

平成22年度

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	1473701363	事業の開始年月日	平成17年10月1日
		指定年月日	平成17年10月1日
法人名	株式会社 横浜福祉研究所		
事業所名	株式会社 横浜福祉研究所 附属グループホーム夢感		
所在地	(227-0044) 神奈川県横浜市青葉区もえぎ野10-119		
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	認知症対応型共同生活介護	定員計	9名
		ユニット数	1ユニット
自己評価作成日	平成23年1月31日	評価結果 市町村受理日	平成22年8月25日

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

正直・勤勉・理念の理念をもとに、認知症ケアを通じてひとりひとりの幸せを目標に取り組んでいる。
Kyomation Careを実施しており、医療・看護学・介護学に裏付けられたアセスメント、ケアプラン、対人援助技術に基づいたケアの実践を行っている。
また、認知症・介護技術の専門性も向上をはかる研修、教育プログラムが設けられており、各職員の学びの場となっている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	神奈川県横浜市中区本町2-10 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成23年2月17日	評価機関 評価決定日	平成23年9月30日

【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)】

【事業所概要】
この事業所は、田園都市線青葉台駅から徒歩10分の高級住宅街に立地している。建物の外観は南欧風で、内部は居間に暖炉があるなど豪華な造りで、利用者が楽しく過ごし、ADL(日常生活動作)が維持できるように設計されている。法人には、認知症ケアのシンクタンクとして認知症高齢者研究所があり、研究所と連携したグループホームが、当事業所を含めて4事業所ある。

【認知症ケアの考え方と実践】
研究室が提唱するKyomation Care(知的機能検査と行動観察法を取り入れた一連の介護技法)に基づいたケアを実践している。特に、常に利用者の生活をより良い状態に向けての支援 情報を共有し、医療・看護・介護の質の均一化 生活のパートナーとなって「老いを遊ぶ」事が実現できるように努めている。高級な居住空間と質の高いケアを提供している。

【介護計画の作成と家族への説明】
家族等の意向、利用者の状況、計画に対する達成度、受診状況などを参考に、連携している研究所で介護計画の原案を作り、職員全員が意見を交わし最終的に計画を確定している。その内容は平易な表現で週間や日々の計画表まで作成されており、毎月家族に説明している。

【事業見直しに着手】
開設5年を契機に、更なる進化に向け業務の仕分け・見直し作業を進めている。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム夢感
ユニット名	カルナ棟

アウトカム項目			
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
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

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
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：9,10,19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			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の拡がりや深まりがあり、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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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踏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	理念は相談室・居間・スタッフカウンターに提示している。年度方針は入り口掲示している。朝礼、申し送り、ワーカー会議、ケアカンファレンス、内部研修で話し合いの機会を持ち理念の共有を図り日々の介護に生かしている。理念に共鳴する職員が多い。	理念として「正直(報告・連絡・相談はありのまま正確に伝える) 勤勉(自己管理と体調を整えQOLの向上に努める) 親切(気働き・気配り・気遣いで支援する)」を掲げ、居間などへの掲示のほか、朝礼等の唱和を通じて職員への浸透を図っている。特に「親切」を重視している。	
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	自治会に加入し行事に参加している。プロによる演奏会を開催したり、夏祭り、餅つきには地域の住民を招いている。研修生、実習生の受け入れをしている。	上谷本連合町内会に加入している。地域の情報は配布物や運営推進会議の構成員である町内会長や民生委員から得ている。地域のサマーフェスティバルに参加をするほか、事業所の夏祭りは隣接の事業所と共同で、近隣の方を招いて開催している。	
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	見学は積極的に受け入れ、よりグループホームの機能を理解していただけるように配慮している。研修生、実習生の受け入れも実施。介護相談をして、これまでに培われた高齢者介護のノウハウを地域に還元している。		
4	3	運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議は平成19年より開催している。自治会長、民生委員、ケアプラザ、利用者、家族が参加している。会議ではホームの運営報告を行い、地域の外部委員から意見を受け入れ、地域との良好な関係を築きサービスの向上に生かしている。	運営推進会議は2ヶ月に1回(偶数月)開催している。構成員は町内会長、民生委員、家族、利用者、ケアプラザや事業所の職員である。議題は現況報告、家族や地域の方との意見交換が主である。災害訓練の報告を行い、夜間の対応等に関し認識を深めている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	市からの情報を事務所掲示板に貼り共有している。	区役所の担当課は福祉保健センター高年齢・障害支援課である。運営推進会議にはもえぎ野ケアプラザの職員が出席している。議事録を届ける際に助言を受けることもある。加入している横浜高年齢者グループホーム連絡会から研修などのお知らせを受けている。	
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身体拘束をしないケアに取り組んでいる	現在身体拘束をしないケアを行っている。玄関は危険防止と防犯のため、利用者・家族の了承を得て施錠している。1階テラスや2階居室の出入りは自由である。居室はプライバシーのこともあり、内側から鍵をかけれるようになっているが、外から開けることができる。	利用者に身体的拘束を行わないケアについて毎年研修が行われ、日々実践されている。1階の玄関は防犯上の理由で施錠し、来客者があった場合はインターホンにより開閉をしている。1階はウッドデッキやテラスに出られ、各居室のベランダが繋がっており、自由に歩くことも出来る。	
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	高齢者虐待防止関連法に関する書面の掲示や、会議の議題として取り入れ虐待の見過ごしや、そうなりうる環境になっ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	成年後見制度に関しては、月1回のケアプラン時に必要に応じて、もしくは、家族から聞かれた際に話す機会を設け説明し、必要な方には活用できるように支援している。		
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	入居前の検討資料で料金表を県の指導に準じて配布し説明している。又、契約時、説明項目のリストを配布し説明が適切にわかりやすく伝わっているかというチェックリストを使用している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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並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	相談・苦情の申し立て先は、契約書、重要事項説明書で説明している。相談・苦情対応マニュアルがあり、相談員を置き、独自の満足度調査を実施している。	利用者の家族には毎月1回ケアプランの説明を行うとともに、家族からの要望・意見を聞いている。その時以外にも家族の来所は頻繁にある。ホームページの中で、トピックニュースとして写真入りの行事報告などを行い、利用者の様子などを伝えている。	
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	運営方法において、職員会議を有効に活用しユニット長が意見をまとめ報告する中で、反映させるなどの努力をしている。又、定期的に全職員に対し、運営や会社全体に対する意識調査を実施している。	代表者と施設長・管理者との会議（毎月）がある。職員の要望なども議題にし、ケアリーダーの役割などを明確にした事もある。開設5年の節目を契機に、全事業の仕分け・見直し作業を職員の意見も参考に進めている。	
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	職員がそれぞれの段階に応じた研修を受講することをホームとして推進しており継続的に研究室より参考文献の紹介やOJTなどの計画と実行などの具体的な研修プランが出来ている。		
13		職員を育てる取組み 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	年間研修プログラムがある。「認知症の治療とケア」と「看護・介護学」を毎月2回受講している。各種の資格取得助成制度があり、能力給として反映している。OJTなどの計画と実行などの具体的な研修プランが出来ている。		
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つくり、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組みをしている	横浜市グループホーム協議会およびブロック会に加入し活動している。当該法人関係者が発起人と事務局となり、認知症介護実践者・同業者があつまり「リンク」という名称の団体を成立し、事例検討や情報交換を行っている。全国規模のネットワークづくり、サービスの向上に取り組んでいる。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談担当の専門職員（介護支援専門員）が、入居前面談に必ず訪問し（もしくは施設見学時）、基本的には入居まで、必要があれば入居後も一貫した関わりを持つ中で、信頼関係を構築しつつ、意見、希望等が聴取しやすい環境を作れるよう努めている。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談担当の専門職員（介護支援専門員）が、インテーク面接から基本的には入居まで、必要があれば入居後も一貫した関わりを持つ中で、信頼関係を構築しつつ、意見、希望等が聴取しやすい環境を作れるよう努めている。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談担当の専門職員（介護支援専門員）が、相談時のその方にあったサービス、社会資源を説明、案内が出来るよう、また、当事業所では提供できないサービスの際には他事業所を紹介できるよう、他事業所とのネットワークを広げるよう努めている。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者を人生の先輩として敬い、ときには接遇や気持ちの切り替え方法を教わることもある。日々を楽しく過ごす為、共同生活通じ互いに支えあって喜怒哀楽を共に過ごしている。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族が遊びにしやすい雰囲気をつくり、利用者の暮らしぶりや健康状態を家族の来棟時、行事開催時、毎月のカンファレンスで家族に報告している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	兄弟、親戚、知人等の来所、手紙をいただいている。外出、外食、訪問等を、ご本人、ご家族に負担のない範囲で計画を立てるなどの支援を行なっている。	家族・知人などの面会が多い。友人や家族と外食に出かけたり、毎月自宅に帰り家族と過ごしている方もいる。親戚や知人に対し、年賀状やクリスマスカードの作成、返信なども支援している。	
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	自己選択・決定を基にグループワーク・音楽療法を活用し、所属欲求を満たすなかで、利用者同士が関わり合い、支え合いが行なえるケアを実施している。		
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	サービス終了者はもちろん、家族の方などサービス利用以外の方の相談にのるなど、関係を広げるかかわりを行なっている。		
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。	利用者本位の自立支援を達成する為、独自のアセスメントシートで意向を把握し、入居後の観察記録や家族の話を追記している。毎月のカンファレンスで話しあい、全職員が情報を共有している。	ホーム独自の書式（生活歴などを時系列的に整理、家族構成と家族での呼称、エピソードなど）により詳細に記録して、利用者の思いや意向の把握を行っている。さらに、入居後に表現された利用者の思いなどを追記して、情報の一元化を図っている。	
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	独自のアセスメントシートで意向を把握している。生活歴や趣味などを含め様々なアセスメントを本人やご家族から得ている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ITシステムでバイタルサイン・ケース記録を法人研究所に送信し、日々の変化を捉えている。状態の変化があった場合には、カンファレンスを開催して介護計画を見直している。心身の状態が安定している利用者には1ヶ月ごとに介護計画の見直しを行っている。		
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	カンファレンスでは利用者・家族の意向を聞き、管理者、施設長、職員が中心となり介護計画を作成している。法人研究所の医師、認知症研究員、管理栄養士、かかりつけ医、提携医療機関などの意見を取り入れている。介護計画は家族に説明し同意をもらっている。	家族等の意向、利用者の様子・計画に対しての達成度、受診状況などを基に、職員全員参加のカンファレンスを行い、ケアプランを作成している。カンファレンスには法人の研究所も参加している。その内容は平易な表現で週間サービス計画表、日課計画表まで作成し、毎月家族に説明をしている。	
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	毎朝、朝礼時に個別報告にて情報を共有。13項目の観察法を用いてPOSシステムを活用し、日ごろの言動などから科学的な根拠を分析できるようにしている。連絡帳を活用する中で情報共有している。		
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	事業主体横浜福祉研究所関連機能（医師・接骨院・鍼灸院・管理栄養士・調理師）とかかりつけ医・協力医療機関の支援体制で健康管理が行われている。また、医療連携体制加算をとり24時間看護師の支援がある。		
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	地域で行われている行事に参加している。消防所に依頼し消防訓練を行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>利用者のかかりつけ医は入居前の医師か、事業所と契約している医療機関を選択している。協力医療機関との連携により月2回往診がある。医療連携体制をとり常時看護師の派遣がある。利用者の毎日の健康状態は研究所でデータ管理している。</p>	<p>利用者の多くは協力医療機関の医師が主治医となっている。主治医の往診は月2回ある。眼科などに通院している方もいる。研究室に体重・血圧などのデータを報告し、健康管理などの助言を受けている。週に1回、歯科衛生士が来て口腔ケアを行い、必要により歯科医が訪問診療をしている。</p>	
31		<p>看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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</p>	<p>ITシステムでバイタルサイン・ケース記録を法人研究所に送信し、日々の変化を捉えている。状態の変化があった場合には、医療連携体制の支援があり、常時看護師と連絡がとれ適切な受診や看護を受けられる。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。</p>	<p>環境不適合による認知症の進行を防ぐ為、可能な限り短期間での入院で済むよう連携を行っている。術前検査をホーム内で行ったり、退院後のリハビリをホームに併設する接骨院にて行うことで入院期間の短縮に努めている。</p>		
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>入居時にターミナル方針を利用者・家族に説明している。利用者が重度化し看取りを希望していた場合は「ターミナル実施に伴う要望・承諾書」を取り交わし、家族・医師・看護師・職員で最善策を話し合い介護計画を作成している。</p>	<p>看取り方針があり入居時に説明を行っている。入居後は体調の変化に伴い主治医や家族・管理者などが話し合い、最善策を選んでいる。過去に2件の看取り実績がある。重度化が進んだ場合には、重度化対応の経験が豊富な同一法人の他の事業所に移ることもできる。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>マニュアルにそって初期対応し、看護師に連絡し支援している。</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	消防避難訓練は隣接の系列ホームと合同で年に2回（消防署立会いと自主訓練）実施している。家族の参加もある。消防署の指導により心肺蘇生実習を受けている。災害用食料・飲料・備品の備蓄については、運営法人と配食業者と連携をとり対応を検討している。	避難訓練は、隣接の事業所と合同で年2回行われている。課題としては、夜間の場合の職員一人での誘導の限界と近隣の協力体制の必要性が挙がっている。スプリンクラーは23年度設置に向けて申請中である。事業所独自での非常用食料品・備品等の備蓄はされていない。	事業所独自で非常用食料などの備蓄のほか、非常時に地域の協力を得られるような働きかけを期待したい。
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	一人ひとりの人格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	職員態度・言葉遣い・トイレ誘導は穏やかに対応をしている。	職員は、対人援助10カ条（微笑の交わり 温かいまなざし うなずきの示し 和らぎの話しかけ ゆっくり合わせて聞く耳を・・・）の決まりがあり、利用者に敬意を以って明るく接している。呼称については、姓の他に利用者が好む呼び方をする場合もある。	
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	入居者個々の自己決定、選択を大切にし、対応可能な限り尊重している。外出企画などや、食事に関する企画などは、希望を取り入れるなどして計画をたてている。		
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	利用者一人ひとりの生活ベースを尊重している。起床・就寝・食事・入浴・アクティビティーもそれぞれの生活リズムと自己決定を支援している。医師と相談しながら晩酌される利用者もいる。		
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	独自のアセスメントシートで趣向を把握し衣類、化粧品等はご本人が使っていたもの、好む色などをご家族様に準備いただいている。気分転換をかねて、美容院での整容が行なえるよう、調整を行なっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	利用者と一緒に職員が会話を楽しみながら食卓に着き、同じ物を食べている。管理栄養士が利用者の希望を聞き献立を作っている。茶碗・おわん・箸・湯のみは各自好みの物を使用している。利用者は調理・配膳・下膳など出来ることをお手伝いしている。	献立は法人の管理栄養士が作り食材とレシピは業者に委託し、職員と利用者が共同で調理している。魚料理は週6回以上、野菜を多く塩分などは控えている。夏と冬では摂取カロリーを変えている。パンやうどん食もある。職員は食卓に同席し、利用者は会話をしながら食事をしている。	
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	利用者一人一人の摂取量・水分摂取量を記録している。管理栄養士が利用者の嗜好を把握し献立を作り、栄養バランスやカロリー計算（1600Kcal）にも配慮している。医師と相談し一人ひとりの健康状態に合わせて、健康管理食・刻み食・ミキサー食などが提供される。		
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に、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	毎食後行なっている。週に1回、歯科衛生士が入居者の口腔状態をみており、個別の口腔ケアの指導が実地されている。		
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向けた支援を行っている	排泄パターンを取り、エビデンスに基づいたケアを行なっている。	排泄は一部介助が6人、自立が3人である。入居時から利用者の睡眠・排泄パターン情報をパソコンで管理し、分析して失禁防止や出来る力を引き出すよう支援している。トイレは広く着替えもでき、シャワーが備えられ、床は洗い流せるようになっている。	
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	日課活動のなかの運動プランや水分摂取管理、便秘時の対応方法が取り決められている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴を楽しんでもらう為、入浴剤を用意し、音楽を流したりしている。ユニットバスの湯は一人ずつ入れ替え、一般浴のシャワーの他ミストシャワーも備えている。希望により毎日入浴されている利用者もいる	入浴は利用者の希望や状態に応じて行っており、毎日入っている方もいる。時間帯は午後14～15時頃までと夕食前の16時～17時頃が多いが、それ以外の時間帯に入ることもできる。入浴時間は一人約40～50分とゆっくり入っている。ゆずやみかんの皮を集めてバスタブに入れることもある。シャンプーや石鹸等は個人の好みに応じて専用のものを使用している。	
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	睡眠パターンを取り、エビデンスに基づいたケアを行なっている。ケアプランに基づき日中のリズム作りを実施。		
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	医務係を設置し服薬内容に変更があった際には全スタッフに周知するようにしている。ファイルを作成し、効用や用法などを明記し誰もがみれる環境を整えている。新しい薬を服薬し始めた際には最低3日間必要観察期間と定め、状態把握に努めている。向精神薬の変更時はMENFISをとり研究所に依頼し分析を行なっている。		
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	職員が付き添い、気晴らしや外気浴のため、散歩・買い物に毎日出掛けており、生活リハビリにもなっている。事業所の年間行事花見、夏祭りにも家族と一緒に参加したり、外食を楽しんでいる。隣接の系列ホームにも出掛ける。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	18	<p>日常的な外出支援</p> <p>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。また、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</p>	<p>職員が付き添い、気晴らしや外気浴のため、散歩・買い物に毎日出掛けており、生活リハビリにもなっている。事業所の年間行事花見、夏祭りにも家族と一緒に参加したり、外食を楽しんでいる。隣接の系列ホームにも出掛ける。</p>	<p>散歩は職員が個人やグループ別に付き添って15分程度行っている。コンサート、フラワーアレンジメント、カレーパーティ、芋煮会など室内行事が多い。テラスの中央に木があり、木を囲んだテーブルとチェアで外気浴のほかにランチやお茶をして楽しんでいる。</p>	
50		<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>ADL、認知状態の悪化により、金銭管理を含めた自己管理が困難な入居者に対してはスタッフが管理しているが、希望や所持していない事で不安要素になる方には所持して頂いている。又、入居者と一緒にお金をつかえるような時期をあえて作り、支援をしている。</p>		
51		<p>電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>携帯電話の活用や電話などを含み社会との関わりを継続できるように意識している。</p>		
52	19	<p>居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>居室空間は広く、五感に優しい配色・照明に配慮し、絨毯が敷かれ、高級感のある住環境を整えている。居室・食堂は1階、居室は2階に区分されている。居間食堂にはTV、絵画、写真が飾られている。1階のテラスで日向ぼっこができ、2階の居室にはバルコニーで回遊できる。</p>	<p>事業所は南向きでテラスもあり明るい。玄関は大理石張り、廊下や居間・食堂は絨毯敷きで、居間には暖炉があり調度品が豪華である。廊下には一部スロープと階段を設けリハビリに使えるほか、壁の色が照度により変化して安心感を与えるような工夫もしている。壁への貼付物は控えめである。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
53		共用空間における一人ひとりの居場 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	リビング・2Fにはソファと一人用の椅子など複数用意し、テレビ前・窓際・テラスなど居室以外でもゆっくりとした休息が取れるよう支援している。		
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	入居時に重要事項説明書で使い慣れた愛着のある家具などの持ち込みを勧めている。入居前の利用者の居住環境や生活動線を参考に、家族と相談して家具の配置に配慮している。居室には馴染みのベット、整理ダンス・TV・人形・写真・加湿器等が持ち込まれ、居心地良く過ごせる工夫をしている。	居室の備え付けは、障子、照明器具(天井、壁、足元)、エアコン、洋服たんす、ナースコール、センサーである。居室の表札は無く、利用者は居室入り口横の壁に埋め込まれた透明なボックス内に飾られた家族の写真などをみて、自己の居室と判別できるようにしている。居室にはなじみの物が自由に持ち込まれている。	
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」や「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	身体機能の活用・人間が本来もつ感覚に対し刺激が与えられるように心理的、身体的に対するハード面に工夫をこらしている。月1回のケアプランの実施、及びモニタリングにて個々の残存機能の把握や活用を行い、自立支援を行っている。		