

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3390102543		
法人名	株式会社ビジュアルビジョン		
事業所名	けあビジョンホーム岡山		
所在地	岡山県岡山市北区建部町市場112番		
自己評価作成日	令和 2 年 2 月 12 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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&ligyosyoCd=3390102543-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	令和 2 年 3 月 12 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)】

認知症は、ご自身の事は勿論ですが、事業所内の掃除や洗濯、調理等、生活していく上で必要な事をお手伝い頂きます。配膳、炊事、洗濯、掃除等を気持ちよくお手伝い頂ける様、支援して参ります。失敗(配膳時に食器等を落とす、掃除しても綺麗になっていない)は認知症高齢者だけではなく誰でもしてしまいます。大切な事は食器を運んで頂く事や掃除をお手伝い頂いた事に価値があります。危険だからと言って食器を職員で運んだり、綺麗にならないからといって介護職員がやってしまうのでは意味がありません。事業所としては失敗させない介護ではなく何事にも挑戦して頂き、安全に失敗して頂く認知症介護に取り組んでいます。

【第三者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)】

普通の家を目指して、職員も普通の母の仕事を目指している。そんな、のどかな、もったりとした時間に捕らわれない我が家である事が素晴らしい。利用者の笑顔が印象的だった。

苦勞して地域に馴染んだだけ、様々な苦勞がうかがえる。特に、地道な地域貢献で、存在感が徐々に現れ、管理者の永年の経験と思いがフィットしている。それに応えようとする姿勢が工夫点として上げられ、会社理念の指針通り職員が学び合っている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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、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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らさせている (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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	朝礼・中礼時に経営理念・経営3原則・グループ訓・ビジュアルビジョン基本動作10カ条の唱和を行う。毎日理念を確認して業務に就く仕組みを摂っている。又、職員が経営理念を確認しやすい様に事務室に掲示している。	1階の事務所に掲示し、業務日誌に明記。理念に個別の注釈があり、半年ごとのテストで、理念等を浸透して行ける仕組みを取って、ケアの実践の場で発揮できる様に取り組んでいる。	
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	地区の清掃を職員が行っておりその際に地域の方と挨拶を交わしている。又、自治会にも加入しており地元の祭りでは祭りの協賛金を出し地域の方と一緒に祭りに参加している。	元旦祭や芋煮会の集まりに1~2名の利用者と参加している。町内会に加盟し、草刈りや溝掃除・ゴミ拾いへ参加。地域の付き合いを深めている。町内会長の依頼で事業所を避難場所に出来るか検討中。	
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	運営推進会議では自治会の方に参加して頂き認知症についてや地域でのグループホームの取り組みを紹介している。		
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	運営推進会議にてサービス提供状況を説明している。サービス内容についての意見は議事録として記録し改善に取り組んでいる。	町内会長、愛育・民生委員、包括・入居者2名が主に参加(隔月)グループホームの位置付けや地域包括の活動状況・報告を受け、話し合っている。町内会と事業所の具体的な連携方法を模索中。町内会長より「出来る事はする」と言葉を頂いている。	家族や地域の方に、気安く寄ってもらえるような取り組みをしては如何でしょうか？
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	メールを活用し定期的に行政とやり取りを行っている。又、運営での助言も頂いている。	窓口は施設長で何でも言い合え・話し合える関係。今は感染症対策や予防を集中し情報を貰っている。全国展開の強みを生かし、柔軟に職員の特性を市の人に理解してもらう様にしている。	
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	三か月に1回身体拘束禁止に関する研修実施し2か月に1回の運営推進会議で報告をしている。等ホームにおいては身体拘束を行っておらず研修では主にスピーチロックの廃止に向け取り組んでいる。	マニュアルに沿ってケアしており、何が拘束に当たるかボーダーラインを常に意識しながらケアしている。研修内容は、スピーチロックを主に行い、「ちょっと待って」を言わない。普段から何度も話し合いや研修を重ね、より具体的に拘束をしないようにした事で、新人も利用者への関わり・質問の仕方の具体性が増してきた。	
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	三か月に1回身体拘束禁止に関する研修の際に合わせて研修を実施。不適なケアがあった場合は職員同士で声かけを行いその日の朝礼、中礼時にカンファレンスを実施し改善している。		

自己	者 第三	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	権利擁護の社内研修を実施している。参加できなかった職員に対しては参加した職員が朝礼時や中礼時に口頭で伝えフィードバックしている。		
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	各種契約書の説明と重要事項の説明を行い署名・捺印頂いている。		
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	グループホーム入り口にご意見箱を設置しており利用者やご家族様に意見を回収している。又2ヶ月に1回運営推進会議にてご入居者様やご家族様に参加して頂き直接意見を頂いている。	家族の面会や利用者のキーパーソンとして事業所に務めている看護師と普段から意見を汲み取っている。「どんな食事をだしてくれよんかなあ」「食事の時間に立ち寄って見て下さって良いですよ」等の会話から、家族が食事の時間に立ち寄って安心をされる。意見を聞き取り易くする為に、毎月、家族へ電話やメールで報告したり、医師の診察の時に同席を求めたり、利用中の写真を郵送する等、配慮している。	
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	1年に1度夢会議を実施している。職員一人一人が仕事に対して行いたい事や設備面の事、待遇面について個々の夢を描きだし短期、中期、長期と夢を振り分ける。振り分けられた夢については本社にて次年度の経営計画に盛り込まれる。	一年に1回の夢シートから、職員の意見を探って、それが実現可能になる様に、管理者が、実際の現状と照らし合わせながら、その職員の将来を見据えて、良し悪しを判断して育てていく術や手段、企画を交えて、人間形成を模索している。	
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	社員に対しては年1回の自己実現180度会議を実施し上司一人が評価するのではなく複数の上司が評価をする制度を導入している。又、目標管理シートにて社員一人一人が自己評価をできる仕組みを導入している。又、一年に1回夢会議を実施し職員からの意見をボトムアップとして経営計画に反映させている。		
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	職員の介助技術向上の為に資格習得サポートを実施している。認知症実践者研修等資格が修得しやすい様に研修費用を会社が負担している。		
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	地域ケア会議に参加し地域ケアの情報共有を同業者と協力している。		

自己	者第三	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	サービス導入前に事前面接をご本人、ご家族様と行いアセスメントを実施しニーズの抽出をしている。		
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	サービス導入前にサービス担当者会議を実施し不安に思われる事を介護職、ケアマネジャー、看護職、ご本人、ご家族で話し合い介護計画を作成している。		
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	サービス導入時はサービス担当者会議を開催しご本人、ご家族様の同意のもとサービスを導入している		
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	ご入居様は一方的に介護を受けるだけではなく生活の中で役割を持って頂いている。 (例、掃除、洗濯、料理の補助)職員はご入居様様の出来ている機能を奪わない様に支援している。		
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	面会に来られた際は個室もしくは相談室に案内し家族の時間がもてる様にしている。		
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	在宅での友人がグループホームに遊びに来やすい様に面会時間は朝の9時～20時までと広く設定している。	仕事終わりに面会に来られる方が多い。20時以降でも、事前に連絡があれば、考慮している。民生委員・檀家の方・職場仲間・百姓仲間・華道の先生をされていた利用者のお弟子さん等、馴染みの人がよく面会に来られる。地域の温泉があって、そこでのお茶席の催しやカラオケが、皆の馴染みの場となっている。	出来て一年目なので、これから馴染みの新しい人や場所を構築して、何れは、推進会議にも、参加出来る様に取り組んでは如何でしょうか？
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	毎日の体操レクリエーションや風船バレー、模造紙を使用した作品作り、近隣への散歩の実施を行い職員がご入居者様同士のコミュニケーションの橋渡しを行っている。		

自己	者	第三	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	契約終了時に居宅介護支援センターと契約する際はグループホームでの介護計画やサマリーの提供を行っている。又、在宅復帰したご入居様が近所を散歩している時に以前グループホームを利用していたご入居者様に対して声かけを実施している。		
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	職員がご入居者の隣に座り日々の生活での悩みや困りごとを聞く時間を設けている。日常の中で集めた情報は月1回開催されているケアカンファレンスを行い介護計画作成に繋げている。	10時と3時のお茶は、利用者と職員とが並んでお茶を飲む、語らいやの時間。会話が無くても、しみじみ過ごせる心を汲み取る場になっている。会話が難しくなっている方には、表情やしぐさを見て、想いを汲み取っている。そういった場面で聞き取った事を集めて、朝礼や中礼の場で、皆で把握する様に努めている。	
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	ご入居前に事前面談を行いその際に生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境をアセスメントしている。アセスメントの結果については朝礼、中礼時に口頭での説明や申し送りノートを活用し把握に努めている。		
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	3か月に1度心身状態に変化がないかアセスメントを実施している。アセスメントの結果により介護サービスを変更するなど柔軟に対応している。		
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	3か月に一度介護計画についてモニタリングを行いその後アセスメントを行っている。その結果をもとにケアカンファレンスで介護方針を決めている。	日常で集めた思いや意向を、月1回開催しているケアカンファレンスでテーマとして、再度検討し、介護計画の作成に繋げている。モニタリングは、入居後3か月、6か月、認定の更新時期ほか、必要時に行う。医師や看護師の意見も介護計画に活かして、家族の連絡は、管理者が行っている。	
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	利用者様に対しての介護記録を細かく記入し、他の職員もわかるよう申し送りを行っている。又、気になる事があれば朝礼、中礼時に問題提起をおこないカンファレンスを実施している。ケアマネジャー、は介護スタッフとの連絡帳で情報の共有を行い3か月に1度モニタリングを実施している。		
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	柔軟に対応出来るように日々の介護記録を細かく記入し変化があれば朝礼、中礼や月1回開催されているケアカンファレンスで方針を決めている。		

自己	者 第三	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	地元で行われている祭りに参加したり地域で行われている催し物に参加している。		
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、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	契約時に在宅でのかかりつけ医を利用するか往診に切り替えるかの確認をおこなっている。	入居時に、事業所の協力医に転医される。開設当初から、地道に関係性を育んできたので、今では、何でも話せる関係が構築されている。往診からチーム医療をしているからこそ、ターミナルに繋がる。他科受診は、職員が介助するが、取りまとめは、かかりつけ医が主となっている。	
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	週1日看護職を配置しておりご入居者様の心身の状態変化があれば随時相談できる体制にしている。		
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。	医療機関への入退院に関してはお互いにサマリーを渡し情報の共有を実施している。又、日常的に関係を深める為に居室の空き情報などがあれば病院の地域医療連携室等に訪問している。		
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	要介護認定を受けた後に重度化した場合に関わる指針及び看取りに関する同意書を頂いている。ターミナル期が来た場合はご家族、主治医、介護職、ケアマネジャー、看護職、管理者で話し合いの場を持ちご本人様の意向に沿えるように支援している。	最近では、2名の看取りをした。看取りも家族の気持ちになって、看取りを充実させた経緯も、経験として生きている。重度化になった場合は、かかりつけ医が中心となって、その人らしい生活支援を導いている。看取り後の振り返りを家族と分かち合えて、人生の教訓となった学びとなっている。	
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	緊急時のマニュアルをもとに対応している。応急処置については看護師より介護職員に対して指導している。		
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	年2回、自衛避難訓練、通報訓練、消火訓練を実施。そのうち1回は夜間想定で訓練を行っている。	消防署が参加した訓練は、昼を想定。3月は夜間を想定。福渡地区で開催の訓練に参加。備蓄は、一週間分を1階の倉庫へ保管して、普段の食事でも献立に活かして、循環できる仕組みを取っている。	

自己	者第三	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	入居者様一人一人の人格を尊重できる言葉かけに注意を払いプライバシーを守るように努めている。	呼称は基本苗字をさん付けにし、同姓の方は名前で呼ぶ。入居契約の際プライバシーポリシーの説明をするし、自分が家族という気持ちで一緒に生活をしている所から、その方の分からない事は家族と相談し心配りを大事にしている。	
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	日常生活の中で本人の思いや希望を表したり自己決定が出来る様に日々声かけをしている。本人の思いを聞いたときは介護記録、介護日誌に記録している。又、朝礼、中礼時に介護職、看護職、ケアマネジャー、管理者と共有している。		
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	ある程度の日課は介護計画に基づき支援している。散歩に出かけたいと言われれば散歩に出かけ歌が歌いたいと言われれば歌のレクリエーションを行っている。入浴についても気分が乗らない日は無理に入浴せず別日に対応するなど柔軟に対応している。		
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	起床時に整容(髭剃り、洗顔を実施している)、を行い。今日着る服についてはご本人様に選んで頂いている。理美容については毎月1回業者が来ており希望者に利用して頂いている。		
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	出来合いの食材を使わず食べたい物を聞いて作ったり、魚嫌いの方に肉を、おにぎりが好きな方には提供するなど嗜好に合わせている。食事準備や片付けを一緒に行っている。メニューもご入居者様に希望を聞きとり実施。その為各ユニットでメニューが異なっている。	三食手作り。普段から、野菜を切ったり調味をしたり、盛り付けをして頂いている。誕生日にはケーキを買って来て、普通の母の様な立場で、好きな献立と、ほのかに電気を消し、誕生日ケーキに灯りを灯す家庭的な、普通の母の仕事として実践している。	
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	入居者様の状態に合わせて食事量を調整したり水分補給を進めている。記録を残し一日の摂取を把握している。又、必要な方には自助食器を活用するなどその人の状態に合わせて食事を提供している。糖尿病や腎臓病の方の食事については主治医や看護師の意見を取り入れ提供している。		
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	毎食後に口腔ケアの介助を実施している。義歯の管理が必要な方は管理している。又、必要に応じて歯科往診も依頼しており口腔内の清潔を保つように努めている。		

自己	者第三	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	排泄チェック表を基に定時、随時の誘導を行っておりトイレで排泄が出来る様に努めている。パルーンカテーテル留置のご入居者様についても泌尿器科の医師と相談し膀胱訓練を行い出来るだけトイレで排泄が出来る様に努めている。	布パンツの方が多く、昼夜トイレに行かれる。紙パンツで対応するのではなく、出来るだけトイレに行って頂ける様に工夫している。失敗されても、周りに分からない様に、そっとトイレや部屋に誘導する。ポータブルトイレは使っていない。開設以来、排泄機能を維持できている。	
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	日々の体操や水分摂取を促している。食事に関しては野菜類を多く活用や牛乳の提供を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴の曜日はある程度作っているがその日に入られない場合は別の日に入浴が出来る様に配慮している。午後からも入浴の時間を確保し本人の体調や気分添える様に支援している。本人様のペースに合わせて一対一でゆっくりと入浴してもらい個々にあった支援に努めている。	週2回。要望があれば、毎日でも可。「ちょっと一緒にいこうや」「湯を張ったから、ちょっと入ろうか」「着替える前に湯船に入ったほうが、気持ちええよ」フロア全体が一定の温度になる様に配慮している。お湯は、一人一人入れ替えるので、季節湯は好みに応じて提供出来る。職員との相性を見ながら、入浴介助に入る。	
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	ご入居者様の睡眠状況を記録に残し把握し必要に応じて日中の仮眠を促している。又入居者様に合わせてソファで休憩して頂いたり臥床の時間を設けている。週1回はリネン交換を実施して清潔の保持に努めている。		
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	ナースから薬の事を聞いて対応している。変化があれば報告している。内服薬変更後は状態の様子観察を行っている。服薬介助の際は誤薬を防ぐために職員同士がダブルチェックを実施している。		
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	料理が好きな人、洗濯を干すのが好きな人、掃除が好きな人等その人に合わせて行えている 外食、外出、ボランティア、レクリエーションと様々提供できている		
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支援している	散歩に行きたいと希望があれば実施し買い物についても希望に沿える様にしている。	仏前の献花や畑の肥料、お飾り、苗等をホームセンターへ買い物に出かける。それぞれの個々の希望に応じて、一人ずつ出かける。近所の神社に参拝した後に、呑むお茶を楽しみにされる方もいる。	

自己	者第三	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	金銭の持ち込みは原則禁止されており個々で所持していることはないがお小遣いはホームで預かっており外出時は支払いをして頂いている。どうしてもというご本人様やご家族様には金銭紛失のリスクを承諾して頂きケアプランに明記し所持をしていただいている		
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	携帯電話を持ち込んでいる方もあり自由に家族と連絡を取り合っている。電話や手紙の介助の希望があれば職員が介助を実施している。		
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	共有の空間で過ごされる時にリラックスできる様にソファを配置している。静かに過ごしたい方には日の当たる場所に椅子を配置している。	さりげなくカーテンを開けると、窓から山々の緑と空の青さが広がり、春には、どこでもピンクの花びらが風に舞っていて、電車がカタコトと音を立てて、のどかさを伝えている。近くの用水の桜も調べを奏で利用者に物語っている如く、共有空間が肩を並べている。	
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	ソファとか居室とかテーブルとか個々に合わせて配置しているソファ等を配置しご入居者様が思い思いに過ごせる様に配慮しているコーヒー等を飲み回りの場所になるように工夫している		
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	入居の際はご自宅で使われていた家具を出るだけ持ち込んで頂いている。家具の配置についてはご本人様とご家族様で相談し設置して頂いている。お部屋にお骨を持ち込まれている方もいる。	自筆の掛け軸や折り紙や絵手紙や、読破した書籍が利用者を囲み、クラシックのCDやラジオをBGMとして、紅茶を飲みながら朝食が出来上がるのを待っている。職員にとっても、見習うような居室が生まれている。	
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」「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	自室に張り紙やトイレと大きく掲示し分かりやすく工夫している。転倒のリスクを軽減するため共有スペースの整理整頓に努めている。それぞれの場所に場所の名称を見やすい様に掲示している		

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3390102543		
法人名	株式会社ビジュアルビジョン		
事業所名	けあビジョンホーム岡山		
所在地	岡山県岡山市北区建部町市場112番		
自己評価作成日	令和 2 年 2 月 12 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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&ligyosyoCd=3390102543-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18
訪問調査日	令和 2 年 3 月 12 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)】

認知症は、ご自身の事は勿論ですが、事業所内の掃除や洗濯、調理等、生活していく上で必要な事をお手伝い頂きます。配膳、炊事、洗濯、掃除等を気持ちよくお手伝い頂ける様、支援して参ります。失敗(配膳時に食器等を落とす、掃除しても綺麗になっていない)は認知症高齢者だけではなく誰でもしてしまいます。大切な事は食器を運んで頂く事や掃除をお手伝い頂いた事に価値があります。危険だからと言って食器を職員で運んだり、綺麗にならないからといって介護職員がやってしまうのでは意味がありません。事業所としては失敗させない介護ではなく何事にも挑戦して頂き、安全に失敗して頂く認知症介護に取り組んでいます。

【第三者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)】

普通の家を目指して、職員も普通の母の仕事を目指している。そんな、のどかな、もったりとした時間に捕らわれない我が家である事が素晴らしい。利用者の笑顔が印象的だった。

苦勞して地域に馴染んだだけ、様々な苦勞がうかがえる。特に、地道な地域貢献で、存在感が徐々に現れ、管理者の永年の経験と思いがフィットしている。それに応えようとする姿勢が工夫点として上げられ、会社理念の指針通り職員が学び合っている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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、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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らさせている (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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	者 第 三	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	朝礼、中礼時に経営理念、経営3原則、グループ訓、ビジュアルビジョン基本動作10カ条の唱和を行い。毎日理念を確認してから業務に就く仕組みを撮っている。又、職員が経営理念を確認しやすい様に事務室に掲示している。	1階の事務所に掲示し、業務日誌に明記。理念に個別の注釈があり、半年ごとのテストで、理念等を浸透して行ける仕組みを取って、ケアの実践の場で発揮できる様に取り組んでいる。	
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	地区の清掃を職員が行っておりその際に地域の方と挨拶を交わしている。又、自治会にも加入しており地元の祭りでは祭りの協賛金を出し地域の方と一緒に祭りに参加している。	元旦祭・芋煮会の集まりに、1-2名の利用者と参加。町内会に加盟し、草刈りや溝掃除・ゴミ拾いに参加。地域との付き合いを深めている。町内会長の依頼で、事業所を避難場所に出来るか検討中。	
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	運営推進会議では自治会の方に参加して頂き認知症についてや地域でのグループホームの取り組みを紹介している。		
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	運営推進会議にてサービス提供状況を説明している。サービス内容についての意見は議事録として記録し改善に取り組んでいる。	町内会長・愛育委員・民生委員・包括・入居者は2人が主に参加(隔月)グループホームの位置づけや地域包括から活動状況や報告を受け、話し合っている。町内会と事業所の具体的な連携の方法を模索中。町内会長は「出来る事はする」と言葉を頂けている。	家族や地域の方に、気安く寄ってもらえるような取り組みをしては如何でしょうか？
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取り組んでいる	メールを活用し定期的に行政とやり取りを行っている。又、運営での助言も頂いている。	窓口は施設長で何でも言い合え、話し合える関係。今は感染症対策や予防を集中し情報を貰っている。全国展開の強みを生かし柔軟に職員が出来る特性を市の人に理解してもらっている。	
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	三か月に1回身体拘束禁止に関する研修実施し2か月に1回の運営推進会議で報告をしている。等ホームにおいては身体拘束を行っておらず研修では主にスピーチロックの廃止に向け取り組んでいる。	マニュアルに沿ってケアし、何が拘束に当たるかボーダーラインを常に意識しながらケアしている。研修の内容は、スピーチロックを主に行い「ちょっと待って」を言わない。普段から何度も話し合い研修を重ねながら、より具体的に拘束をしない方法を取る様にしてきた事で、新人も、利用者への関わりや質問の仕方に具	
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	三か月に1回身体拘束禁止に関する研修の際に合わせて研修を実施している。不適なケアがあった場合は職員同士で声かけを行いその日の朝礼、中礼時にカンファレンスを実施し改善している。		

自己	者 第三	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	権利擁護の社内研修を実施している。参加できなかった職員に対しては参加した職員が朝礼時や中礼時に口頭で伝えフィードバックしている。		
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	各種契約書の説明と重要事項の説明を行い署名・捺印頂いている。		
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	グループホーム入り口にご意見箱を設置しており利用者やご家族様に意見を回収している。又2ヶ月に1回運営推進会議にてご入居者様やご家族様に参加して頂き直接意見を頂いている。	家族の面会や利用者のキーパーソンとして事業所に務めている看護師と普段から意見を汲み取っている。「どんな食事をだしてくれよんかなあ」「食事の時間に立ち寄って見て下さって良いですよ」等の会話から、家族が食事の時間に立ち寄って安心をされる。意見を聞き取り易くする為に、毎月、家族へ電話やメールで報告したり、医師の診察の時に同席を求めたり、利用中の写真を郵送する等、配慮している。	
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	1年に1度夢会議を実施している。職員一人一人が仕事に対して行いたい事や設備面の事、待遇面について個々の夢を描きだし短期、中期、長期と夢を振り分ける。振り分けられた夢については本社にて次年度の経営計画に盛り込まれる。	一年に1回の夢シートから、職員の意見を探って、それが実現可能になる様に、管理者が、実際の現状と照らし合わせながら、その職員の将来を見据えて、良し悪しを判断して育てていく術や手段、企画を交えて、人間形成を模索している。	
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	社員に対しては年1回の自己実現180度会議を実施し上司一人が評価するのではなく複数の上司が評価をする制度を導入している。又、目標管理シートにて社員一人一人が自己評価をできる仕組みを導入している。又、一年に1回夢会議を実施し職員からの意見をボトムアップとして経営計画に反映させている。		
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	職員の介助技術向上の為に資格習得サポートを実施している。認知症実践者研修等資格が修得しやすい様に研修費用を会社が負担している。		
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	地域ケア会議に参加し地域ケアの情報共有を同業者と協力している。		

自己	者	第三	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	サービス導入前に事前面接をご本人、ご家族様と行いアセスメントを実施しニーズの抽出をしている。		
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	サービス導入前にサービス担当者会議を実施し不安に思われる事を介護職、ケアマネジャー、看護職、ご本人、ご家族で話し合い介護計画を作成している。		
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	サービス導入時はサービス担当者会議を開催しご本人、ご家族様の同意のもとサービスを導入している		
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	ご入居者様は一方的に介護を受けるだけではなく生活の中で役割を持って頂いている。(例、掃除、洗濯、料理の補助)職員はご入居者様の出来ている機能を奪わない様に支援している。		
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	面会に来られた際は個室もしくは相談室に案内し家族の時間がもてる様にしている。		
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	在宅での友人がグループホームに遊びに来やすい様に面会時間は朝の9時～20時までと広く設定している。	仕事終わりに面会に来られる方が多い。20時以降でも、事前に連絡があれば、考慮している。民生委員・檀家の方・職場仲間・百姓仲間・華道の先生をされていた利用者のお弟子さん等、馴染みの人がよく面会に来られる。地域の温泉があって、そこでのお茶席の催しやカラオケが、皆の馴染みの場となっている。	出来て一年目なので、これから馴染みの新しい人や場所を構築して、何れは、推進会議にも、参加出来る様に取り組んでは如何でしょうか？
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	毎日の体操レクリエーションや風船パレー、模造紙を使用した作品作り、近隣への散歩の実施を行い職員がご入居者様同士のコミュニケーションの橋渡しを行っている。		

自己	者	第三	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	契約終了時に居宅介護支援センターと契約する際はグループホームでの介護計画やサマリーの提供を行っている。又、在宅復帰したご入居者様が近所を散歩している時に以前グループホームを利用していたご入居者様に対して声かけを実施している。		
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	職員がご入居者様の隣に座り日々の生活での悩みや困りごとを聞く時間を設けている。日常の中で集めた情報は月1回開催されているケアカンファレンスを行い介護計画作成に繋げている。	10時と3時のお茶は、利用者と職員とが並んでお茶を飲む、語らいやの時間。会話が無くても、しみじみ過ごせる心を汲み取る場になっている。会話が難しくなっている方には、表情やしぐさをみて、想いを汲み取っている。そう言った場面で聞き取った事を集めて、朝礼や中礼の場で、皆で把握する様に努めている。	
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	ご入居前に事前面談を行いその際に生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境をアセスメントしている。アセスメントの結果については朝礼、中礼時に口頭での説明や申し送りノートを活用し把握に努めている。		
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	3か月に1度心身状態に変化がないかアセスメントを実施している。アセスメントの結果により介護サービスを変更するなど柔軟に対応している。		
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	3か月に一度介護計画についてモニタリングを行いその後アセスメントを行っている。その結果をもとにケアカンファレンスで介護方針を決めている。	日常で集めた思いや意向を、月1回開催しているケアカンファレンスでテーマとして、再度検討し、介護計画の作成に繋げている。モニタリングは、入居後3か月、6か月、認定の更新時期ほか、必要時に行う。医師や看護師の意見も介護計画に活かして、家族の連絡は、管理者が行っている。	
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	利用者様に対しての介護記録を細かく記入し、他の職員もわかるよう申し送りを行っている。又、気になる事があれば朝礼、中礼時に問題提起をおこないカンファレンスを実施している。ケアマネジャー、は介護スタッフとの連絡帳で情報の共有を行い3か月に1度モニタリングを実施している。		
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	柔軟に対応出来るように日々の介護記録を細かく記入し変化があれば朝礼、中礼や月1回開催されているケアカンファレンスで方針を決めている。		

自己	者 第三	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	地元で行われている祭りに参加したり地域で行われている催し物に参加している。		
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、納得が得られたか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	契約時に在宅でのかかりつけ医を利用するか往診に切り替えるかの確認をおこなっている。	入居時に、事業所の協力医に転医される。開設当初から、地道に関係性を育ててきたので、今では、何でも話せる関係が構築されている。往診からチーム医療をしているからこそ、ターミナルに繋がる。他科受診は、職員が介助するが、取りまとめは、かかりつけ医が主となっている。	
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	週1日看護職を配置しておりご入居者様の心身の状態変化があれば随時相談できる体制にしている。		
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。	医療機関への入退院に関してはお互いにサマリーを渡し情報の共有を実施している。又、日常的に関係を深める為に居室の空き情報などがあれば病院の地域医療連携室等に訪問している。		
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	要介護認定を受けた後に重度化した場合に関わる指針及び看取りについての同意書を頂いている。ターミナル期が来た場合はご家族、主治医、介護職、ケアマネジャー、看護職、管理者で話し合いの場を持ちご本人様の意向に沿えるように支援している。	最近、2名の看取りをした。看取りも家族の気持ちになって、看取りを充実させた経緯も、経験として生きている。重度化になった場合は、かかりつけ医が中心となって、その人らしい生活支援を導いている。看取り後の振り返りを家族と分かち合えて、人生の教訓となった学びとなっている。	
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	緊急時のマニュアルをもとに対応している。応急処置については看護師より介護職員に対して指導している。		
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	年2回、自衛避難訓練、通報訓練、消火訓練を実施。そのうち1回は夜間想定で訓練を行っている。	消防署が参加した訓練は、昼を想定。3月は夜間を想定。福渡地区で開催の訓練に参加。備蓄は、一週間分を1階の倉庫へ保管して、普段の食事でも献立に活かして、循環できる仕組みを取っている。	

自己	者 第三	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	入居者様一人一人の人格を尊重できる言葉かけに注意をはらいプライバシーを守るように努めている。	呼称は、さん付け。苗字が同じの方には、下の名前で、さん付け。入居契約の際に、プライバシーポリシーの説明をする。自分が家族という気持ちで、一緒に生活をしている所から、その方の分からない事は、家族と相談して心配りを大切にしている。	
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	日常生活の中で本人の思いや希望を表したり自己決定が出来る様に日々声かけをしている。本人の思いを聞いたときは介護記録、介護日誌に記録している。又、朝礼、中礼時に介護職、看護職、ケアマネジャー、管理者と共有している。		
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	ある程度の日課は介護計画に基づいて支援しているがご本人様が散歩に出かけたいと言われれば散歩に出かけ歌が歌いたいと言われれば歌のレクリエーションを行っている。入浴についても気分が乗らない日は無理に入浴せず別日に対応するなど柔軟に対応している。		
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	起床時に整容(髭剃り、洗顔を実施している)、を行い。今日着る服についてはご本人様に選んで頂いている。理美容については毎月1回業者が来ており希望者に利用して頂いている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	出来合いの食材を使わず、食べたい物を聞き、魚嫌いの方には肉を提供しおにぎりが好きな方にはおにぎりを提供し嗜好に合わせている。食事の準備、片付けも一緒に行っている。メニューについてもご入居者様に希望を聞きとり実施している。その為、1階ユニットと2階ユニットのメニューは違うものを提供している。	三食手作り。普段から、野菜を切ったり調味をしたり、盛り付けをして頂いている。誕生日にはケーキを買って来て、普通の母の様な立場で、好きな献立と、ほのかに電気を消し、誕生日ケーキに灯りを灯す家庭的な、普通の母の仕事として実践している。	
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	入居者様の状態に合わせて食事量を調整したり水分補給を進めている。記録を残し一日の摂取を把握している。又、必要な方には自助食器を活用するなどその人の状態に合わせて食事を提供している。糖尿病や腎臓病の方の食事については主治医や看護師の意見を取り入れ提供している。		
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	毎食後に口腔ケアの介助を実施している。義歯の管理が必要な方は管理している。又、必要に応じて歯科往診も依頼しており口腔内の清潔を保つように努めている。		

自己	者 第三	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	排泄チェック表を基に定時、随時の誘導を行っておりトイレで排泄が出来る様に努めている。パルーンカテーテル留置のご入居者様についても泌尿器科の医師と相談し膀胱訓練を行い出来るだけトイレで排泄が出来る様に努めている。	布パンツの方が多く、昼夜トイレに行かれる。紙パンツで対応するのではなく、出来るだけトイレに行ってもらえる様に工夫している。失敗されても、周りに分からない様に、そっとトイレや部屋に誘導する。ポータブルトイレは使っていない。開設以来、排泄機能を維持できている。	
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	日々の体操や水分摂取を促している。食事に関しては野菜類を多く活用や牛乳の提供を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴の曜日はある程度作っているがその日に入れない場合は別の日に入浴が出来る様に配慮している。午後からも入浴の時間を確保し本人の体調や気分添える様に支援している。本人様のペースに合わせて一対一でゆっくりと入浴してもらい個々にあった支援に努めている。	週2回。要望があれば、毎日でも可。「ちょっと一緒にいこうや」「湯を張ったから、ちょっと入ろうか」「着替える前に湯船に入ったほうが、気持ちええよ」フロア全体が一定の温度になる様に配慮している。お湯は、一人一人入れ替えるので、季節湯は好みに応じて提供出来る。職員との相性を見ながら、入浴介助に入る。	
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	ご入居者様の睡眠状況を記録に残し把握し必要に応じて日中の仮眠を促している。又入居者様に合わせてソファで休憩して頂いたり臥床の時間を設けている。週1回はリネン交換を実施して清潔の保持に努めている。		
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	ナースから薬の事を聞いて対応している。変化があれば報告している。内服薬変更後は状態の様子観察を行っている。服薬介助の際は誤薬を防ぐために職員同士がダブルチェックを実施している。		
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	料理が好きな人、洗濯を干すのが好きな人、掃除が好きな人等その人に合わせて行っている 外食、外出、ボランティア、レクリエーションと様々提供できている		
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	散歩に行きたいと希望があれば実施し買い物についても希望に沿える様にしている。	仏前の献花や畑の肥料、お飾り、苗等をホームセンターへ買い物に出かける。それぞれの個々の希望に応じて、一人ずつ出かける。近所の神社に参拝した後に、呑むお茶を楽しみにされる方もいる。	

自己	者 第三	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	金銭の持ち込みは原則禁止されており個々で所持していることはないがお小遣いはホームで預かっており外出時は支払いをして頂いている。どうしてもというご本人様やご家族様には金銭紛失のリスクを承諾して頂きケアプランに明記し所持をしていただいている		
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	携帯電話を持ち込んでいる方もあり自由に家族と連絡を取り合っている。電話や手紙の介助の希望があれば職員が介助を実施している。		
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	共有の空間で過ごされる時にリラックスできる様にソファを配置している。静かに過ごしたい方には日の当たる場所に椅子を配置している。	さりげなくカーテンを開けると、窓から山々の緑と空の青さが広がり、春には、どこでもピンクの花びらが風に舞っていて、電車がカタコトと音を立てて、のどかさを伝えている。近くの用水の桜も調べを奏で利用者に物語っている如く、共有空間が肩を並べている。	
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	ソファとか居室とかテーブルとか個々に合わせて配置しているソファ等を配置しご入居者様が思い思いに過ごせる様に配慮している コーヒー等を飲み団らの場所になるように工夫している		
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	入居の際はご自宅で使われていた家具を出来るだけ持ち込んで頂いている。家具の配置についてはご本人様とご家族様で相談し設置して頂いている。お部屋にお骨を持ち込まれている方もいる。	自筆の掛け軸や折り紙や絵手紙や、読破した書籍が利用者を囲み、クラシックのCDやラジオをBGMとして、紅茶を飲みながら朝食が出来上がるのを待っている。職員にとっても、見習うような居室が生まれている。	
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」「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	自室に張り紙やトイレと大きく掲示し分かりやすく工夫している。転倒のリスクを軽減するため共有スペースの整理整頓に努めている。それぞれの場所に場所の名称を見やすい様に掲示している		