

### 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	1290800125		
法人名	親愛ケアサービス有限会社		
事業所名	グループホーム親愛		
所在地	千葉県市川市曾谷4-4-10		
自己評価作成日	平成27年11月4日	評価結果市町村受理日	平成27年12月24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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a>
----------	---

**【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 日本高齢者介護協会		
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602		
訪問調査日	平成27年11月24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)】**

2階3階と2ユニットに分かれ、1ユニット9名のご利用者に対し、昼間は3名の職員、夜間は1名の職員と緊急時のオンコール対応の人員を確保しています。その豊富な人員数を活かし、個々の散歩や外出、外食に時間をかけることができたり、毎日ご利用者と一緒に調理したり、ご夫婦でお食事ができるような環境を整えたりと、一人ひとりの生活を大切にしたい個別支援に重点を当ててサービスを提供しております。リビングでは家庭的な雰囲気を保ちつつ、毎日の体操やレクリエーション、季節の行事を催し、認知症の悪化やADLの低下を防ぐよう活動的な生活を過していただいています。10日20日30日は近隣のボランティア掃除を行ない地域との交流を深め馴染みの関係作りを目指して、また2ヶ月に1度の身体機能の維持・向上や認知症進行の予防に役に立つ音楽療法を行なっています。

**【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)】**

- 市川市郊外のJR市川駅から車で20分の、閑静な住宅街に立地した鉄筋コンクリート3階建て建物で2～3階を占有し、1階の小規模多機能型施設と各種行事・消防訓練・合同委員会(食事・教育・感染症・レク・拘束虐待)・看護師との連携、特殊機械浴槽の共同利用等を行い、効率化を図っています。
- 地域の掃除ボランティア(毎月10日、20日、30日)を利用者・職員が行っており、地域から感謝されています。
- サービス面では、利用者の得意分野での役割分担を心がけたり、2ヶ月に1度利用者が楽器演奏を行う様に誘導・指導したりして、身体機能の維持・向上や認知症進行の抑止に努めています。
- 関係機関や家族から依頼のある介助困難者を、出来る限り受け入れています。

**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
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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	グループホーム親愛の理念の一つに「地域との連携、交流を深めながら馴染みの関係づくりを目指します。」としている。理念は、玄関やリビングなどに掲げいつでも見られるようにし、毎月実施している全体会議で会議冒頭に唱和している。	理念3か条を玄関や事務室に掲示し、職員は毎月の職員全体会議時に唱和し、日頃のサービス時に実践する様に努めています。理念にグループホーム主旨の地域密着性を織り込み、適切と思われま。	
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	地域や学校の行事に利用者様と参加したり、地域の商店や美容院などを利用し、地域の方々との交流に繋げている。また、毎週土曜日に訪問八百屋がきて近所の方と購入している。	町内会に加入し、主催行事に積極的に参加しています。散歩時の挨拶、ボランティアの受け入れ、毎月3回の利用者・職員が行う地域掃除ボランティアの他、運営推進会議や消防訓練時に声をかけ、町内会関係者に参加してもらう等、確実に地域に根ざしています。	更に地域に根ざす為に、今後時間をかけ介護相談室の開設や介護説明会等を行い、地域に貢献する事が期待されます。
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	講師を担える実績や知識を持った職員がまだ育っていない為、その育成が今後の課題である。その他、毎月10・20・30日に近所のゴミ拾いや清掃を利用者と職員で行っている。		
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	2ヶ月に1回、運営推進会議を開所当時より定期的に開催し地域の方や利用者本人、家族などに参加いただき貴重な意見をいただいている。事故報告等も行い、サービス向上に努めている。	年6回、地域包括又は在宅支援センター、町内会長、民生委員、利用者、家族、会社代表、管理者等で開催し、利用者・活動状況、ヒヤリハット・事故報告、徘徊について、離脱訓練等について取り上げ、話し合っています。	議題に介護の基礎知識、介護業界のトピックス、オレオレ詐欺対策を追加する等、実のある会議運営を心がけ、サービスの向上に活かす事が期待されます。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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に取り組んでいる	必要に応じて相談や質問に出向いている。また、運営推進会議の議事録を介護保険課へ提出し説明するなど連携と情報交換を図っている。	市担当には、必要な都度報告し、相談しています。又地域包括支援センター及び在宅支援センターには、運営推進会議に出席してもらい、その意見・情報を運営に役立てています。	
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「介護保険法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	利用者個人に対する身体拘束は行っていない。安全上3階のエレベーターはテンキー操作が必要だが、1、2階は解除している。各階の非常口は開放している。玄関は防犯上テンキーでロックしている。緊急時はテンキーはどこも解除される。	玄関は防犯上施錠していますが、内部(各階、非常口)の行き来は自由にできます。職員は、利用者の素振りを見て都度声をかけ、外に連れ出す様にしています。拘束虐待委員会を置き、社外研修の受講結果の説明や社内研修会を定期的に開催しています。	
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	外部研修の受講とその内容を報告することで、高齢者虐待に関する知識を深めている。拘束虐待防止委員会を設置し、ですます調を使うよう心掛けている。		

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	外部研修の受講と共に成年後見制度については2階の利用者が4名活用している。		
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	入所契約の際は契約書と重要事項説明書を説明した上で、分からないことがあるか尋ね慎重に行っている。		
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	運営推進会議を開催し、利用者や家族の要望を聞き、運営に役立っている。またその記録を出席者団体や家族に配布している。その度議事録を役所に提出している。	職員は、利用者からは日頃のサービス提供時に、家族からは来訪時や運営推進会議時に意見・要望を聞き、運営に反映しています。又家族アンケートでの意見を尊重し、サービス向上に努めています。	
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	管理者は月1回の全体会議と各階のフロアミーティングに出席し、個々の職員から話す機会を作り交流を作っている。また代表者には週1回のホーム訪問や、随時管理者から報告を行っている。	管理者は、日頃や全体会議時、フロア会議時に、職員の意見・要望を聞き、運営に反映しています。又職員は、併設の小規模多機能施設との合同委員会(食事、教育、レク、感染症、拘束虐待)に参加し、意見を述べ、運営改善に努めています。	
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	業務状況の把握に努めるようにしているが、全ての職員が働きやすい職場環境を整える様努力している。		
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	外部研修の受講を積極的に行うとともに学んだ内容を内部職員に伝達する機会を設けている。また、OJTの充実を図る為、教育委員会を設置し、新人への教育とリーダーとなる人材への教育に重点をおき、月1回の講習を行っている。		
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	グループホーム連絡協議会などの場でお互いに意見交換している。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	自宅や病院に出向き、本人との面接を行い、不安な気持ちを聞いたり、契約の説明をわかりやすく伝えて、安心していただけるよう努めている。また、ケアプラン作成にあたり、本人の要望を聞き取っている。		
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	自宅や病院に出向き、家族等関係者から情報を聴取し、契約の説明をわかりやすく伝え安心していただけるよう努めている。また、ケアプラン製作段階で、家族からの要望を聞き取っている。		
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	入居前に家族や関係者、前ケアマネージャーの情報を得てサービス担当者会議を開き、入所当日からどのようなサービスを提供するかを決め、それを現場に周知徹底している。		
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	日常生活の会話では人生の先輩として接し、話を聞くよう心がけている。特に入所したばかりの利用者には職員と顔見知りの関係を築くために一緒にお茶を飲んだり、談笑する時間をできるだけ設け安心していただけるよう工夫している。		
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	入所後も家族に状況を報告したり、ケアプランの説明を定期的に行うなど安心していただけるよう連絡している。また、家族に面会をお勧めしたり、行事などの際に招待して一緒に楽しんでいただいている。		
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	入所後も以前住んでいた家の様子を見に行ったり、行き慣れた商店街で買い物するなどの外出同行を提供している。また、使い慣れた家具や小物をそのまま使用していただくようにしている。	週末に面会に来る家族が多く、主に配偶者や息子・娘が週1回のペースで来訪している利用者が殆どです。中には面会が全くない人もいて、職員は利用者の気持ちを考慮した上で、新たな思い出作りを一緒になって始めています。	
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	入所の際には職員から利用者全員に紹介をすることで交流ができるよう支援している。また、自室に閉じこもらない様、趣味活動やレクリエーションへの参加、他利用者と一緒にの外出を促し、利用者どうしの関わりを築けるよう工夫している。		
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	在宅復帰や小規模多機能への利用に変更した際は再度グループホームへの入所が出来ることを説明し、随時本人や家族の相談に応じている。		

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
<b>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</b>					
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	ケアプランを作成する際、本人の希望や意向を情報収集し、ニーズとして掲げそれに対するサービスを提供している。重度認知症利用者については、生活歴や家族からの情報を得て本人の言葉を分析し、出来るだけ本人の要望がくみ取れるよう配慮している。	会話が成立する利用者が多く、直接言葉で気持ちを理解するようにしています。困難な場合もアセスメントをもとに過去を紐解き、話題に上げて会話の中から利用者を理解し、思いが叶うようにプランに反映させています。	
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	全社協版アセスメント様式を使用しアセスメントするとともに、本人の訴えを聞き、好きなことや趣味なども聴取し、多くの情報が得られるよう工夫している。		
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	上記のアセスメントに加え、日々変化する身体状況については毎日の日誌や介護記録、健康管理表に記録し、情報を共有し、現状把握に努めている。		
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	アセスメントを基に担当介護職員とケアマネジャーと一緒に一人ひとりに合った現実可能なケアプラン原案を作成している。その原案を基に本人と家族の意見をいただき、希望に即したケアプランを修正した上で、提供するサービスを決定している。	利用者の大方の希望を直に把握し、職員からの情報を収集した上で面会時や電話等で家族の意向も聞き、計画作成担当者が3ヶ月ごとに原案を練り、修正を重ねて介護計画書を作成しています。作成した計画は、1ヶ月ごとにモニタリングしながら、継続したサービスに繋がるよう実行に移しています。	
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	ケアプラン通りに介護が実施されているかを確実にする為、「ケアプラン実施チェック表」に毎日介護職員が記録している。それを基にケアプラン通りに実施した結果をモニタリングし、ケアプランの見直しをしている。		
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	グループホーム内だけでサービスを提供せず、本人の要望で自費でヘルパーを利用し遠距離外出に行ったり、同施設内にある小規模多機能でのリハビリやレクに参加するなど、柔軟に対応している。		

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	図書館や公民館での囲碁教室など利用者が今まで通っていた地域資源を継続して活用する為に、定期的な外出を支援している。また、小学校や自治会の行事に参加し近隣との交流ができるよう支援している。		
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	入所時かかりつけ医について聴取した際、本人や家族の希望を尊重してかかりつけ医の継続、変更を決定している。また、グループホームの訪問医の専門外診療科目の場合は、他のかかりつけ医を勧めその方に合った受診を支援している。	利用者が選んだかかりつけ医に一人月2回の受診を支援し、必要に応じた訪問歯科診療とも併せて健康を維持できるよう努めています。眼科など他科への職員の付き添いも行っていますが、その場合には、利用者によっては同性が付き添うよう配慮しています。	
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	グループホーム専任の看護師はいないが、小規模多機能に専従する看護師に、適時医療的な相談を行っている。また、かかりつけ医の看護師への連絡は密に行い、主治医との情報交換を行っている。		
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。	入院直後の情報を提供するため、入院時には職員が付き添う、または面会し、必要な書類を作成している。また、退院時には、退院の連絡が入り次第、職員が病院に面会に行き、情報を収集する。退院当日には看護サマリーの提供をお願いしている。		
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	入所の際に重度化した場合について、本人、家族と話し合いをしている。入院後は病状を把握し、重度化した状態で帰所する場合は家族に、事業所で出来ること、出来ないことをその方の病状に合わせて説明し、帰所を希望された場合には主治医に相談し、グループホームでの対応が可能かどうか相談した上で終末期の受け入れを行っている。	重度化したり緊急時は、家族への連絡と同時に救急車対応をしています。依頼があれば、終末期の利用者の看取りも行い、医療職と連携して支援しています。医療的ケアや終末期の食事介助、処置技術など末期の支援について、マニュアルや同意書等が現状では整備されてません。	全職員が関わって作成される終末期支援についての同意書や各種マニュアルの整備により、職員の介護技術が向上し、利用者が更に安心して生活できる環境となることが期待されます。
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	緊急時の対応を全体会議で講習会を開き、全員に周知を行っている。夜間オンコール対応で急変や事故の際対応できるようにしている。		
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	1年に2回消防署立会いの下、消防訓練を行っている。その際できる限り本番と同じように非常階段を使用し避難している。夜間を想定した訓練も近隣住民に参加してもらい実施している。離設した際の自主訓練も実施している。	防火管理者を置き、消防署立会い訓練(夜間想定を含む)年2回、自主訓練2回を併設の小規模多機能施設と合同で実施しています。訓練には地域にも参加してもらい他、緊急時には殆どの職員(近くに居住)が駆けつける体制になっています。又5日分備蓄しています。	最近各種災害が心配される事、避難弱者を抱えている事、地域から頼りにされる事を考え、関係者で話し合い、防災訓練の実施、及び防災グッズを含む備蓄の数量・内容の見直しを期待されます。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	トイレへの誘導はなるべく静かに声をかけたり、トイレのドアを閉めて介助するなどプライバシーを損ねない様対応している。また、介助の際には指示的な声かけをしない様注意するなど心がけている。	声かけは「さん」付けで、会話は「です」「ます」の丁寧語に統一しています。職員には介助時に特にプライバシーを守り人格を尊重するよう指導しています。更に利用者の気持ちに添える職員のサービス・接遇技術の向上が待たれます。	利用者との現場を配慮しながらの会話は、介護技術の一つとして職員のコミュニケーション力を高めます。持っている知識を活用できるよう今一層職員研修に取り組む等、介護・接遇技術の向上が期待されます。
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	ケアプランでは本人の希望を尊重する為「何がしたい」という具体的な希望を実現できるよう取り組んでいる。また、毎日のおやつでは飲み物を選択していただくなど、なるべく自己決定できる場を作るよう工夫している。		
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、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	認知症の方が多い為、ある程度の生活リズムを保ちつつ、一人ひとりの行動を制限する事が無いよう、個別ケアを念頭に一日を過ごしていただいている。		
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	伸縮性のあるものやズボンに限らず、ブラウスやスカート等、その方が着慣れている洋服を自分で選んで着ていただくよう配慮している。また、美容院へ行く頻度も今までの習慣に合わせお連れしている。		
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	具材を包丁で切ったり、味付けをみてもらうなど、毎日の調理に参加していただいて食後の皿洗いや食器拭き等も手伝っている。お絞り巻きなど声かけにて行い食事の準備も一緒に行っている。	過去の食事メニューをもとに、利用者の希望を聞いて調理しています。週3回買い物に出かけ、利用者は自分に合った手伝いをしています。折々イベント食や外食を取り入れて、食事を楽しむ支援をしています。又夫婦で入居している利用者には、居室で2人で食事するよう配慮しています。	
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	医師からの指導により、塩分やカロリーの増減などを一人ひとりに合った食事を提供している。また、禁忌食がある方にはケアプランに記載し、提供しないよう注意する事で、アレルギー症状を予防している。		
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	毎食後の口腔ケアの声かけを行い、洗面台への誘導、道具を準備する。歯ブラシや義歯用ブラシなど個々に合わせたケアを提供している。また、口腔内に異常がある際には訪問歯科などの連携により治療や清潔を保持している。		

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	利用者のADLに合わせた排泄介助を実施している。トイレ誘導や声かけ、自立排泄や清拭など使用物品を含めそれぞれに合わせてケアを行っている。	時間を見計らってトイレ誘導し、利用者が惑わないようにしていますが、中には便意を伝えられない利用者もいます。排泄自立者が多くても必ず見守りし、自立の継続を促しています。利用者に関りを絶やさないよう、各々必要な紙パンツやおむつは家族に持参して貰っています。	
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	毎日、食事・水分摂取、運動や散歩で排便を促している。便秘がみられた利用者様にはトイレ内で腹部マッサージなどを行っている。数日便秘が続いた場合のみ指示通り下剤を使用するなど、安易に下剤を使用しないよう工夫している。		
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	曜日を決めず、声をかけて入りたいと希望する日に入浴したり、週2回に限らず週3回入浴する方がいたり、自由に入浴していただいている。またそれぞれのフロアで浴槽等設備が違う為、その方に合った浴槽を使用している。	原則週2回、一人30～40分かけて利用者に適したバスタブ(2階は特殊機械浴槽)を使い、入浴が楽しめる様支援しています。脱衣場は、冬場はファンヒーター、夏場は扇風機で対応しています。柚子湯や入浴剤で楽しみ、利用者の身体清潔を保つよう支援しています。	
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	それぞれ個室で寝具を揃えベッドまたは布団で就寝している。昼寝を含め体調によっても眠れるよう促し、体に負担がかからないよう配慮している。シーツ交換は週1回行い清潔を保持している。		
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	利用者がどのような薬を服用しているか現場職員が把握できるよう薬票をコピーし管理している。また、薬の変更があった場合は、薬剤師に相談し副作用を確認するなどして、症状の変化を観察し、かかりつけ医へ報告できるようにしている。		
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	ケアプランのアセスメントで、本人や家族から趣味や嗜好を聴取し、ケアプランの課題として抽出し、楽しみごとが以前と同じく継続でき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	2階では歩行に不安が無い方が自由に外出できるようエレベーターのキーロックを解除している。遠出など行きたくてもすぐ行けない場合は、家族や職員が予定を組んで行けるよう計画実施している。日々の散歩や買い物の希望は、ケアプランで要望を聴取し、定期的に外出できるよう支援している。	天気次第で1時間ほど全員一緒に散歩に出かけています。月2回のランチ外食やピクニック、イベント(梅祭り、縄文祭り)、月3回の町内クリーン作戦の日など室外に出る機会を増やす支援をしています。お墓参りや美容院、映画など家族と外出を楽しんでいる利用者もいます。年1～2回計画的に皆で遠出していますが、利用者ご夫婦の要望で芦ノ湖1泊旅行した事もあります。	



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
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	金銭管理できる方には自分で財布を持ってもらい、買い物などの際に自分で支払っていたらいい。金銭管理が出来ない方については家族または後見人の管理の下、お金を出し入れしている。		
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	家族や友人への連絡を取りたい場合は職員が代行して電話をするなど、つながりを継続できるよう支援している。		
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	リビングでは利用者が作った季節感のある作品を掲示したり、音楽を流すなど和める空間を作り、気持ちよく過ごしていただけるよう工夫している。	リビング兼食堂は、明るく、清潔で、畳敷き空間もあり、利用者が居心地良く過ごせる様に配慮されています。季節の花が飾られ、カレンダー、季節を示す職員との合作貼り絵、利用者の習字の力作、写真等が掲示され、季節感・生活感を感じます。利用者は、談笑したり、歌ったり、トランプをして寛いでいます。	
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	リビングが狭い為、一人ひとりになれる空間を作ることは困難だが、テーブルを2つ配置し、気の合う方々と自由に過ごせるよう工夫している。		
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	居室は完全個室の為、自宅で使い慣れた家具を持ってきていただくよう促したり、思い出の写真や家族写真を貼ることをお勧めしている。家族の面会の際には居室のドアを閉め、家族だけの時間が過ごせるよう配慮している。	居室は、エアコン、換気扇が備え付けで、ベッドは持ち込みかレンタル制で、清潔で適度の広さもあり、快適に過ごせる様になっています。利用者の要望により、マット・布団敷きの部屋もあります。安全対策の為、床はクッションフロアで、ナースコールも付いています。	
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	感染症対策の手洗い励行や消毒のお願いのポスターを貼ったり、トイレで自分で流せるよう説明書を貼るなど、出来ることはなるべく自分でやっていただくようにしている。		