

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット1階)

事業所番号	2790200014		
法人名	社会福祉法人 気づき福祉会		
事業所名	グループホーム 野田いやし園		
所在地	大阪市福島区野田5丁目15-20		
自己評価作成日	平成28年11月9日	評価結果市町村受理日	平成29年2月16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	
----------	--

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成28年11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)】

認知症があっても、障がいがあっても最期まで自分らしく暮らせるようお願い、「わが家のようにきまにのんびり」過ごせるグループホームを目指しています。①選択・決定・発言できるように、はたらきかけることを心がけています。伺った意向を毎日の暮らしに反映させようと努めています。②不安や心配、困った事などに心を寄せることのできる職員集団でありたいです。③できるだけ外に出てひなたぼっこをし、町を歩いて地域の方々とふれあい、散歩がてら昼食・おやつの外食を楽しんでいます。1泊旅行や帰宅も希望に添って行っています。④野田診療所の大きな支えと精神科・神経内科診療所、近隣の整形外科、薬局などのご協力と連携により、入居者の心身の状態が守られています。⑤毎月、研修や勉強会を積極的にしています。不適切なケアにチームで気づきなくせるように取り組んでいます。

【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)】

事業主体は、「いやし園」の名前を冠して、特別養護老人ホーム、デイサービス、居宅介護支援事業所、小規模多機能ホーム、グループホーム等を大阪府内で運営する、社会福祉法人 気づき福祉会である。ホームは、平成21年9月に、3階建ての1～2階部分に、2ユニットで開設した。法人名にある「気づき」、声掛け、気配り、思いやりを大事にし、その人が障害があってもその人らしい当たり前の生活が住み慣れた地域で送れるように「いやされる」ホームを目指している。事業所独自の理念を「わが家のように 気ままにのんびり」とし、玄関は常に開放し、利用者は自由に、好きな時に外出ができる。そこには、利用者の尊厳を守り、暮らしを豊かにし、地域とのかかわりを深め、利用者の生活の広がりをつくると共に、地域との交流や地域貢献への機会を持つ取り組みの実践が見られる。

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 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 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	理念とそれに基づいた運営方針は事業計画作成時や評価時に職員全員が考える機会を持っている。実践に繋がっていないことも多く、それぞれの職員がケアの振り返りをする機会を持つなど取り組みが必要である。	法人理念を基本とし、事業所独自の理念を「わが家のように 気ままにのんびり」とし、事業計画作成時や職員会議等でも理念を話し合い、全職員が共有して実践に繋げている。	
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	町会に入り、回覧版も回ってくる。地域の行事に参加。小学校との交流も定着。季節折々のものをいただく等心に留めてもらっている。地域の方と町会・小学校の協力のもと花壇の整備ができた。地域のサロンに参加したり、手伝ったりしている。	町会に加入し、地域で開催される各種の催事に積極的に参加している。ホーム前の小学校との交流(ホーム前玄関の花壇のお世話、小学校見守り隊)、地域サロン、お花見、お祭り、合同防災訓練、ボランティアとの協働、運営推進会議時の介護勉強会、実習生受け入れ等での密なる交流がある。	
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	地域のサロンで地域の方々と交流させてもらい、認知症があってもクイズで1番、ちゃんとお話もできて・・・と偏見が取れていくのを感じる。小学生の社会見学を積極的に受けている。サロン開催の勉強会で認知症やGHIについての講義をした。		
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	日常の活動や事故、今後の予定などの報告を行い、困り事については相談している。忌憚のない意見が、現場の考える機会になる。特に環境整備などについては、改善することができた。	平成27年度は、ほぼ2ヶ月に1回会議を開催した。参加者は、利用者、家族、町会長・副会長、医師、看護師長、地域包括支援センター職員、施設長、管理者、介護主任、介護計画作成担当者等の参加で、双方向的な会議を実施している。	
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に取り組んでいる	福島区介護ホーム連絡会に参加、行政・他ホームと情報や意見の交換をしている。実地指導で、現状を見てもらい、報告・相談している。	日頃から、市が開催する各種会議に積極的に参加している。市の担当者とは相談・情報交換・指導を受けながら協力関係を築いている。市の生活支援課が定期的に事業所を訪問して、実地指導も受けている。	
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	居室ベランダ及び玄関は日中施錠を行わず、研修を行い、身体拘束や行動の制限のないケアに努めている。家族からの申し出にも本人の状態把握やケアの検討を重ねご家族とも話し合いを重ねた。	全職員は身体拘束をすることの弊害は十分に理解している。研修教育委員会を設置し、身体拘束・虐待防止の研修を行ない、身体拘束ゼロを目指したケアに取り組んでいる。玄関は常に開放し、何時でも、好きな時に、自由に、外出ができる。	
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	講師を招いての研修を含め、職員全員で本を輪読したり、不適切なケアについて考え、自らのケアをふり返り改善していこうとする研修を重ねている。不適切なケアについて、職員間で他者評価を受け、話し合いを持った。ケアの改善見られる。		

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
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	現在成年後見制度を活用している入居者との関わりを通じて理解を深めている。入居者の報告や相談を行い、いつも懇切丁寧に応じてもらっている。新しい職員には、勉強会の必要がある。		
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	わかりやすい説明を行う努力をしている。言い変えたり、具体的なエピソードを添えたりしている。不安や疑問、わからないことは必ず伺っている。但し、契約時の説明は、必要な場面に応じて改めて伝えることが大切と感じている。		
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	入居者からは日常的に、ご家族からは、訪問時・電話・サービス担当者会議、運営推進会議でも伺っている。管理者、職員で内容を共有。入居者担当にも報告している。苦情要望書に記載して回覧、会議で話し合い、運営に反映している。	苦情相談窓口を設置し、意見・苦情・不安への対応をしている。「お便り」や定期的に「野田いやし園通信」を発行して、家族との信頼関係を構築し、家族とのコミュニケーションの中から苦情や要望をくみ取り、「苦情要望書」に転記、意見や提案を事業所の運営に反映させている。	
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、職員会議とケアカンファレンスを実施、職員の意見や提案を聞く機会あり。また委員会に属しており、発言の機会がある。事業計画について必ず上半期・下半期に話し合う場があり、意見を盛り込んだ方針や計画を立てている。	毎月、職員とケア会議を実施して意見・提案等を聞く機会を設けている。人事考課制度があり、職員は期初に自己評価目標を定め、管理者面談を行い、話し合い、意思疎通を図り、業務の見直し、各種行事、ケアの知識や技術等や個人的な悩み等も話し合い、動機づけやスキルアップに繋げている。	
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	新たに法人の理念・職員の行動規範の策定があった。朝礼で読み上げたり、会議で取り上げ現場に浸透させていく。給与の見直しもあり、その期待に応えていきたい。		
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	法人全体研修や外部研修の機会を確保されている。管理者は、コーチングの研修を受ける。人事考課制度あり、評価項目など新理念・行動規範に合わせて見直しをしている。		
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	大阪市GHネットワークの研修や会議に参加し、GHの日常や自分達の役割を見直す機会になり、職員のリフレッシュやモチベーションのアップに繋がっている。福島区の介護ホーム連絡会で他ホームを見学したり、情報交換などを行っている。		

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
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	契約前には本人との面談を行い、ホームの見学や家庭訪問で出会う機会を持つようになっている。ホームで暮らすことをどの程度了解されているのかを探りたい。不安や要望を伺いたい。		
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	契約前に、本人の面談に同席を依頼し、ホームの見学や家庭訪問もお願いしている。ご本人のいないところで今までの経過・ご苦労や現在と今後の不安・要望や願いなどを伺っている。本人の生活歴についても伺っている。		
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	面談で伺った情報で、まずは暫定ケアプランを作成、ご家族に提案している。まずは、本人と家族が安心して入居準備と当日を迎え、入居後しばらくを安心して過ごせるよう配慮している。また、積極的に関わりさらに情報を集約している。		
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	できることはやってもらい、できないことを手伝い、できないことはできるように働きかけることを心がけている。老化や認知症の進行により、楽しみよりもお世話されることが増えている入居者の心情に対し、ケアについて振り返り必要がある。		
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	支援される、疎遠になりがちな立場とならない様、連絡方法も工夫しながら本人支援に協力・役割を可能な範囲で担ってもらっている。本人と家族、それぞれへの想いを伺える機会を大切に、ケアの参考にしていく。		
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	本人に認知症による混乱があっても関係性に変わりがないように、訪問・電話・帰宅時・外出時に必要に応じて同席や仲立ちをしている。	利用者の生活歴や家族からの情報を収集して、利用者の従来からの日常生活の継続性を確保した支援をしている。親しい友人、知人、信仰仲間、従来住んでいた近隣の人等の訪問や馴染みの商店での買い物、理髪店、近隣の散歩、公園、お墓参り、家族との夕食、旅行等での支援がある。	
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	食事・入浴・排泄などで時間を費やすことが多い日常ではあるが、散歩や買い物に出かけた際、食事時間などには職員が会話の橋渡しをできるように働きかけている。お互いの不快感がないよう努めている。		

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
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	利用終了後もお見舞いや訪問でお会いさせてもらっている。ご本人ご家族の報告や相談もいただいている。		
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	思いや生活の意向を聞き取り介護計画、日常の生活の中に反映させている。認知症や加齢により想いのくみとりが難しくなっている現状はあるが、本人本位であるのか、各会議で本人と家族の想いを確認、職員間で共有に努めている。	アセスメントシート(利用者基本情報)、日々の関わり、利用者の日常の言動等から、利用者の生活歴や暮らし方の希望・意向を把握している。把握しづらい面については、家族と意思疎通を図り、情報を収集して、利用者の自己決定を促す取り組みがある。	
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	担当介護職員をおき、暮らしの中での意向や生活歴、家族関係など主となり本人、家族からだけでなく利用していたサービス事業者やご友人の方からも話を伺い、入居者の理解に努めている。		
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	認知症や老化の進行などにより、1日の過ごし方を自分で決められる方は1~2名となる。食事・トイレ・入浴で1日のほとんどが過ぎていく現状はあるが、その中でも本人の意思の確認は丁寧にしている。		
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	本人・家族及び必要な関係者の意向確認後、介護計画を作成している。職員間ではケアカンファレンスで、本人・家族とはサービス担当者会議で話し合い、内容の確認をしている。	アセスメントシート、診断書、朝礼・夕礼ノート、業務日誌、簡易知能評価、本人、家族、職員等から各種個人別ケア情報を収集して、介護計画書を作成する。見直しは、担当者会議(本人、家族、看護師等参加)を随時行い、介護計画書の評価欄に担当職員が記録し、モニタリングを実施している。	
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	特に観察や推測されることは、記録が十分ではない。記録の大切さ、情報共有の意義については研修を行っているが中々実践に繋がっていない。		
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	受診や個別外出、ベッドや手すりやポータブルトイレ・車いすなどの住環境についても必要に応じて提案したり試用してもらったり、都度、入居者や家族の意向を確認しながら対応している。		

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	医療機関や地域の商店（買い物や散髪）を利用し、近隣や駅前の飲食店でのおやつ・食事の夕食をする、公園や保育園で遊ぶ子どもの姿を眺めるなど、地域資源を活用している。		
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	近隣の内科医に月1回訪問診療と定期的な受診を依頼し、職員が同席している。本人の不安を代弁したり、心身の状態に合わせて相談し助言を受けている。また、必要な医療が受けられるよう医療機関の紹介・受診介助などしている。	本人及び家族の希望を尊重して、これまでのかかりつけ医が継続されている。事業所の協力医療機関での受診を希望する場合には、本人及び家族の納得と同意を得て、受診するように取り組んでいる。看護師を配置し、日常的に利用者の健康管理を行い、緊急時の医療連携体制も築いている。	
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	看護師は必要な医療情報を介護職員に伝達、医療面の相談・助言を行っている。また、オンコール体制を取り、適切な受診や看護を受けられるように取り組んでいる。		
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。	入院時は介護サマリー・看護サマリーを渡している。介護職員・看護師が面会し連携を図るように努めている。術後や退院前には、家族とともにカンファレンスに参加したり、看護サマリーをもらったり、必要に応じた情報収集をしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	かかりつけ医の協力のもと看取りの体制を取っている。職員は随時、看取り介護の研修・看取り後のカンファレンスを行っている。主治医や家族との話し合いはできているが、本人に想いや希望や願いを聴くことが難しい。日常生活の中で最期のあり方について話題にしていきたい。	「看取りに関する指針」があり、入所時の早い段階から、現状ではどこまでの支援ができるかの説明を行い、必要に応じて、本人、家族、医師、関係職員等で方針の共有と話し合いが行われている。看護師を配置し、医療連携体制を構築して、既に、看取りの経験がある。	
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	緊急時の対応について研修を実施し、事故発生時の対応マニュアルも整備しているが、定期的な訓練ができていない。事故や急変があったときは必要に応じて対応の振り返りを行っている。		
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	地震津波の避難訓練を行い、階段を使用する上階へ移動した。火災の避難訓練を年に2回実施消防署にも立ち会ってもらい初期消火・通報訓練を実施している。協力体制については運営推進会議で提案済みも具体的にはなっていない。	年2回の避難・救出訓練は確実に実施している。環境・リスク委員会を設置し、定期的に事業所や町会防災訓練を実施している。運営推進会議で地域住民の災害時の協力要請もを行い、協力体制を構築し、推進を図っている。災害時の備蓄やスプリンクラーも設置し、安心・安全を確保している。	

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
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	権利擁護や看取りについての研修で尊厳や個別性について考える機会を重ねているが、業務優先や集団を意識するような視点が拭えていないことがある。職員間の不適切な声掛けや会話にも指摘し合え、謝罪できるようにと指導している。	研修教育委員会を設置し、定期的に「尊厳を守るとは(権利擁護・虐待)」の研修を行い、全職員が対人援助サービスの技術と知識を身につけるように取り組んでいる。人生の先輩に対して、尊厳やプライドを損ねない対応の徹底を図っている。	
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	要望を聞き、選択してもらい、意向に合わせて提案しながら自己決定できるように心がけている。それぞれの認知症を的確に捉えきれず、職員の想いが優先していることも見られ、さらに専門的に学んでいく必要がある。		
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	毎日、本人が積極的に意向が言える、こちらもそれを伺っていない。決して無理強いることなく、その場の様子を観ながらに努め、その人のペースは守られているが、それはこの数年にGHが作ってしまったペースではないかとも考える。		
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	衣類の選択に希望をきいたり、ご家族からの提案の衣装や髪飾りなども身に着けていただいている。一方で、ホームの中だからとという意識が職員側にあり、不十分なことがあり課題である。カットのための外出や訪問は大変喜ばれている。		
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	調理作業が難しくなっている利用者が増えたが、できることを見極め一緒に準備をしたり片づけをしている。作業ができなくても目の前でお好み焼を焼く等会話を楽しみながら食事が楽しくなるように取り組んでいる。外食・出前も楽しんでいる。	献立表・食材は業者の管理栄養士の下で作成、提供される。食材は業者のレシピを基に、ホームのキッチンで担当職員が調理する(朝・夕)。昼食は、利用者と職員が協働で、好みの(おかず)を仕入れて食事づくりをしている。利用者と職員が共に食卓を囲み、和気あいあいの家庭的な雰囲気がある。	
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	入居者の状態に添った食事内容・食事形態・食器・道具を考え、援助している。水分摂取量の少ない方は、飲みやすいもの・嗜好に合わせて個別に購入している。必要な方はチェック表を使用して把握し、ケアしている。		
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	ひとり一人にあったケア方法で行っている。拒否が強く不十分な利用者もある。誤嚥の心配な方は毎食後行う。歯科受診時に受けた指導や助言をケアに生かしている。		

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	本人の状態に合わせた排泄用品を検討し使用している。排泄チェック表で排泄についての情報を職員間で共有している。寝たきりの方でもできるだけトイレで排泄ができるよう介助している。	排泄チェック表に時系列に記録された、個人別排泄記録を基に(個人の習慣も参考にして)排泄パターンを把握してトイレ誘導を促がしている。あくまでも、利用者の自立を目指した排泄支援に取り組んでいる。	
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	バナナ・牛乳・乳酸菌飲料・ヨーグルト・オリゴ糖の活用、水分摂取の促しをしている。体操や散歩も効果的である。排便の間隔を把握し、酸化マグネシウムやビオフェルミンなど使用している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	H28.10月から、入浴回数を増やすことと外出や楽しみを増やすために、入浴日を固定し、入居者にも協力をお願いしている。職員主体にならない働きかけで拒否する方が減少、拒否があっても時間や曜日を臨機応変に変更している。	入浴は利用者の体調や希望に柔軟に対応をしている。入浴拒否の場合には、日時・職員変更、清拭、足浴、シャワー浴等で対応をしている。入浴のリラックス時に、歌や会話を楽しみながらの入浴もしている。	
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	本人の状態に合わせて安眠・休息できるように援助している。少し横になることで疲労が軽減し、機嫌よく、安心して過ごしてもらえ。日中できる限り活動的に生活してもらう工夫は必要である。		
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	看護師より薬の内容・副作用等周知を図っている。薬の説明書をフローシートに作成し、すぐに閲覧・確認ができる。服薬による症状の変化は記録報告し主治医に相談、指示を仰いでいる。		
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	生活歴の情報収集とその都度の希望に応じて役割や楽しみを提供できるよう努めていたが、認知症の進行により、それまでと同じ楽しみを続けることが難しくなっている。楽しみや気分転換に繋がるようなケアを提供している。		
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	一人ひとりの希望にそって近隣への散歩、電車・車で外出、一泊旅行を実施している。自宅へ帰ったり、家族との時間を大切に外出計画など、協力も頂いている。帰宅希望のある方には、その都度応じており、安心に繋がっている。	ホームの運営方針にも「どンドン外に出かけましょ」として、利用者の体調や心身状況を考慮して、近隣の散歩、馴染みの店での買い物、外食、お花見、お祭り、旅行等や玄関前と建物沿いの花壇のお世話での外気浴、日光浴等での季節を感じながら、地域の人々との交流を目指した支援している。	

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
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	職員は、入居者がお金を持つ事の大切さを理解し、入居者に合わせて自己管理してもらったり、家族から預かったお金を外出時に渡している。買物で立替した時は、後日家族に報告する。		
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	希望時にはホームの電話(固定・携帯)を使用してもらう。電話を受信した際は入居者に取り次いで必要に応じて支援している。年賀状や手紙等、希望時に支援している。家族への連絡が職員主体になりがち、もっと本人にしてもらいたい。		
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	落ち着いた空間となるように配慮しているが、認知症に対応した分かりやすい環境作りについては更なる検証が必要。リビングや居室に季節の花を飾ったり、写真を掲示したり工夫している。	玄関の入り口に花壇が在り、草花が咲いて心を和ませる。玄関内には車椅子対応のスロープが在り、安全を確保している。食堂兼居間は採光で明るく、一面に畳敷きの空間が在り、季節の花や写真を貼って、寛げる工夫をしている。	
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	建物の構造上、利用者が快適に過ごせる空間作りに限界があるが、廊下と玄関前のベンチや事務所のソファを利用して工夫している。畳スペースを作ったがあまり有効活用できていない。		
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	馴染みの備品を持ちこんでもらうよう家族に働きかけている。畳、テーブル・いす・本・家族の写真・趣味のもの等、本人にとって居心地の良い空間となるよう願っている。なければ貸し出すなどしているが、殺風景な部屋があり、工夫がいる。	居室には、利用者の馴染みの物が持ち込まれている。家族の写真、テレビ、椅子、お仏壇、タンス等があり、従来の生活の継続性を確保している。ナースコール、スプリンクラー等の設置も在り、安心・安全を確保している。清潔感や楽しい居室にする環境整備が継続課題である。	今後は、従来からの業務改善を行い、入居者と職員が共用部・居室を清掃する時間を確保することに加え、清掃専門業者を配置して、清潔な環境を確保する。季節感のある物を飾り、癒しや、楽しい雰囲気の一部屋作りの工夫への取り組みが期待される。
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	一人ひとりの力を活かした安全な環境を整えるよう各居室は、随時、ADLに合わせて配置換えをしたり工夫できているが、共用部分についても、さらなる配慮が必要である。		