

### 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 フォレストビル		
自己評価作成日	平成28年1月1日	評価結果市町村受理日	平成28年4月13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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/07/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/07/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
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28年3月17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、理念にある、「ひとり一人の心に寄りそう」ケアに努めています。
2、万一のご病気にも協力医療機関(福島西部病院・福島南循環器科病院)との連携があり、1階にDrKクリニックの診察室もあります。
3、地域のイベント(華展・小学校のフェスティバル・地域の敬老会等)の参加や見学もしています。
4、毎年恒例のクリスマス会にご家族様や地域の方にも参加頂き大好評です。
5、福島の旧市街地にあるため交通の便が良いです。

【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)】

1、都市型の立地環境にある事業所であり地域との連携・協働による災害対策訓練等を実践することが難しいため、近隣の有料老人ホーム、サービス付き高齢者専用賃貸住宅と合同の介護施設等緊急時連絡会議を設置し、地域の民生委員を始め地域包括支援センターからの参加を得ながら、火災発生時の避難誘導等の訓練を合同で実施し、効果的な災害対策に努めている。
2、職員間の意思疎通が円滑であり、法人の代表者や管理者が子育て中の職員の夜勤緩和等、意向を尊重し反映させている。処遇改善加算を取得し職員の待遇改善を図り、利用者に対するケアサービスの質の向上に反映させ、稼働率を高めていること等により、職員の定着率も高く利用者満足度も高いと思われる。

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 ↓該当する項目に○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 3. 利用者の1/3くらい 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	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
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	職員全員が、サブ理念である「ひとり、一人の心に寄り添って」を実践しています。又地域、家族、医療の連携により安心した生活が出来るよう努めています。	事業所として地域や家庭との結びつきを重視した運営理念を掲げており理念の共有と実践に努めている。また日々利用者に関わる際の理念として、利用者に寄り添ったサービスを提供するよう「ひとり一人の心に寄り添って」を掲示し実践している。	
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	五老内町会に入り、回覧板等を通じ、地域の情報を知ることが出来ます。お祭りの山車には涙して感動していました。近隣に高齢者施設があり、連携しているのも心強いです。	町内会にも加入しており、地域の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。また近隣の介護関連事業所と連携した緊急協力連絡会を活用し民生委員、町内会員等と火災発生時の避難についても話し合い、地域協力や交流を行っている。	
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	地元の小、中学生が福祉体験実習の時や、ヘルパー実習受け入れ時、包括支援センター職員の働きかけにより、地域の方と認知症の人の理解や支援の方法など共に学習をして、交流を深めています。		
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、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	会議は2ヶ月に1回開催。課題には出席者全員で話し合い対策を講じている。包み隠さず問題を提供し、より良い対応が出来るよう意見を求めている。結果入所者にとっての良いサービスへと繋がっています。	定期的に運営推進会議を開催し委員の参加も多く、特に家族の参加が多い。行事報告、事故報告、防災対策、感染症対策、利用者の介護度状況等を委員に説明し、災害対策についても委員の理解・協力が得られている。家族参加者の質問等に対する回答も適切で信頼関係が構築され、効果的な会議である。	
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	行政からの介護保険関係書類関係で、書き方、また理解できない事がある時は、行政に出向いて指導を受け、また電話で助言を頂いている。常に親切に対応して頂いています。	行政の担当者との連携も緊密に行われており、情報交換や事務処理の適正化のための意見交換なども随時なされており、協力関係が構築されている。	
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	「身体拘束ゼロ」を目指しています。外部研修に参加し伝達研修を行い職員全員で理解を深め実践している。厚労省の「身体拘束ゼロの手引き」も手元に置き、スピーチロックにも十分留意して拘束の無いケアを目指している。	身体拘束禁止や高齢者虐待防止に関する研修に参加し、参加した職員はOJTで伝達するなどして職員全員が理解し実践している。特に身体拘束に該当する行為を具体的に理解するため、職員は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。	

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 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の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し、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事で、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 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	運営推進会議参加者の、地域包括支援センター担当者から成年後見人制度学びました。事あるごとに指導を頂いています。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 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	入居に際しては、管理者・介護支援専門員が利用者や家族と面談し、重要事項説明書を基に十分な説明をしている。質問を受け、小さな疑問にも懇切丁寧に説明し同意の下で、契約をしている。入居後も介護保険法等変更がある時は、文書で、説明しています。		
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	運営推進会議・家族や親戚の面会・意見箱のポストの設置・電話等介して意見を聞いている。管理者・ケアマネジャー、スタッフが相談しやすい雰囲気を作って話を聞くようにしている。記録に残し運営やケアに反映できるようにしています。	運営推進会議には家族が多く参加しており、出された意見や要望等を運営やケアに反映するよう努めている。また、家族等の訪問も頻繁であり、その機会を活用し個別的に意見等を伺っている。	
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	代表者は、医師で月2回の往診時に、意見や要望を聞く機会を持つ。管理者は普段から職員の健康状態や要望を聞くように心がけている。職員が健康で明るく入居者に接することが何より大事であり、変化に対応できるよう努力して、運営に反映させています。	毎月定期的にスタッフ会議を開催し、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おり、代表者等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。	
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	努力や実績に応じ、賞与・資格手当・基本給につなぎ、更に介護職処遇改善金を活用している。又、常に無理の無い勤務体制や希望休が取れるように心がけ、残業を無くす様皆で協力している。自由に発言できる環境を作り、疑問な点は、管理者と話し合って解決あるいは代表者に繋ぎ、説明、解決してもらう体制を取っている。		
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	県や市町村、の主催する研修会に参加している。参加者はレポート提出し、職員全体で内容の共有化に努めている。新人職員には一連の業務の流れをマニュアルに沿って付き添って指導、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 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	GHハートピアの近隣に同業施設があり、事例検討会、レクの誘い、緊急連絡時連絡協議会を立ち上げている等学習の機会を持ちました。同業者同士の交換は互いに心強いもので質の向上につながります。		
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	入所前のアセスメントを重視します。家族からのセンター方式情報を下にホームに慣れてもらう、見極める観察が重要です。入所当日の夜勤は2人体制とし、観察を密にし、1ヶ月のケアプランで全職員が周知する。見守ってケアしていく。徐々に信頼関係が生まれてきます。		
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	家族が今まで何に困っていたのか。ホームでの介護で何を望むのか等を知る。それをケアプランに反映させる。又ホームでの本人の情報を正確に家族に伝える事で、安心感と、信頼関係につながっています。		
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	本人に「安心・安全」に過ごして頂く事を、最大の目標にサービスに努めています。入所初日は夜勤者を2人体制にして、観察を密にしてケアプランに繋いでいる。		
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	利用者を主体に、その人のペースに合わせて一緒に、レクリエーション・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。又利用者と共に、日常の家事等を行う等、一つの家族であるように、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	「家族との絆」をニーズとしてケアプランに入れていきます。面会時にはスタッフが近況の報告する。一緒に病院通院も依頼する。家族とスタッフが同じ思い、考えの方向でケアして行く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 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	姉妹、息子夫婦と外食や自宅や親戚の家に外出したり、馴染みの美容室等に通う事が出来る様に家族と連携しています。友人や知人等が遊びに来た時は、再度来て頂けるようお願いしています。	家族や親戚等の訪問が頻繁にあるため、事業所としても対応等に十分配慮し継続した関係が途切れないよう努めている。重度化によりお墓参りができなくなった方へは、お盆の棚を作るなど馴染みの習慣を身近で感じられるよう支援している。	

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 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	性格や相性等を把握し、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。気が合う同志になると笑顔がみられ、チグハグ会話でも楽しそうにしています。		
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	幸い自宅に帰られた事例があった。居宅支援事業所、CMを紹介し退所後の生活がスムーズにいくようプランニングしてもらった。退所後の状況等CMから報告があった。		
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	申告された生活歴からアセスメントして、その人が持っていた生活スタイルや個性が重視されるように支援しています。意思疎通がうまく出来ない方は、行動パターンの把握・生活の中での見守り重視・会話で働き掛けるなど心に寄り添う対応に心掛けています。	元気だったころの本人の暮らし方、今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、東京センター方式を活用し利用者や家族の意向把握を的確に行っている。また一人ひとりに寄り添うケアの中で思いを把握している。	
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を家族に記入して頂く。又自宅での介護保険サービスの確認、そこで状況をCMから聞き取る。等それらを総合して「個人」を知り、スタッフ全員が共有してケアプラン作成をしている。		
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	精神状況の観察・バイタルサインの把握・排泄回数、食事、水分摂取量の記録により日々の変化に対応。いつものように生活リハを進んで行っているか等把握している。		
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	全スタッフで、アセスメントからニーズの把握を行い、家族の意見も取り入れ、ケアプランを作成する。カンファレンスでは、ケアプランが本人に合ったものか、無理はないかを話し合い、満足しているか、継続が必要か、プランの見直しが必要かをモニタリングし、ケアに反映している。	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、家族の意向も反映した計画を作成している。特に介護度が高い利用者の健康面の課題に対するケアサービスを具体的に記載し、サービス提供が適切に行われるよう留意した計画である。ただ提供したサービス内容の記載が明確でないため、モニタリングの根拠を明らかにするため新たに作成した介護記録表を基に適切に行われている。	
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	経時的な介護記録の他に、バイタルサイン・排泄回数・気付いた行動を記録し申し送りする。夜勤者、早出者、日勤者、遅出者に伝え共有する。熱発などで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 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	自立だった方が10年も経過すると、要介護度5の認定が出てしまう。寝返りが出来ない等褥瘡のリスクがある。また機械浴の設備が無い。家族と話し合いリスク回避や保清目的で、エアーマットや訪問入浴の導入をしている。		
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	初春は職員の初釜・春は華展鑑賞(龍生派・中合)夏はお盆飾りのお参り。秋はソバ打名人の蕎麦を賞味などで興味あり。又小学生・中学生の訪問によって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 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	かかりつけ医は入所前の医師、又は医師である代表取締役にするか入所者と家族の希望によります。ホームの医師にした時は、入所前の医師から「診療情報提供書」「診断書」を下に診療が開始されます。月2回の往診があります。歯科医も往診しています。事前に家族から同意を頂き、診療が受けられるように支援しています。	利用者と家族が希望したかかりつけ医で受診しているが、協力医療機関が主治医になっている利用者が多く、往診も行われている。家族との通院が困難な場合は職員が対応している。利用者の情報は受診時職員と家族は口頭で情報を共有し安心できる医療支援体制を構築している。	
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	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ています。健康管理表に情報提供をして重点的に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の連携を図り対応しています。又、入所者・スタッフからの相談・アドバイスなども聞いて貰っています。		
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。	契約時に必要に応じて医療機関への入院する事を説明する。入院中は、医療機関に職員が面会に行き、Drや担当者で面談し、現状や退院の見当し等を聞く。又相談員から報告が入り、また質問している。退院が決まると実調し退院後のケアがスムーズに行われる様にしている。		
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	重度化し医師が医療の効果が無いと診断した時点で、看取りとなる。徐々に老衰化しつつあるあたりから、医師、家族、職員、訪看が、看取りの話し合いになる。、医師が十分な説明をして、家族の同意があり、終末期の介護に入ります。・家族の休養室を備えました。職員の勉強にも取り組んでいます。	「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、医師が十分説明し親族等の同意を得て、体制を整え看取り介護を行っている。終末期の看取りは家族の同意と見守りが重要であることから休養室を備える配慮もしている。	
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	ノロウイルス、インフルエンザに罹患した入所者が出た時の初期対応法。転倒、発熱等時の医療への連絡法、持参する物などマニュアルを作成して、訓練もしている。家族に連絡する係りもいます。		

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
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	避難訓練を定期的に行う事で災害時に対応できる体制を整えています。又、近隣の施設間どうしで「介護施設等緊急時連絡協議会」を立ち上げ、入所者の安全の確保のため協力体制を築いています。H22年スプリンクラー設置。水、食料を備蓄し災害時に備えている	消防署立会いの防災訓練の他に事業所独自の訓練を定期的実施している。近隣の3事業所と「介護施設等緊急時連絡協議会」を立ち上げ、町内会防災担当者、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」を実施した。訓練計画や反省等は運営推進会議でも話し合い、次回の訓練に役立てて実践している。	
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	個人情報保護については、全職員で理解し同意書を書いている。日頃から入所者の人格を尊重し、かつプライバシーが損ねないように「個人」に合わせた言葉かけ、対応に努めている。	プライバシーの保護について全職員で理解し同意書を得ている。日頃より利用者の思いに沿った対応を心掛けている。マイナンバーの適正な管理についても利用者家族に通知し、周知を図ることとしている。	
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	食事やお茶を自分の部屋で食べたい気分の時、今日は入浴したくないと言った時等、無理強いせず話を聞く。家族に会いたいと希望を伝えたら、その旨を家族と連携して思いに添っている。		
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、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	筋力低下予防で毎日の歩行運動や体操・散歩等を個人のペースに合わせて行っています。個人に合った(希望に添った)漢字・計算ドリルやぬり絵等行い又、買い物等、希望があれば随時対応している。		
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	美容師に1回/2ヶ月 ホームに来て頂いてます。衣服は、本人の好みでコーディネートし、着ています。自力更衣できない方は、職員が本人の好みを聞き選んで、介助してます。又、お洋服や化粧品などの支援により、おしゃれを楽しんでいます。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 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	職員も利用者様と一緒に同じ食事を味わいながら、会話等をして食事やお茶等を楽しんでいます。利用者の心身の機能に応じ、出来る範囲内で、配膳、後片付け茶碗洗いを一緒に行っています。	食事は調理師の有資格者が利用者の体調にあった調理法で料理し提供している。職員は利用者と一緒に会話を楽しみながら食事支援をしている。食後の後片付けや茶わん拭きは、介護度が低い利用者と一緒にやっている。	
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	利用者様に合わせ、食事の硬さを変える。量を増減する。食事介助する。水分や味噌汁にトロメリンを併用する。嫌いなものは交換食にする。等で対応しています。		

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 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、口腔内ケアをしている。又、毎食後の歯磨きへの声掛け・見守り・介助等、出来ない方は歯磨きティッシュを使用して介護員が清拭しています。		
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	放尿、便をいじる、等がある時は、排泄記録から排泄パターンの把握に努め、早めの誘導をしている。他にリハビリパンツやオムツ、等利用者様一人一人に合ったケアをしています。	排泄パターンを把握し職員が共有し一人ひとりにあった排泄支援を行っている。失禁等を防ぐため、早めのトイレ誘導に努めるなど利用者個々にあった支援をしている。	
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	便秘による、発熱・不穏などの出現がないように、「のむ・でる」を実践し、1日1ℓ～1.5ℓの水分摂取を目安に、食物繊維の多い野菜・果物を提供しています。又は、牛乳やヨーグルトの摂取。軽い体操や散歩・腹部のマッサージを継続。主治医に相談して内服薬の処方も頂いています。		
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	入浴時間は定めていますが、利用者の気分や身体状況を考え、好みの湯加減や希望時間にて、ゆっくりと落ち着いた状態で入浴できるよう支援をしています。個浴対応で職員が介助or見守りで安全な入浴が出来るように努めています。	基本的な入浴時間を決めていますが、利用者の気分や体調等を考慮し、それぞれ希望する時間に好みの湯加減で入浴支援を行っている。ゆず湯やしょうぶ湯等の変わり湯も行っている。	
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	体調に合わせた休息をとって頂いています。就寝・起床時間は特に決めることなく本人のペースに合わせて消灯・起床している。必要に応じて湯たんぽや電気アンカを使用したり、眠れない時は職員が話し相手になっている。		
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	効能、量、時間、それに薬の写真付きの薬情報が薬と共にきます。それを熟読して服薬の管理をする。誤薬、飲み忘れ防止。又、個人の状態に応じて手渡し、服薬の確認、見守りや介助をしています。薬の変更時はスタッフで共有し状態観察を強化しています。		
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	利用者の身体機能に応じて、家事などの役割分担をしている。掃除・洗濯・茶碗拭き等。又 毎日のレクリエーションで、気分転換等の支援をしている。体操・運動・指や腕の運動・歌・ドリル・ぬり絵等。又化粧したい方には、補充の支援をしている。		

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
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	行事：花見・紅葉狩り・華展・外食なども実施する事で、気分転換の機会となっています。家族との外出、外食も歓迎です。	利用者個々の体調に合わせ、気候の良い時期に花見、外食、生け花展見学等利用者が望む外出支援に努めている。	
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	個人管理はしていません。買い物・通院等は、財布を渡し自分で支払える方には支払って頂いてます。個人の金銭出納帳で管理しています。		
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	手紙など書いて職員と一緒にポストに出かけていましたが現在は居ません。家族の方から、時々電話を頂き、会話を楽めるように協力して頂いてます。		
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	リビングや通路の壁には、行事の時の写真や手作りのカレンダー・季節の花や絵などを飾り、利用者が過ごしやすいように、椅子やソファを配置し、温度調整に気を付け快適な生活ができるように気をつけています。リビング・居室・浴室などは温度計にて22℃程度の室温に保たれています。	リビングは空調管理がされて広く明るく、コーナーには大きなソファが置かれ好みの場所で過ごせるように配慮されている。壁面には、行事の写真や季節の花、絵画、利用者書いた書が飾られ心地よい空間になるよう工夫されている。	
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	ソファやテーブルを設け、利用者様同士が談話したり、お茶のみをしている。新聞を読んだり、時代劇の好きな利用者様には、ゆっくりと一緒にテレビを見て頂いています。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 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	家で使用していた、なじみの物や好みの物を使用していただき、趣味や思い出の品を置いてます。居室にて読書や好きな時間にテレビを見たりしています。この事により、職員や利用者同士も、思い出話にも花が咲き、色々な事を知る機会や、落ち着いた生活ができるようです。生活感のある部屋を目指しています。	居室は、利用者が使い慣れたなじみの壁飾りや利用者の作品、本や写真等でコーディネートされ居心地よい空間となっている。利用者の好みの生活空間を大切に安心して過ごせる配慮がなされている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	トイレやお風呂の入り口が分かるように、張り紙やリボンで表している。又、個人の居室の前には、名前等を貼り工夫し、見守りや声掛け誘導し、機能低下しない様に日常的な、生活リハビリ等も力を入れています。		