

1 自己評価及び外部評価結果(1階ユニット)

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット1階)

事業所番号	2772001539		
法人名	アライヴ株式会社		
事業所名	グループホームあいむ		
所在地	大阪府大阪市住吉区南住吉2丁目6番2号		
自己評価作成日	令和2年9月10日	評価結果市町村受理日	令和2年11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	http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=2772001539-00&PrefCd=27&VersionCd=022
----------	---

【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	令和2年10月13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)】

地域の中で「ふつう」に暮らし続けることを目指して…。そんな自立支援型のグループホームとして、「認知症になって支援を受けても、自前で生き抜く幸せの場」として、それぞれの入居者に応じた生き抜く意欲を高める個別ケアを提供しています。また、共同生活という場の力を活用して入居者さん同士がお互いを支え合いながら、仲間との生活がもたらす安心感と共に、自分達の生活を過ごしていただいています。GH利用者さん方は勿論、通いの「共用型デイサービス」利用者さん方も交わり仲良く過ごされています。「自分達の暮らし」を自分達で織りなしていることから生まれる、自然な笑顔に溢れる元気なグループホームです。また、「あいむ」内だけでなく、町に出ての生活、地域と交流しながらの生活を町内会の方々と手を携えて取り組んでおり、生活感溢れる豊かな暮らしを築いています。

【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)】

代表者は、将来の高齢化社会を見据えて理想とする高齢者施設として、平成16年に2ユニットのグループホームを開設し、10年後に3ユニットに増設し現在に至っている。同氏は設立後16年を経過した現在も自らの施設への情熱は強く、設立当時から管理者と共に、利用者・介護職員・生活支援職員それぞれの立場・役割を明確にして、前向きな日常生活環境の確保に努めている。利用者は生活能力を十分に発揮できる役割を持って、毎朝の地域の清掃活動や食事の準備などにも積極的に参加している。人材確保として、介護職員以外に地域の中高齢者の採用にも力を入れている。グループホームに集う全ての人々が、一緒に楽しく暮らせる生活スタイルを構築しようとする日々努力が、利用者職員との生き生きとした様子に表れている。

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 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(1階ユニット)

[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	理念は介護保険法のグループホームの目的を実現する内容で、職員入社時はGHとしてのモデル介護をビデオ研修し、あいむ理念と運営方針を説明。日常問題も理念に照らして判断できる様に目指している。	法人理念の他、事業所の独自理念「わたしもみんなも 一緒に楽しい生活」を掲げ1階の事務所に掲示している。更に事業所独自のQC会議にて4カ月毎に新しいテーマを決めて日々実践し定期的に振り返ることにより、日々のケアの質を高めるための向上材料となっている。	
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	事業所は町会の会員であり、毎月の町内清掃活動にも欠かさず参加、馴染みの方も多く、ご挨拶を交わしたり、見守っていただいたりと、地域の方々にホームを身近な存在にさせていただいている。	地域の町会に加入し地域の情報を得て各種行事に参加することは勿論、地域の清掃活動には利用者が参加して感謝状が贈られていた。又、デイケア利用者の受け入れ、大学の実習生の受け入れ、実践者研修への講師派遣、退職した地域の職員の手芸や各種サークル活動への参加など地域との積極的な交流が継続している。	
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	入居者は、毎朝の町内清掃、買い出し、午後の自由外出を行っている。入所者の屋外活動を観ていただくことにより、地域の方々に認知症の人の理解や接し方、暮らしぶりを知っていただく機会としている。	/	/
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践、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	運営推進会議において、日頃の生活報告や実際に自立支援生活状況もご覧いただき、意見を頂戴している。地域包括支援センター職員、町会長、地区民生委員の参加により地域連携の発展に役立てている。	会議は奇数月の第1火曜日と固定化して、地域包括支援センター職員、民生委員、住民代表として町会長、家族代表、法人代表が出席して規定通り開催されている。事業所の生活報告やヒアリング報告が行われ地域の委員からは各種情報の提供の他、非常災害時の備えについても話し合っている。議事録は家族に送付している。コロナ禍の終息を見て利用者の参加再開を検討している。	
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取り組んでいる	地域包括支援センターの方とは、運営推進会議での情報交換のみならず、各種の催し等にも参加して情報交換している。また、住吉区介護保険サービス事業所連絡会と区役所とは密接に連携している。	区の介護保険課には各種相談や助言を得るなどの連携を図るとともに、生活保護受給者の関係部署との連携も良好である。事業所の実情やケアサービスの取り組みの報告に伺っており、行政との連携は良好である。	

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
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	全ての職員は身体拘束をしないケアを理解しており、取り組んでいる。社内研修は年2回実施している。鍵をかけないケアをはじめとして利用者さんの自由を尊重。「ふつうの生活の継続」を実践している。	身体拘束に関する指針を整備し拘束適正化委員会は運営推進会議の後に毎回開催され、研修も年2回以上開催されている。事業所は玄関はじめユニット間は開放されて利用者は家庭にいるように自由に普通の生活が継続されていた。職員は独自の「声掛けシート」を基に会議で不適切な声かけについて具体的に話し合いを行い意識の向上に役立っていた。	
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	職員は各種の高齢者虐待防止関連法研修会にて、虐待に関する法律や具体例について学んでいる。社内研修を実施すると共に、職員相互にスピーチロック等、言葉遣いも含めて注意を払っている		
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	各種研修会にて制度、防止方法等を学んで、QC会議等を通じて全職員に研修を行っている。入居者の中に数名、後見人や安心サポートを利用されており、その方々とも連携して生活を支えている。		
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	契約時には、重要事項説明書・契約書を、書面と口頭補足により具体的に説明している。疑問点等は詳しく説明させていただいた後に、同意の署名・捺印をいただいている。		
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	利用者さんと個別に、現在の想いや今後の自身の姿を考え語って頂く機会を設け、それらを介護計画に反映させている。ケースに応じては月例QC会議にて取り上げて情報共有している。	過去に事業所からのお便りを各家族に送付していたが現在はなく、こまめな電話連絡や写真付きの動画メールを発信してリモートでのやり取りが行われている。家族の了解の下にかつての職場に出かける利用者もあり事業所は協力関係を築いていた。	

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
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	常勤職員全員で開催される月例QC会議では、自由に意見・提案が行われている。マネージャー職員は、職員達の悩みを現場任せにしないで、一緒に考え円滑な現場運営に繋げている。	QC会議での意見・提案はマネージャー会議で検討し運営に反映している。マネージャー職員(代表・管理者・事務長・主任4名)は現場での生活支援職員をはじめ各フロア職員全員の声を吸い上げ、各職員の向上心や意欲に注視して、運営改善に向けて努力している。	
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	代表者は各職員の努力や能力をよく理解する為常々現場に参画し、個々の特徴を活かせる勤務体制を敷いて、ステップアップ作りを図っている。QC活動・研修会等の参加で、向上に繋がる機会を設けている。		
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	社内では月例QC会議で「認知症専門ケア協議」を適時実施、認知症ケア向上に繋げている。外部では常勤職員に認知症実践者研修を必須としている。幹部職員には組織運営、職員指導法の研修も行っている。		
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	(公社)日本認知症グループホーム協会(本部委員、大阪府支部副支部長)に加盟して勉強会等研鑽に努めている。住吉区事業者連絡会(役員就任)にも加盟、居宅・施設事業者との情報交換も行っている。		
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を努めている	ご利用相談の電話や見学の際には、お困りのことをうかがうと共に、面接には情報収集とご本人との信頼関係作りのためにご自宅訪問を行なって、ご家族も交えて話し合う機会を設けている。		

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
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	ご利用相談の電話や見学の際には、お困りごとをうかがうと共に、利用者の生活歴やライフスタイルを聞き取っている。それを基に介護計画作成。ご家族の理解を得てから生活を始めていただいている。		
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	ご利用相談の際には、現在のお困りごと、ご家族の状況をうかがい、ご本人とご家族に必要とされるサービスと社会資源について、グループホーム以外も含めてアドバイスを行なっている。		
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	自立支援の理念の下、一人ひとりの個性と能力を尊重し、手を出し過ぎない介護を基本としている。日常生活では、掃除・調理・洗濯等を一緒に行い、出来ること、出来る方法を見出す様に努めている。		
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	ご家族には面会時の散歩、美容院付き添い、衣替え時のタンスの入れ替えを一緒に行って、ご本人の状況の理解と支援をお願いしている。(コロナ禍では休止)ご自宅での法要にオンライン参加された例もある。		
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	電話や手紙での交流は勿論、面会・外出等は自由なので、馴染みの方の面会が頻繁な方々もおられる。(コロナ禍では休止)俳句の会に参加されている方に、FAXでの定期的やり取り支援を行なっている。	利用者がこれまで通っていた理・美容室、買い物、お墓参り、自宅外出、観劇、温泉には利用者は自由に外出が可能であり、地域の高齢者の訪問はデイケアサービスの中で毎週行われて馴染みの人との親しい交流が継続されている。	

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
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	利用者同士の仲間造りに繋がる様に、利用者個々の能力だけでなく、相性や関係性、共通の話題等もアセスメントして座席配置等に配慮し、会話の導入、趣味や創作活動の支援を行っている。		
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	契約終了後も退去先施設等に必要に応じて訪問し、ご本人・担当者と意見交換を行い、関係を断たない取組に努めている。ご家族様からの相談等にも応じ、入居時と変わらぬ支援に努めている。		
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	入居後も利用者アセスメントを定期実施。入居数カ月後や心身の状況が変化した際を中心に、ご本人に「現在の思い・今後の生き方」をお聴きしている。重度化された方には、QOL向上に繋がる検討をしている。	契約時に本人の趣味や特技、生活歴などを聴取したアセスメントを参考に、「どうしてほしいのか」ではなく「どうしたいのか」を丁寧に聞き取り、身体的条件を理学療法士と相談しながらケアの根本は、本人本位の思いを大切に考えて取り組んでいる。	
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	入居時は自宅にお伺いして、実際の生活状況を把握して居室環境の変化を少なくする為、家具のお持込選定の助言などを行っている。これまでの生活歴についてはご家族、ケアマネから情報収集している。		
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	理学療法士参画の下に身心の状態を把握し、ご本人とも相談して生活機能向上目標を作成。生活機能と運動機能の維持向上、精神面の安定に努めている。実績は毎日個別に記録して達成状況を把握している。		

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
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	月例QC会議「利用者変化協議」による身心状況等の変化を基に、職員の寄り添いからの発言や気づき、理学療法士参画の生活機能向上目標実績等を総合的に評価して、定期的に介護計画を見直している。	事業所独自のQC会議ではモニタリングや介護職員から日々の生活面での変化、気づきを基にカンファレンスを行い、家族の意向を参考に理学療法士の参加を得て話し合い、3カ月を基本に現状に即した介護計画の見直しを行い、変更後は家族の同意を得ている。	
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	利用者別記録用紙にて、日々の様子やケア、気づき等を判り易く記録。介護職員全員が目を通して伝達、実践に活用。介護計画見直しに役立てている。簡易マニュアル活用により日々の変化に実対応している。		
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	「サービスの多機能化」への取り組みとして、共用型デイサービス、空床活用のショートステイ、定員+1のショートステイを行って、グループホームのもつ力を広く地域に活用していただける様に努めている。		
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	入居者のニーズがきっかけで行われるようになった、「利用者だけの自由外出や買い物」は、利用者の能力・可能性、地域資源の把握、モニタリングによるリスクマネジメントを行いながら長年継続出来ている。		
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	入所時に通院や投薬、医療連携体制について十分説明し、ご希望に応じている。また、体調低下が認められる利用者には、前もって近隣総合病院を受診していただき、急変の際の入院等に備えている。	利用者の殆どが協力医を主治医とし、月1回の訪問診療を受け、夫々の専門診療科についても多くの連携網を持ち、家族対応での受診を支援している。重要事項説明書で連携医療機関・協力医療機関を数多くを紹介し、医療連携についても詳しく説明している。	

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
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	訪問看護師による健康管理や、その他医療機関の協力を得て、心身の変化に対して指導をいただいている。看護師よりは主治医に状況を報告し、次回往診の際の診療に役立てている。		
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	入院時には管理者等がお見舞いと相談に数度訪問し、現在の状態と退院後の対応について相談している。長期入院によるダメージを避けるため、担当医には出来るだけの早期退院を前提に相談している。		
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	入居時に看取りに関する指針の説明を行っている。重度化した方には、本人の意向やご家族の意向を伺い、主治医や看護師、職員の意見を交え話し合いの機会を持ち、状態に応じた支援に努めている。	重度化や終末期対応については、医療的処置は不可としての指針を重要事項説明書をもって説明し、同意を得ている。自然な形、老衰での看取りに関しては受け入れの体制を持ち得ているが、近年では経験を有していない。	
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	応急手当・感染症対策・事故発生時対応、等各種マニュアルを作成、整備している。管理者より応急手当等の指導を行っている。		
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	消防訓練は消防署・町内会の方と年2回実施。(夜間帯訓練含む)地震・津波・水害避難訓練は「大阪880万人訓練」に合わせて実施。町会とは地域防災について話し合っている。防災品の備蓄も行っている。	詳細な火災避難訓練計画書に基づいての訓練と、災害(地震・津波)避難訓練計画書による「大阪880万人訓練」を実施し、実施記録に反省点も記し、QC会議に活かしている。住吉区の防災訓練に利用者2～3名とともに参加し、地域の緊急・一時的避難所としての用意もある。	

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	一人ひとりの表情やペースを理解、尊重して、介助が必要な場合であっても、本人の自尊心を損ねず安心感が得られる様になっている。その方にあった声掛けシートを作成し、職員の情報共有に努めている。	○○しましょう、ではなく○○しませんか、の問いかけでその人の意思を尊重する接遇を心掛けている。人生経験や世界観・性格を理解し想像して対応する、そのための個人的対応シートを作り共有して、支援の一つ一つに尊厳をもって務めたいとしている。	
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	共同生活において自発的参画に繋がる接し方を職員全体が取り組み、利用者自らの意思決定で行動に繋がる支援を行なっている。積極的な活動の増加が見られ、「自ら生き抜く幸せの場」になりつつある。		
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	入居者が培ってこられた暮らし(ふつうの生活)を取り戻すために、ご本人の希望に沿ったあいむ内での生活と活動に加えて、屋外活動についても、各人の心身の状況、遂行能力を確認した上で支援している。		
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	理容、美容は、本人やご家族と、地域の馴染みのお店に行って頂く様に支援している。服装等については、気温等に配慮して薦めているが、本人の嗜好や生活習慣を尊重している。		
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	食事は三食共に施設内にて手作りしている。調理・盛付・配膳・洗い物・片付けは、各々の能力に応じ行える様に作業内容を細分化し、みんなで一緒に行っている。勿論、職員も皆の輪に入って行っている。	全員で手分けしての下ごしらえ(昼食用・夕食用)の風景は、匂いと共に美味しいを倍加させている。調理員の休日には利用者だけで自主昼食調理(一品もの)、利用者で話し合っの献立の他、コロナ対策のうえ希望者3~4人での外食もあり、食事は共同生活上での重要な活動要素として捉え支援している。	

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
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	入居者さんの健康への配慮を基本に、嗜好も加味して、バランスよくメニューを作成している。主治医の指導の下、栄養過多にも配慮している。食事・水分摂取量については、業務日誌に記録している。		
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	毎食前・外出後のうがい、毎食後の歯磨きを利用者さん全員に行っていただき、夜間には入れ歯洗浄を行って、感染症予防と健康維持に繋げている。訪問歯科医による口腔点検と治療を実施している。		
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	一人一人の排泄リズムを尊重しながら、失敗を減らせるように、プライバシーに配慮しながら定時、適時の声掛け支援を行っている。	過度な誘導ではなく、それぞれの状態・状況に添って、日々の介護記録の特記を参考に支援・介助を行っている。一部利用者にはシルエットモニター（見守り介護ロボット）で排泄への不安に対応している。退院後のおむつ外しは常態化している。	
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	介護職員は認知症周辺症状と便秘の因果関係を理解しており、食事・水分摂取量の把握と水分摂取促し・運動不足に対する声掛け等を行っている。排便状況・便秘日数は業務日誌に記入されている。		
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	入浴を好む方、好まない方、ご本人の希望と体調などを考慮して、自立支援に沿った個々の方に合った入浴をして頂いている。高齢で持病のある方には、特に入浴時間や温度管理などに配慮している。	週2～3回を基本として全員が浴槽に入る形で入浴しており、様々な工夫により長期にわたる入浴拒否者はいない。体調によつての足湯もあり、季節のゆず湯・菖蒲湯の楽しみもある。	

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
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	個人別ケース記録に夜間睡眠状況と日中居眠り等も記入して、生活リズムを把握し夜間の安眠を支援している。「シルエットセンサー」(AI見守りロボット)を導入し、的確な訪室により安眠と安全に繋げている。		
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	利用者別に処方薬の内容・服薬方法・副作用を、一覧ファイルにして薬と一緒に配置している。一覧は調剤薬局により処方毎に発行、最新投薬内容が判るようになっており、症状の変化に対応している。		
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	一人一人の生活歴と能力に応じて、家事作業での役割作りを心掛けている。居室清掃は自ら出来る様に、数種類の掃除用具を揃え自立支援に繋げている。趣味活動も各種行い、好みに応じれる様にしている。		
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	毎朝の買出しや外周掃除・散水等には交代で参加。杖歩行や押し車の方にも、外出の機会を確保できる様している。自分達だけの自由外出は、地域の中で「ふつう」に暮らす姿として定着している。	距離の違う二つの公園での朝の体操、月1回の町内会清掃の他、夕方の利用者だけ3~4名の近隣散歩(定期コース)、近くの野菜屋への買い物など普通の暮らしにある外出が見られる。季節的には、初詣・花見・寺社参りも計画され、コロナ感染予防に十分に配慮して行いたいとしている。	
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	入居者別に適切な金額を把握して、本人が所持、支出管理してお金を所持することによる安心感を得ていただいている。自己管理が困難な方も、買い物支払い時にお金をお渡しして、払っていただいている。		

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
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	外線電話や手紙等のやりとりも支援しており、宛名書き等は必要に応じてお手伝いしている。コロナ禍以来、オンライン面会システムを稼働させて、ご家族とテレビ会話を行っていただいている。		
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	リビングは広く開放感があり採光は十分で、間接光が採り入れられる障子も施されている。多数の仲間との空間、数人の仲間との空間、お一人での空間と、エリアを仕切るためのロールスクリーンも施されている。	リビングルームに、昨年度に課題とした「共同生活の場での一人の居場所」として、十分に広い空間に仲間と或いは一人で過ごすエリアを設けている。高さの違う流し台2基を備えたダイニング、諸所に絵画が掲げてあり、掃除も行き届いた生活感のある空間となっている。	
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	多数の仲間が集うリビングメインテーブル。気の合う仲間と窓際テーブル。横並び赤色4人掛ソファ。一人でゆっくり寛げる一人用デスク。そして和室。4つの空間により居室では得られない楽しさに繋がっている。		
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	入居者には使い慣れた家具、家族の写真等をお持ち頂き、自宅環境に近いお部屋にいただいている。仏壇を置かれている方は1/5程おられる。窓には障子を施し、間接光により安らげる環境にしている。	安全に配慮して配置された小ぶりの筆筒や机などの調度品に障子越しの陽光が柔らかく差し込み、落ち着いた雰囲気のある居室である。往年の趣味の品々や家族の写真とお仏壇も、その人らしい普通の暮らしが穏やかに続いている様子を窺わせている。幾つかの居室には家族の同意を得た、見守り支援介護ロボットが設置されている。	
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	居室には大きな漢字と振り仮名の木製表札があり判り易くしている。トイレの扉は他の扉と色を変えて判別し易い様にして、「便所」と大きな貼り紙で明示。居室の床はクッションフロアで安全に配慮している。		