

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	1271202887		
法人名	医療法人社団 昌擁会		
事業所名	グループホーム蒼生		
所在地	松戸市松戸新田265-2		
自己評価作成日	平成31年2月18日	評価結果市町村受理日	平成31年4月15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/12/index.php
----------	---

【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31年3月26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)】

全国でも希少で人工透析患者で認知症であっても母体である柏フォレストクリニックとの連携により、グループホームでの生活が可能で週3回の通院の送迎も行える。また24時間在宅医療との連携にて、お看取りが御家族、本人のご希望により可能となっている。今まで26例のお看取りの実績がある。最寄りの駅から3分程度に立地してご家族様が訪ねて来やすく宿泊も可能 24時間面会可能。また、地域に向けた介護相談や車椅子の無料貸し出しを行っている。地域のボランティアを多く受け入れ毎月お掃除、お話し会、オカリナ、傾聴ボランティアなどに来ていただいている。グループホームとして入居者様の自治会を設け、入居者の苦情や要望を入居者同士またスタッフと共に相談し合い、快適な暮らしを共に考え作り上げるようにしている。職員のを優先せずに入居者様お一人お一人の思いを大切に個別ケアを重要視し長年務めている会社へ就業している入居者様もおられる。認知症の理解の為に地域や他の事業所に向けて介護研修や講演などもさせていただいている。介護福祉士をもっているスタッフが多く専門的に認知症ケアに取り組み毎月スタッフに認知症研修をしている。

【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)】

松戸新田駅から徒歩2~3分、駅前商店街に立地し、災害にも強い鉄筋コンクリート2階建て2ユニットのホームです。近くには薬局・接骨医・歯医者・ドクターランドなどがあり、医療連携や訪問に便利な環境です。地域密着型サービスの意義を踏まえた3か条の理念を掲げて全職員が共有し、家庭的な雰囲気の中で利用者個々の意向に沿った様々な最良の支援(透析・会社への就業など)を定着させています。また地域の行事(敬老会・餅つき大会)への参加や各種ボランティア、福祉専門生の介護実習受け入れ、認知症サポーター養成講座の開催等、地域に密着した活動を活発に行っています。利用者は平均年齢88歳ですが、利用者主催の自己紹介から始める自治会会議を持ち、ホーム内の生活環境改善に役立っています。今年も訪問診療医・看護師などの連携で2名の看取りを行い、「終の棲家」として利用者・家族に信頼と安心感を与え感謝されています。

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、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している (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

[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	運営理念を軸に物事を職員、管理者で決定している。また地域に開かれたグループホームとして職員は、受け入れる雰囲気を作ってくれている。	ホームの運営理念3か条を、玄関やフロアおよび職員との連携に使用する携帯のラインにも添付し、確認・共有し日頃のケアの中で実践しています。	
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	敬老会や町内会のもちつき大会にも参加している。また、地域のボランティアを数多く受け入れている。地域住民も参加できるように周知し、専門職を招いた研修も実施している。	町内会の行事に参加し、傾聴、オカリナ、オレンジ協力員のお話、庭の手入れ、ギター演奏などのボランティアの他介護実習に6名の福祉専門生を受け入れています。ホームの納涼祭には、地域の子供たち10名位が参加するなど交流を深めています。	
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	認知症サポーター研修、車いすの無料貸し出し、オレンジ協力員の受け入れ介護相談も行っている。また認知症の人の理解として掲示物を外に掲示させていただいている。		
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	良い評価に関してはそのまま継続。要望などに関しては重要事項として会議で一つ一つ取り上げ、今後の取り組みについて話し合っている。	会議は2か月に1回開催し、家族の参加も多く、会議の日程や毎月の議題の他、勉強会(薬剤師・歯科衛生士などの講義)も実施し、運営推進会議に対する取り組みや工夫が窺え、参加者の意見をサービスの向上に活かしています。	
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	松戸市介護相談事業にて介護相談員を月に一度派遣していただいている。また、事故報告、ヒヤリハット、ケアプランに対しての専門的な意見を伺うために市役所に適時、来訪している。	市の担当課とは、毎月連携を取り相談しています。運営推進会議に毎回地域包括支援センターの出席があり、アドバイスや情報を貰う等、良好な協力関係を築いています。また市職員や医師、薬剤師などが出席する地域ケア会議にも出席し情報交換を行っています。	
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	県の主催する身体拘束の外部研修に職員を参加させて、その研修報告書と資料を回覧している。年に4回、身体拘束と虐待を含めた内部研修を実施している。	身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催し周知徹底を図っています。また年4回内部研修を行う他、県主催の研修にも職員を派遣しています。玄関やユニット間は施錠せず、職員が見守りをしています。	
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	職員の態度や言葉使いも含め虐待に関しては職員指導を実施している。年に4回、身体拘束も含めた内部研修を行っている。また、抜き打ち調査をし個別指導にもあたっている。		

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
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	県の主催する権利擁護の外部研修に参加している。権利擁護について、職員が全員理解ができるように回覧をおこなっている。		
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	契約時にホーム長より、契約書の内容を説明し、確認をしていただく。また補足説明や疑問などにもお答えをしている。解約時には医療的立場からの意見として医師にも参加していただいている。		
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	運営推進会議を通じてご家族の皆様の意見を一言でもいいので意見を頂戴している。細かな要望は職員が聞き取り管理者に報告し申し送りにて伝達共有している。	家族からは、来訪時、ホームの行事(納涼祭など)や運営推進会議などで意見・要望を聴いて運営に反映しています。また外部評価の際に実施する家族アンケートも参考にしています。利用者については、毎月1名の介護相談員を受け入れる他、2か月に1回利用者自治会を開いて意見を聴いています。	
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	毎月の会議にて、提案や要望を話し合う機会を設けている。職員の提案に関してはすべて話し合い、その内容や決定事項については議事録にのせて欠席の職員にもわかるようにしている。	管理者は、日頃の対応時、フロア会議時などの中で意見・提案を聴き運営に反映するように努めています。個人面談も随時実施しています。また各ユニットから参加する各種委員会(感染症、環境整備、防災・救命、食事)等を設け自主性と責任感を持ってホームの運営に関わらせています。	
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	給与水準は経験年数3年上げH29年7月に調整した。資格取得に関しては積極的に支援した		
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、社外共に研修を行っている。		
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	会議等に参加して行っている。		

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	今まで暮らして来られた家に訪問している。生活を良く知っている方や本人と面談をし、様々な方向性から、ここで生活することの安心感を確保するように努めている。		
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	初期の面談にて その関係作りに時間をかけている。また、初期だけではなく随時、家族などが困っていることや不安なことの相談に乗る機会を設けている。		
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	認定情報やセンター方式、ご家族からの情報により、個々に寄り添って安心して過していただけるように申し送りの徹底、日々の生活の中から情報収集に努めケアへとつなげている。		
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	食事は入居者様と同じ食事を一緒に会話をしながら楽しみ、食事の準備を共にお手伝いしていただいている。また、入居者の自治会において要望、意見を出しあっている。		
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	24時間の面会と宿泊を可能としている。職員と共に支え合うことを心がけ、家族も職員も入居者様もひとつの家族のように悲しみも喜びも共有し日々を過ごしている。また、家族も一緒に食卓を囲んでいる。		
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	出来るだけ関係が途切れない様に入居者様との関係性を理解し、共通理解を持つように対応している。また、グループホーム内においての面会も過ごしやすいように配慮させていただいている。35年以上続けてこられた仕事を続けられるように支援している。	来訪は毎日から平均月1回、最長3か月に1回は全家族が可能な範囲で利用者に会いに来ています。友人が毎月1回訪ねて来る人もいます。職員の働きかけで家族との交流が再開した利用者もいます。職員は、面会時の語らいが和むように利用者を温かく見守っています。	
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	気が合う入居者様同士の関係を職員が理解し、居場所や役割分担にてそれぞれが仲良く生活できるように支援させていただいている。		

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
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	退居されたご家族の面会も受け入れており、新たな入居へと繋がることがあった。また、ご家族様の専門的なアドバイスを必要としている本人家族には相談にのっている。		
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	細かなアセスメントを行い、各居室担当を設け、本人の希望や意向の確認をしていく。また本人、家族の意見を聞きながら生活できるように心がけている。	居室担当者は、利用者の根底にある思いに寄り添い本人本位に生活できるように、身の回りの支援をしています。フロア会議(月1回)、利用者が行う自治会(2か月毎)で生活課題や思いを汲み取り「蒼生だより」に載せて個人史を紡ぐ支援をしています。	
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	入居前の本人の様子を家族や親しい方に伺う。また本人に話を聞き好きな事の把握をしている。継続できる事を重要とし大切にしている。		
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	本人の残存能力を最大限に生かすことができるように支援している。また日々、細かく温度板、経過記録に記載し状態の把握に努めている。		
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	職員は朝の申し送りにおいて、また家族等は日々面談を設けさせていただき個々に即した介護計画書を作成し、ご家族の同意をえて、職員間で情報を共有している。	職員、医療関係者等との連携のもとに利用者の思いを汲んだ介護計画書を作成しています。長期プランは年1回アセスメントして見直し、半年毎にモニタリング、月1回カンファレンスにかけて計画をチェックしています。全家族が介護計画書を理解しています。	
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	日々の経過記録にて職員間の情報共有を行っている。担当者会議において提案や課題や工夫は申し送りノートを生かし、情報の共有をおこなっている。		
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	お天気の良い時に散歩に出かけたり、園芸に取り組めるように支援している。また、事前の申し込みなく本人と外泊や外出が出来る環境を常に整えている。またその説明もしている。		

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	地域のボランティア、薬局、接骨院、床屋、消防団、町内の自治会の方々などの支援をいただき、日々の様々な生活支援の協力をいただいている。		
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	家族の意向や状況に応じて受診や往診などの支援をしている。また、かかりつけ医だけではなく専門医への受診、往診もご家族に説明しお願いしている。看護師も受診、往診に同行して支援している。	利用者の契約によるかかりつけ医が月2回、薬剤師・看護師を伴い各居室に訪問診療に来ています。利用者によっては神経内科医に月1回、歯科、眼科など必要に応じて来て貰い職員が必要な指示を受けとっています。整形外科など外来通院を支援する場合があります。	
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	週に1度の看護師によるメディカルチェックと適時24時間来ていただいている。月に2度の医師と看護師の往診にて密に相談している。また医療処置などは看護師に随時、来ていただいている。		
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。	入居様が入院された場合にはこまめに訪問したり情報の交換を行っている。早期に退院できるように病院の相談員と面談したり、綿密に話し合い退院計画を立てている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	創設後より、26件、ホームでの看取り経験があり、重度化や看取りの支援の指針を持ち、職員、家族、主治医の共通理解に働きかけている。また、ホーム独自の看取り指針と、ご家族の心構えとして永別のしおりを作成しお渡ししている。また、看取り後のデスクカンファレンスも行っている。	看取りの経験が多々あり、各マニュアルも整備されています。終末期には、利用者を中心とした医療連携をとり、職員と医療職との情報交換が即時に行われる体制が整っています。皮膚科医が訪問し、居室治療による処置を叶えています。時には、入院を余儀なくされる利用者もいますが、透析にて定期通院する人も受け入れる体制を作っています。	
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	介護と医療のマニュアルが細かく出来ており、それらが実践で行えるように細やかに指導している。また、迷いがあるときの連絡体制を一本化して、すぐに相談できるように、また解決出来る体制を整えている。		
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	避難訓練や自衛防衛組織をシフト表に毎日更新し災害に備えている。防災及び救命委員会を置き、防災頭巾に認定情報や薬情報を備え付け、情報についても日々更新している。避難訓練には町内会や近所の方も参加している。市による防災の講座を予定していたが、延期となってしまった。	消防署立合の避難訓練を年1回実施し、町会長や民生委員、家族も参加しています。その他、自主訓練や救急救命講習会などを4回実施しています。スプリンクラーはじめ防火設備は整い、緊急連絡網や対応表は掲示されています。	

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
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	一人ひとりの尊厳や願いを最大限に尊重し、入居者様の人格や誇りを傷つけないような接し方、言葉遣い、態度、配慮を心がけている。	利用者の人柄を大事に、各自のプライバシーを守って暮らせるように支援しています。居室の表札には、自分の部屋を意識するように「様」はつけていません。利用者が発言や行動面の制限を感じないで済む自由な生活が得られる様に配慮しています。	
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	小さなことでも出来るだけ自己決定できるように支援している。毎日のレクリエーションは入居者様と決定し強制しないケアを心がけている。		
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	起床時間や入床時間また食事時間など、その方の毎日の希望が優先となる為、全員違う毎日を送っている。また、食事時間や今日食べたい物を聞いて朝食の主食などは、決定している。PEAPを元に職員全体で話し合い環境を考えている。		
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	訪問理容に来ていただいている。また、起床時の洗顔やブランを渡し、出来るだけご自分で出来るように支援をしている。好きな洋服を選んで自ら選んで着用したい方には、納得いくまで楽しんでいただけるようにしている。		
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	食事の下ごしらえや盛り付けまで、行える残存能力を毎日生かしていただけるように支援している。行事食など入居者様の意見を聞きながら皆で適時食事作りの対応をしている。	食材は業者搬入ですが、彩や利用者の状態を考えた4種類の食形態で提供しています。食事委員会により利用者の食の向上を図り、月1回は出前や鍋料理など利用者の郷愁をそそる食卓にしています。約半数が常食を箸を使って食べています。	
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	ウエイトコントロールにて、血液検査での栄養状態などを見て、医師と相談しながら、また食事委員会を置いて日々検討している。管理栄養士による栄養管理と様々な疾患の食事にも対応している。		
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	歯科衛生士より、ひとりひとりのケアを教えたいただきそれを実践している。口腔内の状態や、歯科衛生士からのアドバイスは、職員がそれぞれ共有できるように回覧している。口腔ケアリーダーを置いている。		

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
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	排泄パターンを個々に理解し、トイレ誘導を行い、たとえ重度化してもぎりぎりまでトイレに座っていただくように支援している。また、夜間オムツが必要と判断されても、ご本人が希望されなければ、その希望に合わせて配慮し、日々速やかに対応している。トイレに行きたいという希望を最後まで叶えられるよう支援している。	利用者の2/3は状況を判断して約3時間毎にトイレ誘導しています。利用者の約1/3は全介助ですが、基本的にトイレでの排泄が最後まで叶うように支援しています。下剤に注意し失禁やおむつ使用にさせない支援を基本にしています。	
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	排便コントロールの大切さを理解し、24時間の排泄表を利用して、職員の共通理解のもと便秘対策を検討している。毎日の朝の体操や、便秘の方には適時、牛乳や、ヨーグルトを摂取していただいている。		
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	入浴は拒否があれば職員の都合に合わせるのではなく、入居者の気持ちに合わせて支えるように支援している。また、その日の体の状態に合わせての判断が出来るように指導している。毎日入浴が可能である。希望があれば夜間入浴も可能としている。	入浴は一人週2～3回、30分程支援していますが、居室で訪問入浴を月2回利用している人もいます。自立者は現在1名で、約半数のシャワー対応者も、利用者の思いを尊重し浴槽入浴を支援しています。柚子湯・菖蒲湯などの楽しみも味わえるようにしています。	
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	入居者が眠れないときは、お話をしたり、日中の過ごし方などを考えて支援している。明かりや室温にも配慮している。添い寝をする時もある。		
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	いつでも薬情報が確認できるようにファイリングしており、また新しく処方された薬は申し送りノートにて各職員が目的や副作用について確認している。またホームの前に門前薬局があり、わからないことはその都度、薬剤師に相談をしている。		
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	入居者様個々の生活歴や好みを理解し、生活歴を生かした役割を担っていただく。今まで続けてこられた生活習慣は継続できるように支援し、楽しみのある毎日を送れるように支援している。		
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	近所への散歩は気候や本人の希望に応じておこなっている。また外食、買い物外出などを日々支援している。本人の希望があれば毎日でも外出可能である。	散歩に午前午後と2回行く人やランチや買い物など希望者を募って3～5人で外出したり、全員で桜見物をプランニングして出かけるなど、巷の様子を感じられる支援をしています。ドライブで四季折々の花見や運動公園などを散策する時には、家族やボランティアの協力を得ることもあります。	

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	認知症の進行によりお金を自分で管理するのは難しく、ご家族より預かり金を預かり、いつでも好きな時に欲しいものを購入できるようにしている。自己管理希望に関しては要望に応じている。		
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	いつでも家族へ電話ができるようにしている。ご家族にも協力をお願いしている。本人に届いた手紙に関しては直接本人にお渡しし管理をしていただいている。携帯電話の所持も可能としている。		
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	環境整備委員会を設置し季節感が感じられるような様々な試みをしている。各ユニットに水槽や観葉植物があり、ベランダや庭にも季節の花を植えている。音楽も自律神経に症状改善の効果があるものなどを選択している。	食堂兼談話室は明るく、季節の梅の花や大きなソファが置かれ、利用者は自由にゆったりと過ごしています。厨房からの調理の音や匂いで生活感があります。水槽には熱帯魚やメダカが飼われ、ロボット式の犬や猫のぬいぐるみがあり、利用者の癒しの場になっています。オゾン脱臭装置を置き、温度や湿度にも配慮しています。	
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	フロアの大きなソファにて皆さんがお話をしながら過ごせる空間作りに配慮して。また、各居室で思い思いに過ごせるように配慮している。		
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	その方の馴染みの家具を使っていたきたいが、ご家族様は新しいものを揃えがちになってしまうので今後も引き続き御理解と御協力をお願いしていく。	清潔で適度な広さがある居室は、位牌、家具、本、琴、家族の写真など馴染みの物を持ち込み、それぞれ好みの部屋にして、自宅に居るように過ごしています。職員は、掃除や整理・整頓、衣替えやアルバムの整理などで支援しています。	
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	手すりや段差、浴槽、便座、手洗いの高さ、食卓テーブルの椅子の変更を行い身体機能に応じて設備を整えている。場所や使い方がわかるようにし書いている、また最大限自尊心に配慮している。		