

平成 21 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	1473701314	事業の開始年月日	平成17年6月1日
		指定年月日	平成17年6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 グループホーム夢美		
所在地	(〒227-0044) 神奈川県横浜市中区本町2-10 横浜大栄ビル8階		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成22年1月10日	評価結果 市町村受理日	

※ 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）】

<p>正直・勤勉・親切の理念をもとに、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。</p> <p>KyomationCare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なっている。</p> <p>また、認知症・介護技術の専門性の向上をはかる研修、教育の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。</p>

【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22年2月2日	評価機関 評価決定日	平成22年4月21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）】

<p>【事業所の概要】</p> <p>このホームは、東急田園都市線青葉台駅から、徒歩で10分ほどの閑静な住宅街にある。カタロニア（スペイン北東部）スタイルの建物と周囲に配された噴水、滝、池は、高級感にあふれており、流れ落ちる水音や、シュロの木々のシルエット、四季の風景をイメージしたスタンドグラス等は、当事業所ならではの洗練された雰囲気をかもしだしている。「建物が生活リハビリのための道具」というコンセプトの下、建物内部は、適度に弾力のある床、優しい段差の階段、あえて棒状の手すりを配置しない廊下、遠近法を用いた構造等、安全面に配慮しつつ、自立支援を強く意識した造りとなっている。トイレにはシャワーが付いており、失禁の際に、その場で処理が可能となるよう工夫されている。浴室は、一般浴、ミスト浴の他、特殊浴槽を備え付けており、心臓の悪い方、血行促進の必要な方、自立度の低い方、お風呂を好まない方等、利用者の状況に応じて使い分けが可能となっている。一般浴は浴槽のふちを広く取り、安全面に配慮している。</p> <p>【専門的な認知症ケア】</p> <p>母体法人は、認知症高齢者介護に関する研究、介護方法の開発を事業とする研究機関でもある。当法人が提唱するKyomation Careは、詳細なアセスメントから終末期介護に至るまで、認知症の利用者を総合的にケアするケアマネジメントシステムである。当事業所は、このシステムの導入により介護現場、利用者及び家族、医療を一元化した総合的な介護計画を作成し、実践している。アセスメント及び介護計画書は、毎月見直され、「馴染みの人との関係支援」「失禁時の声掛けの注意事項」「栄養管理」に至るまで、きめ細かく利用者個々に計画書に位置づけられ、それに基づいてサービスが実施されている。また毎月、家族への介護計画説明会が行われており、来訪した家族からの意見・要望の聴取、情報交換の場になっている。</p>

【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
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV 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
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	附属グループホーム夢美
ユニット名	ユーモス棟

V 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させている。 (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

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、生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
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
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	事業所独自の理念を掲げており、朝礼時やケアを行う日常の中でケアの方向性や目的が話され、具体的に目標とされている。運営理念を文章化し明確にして、いつでも確認できるようにすると共に、壁などに掲示し体现できるように取り組んでいる。	法人の理念「正直・勤勉・親切」の下に、ユニットごとの目標を掲げ、利用者の地域生活の継続支援と事業所と地域との関係強化を図っている。職員は折りに触れ、ケアの方向性や目的を、理念に立ち戻り、確認している。	
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	地域事業、行事には職員も積極的に参加している。また、講習会や、ポスターなどを通じて働きかけを行っている。地域ケアプラザにボランティア募集を呼びかけ、地域ケアプラザの企画に参加している。	自治会に加入し、夏祭りや、運動会等に参加している。事業所主催の餅つき、夏祭り、音楽鑑賞会に地域住民を招いている。利用者が近隣の小学校に出向き、昔の遊びや、歌を指導している。管理者が、地域ケアプラザの認知症研修の講師を務めている。	
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。研修の受け入れも実施。又、認知症に対する家族相談を見学も含め常時取り組んでいる。		
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ヶ月に一度、運営推進会議を開催している。施設の状況報告や行事のお知らせなどをお伝えしている。地域からの情報を入居者へのサービス向上に役立てるよう情報を入居者、職員に伝えている。	2ヶ月に1回開催している。議題は事業所の状況報告、地域の問題など多岐にわたるが、外部評価の結果もこの場で報告、討議されている。「子供たちとの触れ合い」は会議で出された課題であったが、「小学校への利用者訪問」等としてサービスに反映された。	
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。	区の窓口に管理者等が執筆した認知症関連刊行物を届け、情報交換を行っている。市のグループホーム協議会の連絡会、研修に参加して連携を深めている。同会の連絡会等に、当法人が運営するレストランを会場として提供している。	

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
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おこなっている。 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、内側から鍵をかけられるようになっているが、夜間の安全確認のため、外から開けることができる。	身体拘束をしないケアを「常識」と位置づけている。「向精神薬を使わないケア」等を方針として掲げ、できる限り利用者を抑制しない介護を実践している。研修を通じ「拘束の弊害」等を、職員に徹底している。玄関は、日中、施錠していない。	
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、そうなり得る環境になっていないか注意し、防止に努めている。また、入居者間でも、そうなり得る環境にならないように注意し、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伺う、もしくは、家族から聞かれた際にすぐに説明できるようにパンフの用意もある。直接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。		
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	速やかに報告行い会議にかけ、家族と面接し改善案を検討し、迅速に対応している。それでも改善されない場合においては、国保連や区役所の連絡先を明確に書面にて手渡している。市と区の担当者で協議し調整できる仕組みになっている。	月1度の介護計画説明会や家族参加のイベントの際に、意見や要望を引き出すようにしている。出された意見、要望などはミーティングで話し合い、サービスに反映させている。	

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
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	運営者や管理者への意見、要望はホーム長が意見をまとめ報告することで、反映させるなどの努力をしている。又、認知症高齢者研究室において年2回、全職員に対し運営や会社全体に対する意識調査、満足度調査を実施している。また個人的な意見なども、管理者に気軽に話す事が出来るよう配慮している。	年1回、法人による職員面談が行われている。3ヶ月に1回施設長との面談があり、職員の声を聞く機会を設けている。管理者は携帯電話のメールアドレスを職員に開放し、いつでも意見、要望を聞ける関係を築いている。職員が意見、提案を企画書として提出できる仕組みも構築している。	
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	キャリア向上の仕組みを会社全体で採用しており、能力、資格等に応じた手当が約束されている。満足度調査によるサーベイの他、年6回の施設長面接と年1回の役員面接で各自が向上できるよう支援している。		
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	各学会などでも高い評価を受けている認知症高齢者研究室に研修を依頼し、キャリアアップ及びチームケアの向上を目的に研修機会とOJTの具体的実践指導が行なわれている。		
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	市の連絡会、県の協議会、全国GH協会への積極的な関わりはもちろんのこと、介護実践者ネットワークの団体事務局として全国の認知症ケア実践者と活動している。		

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
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	面談から各情報を収集し暫定プランを作成、初日から専門員が3日間ラポール形成、環境提供に寄り添うようになっている。各機関と協働し、情報分析を行い、ケアプランに反映する仕組みがある。		
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、入居前面談に必ず訪問し（もしくは施設見学時）、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	多角的な医療、看護、介護情報をMDS2.1にて問題領域を選定し、知的機能検査、行動観察法などを含め、欲求の充足に根ざしたケアプランの提供を対人援助の10ヶ条にて行なっている。		
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	入居者個々の喜び、悲しみ等や変化を感じ、また、スタッフ自身が楽しむ事、お互いが豊かになるということを、日々の業務や研修を行なう中で繰り返し伝えている。ワーカーの個人的な悩みなどを相談する事で、利用者様からの助言をいただくなど、お互いが学び、支えあう関係を築いている。		
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	『認知症』は家族の病気として伝え、一緒にケアを行なう協力を得ると共に、行事・企画の際に一緒に計画を立て、準備を一緒に行う事で、共感し合える機会を増やす努力を行なっている。ケアプラン実施の際に、ご家族様にも行なえる範囲でのケアへの参加を促している。		

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、手紙を頂く事、または手紙を出す事、訪問等を、ご本人、ご家族に負担の無い範囲で計画を立てるなどの支援を行っている。希望によっては、居室に電話を引き馴染みある人と連絡が取りあえる環境を作っている。	知人、友人の交友関係まで細かくアセスメントして記録に残している。親戚、友人との手紙、面談、電話の支援から、かかりつけ医との関係継続に至るまで介護計画に位置づけて、実施している。	
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、所属欲求を満たす中で、利用者同士が関わり合い、支えあいが行えるように配慮を行い、ケアを実施している。職員が入居者同士の人間関係を理解しており、トラブルを事前に回避していくと共に、関わり合い、支えあいが行えるように配慮している。		
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
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。	出来る限り本人の自己決定のもと生活を支援しているが、認知状態が低下した人など、行動観察やケースワークやグループワークを行いながら、個々の欲求をアセスメントし、その人らしさを重点に置きプランに反映し、家族とも検討している。	入居後も月毎にアセスメントをして、利用者の意向を把握している。意向を表すことが困難な利用者については、「観察ポイント表」を用い表情、行動から読み取るなどして意向の把握に努めている。個々の欲求については「その人らしい生活」として介護計画に反映している。	
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	職員が本人にとって大切な経験や出来事を知り、その人らしい暮らし方を理解しプランに反映している。		
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	看護、医療との連携を行ないながら、多角的に日々の心身状態、有する力の状況をアセスメントしデータ入力している。また、日々の身体状態の変化を、常に申し送り、連絡帳等で情報を共有している。		
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	入居時のアセスメント、月一回のケアプランを作成。職員には情報の公開、交換を義務付けており、またMDS2.1アセスメントを学び入居者の変化をケアプラン作成に生かしている。家族説明を実施、対応に関しては家族を含めカンファレンスを行い現状に則した計画を作成している。	法人が提唱するケアシステムにより医療情報、利用者及び家族の要望、介護現場の記録を一元化した総合的な介護計画を作成している。計画は毎月見直され、利用者個々に介護計画説明会を開き、説明及び意見聴取が行われている。	
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	毎朝の朝礼時に個別報告にて情報を共有、また日々の気づきや変化を全て職員がメロウフレンド・ケア記録や連絡帳、気づきシートを活用する中で情報共有している。		

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
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	ご本人やご家族様の状態、状況の把握に職員は努め、要求に応じた支援が行えるようケアに努めている。		
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	運営推進会議から地域への呼びかけや、地域ケアプラザの行事に参加、避難訓練などの行事を行っている。また、ボランティアが中心としたフラワーアレンジメントを行っている		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	2週間に1回の往診を行っており、状態変化時等の必要時や、家族様の希望にて状態を知りたい際には調整を行い、家族様の希望を医師に伝えるなどの連携の支援を行っている。また、希望によって、入居以前からのかかりつけ医に受診できるよう支援している。	主治医の選択は自由であるが、法人付属のクリニックを主治医としている方がほとんどである。同医師の2週に1回の往診、協力歯科医による随時の往診が実施されている。専門医等への通院は、家族が付き添うことを原則としているが、必要に応じ職員による通院支援も行っている。	
31		○看護職員との協働 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	看護介護が連携し協同する24時間システムになっており、入居者をよく知る看護職員が体調の変化時にはすぐに電話にて状態をつたえられる環境がある。必要に応じ、状態を見に来るようになっており、日常の健康管理から急変時の対応まで積極的に行なっている。		
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、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。	環境不適合による認知症の進行を防ぐため、可能な限り短期間での入院で済むよう連携を行なっている。術前検査をホーム内で行ない、退院後のリハビリをクリニックにある接骨院と行うことで入院期間の短縮に勤めている。		

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
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	研究所が主体となり、情報の交換をしており、月1回のプラン説明で終末期のあり方について定期的にご家族と話しをし、希望内容をアセスメント表に残すなどの対応を行い、方針を共有している。ご家族の希望によっては、現在ターミナルケアを行なっている当法人内の別事業所への転棟も可能な状況であり、かかりつけ医、看護職員とともにターミナルケアを行なえるよう準備を行なっている。	入居契約時に、重度化した場合の意思確認を行い、「ターミナルケア実施に伴う要望・承諾書」を取り交している。入居後も都度、意思確認を行っている。事業所はターミナルケアを介護の一環として位置づけており、協力医との連携、職員教育、法人の体制等、終末期介護の体制を構築している。	
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	勉強会などで吸引機の使い方や、意識レベルの図り方、バイタルサインの取り方等、急変時の対処方法を実際に使える定期的に見直し、練習等を行なっている。		
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	消火器位置や避難経路、非常時の際の連絡に関して避難訓練を通して把握、練習を行なっている。又、自治会や近隣等、地域事業等に参加関係を深めている。	消防署、地域住民の協力の下、年に2回防災訓練を実施している。夜間想定等、都度職員により企画書が作成され、実践に即した訓練を心掛けている。食料、飲料水の備蓄は法人運営のレストランで確保している。	災害に備え、食料、飲料水、簡易トイレ、防寒具等の備蓄を事業所内に確保すれば、なお良い。

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
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	ケースワークやグループワークを行ないながら、個々の欲求をアセスメントする中で、その人らしさを重点に置きプランに反映したり、家族とも検討している。日々、一日の予定を入居者に相談し、一緒に楽しく暮らせるようにしている。	人格尊重の立場から、利用者個々に合わせた「声掛け」「失禁対応」「着替え支援」等を介護計画に位置づけ、支援している。シャワー付きのトイレ、内鍵の掛かる居室等、プライバシーに配慮した設備が整っている。	
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	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。入居者の希望をかなえられるように、一日の予定を相談し一緒に考える機会を作っている。		
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	個々のペースを大切にし、利用者本位のケアが行なえるよう、日々努めている。また、研修や勉強会にてその人らしい暮らしがどういったものか、振り返れる場を作り、スタッフに学ぶ機会を与えている。		
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	衣類、化粧品等は本人が使っていたもの、好む色などをご家族様に準備頂いている。気分転換をかねて、近隣の美容院での整容が可能な状態であれば、行えるよう、調整を行っている。また、一緒に服を選ぶなどをしてお洒落を楽しんでいる。		
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	バックグラウンドによる嗜好の確認と活用。研究所の管理栄養士の献立作成、栄養療法の実施。また、軽作業療法として可能な限り調理への参加を促している。	アセスメントにより利用者の嗜好、栄養状況を把握し、献立に反映している。利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けを行っている。外食や出前も利用している。	

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
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	食事カロリー、摂取量、1日のトータル水分量、などの基本情報が共有して活用されている。又、体重変化や血液検査の状態により客観的に体の状態を把握し、更に食習慣やその日の状態に合わせた食事や水分の摂取が出来るように支援している。		
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	個別に応じた口腔ケアの方法を用い、口腔状態の改善に努めている。また、定期的に歯科衛生士による口腔状態の把握、ケアを実施。		
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	排泄パターンを掴み、誘導時間の変更を検討する事をケアプラン作成時に行っている。可能な限り、布パンツや尿取りパット、より小さいパットを検討するよう、ケアプラン作成時に失禁用具の変更を検討している。	トイレでの排泄を基本とし、利用者個々に分析された排泄パターンを基に支援している。声掛けの注意事項、失禁用具の変更、失禁時の対応等、きめ細かく介護計画に位置づけ、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	栄養士による栄養療法、水分摂取量の把握と、起床時に水分を取っていただく、生活リズムを整える、運動、入浴、腹部マッサージ、ハーブの使用など便秘の解消に努めている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入居者の希望を確認しながら、時間・回数 は、状態に応じて実施している。認知症発症以前やそれ以降の情報を家族様から頂きケアに生かしている。	利用者、家族の希望を確認すると共に、利用者の状態を分析し、個人の状態に合わせて入浴回数や入浴方法を決定している。浴室は、一般浴、ミスト浴のほか、特殊浴槽を備え付けており、個々の利用者の状況に対応可能である。	

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
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	居室はもちろん、リビングにおいてもソファと一人用の椅子など複数用意し、テレビ前や窓際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。日中を通じて夜間の熟睡につながるケアを心掛けている。		
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	医務係という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。スタッフカウンターにファイルを作成し、効用や用法などを明記し誰もが見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7日間はや要観察期間と定め、状態把握に努めている。		
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	個別ケアプランにて、本人の生活歴、現在の希望にあったアクティビティや予定を立て、気分転換や楽しんだ生活が送れるよう努めている。		
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。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	希望に添って、また、ご家族の希望に添って戸外に出られるようにしている。個々の居室の窓際からベランダに出られるようにつくりになっており、歩行訓練や日光浴、外気浴が行えるようにしている。また、晴れた日は希望により、毎日散歩へ出かけている。	散歩、買い物の日常的支援のほか、初詣、花見、紅葉狩、敬老の日のコンサート、クリスマスイルミネーション見物、レストランでの晚餐等、多様な外出機会を作っている。地域の行事への参加や喫茶店でおやつを食べることが介護計画に位置づけされている。	
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	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いただいている。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。		

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	
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	手紙や、電話は居室で自由に利用できる。代筆なども希望により職員と一緒に言うが、困難な入居者に対しては、本人に了解を得て文面を読んだり、代筆を行い返答することもある。			
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	親しみやすいもので整え、認知症改善に向けた照度や色合い、ROに配慮した装飾を意識している。	暖炉のあるリビングは、明るくゆったりしている。壁には利用者が描いた水墨画や習字が飾られている。窓辺から噴水、滝、池を眺める事ができて心地よい。生活空間は160ルクスに押さえ幻視を起こさない工夫がされている。		
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	建物上、リビングとダイニングの分離が困難であるが、ソファの配置を工夫することで、食事と団欒の場を区別した空間作りを行っている。			
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	在宅時から使っていたものや、好まれるものなどを持ち込みいただき、在宅時に近い生活空間を整え、環境変化による混乱や不快感の軽減が図られるよう、ご家族の協力を頂きながらご本人が居心地よく過ごせるよう工夫をしている。	居室は、馴染みのものが、自由に配置され、利用者が居心地良く暮らせる空間となっている。居室入口には、メモリーボックスがあり、利用者の好みの物が飾られ、自室を識別できるよう工夫されている。金魚の飼育をしている利用者もいる。		
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・人間が本来持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。リスクを生じるがスタッフがそれを把握することで活用・事故防止につなげている。また、月1回のモニタリング、及びアセスメントの実施にて個々の残機能の把握や活用を行い、自立支援を行っている。			

平成 21 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	1473701314	事業の開始年月日	2005年6月1日
		指定年月日	2005年6月1日
法人名	(株) 横浜福祉研究所		
事業所名	附属グループホーム夢美		
所在地	(〒227-0044) 横浜市青葉区もえぎ野10-28		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	2010年1月10日	評価結果 市町村受理日	

※ 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）】

<p>正直・勤勉・親切の理念をもとに、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。 KyomationCare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なっている。 また、認知症・介護技術の専門性の向上をはかる研修、教育の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。</p>

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名			
所在地			
訪問調査日		評価機関 評価決定日	

【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）】

--

【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
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV 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
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム夢美
ユニット名	ミューズ棟

V 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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、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
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
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	事業所独自の理念を作り、施設内でご家族、入居者、職員が見える所に掲示している。理念をもとにケアの方向性や目的が話され、具体的に実践している。		
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	自治会の参加や、インターネット・施設見学・行事などを通し、自治会や近隣の小学校等と積極的に交流を図り、理解をもらっている。		
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頂けるように配慮している。研修の受け入れも実施。又、介護者教室や認知症に対する家族相談にも取り組んでいる。		
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ヶ月に1度、運営推進会議を開催している。施設の状況報告や行事のお知らせ等をお伝えしている。地域からの情報をサービス向上に役立てるよう、入居者、職員に伝えている。		
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	認知症の講演や介護者教室などで地域ケアプラザを活用させていただいたり、市町村からの情報を事務所掲示板に貼り、共有している。		

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
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なっている。身体拘束がどういったものを指すのか、必要に応じ、資料の回覧、勉強会、業務内にて指導を行なっている。		
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	高齢者虐待防止法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回のケアプラン説明時に、必要に応じて伺う、もしくはご家族から聞かれた際には、すぐに説明出来るよう冊子の用意もある。直接話す機会を設け、必要な方には活用出来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、説明が適切に分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。		
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	契約時、管理者が苦情窓口である事、又、国保連や区役所の連絡先を重要事項説明書を通し説明している。苦情、要望が出た場合は、速やかに会議で話されるか、ご家族と面会し、改善案を検討している。		

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
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	速やかに報告を行い、会議にかけ、家族と面接し改善案を検討して迅速に対応している。又、それでも改善されない場合においては、国保連や区役所の連絡先を明確に書面にて手渡している		
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	キャリア向上の仕組みを会社全体で採用しており、能力、資格等に応じた手当が約束されている。満足度調査によるサーベイの他、年6回の施設長面接と年1回の役員面接と年1回の役員面接で各自が向上できるよう支援している。		
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	各学会などでも高い評価を受けている認知症高齢者研究室に研修を依頼し、キャリアアップ及びチームケアの向上を目的に研修機会とOJTの具体的実践指導が行なわれている。		
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	市の連絡会、県の協議会、全国GH協会への積極的な関わりはもちろんのこと、介護実践者ネットワークの団体事務局として全国の認知症ケア実践者と活動している。		

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
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	面談から各情報を収集し暫定プランを作成、初日から専門員が3日間ラポール形成、環境提供に寄り添うようになっている。各機関と協働し、情報分析を行い、ケアプランに反映する仕組みがある。		
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、意見、希望等が聴取し易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	多角的な医療、看護、介護情報をMDS2.1にて問題領域を選定し、知的機能検査、行動観察法などをふくめ、欲求の充足に根ざしたケアプランの提供を対人援助の10ヶ条にて行なっている。		
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	入居者個々の喜び、悲しみ等や変化を感じ、又、職員自身が楽しむ事、お互いが豊かになる事を日々の業務や研修を行う中で繰り返し伝えている。		
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	「認知症」は家族の病気として伝え、一緒にケアを行う協力を得ると共に、行事、企画の際に一緒に計画を立てたり、準備を行う事で、共感し合える機会を増やす努力を行っている。ケアプランの実施の際に、ご家族にも行える範囲でのケアへの参加を促している。		

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	必要によっては手紙の代筆や連絡の代行を行っている。又、身体機能低下に伴い、家族での外出が困難な場合には、計画段階から付き添うなどの支援をしている。		
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	自己決定、自己選択を基本としているが、本人達が持っている機能を最大限に活用し、グループワークや余暇活動などを通して関係づくりなどを行っている。		
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、家族の方などサービス利用以外の方の福祉の相談に乗るなど、関係を広げる関わりを行っている。実際に元入居者の家族からの紹介による新入居希望が多い。		

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
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。	出来る限り本人の自己決定のもと生活を支援しているが、認知状態が低下した人など、キョウメイションケアの実践として13項目による行動観察等を行いながら、個々の欲求をアセスメントし、その人らしい生活をケアプランに反映している。		
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	入居前のアセスメントと入居してからの初回ケアプラン時にRDRにて生活歴、環境のアセスメントを詳しくとっている。それらを踏まえ、日常の環境支援やケアプランに反映させている。		
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	看護、医療との連携を行いながら、多角的に日々の心身状態、有する力の状況をアセスメントしデータ入力している。出来る限りの自己決定を導くような声かけの工夫などを職員に指導している。		
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	入居時のアセスメント、月1回ケアプランを作成しカンファレンスを持ち、家族説明を行っている。職員には、朝礼、申し送り、連絡帳、ケア情報の入力と閲覧等により情報の公開、交換を義務付けている。		
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	毎朝の朝礼時に個別報告にて情報を共有、又、日々の気づきや変化を全職員がメロウフレンド・ケア記録や連絡帳を活用する中で情報共有している。		

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
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	日々本人や家族の状況の把握に努めている。研究所、クリニック、接骨院と連携し様々なケアを展開している。		
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	ボランティア係を配置し、地域資源との連携を図っている。現在では、地域との関わりに、近隣の小学校との交流などがあり、世代をこえ生活の質を支えている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	2週間に1回の往診を行っており、状態変化時やご家族の希望にて状態を知りたい際は、調整を行ったり、ご家族の希望を医師に伝えるなどの連携をとっている。		
31		○看護職員との協働 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	看護介護が連携し協同する24時間システムになっており、入居者をよく知る看護職員が体調の変化時にはすぐに電話にて状態をつたえられる環境がある。必要に応じ、状態を見に来るようになっており、日常の健康管理から急変時の対応まで積極的に行なっている。		
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、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。	入院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なっている。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で行う事ができ、入院期間の短縮に努めている。		

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
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	研究所が主体となり、情報の交換をしており、ご家族とも終末期のあり方について定期的に話しをし、希望内容をアセスメント表に残す等の対応を行い、方針を共有している。終末期のケアを行なえる体制が整っており、ご家族の希望により、ターミナルケアを行なっている。当法人内の別事業所への転棟も可能な状況であり、かかりつけ医、看護職員とともにターミナルケアを行なえるよう準備している。		
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	勉強会等で、吸引器の使用法、意識レベル、バイタルサインの測り方等、急変時の対応が実際に行えるように定期的に見直し、練習等を行なっている。		
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	消化器位置や避難経路、非常時の連絡に関して、避難訓練を通して把握、練習を行なっている。又、自治会や近隣、地域事業等に参加し、関係を深めるよう努めている。		

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
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	個々の状態や性格、能力に応じた声かけや対応を内部研修を通して、実践の評価をしながら行っている。ケア記録はSOAP方式を取り入れ、客観的、多角的に記録し、パソコンの介護記録システムにて管理している。これらの情報が他者から見られないように管理している。		
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	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。個人の能力の判断には、研究所を通し脳の画像診断、クリニック、接骨院にて身体状況の把握に努め、的確に対応している。		
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か、希望にそって支援している	個々の入居者のペースを大切にし、利用者本位のケアが行なえるよう、日々努めている。又、研修や勉強会にて、その人らしい暮らしがどういったものか、振り返れる場を作り、職員に学ぶ機会を与えている。		
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	衣類、化粧品等で本人から確認出来ないものは、本人が使用していたもの、好み等をご家族より聞き取りをし、用意している。又、社内に美容師がおり、外出が困難な方には来棟し、対応している。		

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	バックグラウンドによる嗜好の確認と活用。研究所の管理栄養士の献立表に基づき、可能な限り、調理への参加を促している。		
----	----	--	---	--	--

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
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	食事カロリー、摂取量、水分摂取量等の基本情報を共有し、活用されている。又、体重変化や血液検査のデータにより、客観的に身体の状態を把握している。更に食習慣やその日の状態に合わせ、食事や水分が摂取出来るように支援している。		
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	週に1度、歯科衛生士より、入居者個々の口腔内の状態やケア方法について指導を頂き、入居者の状態に応じた口腔ケアの方法を用い、口腔状態の改善に努めている。		
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	研究所との連携にて、睡眠・排泄パターンを測定し、解析結果をケアプランに反映させる等、常に個別性に気を配っている。		
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	栄養士による栄養療法、水分摂取量の把握、生活リズムを整える、運動、入浴、腹部マッサージ、ハーブの使用等、便秘の解消に努めている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	出来る限り入居者の希望を確認しながら、時間、回数は状態に応じて実施している。重度化に伴い入浴の時間が長くなる、身体介助が多い等の課題が出て来た際は、人員の配置や介護技術等の講義を取り入れている。楽しみのひとつとして位置づけし、職員と共に快適な時間を過ごすよう指導している。		

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
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	居室はもちろん、リビングにおいてもソファと椅子等を複数用意し、テレビ前や窓際等、居室以外でもゆっくりと休息がとれるよう支援している。日中を通じて夜間の熟睡につながるケアを心掛けている。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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、服薬に関して全スタッフに周知するようにしている。各入居者が服用している薬の効果、用法等を明記した書面を棟内に備え、誰もが見られる環境を整えている。新しい処方や薬の変更時は、変更前後3日間、MENFIS実施し、研究所にて解析し、状態の把握に努めている。		
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	個別ケアプランにて、本人の生活歴、現在の希望に合ったアクティビティや予定立て、気分転換や楽しんだ生活が送れるよう努めている。		
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。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	希望に沿って、又、ご家族の希望に沿って戸外に出られるようにしている。その際も、身体や認知症の状況を的確につかみ、安心して送り出せるよう、研究所、クリニックと連携している。		

50	<p>○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</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、職員が管理しているが、希望や所持していない事が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使えるような時期を作り、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
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	自己決定のもと支援出来るよう努めている。		
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	親しみやすいもので揃え、認知症状に配慮した照度や色合い等を使用している。五感刺激を活用する為、窓辺から眺められるプール・噴水が配されている等の工夫がある。		
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	リビングにはテーブルや椅子、ソファの配置がある。廊下の隅には椅子を置き、独りの時間をつくる事も出来る。		
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	在宅時から使っていたものや、好みのもの等を持ち込んで頂き、在宅時に近い生活環境を整え、環境変化による混乱や不安感の軽減が図れるよう、ご家族と協力し、本人が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」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	PEAPの環境支援の方針を用いて環境支援を行なっている。身体機能の活用や五感へ働きかけ等を意識した、ハード面の工夫をこらしている。		