

### 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	2372202065		
法人名	真株式会社		
事業所名	グループホーム まこと 2		
所在地	愛知県一宮市佐千原字郷前21番地		
自己評価作成日	令和2年10月18日	評価結果市町村受理日	令和3年3月19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	<a href="https://www.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;Jigy-osvoCd=2372202065-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;Jigy-osvoCd=2372202065-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

#### 【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	令和2年11月6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)】

地域密着型認知症共同施設として、地域との繋がりを大切に諸行事には利用者とスタッフが一緒に参加、ホーム主催の納涼祭には地域・交流保育園・子供会に参加を呼び掛けているが、今年度は新型コロナウイルス感染拡大防止の為、全ての行事が中止となった。毎月のケア会議では利用者の個別ケアを検討し情報の共有を図る。社内研修の年間計画を作成、今年度は外部研修も中止になったが、例年は交代で参加、ケア会議で報告、全員のスキルアップを図る。家族との繋がりを大切に入居時に面会・協力を願ひし、家族会を兼ねた行事や推進会議にも交代で参加して頂き、議事録・資料は全家族に配布する。面会時間は自由であるが、今年度は自粛を願ひし、利用料金支払い時のみに玄関で体温測定・マスク着用・手指消毒を徹底し、短時間で密にならない様、居室で開窓したまま、1~2人までの面会をして頂き、対応するスタッフも一人で、日頃の様子を伝えた。今後も理念・利用者様本位を基盤に楽しく安心して暮らしていけるホーム運営が継続できる様に努力していく。

#### 【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)】

--

#### 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広がったり深まり、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	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。	玄関・事務所に理念を表示、新任スタッフの研修課題、ケア会議でも「接遇」の内容で取り上げ、家庭的な環境下で楽しく、安心と尊厳のある日常生活を支援するという理念をスタッフ全員で再認識・共有し実践に繋げている。		
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。	町内会に加入、地域の行事には積極的に参加（左義長・連区敬老会・町民運動会・天王祭り等）子供110番の家にもなっている。ホーム主催の納涼祭には近所住民・子供会・保育園・他施設に呼び掛け参加して頂く。中学生の職場体験も受け入れ、地元知人の面会、野菜類の差し入れもある。（本年度は左義長以外、すべて中止となる）		
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。	地域行事には利用者と一緒に参加し、町内の人達との交流を大切にしている。推進会議に町内民生児童委員さん・町会長さん・島文楽保存会副会長さんに参加して貰い、ホームの状況を理解して頂きながら、意見交換・質疑応答において支援方法を伝えている。		
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。	年6回開催、地区包括（又は市職員）・評価機関・ご家族代表・地区住民・ホームオーナー・職員で構成。議題でホームの現状・事故報告・活動報告・行事予定等報告、まこと便りを添付。それぞれの立場から意見・情報を頂き、支援の向上・運営に役立てている。議事録は利用者様全家族に配布、ホームの現状を理解して頂く。今年度はコロナ感染防止対策で書面会議となる。		
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。	介護保険に関する相談、情報を頂く。生活福祉課への提出書類や更新手続き等で市役所に出向く時、推進会議議事録を毎回提出しホームの現状を伝えている。今年度は中止となったが市主催の研修・講演会にはスタッフが交替で参加、ケア会議で報告、全スタッフに周知する様にしている。		
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。	身体拘束廃止に関する指針は事務所に掲示しており、スタッフは自由に閲覧でき、社内研修でも年2回（4月・11月）、課題に入れスタッフ全員が共通認識を持ち、利用者の行動を抑制せず、安全に自由な暮らしが出来るケアに取り組む。運営推進会議でも身体的拘束適正化検討委員会として報告している。		

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
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。	市主催による「高齢者虐待防止講演会」にスタッフが交替で参加、ケア会議で報告、情報の共有化を図る。「高齢者虐待防止関連法」を理解、通報義務のある事も周知しており、日頃のニュースに関心を持ち、虐待の具体的な内容や不適切なケアに気づき、スタッフ同士で話し合い、その場で注意し合い、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。	NPO法人・司法書士が後見人となっている利用者様があり、法人のパンフレットも置いてあり、自立支援事業制度の中の医療受給者証を受けている利用者様もいる。医療受給者証においては受給期限に注意、更新時期を確認し早めにご家族に連絡、市役所で手続きして頂く。司法書士が後見人の利用者様は経済的面や市の書類等の連絡は後見人へ、ケアプランや身体状況等はご家族様へ連絡する様に調整している。		
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。	見学・相談に来られた時点から、利用者・家族の不安・疑問に答える様にしており、入居の際にはホームオーナーも同席し、契約書・重要事項の説明・各同意書・ホームの理念・流れ等・苦情窓口・解約・ケアプランをケアマネ兼管理者が説明し、理解・納得をして頂く。		
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。	日常のお話・表情等で利用者の要望・不満を汲み取り、個別ケアに反映する。面会・支払い時に利用者の現状・要望を家族に伝え、出来るだけ希望に添える様に話し合い、スタッフ全員に申し送る。推進会議には家族交代で、意見を出して頂く。外部評価機関が家族アンケート調査を行い、問題があれば良策を考える。		
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。	毎日の申し送り・月1回のケア会議で出された運営に関する要望や提案は主任orフロア一長がまとめ、月1回の役員・スタッフ会議に提出、検討する。決定事項は速やかにスタッフに周知する。オーナーも時々、ホームに来て利用者・スタッフと話し合っている。		
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。	就業規則は事務所に掲示。代表者はスタッフが意欲を持って仕事に取り組める様に給与・福利厚生の充実に取り組んでいる。シフト作成時、希望勤務・休みを考慮して、有給の取得、資格取得・外部研修も勤務として参加できるように工夫し、資格手当もある。健康診断は年1回実施・予防接種も行う。		

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
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。	外部研修は積極的に参加、事業者が認めた研修・講演会は勤務扱いとする。研修で得た知識はケア会議時に報告、全体のレベルアップを図る。資格習得を奨励、便宜を図る。介護福祉士合格者は資格手当を得る。		
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。	地区包括支援センターのケアマネ会・市の施設部会の研修・地域認知症検討会等にスタッフ交代で参加、他施設職員との交流を図り、意見交換し合い、ケアの向上と社会資源活用 of 情報を得ている。近隣福祉施設とバザーや夏祭り、催し事の相互訪問もある。		
<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。	ご照会により、管理者・フロア一長が入居希望者の所へ訪問面談を行い、直接本人の要望を伺う。ご家族(本人)にはホーム見学に来て頂き、入居案内・ホームの雰囲気の説明、よりよい支援内容を一緒に考え入居時のケアプランに反映する。入居後もゆっくりとしたペースでホームに馴染まれる様に配慮、安心感を持って頂き、信頼関係を築く事が出来る様に努める。		
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。	最初のホーム見学会時に現状の問題点をお聞きして対応・支援を一緒に考える。入居前に話し合いの機会を設け、情報を得る。家族(本人)が納得された後にお試し入居、本入居となる。話し合った内容はケアプランに反映する。		
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。	家族(本人)が見学・相談に来所された時点でホームで出来るサービス内容を説明。お試し入居で入居可能か支援内容の確認を行う。受け入れが難しい場合は他施設の案内も行う。包括支援センター・介護保険課・生活福祉課とも連携・相談・助言を得る。		
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。	運営理念に掲げてある様に、家庭的な雰囲気の下で日常生活を送って頂ける様に環境整備している。利用者にも無理強いする事なく出来る事は積極的にして頂く。レクや適度な運動・家事補助等を他利用者・スタッフと共同で行いながら楽しい交流を図る。		
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。	入居時から出来るだけ面会に来て頂く様にお願いし、居室やリビングでゆっくりと過ごして頂ける様に配慮、居合わせたスタッフが日頃の生活状況を伝え、外出も自由にして頂き、共に本人を支えていく関係を築く様にしている。家族会を兼ねた夏祭り・クリスマス会には家族に来て頂き、楽しい時間を共有して頂く。(今年は面会も自粛して頂き、イベントも中止となった。)		

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
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・知人の面会があり、気軽に来て頂ける様な雰囲気作りに努めている。ご家族に電話の取次ぎや、手紙の投函等、あらかじめ聞いておき、必要あれば支援する。		
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。	日常はリビングで過ごされる利用者が多く、気の合う利用者様を把握しながら、孤立させない様にスタッフも一緒にお喋りしたりレクを行っている。食事準備・片づけ・洗濯物たたみ等も協力して行い仲間意識が持てる様に支援する。		
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。	退居後も訪問や相談に応じる。入院や他施設への転居後も連絡・相談を受ける事もある。スタッフも入院時のお見舞いや転居された施設への面会に行き、話相手になったり、家族のフォローに努めている。今迄の信頼関係を大切にしていきたい。		
<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。	毎月のケア会議で担当スタッフを中心に個別ケアで検討・情報共有する。日常の会話や表情等から本人の気持ちを汲みとり、本人本位の希望、意向に沿える様にモニタリング・担当者会議・ケアプランを検討している。アセスメントは特変が無ければ年1回の見直しを行う。又、家族とも相談しながら快適に過ごせる環境整備、支援内容を考える様に努めている。		
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。	入居申し込み時に本人・家族の了解を得て、現在の生活状況・生活歴を聴取、担当ケアマネさんより情報提供して頂く。入居時の情報収集を元にケアプランを作成、約1ヶ月後、モニタリング・担当者会議を兼ねたケア会議で本人・家族の意見も取り入れてケアプランを見直し・修正している。		
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。	個別の介護記録でバイタル・排泄・食事や水分摂取量・体重や体調変化等や、いつもと違った様子、会話や表情・言動等からスタッフの気づき等も記録、申し送りを行い、情報共有し現状把握に努める。		
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。	介護計画(ケアプラン)は入居時作成、約1ヶ月後に見直し、その後は原則年2~3回の見直しを行う。状態変化(主に入院等)があればその都度、見直し作成する。担当スタッフはモニタリングを行い、担当者会議を兼ねたスタッフ全員のケア会議で、本人・家族の意見も含めて検討し、現状に即したケアプランとなる様に作成している。		

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
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。	排泄・食事・服薬・入浴等の生活チェック表の記録で実施漏れを防ぎ、業務日誌・個別介護記録・職員申し送りノートにも記載、スタッフ交代時には口頭で申し送りをを行う。ヒヤリハット・日常での気づき、対応等の情報の共有化、介護計画作成に役立っている。		
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。	入居時に本人・家族の希望を聞いてケアプラン作成、支援内容を説明する。ニーズの変化には出来るだけ対応、個別ケアを大切にする。病院受診の付き添い・個別の買い物・趣味の補助・ご本人のペースや意向に沿って食事・入浴・静養時間の変更等の支援を行っている。		
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。	町内会に加入、地域の行事には利用者様の体調を見ながら、交代で参加して頂き、ホーム主催の行事には家族・近所住民・交流保育園・近隣施設に参加を呼びかけ、一緒に楽しんで頂く。ボランティアの訪問・中学生の職場体験・保育園交流・防災訓練への参加協力等、地域との繋がりを大切にしている。		
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。	協力医院主治医が月2回往診、利用者全員の健康管理・服薬指導を受ける。必要な時は専門病院への紹介状もお願いする。家族・本人の希望で以前のかかりつけ医を受診や往診も可。歯科も協力契約を行い、家族の了解を得て往診も可能・義歯の保持・治療等を行う。眼科や整形外科の往診を受けられている利用者もいる。		
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。	管理者が看護師資格あり、毎朝の申し送り時に利用者全員の体調変化やスタッフの気づき等を聞き、受診が必要かどうかを判断し、病院受診に付き添い家族にも連絡している。家族の希望・付き添いで以前からのかかりつけ医に定期的に通院されている利用者もいる。他科受診で定期的に通院必要な利用者様は管理者が付き添う。		
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。	利用者が入院される時は情報提供(事前に家族の同意あり)する。入院中は見舞いに行き、相談員との連絡を取り、退院時カンファレンスに参加して、退院後の注意事項の申し送りを受け、ケアプランに反映する。協力医院へは入院担当医からの情報提供書を届ける。入院先は本人・家族の希望があれば優先する。		

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
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。	入居時に急変時・延命治療についてのアンケートを取り同意書を作成している。また、ホームの支援内容を説明する時、医療行為が必要になった場合の介護・見取りは行えないが、段階的に心身機能が低下し、老衰等の場合は、協力医院と連絡を密にして、普段通りで寄り添う介護で見取りを行う事は可能との事を十分説明し納得して頂く。終末期の対応施設を紹介する場合もあり、出来る限り、家族の希望に沿って対応する。		
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。	急変や応急手当てについてはケア会議や申し送り時等、その都度、口頭で説明している。10月の社内研修で「事故発生予防・再発防止」について行い、事故の要因・対応等を再認識した。		
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。	社内研修で7月「非常災害時の対応」、9月は防火管理者が「防火対策」を行い、23日は水害避難(垂直避難)訓練を実施した。備蓄品(非常食・飲料水・おむつ・3日分の処方薬・防災備品等)も定期的に点検し追加購入や交換を行っている。例年は町会長に防災訓練に参加して頂くが、今年度はコロナ感染拡大防止対策に伴い、参加中止)		
<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。	社内研修で5月に「利用者のプライバシー・倫理規定」を実施、毎月、ケア会議の「接遇」の内容で、利用者の人格を尊重して気持ち良く過ごして頂く環境、雰囲気作り・言葉かけを常に考えながら支援する事を伝えている。		
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。	日頃の話から利用者の希望や訴えを聞き取り、実現できる方法を一緒に考える。特に入浴中はリラックスして本音を話して下さるが、本人の思いや希望を表して頂く様にスタッフも気持ちに余裕をもって、和んだ雰囲気の中で、自己決定できるように働きかけている。		
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。	入居前のアセスメントを把握し、生活習慣を尊重しながら一日を過ごして頂く。利用者の体調や気分によりスケジュールを変動したり、共同生活のルールもあり、利用者様同士不愉快にならない様に調整する事もある。起床・就寝時間、レク等への参加、静養等、各々のペースを大切に希望に沿って支援している。		

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
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。	利用者各々の好みに合わせておしゃれを楽しんで頂く。お化粧・マニキュアをされる利用者もいる。季節に合った衣類、イベント・外出時の服も選ばれる。ホームの行事の予定前には家族の了解を得て移動美容室「そよ風」に予約を入れ、カット・整髪・顔そりをして頂く。ご家族がなじみの美容室に連れて行かれる利用者もいる。		
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。	平日は宅配食材を利用、リビングに繋がる台所でユニット毎、スタッフが作る。メニューもあるが差し入れの野菜も多く、高齢者の食べやすい献立・味付けに変更する事も多い。日曜のメニューは利用者と一緒に考える。簡単な調理補助・片付け・食器拭きは利用者も一緒に行う。食事は箸を上手に使われ見守り・介助しながらスタッフも同じテーブルで一緒に食べる。		
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。	食事メニューは業務日誌に記入、毎月の献立実績を作成、内容を検討する資料にしている。個人の生活記録の月別一覧表に食事摂取量・体重の記録、毎日の排泄チェック表に水分摂取量を記録。季節や利用者各々の状態(発熱・下痢・心臓病・糖尿病等・嚥下状態・体重変動)に合わせて適量摂取・食事形態を考えて支援している。		
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。	毎食前、手洗い・嗽をして頂き、食後はスタッフが付き添い各々、口腔ケアを行う。歯磨き・義歯洗浄は出来る所はして頂くが出来ない部分・仕上げはスタッフがを行い、義歯消毒はスタッフ管理で2回/週行う。歯科協力医院より定期的に往診して頂き口腔衛生・義歯調整・治療をされている利用者もいる。		
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。	毎日の排泄チェック一覧表を作成、排尿・排便・尿取りパット交換等を記入、各々の排泄リズムを把握する。自覚のない利用者は個別に間隔を考えて声掛け・介助する。日中・夜間・下剤服用時と状況に合わせて布パンツ・リハパンツ・尿取りパット・テープ式オムツを使用している。日中は出来るだけ布パンツで過ごし、トイレで排泄できるように支援している。		
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。	起床時に冷水・ポカリスエット・牛乳を飲用・軽い運動(体操や歩行運動等)・食事(バナナ・牛蒡・芋等)・多めの水分補給で対応、常時、便秘や自力排便困難な利用者には協力医院Drに相談し、緩下剤処方頂き服用、排便状況に応じて調整している。また、下痢が続かない様に服薬後の状態に気を付けている		



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
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。	入浴は月～土、原則、週3回であるが、排泄やその時の汚染時に応じ、シャワーや入浴等で清潔保持。入浴日(入浴順)は行事等やその日の体調や病院受診日等の予定で変更もある。拒否の強い利用者には声かけの工夫・タイミングを見て曜日・時間に関わらず、入って頂く。入浴誘導から更衣迄、一人のスタッフ(移乗が難しい利用者は二人介助)が行い、安全に気を付けリラックスして頂き、入浴時に皮膚観察、入浴後に必要な軟膏塗布等の処置を行う。		
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。	出来るだけ利用者の意向にあわせて生活して頂く。ホームの一日の流れはあるが家族との面会・外出は自由、静養は好きな時に取って頂く。夜の入床は各自の希望に合わせる。昼夜逆転ある場合は日中の過ごし方を工夫し生活リズムの変更を図るが、安易に入眠剤は使用しない。		
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。	毎日の分薬は管理者(看護師)が行う。配薬はその都度、担当者が利用者の顔を見て、声に出して日時・名前・薬内容を読んで、他スタッフに見せ、2人確認し飲み込むのを確認している。服薬内容の変更・短期間の服薬は申し送り、記録(経過観察)を残す。変更内容は家族へも連絡する。配薬時は1回分毎トレイにとり、服用後は配薬確認票にチェックを入れて、誤薬や飲み忘れの内容に注意している。		
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、気分転換などの支援をしている。	入所前に家族・ケアマネより情報提供を受け、入居後も本人・家族と話し合いの時間を作り、アセスメントを作成、ホームでの楽しみ方を考える。利用者の嗜好品を購入持参される家族もいる。共同レクや家事補助も無理強いせず、各々の趣味や習慣になっている事・得意な事・やれる事をして頂き、役割分担・存在意識を感じて頂く様に工夫している。		
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。	季節・天候・体調を考え、利用者の希望に沿う様な外出を行う。ユニット毎の外出が多いが、スタッフの買い物に同行したり、交代で地域の行事に参加する事もある。家族と外出・外泊は自由。福祉車両もあり、車いすからの移乗の難しい利用者も手軽に乗車出来、病院受診時や外出がし易い。		

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
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。	個別にお小遣いを1万円預かり、日用品の購入・おむつ代・外食・医療費(薬代含む)等に使用。面会時に収支報告を行い、レシート・お小遣い帳のコピーを家族に渡す。少額のお小遣いを所持している利用者もいる。外出時に買い物希望される利用者には、個別にお財布を渡して自分で買って頂く。		
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。	ご家族・友人から届く手紙等は本人に渡し、思いで話を伺う。居室に飾っている利用者もいる。家族・友人からの電話の取次ぎ、希望あれば電話をかけてお話して頂く。年賀状は毎年、利用者を書いて貰い、家族に送っている。		
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。	玄関・リビング・廊下に利用者・スタッフと一緒に作った季節が感じられる作品や行事・日常生活の写真飾っている。居室も家族の写真飾っている利用者も多く、各々、馴染みの物で飾り付け工夫されている。スタッフがホーム全体の掃除を行い、清潔で過ごし易い環境を整えている。エアコンは細目に調整、通路に余分な物は置かず、バリアフリーに整備安全管理の確認をしている。		
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。	リビングが主な共用空間になる。ソファや食卓の座る位置もほぼ決まっているが、スタッフも一緒に座ったり場所を変えてお話ししている事もある。エレベーター横に椅子が設置してあり、廊下歩行練習で一休みされたり、一人で考え事をされたりしている。		
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。	ベッドと洋服箆笥はホームで用意、持ち込みは自由なのでファンシーケース・三段棚・椅子、整理箆笥等なじみの物を持ち込まれて、家族写真などを飾っている利用者が多い。担当スタッフが本人・家族の了解を得て衣類の整理、入れ替えを行うが、面会時に家族が整理され、入れ替え・追加される時もある。		
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。	建物はバリアフリー仕様、スプリンクラー・火災通報装置等の緊急時の安全対策をしている。トイレ・玄関の出入口はセンサーで感知、スタッフが確認する。フロア内や廊下は手すりを設置し、出来るだけ自力歩行を促し、シルバーカー歩行の見守り、手引き歩行・車いすの移動介助を行う。立ち上がりや歩行不安定な利用者の居室ベッド下には家族の了解を得てセンサーやセンサーマットを設置し、静養時や夜間の対応を行う。		