

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	1770500070		
法人名	特定非営利活動法人 春風		
事業所名	グループホーム春風		
所在地	石川県珠洲市折戸町ラの部26番地		
自己評価作成日	令和2年9月23日	評価結果市町村受理日	令和2年11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	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(有)エイワイエイ研究所
所在地	金沢市無量寺5丁目45-2 サンライズⅢ106号
訪問調査日	令和2年10月19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)】

当ホームは丘の上に立地し、少し歩けば海も見える自然に囲まれた場所にあります。建物は木造住宅であるため、家にいるような感覚で過ごしていただけたらと思います。天気の良い日は散歩に出かけ歩くことで、気分転換や健康増進、歩行機能の維持・向上に努めています。また、利用者一人ひとりが暮らしの中でできる力を発揮し、笑顔で過ごせるようにお手伝いをさせていただいています。

【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)】

当ホームは「安全を最優先に、利用者の人格を尊重し開かれた環境でゆったりとした生活をさせていただきま」を理念として掲げている。利用者の安全を守れるよう、毎日の申し送りの中で個々の注意点等を職員間で確認している。又、身体拘束廃止委員会(3ヶ月毎)の中で認知症についての理解を深めながら、適切なケア方法について検討する機会を設け、日々の支援に活かしている。介護計画は「利用者ニーズ」「健康管理」「職員が必ず行う事」を重視した内容とし、日々の記録にも印字しながら、職員への周知徹底を図っている。健康管理面ではかかりつけ医への定期受診サポートの他、提携医による訪問診療体制も整えられている。利用者が気分転換を図れるよう、天気が良い日は気軽な外出(散歩、日向ぼっこ、ベンチに座って足湯・おやつを楽しむ等)を支援している。理事長夫妻の在住地域の為、近隣住民とは良好な関係を構築している。前理事長が近隣住民の気軽な介護相談や一人暮らし高齢者の見守り活動にも取り組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~59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	
60	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	67	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
61	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:18,42)	○	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	68	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
62	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	○	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	69	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
63	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:40,41)	○	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	70	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
64	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:53)	○	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	71	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
65	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	72	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
66	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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です

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	今年度新しく入った職員が数人おり、まだ理念は覚えられていない。朝の申し送り時にケアマネや管理者から「今日もケガのないようにお願いします」と、職員に声をかけている。まだ何がリスクか、どんなリスクがあるか、よくわかっていない職員もいるので、内部研修やその都度の声かけで意識をもってもらうようにしている。	「安全を最優先に、利用者の人格を尊重し開かれた環境でゆったりとした生活をしていただきます」を理念として掲げている。理念は事務所内の掲示、申し送りやミーティングでの話し合いを通じ、職員への意識づけを図っている。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	住宅地から離れた高台にあり、地域住民も高齢化しているため、近隣からの訪問はほとんどない。近年は地域で開催される盆踊りに参加し、交流に努めているが、今年度は地区祭礼も地域行事も中止となり、交流はできていない。	理事長夫妻の在住地域の為、近隣住民とは良好な関係を構築している。前理事長が近隣住民の気軽な介護相談・一人暮らし高齢者の見守り活動に取り組んでいる。平時は地域の行事(祭礼、盆踊り等)にも参加している。	
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	理事長はもともと地域住民であり、地域の高齢化が進んでいるため、時々相談を受けることはある。地域に向けた研修や啓発等の取り組みは行っていない。		
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	運営推進会議では、事業所の活動内容等を報告し、認知症介護や事業所の活動への理解と協力を求めている。出席者は地域住民が多いが、事業所の活動に対しての意見は少ない。	家族代表、地域住民(複数名)、公民館長、市担当者等をメンバーとし、年6回開催している。ホームの活動報告後、メンバー間でざくばらんに意見交換を行っている。又、事例紹介も行い、メンバーに認知症についての理解を深めていただく場ともなっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市担当者とは運営推進会議以外にも、利用者やサービスについての課題や疑問が生じたときにはその都度相談し、協力を求めている。	運営推進会議の中で、市担当者との連携強化を図っている。運営上の疑問が生じた場合は都度市担当課に相談し、必要な助言を得ている。	
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「介護保険法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	事業所内で身体拘束廃止委員会を設置し定期開催している。今年度新しく入った職員が多いが、身体拘束に該当する行為やその弊害等を理解できるように内部研修を行い、身体拘束をしないケアへの取り組みを意識付けしている。	身体拘束廃止委員会(3ヶ月毎)の中で認知症についての理解を深めながら、適切なケア方法について検討する機会を設けている。ケアマネジャーを中心に、スピーチロックの改善にも取り組んでいる。	
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	内部研修を毎年実施している。職員各自が不適切なケアを行っていないか確認することを促し、虐待防止に努めている。		

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
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	必要性が高いと思われる利用者を、それぞれの制度利用につなげた事例が過去に複数回ある。制度についての内部研修を行ったこともある。		
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	契約時には重要事項の説明と事業所としてできること・できないこと等の説明を行い、不安や疑問点等を確認している。利用料金改定の際は説明を行い、理解・同意を得ている。		
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	契約時に苦情相談窓口についての説明を行い、家族等には定期的に意見や要望等を自由に記入する用紙を送付している。意見や要望等があればその都度事業所内で話し合い、対応するようにしている。苦情があれば経過・結果も含め運営推進会議で報告し、その議事録は利用者家族全員にも配布している。	面会時に家族の意見・要望を引き出すようにしている。又、介護計画送付時に、生活や介護に関する家族の希望を書面で記載してもらっている。家族の希望に応じ、LINEやショートメールでも情報交換が出来るようになっている。	
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	月1回必ず行う職員全員参加のミーティングで、管理者が職員からの要望や提案等を聞いている。それ以外の何時でも、ケアマネや管理者、理事長に意見や提案を伝えることができる。	朝・夕の申し送りや毎月のミーティング(全員参加)の中で、職員の意見・提案を吸い上げる機会を設けている。	
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	職員一人ひとりの能力や勤務年数に応じた給与体系ではなく、給与水準は高いとはいえないが、勤務表は職員個々の希望にできるだけ沿う形で作成している。それ以外に、年間を通して季節の野菜等を職員全員に無料配布する機会は多くある。		
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	なるべく外部研修を受けられるよう日程の調整や交通費の支給を行い、研修記録は資料とともに全職員に回覧することとしている。資格を持たずに入職した職員には介護職員初任者研修受講を奨励し、優先的に勤務日程調整を行う。介護に必要な知識や理解を高めるために内部研修も随時行っている。		
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	介護職員が同業者と交流する機会はほとんどない。ケアマネが珠洲市ケアマネ連絡会で研修会に参加したり他事業所のケアマネと情報交換を行ったりはしている。		

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
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	サービス利用開始前にケアマネが本人との面談に出向き、安心して話ができるように努め、本人の言葉を傾聴している。		
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	利用開始前にケアマネが家族等に連絡をとり、家族の困りごとなど様々な思いや要望等を聴くようにしている。家族の状況を理解し、安心してサービス利用ができるように言葉かけしたりして関係構築に努めている。		
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	入居受け入れを検討する段階で本人と家族の状況・状態を把握し、まずは自事業所で対応が可能かどうかを事業所内で話し合い、決定している。場合によっては他の施設等をすすめることもある。		
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	毎日、食事の準備や後片付け、洗濯や掃除等、利用者それぞれができることを職員と一緒にやっている。一緒に作業やおしゃべりをする中で、利用者の話を聴いたり教えてもらったりして関係性の構築に努めている。		
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	職員の支援だけでは本人を支えきれないこと、本人が安心して生活していくためには家族の協力が必要なことを、折に触れ家族に伝えている。家族の思いや事情・負担は理解しつつ、面会や電話での交流などできる限りの協力をお願いしている。		
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	外出先で知人に出会えば、ゆっくり会話できるよう配慮している。面会や手紙、電話などでのつながりを制限することはない、またいつでもどうぞと声かけしている。本人から希望があればできるだけ対応しているが、積極的にこちらから会いに出かける支援はしていない。	コロナ禍においても馴染みの人間関係が途切れないよう、可能な限り家族と面会できるように配慮している。電話で家族との繋がりを保ったり、病院受診時に自宅周辺に立ち寄る支援も行っている。	
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	利用者同士のやりとりは見守っているが、トラブルが起こりやすいと判断すれば座る場所を変えるなどの対応をしている。		

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
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	他の施設や病院に移って契約が終了となる場合が多いが、その際には先方に本人の状況・情報を詳しく伝えている。利用終了後は積極的に経過をフォローすることはないが、家族等に偶然出会ったときなどに様子を聞いたりすることはある。		
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	個別にケアマネが話を聴いたり、日頃の利用者の言動や表情などから推し量ったりして、本人の意向の把握に努めている。	日常会話の中で、利用者個々の思い・要望を聴くようにしている。利用者から聴いた事は、職員間で情報共有するようにしている。意思疎通が難しい場合は、表情・様子から「思い」を汲み取るようにしている。	日常会話で聴いた利用者の思い(○が好き、○○したい等)を日々の記録に残す取り組みが期待される。
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	初回アセスメントで得られなかった情報が、サービス利用開始後に本人や家族等から得られることはよくあるので、そういったことを意識しながら会話している。得られた情報はその都度職員間で共有するようにしている。		
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	利用者の様子・状態は日々の申し送りの他に、毎月のミーティング(ケアカンファレンス)での話し合いで確認し合っている。		
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	毎月ケアカンファレンスを行い、職員全員で利用者の状態やケア内容について話し合い、本人・家族の意向を踏まえながらサービス計画書を作成している。サービス計画書は基本的には3カ月毎に家族に交付し、同意を得ている。	「利用者ニーズ」「健康管理」「職員が必ず行う事」を重視した介護計画を作成し、日々の実践に繋げている。介護計画の内容は個人記録に印字し、全職員への周知を図っている。現状に即した計画内容となるよう、基本、3ヶ月毎に交付・モニタリングを行っている。	
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	サービス計画は個人記録用紙に転記し、毎日チェックすることで計画内容の把握とそれにそったケアが行われるようにしている。記録に関しては、口頭のみで記載はされていないが、記載もれがあったりするが、お互いに確認し合って情報共有が確実にできるように努めている。		
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	利用者本人と家族に特別な事情があって他に手段もなかったことから家族に対しての対応もしたことはあるが、積極的に柔軟なサービス提供を行っているわけではない。		

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	
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	外出行事の際には市内のバス会社の貸し切りバスを利用している。なるべく市内の商店や理美容院を利用するようにしているが、地域資源との協働はない。			
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	契約時に事業所の協力医療機関と受診支援についての説明を行っている。家族が通院対応困難な場合が多いため、事業所でも対応できる協力医療機関に変更することが多い。	ホーム提携医による訪問診療、又はかかりつけ医への継続受診を本人・家族の希望で選べるようになっている。かかりつけ医への継続受診・精神科受診については職員が送迎・付き添い・情報提供を行い、主治医と密な連携を図っている。		
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	当事業所に看護師は在籍せず、訪問看護ステーションとの契約もない。必要時にかかりつけ医に連絡・相談している。			
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。	利用者が入院となった際には情報提供を行い、できるだけ短期間で退院できるようお願いしますと病院側に伝えている。入院中はできるだけ面会に行き状況を確認し、必要に応じて退院前に病院でのカンファレンスを行っている。			
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	契約の段階で、延命について本人と家族で話し合っておくことをすすめている。重度化してきているときは、こまめに家族等に連絡し状況を報告、今後の対応について話し合っている。看護師がいないこともあり、原則として看取りは行わない方針。	最後まで利用者・家族の思いに沿えるよう、提携医の協力を得ながら、重度化・終末期支援に取り組んでいる。重度化の状況に応じて、家族・提携医と今後の方向性を協議している。看取りの際は家族にホームで出来る事を詳しく説明し、可能な限りの緩和ケアを行っている。		
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	毎年職員全員参加で、消防隊員から心肺蘇生法とAEDの使用方法について学ぶ機会を作っており、応急手当や初期対応についてはその際に質問し方法を学んでいるが、全職員が実践力を身に付けているとはいえない。			
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	緊急時の職員連絡網は整備しており、毎年訓練しているがなかなかスムーズに連絡がいかない。緊急時の対応マニュアルを整備してあるが、職員が内容を熟知しているとはいえない。	毎年、市の出前講座を活用し、応急手当のポイント(救急車到着までの初期対応、誤嚥・窒息時の対応、AED使用方法等)を学ぶ機会を設けている。		

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
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	協力医療機関との連携はとれているが、バックアップ機関との交流はない。	提携医(訪問診療)や地域の総合病院による支援体制を整えている。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	夜勤者は1名だが、理事長の自宅が事業所の目の前にあり、すぐに駆け付けることができる体制となっている。	1ユニット=1名の夜勤者で対応しているが、緊急時には理事長夫妻による応援体制(ホーム眼前に居住)が整えられている。ホーム全体の緊急連絡網も整備されている。	
38	(16)	○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	事業所が住宅地から離れた高台にあり、地域住民の高齢化が進んでいることもあって、災害時の協力をあおぐことは難しい。市で行われる防災訓練に合わせて、自身の身を守る訓練を行っている。火災発生を想定した避難訓練は年2回行っている。	災害時の対応マニュアルを整え、年2回、昼・夜の火災を想定した総合避難訓練を実施している。2回共、消防設備業者立ち会いの下で訓練を行い、消火体験をしたり、設備機器の説明を受けている。地震への備えとして県民一斉防災訓練に参加し、職員への意識付けを図っている。ホームの玄関に非常持ち出し袋・防災頭巾を常備している。	立地条件を勘案し、年1回は消防立ち会いの下での訓練の実施が期待される。
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	災害時の対応マニュアルは整備しており、定期的に見直しも行っている。備蓄については現在のところ完備とはいえない。災害時に使用する防災頭巾を玄関に常備している。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
40	(18)	○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	人格を尊重した言葉かけや対応に努めているが、不適切と思われる言葉かけはないと言い切れない。	年長者に対し、原則、名字でお呼びしている。認知症に関する勉強会を通じ、適切な対応やケア方法についての理解を深めている。又、トイレ誘導時は他者に悟られないように配慮したり、申し送りは食堂で行う等、プライバシーについても注意を払っている。	
41		○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	なかなか思いを言葉にできない利用者もいるが、その都度、本人の言葉を待ったり、選択肢を用意して選んでもらったりなど、工夫に努めている。		
42		○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	スケジュールは職員の都合で決めることがほとんどだが、本人の希望によって外へ草取りに出たりしている。何をすることも、利用者のその日の状態やペースに合わせたものとなるように気を付けている。		

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
43		○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	頻繁に着替えてどれを洗濯したらよいかわからなくなる利用者もいるが、本人の意向を尊重して対応するよう努めている。ただ、着脱介助が必要な利用者に関しては、着脱しやすい衣類を職員が選択しがち。理美容院については事業所への訪問理容を利用する人が多い。		
44	(19)	○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	毎日、野菜の皮むきなどの下ごしらえや食後の食器拭きなどを利用者と一緒にやっている。地区祭礼の日は祭り御膳、年末には餅つきを行い正月三が日は雑煮を食べる。昔からの食文化を大切に考えて提供している。	理事長夫妻が育てる旬の野菜を活用し、季節感ある手料理を提供している。利用者個々の得意な事で、食事の準備・後片付け時に役割りを担ってもらっている。行事食(雑煮、祭り御膳、刺身等)を楽しんだり、時には飲酒も楽しんでもらっている。	
45		○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	野菜を多く取り入れた食事となっている。本人の状態に合わせて食事形態の工夫、食器選びや量の調整などを行っている。水分制限のある利用者のみ摂取量を記録している。水分を摂りたがらない利用者には、ゼリーやスイカなどで水分を摂れるよう工夫をしている。		
46		○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	毎食後の歯磨きと毎晩の入れ歯除菌洗浄を習慣づけしている。必要な人には支援を行っている。		
47	(20)	○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	ポータブルトイレは使用せずトイレで排泄することを基本としている。失禁がある方に対しては、排泄パターンの把握に努め、本人のできること・わかることを維持していけるよう、最適なオムツの選定や介助方法を随時検討し対応している。	利用者の持てる力を活かせるよう、「トイレでの排泄」を基本としている。入所時はオムツを使用している。その後、紙パンツ使用+トイレで排泄できるように支援している。誘導が必要な方には適宜お誘いの声をかけたり、排泄備品使用時は最適な物を選定している。	
48		○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	牛乳やヤクルトなどの乳製品や水分の摂取、散歩などでの運動をすすめるなどして便秘防止に努めているが、下剤を服用している利用者は多い。下剤服用している場合は排便状況の確認に努め、医師に相談しながら下剤の調整を行っている。		

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
49	(21)	○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、個々にそった支援をしている	入浴は基本的に2日おき、日中の午後の時間帯としており、個々の希望に合わせてはいない。ただ、入浴順番に関しては利用者の希望に合わせてたり、湯温の好みなどを考慮し決めている。入浴を拒否する人には、どういった対応がいいかを話し合い試みながら支援している。	2日おきにお風呂を沸かし、利用者個々の要望(湯温、一番風呂等)に沿った入浴を支援している。重度の方でも安全に入浴できるよう、リフト浴を設置している。昔ながらの季節湯(菖蒲湯、柚子湯等)を楽しむ機会も設けている。入浴を拒む場合は無理強いわせず、その理由を考察し、対応を工夫している。	
50		○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	本人の希望や体調、前夜の睡眠状況などに応じて、適宜休養をとってもらっている。夜間眠れない人については日中の活動性を高める努力をしたり、明かりの調節や関わり方を検討しながら対応しているが、ケアだけでは不十分な場合には医師と相談しながら薬の調整を行うこともある。		
51		○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	個人記録ファイルにそれぞれの服薬内容の説明書をはさんでありいつでも確認できるようにしているし、薬が変わった時はその内容と状態変化の確認を行うよう申し送りしている。しかし職員全員が服薬内容を把握しているとはいえない。ケアマネが随時状態変化がないかを確認し、医師との連携を図っている。		
52		○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	一人ひとりの得意なこと、好きなことなどの把握に努め、好きなことを積極的に行えるよう支援に努めている。折り紙や塗り絵を自由に楽しんでいる人もいる。また、本人のできる力を活かした役割作りもすすめている。		
53	(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	一人ひとりの希望にそった外出支援は、基本的に家族に対応をお願いしている。個別に外へ散歩に出たりはするが、ふだんは行けないような場所には外出行事として皆で一緒に車で出かけることが多い。	個別の外出支援は家族に協力を依頼している。天気が良い日は気分転換を図れるよう、気軽な外出(散歩、日向ぼっこ、ベンチに座って足湯・おやつを楽しむ等)を支援している。時には貸し切りバスを使用し、普段行けない場所(植物公園等)への外出等も支援している。	
54		○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	トラブル防止のため本人にお金は持たせておらず、事業所に預かり金もない。一人ひとりの欲しいものは、その都度事業所の立替払いで購入している。		
55		○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	本人や家族等からの希望があれば、その都度やりとりの支援対応をしている。		

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
56	(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	利用者が動きやすく危険性が少ないものとなるよう心掛けて家具などを配置している。建物は既存の木造住宅を改修したものであるため夏は暑く冬は寒いが、コタツや石油ストーブなど生活になじみの深いものを使用することで、家で過ごすという感覚を持ってもらいやすいと考える。	木造住宅を改修した建物内は生活感のある空間となっている。「家」の雰囲気を大切に、過度な飾りつけ等は控えている。冬季は一般家庭と同じように、コタツや石油ストーブを用いて暖をとっている。窓から自然豊かな風景が眺められ、季節感を十分に味わうことができる。	
57		○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	建物の構造上、共用空間の中に独りになれたり気の合った利用者同士で過ごせるような場所はない。そのためトラブルが起きることもあるので、気の合う人、合わない人など利用者同士の関係性を考慮し、居間や食堂での座る場所を決めている。		
58	(24)	○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	入居時に本人の使い慣れている物を持ち込んでくださいと伝えているが、必要最低限の物のみという場合がほとんど。アルバムや写真を持ち込む人もいるが、寂しがる人には家族やペットの写真を貼るなどしている。	使い慣れた物(寝具類、手鏡・くし等の小道具等)や安心出来る物(家族のアルバム、写真立て等)を入所時に持ち込んでもらっている。	
59		○身体機能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	廊下や玄関、浴室、トイレに手すりがある。元は一般的な木造住宅であるため廊下は狭いが、その分手すりや壁づたいに歩きやすい。歩行状態や本人の使いやすさなどを考慮し、歩行器やシルバーカーを使用している人もいる。自室やトイレなど場所がわからない人のために、文字表示を貼っている(文字表示が一番理解しやすいと思われるため)。		