

## 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                      3階ユニット |            |           |
| 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        | 令和2年2月1日                                 | 評価結果市町村受理日 | 令和2年5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.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 | 令和2年4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)】

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、職員にはしっかり浸透してケアをしている。  
 2. 主治医は福島セントラルクリニックを開業。月2回訪問診療を行っている。処方箋を切り薬局が配達する。  
 緊急時は夜間でもセントラルクリニックが受け入れ、スムーズに診療・治療が受けられる。  
 又歯科医師の訪問診療により歯の治療・口腔内ケアも充実している。  
 訪問看護も導入、医療との連携を図り健康管理に努めている。  
 3. 看取り介護を導入している。ご本人・ご家族様に安心して頂けるよう研鑽している。  
 4. 福島市の旧市街地に立地の為交通の便が良い。

## 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<br>↓該当するものに○印 |                                                                   | 項 目 |                                                                     | 取 り 組 み の 成 果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                           | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)           | ○                           | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                           | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                           | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)   | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66  | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                           | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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させている<br>(参考項目:30,31)      | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<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                                                          | 運営理念を掲げ、同時にサブ理念である「その人がその人らしく生きるために」にはスタッフの心に浸透して対応している。また地域や家族との結びつきを大切にしている、町内からの入居の紹介があり、入所に繋がっている。                                             |      |                   |
| 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地域の一員として交流している。また近隣の介護関連施設と連携して「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地域の協力を得ている。また地域に奉賛金を納めさせて頂き交流を行っている。                           |      |                   |
| 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                                                        | 包括支援センター職員や民生委員の働きかけにより、認知症のケアの情報を提供している。地元の中学生の福祉体験実習を受け入れている。                                                                                    |      |                   |
| 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                        | 2ヶ月に1回の定期開催している。包括センター職員、民生委員、多くの家族が参加。行事・事故報告・防災・感染症対策・利用者の状況等を報告。質疑応答も活発に行われ、有効的な会議となり、出席者同士の信頼関係も出来ている。                                         |      |                   |
| 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                                               | 情報交換や事務処理の適正化のための指導を受けている。また国保連のレセプトの問い合わせ等気軽に質問が出来、また指導していただいている。年2回市の介護相談員派遣事業を受け入れ、相談員とも良好な関係が作られ、懇談会に出席、他の事業所の状況も知る事が出来ている。                    |      |                   |
| 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」の研修を随時受けている。その都度研修内容を全職員で共有している。マニュアルを常時備え、どれが拘束に該当するか具体的に理解して拘束の無いケアを行っている。「身体拘束廃止委員会」は都度スタッフの相談に応じている。事業所の構造上車椅子利用者等の転落防止の為階段扉を施錠管理している。 |      |                   |

| 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 |
| 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に注意を払い、防止に努めている     | 外部の「高齢者虐待防止」の研修を受け、管理者・職員全員で話し合い、不適切ケアの認識を共有している。職員が疲労・ストレスから不適切なケアが発生しないように、分離した休憩室で休憩する等、リラックスして、ケアに移行できるようなど対応している。                   |      |                   |
| 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 | 地域包括支援センターの担当者から随時指導を受けています。以前一人おりました。現在の所入所者には居ません。必要な時は指導を受け活用します。                                                                     |      |                   |
| 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                      | 契約は入所時である。重要事項等、資料に基づき十分な説明をしている。疑問は懇切丁寧に説明、同意の下契約をしている。入所後の介護保険制度変更時は文書で説明、同意を得ている。管理者・介護支援専門員が対応している。                                  |      |                   |
| 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                  | 運営推進会議は文書・面会時に案内している。多くの家族の参加が望ましい。会議で出された意見や要望は、検討して運営やケアに反映させている。また個人の状態も家族に報告を行うなど、ホーム・家族で共有している。玄関に鍵をかけたポストを設置、家族が無理なく意見が言えるようにしている。 |      |                   |
| 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                                   | 月1回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っている。法人代表や管理者に提案している。代表者と職員の意思疎通は円滑であり、要望など運営に反映されている。                                                  |      |                   |
| 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、介護処遇改善を活用している。無理のない勤務体制や希望休取得に努め、残業がない様業務の見直し等に努めている。自由に発言が出来る環境と、管理者と相談出来る関係がある。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      | 行政や業者の研修会に参加している。参加者はレポート提出、職員全体で内容の共有に努めている。新人職員には、業務の流れをマニュアルに沿ってマンツーマンで丁寧に指導している。                                                     |      |                   |

| 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 | 近隣に2ヶ所の介護施設がある。事例検討会・レク参加の誘い・緊急連絡協議会を立ち上げ等顔の見える関係を持っている。同業者同士の交流は心強く、質の向上につながっている。                                          |      |                   |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |                                                                                                |                                                                                                                             |      |                   |
| 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・家族による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。入所当日は2人の夜勤体制を組み、1人が観察、ケアを密にする。本人・スタッフ双方が慣れる事が大事である。プランを周知してケアをする。徐々に信頼関係が生まれる。 |      |                   |
| 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                      | 家族がホームに本人が何を望むか、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。またホームでの本人の情報を正確に家族に伝える。家族とホームの信頼関係に繋がる。                                          |      |                   |
| 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「安全・安心」に生活して頂くことを、最大の目標にしている。入所初日は夜勤者2人体制にして、本人の癖や睡眠状態等密に観察をしてその後の日常生活に備えている。                                            |      |                   |
| 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、ペースに合わせレク・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。茶碗洗い、洗濯物干し・たたみ等に日常の家事を行うことにより、家族観を出している。                                 |      |                   |
| 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                   | ケアプランに「家族との絆」のニーズがある。面会時にスタッフが本人の近況報告をする。また本人の不足している衣類など伝え再度来訪してもらう等、家族が気安く来られるように工夫をしている。家族とスタッフが同じ思いでケアすることは大事な事である。      |      |                   |
| 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                               | 家族や親戚の訪問が多くありがたい事である。対応には十分配慮しつつ継続して欲しいと努めている。重度化した方にはお墓参りの代わりに盆棚を作るなどして馴染の習慣を行うなど喜ばれている。                                   |      |                   |

| 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                                   | 深く交わる場所はリビングである。席は、性格や相性を把握して、職員同士が検討して決めている。トラブルにならないよう見守りはしっかりする。気が合う同士になると笑顔や笑い声がある。利用者同士が、共に助け合い、支え合って生活している事を職員は理解している。                     |      |                   |
| 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                    | 特養に順番がきて退所されることがある。診療情報提供書・サマリー・内服薬等の提供がある。入院してホームに戻れなく、退居した場合でも、面会して本人や家族を励ましている。                                                               |      |                   |
| <b>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</b> |      |                                                                                                        |                                                                                                                                                  |      |                   |
| 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                                           | センター方式を活用、本人の生活史、本人の元気があった頃の暮らし方、現在の家族の思い、周りの人への家族の想いを的確に把握しています。本人らしく生活できるために、ケアプランの中に思いを入れている。                                                 |      |                   |
| 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・元気があった頃の暮らし方等を記入、居宅での介護サービス確認、状況をCMから情報を得る。それらを総合的に見て「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る。                                    |      |                   |
| 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・睡眠時間・バイタルサインの把握・食事・水分摂取量・排泄回数を確認、記録している。生活リハビリの進捗状況の把握。それにより日々の変化に対応している。                                                                |      |                   |
| 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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 利用者のニーズに対応するためのサービス内容を、家族の意向も反映させ検討し作成している。特に高い介護度の利用者の健康面の課題のケアを具体的に明記し、提供が適切に行われるよう注意している。提供したサービスの記録を明確にした。モニタリングの根拠になるので、分かりやすい介護記録用紙を用いている。 |      |                   |
| 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                        | 時系列の介護記録の外に、バイタルサイン・排泄回数・気づき行動を記録し送付を徹底している。夜勤、早出者、日勤者、遅出者、に送りして共有する。発熱等医療面での指示がDrからある時は、集中してそれにあたるプランになる。                                       |      |                   |

| 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                            | 自立している利用者でも、長い時期と共に高い介護度になってしまう。入所時から寝たきりの方もいる。褥瘡のリスクは大きい。保清に留意し、体位交換をする、エアーマットを使用する対応をする。                               |      |                   |
| 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)夏は地域の盆飾りのお参り・秋は施設でそば打ち名人によるそばを賞味。小学生、中学生の訪問により楽しむ。                                                 |      |                   |
| 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、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、家族が主治医を決定。入所者1名は専門医に家族が通院、状態を書面で医師に伝えている。家族が困難な時はスタッフが通院する。他は全員が法人の訪問診療医を希望受診している。訪問往診は月2回、処方箋の発行もある。                |      |                   |
| 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る。健康管理表を見て直近の状態を見る。異常な状態時は速やかに主治医と連携を図り対応する。入所者やスタッフからの相談にアドバイスをする。                         |      |                   |
| 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。 | 契約時に医療機関で入院治療する事を説明、同意を得る。入院中は医療機関に管理者・CM等が出向き、主治医、担当者に面談。軽快への進捗状況と退院の見通しを聞く。退院が決まると実調して退院後のケアがスムーズに行われるようケアプランの見直しをする。  |      |                   |
| 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る。終末期の介護は、家族が見守りたいとの要望があり、家族の休憩室を設備している。 |      |                   |
| 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・ノロウイルスに罹患したらしいと判断した時の初期対応。転倒・発熱等の主治医への連絡、指示受け。医療機関への搬送時の手順、家族への連絡などマニュアルに沿って行っている。                               |      |                   |

| 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 |
| 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              | 消防署立ち合いの下、春・秋、火災避難訓練を行っている。また近隣の3事業所と「介護施設等緊急連絡協議会」を立ち上げ協力体制をとっている。「非常時・災害時・緊急時の電話連絡網」を作成。<br>米、水、缶詰などの備蓄をしている。                            |      |                   |
| <b>Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |                                                                                     |                                                                                                                                            |      |                   |
| 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書を書いている。日頃から入所者の人格を尊重かつプライバシーが損なわれる事がない様「個人」にあった言葉かけ、対応に努めている。書類は事務所で施錠管理している。                                    |      |                   |
| 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・今日は入浴をやめたい・家族に電話したい・家に帰りたいなどがある。良く話を聞いて対応することで納得や喜びを感じている様子が見られる。                                                               |      |                   |
| 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、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    | 歩行運動や体操をして筋力低下に努めています。手摺を利用して音楽を流し、楽しく歩いたり、誤嚥防止に早口言葉を繰り返したり、塗り絵、洗濯物を畳んでもらったり、話題を提供して調子を合わせて楽しんでいる。                                         |      |                   |
| 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                                     | 美容師による1回／2ヶ月のカット。家族、本人の希望で外で行うこともしている。化粧水の補充。衣服は本人の好みで選んで着ている。着替えの出来ない方には職員が選んで介助している。衣替え時はクローゼット内の整理、季節に合った衣類を準備している。毎朝、鏡を見て整髪している、介助もする。 |      |                   |
| 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 | 利用者に合った形態の食事を提供している。特に家庭の味を大切にしている。シフトの関係上調理師が休みの時は、副食のみ業者からの弁当を提供している(約10日間)。種類、味とも良く入居者が喜んでいる。おやつに利用者と一緒にホットケーキ、たこ焼き等を作って楽しんでいる。         |      |                   |
| 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             | 水は1ℓ／日を目標。一日の水分摂取量、食事量を時系列に記録している。飲み込みがやや困難な入居者にはトロミを使いムセリを防止している。食事の形態は常食、お粥、キザミ、ミキサー等状態に応じて提供している。                                       |      |                   |

| 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 |
| 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                  | 歯科医往診時に指導を受け、口腔ケアを励行している。義歯の洗浄、夜間保管。食後の歯磨きの声掛け見守り。出来ない方には職員が歯みがきティッシュを指に巻き、口腔内を清拭している。口腔内を清潔に保つ事で感染症も予防している。                     |      |                   |
| 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  | 排泄記録よりパターンの把握をスタッフが共有している。排尿は早めにトイレ誘導に努める事でトイレで排泄できるようにしている。一人ひとりに合った排泄支援に繋げている。                                                 |      |                   |
| 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                  | 「のむ・出る」を実践している。1ℓ～1.5ℓ/日水分摂取目安。パターンの記録。記録による排泄の確認。牛乳、ヨーグルトの摂取を心掛けている。スムーズに排泄の無い時は腹部を温タオルで温めマッサージ・軽い運動で排泄させている。また主治医の指示、便秘剤も服用する。 |      |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 基本的に午後1～3時ですが入居者の気分や健康状態により替えている。希望の時間、好みの湯加減、個浴で穏やかに入浴出来るよう支援している。入浴によって生まれる羞恥心、恐怖心、負担感等スタッフは理解して無理強いすることなく、安全に支援している。          |      |                   |
| 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                   | 体調に合わせて、休息を取っている。昼寝は30分から1時間臥床する方がいる。就寝・起床は本人のペースですがほぼ同じです。室温の管理、足の冷えに湯たんぽの使用。眠れない時はスタッフが話し相手をして落ち着かれている。                        |      |                   |
| 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ている。誤薬、飲み忘れがない様3人の職員が「Aさんの薬で～す」を声を出して確認し合っている。手渡し、介助で服用している。薬局から処方された名入りの分包した薬の確認も行っている。                |      |                   |
| 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 | 家庭で行うようなシーツ交換・掃除・洗濯干し、畳み・茶碗拭き等身体機能に応じて行っている。楽しそうに行っている。裁縫の出来る方には雑巾を縫ってもらっている。針の管理はスタッフがする。市の介護施設文化祭にも毎年出品してる。福島市福祉事務所所長賞を頂いた。    |      |                   |

| 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て、花見、華展鑑賞、外食を楽しんでいる。昨年は猛暑で外出が出来なかった。11月～3月はインフルエンザ予防で外出禁止。主治医が外部の方は家族と通院していた。                     |      |                   |
| 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                                                                    | 個人管理は入所時からしていない。預り金1万円をホームで出納帳で管理。領収証と残高を翌月に報告している。                                                           |      |                   |
| 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                                                                                             | 手紙を書く行為はかなり困難です。家族から電話を頂き話している方がいます。家族に協力して頂いている。                                                             |      |                   |
| 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                   | カレンダーは毎月、季節感のある図案を考えて職員が順番で作成して、リビングに張り出している。行事の写真は、眺めては楽しそうに思い出している様である。鏡に映った自分を見て攻撃する方のために、鏡に布を被せる等工夫をしている。 |      |                   |
| 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                                                                        | リビングにソファ・テーブルを設け入居者同士が談話や、お茶を楽しんでいる。新聞を読む方、時代劇のテレビを楽しむ方とそれぞれお好みに過ごしている。                                       |      |                   |
| 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 | 馴染みの家具を居室に設けている方、趣味や想いの品もある。職員はその事を知り、話題を提供することが出来る。居室が自分の「城」として愛着を持って過ごせるように支援します。生活感のある居室を目指しています。          |      |                   |
| 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                                                               | 個人の部屋には名前を貼り。トイレ・お風呂にはリボンや張り紙で表示。色ボールをノブに下げて本人に分かる様目印にする。自由に動きまわれるように、消化器は職員だけが分かる場所に置き安全を確保している。             |      |                   |