

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	1291000055		
法人名	株式会社ケアサービスまきの実		
事業所名	グループホーム広瀬ガーデン		
所在地	館山市広瀬368-1		
自己評価作成日	平成29年10月15日	評価結果市町村受理日	平成30年3月1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.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ACOPA		
所在地	我孫子市本町3-7-10		
訪問調査日	平成29年11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)】

昨年に引き続き各ユニット毎に目標を持ち、具体的な行動とそれを毎月評価改善しながら利用者様、一人一人の暮らしや認知症状と向き合いながら、これまでの暮らしの継続や機能維持、BPSDに対してチーム一丸となり行ってきました。目標を毎月評価していく事で、自分達が何をすべきなのか目指す方向性に向かった取り組みが続けられています。利用者一人一人についてじっくりと考えながらその人らしさや尊厳、羞恥心に配慮した関わりや介護を提供する事が出来ています。また、それらを通じて認知症の方を介護する者としての専門性を高める事が出来ていると感じています。毎月送付する手紙や写真には身体や健康状態の情報、暮らしの様子を記載し、ホームでの暮らしぶりを知って頂く機会となっていますし、HPの更新も目標を持ちながら行ない遠方の家族や親せきの方にも暮らしぶりを知っていたような取り組みを続けています。暮らしを豊かに今ある健康を保つための食事にも力を入れ、日々の暮らしの中で楽しみを持って頂けるよう取り組んでいます。

【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)】

利用者の平均介護度が4.1、車いす、歩行介助が必要な方が8割、亡くなる方も増えるなど難しい介護環境に直面している。施設長は2ユニット別・職員個人目標を設定し、20代から50代の職員と、それぞれの問題点を掘り下げていくマンダラートの手法で毎月の振り返りを行い、着実に支援に結びつけている。本人の意思表示がわかなくなってきたと悩む家族へは、行事や暮らしぶりを掲載した「つるかめ通信」、一人ひとりの健康状態などを知らせる「暮らしのお知らせ」を定期送付し、安心できるよう工夫し感謝されている。法人の医療やリハビリ部門の応援も得た、利用者支援は、家族の高い評価に繋がっている。

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 (○ 印を記入ください)

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	利用者や職員が、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、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(事業所記入)	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	まきの実の理念に基づき、事業所としての目標、各ユニット目標を立てている。月に1回振りを行い目標達成に向けた取り組みを具体的に検討している。理念、ホームの目標を常に念頭に置き業務する事が出来る様にしている。	法人の年度目標が示された時に理念や方針を全員で話し合い、ホーム、ユニット、全職員毎の目標にそれぞれ展開している。マンダラートの手法を取り入れ、定期的な振り返りで目標達成に取り組んでいる。	
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	散歩・回覧板・地域の店での買い物・地域行事への参加を実施している。外出時も声をかけてもらいコミュニケーションをとっている。地域の飲食店での食事の機会も設けている。	自治会にも加入し、近くの山名川の氾濫時の問題や、散歩道の整備などで大変お世話になっており、区長や元・現民生委員が、何かあれば声を掛けてくれる。散歩の時に、近隣住民と気軽に話をすることもある。	
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	地区のカラオケ行事・地域の店での買い物にホームの入居者と参加し、認知症への理解を深めたり認知症サポーター養成講座の開催などを依頼している。離設事象等の説明や捜索依頼、災害時等協力体制をとっている。		
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	運営推進会議の場での利用者様の状況を伝え、災害時に求める避難誘導の支援要請を行っている。利用者様の誕生日などを一緒に祝ってもらう事もあり認知症の方でも感情は豊かに残っていることを知って頂く機会となっている。	年6回開催で市高齢者支援課・地域包括センター・区長・民生委員・家族・利用者が参加している。ホーム状況、暮らしぶり、行事、災害問題など幅広い話題での話し合いで、認知症への理解が深まっている。	
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	運営推進会議に出席をして頂いており、特に災害時、緊急時の対応を説明。また、事故報告書の提出や運営推進会議の際には事故内容や事故背景等の説明を充分に行なっている。	運営推進会議に市高齢者支援課の参加を得ており、運営状況や課題を説明している。会議で防災無線設置についてのアドバイスを頂く等、貴重な情報交換の場となっている。直接市を訪問し相談する事もある。	
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	研修等での意識・知識の共有理解に努めており、安全が確保出来ない場合のみ家族からの同意書を頂き対応している。玄関は夜間のみ施錠している。自由に過ごして頂く事によるリスクの説明やリスク軽減の対応策も説明を行なっている。	身体拘束排除の方針について重要事項説明時に詳しく説明している。安全確保等で対応が必要な場合は家族の了解を得て、同意書を頂いている。全職員は法人研修への参加や、ホームミーティングでも話し合い、周知徹底している。	
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	虐待防止の研修を実施。利用者様主体・尊厳・自尊心に関して繰り返し伝えている。また、アザ・切り傷などのアクシデントに関しても原因をきちんと探り、対応を検討。全体ミーティングの場にて報告している。		

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	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	成年後見制度利用している入居者様も数名いる為、家族との役割の違いや連絡体制などを都度確認しながら、入居者様の情報共有を行っている。		
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	契約に関しては十分な時間を設け説明と理解を得られるようにしている。入居申し込みから入居まで時対応している相談窓口担当者と管理者とで契約も行ない、契約までの経緯や今後の引き継ぎ、入居後の情報提供などルールを設け家族の不安が無い様な仕組みを作っている。		
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	家族会・面会・電話連絡にて様子を伝えると共にご家族の意向を確認、日々のケアや業務体制に反映している。家族や面会者からの要望等については、各職員より管理者に報告が上がり対応や本部への相談など内容により対応を検討している。	家族の来訪頻度にバラツキがあり、ケアプラン送付後や都度、電話、メールなどで家族の意見を伺うようにしている。家族会が年2回、交流を楽しむ会などの機会を通じて積極的に家族意見を把握し反映している。	
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	ミーティング時に各委員会やスタッフより議題の提出をしている。また、月末にはまきの実の次月報告、稼働率報告等を行いながら、積極的な事業への参画と意識向上を目指しています。	職員を環境委員や行事係などに任命して、ホーム運営への積極的な関わり合いの場を設けている。毎月のグループミーティングや、年2回の個人面接、日常の様子にも注目して、職員の意見や要望を聞いている。	重度の方が多い中で、入居者の支援、家族とのコミュニケーション(報告)のあり方、職員の心身のリフレッシュなどにつき話し合っていたきたい。
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	人事考課時にアドバイス・評価を行ない次の目標の設定と広瀬の中での役割を伝えている。役割と責任を明確にしながら課題解決やより良い暮らしの提案を行いながらやりがいに繋げている。		
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	個々の力量にあった役割と施設内の組織づくりを行なう事で、様々な事にチャレンジする場の提供とアドバイスを行なう。キャリア段位制度などの活用を行ないながらOJT指導を行っている。		
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	管理者やケアマネなどがより他事業所との情報や困りごとの共有が出来る様にまきの実内のグループホームでペアリングを行った。それにより、他事業所へのアドバイスやペア同士で相談、課題の共有と相談が出来る仕組みとなっている。		

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	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	入居前の面談や自宅訪問にて、入居前の暮らしについての情報収集を行ない、その人への理解を深めている。自宅での暮らしの継続、生活習慣が継続出来る様に事前に情報整理、準備し、居室内環境整備などにも役立っている。デイホーム利用者等については事前にフェイスシート等にて情報提供を受けている。		
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	入居前施設・病院・ご家族からの情報収集や事前面談などを行なう。入居までを担当する窓口担当から管理者に入居者様の事だけでなく家族の特徴や不安、意向が申し送られ、役割分担をしながら安心感を持って入居やその後の暮らしのイメージを持てるように支援している。		
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	ご本人様の情報を集め、ご家族との面談にて要望をお聞きし、ご本人様やご家族の要望にあった場の提供やリスクについても話し合いを行いながら支援方法を検討している。また、専門職との連携と言う部分では訪問看護、訪問リハビリなどの利用、薬局、協力病院との連携等についても説明を行なっている。		
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	職員には尊厳や自尊心・共感という介護職として基本的態度の指導と入居者様にも役割や生活の中で活躍できる場を提供し自己肯定感や満足感を感じながら生活して頂けるように支援出来る様に指導、取組みを行っている。		
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	面会などご家族でゆっくりと談笑できるように配慮し、会話の出来ない方に関しては職員が日々の暮らしの様子をお伝えし、面会の時間を意義のあるものに出来る様関わっている。家族会への参加や写真や手紙、ホームページで日々の様子を掲載し疎遠になりがちなご家族にも日々の暮らしを知って頂けるようにしている。		
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	住み慣れた地域への買い物の機会や外出・なじみの風景を感じたり、行事を楽しむ事が出来る。家族や知人との面会がある。また、広瀬地区の散歩や店舗での買い物を通してあたらな馴染み作りを行なっている。	日頃から地域の交流や行事に参加したり、散歩で顔馴染みになるなどで、新しいつながりが出来ている。家族や知人の来訪時には、寛いで貰えるよう支援している。	
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	入居者様の個々の特徴や認知症の進行具合・相性などを観察し、職員が間に入りながら配席を考えたり入居者同士の関わりが生まれるように支援している。		

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	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	ホームの近くに来たからと立ち寄り頂き、最近の家族の暮らしぶりなどを伺ったり、ホームで暮らしていた時間を振り返り昔話をする事もある。野菜や雑巾などホームで使用するものがあれば、持参して下さるなどと交流が続いている。		
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	認知症により自分の事や意向を上手く表現できない事が多い為、情報として得た生活習慣や1日の過ごし方を参考にしその人らしさを読み取り、家族の希望や、日々の中でのちょっとした発言などから意向の把握に努めている。	入居時の聞き取りや生活歴、普段の会話や動作、また担当だったケアマネジャーからの情報も参考にしたりなど、意向の把握に努め、本人本位に検討している。	
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	入居時にご家族・入居前に使用していたサービス事業所から情報提供して頂いている。ご家族から聞き取りや自宅への訪問を行なっている。入居の際、全職員に情報の提供を行ない、入居後には個々が関わりながら得た情報の集約を行ないADL把握とケアの方向性を決めている。		
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	ちょうじゅを活用し、記録から必要な情報の収集を行なっている。また、担当者会議や問題提起を行い情報の整理や共有をしている。職員個々が得た小さな情報をも共有する為に、具体的にどんな情報収集をすれば良いのかを伝え、情報の密度を高めている。		
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	各入居者様の担当職員が中心となり他職員からの情報を収集し、アセスメントの実施やケアプランの原案確認、モニタリングをケアマネと行なう。医療、看護、薬局、リハビリなどの他職種との連携や家族の意向確認を行ないながら計画書の作成に取り組んでいる。	本人・家族の意向を基に、担当職員をメインに他職員の意見や、介護記録システムの記録や申し送りと、医師・看護等他職種からも意見を求め、3か月毎にモニタリングを行い介護計画を作成している。	
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	個々の気付きや関わり、本人の様子が記録の中で点として残り、必要時に情報を取り出し、集約し点であった情報を面とし、問題点の読み取りや対策を検討する。新たな取り組みへの評価についても評価日を設定しながら改善、評価、検討、実施を繰り返しを継続している。		
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	受診の支援や衣類・日用品の購入の代行など家族からの要望にも応えている。また、グループ内の他事業の支援もあり、介護用品のレンタルや購入などもスムーズに行えている。レンタル、購入にあたり専門職からのアドバイスを貰いながら決めている。		

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	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	地域行事への参加、ホーム行事への地域の方への参加、回覧板を回す、物産所での買い物など地域の方との交流を暮らしの中に取り込んでいる。短時間の関わりの中からも、認知症と言う病気やどの様な方が暮らしているのかを察して頂ける様に挨拶など声を掛けている。		
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	協力医療機関との連携と情報共有を行ない、必要時には専門的なアドバイスや訪問での診察を受けている。また、専門外の症状に関しては、専門医療機関への情報提供を行ない訪問歯科受診等を受けられるようなシステム作りができています。	入居時にかかりつけ医の変更をお願いして、全員が月2回、認知症専門医でもある法人理事長のかかりつけ医を受診している。希望による訪問歯科受診もある。眼科などの受診は家族が対応するが、職員が通院支援をする場合もある。	
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	状態変化・医療に関する相談に関して24時間365日連絡が取れる体制になっており報告・連絡・相談をしながら適切な受診や看護、医療が必要時に早期に受けられるように整備されている。		
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、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。	入退院時には情報の提供や共有を行なっている。入院中の状態確認を行ない、必要な医療行為が終わった時点で早期退院しもとの生活に戻れるように訪問看護や訪問リハビリの利用などを含めて連携を図っている。介護タクシー利用するなど受診がより身近で環境が整ったものとなっている。		
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	入居時に家族意向確認し、状態悪化、低下時にはムンテラを開催。主治医からの状態報告を基に、ご家族からの希望確認、ご家族も納得のいく終末期ケアが提供できるように医療との連携をとりながら家族の意向を反映しながら終末期を支援している。緊急時の対応に関して職員への周知も行なっている。	入居時に、事業所指針(経口摂取とホームで出来得る限りの支援)を説明し家族の意向を確認している。重度化した場合に再確認している。医師の指示のもと家族の協力を得ながら、看護師・職員等がチームケアで支援し、看取りを行った。	
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	緊急時のマニュアル作成・事例検討やアクシデントレポートの共有・振り返りを行ない講習への参加も行なっている。新人職員には必ずマニュアルの確認や吸引器の指導、必要物品の保管場所などを指導。		
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	消防訓練の実施、運営推進会議の際に避難状況の報告をさせて頂き、また、過去の地域の被災状況などの情報提供も受けながら、避難場所の変更や協力体制作りを随時行なっている。防災ラジオ設置。河川氾濫時の対応方法についても市役所より指導を受け対応を決めている。	消防署指導訓練で初期消火・通報・避難等の訓練を行い、水害や地震を想定した自主訓練を実施した。災害時に民生委員・区長・地区消防団等の協力体制が構築されている。	

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	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	まきの実の理念、事業所目標の理解を深める事と、各ユニットで目標を設定。ユニット目標達成の具体的な行動に接遇をあげ、毎月評価を実施している。各職員が自分の得意分野を生かす事、それを周囲が認め良いチームワークの中で利用者様個々の個性や認知症の症状にあった関わりを持つ事ができている。	今年のユニット目標の具体的な行動は「接遇」である。言葉遣いや行動等、本人の人格を尊重した対応に努め、思いに寄り添う支援に努めている。	
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	生活の場で感じる訴えを記録に残しながら共に生活を支え充実感を得られるように支援している。毎週水曜日にはリクエストメニューの日などを設定し団らんのひと時のなかで一緒にメニュー決め等を行っている。		
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	体調や気分に合わせてケアと場所の提供を行っている。皆と過ごす時間、一人でゆっくり出来る時間やスペースの整備を行ない、各入居者ごとに居室担当を設け十分なコミュニケーションを計りながら聞き取った意向を暮らしに反映出来る様に支援している。		
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	好みの把握や人生歴など情報の収集を行ない、その方や、ご家族の希望に合わせて身だしなみが出来る様に支援している。訪問美容なども利用し、気分転換・喜びの場面作りを行っている。身体状態に合わせて過ごしやすい衣類の選択などもご家族と相談しながら実施している。		
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	その方にあった形態での食事の提供が行え経口摂取が継続していけるようにST等の評価をもらいながら提供を行っている。行事食、地域の食材を使用したメニュー作りも大事にしている。調理や片付けなどの家事に取り組む機会も設けている。	「食事は毎日の一番の楽しみ」をモットーに、行事食や地元旬の食材を使用した献立を、下拵えなど利用者も一緒に行う姿も見られる。飲み込みや自己摂取出来ない方には、訪問リハビリやSTによる食事内容の指導を受け、ミキサー食等で経口摂取が出来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	個々の嗜好を知り、口腔内の状態等身体の状態、意欲、認知症の状態などを考慮しながら過大な介助にならない様に支援している。食事形態も様々で食事摂取量に合わせて補食を摂り入れ体調管理に繋げている。		
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	毎食後の口腔ケアを実施。、変化があるときはすぐに確認し、必要性がある場合は訪問歯科などを依頼している。備品の清潔保持など管理にも気をつけている。肺炎予防としても効果が高い為、様々な介護物品使用しながらその人にあった口腔ケアの実施が出来る様に工夫している。		

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	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	個々の排泄パターンの理解と交換頻度の検討や皮膚の状態観察、認知症の状態や身体機能の状態に応じた介護用品の選定、誘導方法を行なっている。排泄動作をしやすいように環境の整備やプライバシーへの配慮を行なっている。	排泄パターンを把握して声掛け・誘導し、トイレでの排泄を支援している。パッド等交換頻度の検討や皮膚の状態観察、認知症の状態や身体機能の状態に応じた介護用品の選定、誘導方法を行っている。安易なパッド使用にならない様支援している。	
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	野菜や水分をしっかり摂って頂けるような調理の工夫やヨーグルトなど乳製品の提供・腹部マッサージ・トイレ誘導の時間の検討など様々な取組をし、極力薬に頼らないケアを実施している。		
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	基本の入浴日は決まっているものの、汚染や皮膚の状態、本人の希望に沿って入浴を実施している。また、代替えのケア(足浴や清拭)なども実施。お湯の温度の好みなども情報として得ている為、入浴順序などにも反映させている。	当日の入浴予定者名を予め居間の掲示板に記入し、週2回午前中を基本にしている。機械浴室も設備されており、立位の取れない方には職員2人対応で入浴・洗身を支援している。拒否する方には時間や順番を替えたり足浴にしたり等、支援している。	
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	落ち着ける環境作りや入眠を促す声掛け・誘導方法など個々にあった支援やその日の状態(睡眠時間や浮腫み等の体の状態)に応じ休息などを随時取り入れている。活動と休息のバランスを考え一日のリズムを組み立てている。		
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	お薬手帳や説明書の確認、薬の知識向上の勉強会を実施。服薬ミスは大きな事故に繋がりにくい為、服薬セット手順の統一や重複チェックを行っている。服薬内容の変更があった場合には家族にも連絡し考えられる副作用やリスクの情報共有している。		
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	人生歴を知り、個人の残存機能・認知症の症状にあった関わりをしながら、生活の中で出来る事を支援している。役割や仕事を通して自己肯定感を高められるように関わっている。		
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	陽気や気分・本人の訴えや状態に応じて買い物支援や気分転換の散歩ドライブを実施。介護度の高い利用者様の外気浴や散歩の頻度を増やし実施状況を家族にも手紙等でお知らせしている。	介護度が高まり外出機会は減っているが、天気の良いときは、車いす対応の方も一緒にホーム周りの農道を散歩したり、近くのお店へ買い物に行くこともある。ドライブも出られる方は限られているが四季の変化を楽しんでいただけるように支援している。	

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	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	基本的には金銭、貴重品の所持は遠慮して頂いているが、本人が持っている事で安心感が高まる場合には家族と紛失時の対応について相談し最低限の金額の所持をして頂く。		
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	季節の挨拶、誕生日など電報や手紙が届いたり、ご家族との電話支援も随時行なっている。		
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	気の合う仲間作りや安全・清潔な環境作りを行なっている。季節の花を飾ったり、ホーム内飾りつけをし、季節の移り変わりや刺激になるような材料として環境係中心に実施している。各居室や浴室などのフロアとの温度差、湿度管理にも配慮しながら健康面でも環境作りを重要視している。	ホーム内は、季節の花や作品を飾るなど環境係が中心となって、一日を通して過ごしやすい場になるよう支援している。寒さに向けて浴室などのヒートショック対策、湿度管理にも配慮している。	
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	誰とどこで過ごすのが安心、落ち着ける場所なのか等を観察し支援している。光の量の調整や風景に馴染む家具や色使いで、心地よく安心感のある空間作りを目指している。		
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	本人の自宅より親しみのある家具や装飾品を運び入れている。事前の自宅訪問などを行ない家具の配置などを参考にしている。これまでの生活動作の継続が出来る事で、ADL低下防止と危険回避も目的としている。	入居前からの、使いなれた家具や装飾品等を持ち込み、配置など好みにレイアウトしている。洋服の入れ替えやクローゼットの整理など自身で行う方もあり、居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	認知症状のアセスメントを行ないながら、自由な行動とその中で考えられるリスクについてもアセスメントを行ないながら家族も含め必要な対策を講じている。出来る事、出来そうなこと、の発見はスタッフにとってもやりがいや挑戦につながり、環境を整えながら持てる力の発揮を支援している。		