している。また、外泊・外出希望なども対応している。受診は家族の協力を得て行う事が基本ではあるが、家族や本人の負担軽減の為に職員が同伴したり、往診を取り入れるなど、状況に応じた支援や提案を行なっている。		
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	筑紫野市の施設(ふるさと館やカミーリヤ)より昔の懐かしい家事道具や書物、写真・高齢者向けのゲーム等を借り支援を行っている。また、敬老会に招かれたり、お祝いの品が直接届けられたりと、地域の方との交流も図っている。		
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	通いながれた主治医に継続通院していることが多い。家族とともに利用者の状態を把握していくことを大切にしており、家族が同伴出来ない場合や直接Drと情報交換したい時は、職員も受診に同伴。状況に応じ、かかりつけ医の往診を依頼し、適切な医療を受けられるように支援している。	契約時に利用者や家族と話し合い、かかりつけ医とホームドクターの選択をして貰い、かかりつけ医の受診は家族対応をお願いしている。家族の対応が難しい場合は職員が同行し、受診結果をその都度家族に報告している。また、ホームドクターの定期的な往診と看護師、介護職員の連携により、24時間安心の医療体制が整っている。	
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	いつもと状態が変わっていたり、バイタルサインの異常がある場合など、すぐ看護師へ報告・相談している。必要に応じ家族へ連絡、主治医へ状態報告し受診を行っている。		
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。	入院に際しては、同行し情報の提供をおこなったり、同行できない場合には添書を作成し、切れ目のない支援が行なわれるように配慮している。また、入院後の情報を家族や病院に確認。場合によっては入院された病院に訪問を行っている。		
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、事業所です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	入所契約時に本人・家族に説明し理解をえている。ターミナルケアについての説明は書面で行い、希望を伺う事を知らせ、希望時には運営会議で検討すること説明している。かかりつけの病院や主治医・本人・家族と、相談・情報交換を行いながら方針の共有・支援に努めている。	契約時に重要事項説明書を基に、利用者や家族に説明を行い、希望を聴き取っている。利用者の重度化が進むと家族と密に連絡を取りながら、主治医の意見を聞いて今後の方針を確認し、終末期の医療、介護体制を整え、利用者が1日でも長くホームで暮らす事が出来るよう支援している。家族の強い希望により、1名の利用者を看取りの支援を行い、看取り後の振り返りの中で、反省点を挙げ、今後活かせるよう取り組んでいる。	

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
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	救急時のマニュアルに添い、対応出来るように定期的に研修会を行い、研修会後実践を意識したシュミレーションを行っている。また、日頃の業務を行う中で疑問に感じた事等あればマニュアルを見直したり他職員へ確認をしている。		
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	法人内の協力体制があり、防火防災防犯訓練で警察や消防署へ通報、避難訓練を実施。設定も日中、夜間と変えて対応出来るよう努め、年1回は消防署参加のもと指導・意見を仰いでいる。また、備蓄は協力業者法人とともに準備を行なっている。	昼夜を想定し避難訓練を年2回実施し、1回は消防署の参加を得て行っている。通報訓練、水消火器を使つての消火訓練、避難訓練を行い、併設事業所の職員との協力体制や、非番の職員との連絡網等、連携体制も整っている。また、非常食、飲料水の備蓄については、協力業者や法人厨房で用意している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	仕事や趣味、性格など家族より情報を得て職員のよき先輩である事を理解し、常に言葉遣いには注意している。排泄確認の際は他利用者に知られないように気配りし、介助の際も露出を少なくするなど意識している。清潔を意識し臭いにも配慮している。居室のドアには暖簾を設置しプライバシーを確保。ポータブルトイレを使用する際も暖簾がある事で目隠しとなるよう、一人ひとりの羞恥心への配慮をおこなっている。	プライバシーについて、利用者一人ひとりの個性や生活習慣に配慮して、職員全員が知恵を出し合い工夫して取り組んでいる。特に、着替えの時にドアを閉めたり、排泄介助を他の人の目に触れないように行う等、利用者のプライドや羞恥心に配慮した対応に取り組んでいる。また、利用者の個人情報の記録の保管や職員の守秘義務について、常に話し合い、情報が漏洩しない体制を確立させている。	
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	日常生活の中で衣服の選択や入浴の希望、ご飯の量や取り入れてもらいたい企画内容等、利用者が希望を表出しやすいような言葉かけを心掛けている。外食に行きたいなど希望があるときには、利用者の希望を元に計画し支援を行っている。		
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	利用者は何を行いたいと考えているのかに想像を働かせ、職員が個別に対応出来るように計画している。入浴・散歩・食事なども利用者の状態に合わせて行い、無理の無いよう希望に添って支援している。		
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	普段着ていた洋服を持参するよう依頼。訪問理容もあるため家族・利用者と相談し、それぞれの要望が理容師へ伝わるよう介入している。化粧を促したり、髪の毛を整え外出を促している。化粧の習慣があるが、落とすことを忘れてしまう利用者や、化粧水を使用する習慣のある人に対する支援なども日々おこなっている。		
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	献立表を掲示しいつでも見れる様にしている。盛り付け等を職員と共に行うことで、それぞれの能力に合わせた役割を協力して行っている。使用する食器類も必要があれば個別に準備をし、楽しみながら食事ができるよう工夫している。	食事は、栄養管理された献立を基に、調理専門業者が、ホームのキッチンで調理を行い、お皿洗いを自分の役割として手伝う利用者もいて、利用者の残存能力に合わせて役割分担をお願いしている。テーブルを囲んで利用者と職員と一緒に座り、楽しく会話しながら、同じ料理を食べている。また、利用者の希望を聞いて、外食や、お寿司の出前を取る等、食事を楽しめるように工夫をしている。	

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
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	一日の総カロリーを計算し年齢・摂取状態に合わせて主食の量を増減している。水分摂取に関しては利用者により工夫や促しが必要で、各々にあった対応を家族とともにやっている。1日6回以上飲水の声掛けを行っており、一回量が少ない方に関しては、個別で声掛けを多くするなどの配慮を行っている。		
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	毎食後に歯磨きを行ってもらい、磨き残しがある方は介助を行っている。夜間も必要に応じて義歯洗浄の介入を行い、口腔内の清潔が保てるよう支援している。		
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	排泄チェック表により利用者の排泄パターンや尿意便意の把握。それぞれにあった誘導方法の検討後、ケアプランに反映し評価をおこなっている。また、下剤内服にて排便が夜間にかからならないよう、個別に内服時間の検討を職員間で情報を共有。本人や家族へ相談を行いながら意向に沿って支援している。	利用者が重度化してもトイレで排泄出来る支援に取り組み、職員は、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、尿意、便意の感覚があるうちは、それぞれに合った誘導や介助を行い、夜間もポータブル利用や、トイレに誘導して、トイレでの排泄の支援を行っている。オムツの方についても、定時で声掛けしての交換や、小さいパットに替えてみたりしながら柔軟に対応している。	
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	毎日の水分摂取・適度な散歩・腹部マッサージ・運動等便秘予防に心掛けている。利用者の状態に合わせて、排便が2日から3日ない時点で腹部の状態を確認の上、処方された便秘薬の内服検討、その後排泄状態を確認している。排泄を忘れてしまう利用者は、排泄時職員が直後に声をかけ確認を行い排便の把握が出来るよう取り組んでいる。		
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	ホームスケジュールとして入浴時間を設けている。疾患により入浴日を決める場合もあるが、目安であり、その日の状態や利用者の希望にあわせ、臨機応変におこなっている。入浴が楽しめる工夫として 入浴剤を入れたり、菖蒲湯やゆず湯など実施し、季節を感じてもらえるようにしている。脱衣所では音楽をかけたり楽しんでもらえる雰囲気作りを行っている。	入浴は、毎日入る方、1日おきの方、シャワー浴や清拭を採り入れている方等、利用者一人ひとりに合わせた入浴の支援に取り組んでいる。浴室にラジオを持ち込んだり、歌を歌ったりして、入浴を楽しめるよう工夫している。また、日曜日は、併設施設の温泉を利用する事もあり、利用者の気分転換に繋げている。	
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	利用者の睡眠状態に合わせて、就寝介助を行っている。身体状態に合わせて枕の調整やギャッチアップを選択。季節や本人の希望に応じ寝具の選択を行い家族へ協力を得ている。安心して快適に眠れるよう採光や室温の調整や日中休息が必要と思われる方は昼寝を促すなど工夫を行っている。		
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	利用者の服薬状況が分かるようにDIメモをフォルダーに綴じており、いつでも確認出来るようにしている。またきちんと服薬出来るように、薬の形状についてや管理について薬剤師へ相談・協力してもらったり、個々の状況に合わせた服薬の介助、きちんと嚥下できたか最後まで見守り確認を行っている。副作用と思われる時は随時状態を主治医に報告し連携をとっている。		

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		○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	家族や利用者本人から生活歴や性格・趣味等を伺っている。利用者それぞれの得意分野を生かし、花を生けてもらったり畑作業、料理・洗濯物たたみ・字の練習など利用者のペースに合わせて行っている。		
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	本人から外出などの希望があれば、家族へ伝えられる限り希望がかなうようお願いをしている。行事の中に希望を盛り込んで行っており、職員と一緒に買い物など出向き、天候など考慮しながら散歩等も行っている。	天気の良い日は、敷地内の散歩や畑の野菜を見て収穫している。桜の時期には、テーブルと椅子を外に出して食事をする等、利用者が季節を感じられるよう支援している。また、個別やグループで、保育所訪問や外出に出かけたり、日頃行けない場所に家族の協力を得て一緒に出掛けて貰い、利用者の生きがいに繋がる外出支援を行っている。	
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	利用者が自室にて管理している。妄想に発展したり置き場所を忘れることもあるため、家族と金額の検討や収納場所の工夫を行い、定期的に本人と残金や収納場所を確認している。洗濯を行う利用者には声かけし収納場所から洗濯代を準備してもらおう。企画で買い物外出した際は、自ら選び支払いを行えるよう援助している。		
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	利用者の要望に添って対応。面会や贈り物のお礼の電話をされることもあり、希望時にその都度支援している。電話番号は、お財布の中にメモを入れておくなど、忘れた際の支援がさりげなく行なえる工夫をしている。		
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	施設内には季節の花をいけ、庭で野菜を収穫したり花を觀賞する。外の景色が移り変わることで季節の変化を感じることができるよう工夫している。自室入り口に季節にちなんだ折り紙を飾ったり、トイレや浴室などは分かり易く場所を記入された表札が掛かっており、色調も暖色を意識している。室内は、使い慣れたものを配置することで混乱を少なくする工夫を行っている。	玄関周りのカウンターに飾られた小物、手作りのカレンダー、日めくり、保育園児からプレゼントされた作品、季節の生花等が飾られ、家庭的な雰囲気のある共用空間である。認知症の目に留まりやすい色調や表示の仕方等を工夫し、混乱を少なくする等、穏やかな生活を送れるよう配慮し、清掃や片付けが行き届き、気持ちよく過ごせる生活空間である。	
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	ベランダや玄関にベンチを設置。ホールはTVの周りで仲の良い利用者がお話できるようにソファを設置している。また、ソファから少し離れた所にテーブルを配置したりと、環境調整を行っている。		
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	ベット・整理ダンス・カーテン以外は使いたない私物を持参してもらい、居室で安心して過ごせるように工夫している。愛用のダンスや椅子・本・写真などが置いてあったりとそれぞれの部屋に個性が出ている。また、家族が季節の衣服を入れ替えにこられるなど面会の機会となっている。	入居前に利用者や家族と話し合い、広い居室に利用者の使い慣れた家具や身の回りの物、大切な物を家族の協力で持ち込んでもらい、書初めの作品や色紙、写真等を飾り、それぞれの暖簾を居室入り口に下げて、自分の部屋として安心して過ごせるよう環境整備に取り組んでいる。また、週に1回は利用者職員と一緒に部屋の掃除を行い、清潔で明るい雰囲気の居室である。	
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を送れるように工夫している	状態に合わせて車椅子・歩行器・靴の検討。安全に移動できるよう席を配置したりと環境調整に努め、暖簾で部屋を色分けしたり、物の置く場所を固定したりと、利用者それぞれが困らず生活を送れるよう工夫している。		