

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	4291100024		
法人名	有限会社 スローライフ・プランニング		
事業所名	グループホーム 時津ぎんなん		
所在地	長崎県西彼杵郡時津町子々川郷3504-3		
自己評価作成日	令和元年10月23日	評価結果確定日	令和2年1月30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.nhw.go.jp/42/index.php?action_kouhou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=4291100024-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 医療福祉評価センター		
所在地	長崎市弁天町14番12号		
訪問調査日	令和1年11月18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)】

ぎんなんの理念である「敬意、傾聴、寛容、受容、愛情」の精神の基、支援させて頂いている。利用者の望む生活に近づけるようICFの視点で、その方の出来る事や得意なところを導き出し、チームでアセスメントを行うことで、利用者もスタッフも楽しみや喜びをわかちあえる環境作りを目指している。認知症指導者が在籍していることで、認知症ケアについての最新の情報やケアの方法を常を知る事ができる。また、ケアの難しさがある時など、ケアの方向性を導くようなアドバイスあり、チームで考えるきっかけやスタッフの安心感にも繋がっており、常に学べる恵まれた環境がある。いろいろ得意なところを持ったスタッフも加わり、それぞれ力を発揮しながらアッセンブルチームで認知症ケアに繋がっていきたい。

【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)】

自治会の会合への出席だけでなく地域行事には積極的に参加しており、キャラバンメイトや認知症カフェへの参加を依頼されるなど、地域との密接な協力関係の構築ができています。また利用者様が希望するかかりつけ医を受診することができるなど、関係性の維持にも努めている。月に1回、理念に沿った内容の勉強会を行うことでより良いケアの模索と向上に努めている他、見守り介護ロボットaamsを導入することでストレスの少ない見守りを行っている。言語聴覚士による口腔ケアやアロマテラピーといった、勤務している職員の資格や特技を活かした支援をケアの中に組み込むなど、職員が常に利用者様のことを考えて業務に臨んでいる。終末期に関してはアッセンブリチームによる多職種の連携したケアの提供など、利用者様を尊重し寄り添う介護に取り組むことができています。

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ます (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	理念はチームが同じ目標で、心を一つにしてケアを行う上で最も大切なことと理解している。地域とかかわりを持ちながら、利用者が安心して生活できるようチームで取り組んでいる。	理念に則した内容の勉強会を毎月行うことで、職員への理念の浸透に努めながら日々の業務に活用できるように取り組んでいる。	
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	近所のスーパーや床屋さんなど地域との繋がりを大切に支援している。地域での催しものなども積極的に参加し、自治会に参加するなど事業所自体が地域の一員として自覚をもって支援している。	時津のおくんちなど、近隣で開催されている行事には利用者様を連れて積極的に参加している。また自治会の会合にも出席しており、地域との日常的な交流が取れている。	
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	運営推進会議などで伝えているし、開かれたホームを目指している為、いつでも訪問頂くよう自治会などを通じて伝えている。しかしまだ十分ではなく、今後ホームにて認知症カフェなどを開催することで、広く地域の方にアナウンスしていきたい。		
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	運営推進会議では、認知症家族の会や警察官、自治会など多種多様な方に参加いただき、ホームで行っていること等、報告し悩み事など相談もしている。スタッフが学んできた研修等も発表し、その場でもより良くするための意見を頂いている。	自治会、警察、市町村が参加。家族にも参加の呼びかけをしているが、参加率は低い。来設時に会議内容を伝達し、希望があれば議事録も閲覧できるようにしている。	

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
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	運営推進会議を利用して伝えているし、ホームにおける困ったことや悩み事は市の担当者に相談し、協力関係を築けるよう取り組んではいるが、密に連絡を取っているかという点はまだ足りないと考えている。	キャラバンメイトや認知症カフェの他、小学校での寸劇などにも参加を促されており、良好な関係を構築できている。また言語聴覚士による誤嚥性肺炎予防の講演の開催を、ホームの方から市町村に打診している。	講演開催に関してアピールしているが、市町村による実施には至っていない。さらなる連携強化とケアの向上のため、市町村と密に連絡を取り合い、講演を開催することを望む。
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	身体拘束をしないケアに取り組んでいる。認知症介護研究・研修センターにてより深く学ぶことで、チーム全員で振り返り、年2回以上の勉強会を行っている。玄関は事業所開設当初から、施錠しておらず、自由に玄関を開けて外に出ることができるようしている。	見守り介護ロボットのaamsを導入することで拘束やセンサーマットの設置なく転倒防止ができています。また認知症介護指導者が2名所属しており、研修で得た知識を他職員にフィードバックすることで、ホーム全体で拘束の防止に取り組むことができています。	
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	年2回以上の勉強会を行っている。虐待の線引きは大変難しい為、自分たちのケアの方法や言葉がけが、適切なケアなのか不適切ケアに値していないか、カンファレンスやミーティングで確認しあっている。		

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
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	外部の研修会に参加し、学ぶ機会を持っている。社会福祉士のスタッフがいるので、勉強会をする予定し実施した。		
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	契約時に十分説明し、納得して入居していただいているが、家族の気持ちもその時々で考えが変わってくるため、積極的に話を伺うようにしている。しかし、本音を話して頂けない時もある為、今後の課題と考えている。		
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	利用者の思いと家族の考えに相違があるときに、解決に向かうことが難しいときがある。守秘義務の観点から、外部者へ表す機会は今のところできていない。意見や要望は実現可能なことであれば、運営に反映させることもある	来設時に聞き取りを行うことで家族の意見の把握に努め、挙げた要望で外出機会の増加など、反映が可能なことに関しては実現に取り組んでいる。	
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	積極的に行っている。特にスタッフ個々の力や発揮できること等、積極的に応援し実現可能なことは事業所全体で支援している。	イベントで使用する装飾品を購入する際、最初に設定した金額内であれば稟議書を出さずに購入して良いなど、一定の裁量を職員に任せている。	
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	子育て中のスタッフや、スタッフそれぞれの事情を勘案した職場環境を作っている。スタッフの努力や勤務状況などを把握し、スタッフの個々の力が発揮でき、それがやりがいに繋がるよう努めている。		

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
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	積極的に応援している。介護福祉士資格のための実践者研修やケアマネの実務者研修、認知症実践者研修やリーダー研修・指導者研修にも参加させ、学ぶことの大切さ、それを活かしたケアの大切さに気付いてもらえるよう支援している		
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	西彼保健所の口腔リハビリの研修会にはチームの一員として参加しサービスの質の向上に取り組んでいる。日々のケアで精いっぱい相互訪問はできていない。		

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
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	パーソンセンタードケアを念頭に置いてケアを行っているので、本人の言葉や言葉として現れない声なき声にも耳を傾け、本当の思いをチームで模索し、実現可能な限り思いに沿ったケアを心がけている。		
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	家族の困っていることや不安な気持ちにも寄り添い、安心して頂けるよう言葉をかけている。、ご協力いただけない家族もいて、うまく関係作りができない場合は、なぜそうなのか振り返り、関係が築けるよう努めたい。		
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	必要としている支援を見極めていると考える。ケアマネが中心となりアッセンブリチームで必要なサービスを見極めている。		
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	パーソンセンタードケアの考えが中心となる。グループホームに於いて共に生活をするものという考え方で、その人の力に応じてスタッフが支援し、敬意を示しながらも対等な立場でケアを行っている。		
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	ご家族もチームのお一人と考えている。家族とのきずなはスタッフでは代わりになれない。家族にも相談しながら、本人にとってより良いケアを行うためのチームアプローチの考え方で関係を築いている。しかし、中にはご理解いただけない家族もいるので、今後の課題にしたい。		

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
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	大変重要なところと考えている。できる限り馴染みの人や地域との関係が途切れないよう、家族や地域の方に声をかけ積極的に訪問頂いている。	定期的に関き取りを行っており、お墓参りなど希望があった際には外出の支援をしている。またホームでの対応が困難な場合はご家族に協力をお願いすることで、関係継続に努めている。	
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	グループホームは一人ひとりが力を発揮しながら共同で生活する場所と考えている。ウマが合わない方同志などは、その時々で席替えなども検討している。しかし、利用者同士助け合いながら生活されているほうではないだろうか。		

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	サービスを終了しても、はがきのやり取りをする家族もいるが、関係が継続しているとはいえない。		
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	パーソンセンタードケアを念頭に、ICFの視点でぎんなんオリジナルのAさんらしきシートを活用し、スタッフ全員で「11分類シート」を作成している。介護のしにくさが表れている方に関しては「ひもときシート」で思いを知ろう取り組んでいる	利用者個人の問題解決のため、本人のことを深く知るツールとして複数のオリジナルシートを作成・活用している。これらのシートは職員全員で作成しており、環境的要因や本人の状況が変わる毎に作成し直している。シートを職員間で共有することで、普段と違う点にいち早く気が付くことができる。	
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	本人や家族にも相談し意向を確認しながら、基本情報をもとに生活歴などを確認し、できる限りなじみの生活に近づけるよう支援している。		
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	11分類シートで、その方の本当の思いをアセスメントし、暮らしの現状の把握に努めている。言葉で表現できなくても、バイタルの状態や表情、様子から身体の状況や心の動きを把握し、チームでより良いケアの方法を話し合っている		

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
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	利用者一人一人の興味があることや強みやストレングスに目を向け、利用者、家族、それぞれのスタッフの強みを生かしながら、アッセンブリチームで介護計画を作成している。	職員がもっている強み(特技や資格)を活かしたチームで、外部の専門家のアドバイスを取り入れながら利用者個々人の興味や強みに注目した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	ケアプランに乗っていることだけではなく、スタッフの気づきはその都度記録している。ケアを行ったことの結果、考察も含め毎日記録し、スタッフ間でもミニカンファを行い、よりよいケアに繋げている。		
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	例えば地域のイベントやご家族との外食・買い物など、ご希望があれば家族にも相談しながら実施し、実現可能なことは支援できている。		

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	子々川くんちや、クリニックの古本バザーなど地域の行事には積極的に参加し、地域で豊かに生活できるよう支援している。まだまだ、地域資源があるのではないかと、チームで模索中である。		
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し、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、家族の望むかかりつけ医を基本として考えているが、場合によっては相談しやすい医師や、将来的に往診可能な医療機関等、利用者にとって一番利益がある方法を提案することもある。	利用者のかかりつけ医は基本的に継続してもらっている。ターミナルケア希望で将来的に往診が必要になる場合は、往診可能な医療機関等を提案することもある。家族の付き添いが難しい場合、定期検診には職員が付き添い、医師とのやり取りを必ず報告している。	
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	日々の生活記録やバイタルチェックを通し、利用者の様子を主治医に報告相談している。正看護師も在籍している為、気づきなどはその都度チームで把握している。必要に応じて訪問看護ステーションとも連携を取っている。		
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。	利用者が安心して入院でき、早期退院できるよう、医療機関のソーシャルワーカー等と常時連携を図っている。利用者の入院中も様子を知るための面談や看護師からも情報を頂くようにしている。		

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
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	入居時、終末ケアについての説明を行い意思表示の同意を頂いている。重度化した場合は家族と十分に話し合い、主治医からの説明で納得した上で、ターミナルケアを実施している。言語聴覚士を中心に口腔リハビリにも力を入れ、アッセンブリチームで支援している。	ターミナルケアについては、入居時に説明を行い、本人・家族の意思表示をいただいている。実際のケアは、主治医から説明を行い家族の同意を得てから実施している。看取りは事業所が開所してから10回以上の実績がある。ターミナルケアについての職員勉強会もっており、訪問看護のサポートも入る。	
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	利用者の急変や事故発生時に備えて、一年に一回研修等行っているが、今年度はまだ実施していない。AEDの使用の仕方など消防署とも連携を取り、研修を行うよう考えている。看護師からは日々実践を通し学んでいる。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている	年2回消防署立会いの下、避難誘導訓練を実施し、的確に誘導できるよう努めている。火災を未然に防ぐために、自主検査票で毎日チェックしている。地域の自治会とも連携を図り、子々川地区の自主防災会に所属し、消火訓練等にも参加している。	避難訓練は北消防署の立会いの下、6月、12月の年2回実施している。避難訓練の他にAEDや消火器の演習もしている。また、火災訓練とは別に年1回、風水害訓練も行っている。子々川地区自主防災会に所属し、訓練等にも参加している。	普段は冷暖房設備用としての使用だが、災害時の地域住民への炊き出しもできるよう想定してガスタンクを設置している。このことを周知するためにも、地域の方に事業所の行う避難訓練等に参加してもらえるようはたらかせかけを期待したい。

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	尊厳についての勉強会を行ったり、ぎんなんの理念に掲げられていることから、常に気掛けている。スタッフの余裕がない時にぞんざいな言葉や態度になってないか気になることもある。	職員勉強会で尊厳について学んだり、日常の言葉かけについて都度、振り返る機会を作っている。言葉は、利用者の馴染みのある方言等を使うよう心がけている。居室への入室時はノックと声掛けをし、パーソナルスペースを意識している。	
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	利用者が思いを伝えられる環境づくりを心がけている。スタッフが押し付けるのではなく、利用者に自己決定していただけるようチームで支援している。		
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し、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	スタッフの都合や枠にはめるのではなく、利用者おひとりお一人の特技や意欲、自発性を尊重し、その人のペースで満足していただけ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	毎朝の整容は特に気掛けている。服装も自分で選んでいただいたり、外出時は特に身だしなみに配慮している。時々、女性利用者にマニキュアやお化粧などの言葉かけをし、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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	旬の果物・野菜などを使用し、手作りメニューやおやつなどで召し上がって頂いている。また、綿菓子やクレープづくり等を行い、楽しんでいただく機会を作っている。	毎日1品、週2回は手作りの食事をしている。季節のイベント事やおやつには季節感のあるものを提供している。また、利用者からのリクエストにも応えるようにしており、食の楽しみを大切にしている。	

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
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	食事量や水分量を記録し把握している。水分を摂りにくい方や嚥下機能低下の方にはジュースやポカリスエット、または寒天を使用したゼリーにして、し好品を提供している。食欲がない方の場合は家族や栄養士にも相談しながら、好きなものや食べやすいものを提供し様子を観察している。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。必要な方は歯科医師に月に1～2回の訪問診療で口の状況を確認頂き、磨き方や義歯のかみ合わせ等の指導を頂く。また歯科医の治療などに繋げるなどの連携に務めている。		

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
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	利用者の排泄パターンを職員間で把握しつつ、様子を伺いながら言葉がけを行ったり、促しや案内を行い支援をしている。立ち上がりやズボンの上げ下げもお年寄りの出来ることは見守り、できない部分を支援している。	排泄パターンの記録を利用者ごとにつけ職員間で把握しつつ、排泄のタイミングに気を配って声掛けを行っている。利用者ごとに排泄形態を配慮し、本人に負担がない方法をとっている。	
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	腹部のマッサージやヤクルト、牛乳を摂取していただくなどしている。腸が動くように、散歩や腹部マッサージなどを行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	午前、午後に関わらず、準備ができる時間帯は行っている。手作り石鹸と一緒に作り、入浴時に使ったり、入浴剤を使用するなど、リラックスできる空間を作っている。	機械浴で、利用者の負担なく入浴することができる。同性介助は難しいときもあるが、バスタオルなどで隠すなどの配慮をしている。入浴を嫌がる利用者はいない。2～3日に1度、本人の希望に沿った時間帯に入浴をしている。	
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	眠れない時は、ホットミルクの提供や話を聴き原因を取り除くよう努めている。日中は体操や日光浴などの活動を支援し夜間の安眠に繋がるよう支援している。		
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	各スタッフが重要な内服薬は把握し、血圧や排便のコントロールなど、症状の変化観察に努め、主治医に相談しながら服薬の支援を行っている。その人にあった服薬の時間と方法を考え、主治医に相談し、お茶ゼリーを使う等の工夫をしながら支援している。		

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
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	役割として、一人一人の得意とした出来る事を中心に、果物の皮むきやお盆拭き、洗濯物たたみ等を行ってもらっている。おいしい食べ物、リクエストのあるものをできるだけ提供している。散歩や庭先で景色や草花、シャボン玉などで楽しんでいただいている。		
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	天気が良い日は、外へ散歩へ出かける機会を作り、希望があれば、近くのスーパーに買い物へ出かけている。家族の方の協力もあり、お盆や地域のイベントの際には一緒に外出して頂いている。	外出は職員から誘って出かけることが多いが、近くのスーパーに買い物に出かけることもある。近所のイベントの誘いを受けることも多い。初詣などのイベントでは家族の協力を依頼し、利用者が家族と過ごす時間を持てるように促している。	

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
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	個人管理している方もおられる。認知症がある方の場合、紛失したり、トラブルに発展することもあるため、スタッフが管理し支援している。その場合、本人が希望される物・必要な物はその都度購入している。		
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	ご希望があれば電話して頂いたり、家族にもいつでもお電話頂けるよう支援している。女学校時代の友人とのつながりを続けられている方もいる。		

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
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	認知症の人にとって快適に過ごして頂くために、環境や空間は重要と考える。季節に合わせた環境整備を心がけ、お香やアロマの香りで五感に心地よく感じて頂けるような工夫をしている。スタッフ自身がバタバタとせず、穏やかに立ち振る舞うよう心掛けています。	室温・湿度は定めていないが、都度調整を行うようにしている。日光や外の空気は意識して取り入れるようにしている。また、季節に応じた装飾を行っており、四季の違いを感じることもできる。ほぼ毎日掃除を行い、可能なときは利用者にも協力してもらおうこともある。ガスを使用する冷暖房設備を導入し、非常時にも活用が期待できる。	
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	認知症の原因疾患においては他の利用者と一緒に過ごすことが困難な方もいるため、そのひとに応じた中間的な場所を提供することもある。利用者は居室とリビングを自由に行き来されている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族とも相談し、本人の望む居室を心がけ支援している。お気に入りの筆筒や家族写真、好きなカレンダーやお位牌を持ってこられる方もいる。窓からの景色も美しいので、それも心地良さに繋がっていると考えます。	家具類は利用者の持ち込み。利用者にとって危険になるもの以外は禁止するものはない。居室の掃除は毎日、シーツ交換は基本週1回行っている。居室のにおい対策として、香りのものを取り入れることもある。	
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	ICFの視点で、できる事・わかることを支援できるように一人一人に沿ったアセスメント・ケアプランを作成し、導線や空間を配慮しながら支援を行っている。転倒のリスクは否めないため、家族にも理解いただき、できる限り自立して生活できるよう支援している。		