

1 自己評価及び外部評価票

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3770103608		
法人名	医療法人社団 光樹会		
事業所名	グループホーム木太		
所在地	高松市木太町3749-3		
自己評価作成日	令和元年 9月1日	評価結果市町受理日	

※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/37/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人香川県社会福祉協議会
所在地	香川県高松市番町1丁目10番35号
訪問調査日	令和元年10月31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)】

開設15年目を迎え更なる職員のレベル向上のため継続してキャリアアップを支援しより質の良い施設環境の提供が出来るよう努めています。同時に隣接する母体病院の協力の下、終末期まで視野に入れた支援が実現できています。また地域の催し物への参加等、老人会、民生委員、近隣の方々のおかげで地域に根差した施設として発展しております。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

地域の幼稚園との交流をはじめ、文化祭や敬老会、小学校の運動会など、地域行事に積極的に参加している。入居相談や見学も多く、開設以来、地域との信頼関係づくりに尽力してきた様子が見える。また、母体のクリニックの医師や看護師と緊密な連携を取るとともに、他の医療機関への受診の支援も行うなど、医療体制が充実している。看取りの実績も多数あり、終末期には、カンファレンスを重ねながら、その人らしい最期を迎えることができるようチームで支援している。家族には、本人の状況を手紙などで毎月報告したり、運営推進会議への参加を進めるなど、家族との信頼関係の維持に努めている。

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	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、生き生きと働けている (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票

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	Tender【思いやり】Loving【愛情ある】Care【介護】の施設理念の下「一人ひとりの個性を大切に活気ある生活を」をモットーに明るく活気ある、かつ地域に根差した組織として発展している。またプライマリアケアの実現を目指している。	Tender【思いやり】Loving【愛情ある】Care【介護】の施設理念のもと、ユニットごとに目標を策定し、理念の共有と具現化を図っている。また、理念に沿って、職員一人ひとりが年度目標を立てている。	
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	地域の幼稚園との交流は12年目を迎え、子供会・自治会の獅子舞の披露、コミュニティセンター「餅つき」への参加は恒例になっている。益々地域に根差した施設として発展している。	地域の幼稚園との交流をはじめ、文化祭や敬老会、小学校の運動会など、地域行事に積極的に参加している。入居相談や見学も多く、開設以来、地域との信頼関係づくりに尽力してきた様子がうかがえる。	
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	市役所の介護保険課や母体医院の入口に施設新聞「はつらつ」を継続して設置しており好評を得ている。またレクリエーションで作成した作品を地区の文化祭へ出品する事も継続しており好評を得ている。	/	/
4	(3)	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	二ヶ月に一回の運営推進会議を滞ることなく継続している。入居者、ご家族、老人会、民生委員、近所の方、包括支援センターの方々の参加で貴重な意見交換の場となっている。ご家族の意見は早期に見直しを実施し報告する場になっている。またスタッフは順次同会議に参加しており、参加出来なかったスタッフには周知を徹底する事でサービスの向上につなげている。	民生委員や老人会の会長など、地域関係者の参加が充実している。また、利用者や家族も参加している。会議では、行事報告や入退居報告など、事業所の現状を詳細に報告するとともに、意見交換も活発である。主治医や老人会長のミニ講話もある。また、職員も交代で参加するなど、会議をサービス向上に活かしている。	講演会の開催など、これまで事業所で培った経験を地域に発信することで、認知症ケアや地域包括ケアの拠点として、さらに地域になくはない存在となるよう期待したい。
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	運営推進会議への地域包括支援センターの方々の参加時、電話での相談時に施設の取り組み等について貴重な意見をいただいている。		
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	施設内研修において「身体拘束」についての勉強を行っておりスタッフの「身体拘束をしない」意識向上に役立っている。また身体拘束適正化検討対策委員会において施設内の現状を確認し身体拘束をしないケアを再確認している。	運営推進会議において、身体拘束について取り上げたり、職員に対して意識調査を行うなど、身体拘束ゼロに向けて取り組んでいる。やむを得ず、拘束する場合も所定の手続きを踏みつつ、最小限に抑え、解除に向けて話し合っている。	引き続き、定期的に身体拘束についての研修を行うことで、新人職員や経験の浅い職員においても、拘束についての正しい理解が深まることを期待したい。

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	施設内研修等にて虐待防止の勉強会を継続している。虐待を行っていないか常に意識しつつ、スタッフ間でもお互いに注意を払い、気になる点があればスタッフ間の情報を共有できるように努めている。虐待防止身体拘束検討委員会(2カ月に一回)にて協議している。		
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	施設内研修等において権利擁護制度に関する勉強を行っている。成年後見制度に関する入所もあり関係機関への相談や助言をいただく事で必要な方への支援を行っている。今後更なる意識向上の為弁護士、社会福祉士等による勉強会を実施したい。		
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	入所前に重要事項を説明の上、疑問点の有無を確認し疑問があれば納得いくまで説明し了解を得ている。重要事項の変更、改定については随時書面でお知らせし同意を得ている。		
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	入所前に苦情相談窓口の説明を行っており事業所内には意見箱を設けている。また入所者との日頃の会話から意見、要望をくみ取り運営に反映できるように努めている。年一回の家族会の実施を心がけ家族間の交流を図ると共に貴重な意見をいただいている。	運営推進会議に利用者や家族が参加している。毎月、行事予定や便り、本人の状況などを家族に送るなど、家族との信頼関係づくりに努めている。また、夏祭りなどの行事に家族が参加できる機会を作っており、家族が意見を言いやすい雰囲気づくりを心がけている。	
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	スタッフミーティングでまとめた意見、要望を施設長に随時連絡、相談し職場環境の改善に努めている。またスタッフへのアンケート調査も実施している。	おおむね1か月ごとにミーティングを行っており、その際に提案や意見交換を行っている。また、職員アンケートを実施するなど、職員の意見を運営に反映させるよう努めている。	
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	スタッフ各自が就業規則、スタッフミーティングにていかにしてやりがいを持って働けるか等意見を出し合っている。		
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	新人研修において運営理念と行動規範を理解し施設研修計画を実施する。後施設内、外の研修に参加するとともに他スタッフに習得した知識を周知させ全体のスキルアップを目指している。		

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	事業所外研修に参加し他事業所職員との交流を図る。事業所訪問を受けた場合は情報交換しサービスの向上に活かしている。		
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	入所前に事業所見学をしていただく。入院中なら訪問、待機中ならデイサービス等を利用して頂きスタッフと顔なじみになり、要望を聞き安心して入所していただくよう努めている。		
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	施設見学時、入所前の面談時に当施設の方針、取り組み方を時間をかけ説明すると同時にご家族の要望、悩みを聞き安心感を持って頂くようにしている。また入居後も訪問時や毎月のお便りで現状報告を行い新しい要望等を引き出すように努めている。		
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	家族、主治医、ケアマネージャーと連携し本人の健康状態、精神状態、希望を考慮した多様なサービスに対応出来る様努めている。		
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	入所前に出来る事を把握し出来る事は極力自身で行ってもらうように声かけしている。また人生の先輩としてお話や日常の行動は貴重であり見習う面も多く「教えていただく」姿勢を大切にしている。		
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	毎月のお便り等で入所者の心身の状況【特に体調の変化事】を報告しつつ、必要に応じて電話や訪問でご家族からの支援をお願いしている。また日々の様子【趣味、外出等楽しんだ事柄】を伝えるようにしている。食事会、お墓詣り等の家族との外出も推奨している。		
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	面会に来られる友人、知人の方々が来所し易い場所であるように、スタッフの接遇の向上、明るい雰囲気作りに努めている。	家族や友人・知人が面会に来やすいように雰囲気づくりに努めている。また、利用者と一緒にカフェに行き、そこで家族とお茶を飲むなど、個別支援を行っている。外出行事でも、近隣の名所や公園など、馴染みの場所に出かけている。	

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	認知症レベルの違う入所者どうしの会話にスタッフが同席、会話がスムーズに出来る様にサポートしている。レクリエーションの作品作りもお互いが助け合い作品が出来る様配慮している。		
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	退所されたご家族へ年賀はがき等で現状をお伺いする。そして遠慮のないご意見をいただけるよう考えている。退所者のご家族の紹介で入所となった例もある。		
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	本人との会話や日頃の何気ない行動に注意を払い、どのような思い、希望を持っているか把握出来る様努めている。把握できたものは出来る、出来ないを個人で判断せず、ミーティング等で話し合う様にしている。	日頃の会話の中で、思いや希望を汲み取るようにし、些細なことでも申し送りノートで職員間で共有している。また、生活歴や家族からの情報も大切にしている。	
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	入所前に入所者本人の生活歴等を把握するよう努めているが、入所後も本人、ご家族はもちろんプライバシーに配慮しつつ、知人等からも極力情報を得る様にしている。		
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	日々の生活の中で各スタッフが入居者の過ごし方、心身の状態、有する能力等の把握に努め、申し送り、ミーティング等で意見交換、また記録を残す事で改善につなげている。そして医療、介護の両面からサポートしている。		
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	本人やご家族の意見を聞き、主治医との連携もしつつ、スタッフ間で意見交換し本人に合ったプランを作成、ご家族に説明し同意を得ている。	3か月ごとに担当職員がモニタリングを行い、それをもとに計画を見直している。また、家族の意見や主治医の意見も積極的に取り入れている。看取り期には看取り介護計画を作成し、その人らしい最期を送れるよう支援している。	
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	日々の記録でケアの実践、結果を申し送りミーティング等で情報交換する。そしてプランの見直しに役立っている。		

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	母体病院や併設の通所介護事業所との交流が出来ており、共同での催し物の実施等幅広いサービスが実現できている。		
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	入居者の意向や必要性に応じて、消防訓練・交通安全教室・毎月のボランティア訪問等多くの協力を受けている。また民生員の方からも継続してお出掛け場所等の情報提供をいただいている。		
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	主治医が入居者の体調を毎日把握し必要に応じて対応している。また入居者の状態や家族の希望に応じて専門医への紹介、主治医と専門医との連携に対応している。主治医への質問や相談の書式を統一し実施している。	ほぼ毎日、母体の医院から往診がある。加えて、県立病院や大学病院等の専門外来への受診も職員が支援を行うなど、安心して医療が受けられる体制にある。	
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	施設内及び母体病院の看護師と連絡を密にし情報を共有する事で入居者の細かな変化に早く気づき適切な医療を受けることが出来る。		
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。	主治医と入院先との医療連携体制ができておりケアマネージャーが地域医療連携室のソーシャルワーカー等との面談、情報交換がスムーズに出来ている。これにより早期の退院が実現できている。		
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	入所時に重度化した場合の終末期の在り方について当事業所の方針、考え方を説明しており同時にご家族の希望等も聞き書面にサイン等をいただいている。重度化の場合は医療機関、介護職員と話し合い看取り介護計画書を作成し終末期に向けた取り組みを行っている。	入居時に「重度化した場合における対応および看取りに関する指針」をもとに説明を行い、同意を得ている。終末期の際は、主治医から説明を行い、カンファレンスを重ねながら、その人らしい最期を迎えることができるよう支援している。	開設以来、多くの看取りの実績があり、評価できる。これまでの実績や経験を踏まえつつ、職員研修の機会を確保することで、さらに支援の質の向上を期待したい。

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	施設内の研修等において定期的に学習している。日頃から主治医とは連絡を密にしており急変時にも的確な指示が受けられるよう連絡体制が整っている。		
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	施設内研修において災害対策につき学習を行うと同時に定期的な訓練を行っている。また訓練時には近隣に実施予定表を配布、訓練に協力をいただいている。また一時避難場所としてご利用いただける事をお知らせしている。	年に2回、防災訓練を行っている。うち1回は夜間を想定して行っている。訓練に際しては、近隣に実施予定表を配布している。災害時には近隣住民に、事業所に避難してもらうことも可能の旨を周知している。	入居者が2階、3階で生活していることを鑑み、とくに火災を想定した訓練を引き続き行うことを期待したい。
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	施設内研修及び毎日の申し送りの中で入居者に対する接し方を常に確認、一人ひとりにあつた対応や声かけが出来る様心掛けている。認知症が重度化し言葉かけや接し方が難しい場合はスタッフ間で相談、適切な対応に努めている。	声掛けや名前の呼び方に気をつけている。意思疎通が難しい利用者については、家族の声を大切にして支援に活かしている。居室への入室などもプライバシーに配慮している。	
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	日常のさりげない言葉、行動に表出される事をスタッフは見逃さず現状を共有している。そして自己支援の決定の支援に役立っている。		
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	レクリエーションへの参加や外出等は無理強いではなく自然な声かけにて自主的に参加出来る様に心掛けている。		x
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	月1回の訪問理容を行っている他希望者には馴染みの美容院等へ通って頂けるよう支援している。入浴、外出時の準備や更衣時には入居者の意見を取り入れ選んでいる。主張できない入居者には季節感等を考慮しアドバイスしたり、ご家族の意見をいただいている。		
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	食事形態は個々のレベルに合わせ変化を持たせている。(普通食・刻み食・ミキサー食)また食器の種類や盛り付けに配慮している。お盆拭き等は入居者に手伝って頂いている。	調理は1階の厨房で行い、盛り付けやご飯は各ユニットで炊いている。食器や盛り付けなど、見た目にも食欲がわくよう工夫している。外食に行く機会もある。利用者の重度化が進む一方で、経口摂取が維持できるよう支援している。	

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	栄養のバランスを考慮して食事を提供している。日頃の摂取量を基本とし体調やメニューに合わせ量を調整しておりこれに関しては主治医からアドバイスをいただいて大変役立っている。食事量・水分量はチェック表にて把握するように努めている。		
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	自身で口腔ケアを行おうとしない入居者にはスタッフが声かけを行う。拒否があった場合は時間を空け他のスタッフが再度声かけする等工夫している。訪問歯科の無料検診を利用し口腔内のチェック、ケアの方法を指導いただいている。また治療の必要な方は実戦している。		
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	入居者個々の排泄パターン、当日の体調等を把握し極力トイレでの排泄に努めている。また排泄パターンの細かい変化があった時は見過ごさないよう注意しスタッフ全員が知識を共有出来る様にしている。		
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	排便チェック表で毎日排便状況を把握している。そして主治医の指示の下服薬、水分摂取以外にも便秘にならないよう日常生活上のアドバイスをやっている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入居者のレベル・体調を考慮し機械浴・普通浴・シャワー浴を利用している。入浴日・入浴時間帯が決まっている為その時間帯での入居者の希望を確認している。また体調不良で入浴出来なかった場合は曜日、形態を変え対応している。	週に2回、入浴できるよう支援している。利用者の重度化が進む中であっても、機械浴を利用することで、安全・安楽な介助に努めている。また、利用者の体調に応じて、曜日や利用する浴槽を変えるなど、柔軟に対応している。	
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	気候や天候に合わせた室温、湿度、居室の明るさ等の管理を行っている。また細目に入居者へ室温等の希望を聞いている。		
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	体調に合わせた服薬の管理、提供を行っている。薬の変更、容量の変更があった時は申し送りノートにて各スタッフへ周知する。服薬は手渡しまたは服薬介助にて確認している。服薬歴は入居者別のお薬の説明書で管理している。		

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	入居者個々の生活歴に合わせた生きがい、役割作りが出来る様支援している。洗濯物や新聞の整理、お盆拭き等無理強いでなく入居者がやりがいをもち気分転換となるよう努めている。		
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	月1~2回の買い物、催し物等へ参加している。また健康状態を考慮(主治医の意見等を参考)の上、家族との外出、外泊を励行している。	日常的には近くの店舗に買い物に出かけたり、屋上で日光浴をしたり、菜園の手入れをしたりしている。また、外食や季節の花を見にさまざまなお出かけしている。個別支援で、カフェに行くこともある。最近では、職員の結婚式を見にいくなど、普段は行けないような場所に外出している。	
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	入所時に金銭出納管理の同意書にサインをいただきお金を預かっている。通常時、お出掛け時に本人が希望する物を購入している。		
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	各居室には電話を設置しており希望者は外部との通話が可能である。手紙を書く場合は必要に応じてスタッフが書き方を手助けするよう努めている。		
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	洗面所、テレビを居室外に設置する事で閉じこもりを防止。またリビング、食卓のテーブルは入居者の希望を取り入れ配置、設定を随時行っている。季節に応じホール内の飾り付けも変更している。	屋内は明るくモダンな雰囲気、開放感がある。利用者の作った作品や、行事の際の写真などがふんだんに飾られ、生活感を感じる。テラスにはテーブルと椅子が置かれ、そこで過ごせることができる。	
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	食卓のテーブル、座席の随時の移動はもちろん畳スペースを設けており、一人になり静かに過ごして頂いたり、仲の良い入居者と一緒に過ごせたりすることのできる空間を実現している。		

54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>居室は、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</p>	<p>家具は備え付けの物であるが、思い出の写真や置物等を設置している。また本人やご家族の意向を取り入れ部屋の模様替え、衣替えを行っている。エアコン、加湿器の利用、室内の清掃や換気等も効率的に行っている。また本人の希望により居室の変更も行っている。</p>	<p>シンプルで清潔感のある居室に、木製の備え付けのタンスを設置している。家族の写真やホームで作った作品を飾ったり、好みの寝具を持ち込んでもらうなど、本人が居心地よく過ごせるよう工夫している。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>決められた場所に必要な物を設置する。廊下等に不要な物を置かない、ガスコンロの元栓は随時ロックする。また段差をなくし転倒の防止のため台所のマットは廃止している。</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 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	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票

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	施設理念(Tender思いやりLoving愛情あるCare)を施設理念としユニット目標である(助けあえ支え合える生活環境作りを目指します)を目標を掲げ、ホールやスタッフルームに掲示し職員が常に確認しながら業務が出来るように理念の実践に繋げている。
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	地域の幼稚園と12年間に渡り交流を行い、自治会とは毎年餅つき大会や獅子舞を通じて交流が出来る。年1回の文化祭では日々の作品を展示して頂きホームでの生活を地域の方々に披露出来る機会になっている。運営推進会議では民生委員の方々の協力を頂きながら地域交流の話し合いが出来ている。
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	市役所介護保険課や母体医院に施設新聞『はつらつ』を設置して頂き地域の方々に理解して頂いている。又、地域行事(文化祭等)日常生活での買い物、散歩を積極的に取り組み相互理解を深めている。
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か月に1回は必ず利用者、御家族、介護保険課、包括支援センター、地域の民生委員の方々、近隣住民と共に取組み状況報告を行い意見を頂きホームでのサービス向上に繋げている。特に民生委員からの協力は多大でありホームから地域へ出かける機会が増えるようになっている。御家族、利用者より意見を頂く機会となり、推進会議で出た意見は職員へ伝達し、さらなる改善に繋がっている。
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に取り組んでいる	運営推進会議へ市町村担当者(地域包括支援センター)に参加頂き、施設での取り組みについて相談したり貴重な意見を頂き協力関係を築けている。
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	スタッフミーティングで身体拘束についてマニュアルにて勉強会を開催している。また、運営推進会議にて多色異種の意見を参考にして身体拘束検討委員会を開催している。又、玄関施錠は徘徊等問題行動のある方の入居を機に御家族様へ説明し施錠している。今後、改善すれば時間を決めて解放していく予定にしている。現在、身体拘束はしておらず常にゼロを目標に努力している。

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	虐待チェック表にて年1回の虐待チェックを行っている。チェックを行う事で職員の虐待行為について見直し再確認に繋がっている。又、日々の業務の中で職員同士で気をつけながらも声をかけあいながら防止に努めている。
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	ミーティング時に権利擁護に関する制度の勉強を継続している、更なる理解を深める為に、弁護士や司法書士から施設勉強会へ招き、より深く学べる機会を検討している。
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	入居前にホーム説明を行い、契約時は十分に説明し理解頂き納得頂いている。重要事項の変更は随時書面にて説明し同意頂いている。
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	入居時に苦情相談窓口の説明を行っている。事業所内には意見箱を設置している。年1回の家族会を実施し利用者や家族の意見交換の機会になっている。また、運営推進会議へ参加頂き要望を早急に聴き取る機会になっている。また、苦情等の相談の際には早急に施設長へ報告し改善できるように話し合いを行い改善に努めている。
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	管理者は、職員の意見を取りまとめて代表者へ意見を提言し、話し合う機会を持っている。また技能、経験を重視するとともに仕事に対する適性、本人の希望を考慮に適正な部署、職務に反映している。
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	職員の勤務状況を把握し、健康管理、労務時間、給与体制について検討している。又、仕事への意欲、資格取得、技能向上を積極的に支援する。
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	事業所外研修に参加し、他の職員にも周知してスキルアップを図る。また、資格取得にあつた勤務体制を取り、目標を持って就業することが出来た。(介護福祉士)資格取得に関する研修を欠勤としない。
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	連絡協議会に出席し、その中で相互意見の交換を行っている。また、他の事業所での良いところを見習い、当事業所に反映できるように取り組む。

II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援			
15		<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居前に面談を行い、本人の状況を十分に調査し聞き取り調査(生活歴、既往歴、家族との関係性等)を行い、本人の困っている事や不安な事を分析している。職員間で利用者の日々の行動を申し送りやカンファレンスで話し合いを行い安心感を確保できるように努力している。</p>
16		<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居前の面談にて家族の抱えている不安や問題点をケアを行う者として受容共感し、施設の取り組み等を十分に説明し、面会時に日々の状況を職員からも伝えるよう努力し細かな心配事でも話が出来る雰囲気を作れるように努めている。又、毎月のお便りにて報告している事で信頼関係につながっている。</p>
17		<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>入居前には家族から聴き取り調査を行い、本人に面会し現状を把握し職員間で検討しケアプランを作成している。場合によっては主治医からの指示や指導を仰いでいる。すでにサービスを受けていた方については、居宅支援事業所とも意見や情報交換している。</p>
18		<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>食器やお盆拭きを手伝って頂いたり洗濯たみと一緒にいき、出来る事は継続出来るように努めている。又、作業の中での工夫や昔の話をすることで生活での工夫を教えてもらい、共に助け合う関係性を築く事が出来てる。</p>
19		<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>毎月のお便りにて現在の状況を報告している。夏祭りや運動会には家族に参加して頂き家族と共に支えている。又、家族と共に外出や食事に出かけたり、お墓参り等家族と共に計画を行い実現している。外出の出来ない入居者は面会時にゆっくり過ごせるように配慮している。</p>
20	(8)	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>急激な生活変化がないように入居前に施設見学し職員と顔馴染みになり安心感を持って頂く。また、散髪ではなじみの理容室をり利用したり友人の面会を依頼している。随時、プランに表出している。</p>
21		<p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>ユニット目標は「支え合え助け合える生活環境作りを目指します。」であり、車椅子での生活であってもお互いを心配したり喜び合える雰囲気を作れるように行事の工夫をしている。誕生会では入居者様からプレゼントを手渡せるようにしている。</p>

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	在宅復帰した後も他の事業所からの相談を受け付け家族の支援も行うようにしている。又、サービス終了後も家族からの要望があれば他の家族の入居を希望され入居の実現が出来ている。
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	一人一人の言動から常時思いをくみ取り、本人の性格や生活歴を考慮し家族からの意見も取り入れ、申し送りやカンファレンス時に検討して日々のケアに繋げている。身体状況も個人個人違っており、随時のご家族、主治医との意見交換を行っている。
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	入居時に生活歴等の把握をしているが、入居後の生活の中で本人との会話の中で発見した情報は家族に確認しケアに役立てている。
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	個別に一日の過ごし方を朝の申し送りで把握し当日の過ごし方に取り入れている。大まかにはカンファレンスで話し合いニーズの表出につながっている。レクリエーションでは、それぞれの理解度や得意な事を把握して個別にケアプランに繋げている。
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	生活歴や現在の病状を職員へ報告し家族からの希望や本人の現況をカンファレンスで意見交換や話し合いを行いケアプラン作成している。原案をもとに家族・施設長・管理者と話し合い再度見直し実施するようにしている。又、定期的に主治医からの意見を伺いケアに繋げている。
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	日々の変化を介護記録に記入し留意点や変更状況は申し送りノートに記載し共有している。又、介護記録には個別にケアプランを添付しプランの実践に繋げている。定期的にはカンファレンスを行い主治医からの病状経過や家族の希望を報告したり精神状況の改善方法を話し合いプランに活かしている。
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	医療機関はもちろんの事、併設されている通所介護事業所との交流も出来ている。又、馴染みの美容院へ行けなくなっても出張散髪においてパーマを施行してもらっている。施設で対応出来ない受診送迎は近隣の介護タクシーと連携できる体制を整えている。

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	毎月、ボランティアの慰問があり交流出来ている。又、地域の民生委員からの案内で行事参加している。運営推進会議の参加もされ意見を発する機会も設けている。又、防災面では消防訓練や交通安全教室の参加で安全に生活出来るように工夫出来ている。非常災害対策計画の行動手順を提示している。
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	日々の病状管理は主治医が行っており病状変化があればケアマネジャーから家族に報告し主治医と今後の方針を話し合っている。主治医から他の医療機関への紹介できる体制が整っており、本人や家族からの安心を得ている。
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	毎日、病状を報告し主治医から看護師へ指示指導があり介護職への指示につながっており早期発見早期治療が出来ている。他の医療機関での診療結果を主治医から看護師と職員に指示指導が出来る体制になっている。
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。	主治医から入院先との医療連携体制が出来ており、ケアマネジャーが面会を行い担当看護師と連携を多く持ち家族と情報交換を行い地域連携室との退院日程の調整が出来て早期に退院出来ている。
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	利用契約時に利用契約書(第5条1)にて終末期における説明を行っている。重症化した場合は看取りの確認を行い意志確認した後看取り介護の同意書を交わし医療機関や介護職員と話し合い看取り介護計画書を作成し終末期に向けた取り組みが出来ている。
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	緊急時マニュアルをミーティング時に確認し訓練している。又、急変時の連絡体制が整っており主治医から早急に指示が受けられる。
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	災害マニュアルを定期的に確認している。消防署の協力を受けて消防訓練を実際に入居者と訓練を行い避難確認や消防器具の取扱いを確認している。訓練前には近隣に実施予定を書面にて配布している。

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援			
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	お礼の言葉や尊敬を持った声かけを行っている。認知症の重度化があるがゆえに尊敬を持った言葉や接し方を職員同士が申し送り時に話し合い工夫している。
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	自己決定が出来るように各入居者に理解度によって声かけの方法を考えている。又、行動に注意し声には出していないが本人の希望が隠れていないかを気づこうとしている、何気ない言葉も聞き洩らさないようにし申し送りやミーティングにて希望を叶える工夫をしている。
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	年齢的な事も考慮し一日の生活パターンを把握し、軽度の認知症の方には1か月の予定を知らせし当日に再度声をかけて予定を知らせ行事等に参加してもらっている。入浴日は大まかに決めてはいるが本人の心身状況に応じて変更している。その際は心身状況に注意して様子観察を申し送り介護記録に記載している。
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	毎朝の整容では洗面後化粧水を使用し保湿に努め、行事には化粧をして頂きメリハリのある生活に出来ている。又、希望者にはパーマや染毛を行っている。更衣時は本人の希望も伺いながら準備している。
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	食事内容の希望があれば厨房に相談し改善してもらっている。食器の片付けは心身状況に合わせて行って頂いており、食事の準備や片付けは出来る事は出来る方で行っている。定期的に外食に出かけ選択の機会を設けている。
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	食事摂取量はチェック表を使い把握している。摂取量低下のみられる方には栄養補助食品を補い栄養バランスを確保している。又、食器に配慮し座位姿勢が低い方には食事内容が見えるように低い食器を使用している。経管栄養を実施している方も経口摂取に努め主治医と相談の元、栄養確保に努めている。
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	食後の口腔ケアを行い清潔を保っている。なるべく本人に歯磨きをして頂いているが磨き残しの無いように介助を行っている。歯ブラシを他者と同一場所に置く事を嫌う方は個別にケースに保管している。口腔状態の変化がある場合は訪問歯科で治療してもらえる体制がある。

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	安易なおむつ使用はせずにトイレでの排泄を継続できるように努力している。各利用者の排泄パターンの把握を行い定期的にトイレ誘導を行っている。又、排泄チェック表にて職員同士が把握しその日の状態に応じて排泄パターンを検討し実施しており精神安定にもつながっている。
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	排便状況表にて排便状況を職員同士で把握している。主治医からの指示体制が整っており、その都度適切な方法で便秘の改善に繋げることが出来ている。日常生活でトイレ誘導時に腹部マッサージの実施水分補給の確保、体操参加を促し運動する機会を多くし便秘改善に努めている。
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	入居者のレベルに合わせて機械浴と普通浴を利用して頂いている。おおまかな予定はあるが本人の気分や体調に合わせて時間をおいて再度勧めたり翌日に変更している。本人の希望のシャンプーを使用している。
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	日中の活動を検討し体調に合わせて休息して頂き必ず状況を記載し申し送っている。又、夜間では水分補給を行ったり排泄後は必ず陰部清拭を行っている。昼夜の区別を図るため必ずパジャマに更衣している。
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	薬剤情報は申し送りノートに記載し、常時職員同士で把握している。副作用等の状況変化は記録され主治医に報告し連携できている。服薬の支援では嚥下障害がある方は粉碎し服用しやすい形態にし無理なく服用出来ている。
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	家族から得た情報を職員が共有しレクリエーション活動に取り入れ個人の力量に応じて活動している。洗濯たたみや食器拭き等の役割を持っている。嗜好品は家族から預かり、時間を決めて提供している。
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	本人の希望により病院受診したり、近隣の店に買い物に出かけたりしている。家族との交流の希望があれば支援体制を整え外出が出来るように努めている。月の行事の中に外出できる行事を多く取り入れるよう努力している。

50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>金銭出納管理に関する同意書の同意を頂いた上で、各入居者様のお小遣いを預かり月1回の買い物に出かけ現金を使える機会を作っている。使用したお金は小遣い帳で管理し定期的に家族に確認してもらっている。必要な御家族にはお小遣い帳のコピーを毎月お渡ししている。</p>
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>各居室に電話があり希望者には外部との回線使用ができる。又、字の書ける方には家族に年賀状や手紙を書けるように支援している。また、レクリエーションで絵手紙を作成しご家族に送り喜ばれている。</p>
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>ホールには入居者の作品を展示したり行事の写真を掲示している。又、カーテンや照明を利用し光の調整をして安らぎのある空間になっている。居室には足元灯の設置して夜間の孤独感不安感の解消になっている。ホールには季節に応じた飾りつけをする事で季節感を感じて頂けている。</p>
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>ベランダにテーブルとイスを設置しくつろげるスペースがある。又、畳スペース付近は仲良しの方々が会話の出来る空間になっている。テレビ前での空間では車イスの方もテレビ視聴が出来るように広い空間にして工夫している。</p>
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>居室は、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</p>	<p>家具は備え付けの物であるが、各入居者の家族の写真や大切なぬいぐるみ、ホームで作った作品を飾ったり、個人の好みの寝具を使用したり、足下灯や加湿器を設置し住環境に留意している。また年2回外部委託によりワックスがけ、エアコンの一斉清掃が行われ、清潔な居住環境となるよう努めている。</p>
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>園芸が趣味の方はベランダで花を育てる工夫がされている、塗り絵の出来る方はすぐに作業が出来るようにホールにある棚に準備出来ている。キッチンのガスコンロはロック出来るようになっており安全に配慮されている。</p>