

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 28

事業所番号	2671100101		
法人名	医療法人 啓信会		
事業所名	グループホーム リエゾンくみやま		
所在地	京都府久世郡久御山町林中垣内38-1		
自己評価作成日	平成29年2月10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	
----------	--

【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 野の花
所在地	京都市左京区南禅寺下河原町1番地
訪問調査日	平成29年3月1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)】

毎食の食事は職員と利用者で調理や準備をし提供している。栄養バランスの偏りが無い事を目標に、隣のスーパーを中心に購入している。ホームの畑で収穫した野菜も取り入れ、季節感を感じるようにしている。高齢化により歩行や身体機能が徐々に低下している。それぞれの意思を尊重し、個別の外出や散歩、趣味を活かした作業など支援している。認知症の周辺症状にも個別記録にフォーカスチャージングを取り入れ、意思や人格を尊重した対人援助を行っている。ターミナルケアの利用者がおられたが、職員、家族、医療で連携を図り、穏やかにホームで見送ることができた。地域では唯一のグループホームであるが、今後も利用者の安全と、住み慣れた地域で安心して生活が送れるように支援していく。又、積極的に看取りのケアを行い、日々介護士としての専門性と資質の向上に努めていく。

【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)】

久御山町の中部、宇治川の支流古川の堤防に面し、大型食品スーパーに隣接した、開設満11年になる1ユニットのグループホームである。平屋建ての和風住宅、奥には庭があり、利用者にとって住み慣れた家である。地域との連携として小学生や幼稚園児との交流、様々なボランティアの来訪、地域行事への利用者の参加等、少しずつ進んでいる。家族とは交流会実施、夏祭りや外出行事に家族も参加等、関係づくりができています。昨年からの地域の貸農園を借り、利用者と職員と一緒に畑で野菜づくりをし、共に汗を流している。元農業をしていた利用者の指導のもと、じゃがいも、玉ねぎ、大根、ネギ等を取産し、食べ方を話し合い、食卓で味わう。部屋にばかりいる人も畑を見に行きたいと出かけ、地域の人と話す機会も増え、利用者の生活を大きく活気づけている。職員は一人ひとりの利用者への思いが強く、利用者と共に暮らすこのホームでの生活を支え、楽しみ、頑張っている。

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ます (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	年度ごとに理念はミーティングにて協議し更新している。地域密着をふまえ近隣との関わりを大切にし、利用者や家族に安心できるサービスを心がけている。	法人の理念を踏まえて、職員の話し合いによりホームの理念を定めている。毎年度初めに見直し、今年度は「住み慣れたこの町で、みんなで仲良く頑張ろう」と定め、大きな字で書いて玄関に掲示している。この町で一緒に暮らしていこうという思いを利用者と職員が共有し、毎朝声をあわせて唱和している。地域の行事に積極的に参加し、また地域のボランティア等の来訪を歓迎している。	
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	隣がスーパーであり、日常の買物をしている。時々、利用者とも買物に出かける事もある。小学校、幼稚園との地域交流も心掛け実践している。「古川をきれいにする会」という古川周辺の清掃活動をボランティアとして参加している。	利用者はふだん隣のスーパーに買物に出かけたり、近くの貸農園へ畑づくりに行っている。町主催のふれあい祭りや文化祭に利用者が作品を出したり、見物に出かけ、出会った友人とおしゃべりを楽しんでいる。小学生や幼稚園児が来訪し、花の苗に言葉をそえて進呈してくれたり、歌やダンスを披露してくれる。ホームの前を流れる川の地域住民による「古川をきれいにする会」に協力したり、地域の高齢者のサロンで認知症の相談に対応する等、地域貢献している。	
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	グループホームでの支援方法や、相談があった場合は同系列の事業所を紹介したりしている。社協主催の「地域ネットワーク」に参加し地域の方と共に認知症の高齢者を支援している。		
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	会議では、利用者の普段の様子や今後の行事予定の報告を行っている。また役場や民生委員からのアドバイスを受けながら、家族とも意見交換を行っている。	家族、民生委員、町介護保険課、地域包括支援センターが委員となり、隔月に開催し、記録を残している。記録は全家族に送付している。ホームからの利用状況、研修、職員異動、事故、行事等のあるままの報告の後、意見交換している。町からイベント情報をもらったり、「この会議の雰囲気はやわらかくなった」「風の予防にはネギがいい」「認知症カフェに参加してほしい」等、アドバイスや意見をもらって対応している。	
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	運営推進会議での意見交換や町役場主催のふれあい祭りや文化祭などの参加で、協力関係を築いている。町の介護サポーターも毎月一回訪問され、利用者の声も伝えていただいている。	町の担当課とは日常的に報告をし、連携している。町の介護サポーターを受け入れ、毎月来訪し、利用者との会話のなかから食べたいもの等を聞いてくれる。町の活動として地域の高齢者の見守りと支援をする「きずなネットワーク」に協力している。	

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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	法人主催の内部研修で身体拘束については理解を深めている。身体拘束や抑制はもちろんおこなっていない。防犯と利用者の安全上のため、玄関の施錠は行っている。利用者の希望や訴え等あれば、安全を十分確保した上で開錠している。	「身体拘束をしないケア」を契約書に明記し、法人で毎年職員研修を実施している。身体拘束11項目、やむをえず拘束する場合の3要件、スピーチロック等について職員は認識している。門扉は施錠していない。玄関ドアは施錠しているものの、利用者が出かけた素振りがあれば、職員が付き添って外出している。	
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	虐待については事例に基づいた研修会等で学んでいる。職員一人ひとりが虐待していないか、見過ごしたりしていないか注意を払い、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	法人系列の事業所にて勉強会を行ったり、職員各々が勉強したことを共有しあったりしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約や解約、改定等は書面にて説明し同意をいただいている。		
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	運営推進会議や面会時に家族の意見や要望を聞き取るよう努めている。広報紙を再開し利用者の様子や行事の案内が出来ている。	家族の面会は多く、毎週来る人もある。家族には写真を多く掲載したカラフルな広報誌『ほっと便り』で利用者の様子や行事等を報告している。家族交流会を毎年1回開催しており、食事しながら和気あいあいの会となっている。ホームの夏祭りに参加する家族もあり、外出の際に合流する家族もある。「外出先の希望を聞いてほしい」という家族の意見があり、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
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	月1回のミーティングで意見や提案を聴いている。又、早急に改善すべき点があるときは、随時カンファを行い改善に繋げている。	職員会議を毎月開催し、運営とケースの検討をしており、欠席者は議事録で内容を確認している。毎朝のミーティングで利用者の情報交換をしている。職員は会議等で率直に意見交換しており、貸農園の畑作業のために草刈り機の購入の提案があり、対応している。職員は異動、外部研修受講等の希望を述べる事ができる。法人には年間研修計画の他に、新人研修、リーダー研修等、段階をおった研修プログラムがあり、該当者が受講している。法人の講座で研修した職員が認知症ケア専門士を取得している。	
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	キャリアパス制度を取り入れており、個々の目標や職場環境に不安がないか等を聴き、向上心を持って働くことが出来る様努めている。		
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	自己啓発のため法人内外で研修に参加している。参加者がミーティングで伝達講習を行いケアの向上につながるよう努めている。		
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	同法人内のグループホームの管理者が定期的に集まり、日常の問題等の話し合いや情報収集し、サービスの向上に努めている。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	利用者の情報を周知しコミュニケーションを図りながら良い関係を築いていき、安心していただけるよう支援する。		
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	面談時より家族からの不安や要望の情報収集は行っており、今後の対応について検討し良い関係が築けるよう努めている。		

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
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	話し合いの中で、今一番必要と思われる支援を提供している。法人内外のサービスが必要な場合も対応している。		
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	生活の場として炊事・洗濯・掃除等を利用者と共に共有している。無理はせず利用者のADLに合わせて行ってもらっている。		
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	家族の面会時は散歩や外食、買い物などの協力も得ながら、共に本人を支えていく関係を築くようにしている。		
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	友人の面会や馴染みの美容院、よく歩いていた散歩コースなど今迄の関係が途切れないよう努めている。	利用者の友人が来訪し、居室でゆっくりおしゃべりしている。その際にはお茶をだし、また来てもらえるようお願いしている。利用者の行きつけの理髪店に同行している。利用者がいつも散歩していたという道を一緒に歩いている。元農業をしていた利用者にホームの貸農園での作業を教えてもらい、役割としてもらっている。	
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	利用者同士の関係を職員は把握している為、テーブルなどの配置換えを行いトラブル回避は周知徹底している。又、孤立しないよう声かけを行っている。		
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	サービス終了後も近隣であるため、現在入所中の利用者を知り合いという事で、訪ねて来られたり行事に参加していただいたり、関係性を大事にしている。		

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
<b>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</b>					
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	ケアプランは本人の希望や意向を尊重したもので検討している。疎通が取れなく困難な場合は、色々な場面で本人の言動や行動を記録し、思いを読みとるよう努めている。	利用開始時に利用者、家族等と面談し、「マイペースで暮らしたい」「元気で仲良く」「自分でできることはしたい」等、利用者の思いを聴取している。家族の思いも「できることはさせてほしい」「安定した歩行を望んでいる」等を記している。利用者の出身地、生家の家庭環境、子ども時代、結婚生活、仕事等の生活歴の情報は少ない。茶道の先生だった、好きなことは縫い物、編物等は把握している。	
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	日頃、利用者と会話を重ねその人の人生観や暮らし方、それぞれの好みを把握し少しでも、施設での生活を快適に過ごせるように努めている。		
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	一人ひとりの生活パターンを把握し、朝の掃除や洗濯干しも生活リハビリのひとつであるが、午前中を中心に生活リハビリを個々に行っていただいている。		
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	職員全員で毎月全利用者のモニタリングを行い、計画作成者がまとめている。問題点が発生した時は、早急にケアカンファレンスを行い、より良いケアを行うよう努めている。家族や関係者とも話し合い、アドバイスを受けている。	介護計画は利用者、家族、職員の意見を聞いて計画作成担当者が作成し、職員に周知を図っている。「生活リハ」「コミュニケーション」「歩行見守り」「30品目の食事」「バイタル測定」「口腔ケア」「散歩」「体操」等、どの利用者にもあてはまる共通の項目が多く、暮らしのなかの楽しみの項目がほとんどない。利用者ごとの個性が薄い。介護記録は介護計画を実施したときの記録ではなく、時間ごとの利用者の様子を書いている。モニタリングは介護計画の実施状況、目標達成度、利用者・家族の満足度、今後の対応について点検している。	介護計画は利用者ごとに個別であり、暮らしのなかの生きがいの項目を入れること、介護記録は介護計画を実施したときの利用者の表情や発言を、拒否があったときはその要因を書き、モニタリングの根拠となるようにすること、以上の2点が望まれる。
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	介護、医療ケア両面において、日々の様子や気づき、共有すべきことを個人記録としてありのままに記入し、ケアの実践やケアの見直しに活かしている。		

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
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	それぞれの家族環境を考慮し、利用者の要望に応じて外出時は介護タクシーの利用や職員の付き添いなど、柔軟に対応している。		
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	銭太鼓や大正琴などのボランティア、役場からの介護サポーター、近隣の薬局・米屋などは定期的に来訪あり地域資源の支援となっている。		
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	かかりつけ医の希望者には今迄どうり利用出来るよう支援している。ほとんどの利用者が、居宅療養管理指導を受けておられ、適切な医療を受けられるように担当医と連携を図っている。	利用者の従来のかかりつけ医には家族同行で受診し、場合によっては職員が同行することもある。ホームで把握している利用者の情報を医師に伝えている。協力医療機関の医師をかかりつけ医としている利用者には毎月往診がある。歯科は訪問歯科医と訪問歯科衛生士を利用している。認知症(物忘れ外来)の受診をしており、医師と連携している。	
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	近隣の同法人の看護師が週に1回来訪している。利用者の微細な事柄や特記事項、日頃の様子など連絡帳を通し報告し適切な処置を行っている。又、急激な変化は迅速な連絡を取り、看護師や担当医に指示を仰いでいる。		
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。	入院した際は随時訪問し、病院での担当医や看護師、相談員等に状況を聞き取り、退院や今後の対応に関する情報交換を行っている。		
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	ターミナルケアが必要となった場合、家族の思いを聞き取り、担当医、家族、事業所スタッフで今後のケアについて説明する。ケアプランを作成し納得できるまで話し合い、スタッフと家族を含めて支援に取り組んでいる。	重要事項説明書に「重度化や終末期の対応」について明記しており、利用者や家族の希望があれば看取り対応をするという基本方針である。契約時に利用者や家族に説明し、同意をとっている。ターミナルケアマニュアルを作成し、職員研修をしている。昨年は2人の利用者の看取りがあり、家族の協力を得て見送っており、職員の達成感となっている。	

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
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	緊急時や事故発生時の対応マニュアルや連絡網は常に見える所へ設置している。応急手当等の研修も内部研修として定期的に行っている。		
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	年に2回消防訓練を行い、消防署より消火器の取扱いや指導を受けている。防災マニュアルにて災害時の避難経路や備蓄の確保、持ち出し用の防災グッズの準備もできている。近隣との協力体制も心がけるよう努めている。	火災に対する避難訓練を消防署の協力のもと、利用者と一緒に年2回実施している。地震、風水害、夜間帯の訓練はしていない。避難訓練の際の地域の人の協力は無い。備蓄を準備している。ハザードマップをスタッフ室に掲示し、職員は危険箇所を認識している。同法人の老人保健施設を水害時の避難場所としている。ホームの近隣に居住する職員の連絡網づくりをしている。	火災だけでなく、地震、風水害、夜間帯を含めて、避難訓練は職員の身に付くように年数回実施すること、その際に近隣の人の協力を得ること、以上の2点が望まれる。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	認知症のため意思表示出来ない場合でも、常に人権を尊重し、プライバシーを傷つけないような言葉かけや対応を心がけている。	利用者に対する尊敬の念を忘れず、利用者への対応や言葉遣いに常に注意することを方針とし、毎年職員研修をしている。馴れ合いになってしまうことを気を付けており、職員同士が相互点検している。職員会議や朝のミーティング等、利用者がある場所ではしていない。トイレ誘導の声掛けに配慮している。暮らしのなかで利用者に関心を持って工夫している。	
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	利用者の思いに耳を傾け、なんでも話せる環境づくりを行い、自己決定出来るように配慮している。		
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	メリハリのある生活を過ごせるように決まった行為(食事や入浴など)については、声かけを行っているがそれ以外の余暇の過ごし方は、利用者の希望を優先している。		
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	希望時は職員の付き添いで衣類などの買い物に出かけている。又、お化粧品ボランティアの協力のもと、お化粧品やマニキュアを付けてもらいおしゃれを楽しんでいただいている。		



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
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	職員と共に、食事の準備や片づけをしてもらうよう配慮している。月1回の昼食レクリエーションでは、利用者全員で昼食の支度やおやつも作ったりしている。	利用者の希望、農園での収穫物、残っている食材等を考えて献立を立て買物や調理をしている。利用者は隣のスーパーで食材選びをしたり、野菜を切ったり、味見をしたり、盛りつけ、後片付け等、できることをしている。毎月1回、昼食レクとして焼きそばやお好み焼き等、みんなでわいわい囲むメニューを楽しんでいる。カロリー値や栄養バランスは法人の管理栄養士に毎月点検してもらっている。食卓に花を飾り、職員も一緒に会話しながら食事を楽しんでいる。	
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	管理栄養士監修のもと、量やバランスの取れた食事を提供している。食事量、水分量のチェック表に記入し水分の確保と、脱水や低体重に注意し支援している。		
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	毎食後口腔ケアを促し、職員が口腔内をチェックしている。自分で出来ない方は口腔ティッシュやスポンジ等で介助している。毎月訪問歯科にて指導を受けている方もいる。		
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	一人ひとりの排泄パターンに合わせ、トイレに誘導したり声かけし促している。失禁の回数を減らしたり、清潔保持を心掛け支援している。	2人くらいの利用者は排泄自立をしている。他の利用者はリハパン、パットを使用しており、職員が利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛け誘導し、トイレでの排泄を支援している。排便は水分補給、体操、食物繊維や乳製品の提供で支援している。	
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	食物繊維を多く取り入れたりメニューや、乳製品やヨーグルトを毎日取るように努めている。水分補給の確保、毎日の体操も取り組んでいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴の曜日が決まっている方が良いとの希望があり、週3日実施している。外出や体調不良時は本人了承のもと変更している。	毎日入浴を支援するという思いはあるものの、利用者は隔日の入浴を希望している。曜日を決めてほしいとの希望があり、よくわかるように大きなカレンダーに印をつけて掲示している。湯温や長湯等、利用者の希望に添っている。風呂好きの利用者は肩までつかってゆっくり楽しんでいる。	

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
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	年齢やADL応じ、日中でも臥床が必要な利用者や、利用者の体調に応じ休息を取れるようにしている。日中臥床すると夜寝れない方には、レクリエーションを強化する事も考慮している。		
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	薬の用法、用量や副作用については、カルテに残している為確認し理解している。薬の目的に対し症状の変化が無いが、常に観察している。		
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	個別にドライブ、買い物、家事、掃除、散歩など役割や楽しみとして支援している。グループホームの農園での作業では、土を触り、収穫する喜びを感じていただいている。		
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	1~2人の少人数で戸外に出かける支援は、随時行っている。年間行事として、花見や遠足など遠出もしている。又、家族により外出、外泊の協力も得ながら支援している。	日常的には利用者はホームの前の川沿いの道を散歩したり、隣のスーパーへ買い物に出かけたり、貸農園の畑を見に行ったりしている。車椅子の人も含めて、どの利用者も毎週1回は外に出るよう支援している。近くの神社への初詣、年2回の遠足や外食等はドライブでみんなで出かけている。その日の気分等で利用者から「外に行きたい」という希望があれば、一緒に出掛けている。	
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	お預かり金として利用者より預かっており、必要な物や希望があれば、購入したりしている。		
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	希望時には電話を掛けたり、手紙の代筆や投函を行ったりしている。		

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
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	共用の空間で危険が無いように環境づくりや、温度調節に配慮している。季節感を取り入れる為、花や行事の飾り付けをしている。	門扉から玄関までの両側に花があり、和風玄関ドアを開けると平屋建ての住宅である。中央にキッチン付きの居間兼食堂があり、大きなガラス戸の外にウッドデッキ、そこから庭にでることができる。居間兼食堂には食卓の上に花、椅子、ソファの上にクッションやぬいぐるみ、テレビ等、生活感がある。室内の置物や壁の飾りも落ち着いている。このホールから廊下が3方に延び、視線を遮る工夫をしている。認知症の混乱になるような強い光や大きな音はない。	
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	特に座る席は決めず、自由に共用空間の中で過ごせるようなスペースにしている。		
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	使い慣れた家具を置いたり、居室内を安全に過ごせる環境も考慮し、家族とも相談し工夫している。	居室は洋間で、入り口には利用者ごとに好みの表札をかけている。利用者は使い慣れたベッド、筆筒等を持ち込んでおり、仏壇を置いて毎日供養している人もいる。壁には折り紙、ぬり絵、習字等、利用者の自慢の作品を飾り、賞状をかけている人もいる。	
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	リビングや食堂、トイレから自分の居室までの動線の安全を確保している。		