

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	1073100388		
法人名	社旗福祉法人こころみの会		
事業所名	つむぎの里グループホーム		
所在地	群馬県邑楽郡邑楽町中野2204-8		
自己評価作成日	平成24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	http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成24年3月16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)】

個々に合わせたケアプラン:アセスメントを行い、その人しか出来ない、特技や喜び、楽しみになることを活かしたプラン内容にしている。
 食事:スタッフと出来る事は利用者によって頂き力を合わせて手作りでやっている。献立は決まっていなく、当日の食べたい物を利用者に聞いたりして献立を決めている。
 イベント:季節に合わせて毎月イベントは行っている、9月の敬老会では演歌歌手やちんどん屋を呼んで、地域の方達も巻き込んで行っている。また立ち上げ時からの一泊旅行も続いている。
 事故対策:ひやりはっと報告書を「気づき」と捉えて、毎月多くの報告書があがっている。事故対策会議を月1回行っており、ひやりはっと対策案を考え重大事故防止につなげている。

【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)】

ホームは開設して8年であるが、開所からの理念を大切にして、理念を日々の介護に活かし利用者の生活を支えている。また、ホームは職員全員が介護の専門職である介護福祉士であり、より質の高い介護サービスの提供を目指し運営されている。職員一人ひとりは、職員会議やケアカンファレンスを通して意思疎通を図り、同じ介護方針で介護にあたり、職業意識の高さを感じることができる。また、マニュアル等運営に関する書類は整理されており、介護の均一化が図られ、組織的に安定した運営が行われている。利用者は、自分の思いを話し、自然に活動し、職員は同じ立場で介護し、ゆったりと時間が流れ、落ち着いた生活を送っている。

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	開所当初から生活者としての視点を理念に掲げ、その理念を実行するために地域の中で買い物・美容室・地域が主催するのサロンの参加など日々実践を重ねている。要介護者としてのみ暮すのではなく今も生活者として生きられる場所作りとしてこの事業に取り組んだ。法人で事業を始める動機である。	ホームは、開所当時から理念を「生活者として役割や趣味をもってその人らしく生きがいのある安らかな生活を送れるように支援する」とし、その理念はケアプランに活かされ、日々の一つひとつの介護実践につなげている。	
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	隣組に加入し区費も払っている。地域が主催する高齢者サロンに利用者さんも参加させてもらっている。また地区のお祭りでは、つむぎの里をお神輿の休憩場所として活用してもらい利用者さんたちと一緒にもてなしている。地域の回覧版もまわしている。	法人は、保育から高齢者介護まで幅広く事業展開しており、地域でなくてはならない事業所となっている。利用者は保育園の幼児や保護者と交流し、また、地域の人々とは、日常的な買い物や散歩の時の交流の他、地域の行事やホームの行事で交流が行われている。	
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	家族会や運営推進会議の場において実際の利用者さんたちの生活を説明する中で理解してもらっている。地域の商店・美容室なども利用者さんたちが実際に利用者としてかかわる日々の関係の中で理解されてきている。地域のボランティアさんたちも受け入れ見学・訪問を積極的に受け入れている。学生の介護体験学習としても協力している。		
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ヶ月に一度定例で開催されており、議題の中に利用者さんの実際の生活状況・取り組んだイベントなど報告している。区長さんからは、中学生のボランティア活動についての受け入れなどもアドバイスいただき活用している。またひやりはっと報告を行ったときは、区長さんの経験から参考になる意見も頂けた。地域の人たちと一緒に敬老会を楽しむ企画にも参加して下さっている。	運営推進会議は2ヶ月に1回定期的に、町役場職員、区長、民生委員、苦情窓口第三者委員、家族会代表、職員、施設長等の参加で開催され、毎回議事を記録し町に報告している。提案などはサービス向上に向けて事業所会議で検討し取り組んでいる。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	つむぎ通信・ホーム内研修の案内などを手渡しで届けたり、法人の取り組みとして高齢者介護の現状などについて報告している。認知症ケアの質の確保などは邑楽町に暮らす高齢者全体の問題として町と話し合い、町も関心をもち相談にはのってくれている。	運営推進会議での関わりの他、町の高齢者介護施策にそって、現在グループホームをもう1ユニット建築中である。新グループホーム開設によって余裕に出たスペースを認知症高齢者の駆け込み施設にできるか等検討中である。	
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	日常のケアについて身体拘束にはならないだろうかと考えながら行っている。グレーゾーンについても、ケアカンファレンスで話し合い、身体拘束を行わないことを徹底している。	定期的に行われている会議やケアカンファレンスにおいて、また日常的にも身体拘束をしないケアについて話し合われている。普段使っている言葉についても、身体拘束にならないだろうか等細かく検討している。	
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	虐待が起こる環境は、職員の処遇と大きな関係があると考えているつむぎの里では正規職員が中心でケアをおこなっている。まや夜勤も常勤職員がおこなっている。職員のストレス軽減を図り、有給休暇などで気分転換を図りゆとりを持って介護の仕事が出来るようにしている。研修にも参加することで認知症の理解を深めている。		

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	管理者は、研修を受け理解できており実際に必要な利用者へのアドバイスなども行っている。アドバイスや援助によって実際成年後見人制度を活用されたケースが2例ある。またホーム入所前の認知専用デイサービスの利用者さんに対して地域福祉権利擁護事業の活用にも支援したこともある。職員に対しても県社会福祉協議会の出前講座を依頼し施設内研修として全職員が理解を深めることが出来た。		
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	契約時は、運営規定・利用約款・重要事項説明書など時間を十分とり、説明を行っている。納得された上で同意書を頂いている。また状態の変化で退所される場合は、相談に乗り病院や他施設の紹介などしっかりと行っている。		
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	意思を伝えられる利用者は、日常的に意見や希望を直接管理者や職員に訴える場面は、多くある。日々の生活の中での職員と利用者との関係が大切と考えている。職員会議でも業務の見直し(運営上)や勤務体制などに反映させている。訴えることの出来ない利用者さんへは、生活の中で必要と思うことを察して充実した生活になるように支援している。	家族会があり、3ヶ月に1回会議は開催されている。会議は職員の退室後に、家族だけで意見交換され、意見・要望は事業所に報告されている。ホームでは意見・要望を検討して運営に反映させている。利用者とは十分にコミュニケーション図り、思いを介護につなげている。	
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	家族会議を三ヶ月に一度行っている。会議の最後には、施設長が席を離れ家族だけで自由に苦情や要望を話し合い報告を受けている。家族会の要望で職員の写真を掲示したり、面会簿の設置場所など工夫したり実際に家族の意見を反映させている。面会時家族から職員へ直接要望も言われる事もあり、職員が変わらないことや担当職員がいることで意見が言いやすい環境だと思う。	法人の月1回の全体会議及び各事業所の月1回の会議があり、意見交換が行われている。その他、随時必要に応じて職員は管理者に相談をしている。ケアに関する意見は、職員の賛同のもとにすぐ実践されたり、その他、管理者や施設長で検討されている。	
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	行事に応じて勤務体制を考えたりしている。勤務表は、行事や職員研修など考慮しながら管理者が作っている。必要時には、超過勤務で支援に当たることもある。		
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	年間の研修計画を予定して実行している。また随時研修の案内を受けて必要な研修は、体制を取り機会を作っている。実際認知症介護の実務者研修の基礎課程は、全員が受けている。認知症ケアの質の向上や介護者自身の支えのためにも研修は、必要であり今後も力を入れていく。今年度は、介護支援専門員にも2名の職員が合格を果たした。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会に加入しており、そこで実施されるグループホーム間で訪問し合う一日研修、その他ブロック別で行われている研修などで交流する機会は多い。またつむぎの里で行うホーム内研修では邑楽町地区の介護事業所にも研修の案内を出しともにサービスの向上を図るような取り組みを行っている。		

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
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	認知症デイサービスと併設しておりデイサービス利用者が入所になるケースが多い。そのため本人の状況もある程度理解できた上で入所になっている。利用者の不安や困っていることに対しては、すべての職員が対応できるよう情報を共有し、受け止めるケアを実行している。		
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	家族との相談は、時間を十分にとっている。施設内の見学や利用料金については、相談の段階で説明している。入所を待っていただくこともありその間の支援として介護サービスの紹介もきちんと行っている。		
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	在宅生活が可能か、施設サービスが今すぐ必要かを見極めながら相談に乗っている。認知症高齢者の場合家族の介護負担(精神的・肉体的)によって迅速な対応が必要になる。家族の話に十分相談に乗り家族の気持ちを整理する必要がある。その上で支援内容を本人や家族と話し合っている。		
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	朝の掃除・食事作り・畑仕事など利用者の活躍の場も多く季節の慣わしなど利用者さんに相談して教えてもらったりしながらもに過ごしている。先日も節分の豆まきの方法や歳の数だけ食べる豆についてなど教えてもらったところである。また利用者さんが主役になり天ぷら作りやうどん打ちなども行うようになった。		
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	開所当初からつむぎの里の生活は、利用者・職員・家族と一緒に創っていくことを目標にしてきた。家族とともに旅行を楽しんだり、夏祭りでは、家族も参加し模擬店の料理を作り利用者・職員とともに楽しんでいる。多くのイベントにも協力をいただき家族とともに本人を支えている。		
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	親戚の法事で、親戚からも来てほしいとの依頼があり、後見人と連携して有償の送迎サービスを利用し参加された。ホームの力だけでは実現は困難な場合もあるが、あきらめず手立てを考え支援している。友人・知人の面会が自由に行える環境にしている。年賀状が届いた方などは、しっかりと返事が返せるように支援している。	利用者が希望する行きつけの美容院や医院などには、家族の協力のもとに関わりを継続している。墓参りや親せき回りの希望も同様に、本人・家族と、ホームでできること、家族に協力してほしいこと等を話し合い、本人の希望に沿うように工夫している。	
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	朝の掃除や食事づくり・洗濯物たたみ・畑づくりなど利用者さん同士で協力(職員も交えて)しあう場面は多い。ここ最近週に一度昼に調理スタッフがいない日があり、そのとき利用者さんが主役になり食事準備をしてお互いに支えあっていると感じる。		

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	他界され退去となった家族との交流が続いており、毎週水曜日に習字の会、翌週はギター演奏の先生として来て下さっている。又クリスマス会では別の家族の方が職員のハンドベルのコーチと、マンドリン演奏をして下さっている。		
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	入所時のアセスメントや三ヶ月毎とのケアプラン見直しにおいて本人の意向や思いの把握に努めている。意向が伝えられない利用者さんに対しては、利用者さんの思いに寄り添ったケアを支援している。元気なときにはお化粧を欠かさなかった利用者さんの身支度、外出が好きだった利用者さんの散歩など。全介助が必要な重度の利用者さんに対しては、入浴・食事を楽しめる場面として工夫している。	1人ひとりの利用者には担当職員がおり、担当職員が中心となり、利用者の思いや意向等情報がくまなく収集され、センター方式のアセスメント用紙を用いて整理され、職員全体に伝えられている。	
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	センター方式を利用して情報の収集に努めている。家族の方へアンケートを取ったり支援されていた民生委員さんからお話をおかがったりしている。		
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	三ヶ月毎や状況変化時には、随時ケアプランを見直ししておりそのつどセンター方式のアセスメントを行い個々の利用者さんの状態を把握している。		
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	家族の要望を見直しのたびに確認している。利用者の担当スタッフとケアマネジャーで話し合いスタッフ会議で報告しケアプランを作成している。また出来上がった介護計画も時間をとり説明して同意を得ている。働いている家族が多く話し合う時間を作るのに苦労はあるが電話や面会時など利用しながら意見を出してもらっている。	利用者には担当職員がおり、担当職員が主となって家族の意向を含む情報の収集・アセスメントを行い介護計画が立てられる。介護計画は介護支援専門員と検討され、その後職員会議で検討される。作成された介護計画は、家族に提示し了解を得ている。	
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	毎日実行記録をつけている。毎月行っている職員会議では、ケアプランの実行状況・問題点など管理者が確認を行い報告している。		
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	お盆や正月の外出・外泊の支援やターミナル期は、家族もホームで泊まるなど家族や本人の希望を話し合い出来る限り支援している。		

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
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	消防署と連携し避難訓練も毎年行っている。読書の好きな利用者さんは、町の移動図書館を利用している。邑楽まつりでは座席や駐車場の確保に協力してもらっている。イチゴ狩などのイベントでは地域の民生委員さんなどがボランティアで参加していただき、個々の利用者さんの必要性に応じた支援をお願いしたりしている。		
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	入所時家族・本人に確認しており希望を重視している。またかかりつけ医もグループホームという認知症高齢者に理解もあり必要時は往診してくださる。	利用者の健康管理はホームの2つの協力医院が対応し、2週間に1回の往診がある。協力医は、随時往診・相談ののつてくれ、24時間対応してくれる。利用者の希望により、それまでのかかりつけ医に受診している人もいる。	
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	職員に看護師が非常勤でおり、利用者さんの健康管理・定期受診をしてもらっている。医師からの指示が実際の支援につながるように内服薬・受診経過一覧に記録してもらい介護職員と連携している。		
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。	サマリーの提出や入院先の相談員さんと話し合っている。認知症高齢者の場合長期の入院は、認知症の症状が悪化するため退院後の指示を確認しながらも早期の退院を要望している。実際経管栄養になってしまいそうな利用者さんがいたが早期の退院で普通食が食べられるようになり元気になっている利用者がある。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	かかりつけ医と直接家族もしくは本人も含めて方針を話しあってもらう。ホームで支援できることも含めて医師・家族・ホーム職員で検討している。終末期も退所せずホームで看取る場合は、家族と確認書を交わしている。家族の方も職員から日々の状況を聞いたり、往診時医師と直接相談しており全員でその利用者の状況を把握できるようにしている。	ホームには看取りについての確約書があり、重度化や終末期となる前に本人・家族、医師と話し合っ、そのあり方について確認しあっている。ホームでは開設以来10名のターミナルケアに携わった。	
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	毎年行われる救急救命の講習会には、職員が順次参加している。緊急時のマニュアルもあり、また119への連絡がスムーズに行くための手順も電話の近くに設置している。		
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	避難訓練は年2回実施しており、消防関係者からアドバイスを頂いている。緊急連絡網・マニュアル作成も行った。防火管理責任者もいる。去年の震災後からは月1回災害会議を行い、備蓄品もそろえている。	避難訓練は、消防署の協力のもと、民生委員の参加で年に2回実施している。去年の震災後に防災対策委員会を立ち上げ、食品備蓄リストや職員全体の携帯連絡網、家族の連絡網を作成している。食品備蓄リストは、区長に報告している。	地域全体の災害対策意識を高め、協力体制構築のために、今後、地域の人々と一緒に訓練を行えないか検討を期待したい。

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	認知症高齢者ケアの基本であり職員も実行できている。認知介護実務者研修の基礎課程を職員は受けており、その他研修にも多く参加しており日々ケアの質を高めるように努力している。トイレ誘導時など大きな声で誘わないようにさりげない誘い方で対応している。	利用者に声かけするときは、名字で呼んでいる。最近、排せつ介助で便器に座ってもらうとき、タオルを前にかけて少しでも羞恥心に配慮しようと話し合われた。その他、プライバシー保護については、入居時に同意書で確認し合っている。	
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	認知症高齢者ケアの基本であり職員も実行できている。認知介護実務者研修の基礎課程を職員は受けており、その他研修にも多く参加しており日々ケアの質を高めるように努力している。トイレ誘導時など大きな声で誘わないようにさりげない誘い方で対応している。		
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	抽象的な働きかけでは応えられないことが多いため具体的なもので選択できる場面を作っている。朝のティータイムではメニュー表の中から本人の飲みたい物を選んで頂いている。入浴後の着替えの衣服、外食時実際にメニューを見て選択するなどして頂いている。		
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	地域的美容院や理髪店に通っている。認知症高齢者への理解も得られ送迎サービスを行っている理髪店もあり協力してもらっている。重度の利用者さんは、近所の理容室さんが来所してくれている。職員が自分では実現できないお化粧なども支援している。		
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	献立の相談や買い物・食材切・味付け・盛り付け・お茶入れ・献立書きなど一人ひとりが出来ることを、それぞれ力を出し合い開所当初から積み重ねてきた。食器洗いも職員と楽しい会話をしながら一緒に行っている。	利用者一人ひとりのできること・できないことを把握して、利用者皆で献立作りから食事作り・後片づけを行っている。時折、利用者の好みであるうどんや沖縄料理などの献立を楽しんでいる。	
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	疾患により食事制限のある利用者もおり、医師の指示をもらっている。食事量・水分量は毎日チェックしている。食欲が低下している利用者には、好物を用意したり状態に応じて工夫している。食事バランスは、実際に食べたものを記載した献立表をみながら職員が利用者さんの意見も参考にしている。		
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	毎食後支援できている。声かけ・誘導・全介助など状態に合わせて葉ブラシ・スポンジ・ガーゼなどを利用している。本人が行えても磨きの残しがある方は職員が介助している。週1回日曜日をポリデントの日とし義歯の消毒も行っている。		

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
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	排泄のリズムパターンシーを活用し、排泄状況を確認し、個々にあった排泄支援を行っている。	一人ひとりの排泄をリズムパターンシートを用いて把握し、職員は個別支援している。おむつで入居した人で、リハビリパンツとパットになった人がいる。	
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	毎日体操を行っている。また天気の良い日は、散歩をするなど行っている。水分量も一日1000CC以上を目標にしている。朝食後に牛乳を飲んで頂くよう声をかけている。また排便リズムをアセスメントし下剤の服用を支援してコントロールされている利用者もいる。		
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	基本1日おきの入浴、最低週3回と決めている。お風呂が好きで毎日入りたいと希望される方は、その希望に応えている。	入浴支援は1人週に3回としているが、毎日入りたいと希望する人には希望にこたえている。個別のシャンプー剤を希望する人にも、希望にこたえている。現在入浴拒否する人はいない。	
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	特に日課はなく、起床時間や消灯時間はない。利用者さんの状況にあわせている。午睡の必要な方は、午睡できるように支援している。また夕方パジャマに着替える支援を行い楽な着衣で寝てもらっている。失禁のある方は、夜間トイレ誘導も行い気持ちよく寝られるようにケアにあたっている。		
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	個人個人の医療情報ファイルがあり内服薬も綴じている。用法や副作用についても確認できるようになっている。日によって内服薬や違う利用者さんもいるため内服薬に日付けを記載するなど工夫している。		
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	ケアプランにセンター方式を取り入れアセスメントを行い個々の喜びにつながる様にし、ケアプランに支援内容として位置づけ実行している。個々にあった役割から、雑巾縫い、うどん作り、天ぷらづくりなどを行っている。		
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	天気は左右されるが、周辺の散歩や庭でお茶にしたり戸外ですぐすこも多い。桜の季節は桜を見に出かけたり、クリスマス時期には、フラワーパークのイルミネーションを見にも出かけている。買い物や床屋・ふれあいサロンなどの個別的な希望にも添っている。	天気の状況を見ながら広い庭で日向ぼっこをしたり、散歩を楽しんだりしている。毎日の買い物には希望を聞きながら利用者を出かけている。家族との外出は自由である。花の咲く時期にはお花見に出かけ、地域の行事にも出かけて楽しんでいる。	

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
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	本人の能力に応じて家族と連携して支援していた。サイフを本人が持参している人、サイフをホームで預かり買い物時に持参するひとさままである。現在本人持参で管理されている方はいない。重度化する中で困難になった。また能力がありそうだった利用者さんの思い違いからサイフのお金がなくなったなどの混乱が他の利用者さんにも影響を与えるなどしたためつむぎで立て替えることにしている。		
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	海外にご家族がいる方がいる為、定期的に電話して頂けるよう連携をとりつながりを大切にしている。他ユーザーもウ希望がある時はいつでもかけられる様支援している。年賀状も知人に出している。		
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	トイレには、消臭剤を随時利用するなど職員が配慮している。リビングには台所が対面式で設置されており食事の良いいいや心地の良い音があり生活感がある。またデイ利用者が時折持って来て下さる季節の花を飾っている。正月のかがみもちや雛人形・こいのぼり・七夕の竹・クリスマスツリーなども利用して季節感を感じてもらえるように工夫している。	食事の時間以外にもそれぞれ居間に皆が集まって、おしゃべりを楽しんでいる。居間には利用者がクラブ活動で書いた習字や行事の写真が貼られ、話題にしている。トイレ・浴室・廊下などは掃除が行き届き、清潔である。	
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	共同空間の中に、入居者が一人になったり、入居者同士で自由に過ごせるような居場所を確保している。気の合う人同士が隣になる様、席の工夫をしている。ゆっくりと映画や歌のDVDが見られるよう談話コーナーも利用している。		
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	自宅で使用していた、家具、布団、仏壇なども持ち込んで頂いている。好きな歌手のポスターを貼っている方もいる。	それぞれの居室には、押入れがあり、荷物はきれいに整理されている。また、各居室はスターのポスターが貼られていたり、仏壇や家で使用していた家具がしつらえていたりしている。	
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	高齢者生活に理解のある設計士さんと十分話し合った上で新築したため問題はない。また身体能力の低下に伴う援助として随時福祉用具の工夫(ポータブルトイレ・浴室の手すり・椅子など)も随時行っている。3か月に1度だけでなく本人の状態が変化した際はケアプランを見直し、状態や能力に合わせた支援が出来るようにしている。		