（様式3）　　平成　25　年度

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	1290800125		
法人名	親愛ケアサービス有限会社		
事業所名	グループホーム親愛		
所在地	千葉県市川市曽谷4－4－10		
自己評価作成日	平成26年1月	評価結果市町村受理日	平成26年3月3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　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26年2月14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）】

2階3階と2ユニットに分かれ、1ユニット9名のご利用者に対し、昼間は3名の職員、夜間は1名の職員で人員を確保しています。その豊富な人員数を活かし、個々の散歩や外出、外食に時間をかけることができたり、毎日ご利用者と一緒に調理したり、ご夫婦でお食事ができるよう環境を整えたりと、一人ひとりの生活を大切にした個別支援に重点を当ててサービスを提供しております。リビングでは家庭的な雰囲気を保ちつつ、毎日の体操やレクリエーション、季節の行事を催し、認知症の悪化やADLの低下を防ぐよう活動的な生活を過していただいています。今年度からは、ケアプランのアセスメントに力を入れ、ニーズに対するサービス項目にその人らしさが尊重されるよう細かな内容にしていきました。また、それを確実に実行できるよう、ケアプラン実施チェック表を作成して、介護職員が毎日チェックしながらサービスを提供するという基盤もできてきました。グループホーム親愛の理念に基づいて利用者の安心と生きがい有る暮らしを目指し、利用者の笑顔を引き出せるよう全職員日々努力しております。

【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）】

鉄筋コンクリート造り3階建ての2～3階を占め、耐震・耐火性に優れ、スプリンクラー等消防設備を完備した災害に強いホームです。1階の小規模多機能型施設との共同運営による各種利点があります。

リビング兼食堂は広くは有りませんが、それが却って家庭的な雰囲気を作り出しており、入居者は各々の残存能力に応じて、調理を手伝ったり、体操やレクリエーションで変化のある生活を楽しんでいます。

本人本位の介護を旨とし、起床・朝食の時間を固定せず柔軟に対応し、居室でテレビを見ながら食事を共にする夫婦がいたり、入浴も曜日を決めずに自由に出来る等、本人の意思が尊重されています。

泌尿器・内科医が月2回訪問診療に加え必要なら24時間駆けつけてくれ、併設の小規模多機能型施設の看護師との連携で、医療面の安心感があり、特別の医療が必要でない限り看取りを行っています。

V．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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
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
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
62	利用者は、その時々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている（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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
66	職員は、活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
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
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

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 実践状況	外部評価 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	グループホーム親愛の理念の一つに「地域との連携、交流を深めながら馴染みの関係づくりを目指します。」としている。 理念は、玄関やリビングなどに掲げいつでも見られるようにし、毎月実施している全体会議で会議冒頭に唱和している。	地域密着型サービスの意義を踏まえたホーム独自の理念を玄関・リビング・事務室等に掲げ、全員で唱和する機会を設けています。職員も理念の意味を理解して日々の介護に当たっています。	
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	地域や学校の行事に利用者と参加したり、地域の商店や美容院などを利用し、地域の方々との交流に繋げている。また、近所の方々と合同で消防訓練を行っている。	地域の夏祭りやふれあい祭りに利用者を中心に参加しています。ホームには傾聴ボランティアが週1回、ハーモニカのボランティアが月1回訪れ、消防訓練を近所の人達と合同で行う等交流が進んでいます。	
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	講師を担える実績や知識を持った職員がまだ育っていない為、その育成が今後の課題である。 その他、毎月10日20日30日の日に近所のゴミ拾いや清掃を利用者と職員で行っている。		
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か月に1回、運営推進会議を開所当時より定期的に開催し、地域の方や利用者様本人、ご家族様などにご参加いただき貴重な意見をいただいている。事故報告等も報告し、サービス向上に努めている。議事録はご家族様に全員配布している。	地域包括支援センター、在宅支援センター、民生委員、町内会（副）会長を加え原則奇数月に開催し、消防自主訓練、感染症、熱中症、その他時々の課題等について話し合い、それぞれ専門分野からのアドバイスを受けています。	
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に取り組んでいる	必要に応じて相談や質問に出向いている。また、運営推進会議の会議記録を介護保険課へ提出し説明するなど連携と情報交換を図っている。	運営推進会議への出席を通じ地域包括支援センターに実情をよく理解して貰っている上、市の地域福祉支援課から新しい情報共有システムである多職種連携地域ケアシステムの活用を勧められるなど、親密な関係を築いています。	
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	利用者個々に対する身体拘束は行っていない。しかし、各階のエレベーターと玄関にキーロック式ドアで施錠しているが、2階のみ利用者が自由に階を行き来できるよう去年12月から解除した。	防犯上玄関は施錠していますが、内部の行き来は自由で、非常口も施錠しておらず、自由に外出する入居者もあります。内部研修を通じ、職員も禁止の対象となる身体拘束の具体的な行為をほぼ理解しています。	
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注意を払い、防止に努めている	外部研修の受講とその内容を報告する事で、高齢者虐待に関する知識を深めている。身体的虐待は無いが話し方や言葉遣いに問題が有ると注意を受けることがあり、サービスマナーの徹底が今後の課題である。		

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
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	外部研修の受講と共に成年後見制度については2階の利用者に4名、3階の利用者に1名が活用している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入所契約の際は、契約書と重要事項説明書を説明した上で、分からないことが有るか尋ね慎重に行っている。		
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	運営推進会議を開催し、利用者や家族の要望を聞き、運営に役立てている。またその記録を出席者団体やご家族に配布している。	運営推進会議には基本的に家族2名利用者2名の出席を求め、意見を聞いています。また、利用者からは日頃のケアの中で、家族からは面会等の来訪時に話を聞くように努めています。今回実施の家族アンケートにも回答を熱心に求めた結果全員から回答があり、率直かつ運営上貴重な意見が出されています。	
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	管理者は月１回の全体会議と各階のフロアミーティングに出席し、ボトムアップの機会を作っている。また、代表者には週1回のホーム訪問や随時、管理者から意見や報告を行っている。	ユニットごとのフロアミーティング、全体会議、ケース会議等に職員が意見を出す機会は多く、少し発言を遠慮する職員もある様ですが、ケアに関する事柄には積極的に意見を出しています。感染症・食事・レク等の委員会を設け担当職員が責任感を持って運営に関わっています。	
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	業務状況の把握に努めるようにはしているが、全ての職員が不満なく就労できるようになるには更なる努力を要する。給与基準、労働時間などの整備は進行中である。		
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	外部研修の受講を積極的に行うとともに学んだ内容を内部職員に伝達する機会を設けている。また、OJTの充実を図る為、今年から教育体制の整備を目的とした委員会を設置する予定となっている。		
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	グループホーム連絡協議会が市川市に設置され、お互いに意見交換をしている。今後はさらに積極的に活動して行く予定である。		

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
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	ご自宅や病院に出向き、ご本人との面接を行い不安な気持ちを聞いたり、契約の説明を分かりやすく伝えて質問を繰り返し、安心していただけるよう努めている。		
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	ご自宅や病院に出向き、ご家族等関係者から情報を聴取し、契約の説明を分かりやすく伝え安心していただくよう努めている。 また、ケアプランの作成段階で、ご家族からの要望を聞き取っている。		
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	入所前にご家族や関係者、前ケアマネージャーの情報を得てサービス担当者会議を開き、入所当日からどの様なサービスを提供するかを決め、それを現場に周知徹底している。		
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	日常生活の会話では人生の先輩として接し、お話を聞くよう心がけている。特に入所したばかりの利用者には職員と顔見知りの関係を築くために一緒にお茶を飲んだり、談笑する時間を設け安心していただけるよう工夫している。		
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	入所した後もご家族に状況を報告したり、ケアプランの説明を定期的に行うなど、ご家族に安心していただけるよう連絡している。		
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	入所後も以前住んでいた家の様子を見に行ったり、行き慣れた商店街で買い物をするなどの外出同行を提供している。また、使い慣れた家具や小物をそのまま使用していただくよう促している。	自宅周辺の商店街まで出向いて買い物をしたり、馴染みの寿司屋に行ったり、少人数で箱根に宿泊旅行をしたりと一人ひとりの意向を尊重し、馴染みの人や場所との関係が継続できるよう、できる限り希望に添った支援をしています。	
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	入所の際には、職員から利用者全員に紹介をすることで交流がスムーズにできるよう支援している。また、自室に閉じこもらない様趣味活動の参加や外出を促し、一人ひとりに合った声かけを工夫している。		

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
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	在宅復帰や小規模多機能への利用に変更した際は、可能な限り再度グループホームへの入所ができるかなど、ご本人やご家族の相談に応じている。		
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	ケアプランを作成する際、ご本人の希望や意向を情報収集し、ニーズとして掲げ、それに対するサービスを提供している。また、重度認知症利用者については、生活歴や家族の情報を得てご本人の言葉を分析し、出来るだけご本人の要望がくみ取れるよう配慮している。	ゆっくり余裕を持って話を聞き、表情や視線から利用者の思いを把握するよう努めています。興奮したり落ち着かない場合には原因を探り、分析してケアプランに落とし込んでいます。余裕のある対応により利用者の信頼を得ています。	
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	全社協版アセスメント様式を使用しアセスメントするとともに、ご本人の訴えを聞き、好きな事や趣味なども聴取するため一部センター方式の様式を使用し、なるべく多くの情報がえられるよう工夫している。		
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	上記のアセスメントに加え、日々変化する身体状況については、毎日の日誌や介護記録、健康管理表に記録し、情報を共有し、現状把握に努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	アセスメントを基に担当介護職員とケアマネージャーと一緒にケアプラン原案を作成し、現実可能なケアプランを作成するよう努めている。その原案を基にご本人と家族の意見をいただき、希望に即したケアプランに修正した上で、提供するサービスを決定している。	本人・家族からの聞き取り、医療情報・以前のケアマネージャーなど関係者からの情報を基に暫定の介護計画を立て、入居後1～2か月で本プランを立てています。職員は「ケアプラン実施チェック表」に毎日記録して計画通りの実施に努めると共に、チェック表をもとに毎月モニタリングしてプランが現状に即し具体的な内容になるよう都度見直しをしています。	
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	ケアプラン通りに介護が実施されているかを確実にする為、「ケアプラン実施チェック表」に毎日介護職員が記録している。それを基にケアプラン通りに実施した結果を毎月モニタリングし、ケアプランの見直しを行っている。		
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、その時々に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	グループホーム内だけでサービスを提供せず、ご本人の要望で自費でヘルパーを利用し遠距離外出に行ったり、同施設内にある小規模多機能でのリハビリやレクに参加するなど、柔軟に対応している。		

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
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	図書館や公民館での囲碁教室など利用者が今まで通っていた地域資源を継続して活用する為に、定期的な外出を支援している。また、小学校や自治会の行事に参加し近隣との交流ができるよう支援している。		
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	入所時かかりつけ医について聴取した際、ご本人やご家族の希望を尊重してかかりつけ医の継続、変更を決定している。また、グループホームの訪問医の専門外診療科目の場合は、他のかかりつけ医を勧めその方に合った医療を提供している。	ほとんどの利用者は月2回の訪問診療を利用しています。他に月に1回皮膚科の訪問と必要時に訪問歯科を利用しており、精神科などの専門医受診は家族が対応できない場合が多く、その場合職員が同行しています。緊急時に医師はいつでも訪問する体制ができています	
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	グループホーム専任の看護師はいないが、小規模多機能に専従する看護師に、適時医療的な相談を行っている。また、かかりつけ医の看護師への連絡は密に行い、主治医との情報交換を行っている。		
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。	入院直後の情報を提供する為、入院時には職員が付き添う、または面会し、必要な書類を作成している。また、退院時には、退院の連絡が入り次第、職員が病院に面会に行き、情報を収集する。退院当日には看護サマリーをいただけるようお願いする。		
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	入院した時点で病状を把握し、重度化した状態で帰園する場合、ご家族に出来ることと出来ないことをその方の病状に合わせて説明している。ご家族が帰園を希望された場合は、主治医に相談し、グループホームでの対応が可能かどうかを相談した上で、終末期の受け入れを行っている。	入居する際に重度化した場合や緊急時の対応について本人・家族と話し合いをしています。終末期には家族・医師・看護師・職員とで話し合いを重ね「終末期のケアプラン」を立てて対応しています。家族の揺れる心に配慮すると共に職員が不安を感じないよう適切な指導をしています。	
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	緊急時の対応を全体会議で講習会を開き、全員に周知を行っている。今後は、内部の実技訓練を含め、消防署主催の緊急時訓練を受けるなど、外部研修に積極的に参加する予定となっている。		
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	1年に2回消防署立ち合いの元、消防訓練を行っている。その際、出来る限り本番と同じように階段を使用し避難している。夜間を想定した訓練も、近隣住民に参加してもらい実施している。離設した際の自主訓練も実施している。	スプリンクラー等消防設備は完備し、避難訓練も消防署の立ち会いや近隣住民の参加もあり、地域との協力体制が築かれています。夜勤も行う核となる職員は、いざという時の優先手順を認識しています。備蓄は5日分程度をめどに増やしてきています。	首都圏に近い地域での大地震等巨大災害が懸念されるようになった昨今、長期停電等にも備え、備蓄の内容及び数量の見直しを今後も継続的に行うことが期待されます、

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 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	トイレへの誘導はなるべく静かに声をかけたり、トイレのドアを閉めて介助するなどプライバシーを損ねない様対応している。また、介助の際には指示的な声かけをしない様注意するなど心がけている。	個人情報の持ち出しをしない、書類の処理はシュレッダーを使う、また個々の居室内部に干渉しないなどプライバシーに配慮しています。入浴や排泄時は同性介助を基本にし、扉を閉める、さりげなく介助するなど羞恥心を傷つけないよう支援しています	
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	ケアプランではご本人の希望を尊重する為、「何がしたい。」という具体的な希望を実現できるよう取り組んでいる。また、毎日おやつなどの飲み物を選択していただくなど、なるべく自己決定できる場をつくるよう工夫している。		
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	認知症の方が多い為、ある程度の生活リズムを保ちつつ、一人ひとりの行動を制限する事が無いよう、個別ケアを念頭に一日を過ごしていただいている。		
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	伸縮性のある物やズボンに限らず、ブラウスやスカートなどその方が気慣れている洋服をご自分で選んで着て頂くよう配慮している。また、美容院へ行く頻度も今までの習慣に合わせてお連れしている。		
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	具材を包丁で切ったり、味付けを見てもらうなど、毎日の調理に参加していただいている。食後は、皿洗いや食器拭き等も手伝っていただいている。行事食の時は、いつもお手伝いしない方々も交えてホットプレートで焼いたり混ぜたりという作業をお願いし、食事が楽しめるよう工夫している。	食事の準備や片付けなどできる事、得意な事を見つけて利用者も手伝える様支援しています。献立はその日ある食材で各ユニットごとに考え、利用者の意見も取り入れながら作っています。節分の日の恵方巻きやバレンタインのチョコなどのイベント食、外食など食べる楽しみを支援しています。	
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	医師や栄養士からの指導により、塩分やカロリーの増減などを一人ひとりに合った食事を提供している。また、禁忌食が有る方にはケアプランに記載し、提供しない様注意する事で、アレルギー症状を予防している。		
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	毎食後の口腔ケアの声かけを行い、洗面台への誘導、道具を準備する。歯ブラシなど個々に合わせたケアを提供している。また、口腔内に異常が有る際には、訪問歯科や歯科衛生士との連携により治療や清潔を維持している。		

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
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	2階3階共にベッド上でのオムツ交換者はおらず、全員トイレでの排泄を実施している。トイレ誘導や声かけ、自立排泄や清拭など使用物品を含めそれぞれに合わせてケアを行っている。	排泄チエック表により一人ひとりの排泄リズムを把握し、個別に対応しています。落ち着きなく歩いている時はトイレのサインであるなど、様子をみてトイレに誘導し排泄の自立を支援しています。	
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	毎日の水分摂取と運動や散歩で排便を促している。便秘が見られた利用者によってはトイレ内で腹部マッサージを行っている。数日便秘が続いた場合のみ指示通り下剤を使用するなど、安易に下剤を使用しない様工夫している。		
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	曜日を決めず声をかけて入りたいと希望する日に入浴したり、週2回に限らず週3回入浴される方がいたりと、自由に入浴していただいている。また、1階2階3階それぞれ設備が違う為、その方に合った設備を利用していただいている。	週2～3回のペースで入浴していますが、希望があれば柔軟に対応しています。各ユニットに浴室があり、2階のユニットには特殊浴層が設置されていて、重度化した場合などに有効活用しています。拒否がある時には歌を唄ったり音楽を流すなど工夫して入浴を促しています	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	それぞれ個室で寝具を揃えベッド又は敷布団で就寝している。昼寝を含め体調によっていつでも眠れるよう促し、体に負担がかからないよう配慮している。週1回行ない清潔を保持している。		
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	利用者がどのような薬を飲んでいるか現場職員が把握できるよう薬票をコピーし管理している。また、薬の変更が有った場合は、薬剤師に相談し副作用を確認するなど、症状の変化を観察し、かかりつけ医へ報告できるよう家族への連絡を密に行っている。		
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	ケアプランのアセスメントで、ご本人やご家族から趣味や嗜好を聴取し、ケアプランの課題として抽出し、楽しみごとが以前と同じく継続できるよう支援している。		
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	2階では歩行に不安が無い方が自由に外出できるようエレベーターのキーロックを解除している。遠出など行きたくてもすぐに行けない場合は、ご家族や職員が予定を組んで行けるよう計画実行している。日々の散歩や買い物の希望は、ケアプランで要望を聴取し、定期的に外出できるよう課題として抽出している。	天気のよい日には近くを散歩したり弁当持参で遠足に出かけています。地域の祭りへの参加、車で食材などの買い出しや外食、カラオケや映画を観に行くこともあります。職員のシフトを調整して、利用者の希望に添うよう外出を支援をしています。	

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
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	金銭を管理できる方は、ご自分でお財布を持ってもらい、買い物などご自分で払っていただいている。認知症の方は家族又は後見人の管理の元お金を出し入れしている。		
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	その方の能力に応じて携帯電話を所持していただいたり、電話番号をかけるまでの支援を行い、電話を利用していただくなどの対応を行っている。		
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	2階、3階のリビングでは、利用者が作った季節感のある作品を掲載したり、音楽を流すなど和める空間を作り、気持ち良く過していただけるよう工夫している。	階段、エレベーター、トイレ等は比較的ゆったりした作りになっています。リビング兼食堂はそれほど広くはありませんが、それが却って家庭的な雰囲気を醸し出しており、ちょっとしたひな飾り、鬼の面、花びら、雪の結晶の形をした切り紙等を壁に飾り季節感を、調理場からの音や匂いが生活感を感じさせています。	
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	居間が狭い為、一人になれる空間を作ることは困難だが、テーブルを2つに分け、気の合う方々とそれぞれ過ごせるよう工夫している。居住している階に限らず上下階へ行き来して、囲碁や談笑できるスペースを確保している。		
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	居室は全室個室のため、使い慣れた家具を入れていただくよう促したり、思い出の写真や家族写真を貼ることをお勧めしている。ご家族の面会の際にはドアを閉め、家族だけの時間が過ごせるよう配慮している。	居室はクローゼット等は備え付けず、馴染みのものを自由に持ち込めるようにしています。ベッドではなく布団で寝る人、居室でテレビを見る人、居室で夫婦で食事をする人、比較的簡素な部屋、いろいろなものが持ち込まれている部屋等、それぞれの好みが尊重されています。	
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	感染症対策の手洗い励行のポスターを貼ったり、トイレでご自分で流せるよう説明書きを貼るなど、できることはなるべくご自分でできるよう配慮している。		