

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	4790300125		
法人名	合同会社 ゆい		
事業所名	グループホーム かえで		
所在地	沖縄県うるま市兼箇段922番地		
自己評価作成日	令和6年1月5日	評価結果市町村受理日	令和6年4月30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/47/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=4790300125-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 沖縄タイム・エージェント		
所在地	沖縄県那覇市上之屋1-18-15 アイワテラス2階		
訪問調査日	令和6年 2月9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)】

- ・認知症に関する研修も多く職員がスキルアップできる体制が整っています。
- ・施設の理念である「パーソン・センタード・ケア」を徹底しており、入居者様中心のケアを提供しています。
- ・食事は手づくりで提供しており、リビングにはテラスがあり五感を感じられる環境です。
- ・家庭菜園のあり、入居者様やDS利用者様と季節ごとに収穫をしています。
- ・喀痰吸引等事業所施設で看取りケアへも対応出来る施設です。
- ・共用型デイサービス併用しており、スムーズな入居に繋がるように支援しています。
- ・緊急時利用のショートステイがあり、家族様のニーズに対応できる体制です。

【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)】

理念は事業所内の玄関から入ってドアの上、面談室の壁面、利用者の共有空間の目線の高さで、職員が目につきやすい位置に掲示している。また、『企業理念』『介護理念』『3つの「ない」』を管理者と職員で日々実践できているか日常的に話し合いを行っている。管理者はとくに「利用者の満足」「家族の安心」を重視して職員との共有に努めている。また、居室担当制をしいており、月に一回のモニタリングを行って計画に向けたケアの実践状況を確認している。計画の有効期間に合わせた見直し、体調の変化、退院後の状況に応じて計画の変更を実施している。計画作成担当者と居室担当者は、日々の記録から計画実践を意識しており、特にアセスメントシート類の作成が徹底されている。

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 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
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		

自己評価および外部評価結果

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
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	<ul style="list-style-type: none"> 採用時は、職員へわかりやすく説明をしている。 職員会議(ケア会議)にて振り返りを行い共有し実践で活かせるようにしている。 	<p>理念は、目線の高さで職員が目につきやすい位置に掲示している。また、『企業理念』『介護理念』『3つの「ない」』を管理者と職員で日々実践できているか日常的に話し合いを行っている。管理者は特に「利用者の満足」「家族の安心」を重視して職員と共有に努めている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> 事業所は自治会に加入し敬老会等に参加している。 入居者やDS利用者の希望で散歩や買い物支援を行い、その際に地域の方と交流が行えている。 	<p>自治会主催の敬老会に数年ぶりに利用者2名と参加してきた。お土産の饅頭をととても喜んでいたのが印象的であった。自治会と地域との繋がりは自治会長との日頃の関係を継続することで途絶えないよう留意している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> 認ともうるまの活動の中で地域や市民向けに認知症の啓発活動を行っている。(代表) 	/	/
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	<ul style="list-style-type: none"> 2ヶ月に1回は必ず運営推進会議を開催している。 開催後は開催報告書を行政に提出している。 	<p>過去1年で6回の運営推進会議の開催が確認できた。構成委員には年度初めに承諾書をもらい定期的に参加協力してもらっている。ヒヤリハット、事故報告を活動報告書に記入し情報の共有につとめている。会議開催の開催報告書を閲覧自由に行っているが、職員自身に目を通したか任せているため、周知徹底が不足している。</p>	<p>開催報告書の職員への周知徹底ができる仕組みと工夫をすすめて情報の共有に努めることが望ましい。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> 市町村の認知症推進委員との連携もとれており困難ケースの受け入れ等、積極的に行っている。 代表者は、うるま市認知症初期支援チーム検討委員に入っており、行政との連絡は密に行っている。 	<p>市の行政窓口から年度の事業所担当の一覧表を渡されている。名前を事前に把握でき、普段の行政とのやりとりでも安心感から日々の電話やメールがスムーズに行えている。時折、行政の担当者から虐待事例の緊急ショートステイの打診や、道迷いを繰り返す方のショートなど、受け入れ先として問い合わせがある。</p>	

自己評価および外部評価結果

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束排除マニュアルを作成している。 ・定期的な研修に職員を派遣しています。(社内研修・外部講師研修・研GH研修等) ・身体拘束廃止委員会を設置し、運営推進会議にて委員に報告しています。 	身体拘束廃止推進要綱、身体拘束排除マニュアルの書類が丁寧にまとめられ整備されている。また定期的な研修の参加も確認できており、日々の些細なケアの方法でも管理者と職員で常に意見交換できる雰囲気作りを行っている。	身体拘束の適正化を図る委員会の開催報告書は確認できるが、その内容を職員に周知している記録がないため、職員の閲覧の徹底の工夫が望ましい。
7	(6)	○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	<ul style="list-style-type: none"> ・職員会議(ケア会議)で虐待の可能性(心理的虐待)防止に努めています。 ・虐待に関する研修の開催。(社内研修・外部研修等) 	虐待防止マニュアル、指針が整備されており、管理者は虐待は「ありえない」ものであるとの認識の元、不適切なケアに繋がらないよう留意している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・1月現在、権利擁護の研修は未開催の為、年度末までには、研修を行う予定です。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・契約に際し契約書及び重要事項説明書で説明し同意を得ている。家族と事業所で2部作成しています。 		
10	(7)	○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	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議で家族代表の参加があり外部へ要望等を伝えることができる体制である。 	運営推進会議に参加される家族の枠に昨年と同じ構成委員の方が活動継続しているため、参加者以外への相互の意見交換がより必要になると管理者は考えている。先月に発生にした新規利用者家族からの苦情が報告されていたが、その経過からやりとりを終えた結果、玄関入口に誰もが閲覧できるようにラミネートして保管している。	

自己評価および外部評価結果

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
11	(8)	○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	代表者や管理者は職員会議(ケア会議)に出席し現場の意見や要望等を聞く機会を設けています。	管理者は職員が話しやすい雰囲気づくりに努めており、必要な物品の購入希望があれば迅速に対応している。脱水機能が不調になった洗濯機の異常を訴えて買い替えのタイミングを図ったり、皿洗いの業務効率化を目的として食器乾燥機を導入するにいたった経過など実績がある。	
12	(9)	○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	職員会議や個人面談等で職員個々の思いや考えを把握し、やりがいのある職場環境作りに努めています。	法人の代表者が制度に関する条項を素早くタイムリーに職員会議を通して全員に周知するよう留意している。就業規則が整備されている。日勤者の年一回の健康診断は、基本的に個人に病院の選択、予約時期を任せており報告を受ける形にし、健康診断費用は事業所が負担している。	職員の年に一回の健康診断は就業規則にも記載されており、昨年8月には全員終了しているが、夜勤者の二回目の健康診断が未実施であるため、法人として、職員の自己管理サポートができる体制が望まれる。
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	年間を通して、職員個々のレベルに合わせた、研修に参加できるよう取り組んでいます。 職員の希望した研修や資格取得に関して、積極的に支援しています。		
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	市内の同業者での認知症勉強会等へ参加している。また、管理者は、全国大会等へ参加し、同業者及び他職種と交流を行い質の向上を目指し取り組んでいる。		
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	入所前にショートステイの利用を提案し施設の雰囲気を体験していただき安心感がもてるようにしました。		

自己評価および外部評価結果

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人様同様ご家族様にもサービス導入前に施設見学を提案しています。 ・ご家族様が抱えている困りごとや不安、要望等を話しやすい環境作りに努めています。 		
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	サービス導入前に各関係者と情報交換を行いそれを参考にご本人様、ご家族様と面談したあとアセスメント実施し必要されている支援を見極められるように努めています。		
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	洗濯物たたみや行事作品の作成など職員だけで行わずご利用者様と一緒にいき、暮らしを共に支える者同士支えあえる関係作りに努めています。		
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	ご利用者様、ご家族様が安心して生活できるように近況報告しています。また家族の協力を得てご本人様のサポートができる関係が築けるように努めています。		
20	(10)	○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	<ul style="list-style-type: none"> ・入所された後もご家族様や友人知人の方の面会などが続けて行えるように支援しています。 ・コロナ禍で面会制限がありましたがお互いでの面会や電話で家族交流を続けることができました。 	友人や知人の面会希望に関して、利用者と入居契約をする際に、面会許可の有無などを確認し、特段制限の理由無しを把握した上で、家族に再度連絡することなく実施することを取り決めている。その他、現役時代は学校の教員だった利用者には教え子と思われる方の来訪も行われている。	

自己評価および外部評価結果

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の食席は決まっていますが利用者様同士の関係を見極めつつ必要に応じて変更等を行っています。 ・利用者様同士会話や助け合い、体調の心配などされる姿が見受けられています。 ・重度の認知症の方も心穏やかに生活して頂けるように見守り、配慮をしています。職員が介入し、利用者様同士の交流が行えるように努めています。 		
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	サービス終了後も気軽に相談できる窓口となるようにご家族様に説明しています。		
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	(11)	○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	これまでの生活歴をうかがいながら思いやこれからの暮らし方の希望、意向の把握に努めています。困難な場合は関係者間で話し合い本人本位になるように検討しました。	計画作成担当者は利用者本人、家族のそれぞれの個別聞き取りを実現できるよう留意している。1人1人異なる家族関係や複雑な家族構成の面から聞き取った情報を職員で共有している。また、発語が困難な方へは家族からの「母だったら、こんな想いだと思う」といった意向を把握しながらアプローチも行っている。	
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	ご本人様、ご家族様から話を聞いてこれまでの暮らしぶりの情報の把握と利用しているサービス事業所と情報共有し円滑な支援に繋がられるように努めています。		
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	ご本人様の様子を観察、記録し1日の過ごし方、心身状態、有する力等現状の把握に努めています。		

自己評価および外部評価結果

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
26	(12)	○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	ご本人様、ご家族様が望む生活に向けて日々の申し送りや職員間で話し合いをしています。必要時には定例の職員会議で話し合うこともあります。居室担当者が月1回モニタリングを実施し現状に即した介護計画を作成できるように努めています。	居室担当制をしいており、月に一回のモニタリングを行って計画に向けたケアの実践状況を確認している。計画の有効期間に合わせた見直し、体調の変化、退院後の状況に応じて計画変更を実施している。計画作成担当者と居室担当者は日々の記録から計画実践を意識しており、とくにアセスメントシート類の作成が徹底されている。	
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	個別の介護記録に日々の様子やケアの詳細を記入し職員間で情報を共有しながら介護計画の見直しに活かしています。		
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	ご本人様、ご家族様の意向をその都度確認し、その時々ニーズに対応できるように努めています。		
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	・施設の玄関は施錠していないため一人で移動できるご利用者様は関係者で話し合い家族の了承を得てSOSネットワークに登録しています。 ・ご利用者様が道迷いしても早期発見、早期保護が目指せるように行政職員、ご家族様、施設職員で見守り会議を開催しました。		
30	(13)	○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	ご本人様、ご家族様が希望するかかりつけ医院に通院し受診時に医療連携シートを活用し主治医と情報共有できるようにしています。ご本人様、ご家族様の希望時、またはご利用者様の全身状態に合わせてし訪問診療への移行支援を行っています。	利用者や家族が希望するかかりつけ医となっており、訪問診療の方が5名、入居前からの主治医が4名である。非常勤の看護師がおり受診時の「情報提供書」等を通じて医療連携が図られている。訪問歯科診療は、オーラルケアを徹底し、口腔ケアを支援している。また、訪問マッサージの利用があり、職員も一緒になって施術を学ぶなどしてリラクゼーションに一助している。	

自己評価および外部評価結果

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
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	・当施設では、非常勤で看護師を雇用しています。 受診時や訪問診療の際は入居者様の詳細を提供し適切な医療が受けられる様に支援していきます。		
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。	入院時には、定期的に訪問し医療機関と情報の共有を行っている。		
33	(14)	○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、事業所です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	入居の際に重度化の指針等を説明し同意を得ている。 状態の悪化等で、必要な際は訪問診療・訪問看護等必要な他職種と家族様とケアカンファを持つようになっている 看取り等が予想される場合は、関係機関、家族様と話し合いを行っている。	「ターミナルケア・精神的ケア対応マニュアル」を整備し、契約時、「重度化・終末期に向けた方針」を踏まえホームの方針を説明し、利用者の状態の変化に応じて、チームで話し合っている。重度化すると主治医から訪問診療医に移行するよう家族に理解を求め支援している。昨年12月末に看取りケアを行い、管理者は、夜勤者の精神的ケアに考慮しつつチームケアで家族とともに自然な看取りに取り組んでいる。	
34	(15)	○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	急変時のマニュアルは、作成し周知しているが、応急処置等の訓練等は、行えていない。	急変時対応マニュアル、行方不明者マニュアル等を整備し、市と連携し協力体制を構築、早期の発見に努めている。管理者や看護師などは、怪我などの事故、体調不良に早めに対応しているが、車いすで自走をする方も多く、皮膚剥離が多いため注意深くケアをするようにしている。利用者の行動を抑制することなく自由に暮らせるよう配慮を怠らないよう支援している。	
35	(16)	○災害や感染対策 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。又、感染症の予防やまん延防止の為に委員会の開催や指針を整備し、研修及び訓練を定期的の実施している。	避難訓練等は随時おこなっている、地域との連携も(自治会)とれている。 BCPの作成はできている、水害等の訓練等は未実施である。 感染症の予防及びまん延の指針は作成済であるが委員会の開催、訓練は、未実施、次年度開催予定	業務継続計画(BCP)が整備され、優先する事業のなかには、災害等で自宅が被災した際の受け入れ、地域の災害拠点と位置づけられ社会貢献を意識し、自治会長などは避難訓練に参加して利用者の避難誘導をおこなうよう役割分担されている。消火設備、通報装置等の業者による定期点検、非常食の完備等があり、昨年、6、11月に昼夜想定避難訓練を実施している。	

自己評価および外部評価結果

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(17)	○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	入居者様への声掛けの際は、語尾に「・・・か?」で終わる様に徹底周知し入居者様中心のケアが提供できるように心掛けています。	食事は、本人に無理強いすることなく時間を変えタイミングを図って提供したり、本人の思いを尊重し入浴支援をおこなうなど、利用者の尊厳に配慮するよう努めている。排泄の声かけは、利用者ごとに工夫を凝らし声のトーンを変えたり、失礼のないようプライバシーに配慮している。居室扉は、本人の同意を得てなるべく閉めるよう心がけており職員の共通認識を図っている。	
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	入居者様の希望や自己決定が出来る様な声掛けを行っています。		
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	「パーソン・センタード・ケア」を徹底し無理強いせず本人様のペースで過ごせる様に全職員で理念を共有しています。		
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	入浴や外出の際、本人様に洋服等を選んでいただける声掛けを行っています。		
40	(18)	○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	家庭菜園を活用し季節ごとの野菜を収穫し調理を行うなど、楽しみながら食事をいただいています。本人様で下膳が出来る方は下膳をお願いしています。	対面式キッチンから漂う料理の匂いや調理の音、食事への興味・関心が維持できるようその時々で、利用者と一緒に食材を把握し献立を決めたり、ハンバーガーを購入し外食気分を味わい食の楽しみを継続している。認知症の進行により、集中力の続かない方へ職員が声かけしたり、視力低下の方には料理の説明をおこなっている。	

自己評価および外部評価結果

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
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	食事摂取量・水分量・排尿・排便回数などを把握し栄養を管理しています。 個々に合わせた食事形態・水分形態(トロミ)で対応しています。		
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、口腔ケアの声掛けを行い支援しています。 義歯の作成や調整等が必要な場合は、歯科や訪問歯科へ情報提供を行い支援します。		
43	(19)	○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	全入居者様個別の排泄チェックを行い、定時誘導ではなく各入居者様にあった時間に声掛けを行い支援しています。	トイレは広く、洋式・男性便器が並列しているが、男性利用者3人中1人だけが立位で排尿ができています。トイレ誘導は、「そろそろ行きませんか?」と職員がさりげなく声かけする。入浴日以外は、陰部洗浄にて清潔保持し、ポータブルトイレを使用する方が一人いるが、昼間は洗浄し乾燥させ夜間準備し設置する。独歩や手引き歩行移動に配慮して人感センサーを活用している。	
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	排泄チェック表を活用し便秘が続いている場合は看護師へ報告を行い必要ときは内服などで対応しています。 腹部マッサージや水分促しを行っています。 医療機関受診時に情報提供を行っています。		
45	(20)	○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、基本的に週3回の入浴になります。 本人様の希望があればいつでも入浴できる環境であります。	基本的に入浴は、週3回であるが、シャワー浴をされる方とストレッチャーで入浴する方を曜日に分けて入浴介助している。パーソンセンタードケアの意識から本人の希望に寄り添い、入浴に拘らず清拭や陰部洗浄等をおこない保清に努められるよう支援している。また、入浴は、本人の不安を助長することがないよう声かけしている。	

自己評価および外部評価結果

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
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	各入居者様の生活習慣に合わせ、臨機応変に休息が取れる様に支援しています。		
47	(21)	○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	服薬管理は看護師により行っています。服薬変更がある際は看護師より申し送りがあります。	健康管理マニュアル、服薬管理・服薬介助マニュアルが整備され、内服薬は、事務所に保管・管理されている。内服薬の責任者は、看護師であり、利用者ごとの内服薬の内容や用法、服薬量等、処方薬に変更があった場合は、介護職員への伝達、記録をしている。また、薬剤師と連携し薬剤を安全に取り扱っている。浴室脱衣場棚には、外用薬等を整理し使用している。	
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	各入居者様の生活歴を参考に洗濯・菜園活動等楽しみがもてるような支援を行っていきます。		
49	(22)	○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	現在は感染予防の観点から買い物などには行けていませんが、ドライブ等本人様の希望があった際には希望に添える支援を行っています。	感染症予防の観点から、外出を控えているが、感染対策に留意しドライブに行く際は、本人の馴染みの地域を意識して出かけるよう外出を支援している。年末年始は、自宅に戻り家族と過ごされた利用者が2人おられた。定期受診時、家族と一緒に外出を楽しまれている。また、テラスで外気浴をしたり、菜園の野菜の成長を眺め収穫し調理に活用するなどしている。	
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	管理者がおこずかいの管理は行っています。本人様の希望があればいつでも使用できる環境である。定期的に残額の確認を行い、提示要求があればご家族様にいつでも確認していただけます。		

自己評価および外部評価結果

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
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	電話の使用はいつでも可能な環境である為、本人様の希望があれば対応しています。		
52	(23)	○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	共有スペースは、できるだけ混乱を招かない様に、家庭的な雰囲気を大切にしています。	採光があり、テレビやソファ、共有スペースから続くテラス、対面キッチン、トイレへの動線が確保され、壁には、ホームの理念等が掲示されており、季節を感じさせる飾りが利用者の気持ちを和ませている。ソファに横になり休まれる方やテレビ鑑賞をする方、昼食を摂る職員などがいて、家庭的な雰囲気があり清潔感あふれる空間である。	
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	庭にはテラスもあり四季を感じながら過ごせるスペースがあります。 当施設には畑もあり菜園活動も楽しめる空間で過ごせるように支援します。		
54	(24)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	居室にはテレビ回線やネット回線があり自由に使えることができます。 入居者様の使い慣れた家具や親しみのあるものもち込みも可能です。	電動ベッド、エアコン、ハンガーラック、上部棚、洗面台が備え付けてあり、季節ごとに衣替えを担当職員が手伝っている。使い慣れた寝具やクッション、ラジオ、位牌、家族写真等を持ち込むなどして居心地よく過ごせるよう工夫している。また、安全な移動や転倒予防のため人感センサーを配置している部屋もある。	
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	認知症の症状に合わせた、場所の案内や表示を行い、自立した生活が過ごせるように支援しています。		