

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	2190400032		
法人名	メディカル・ケア・サービス東海株式会社		
事業所名	愛の家グループホームたけはな		
所在地	岐阜県羽島市竹鼻町狐穴1831-1		
自己評価作成日	平成30年10月31日	評価結果市町村受理日	平成30年12月18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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JivvosyCd=2190400032-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成30年11月14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)】

入居者様がそれぞれこのホームでの居場所を持って頂けるように、スタッフは常に入居者様の様子、生活に目を配り安心して過ごせる環境を作っている。入居者様の高齢化、身体面での重度化が顕著だがその中でも誰もが孤立する事のないよう、なるべく皆が顔を合わせられるように気を使っている。
利用者様本位での生活を意識しており、それぞれに合った個別ケアを推進している。一人一人の生活歴を把握して、利用者様が何を望んでいるのかを常に考え行動している。
・喫茶店がお好きな人には、喫茶店にお連れする。お花がお好きな人には、季節ごとにお花を見にお連れする。
・当たり前のことが出来るように、スタッフは利用者様との信頼関係の構築を行う。
そして、ホームには日々和気あいあいとした空気が流れるよう意識しています。

【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)】

「利用者のやりたいことを実現するホーム」を今期の施設スローガンとしている。職員は、利用者や利用者家族との関係の見直しを行い常に利用者・利用者家族の側に立ち、利用者の生活歴を基にした支援が出来るよう努めており、定期的にアセスメントを取り直し、新たな発見や気づきを得て日々の支援に反映・活かしている。
管理者は施設を、地元に着き着いた暖かみのあるホームとするように、地域イベントには利用者とともに積極的に参加するなど地域交流に努めている。医療連携している調剤薬局の紹介で弦楽器の生演奏ボランティアや雨ごい保存会・笑いヨガを迎えるなど、地域交流の広がりを見ている。
管理者・職員とも、利用者本位の個別ケアが提供できるように日々適切な支援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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	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		

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	ホーム内に理念を掲げ、日々業務に取り組んでいる。	基本理念を踏まえた上で「利用者のやりたいことを実現するホーム」を今期の施設目標としている。利用者や利用者家族との関係を見直し、問いかけを基本とした本人理解により意向・要望を把握し、その実現に取り組んでいる。	
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	地域のイベント(桜祭り、藤まつり、イルミネーション)に参加。笑いヨガ、雨乞い保存会などボランティアさんの来訪。	地域イベントには利用者とともに参加している。毎年子ども神輿の立ち寄りの他、今年は調剤薬局からの紹介で弦楽の生演奏ボランティアを招いており地域や障がい者施設など他施設との繋がりも広がっている。	自治会の回覧板にチラシを入れるなど施設イベントや相談活動を広報して、地域住民はもとより施設に来てもらえるよう工夫が望まれる。
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	認知症サポーター講座(年に1~2回)の実施。近隣の中学校の職場体験の受け入れを行い、認知症予防や介護が必要な方への支援を伝えている。		
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	運営推進会議では、民生委員、地域包括、羽島市役所、市議会委員、ご家族を招きサービスの実際や報告を行っている。意見交換の場となっている。	年6回、行政・地域包括や民生委員、利用者家族のほか、開催日によっては市議会議員の参加も得ている。施設の現状報告や意見交換による情報収集を行いサービス向上に努めている。	
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	事業所の実情や取り組みは運営推進会議にて市の担当の方に直接伝えている。また、生活保護の方の受け入れの際の連携や、キャリアパス支援事業でも連絡を密にとっている。	市の各担当窓口を毎月訪問し報告・届出・相談などを行っており市からは入居希望者の紹介もある。運営推進会議では、認知症サポーター講座の開催要請も継続的に行うなど、行政との連携に努めている。	
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	身体拘束について勉強会を開催し、全職員が知識を習得、実践している。2か月に一回『身体拘束』チェックシートを用いて検討会を開いている。ロッカールームに身体拘束に対する基本方針を張り出し意識付けをしている。	2ヶ月毎に身体拘束チェックシートでの確認を行い、そのチェックシートを基に3ヶ月毎に委員会で事例検討して職員の知識習得・実践に繋げている。利用者との関係5箇条を策定し、身体拘束せず「利用者のやりたいことができる」ケアに努めている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待について勉強会を開催し全職員が知識を習得、実践している。3か月に1回『虐待、不適切ケア』チェックシートを用いて検討会を開いている。		

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	権利擁護について勉強会を開催している。		
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	契約に関する説明はしっかりとご理解を頂けるように、時間をかけて説明をさせて頂いている。現在まで契約に関するトラブルはない。		
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	年に1回ご家族様アンケートを実施、本社で集計、ホームにてアンケート結果に応じた取り組み改善を行っている。またご家族様が自由に意見を表せるように、苦情、相談窓口の案内を掲示し玄関に意見箱を設置している。	毎年法人の家族アンケートの実施により利用者家族の評価を得ている他、面会時や連絡時に意向・要望の聞き取りを行っている。施設イベントでの家族交流を図り、意見・要望の聞き取り機会を増やす努力もしている。	施設運営には利用者家族の意見・要望を反映することが大切であり、家族会の開催も含め利用者家族の意見を聞き取る機会を増やしていくことが望まれる。
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	年に1回職員アンケートを実施している。本社で集計して、ホームにてアンケート結果に応じた取り組み改善を実施している。職員から出た意見は管理者を通じてエリアマネージャーに伝え、アドバイスを受けることが出来ている。	定期的な会議の他、管理者は毎月1対1で職員と話をする機会を作っているが風通しはよく、職員は事あるごとに管理者に報告・相談ができる環境となっている。	
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	職員の負担が増大しないように、業務改善の話し合いの場をユニット会議などで設けている。定期的な管理者からの職員への面談があり、離職率は少ない為、有給休暇も取りやすい。		
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	外部の研修に職員の経験年数に合わせ受講させたり、研修の案内を回覧している。また毎月のホーム内研修では職員全員に順番に講師をしてもらい、内容の理解に努めている。		
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	キャリアパス支援事業を通じて、同業者同士の交流する機会を設けている。感動事例を取り上げ、同業者同士の価値観を高めている。(不定期)		

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	入居前に必ず本人様、ご家族様にお会いし要望を伺い、ユニット会議や申し送りにてアセスメント、ケアプランの内容を全スタッフが把握し入居準備に備えている。入院中の方は病院の相談員からの情報も参考にしている。		
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	サービス導入前には思いや困っている事をアセスメントシート等を活用ししっかりと聞かせて頂き入居後の対応方法やリスクについて検討し説明している。		
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	導入時は入居者様の出来る事、出来ない事の見極めを行い必要なサービスを提案している。又、必要に応じて特別養護老人ホームへの申し込みを提案している。		
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	介護を行う際には必ず自立の支援、尊厳を守る事を意識して行うよう、ユニット会議やサービス担当者会議等で話し合い振り返りを行っている。ケアプランのニーズが本人本位になっているか作成の際には確認している。		
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	ケアプラン作成時、ご家族様に要望をお聞きし反映させている。ホームの行事にお誘いし、一緒に過ごして頂く機会を作っている。遠方の方には電話や手紙で様子や往診結果を伝えている。季節の変わり目には衣替えを手伝って頂いている。		
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	馴染みの喫茶店、床屋に行かれたり、ホームの周辺を散歩し顔なじみの方に挨拶を交わされている。可能な方は自宅訪問させて頂いている。地域行事に参加した際には、入居前にご近所だった方や知り合いの方に出会える事が出来ている。	地元からの利用者が多く、散歩時の顔なじみの人との挨拶や馴染みの喫茶店、床屋へ通っている利用者がいる。知人・友人をはじめ、遠隔地の親類縁者の訪問もある。利用者の生活歴を把握し関係継続できる様に努めている。	
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	家事やレクリエーションを通じてさり気なく関わりが持てるよう場所や必要な物を準備提供している。他の方と関わりが少ない方にはスタッフから積極的に声をかけそれぞれにあった過ごし方をして頂いている。		

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	サービスが終了した後もご家族様がボランティア(踊りや笑いヨガ等)でホームに来て交流をして下さったり関係を大切にしている。		
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	センター方式を使用し本人、ご家族様の意向の把握に努めている。サービス担当会議にはなるべく本人も交えて本人本位のケアプランが作成出来るよう心掛けている。本人からの発語や意見等は介護記録に残し職員間で共有している。	2ヶ月毎にアセスメントシートを取り直し、利用者・家族から生活歴の新たな発見やケアへの気づきを得ている。居室担当を中心に問いかけを基本として意向・要望の把握に努め介護記録により職員間で情報共有している。	
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	センター方式を使用し本人、ご家族様から生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境等の情報を収集している。入居後も可能であれば本人と一緒に自宅へ訪問させて頂き過去を知る機会をもうけている。		
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	居室担当を中心にセンター方式、個別ケア情報収集表(役割、趣味、運動、地域交流)を活用し現状の把握に努めている。		
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	サービス担当者会議には本人、ご家族様、ケアスタッフ、看護師が参加し、参加の難しいご家族様には電話や訪問時にニーズやケアの方向性の確認を行っている。主治医とは往診前に情報や相談事をお伝えし、往診時に指示をもらいケアプランに反映させている。	生活歴を把握し意向に沿った計画作成に努めている。居室担当を中心にモニタリングを行いカンファレンスで職員意見を集約し、利用者本人を知ったうえで介護者ができることを本人を含め担当者会議で検討して介護計画に反映している。	
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	介護記録やケア日報に記録し情報を共有している。		
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	購入したい物があれば、ご希望に応じて近所のスーパーに行く等外出の支援を行っている。提携医以外の受診はご家族様に対応をお願いしているが、状況に応じてはホームの職員が対応をさせて頂いている。		

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
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	喫茶店、買い物、映画鑑賞、猫カフェ、ビデオレンタル屋等の個別外出を行ったり、同じエリアのイベントに参加している。		
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	主治医は提携している医師だけではなく自由に選ぶ事が出来、看護師から医師、医師から他の医師への情報提供が出来る関係を築いている。定期的に他医療機関に受診をされている方には連絡ノート等を活用し情報の共有を行っている。	月2回協力医の往診があり、毎週来設する訪問看護師と連携して利用者の健康を管理している。医療機関の巡回バスを利用して透析治療を受けいている利用者もあり、連絡ノートを利用して情報提供している。	
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	担当看護師は定期的にホームを訪問し各入居者の状態を把握している。また24時間連絡がとれる状態を確保しており必要時は情報提供、指示を仰ぐ事が出来る。点滴等特別な医療が必要方は訪問看護師との連携を取っている。		
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、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。	入院時はサマリーやケアプラン等必要な情報を素早く提供し、退院前にはスムーズに再入居出来るよう病院のソーシャルワーカーと連絡を取り合い、カンファレンスの機会を設け情報の共有を行っている。		
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	センター方式を活用し終末期の希望を事前に確認している。終末期に近づいた方には医師の往診時にご家族様も立ち会い直接希望を伝えて頂いている。サービス担当者会議にて看護師、スタッフ、ご家族様との意見交換を行っている。	終末期を迎える状態に近づいた際に医師や看護師を含めてサービス担当者会議で家族と話し合いを行いケア方針を決め、連携を図り、昨年1名の看取りを行った。職員は研修や会議で対応準備をし、送った後にはグリーケアによりフォローしている。	
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	定期的に応急手当や急変、事故の際の対応について勉強会を実施している。また消防署員による救命講習もホームやコミュニティセンターにて行っている。		
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	消防署の指導の元、年に2回避難訓練を実施している。防火チェックシートを活用し毎日チェックをしている。	年2回、消防署立会いで昼夜の火災想定避難訓練を行っている。単独で避難できない利用者が多く、各居室入り口には利用者の状態表示のプレートを掲示している。AED操作や救命救急講座も受講している。	

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
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	人生の大先輩として人格、生活歴を尊重した声かけや対応を行っている。また新入職員にはセンター方式や入居者様の若い頃の写真を活用し生活歴の大切さを伝えている。	不適切ケアチェックシートにより言葉がけや接遇に関する確認を行っている。接遇の5箇条を守り、「敬意」を持った声掛け、対応に心掛けている。常に利用者や利用者家族の側に立った対応に努めている。	
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	日常的にケアマネと居室担当が中心に一人一人の思いや希望をこまめに確認し、選択、自己決定出来るように働きかけている。		
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	起床時間や入浴、食事のタイミング等希望を確認し、出来る限り意向にそえるよう支援している。		
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	入居者様と一緒に起床時や入浴後の着替えを選択したり、外出の際はおしゃれ着を準備し着飾って頂くよう支援している。		
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	職員は入居者様一人一人の嗜好を理解しており、希望にそえるよう食事を提供している。調理の際には、それぞれの能力に合わせ役割を分担し楽しみながら食材を切ったり、盛り付けや後片付け等を手伝って頂いている。	職員も利用者と一緒に食事を摂っている。利用者の嗜好を把握し、同じ食材で嚥下状態に合わせた食事ができる工夫をしている。包丁を使える利用者もおおり力量に合わせた手伝いが出来るよう支援している。	
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	提携会社(グリーンフード)が栄養バランスを考え献立を作成し、ホーム内で調理をしている。入居者様の状態に応じ、食事形態、食事量、塩分量等の調整を行い、苦手な食べ物がある方は代替え食の提供も行っている。		
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	口腔ケアは毎食後必ず実施している。入居者様の状態に合わせ、自発的でない方には声かけをし、介護の必要な方はスタッフが支援している。また状態に合わせたブラシ等を選択している。		

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
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	チェックシートを活用し排泄パターンを把握、トイレの声かけやオムツ交換を行っている。ADLの低い方もなるべくトイレで排泄出来るよう介助方法を検討し対応している。リハビリパンツから布パンツへ変更する等オムツ類の見直しも行っている。	見守りを基本とし、夜間はポータブルトイレを利用している利用者もいるがチェックシートを活用した適宜な声掛けや誘導により、介護度が高くてトイレで排泄できるよう、職員間で支援方法を検討し対応している。	
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	朝にヨーグルトを提供したり、一人一人にあった便秘対策を医師、看護師と相談しながら対応している。リハビリ体操や廊下、ホームの外を歩く等体を動かす機会も設けている。		
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	入浴は3日に一度(週2~3回)を基本としてそれぞれの希望のタイミングに合わせて入って頂いている。また体調に合わせてシャワー浴や清拭も実施している。入浴は午前中に行っているが、希望があれば夕方でも対応している。	週2回の入浴機会を基本としているが、自立度の高い利用者や入浴拒否の利用者でタイミングがあった場合など朝一番や夕方での入浴もできるよう対応している。利用者の意向により介助者を交代するなど異性介助にも配慮している。	
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	就寝時間はそれぞれ自由で、寝付けない方には夜勤スタッフが寄り添い安心出来るよう声かけを行っている。褥瘡が出来やすい方は椅子や車椅子からソファーに移ったり、居室で休んで頂き長時間同じ姿勢にならないよう配慮している。		
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	薬の情報は専用のファイルとお薬手帳を活用し内容を把握している。薬の変更があった際は、状態の変化を往診の際に主治医に伝えられるよう記録に残している。		
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	入居者様ごとに役割を分担しそれぞれのもつ力を活かせるようにしている。また楽しみや嗜好品など本人やご家族から情報を集め気分転換の支援をしている。		
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	希望に沿って、ショッピングや外食、喫茶、外出の企画をしている。ホームのイベントにはご家族様に事前に電話や手紙でお伝えし可能であれば一緒に参加して頂いている。	散歩や玄関前に設置したベンチでの日光浴が日課となっている。買い物や喫茶店など利用者の希望に沿って出かけている他、家族の協力も得て外食に出かけたり地域行事に参加するなど、介護度が高くなっても外出する機会を多く取るように努めている。	

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
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	基本的にはホームでのお預かりとしているが、買い物や喫茶店に行った時は、財布を渡しご自分で会計をして頂いたり、お金に触れる機会をつくっている。自分でお金を持ちたい方には持って頂いている。		
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	電話は本人の希望でいつでもかけられるようにしている。ご家族様からの電話も取次ぎを行っている。携帯電話を持っている方は自由に使用して頂いている。		
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	廊下の壁には季節を感じられる壁紙を貼ったり、外出や行事の写真を掲示し楽しんで頂けるようにしている。	廊下やリビングには季節を感じられる飾りやイベント写真を貼り、利用者や家族が楽しめるように工夫している。共有スペースは不要なものは置かず、廊下の奥にはソファを設置し利用者や職員が休憩できるスペースを設けている。清掃専門職員の配置があり清潔を維持している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	1階はリビング以外にセミパブリックスペースは無いが、リビングのソファで気の合う方同士で談笑されたり、事務所前のスペースで事務スタッフと歓談したり、居室でゆっくり過ごす等それぞれが思い思いの空間で過ごされている。		
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	安心して過ごせるよう入居の際に可能な限り自宅を使い慣れたベッドやタンスを持って来て頂くよう声をかけている。またご家族様や居室の担当スタッフが入居者様と一緒に部屋の模様替えや衣替えを行っている。	入居前に使用していたタンスやテレビなどを持ち込んでもらい、安心・安全に過ごせるようにベットや調度品の配置を工夫し動線を確保し転倒防止に努めるとともにマットや敷物を敷いて転倒時のリスク回避を図っている。	
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	転倒のリスクがある方は、タンスや椅子を活用し一人でも安全に居室内を移動出来るよう工夫している。またそれぞれの能力に合わせ廊下の手すりや階段を使用し歩行練習や立ち上がり練習を行っている。		

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	2190400032		
法人名	メディカル・ケア・サービス東海株式会社		
事業所名	愛の家グループホームたけはな(2階)		
所在地	岐阜県羽島市竹鼻町狐穴1831-1		
自己評価作成日	平成30年10月31日	評価結果市町村受理日	平成30年12月18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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=2190400032-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成30年11月14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)】

入居者様がそれぞれこのホームでの居場所を持って頂けるように、スタッフは常に入居者様の様子、生活に目を配り安心して過ごせる環境を作っている。入居者様の高齢化、身体面での重度化が顕著だがその中でも誰もが孤立する事のないよう、なるべく皆が顔を合わせられるように気を使っている。利用者様本位での生活を意識しており、それぞれに合った個別ケアを推進している。一人一人の生活歴を把握して、利用者様が何を望んでいるのかを常に考え行動している。
 ・喫茶店がお好きな人には、喫茶店にお連れする。お花がお好きな人には、季節ごとにお花を見にお連れする。
 ・当たり前のことが出来るように、スタッフは利用者様との信頼関係の構築を行う。

【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)】

--

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) ○	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) ○
57	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) ○
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) ○	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 ○
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) ○	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 ○
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、安心して暮らせている (参考項目:28) ○		

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	ホーム内に理念を掲げ、日々業務に取り組むことで、職員の意識を高めている。		
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	地域のイベント(桜祭り、藤祭り、イルミネーション)に参加。笑いヨガ、雨乞い保存会などボランティアさんの来訪により、交流を計っています。		
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	認知症サポーター講座(年に1~2回)、介護予防運動講座(ふまねっと)の実施。また近隣中学校の職場体験受け入れを行い、認知症や介護が必要な方への支援の方法を伝えている。		
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	運営推進会議では、民生委員、地域包括、羽島市役所、市議会議員、御家族を招き、サービスの実際や報告を行っている。活発な意見交換の場となっている。		
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	事業所の実情や取り組みは運営推進会議にて市の担当の方に直接伝えている。また生活保護の方の受け入れの際の連携や、キャリアパス支援事業でも連絡を密に取っている。		
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	身体拘束について勉強会を開催し全職員が知識を習得、実践している。 3ヶ月に1回『身体拘束』チェックシートを用いてスタッフで検討会を開いている。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待について勉強会を開催し全職員が知識を習得、実践している。 3ヶ月に1回『虐待、不適切ケア』チェックシートを用いて検討会を開いている。		

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	権利擁護について勉強会を開催し全職員が知識を習得している。		
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	契約に関する説明はしっかりとご理解を頂けるように、時間をかけて説明をさせて頂いている。現在まで契約に関するトラブルはない。		
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	年に1回、ご家族様アンケートを実施、本社で集計、ホームにてアンケート結果に応じて取り組み改善している。またご家族様が自由に意見を表せるように苦情、相談窓口の案内を掲示し、玄関に意見箱を設置している。		
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	年に1回、職員アンケートを実施している。本社で集計して、ホームにてアンケート結果に応じた取り組み改善を行っている。職員から出た意見は管理者を通じてエリアマネージャーに伝え、アドバイスを受ける事が出来ている。		
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	職員の負担が増大しないように、業務改善の話し合いの場をユニット会議などで設けている。定期的な管理者からの職員への面談があり、離職率は少ない。		
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	外部の研修に職員の経験年数に合わせ受講させたり、研修の案内を回覧している。また毎月のホーム内研修では職員全員に順番に講師をしてもらう時を設けて、内容の理解に努めている。		
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	キャリアパス支援事業を通じて、同業者同士の交流する機会を設けている。感動事例を取り上げ、同業者同士の価値観を高めている。(不定期)		

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	入居前に必ず本人様、ご家族様にお会いし要望を伺い、ユニット会議や申し送りにてアセスメント、ケアプランの内容を全スタッフが把握し入居準備に備えている。入院中の方は病院の相談員からの情報も参考にしている。		
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	サービス導入前には思いや困っている事をアセスメントシート等を活用にしっかりと聞かせて頂き入居後の対応方法やリスクについて検討し説明している。		
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	導入時は入居者様の出来る事、出来ない事の見極めを行い必要なサービスを提案している。又、必要に応じて特別養護老人ホームへの申し込みを提案している。		
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	介護を行う際には必ず自立の支援、尊厳を守る事を意識して行うよう、ユニット会議やサービス担当者会議等で話し合い振り返りを行っている。ケアプランのニーズが本人本位になっているか作成の際には確認している。		
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	ケアプラン作成時、ご家族様に要望をお聞きし反映させている。ホームの行事にお誘いし、一緒に過ごして頂く機会を作っている。遠方の方には電話や手紙で様子や往診結果を伝えている。季節の変わり目には衣替えを手伝って頂いている。		
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	馴染みの喫茶店、ホームの周辺を散歩し顔なじみの方に挨拶を交わされている。可能な方は自宅訪問させて頂いている。地域行事に参加した際には、入居前にご近所だった方や知り合いの方に会う事が出来ている。		
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	家事やレクリエーションを通じてさり気なく関わりが持てるよう場所や必要な物を準備提供している。他の方と関わりが少ない方にはスタッフから積極的に声をかけそれぞれにあった過ごし方をして頂いている。		

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	サービスが終了した後もご家族様がボランティア(雨乞い踊りや笑いヨガ等)でホームに来て交流をして下さったり関係を大切にしている。		
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	ケアプラン作成時に、利用者様の要望、希望の把握に努めている。困難な場合は表情や普段の行動より判断させて頂いたり、ご家族にお聞きしたりしている。		
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	アセスメントにより、一人一人の生活歴や馴染みの暮らし方の把握に努めている。ホームに入っても、その人らしい暮らしの実現を実践している。		
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	毎日の介護記録、ケア日報によりスタッフ間での情報共有に努めている。ユニット会議等で、定期的に利用者様のカンファレンスを行っている。		
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	サービス担当者会議には本人、ご家族様、ケアスタッフ、看護師が参加し、参加の難しいご家族様には電話や訪問時にニーズやケアの方向性の確認を行っている。主治医とは往診前に情報や相談事をお伝えし、往診時に指示をもらいケアプランに反映させている。		
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	ケアの実践は介護記録に記入している。なにげない日々の様子でも全利用者様についてケア日報に記入し、毎日の申し送りを行っている。		
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	購入したい物があれば、ご希望に応じて近所のスーパーに行く等外出の支援を行っている。提携医以外の受診はご家族様に対応をお願いしているが、状況に応じてはホームの職員が対応をさせて頂いている。		

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
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	喫茶店、買い物、お宮参り、猫カフェ、ビデオレンタル屋等の個別外出を行ったり他事業所施設のイベント、介護予防教室(ふまねっと)に参加の支援を行っている。		
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	主治医は提携している医師だけではなく自由に選ぶ事が出来、看護師から医師、医師から他の医師への情報提供が出来る関係を築いている。定期的に他医療機関に受診をされている方には連絡ノート等を活用し情報の共有を行っている。		
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	担当看護師は定期的にホームを訪問し各入居者様の状態を把握している。また24時間連絡がとれる状態を確保しており必要時は情報提供、指示を仰ぐ事が出来る。点滴等特別な医療が必要方は訪問看護師との連携を取っている。		
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、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。	入院時はサマリーやケアプラン等必要な情報を素早く提供し、退院前にはスムーズに再入居出来るよう病院のソーシャルワーカーと連絡を取り合い、カンファレンスの機会を設け情報の共有を行っている。		
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、事業所の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	条件が整えば、看取りを行うことが出来る。その場合、ご家族、医療機関、介護施設の3つの連携が非常に大切であり、いつその時が来ても大丈夫なように研修を行っている。		
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	定期的に応急手当や急変、事故の際の対応について勉強会を実施している。また消防署員による救命講習もホームやコミュニティセンターにて行っている。		
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	消防署の指導の元、年に2回避難訓練を実施しておりご家族様や近隣の方にも声をかけ参加して頂いている。防火チェックシートを活用し毎日チェックをしている。		

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
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	人生の大先輩として人格、生活歴を尊重した声かけや対応を行っている。また新入職員にはセンター方式や入居者様の若い頃の写真を活用し生活歴の大切さを伝えている。		
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	ご本人のしたいように生活して頂いている。無理な声掛けは行っていない。コミュニケーションの取り方としては、まずご本人の意思を確認してから行うようにしている。		
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	起床時間や入浴、食事のタイミング等希望を確認し、出来る限り意向にそえるよう支援している。		
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	起床時には、洗面台にて身だしなみチェックをさせて頂いている。外出時には、スタッフと一緒に服を選んだり、ご本人の希望に沿った服で出かけられるよう支援している。		
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	職員は入居者様一人一人の嗜好を理解しており、希望にそえるよう食事を提供している。調理の際には、それぞれの能力に合わせて役割を分担し楽しみながら食材を切ったり、盛り付けや後片付け等を手伝って頂いている。		
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	提携会社(グリーンフード)が栄養バランスを考え献立を作成し、ホーム内で調理をしている。入居者様の状態に応じ、食事形態、食事量、塩分量等の調整を行い、苦手な食べ物がある方は代替え食の提供も行っている。		
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	口腔ケアは毎食後必ず実施している。入居者様の状態に合わせて、自発的でない方には声かけをし、介護の必要な方はスタッフが支援している。また状態に合わせたブラシ等を選択している。		

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
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	チェックシートを活用し排泄パターンを把握、トイレの声かけやオムツ交換を行っている。ADLの低い方もなるべくトイレで排泄出来るよう介助方法を検討し対応している。リハビリパンツから布パンツへ変更する等オムツ類の見直しも行っている。		
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	朝にヨーグルトを提供したり、一人一人にあった便秘対策を医師、看護師と相談しながら対応している。リハビリ体操や廊下、ホームの外を歩く等体を動かす機会も設けている。		
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、個々にそった支援をしている	入浴は2日に一度(週3回)を基本としてそれぞれの希望のタイミングに合わせて入って頂いている。また体調に合わせてシャワー浴や清拭も実施している。入浴は午前中に行っているが、希望があれば夕方でも対応している。		
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	就寝時間はそれぞれ自由で、寝付けない方には夜勤スタッフが寄り添い安心出来るよう声かけを行っている。褥瘡が出来やすい方は椅子や車椅子からソファーに移ったり、居室で休んで頂き長時間同じ姿勢にならないよう配慮している。		
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	薬の情報は、看護サマリーにも記録されており、常にスタッフが意識できるようになっている。服薬時には、スタッフ同士で確認を行い、誤薬のないようにしている。		
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	入居者様ごとに役割を分担しそれぞれのもつ力を活かせるようにしている。また楽しみや嗜好品など本人やご家族から情報を集め気分転換の支援をしている。		
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	希望に沿って、ショッピングや外食、喫茶、外出の企画をしている。ホームのイベントにはご家族様に事前に電話や手紙でお伝えし可能であれば一緒に参加して頂いている。		

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
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	基本的にはホームでのお預かりとしているが、買い物や喫茶店に行った時は、財布を渡しご自分で会計をして頂いたり、お金に触れる機会をつくっている。自分でお金を持ちたい方には持って頂いている。		
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	電話は本人の希望でいつでもかけられるようにしている。ご家族様からの電話も取次ぎを行っている。携帯電話を持っている方は自由に使用して頂いている。		
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	廊下の壁には季節を感じられる壁紙を貼ったり、外出や行事の写真を掲示し楽しんで頂けるようにしている。ホームの庭園も活用し入居者様と野菜の栽培をしている。(半年程、滞っている)		
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	一人になりたい時は、基本的に居室で過ごされる方が多いが、廊下奥にもソファが置いてあり、誰もがくつろげる環境作りを行っている。		
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	安心して過ごせるよう入居の際に可能な限り自宅で使い慣れたベッドやタンスを持って来て頂くよう声をかけている。またご家族様や居室の担当スタッフが入居者様と一緒に部屋の模様替えや衣替えを行っている。		
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	入居者様に合わせた、環境作りを意識している。転倒しやすい方には、床にクッションシートを敷き、転倒骨折予防に努めている。なるべく手すりを使いやすいように家具の配置を変えている。		