

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	4390102301		
法人名	認知症対応型共同生活介護		
事業所名	北杜の郷 1丁目		
所在地	熊本市北区小糸山町718番地		
自己評価作成日	令和2年 2月 13日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/43/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益財団法人 総合健康推進財団		
所在地	熊本市中央区保田窪1-10-38		
訪問調査日	令和2年3月6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)】

<p>1.夢の新「3K職場」を目指して取り組んでいる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者に「感動」をあたえる介護 ・入居者と職員が共に「感動」する介護 ・ご家族に「感謝」をされる介護 <p>2.入居者が楽しみがもてるよう定期的に外出する機会を作り、気分転換を図っている。笑顔の絶えないグループホームになるよう努めている。</p> <p>3.科学的根拠に基づき介護を行う。</p> <p>4.地域社会の一員、地域に愛される施設を目指し、地域行事に参加し地域の人々との交流や関わりを大事にした施設を目指す。</p>

【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)】

<p>閑静な住宅地にある施設です。玄関が中央にあり、右が望星1丁目、左が望星2丁目と新しい施設です。法人の理念は、「で愛」「ふれ愛」「たすけ愛」が玄関前のガラス張りに貼られています。施設理念はさらに具体的に「科学的な根拠に基づく介護」「リスクマネジメントの周知徹底」「地域の一員として地域貢献」など考えてケアを実践されています。職員自ら利用者にとっての暮らし支援とはどうあるべきかなど個々にケアを振り返えられ努力されています。認知症グループホームの特色は、在宅であり、ユニット共同支援であり、病状の変化を汲み取ろうと努力されています。職員が理念を共有しながら根拠が言えるように支援の在り方を模索されているのが見える施設です。</p>
--

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、安心して暮らせている (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	月1回の職員全体ミーティングを利用し、ミーティング内で理念の意味を確認し周知している。各ユニットのホールの壁に張り出し、意識付けしている。地域との連携や情報共有を図っている。	職員ミーティングで意識統一を図り、新人用研修マニュアルで理念の共有をし、理念を具体化して職員自身でケアの根拠を考えながら実践に努めている。	
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	昨年同様、地域の夏祭りや親睦会を通じて地域活動に参加している。地域の方々の顔見知りになり、近所での挨拶や利用者様の散歩時に声をかけてもらい交流ができています。	夏祭りや公民館での地域との親睦会に参加し、地域の方から事業所への理解が得られるよう努めている。日常の散歩を通じ住民と挨拶を交わし、顔見知りとなって会話をするなど近隣住民と触れ合う機会が増加している。	
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	地域推進会議を通じて、自治会長や民生委員から地域のお困り事などの相談を受けることがある。認知症の症状や支援を具体的に情報交換している。今後は、地域包括支援センターと合同で地域の方々に向けたサロンなども提案している。		
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回実施。ホームの状況を活動風景などの写真を見て頂き報告。地域との情報交換で交流を図り、家族代表の方の意見を参考にサービスの向上を図っている。	地域包括支援センター、自治会長、民生委員、入所者家族代表が参加する運営推進会議が二か月に一回開催され、事業所からの報告や入所定員に関する質問、意見交換などが行われている。そこで情報提供や助言を受けるなど相互連携の機会となっている。	
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	地域推進会議に地域包括支援センターからも参加し頂き、情報を共有している。また、熊本県地域密着型サービス連絡会を紹介して頂き横の繋がりも強化できた。生活保護受給者の利用者様と家族が安心できるよう行政との連携を図り、支援を行った。	できる限り利用者のニーズに応えようと、特に生活保護受給者が安心して利用できるよう行政との協議や相談を行っているなど、常に市町村と連携が取れるよう努力されている。	
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「介指定義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	身体拘束委員会を3ヶ月に1回の頻度で実施し、身体拘束せずにケアする方法や課題を検討、継続。内容を全体ミーティングで職員に周知している。間違えやすい具体的な例を委員会より説明し、身体拘束・高齢者虐待に繋がることを再度、確認し理解を深めている。	身体拘束委員会を3か月に一回実施し、課題について検討し記録している。拘束の具体例として身体拘束や、高齢者虐待につながることからベッドを壁際につけないことなどが挙げられている。	
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	全体ミーティングを通じて高齢者虐待について理解を深めるよう周知している。新人教育でも資料を用いてしっかり理解してもらい防止に努めている。		

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
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	職員会議にて資料を用いて権利擁護について理解を深めるよう周知している。今後は、新人研修でも権利擁護の知識を深めていけるよう研修会を行っていく。			
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約締結前よりパンフレットを用いて入居料金や介護費についてはしっかり説明を行っている。また、入居時に必要な用品をリストアップし本人・家族には納得した形で入居契約につながるようになっている。事前に見学にも来ていただき、疑問や不安に思っていることも聞き、納得していただくようになっている。			
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	地域推進会議に家族代表が参加し、ホームに対するの意見や要望などを議事録にまとめ、職員全員が閲覧して情報共有することで改善に努めている。		意見箱が所内に設置されているが、実際の意見の投入が無く、地域推進会議に利用者家族代表が参加しているものの、全体の意見を十分反映しているとまでは言えない状況である。	利用者家族の代表者のみならず、すべての入居者の家族から意見を聴取できる工夫を期待します。
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	職員会議に代表者も参加し、運営や業務についての職員の意見や要望を言えるような場を設けてあり、速やかに検討し改善に努めている。		月一回の職員会議に経営者の参加があり、職員代表が運営や業務についての意見や要望を発信する機会が提供されている。勤務評価に反映され働きやすい労働環境が整備されている。	会議に参加しない職員の意見を聞き取って反映できるような工夫を期待します。
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	研修会等には積極的に参加し、キャリアアップの仕組みができるよう努めている。年度ごとに人事考課を実施し、各自の努力とやりがいに見合った職場環境作りに努めている。			
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	個々のスキルアップに必要な研修を受ける機会を勤務時間内で参加できるよう配慮している。			
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	5月から熊本県地域密着型サービス連合会に加入し、交流する機会や勉強会に参加することができている。またネットワークを通じて、情報交換しサービスの向上に努めている。			

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
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	サービスを利用する前は、本人・家族と必ず管理者は顔合わせをすることで顔なじみの関係を作る。事前に施設内の見学や雰囲気を見ていただき、不安や要望を確認しながら、安心していただけるよう心掛けている。		
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	初期の相談を受けた段階でご家族が困っている不安や悩み、今後の要望など可能な限り理解し、傾聴していく。どのような支援が今後は望ましいか考えていける関係づくりに努めている。		
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	本人・家族を支援していくうえで必要と感じた際には、社会資源が使えるように地域包括支援センター等と連携を取りながら提供できる体制に努めている。		
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	本人のニーズを把握し、決めつけの介護をしないよう職員が一方的な支援に繋がらないよう努めている。		
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	施設に入居しても本人と家族の関係性は継続して大切にしたいと考えている。可能な限り、面会や病院受診等を協力してもらうよう関係作りを行っている。		
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	施設に入居されても面会は可能な限り依頼している。近い親族だけでなく、遠方の親族や友人が面会に来所しやすい雰囲気作りにも努めている。また、本人が実家に帰ったり法事などで家族と外出することで関係が継続している。	利用者家族に対し可能な限り面会を受け入れ、利用者にも実家や親族宅を訪問する機会を設けるなど関係継続に努めている。直ぐに関係を忘れる入所者について家族写真を部屋に貼り想起させる工夫をして関係が途切れない支援をしている。	
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	レクリエーションで季節に合わせた制作物を一緒に作ることで、一緒に語りあい笑いあえる関係性のできる支援を行っている。		

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		○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	退去された方へは、その後の経過を電話を通じて現状確認を取るよう努めている。また、電話や来所されても安心してなんでもご相談できる関係性を大切にしている。			
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	「本人の生活歴、どのようにしたいのか」をしっかり考え、それに応じた支援ができるように努めている。意思表示の困難な場合は、アセスメントの情報や家族の方の意見を参考にし、本人の意向に少しでも近づく支援に努めている。	日々の関わりの中、声掛けや双方の思いを把握しようと努めている。意思疎通が困難な場合、入所者家族と話し合い、介護計画のアセスメント情報を参考にする等工夫している。		
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	家族との面談を通じて、本人の生活歴や最近の生活状況を把握し、支援につなげるよう努めている。			
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	これまでの生活スタイルを把握し、職員の都合で本人の過ごし方を決定しないようにしている。本人のニーズに合った過ごし方を尊重し、職員が個々の有する力を把握するよう努めている。			
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	介護支援専門員が立案した介護計画書を家族に説明し同意を得た後、職員が周知しやすいよう閲覧している。職員は、介護計画書に沿った支援ができるよう努めている。	利用者のニーズに沿ったアセスメント、介護計画が立てられている。家族の同意後に利用者主体の暮らしが反映されるような現状に沿った計画が作成され、職員に共有されている。	介護計画はチームで作成されたと思われる。家族の同意以前に検討されるとさらに効果的ではないでしょうか。	
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	日々の様子を個別記録に記入し、日勤帯・夜勤帯と申し送りを行い、職員間の情報共有ができています。また、個々で検討したいケアや気づきについては職員会議で話し合い、介護計画の見直しや家族との情報共有に努めている。			
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	本人のニーズに合わせて天気の良い日は散歩やドライブ等の外出の機会を作る。保育園児との交流や季節の行事ごとで季節感を味わっていただく支援に努めている。			

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	
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	本人のニーズをもとに資源活動ができるように努め、意向に沿った支援が行えるようにしている。			
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	本人及び家族の希望でかかりつけ医を選択していただいている。新しくかかりつけ医の相談があった場合は、情報提供書を作成し協力医療機関との連携・情報交換を図っている。	かかりつけ医の希望を優先している。基本的に受診や通院は入所者家族の同行が必要だが不可能な場合、職員が代行し同行している。		
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	内服管理、次回受診の管理などは看護職が主に行っている。受診前には、状態の変化や相談したい内容を介護職とも情報交換し、指示や助言などができるようにしている。			
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。	緊急で入院した場合は、状況報告・看護サマリーを提供し、医療機関との情報交換を行っている。退院時には、病院側と連携を図りカンファレンスに参加し、情報共有、連携が取れる体制をつくれるようにしている。			
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	現段階では看取りを当施設では行っていない。しかし、契約時に今後どのような対応を望まれているかを確認したうえで重度化及び看取りに関する指針について説明を行っている。今後は、看取りの支援に向けて訪問診療なども現在、検討中である。	終末期にに向けた方針については、現在、看取りを行っていないため入所の契約時に説明し、意向を聴き取った上で同意書を作成している。今後は看取りの支援を行うことが出来るように、関係機関と連携を検討している。		
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	急変時、事故発生時のマニュアルを作成し職員に周知するようにしている。また緊急時の連絡網を作成し夜間帯に備えている。全体ミーティングでは、救急対処法の実演(AEDの使用法・蘇生法)の研修を行い、職員への研修・訓練を行っている。			
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	火災、地震に関してのマニュアルを作成し、消防避難訓練を年2回実施している。今後は色々な災害または時間帯を想定して訓練していく必要がある。	火災、防災時のマニュアルは完備されており、消防訓練は計画的に年2回実施されている。運営会議で避難訓練等について報告し、意見を聴取している。	所在が住宅地ということもあり、避難場所である駐車場である再検討や、訓練への地域住民の参加を検討されたい。	

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	利用者の居室への入室は、本人への了解を頂いている。本人の生活歴を把握し、個々の人権を尊重した声掛けに努めている。排泄や入浴など自尊心に配慮をしながら支援を行っている。	利用者が以前居住していた地域の自治会長が来訪した事があり、その後、利用者の帰宅願望が強くなったことがあった。本人より事前の了承を得て居室で面会したが、そのことが一つの原因のようであった。	入居者家族以外の面会場所を検討するなど工夫を期待したい。	
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	職員は利用者が自分で選択しやすいような質問を行い、少しでも本人の思いに寄り添った支援を行うことを心掛けている。			
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	ホームの一日の流れはあるが、個々の体調やペースに合わせて過ごしていただいている。利用者の希望にすべて合わせた支援が利用者にとって良いことか職員の都合が良く判断し、職員側の都合にならないよう努めている。			
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	起床時はパジャマから普段着に更衣される支援を行っている。男性は髭剃り、女性は化粧、髪を整えるなど身だしなみを意識される。入浴後も本人と一緒にどのような衣服を着たいか考え支援している。			
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	利用者と職員と一緒に楽しく会話をしながら食事をすることで個々の好みや食事摂取状況、嚥下状態などの情報を得ることができる。季節の行事や誕生会には、利用者のニーズに沿ったものを提供できるよう努めている。	食事前の献立のお知らせや嚥下体操がされている。食事は調理師が作り好評であり、利用者も楽しみにしているようである。食事時間中はテレビを見ている人あり、台拭きなどを手伝う方ありと様々である。まだ、ここが我が家であるという感覚が持てない方もいらっしゃるようである。	せっかくの利用者と職員のコミュニケーションの機会であるので、食事時間中のテレビ視聴に代わる空間づくりの工夫を希望します。	
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	月1回の体重測定を行い、増減が大きい場合は病院受診にて家族・医療機関と情報交換を行っている。それを基に家族と相談のうえ、食事量などを状況に合わせて調整対応を図っている。			
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、口腔ケアの声掛けを行い自分で行ってもらう。不自由なところは一部支援を行い、口腔内の清潔に努めている。			

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	
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	職員が排泄パターンを把握し、声掛けして誘導を行うことで排泄の失敗も軽減されている。布パンツでの失禁が多い女性利用者をすぐリハビリパンツではなく、市販の尿取りパットで自尊心への配慮を行いながら使用を促し、排泄の失敗を少なくする支援を行っている。	職員が入所者の排泄パターンに沿って声掛けを行ない、また尿とりパッドを使用し時間ごとに排泄誘導することで失敗を軽減している。トイレ掃除のマニュアルを作成し、排泄の失敗で自尊心を損なわない配慮が行われている。		
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	体操、歩行訓練などの運動を働きかけ、こまめに水分補給を行っている。排便のチェックを行い、状況によっては医療機関より下剤の処方を受けている。			
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	週3回の入浴を実施している。個浴に対応しており、機械浴での入浴も可能。事前に体調を確認し、入浴の有無を判断する。入浴不可でも更衣を行い清潔保持行う。自立支援を促し、個々の能力にそった支援を行っている。	週3回の入浴に関し入所者の体調と希望に応じた支援がされている。身体を洗うことが可能な方には自立支援を行なっている。また浴場は掃除マニュアルを整備し常に清潔に保つ工夫を行なっている。		
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	個々の生活歴に把握し、その時々状況に合わせて職員と会話したりテレビ鑑賞をされている。就寝時間も本人に合わせてよう支援している。			
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	内服薬、点眼薬などは薬関係は看護師が管理している。服薬ミスがないよう看護師が内服薬のセット時も二重確認を行い、服薬時も職員同士で二重確認を行っている。本人様の前でも名前と服薬の確認を行い、誤薬や飲み忘れにつながらないよう努めている。			
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	花が好きな利用者に施設内の花瓶に花を活けたり、手入れをお願いしている。男性利用者は職員と将棋をする楽しみや保育園児と触れ合う機会を楽しみにされ、張り合いをもった生活を送ることが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	天気や気候が良い日は、職員が同行しドライブで外出を行っている。家族と協力し、初詣などに行けない方は外出し、季節行事を味わって頂けるよう努めている。晴れた日は、近所を散歩し地域と方々との交流も図っている。	月に1,2回程度、菓子を持参して近隣の公園や神社または道の駅や利用者のバラ園など様々な場所へ訪問している。戸外へ出る機会を設け、季節感を肌で感じてもらう工夫をしており、入所者も楽しみにしている。		

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
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	入居時の契約時に家族と相談し、個々の能力に沿って本人が管理する金額を決めている。本人の意思でお金を使えるように支援している。			
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	家族に事前に説明し、本人が家族に連絡を取れる体制を作ってもらっている。家族の協力もあり、入居されても家族との関わりが継続しているという安心感につながっている。			
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	トイレは居室の近くに設置してある。ホールの中央にテーブルが設置してあり、居室を出ると共用の空間(見られた職員・利用者・適度な温度・光)が見えるという環境であり、安心できる空間づくりに努めている。		居室前に共有空間(ホール)があり入所者がいつでも利用できるようになっている。1ユニットごとに居室横に共有のトイレが4か所設置されている。職員の顔が見えるよう机が配置されており、安心感を与えていて、リビングルームと言える空間になっている。	
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	共用空間の中でも新聞読んで過ごしたり、テレビ鑑賞をされる。ソファーに座り、懐かしい音楽を聴きながら利用者同士で語り合ったり、歌をうたったり個々の時間が過ごせるよう努めている。			
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	入居前に家族に相談し、居室に入るもので本人が使い慣れたものを持参していただいている。写真や絵など本人が安心できるような環境作りを家族と協力して行っている。		個人の居室には家族と話し合いながら、本人の大切な写真や装飾品が置いてあり、脳トレーニングなどが冊子にして下げられていたり、大切な作品をおいたりなど、落ち着ける環境づくりがなされている。	
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	建物内部はすべてバリアフリーで車いすでも支障はない。夜間でもポータブルトイレを使用せず(一部の方を除く)、トイレでの排泄ができるよう支援している。			

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	4390102301		
法人名	認知症対応型共同生活介護		
事業所名	北杜の郷 2丁目		
所在地	熊本市北区小糸山町718番地		
自己評価作成日	令和2年 2月 13日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/43/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益財団法人 総合健康推進財団		
所在地	熊本市中央区保田窪1-10-38		
訪問調査日	令和2年3月6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)】

1.夢の新「3K職場」を目指して取り組んでいる。 ・入居者に「感動」をあたえる介護 ・入居者と職員が共に「感動」する介護 ・ご家族に「感謝」をされる介護
2.入居者が楽しみがもてるよう定期的に外出する機会を作り、気分転換を図っている。笑顔の絶えないグループホームになるよう努めている。
3.科学的根拠に基づき介護を行う。
4.地域社会の一員、地域に愛される施設を目指し、地域行事に参加し地域の人々との交流や関わりを大事にした施設を目指す。

【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)】

グループホームは、閑静な住宅の一角にあり、玄関を入ると右手に望星1丁目、左手に望星2丁目と2ユニットがあります。法人の理念は、「で愛」「ふれ愛」「たすけ愛」、施設理念は「科学的根拠に基づく介護」「リスクマネジメントの周知徹底」「地域の一員として地域貢献」を目指されています。在宅で暮らす利用者にとってのグループホームの役割は？と職員が日々自問自答しながら利用者のニーズをくみ取る努力が伺えます。ケア計画やミーティングの記録も整備されています。新人研修では、トイレや入浴場の清掃マニュアルもありました。地域で暮らす一員として清掃活動や自治会行事にも参加されまだ開設が浅い施設ですが前向きに取り組まれていました。
--

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. 全くいない
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	月1回の職員全体ミーティングを利用し、ミーティング内で理念の意味を確認し周知している。各ユニットのホールの壁に張り出し、意識付けしている。地域との連携や情報共有を図っている。		
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	昨年同様、地域の夏祭りや親睦会を通じて地域活動に参加している。地域の方々の顔見知りになり、近所での挨拶や利用者様の散歩時に声をかけてもらい交流ができています。		
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	地域推進会議を通じて、自治会長や民生委員から地域のお困り事などの相談を受けることがある。認知症の症状や支援を具体的に情報交換している。今後は、地域包括支援センターと合同で地域の方々に向けたサロンなども提案している。		
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回実施。ホームの状況を活動風景などの写真を見て頂き報告。地域との情報交換で交流を図り、家族代表の方の意見を参考にサービスの向上を図っている。新しいユニットの家族代表を検討中である。		
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	地域推進会議に地域包括支援センターからも参加し頂き、情報を共有している。また、熊本県地域密着型サービス連絡会を紹介して頂き横の繋がりも強化できた。生活保護受給者の利用者様と家族が安心できるように行政との連携を図り、支援を行っています。		
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「介指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	身体拘束委員会を3ヶ月に1回の頻度で実施し、身体拘束せずにケアする方法や課題を検討、継続。内容を全体ミーティングで職員に周知している。間違えやすい具体的な例を委員会より説明し、身体拘束・高齢者虐待に繋がることを再度、確認し理解を深めている。		
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	全体ミーティングを通じて高齢者虐待について理解を深めるよう周知している。新人教育でも資料を用いてしっかり理解してもらい防止に努めている。		

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
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	職員会議にて資料を用いて権利擁護について理解を深めるよう周知している。今後は、新人研修でも権利擁護の知識を深めていけるよう研修会を行っていく。			
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約締結前よりパンフレットを用いて入居料金や介護費についてはしっかり説明を行っている。また、入居時に必要な用品をリストアップし本人・家族には納得した形で入居契約につながるようになっている。事前に見学にも来ていただき、疑問や不安に思っていることも聞き、納得していただくようになっている。			
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	地域推進会議に家族代表が参加し、ホームに対する意見や要望などを議事録にまとめ、職員全員が閲覧して情報共有することで改善に努めている。			
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	職員会議に代表者も参加し、運営や業務についての職員の意見や要望を言えるような場を設けてあり、速やかに検討し改善に努めている。			
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	研修会等には積極的に参加し、キャリアアップの仕組みができるよう努めている。年度ごとに人事考課を実施し、各自の努力とやりがいに見合った職場環境作りに努めている。			
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	個々のスキルアップに必要な研修を受ける機会を勤務時間内で参加できるよう配慮している。			
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	5月から熊本県地域密着型サービス連合会に加入し、交流する機会や勉強会に参加することができている。またネットワークを通じて、情報交換しサービスの向上に努めている。			

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
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	サービスを利用する前は、本人・家族と必ず管理者は顔合わせをすることで顔なじみの関係を作る。事前に施設内の見学や雰囲気を見ていただき、不安や要望を確認しながら、安心していただけるよう心掛けている。		
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	初期の相談を受けた段階でご家族が困っている不安や悩み、今後の要望など可能な限り理解し、傾聴していく。どのような支援が今後は望ましいか考えていける関係づくりに努めている。		
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	本人・家族を支援していくうえで必要と感じた際には、社会資源が使えるように地域包括支援センター等と連携を取りながら提供できる体制に努めている。		
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	本人のニーズを把握し、決めつけの介護をしないよう職員が一方的な支援に繋がらないよう努めている。		
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	施設に入居しても本人と家族の関係性は継続して大切にしたいと考えている。可能な限り、面会や病院受診等を協力してもらうよう関係作りを行っている。入居してすぐは本人が精神的に不安定なことを家族と相談し、施設と家族が協力して本人が安心して生活できるように努めている。		
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	施設に入居されても面会は可能な限り依頼している。近い親族だけでなく、遠方の親族や友人が面会に来所しやすい雰囲気作りに努めている。また、本人が実家に帰ったり法事などで家族と外出することで関係が継続している。		
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	レクリエーションで季節に合わせた制作物を一緒に作ることで、一緒に語りあい笑いあえる関係性のできる支援を行っている。		

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		○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	退去された方へは、その後の経過を電話を通じて現状確認を取るよう努めている。また、電話や来所されても安心してなんでもご相談できる関係性を大切にしている。		
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	「本人の生活歴、どのようにしたいのか」をしっかりと考え、それに応じた支援ができるように努めている。意思表示の困難な場合は、アセスメントの情報や家族の方の意見を参考にし、本人の意向に少しでも近づく支援に努めている。		
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	家族との面談を通じて、本人の生活歴や最近の生活状況を把握し、支援につなげるよう努めている。		
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	これまでの生活スタイルを把握し、職員の都合で本人の過ごし方を決定しないようにしている。本人のニーズに合った過ごし方を尊重し、職員が個々の有する力を把握するよう努めている。		
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	介護支援専門員が立案した介護計画書を家族に説明し同意を得た後、職員が周知しやすいよう閲覧している。職員は、介護計画書に沿った支援ができるよう努めている。		
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	日々の様子を個別記録に記入し、日勤帯・夜勤帯と申し送りを行い、職員間の情報共有ができています。また、個々で検討したいケアや気づきについては職員会議で話し合い、介護計画の見直しや家族との情報共有に努めています。		
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	本人のニーズに合わせて天気の良い日は散歩やドライブ等の外出の機会を作る。保育園児との交流や季節の行事ごとで季節感を味わっていただく支援に努めている。		

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
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	本人のニーズをもとに資源活動ができるように努め、意向に沿った支援が行えるようにしている。		
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	本人及び家族の希望でかかりつけ医を選択していただいている。新しくかかりつけ医の相談があった場合は、情報提供書を作成し協力医療機関との連携・情報交換を図っている。		
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支援している	内服管理、次回受診の管理などは看護職が主に行っている。受診前には、状態の変化や相談したい内容を介護職とも情報交換し、指示や助言などができるようにしている。		
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	緊急で入院した場合は、状況報告・看護サマリーを提供し、医療機関との情報交換を行っている。退院時には、病院側と連携を図りカンファレンスに参加し、情報共有、連携が取れる体制をつくれるようにしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	現段階では看取りを当施設では行っていない。しかし、契約時に今後どのような対応を望まれているかを確認したうえで重度化及び看取りに関する指針について説明を行っている。今後は、看取りの支援に向けて訪問診療なども現在、検討中である。		
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	急変時、事故発生時のマニュアルを作成し職員に周知するようにしている。また緊急時の連絡網を作成し夜間帯に備えている。全体ミーティングでは、救急対処法の実演(AEDの使用法・蘇生法)の研修を行い、職員への研修・訓練を行っている。		
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	火災、地震に関するマニュアルを作成し、消防避難訓練を年2回実施している。今後は色々な災害または時間帯を想定して訓練していく必要がある。		

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
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	利用者の居室への入室は、本人への了解を頂いている。本人の生活歴を把握し、個々の人権を尊重した声掛けに努めている。排泄や入浴など自尊心に配慮をしながら支援を行っている。		
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	職員は利用者が自分で選択しやすいような質問を行い、少しでも本人の思いに寄り添った支援を行うことを心掛けている。		
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	ホームの一日の流れはあるが、個々の体調やペースに合わせて過ごしていただいている。利用者の希望にすべて合わせた支援が利用者にとって良いことか職員の都合が良く判断し、職員側の都合にならないよう努めている。		
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	起床時はパジャマから普段着に更衣される支援を行っている。男性は髭剃り、女性は化粧、髪を整えるなど身だしなみを意識される。入浴後も本人と一緒にどのような衣服を着たいか考え支援している。		
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	利用者と職員と一緒に楽しく会話をしながら食事をすることで個々の好みや食事摂取状況、嚥下状態などの情報を得ることができる。季節の行事や誕生会には、利用者のニーズに沿ったものを提供できるよう努めている。		
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	月1回の体重測定を行い、増減が大きい場合は病院受診にて家族・医療機関と情報交換を行っている。それを基に家族と相談のうえ、食事量などを状況に合わせて調整対応を図っている。		
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、口腔ケアの声掛けを行い自分で行ってもらっている。不自由なところは一部支援を行い、口腔内の清潔に努めている。		

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	
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	職員が排泄パターンを把握し、声掛けして誘導を行うことで排泄の失敗も軽減されている。布パンツでの失禁が多い女性利用者をすぐりハビリパンツではなく、市販の尿取りパットで自尊心への配慮を行いながら使用を促し、排泄の失敗を少なくする支援を行っている。			
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	体操、歩行訓練などの運動を働きかけ、こまめに水分補給を行っている。排便のチェックを行い、状況によっては医療機関より下剤の処方を受けている。			
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	週3回の入浴を実施している。個浴に対応しており、機械浴での入浴も可能。事前に体調を確認し、入浴の有無を判断する。入浴不可でも更衣を行い清潔保持行う。自立支援を促し、個々の能力にそった支援を行っている。			
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	個々の生活歴に把握し、その時々状況に合わせて職員と会話したりテレビ鑑賞をされている。就寝時間も本人に合わせてよう支援している。			
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	内服薬、点眼薬などは薬関係は看護師が管理している。服薬ミスがないよう看護師が内服薬のセット時も二重確認を行い、服薬時も職員同士で二重確認を行っている。本人様の前でも名前と服薬の確認を行い、誤薬や飲み忘れにつながらないよう努めている。			
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	花が好きな利用者に施設内の花瓶に花を活けたり、手入れをお願いしている。男性利用者は職員と将棋をする楽しみや保育園児と触れ合う機会を楽しみにされ、張り合いをもった生活を送ることが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支援している	天気や気候が良い日は、職員が同行しドライブで外出を行っている。家族と協力し、初詣などに行けない方は外出し、季節行事を味わって頂けるよう努めている。晴れた日は、近所を散歩し地域と方々との交流も図っている。			

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	入居時の契約時に家族と相談し、個々の能力に沿って本人が管理する金額を決めている。本人の意思でお金を使えるように支援している。		
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	家族に事前に説明し、本人が家族に連絡を取れる体制を作ってもらっている。家族の協力もあり、入居されても家族との関わりが継続しているという安心感につながっている。		
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工夫をしている	トイレは居室の近くに設置してある。ホールの中央にテーブルが設置してあり、居室を出ると共用の空間(見られた職員・利用者・適度な温度・光)が見えるという環境であり、安心できる空間づくりに努めている。		
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	共用空間の中でも新聞読んで過ごしたり、テレビ鑑賞をされる。ソファーに座り、懐かしい音楽を聴きながら利用者同士で語り合ったり、歌をうたったり個々の時間が過ごせるよう努めている。		
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	入居前に家族に相談し、居室に入るもので本人が使い慣れたものを持参していただいている。写真や絵など本人が安心できるような環境作りを家族と協力して行っている。		
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	建物内部はすべてバリアフリーで車いすでも支障はない。夜間でもポータブルトイレを使用せず(一部の方を除く)、トイレでの排泄ができるよう支援している。		