（別紙1）　　平成　29　年度

# 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 | 0770101731 | | |
| 法人名 | 有限会社アイ・エヌ・エス | | |
| 事業所名 | グループホーム　ハートピア　　2階 | | |
| 所在地 | 福島県福島市北五老内町3番9号 | | |
| 自己評価作成日 | 平成30年1月1日 | 評価結果市町村受理日 | 平成30年4月6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.mhlw.go.jp/07/index.php |

【評価機関概要（評価機関記入）】

| | |
|---|---|
| 評価機関名 | NPO法人福島県福祉サービス振興会 |
| 所在地 | 〒960-8253　福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3 |
| 訪問調査日 | 平成30年3月15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）】

1、サブ理念に「その人がその人らしく生きるために」を掲げケアに努めています。

2、主治医は福島セントラルクリニックを開業、緊急時は夜間でもスムーズに診療・治療が可能であり、2週間毎にホームへの往診、処方を行い入所者の健康管理をしています。

3、看取り介護を導入している。ご本人の安心した生活、ご家族様には安心して頂けるよう研鑽を重ねています。

4、福島の旧市街地に立地しているため交通の便が良い。

【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）】

1．法人代表が訪問診療医となっており、往診体制を取り協力病院、訪問看護との連携が取られ安心して医療が受けられるよう支援している。また、本人と家族の意向を大切にした看取り介護を行っている。
2．年間研修計画により、各種研修会への派遣研修や職場内研修を行い、職員の資質の向上を図りながらサービスの提供に努めている。

## Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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 | |
|---|---|---|---|
| 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 |

| | 項　目 | 取り組みの成果 ↓該当する項目に○印 | |
|---|---|---|---|
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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. ほとんどできていない |

# 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<br>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 | 事業所として地域や家族との結びつきを重視した運営理念掲げ、その共有と実践に努めている。サブ理念として「その人がその人らしく生きるために」はスタッフの心に浸透して入居者に対応しています。 | 事業所内に理念を掲示し、理念に沿ったサービスを提供するため、全職員で話し合い作成し利用者が毛筆で書いたサブ理念をフロアーに掲げ、毎日のミーティングや会議で共有しながらケアにつなげている。 | |
| 2 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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 | 町内会に加入して、回覧板で行事等の情報も得られ日常的に地域の一員として交流している。又近隣の介護関連事業所と連携した緊急協力連絡協議会を活用。民生委員、町会員と火災発生時の避難について話し合い、地域の協力。又鼻取地蔵尊献灯料等を納めさせて頂き交流を行っています。 | 地区自治会に加入している。小・中学生の体験学習の受け入れや三味線、そば打ち等のボランティアを受け入れ交流している。また、近隣介護福祉施設と連携し、緊急時協力連絡協議会を設けて地域との関わりを深めている。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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 | 地元の小、中学生が福祉体験実習、ヘルパー実習受け入れの時、包括支援センター職員の働きかけにより、認知症の人の理解や支援の方法などを共に学習をして理解を深めています。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている | 定期的開催です。委員、家族の参加とも多いです。2ヶ月間の行事・事故報告、防災・感染症対策、利用者の介護度状況等を説明している。参加者の質問や要望等には施設側が検討して納得のいくような回答を提供して、信頼関係があり効果的な会議である。 | 地域包括センター職員、民生委員、家族からなる運営推進会議は定期的に開催されている。会議では多数の家族参加があり、事業所の実情や事故報告、利用者状況等について報告し、家族から多くの意見や質問等を頂きながら、出された意見やアドバイスを運営に反映している。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携<br>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 | 行政の担当者との連携は密に行われている。情報交換や事務処理の適正化のための意見交換も随時されており、協力関係が構築されている。 | 市の担当者とは介護保険制度やハザードマップ等について相談や意見交換を通して連絡を密にしている。また、必要に応じて足を運び担当者に事務手続きの相談や事業所の実情等を伝えながら協力関係を築いている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 「身体拘束禁止」や「高齢者虐待防止に関する研修」に参加して学び、職員全体で共有している。特に身体拘束に該当する行為を具体的に理解するため、マニュアルを常時備え、身体拘束をしないケアを行っている。言葉遣いにも十分留意して拘束の無いケアに目指しています。 | 身体拘束廃止委員会があり、身体拘束廃止マニュアルが作成されている。職場内・外研修を通して身体拘束にあたる行為やその及ぼす影響について理解を深め、身体拘束をしないケアを目指している。事業所の構造上、車椅子利用者等の転落防止のため階段扉が施錠管理されている。 | 身体拘束の対象となる具体的行為について職員全員で再確認し、身体拘束の無いケアを推進して欲しい。 |

| 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 |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底<br>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注意を払い、防止に努めている | 外部の「高齢者虐待防止」の研修に参加、管理者・職員全員で話し合い、不適切ケアの認識を共有するとともに、疲労・ストレスからの不適切ケアが発生しないように、隔離した休憩室でリフレッシュするなど虐待防止に対処しています。 | | |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 運営推進委員である包括支援センターの担当者から後見人制度を学びました。事あるごとに指導を頂いて居ます。現在利用している方がいます。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得<br>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 | 入所に際しての契約は、管理者・介護支援専門員が重要事項等資料に基付き十分な説明を行っている。小さな疑問にも懇切丁寧に説明し、同意の下契約を結んでいる。入所後の介護保険制度変更時も文書で説明、同意を頂いています。 | | |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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 | 出来るだけ多くの家族が来てくれる様お願いしている。そこで出された意見や要望などは検討して、運営やケアに反映するよう努めている。又個人の状態の報告も行い、ホーム・家族で共有している。 | 日常生活の中で利用者の思いや意向の把握に努めている。また、家族からは運営推進会議や面会、電話連絡時に意見や要望を聞き、出された意見等を運営に反映している。 | |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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 | 毎月定期的にスタッフ会議を開催。職員間で運営に関する意見交換を行い、法人代表者や管理者に提案している。代表者と職員との意思疎通も円滑であり要望等が運営に反映されている。 | 代表者・管理者は日頃から意見や要望を出しやすい職場づくりを心がけている。また、毎日のミーティング（1日3回実施）や各種会議、職員アンケートで意見や要望・提案を聞く機会を設け、出された意見や提案を運営に反映している。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備<br>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 | 実績に応じ賞与基本給・資格手当に繋ぎ更に介護処遇改善を活用している。常に無理のない勤務体制や希望休が取得出来るようにして、残業を無くす様皆で努力している。自由に発言できる環境を持ち、何でも管理者と話し合って解決。問題があれば代表に繋ぐラインが出来ている。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み<br>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 | 県や市町村、業者の研修会に参加している。参加者はレポート提出、職員全体でないようの共有化に努めている。新人職員には一連の業務のながれをマニュアルに知って指導訓練している。 | | |

| 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 |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | ホームの近隣に2ヶ所介護施設があり、事例検討会、レク参加の誘い、緊急連絡協議会を立ち上げる等学習の機会を持っています。同業者同士のの交換は互いに心強いもので質の向上につながります。 | | |
| **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<br>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 | 入所前のアセスメントと家族のセンター方式情報を重視して1ヶ月の初期ケアプランを作成しています。入所当日は2人の夜勤体制を組、観察を密にします。本人・スタッフ共に慣れる事が大事です。プランを周知しケアをする。徐々に信頼関係が出来てきます。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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 | 家族がホームに何を望むか。本人に何をして欲しいのかをアセスメント時に把握する。それをケアプランに反映する。又ホームでの本人の情報を正確に家族に伝える。そうすることで安心感と、信頼関係に繋がっている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 本人に「安心・安全」に生活して頂く事を、最大の目標に努めています。入所初日は夜勤者を2人体制にして、観察が密に出来るようにしてケアしています。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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 | 利用者を主体に、その人のペースに合わせ一緒にレク、食事、お茶、会話を共にして、笑いのあるサービス提供に心掛けている。又茶碗洗い、洗濯物たたみ等日常の家事を行い家族であるよう努めている。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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 | プランのニーズの一つに「家族との絆」を入れています。面会時にはスタッフが近況報告をする。病院通院を依頼する。家族とスタッフが同じ思いでケアする事は大事な事と思います。 | | |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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 | 家族・親戚の訪問が多くありがたい事です。対応に十分配慮して、継続した関係がとぎれないように努めている。重度化によりお墓参りがしたくても出来ない方には盆棚を作るなどをして馴染みの習慣を身近に感じられるように支援している。 | 家族や友人、知人の訪問時には気兼ねなく過ごして頂けるよう配慮している。また、家族の協力で帰宅や墓参り、通院時に外食を行うなど関係が途切れないよう支援している。 | |

| 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 |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援<br>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 | 性格や相性を把握し、リビングの席を決めています。トラブルにならないように見守りしています。きが合う利用者同志になると笑顔がみられ、チグハグ会話でも楽しそうです。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 特養に申し込んで居た方が、順番が来て退所した例があります。サマリー・診療情報提供書・内服薬等準備し、退居しても情報があります。又逝去後御家族がホームを訪れ懐かしく思い出している方もおられ、残された家族の心にも寄り添いました。 | | |
| **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<br>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 | 元気だった頃の本人の暮らし方、現在の家族の思いや周りの人々への家族の思い、本人の生活史等、センター方式を活用し、利用者や家族の意向把握を適確の行っています。又その人がその人らしく生きるためのケアの中で思いを把握しています。 | 日常生活の中での会話や行動、表情等から利用者一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。困難な場合は、家族から情報を頂き本人本位に検討している。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握<br>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 | センター方式用紙に家族の思い・本人の生活史・元気だった頃の暮らし方等記入していただく7.又居宅での介護サービスの確認、そこでの状況をCMから情報を得る。それらを総合して「個人」を、知りスタッフ全員が共有してケアプランの作成をしています。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握<br>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 | 精神状況の観察・バイタルサインの把握・食事・水分の摂取量・排泄回数の確認記録により、日々の変化に対応。更に生活リハの進捗状況等把握しています。 | | |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 介護計画作成の手順に基づき、利用者の課題に対応するためのサービス内容を検討し、家族の意向も反映する計画を作成しています。更に高介護度の利用者の健康面での課題に対するケアを具体的に記録し、提供が適切に行われるよう留意している。提供したサービスの記載を明確にした。モニタリングの根拠にもなるので、分かりやすい介護記録用紙を用いている。 | 3ケ月毎の見直しを基本としている。介護計画に基づいた事業所独自のサービス提供記録を基に、全職員でモニタリング、カンファレンスを実施し、本人、家族の意向を反映した介護計画を作成している。また、利用者の心身状態に応じ、医師、家族、職員が情報を共有しながら状態に応じた介護計画の見直しと、現状に即した計画を作成している。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映<br>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 | 時系列な介護記録の他に、バイタルサイン・排泄回数・気付き行動を記録し申し送りをする。夜勤者、早出者、日勤者、遅出者に伝え共有する。発熱などでDr指示の服薬があれば集中してそれにあたるプランとなる。 | | |

| 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 |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々に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 | 自立していても長い時間が経過すると高い介護度になってしまう。褥瘡のリスクもでてきます。寝返りが出来ないからです。保清にも気をつけたい。機械浴の設備が無いので、家族と相談。エアーマットや訪問入浴の導入もあります。 | | |
| 29 | | ○地域資源との協働<br>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 | 職員による初釜・春は華展鑑賞（龍生派・中合）・夏はお盆飾りのお参り・秋はソバ打名人に来てもらってそばを賞味。小学、中学生の訪問により、孫を見るまなざしで楽しんでいます。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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 | 入所時に家族が主治医を決めます。入所者全員がホームの医師に受診しています。往診があり処方箋が作成されます。専門医に通院の方もいます。家族が介助しますが、困難な時はスタッフが対応します。必要に応じてメモ書きで近況を知らせています。 | 利用者、家族の希望する医療機関を受診できるが、全員が法人の訪問診療医を希望し、受診している。専門医の受診は家族対応とし、状況により書面で情報提供し適切な医療が受けられるよう支援している。 | |
| 31 | | ○看護職との協働<br>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 | 医療連携体制加算により、訪問看護ステーションから看護師が来ます。健康管理表に直近の情報を記入し観察をしてもらっています。異常発見時は速やかに医師と連携を図り対応しています。又入居者、スタッフからの相談を受けアドバイスもしてもらっています。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 契約時に、必要ならば医療機関で入院治療することを説明して同意を得る。入院中は医療機関に管理者・CM等が主治医や担当者と面談。現状や退院の見通しを聞く。退院が決まると実調して、プランの変更があるか否かを検討して、退院後のケアがスムーズに行われるようにする | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 「重度化した場合における対応に関する指針」に基づき、医療効果が望めないと医師が判断した場合には、医師が家族に説明し同意を得た上で、体制を整え看取り介護を行っています。終末期の介護は家族の見守りの要望がある事から家族の休養室を配備しています。 | 入居時、利用者・家族に、事業所の「重度化・看取り指針」により説明し、同意を得ている。終末期の対応について、医師・看護師・家族・職員が方針を共有し、家族同意のもと終末期ケア支援を行っている。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え<br>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 | インフルエンザ・ノロウイルスに入所者が罹患したらしいと判断した時の初期対応。転倒、熱発等の主治医への連絡、指示受け。又医療機関への搬送時の手順、家族への連絡等マニュアルも作成しています。 | | |

| 自己 | 外部 | 項　目 | 自己評価<br>実践状況 | 外部評価<br>実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
|---|---|---|---|---|---|
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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 | 消防署立ち合いの火災避難訓練の他に事業所独自の訓練を定期的に実施しています。近隣の3事業所と「介護施設等緊急連絡協議会」を立ち上げ町内防災担当者、民生委員、地域包括支援センターが参加して「合同防災訓練」を実施。訓練計画や反省点などは「運営推進会議」の課題として出し、次回の訓練に役立てています。 | 近隣の介護福祉施設、自治会防災担当者、地域包括支援センターの協力を得ながら防災訓練（火災想定）を実施している。非常用備蓄品として米、水、介護用品等が準備されている。消防署への訓練届出はあるが立会い指導はない。 | 昼夜を問わない火災、地震、風水害等の想定訓練を数多く実施し、全職員が避難誘導できる実体験を積んで欲しい。また、訓練には消防署の立会いを得て欲しい。 |
| **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<br>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 | 「個人情報の保護に関する誓約書」は周知徹底の上誓約しています。日頃から入所者の人格を尊重し且つプライバシーが損われる事がない様に「個人」に合った言葉掛け、対応に努めています。プライバシーの保護は理解して、誓約書を書いています。日頃から入居者の思いに添った対応をしています。 | 日々の生活の中で、利用者一人ひとりの尊厳と人格を尊重し、プライバシーに配慮した言葉かけや対応に努めている。書類は事務室で施錠管理している。また、職員からプライバシー保護の誓約書をとっている。 | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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 | 食事時間をずらしたい・今日の入浴はやめたい・家族に電話したい、会いたい等の要望を聞き入れる事で自分の思いを少しづつ出せるようにいています。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 筋力低下防止のため歩行運動や体操を個人に合わせ無理のないペースで行っています。又漢字、算数ドリル、将棋も職員が相手したりお話しの好きな入所者には話題を提供して対応しています。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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 | 美容師が1回／2ヶ月来て髪をカットしています。化粧している入所者は自ら化粧品の補充の依頼があります。衣服は本人の好みでコーデネートして着ています。着替えの出来ない方には職員が選んで介助しています。衣替えには職員がクローゼット内を整理して季節に合った衣類をそろえています。 | | |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている | 調理師の有資格者が、介護員からの指示で利用者の体調に合った調理法で食事を提供しています。職員は入居者と一緒に見守りながら食べて居ます。片づけや茶碗洗いは介護度の低い入居者と行っています。 | 食事が利用者にとって生活の中の楽しみの一つになっており、職員と会話を楽しみながら一緒に食事をしている。また、後片付けや茶碗拭き等も利用者に手伝ってもらっている。嗜好については利用者との関わりの中で把握し、行事食や外食にとり入れている。 | |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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 | 一日の水分量・食事量を時系列に記載・記録しています。水分は1L／日は飲めるように支援しています。飲み込みがやや困難な入居者にはトロミを使いむせりを予防しています。食事も飲み込みづらい入居者にはお粥・キザミ・ミキサー食等工夫して提供しています。 | | |

| 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 |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持<br>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 | 歯科医往診時の指導により、口腔ケアを励行しています。義歯の洗浄・夜間の保管。毎食後の歯磨き励行への声掛け、見守り。出来ない方には歯磨きテイッシュを職員が指に巻き口腔内を清拭しています。 | | |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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 | 放尿、便いじりなどがある時は、排泄記録から排泄パターンの把握して早めに誘導し防いでいる。排泄パターンをスタッフが把握し共有することが、一人ひとりに合った排泄支援に繋がっている。早めのトイレ誘導に努める等個々に会った支援をしているます。 | 排泄チェック表で利用者一人ひとりの排泄パターンを把握している。表情や仕草等から排泄習慣を汲み取り、羞恥心やプライバシーに配慮した誘導を行い、できるだけトイレで排泄が継続出来るよう支援している。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応<br>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 | 便秘による発熱、不穏等の出現がない様に「のむ・でる」を実践しています。1ℓ～1.5ℓの水分摂取を目安。食物繊維の多い食物を取り入れてます。また牛乳やヨーグルトの摂取。軽い体操、腹部のマッサージをする等。主治医に相談して便秘薬も出す場合もあります。 | | |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 入浴時間は決めていますが入居者の気分や身体状況を考えています。希望の時間帯、好みの湯加減でゆっくりと落ち着いた状態で入浴が出来るように支援しています。個浴対応ですので職員が必ず見守りor介助で安全に入浴する様努めています。 | 入浴時間は、利用者の気分や身体状態に応じ、希望の時間帯や湯温度を調節しながら落ち着いて、入浴出来るよう支援している。また、入浴拒否につながる負担感や不安、羞恥心に配慮した支援をしている。季節のゆず湯、菖蒲湯等もとり入れている。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援<br>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 | 体調に合わせ休息をとっています。昼寝は30分から1時間臥床する方もいます。就寝、起床は本人のペースに合わせていますがほぼ同じです。室温の管理を良くして、必要なら湯たんぽの使用も考えます。眠れない方には話し相手をして落ち着いてもらっています。 | | |
| 47 | | ○服薬支援<br>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 | 薬名・量・時間・口から・誰にを全員で周知徹底します。薬局から名前入りの分包された薬が来ます。薬情報と共に確認します。誤薬、飲み忘れがない様に、3人の職員が「Aさんの薬です！」と声を出して確認し合います。手渡し、見守り、介助でそれぞれ服用しています。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | 入居者の身体機能に応じて家事・シーツ交換・掃除・洗濯干したたみ・茶碗拭き等。習字の得意な方が書いた作品を市の介護施設文化祭に出品。雑巾を縫う。入居者の繕い物をする。職員と将棋をする。ぬりえで色の変化を楽しむ。化粧している方には補充の支援をしています。 | | |

| 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 |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 入居者個々の体調に合わせ季候の良い時期に花見、華展鑑賞、外食等を楽しんでいます。4月～10月の間は町内を散歩し商店に寄って買い物等しています。11月～3月間はインフルエンザ流行時期で外出は控えています。 | 外出支援は、利用者の希望や体調に合わせ気候の良い時期に行っている。花見や生け花展・福祉作品展鑑賞、外食、買い物等へ出掛けている。また、家族の協力を得ながら通院、墓参り、行きつけの理美容院等へ出かけている。 | |
| 50 | | ○お金の所持や使うことの支援<br>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 | 個人で管理はしていません。買い物、通院時の支払いは本人にお願いしています。個人の金銭出納帳で管理。領収書と残高を翌月に家族に渡し報告しています。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援<br>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 | 手紙を書いた入居者と一緒に職員がポストまで出かけていましたが、現在は書く方が居ません。家族の方から電話を頂き、本人や家族の事が分かり楽しんで頂けるよう、家族に協力して頂いています。 | | |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 写真やカレンダーを見て、入居者は眺めています。カレンダーは毎月季節感のある図案を職員が作成して張り出しています。行事の写真は再度見る事により思い出したり、初めて見る思いで診たりしています。 | 食堂、リビングは明るくゆったりとしたスペースになっており、利用者は、思い思いの場所で過ごしている。換気に気を配り、壁面には利用者が毛筆で書いたサブ理念や手作りカレンダー、行事の写真や絵画等が飾られ、心地よい空間となるよう配慮している。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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 | ソファー、テーブルを設け入居者同士が談話やお茶を楽しんでいます。新聞を読んだりしています。テレビでは時代劇の好きな方はいつもの時間帯で見ています。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている（グループホームの場合）利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている | 自宅で馴染みの小さな家具を居室に設けている方もいます。趣味や想いでの品もあります。居室にて好きな時間を過ごしています。職員はその事を知ることにより話題が広がります。生活感のある部屋を目指しています。その人がその人らしく生活出来るように支援しています。 | 利用者が自宅で使用していた馴染みのタンスや衣装ケース、椅子、テレビ、家族写真等を持ち込み、本人と家族の意向のもと配置され、和みを感じる居室となるよう配慮されている。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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 | トイレ・お風呂には入り口が分かるように、張り紙やリボンで表示しています。個人の居室の入り口には名前を貼り、色ボールをつけてある部屋もあります。自由に動き回れるように、障害物は除いて安全を確保しています。 | | |