

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	0771000197		
法人名	株式会社マインド		
事業所名	グループホームまいんど福の里(1F)		
所在地	二本松市向原265-5		
自己評価作成日	令和2年 7月27日	評価結果市町村受理日	令和2年10月28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9月4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)】

今年度の事業所方針は、「お客様一人一人の人生を大切に想いを支える」です。私たちは、お客様一人一人の認知症を理解し、症状に合ったケアをすることで、BPSDの症状を緩和し、穏やかな生活が送れるよう努めています。そのため、キャリアパス制度に基づき個々のスキルアップに努め、また、外部研修の受講等も随時参加しています。福の里での生活を日々楽しく送って頂くために、誕生会、四季折々の行事(新年会、節分、ひなまつり、花見、そば打ち会、流しそうめん、敬老会、芋煮会、クリスマス会)外出、外食支援等にも力を入れています。今できる事を大切に、これからの人生をこころの里で楽しく、明るく、元気よく送れる支援して行きます。

【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)】

1. 町内会に加入し、子ども会の廃品回収への協力、地域の敬老会や保育園の運動会への参加、地域のボランティア団体や介護専門学校の実習生の受入れ、事業所のそば会への招待など地域住民等と継続的な交流を図っている。さらに、避難訓練には地域住民が参加し、近隣の方が一斉通報先になっている。
 2. 墓参りや帰省時に、家族のみでの対応が困難な場合に、職員が同行して支援している。また、利用者の希望により図書館に職員が同行し、継続的な利用を支援している。日常的な散歩や買い物などの外出支援、誕生日などの外食会に加え、週2回のフリーメニューでは利用者の希望を献立に活かし、時にはノンアルコールビールを提供するなど利用者の望む生活の支援に取り組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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させている (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
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	毎日の申し送り時に、理念、年度目標を唱和している。事業所の年度目標に対しては、具体的な行動計画を立て、振り返りを行ないながら達成に向け取り組んでいる。	法人と事業所の理念を1階事務室と2階廊下に掲示し、毎日の申し送り時に唱和している。毎年、法人の所長会議で話し合い法人全体の年度目標を定め、各事業所ごとに、年度目標を実現するために職員で協議して、理念に基づく行動計画を定め、理念の実践につなげている。	
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	岳下地区敬老会、保育園の運動会には毎年参加し、地域の方達との交流を図っている。また、事業所で開催するそば打ち会には、近隣の方を招待し、打ち立てのそばをご賞味頂き、お客様との交流を図っている。また、防災訓練にはいつも参加して頂いている。	町内会に加入しており、年2回の子どもの会の廃品回収には段ボールなどを出して協力している。また、地域のボランティア団体が、毎月2回来所し利用者と交流している。避難訓練や事業所のそば打ち会などの行事に近隣住民を招待し、参加してもらうなど継続的に交流している。	
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	認知症サポーターキャラバンメイトの研修を受けている職員がおり、認知症についての講座の依頼があれば対応できるように準備をしている。		
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、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	お客様の状況や施設での活動状況を報告し、委員の方からは、事業所が行う行事、外食支援等の色々なアドバイスを頂いている。地域包括支援センターの方は、他のグループホームの運営推進会議にも参加しているので、参考になるご意見を頂いている。お客様にも参加頂き、率直な意見をサービスの向上に繋げている。	運営推進会議には、利用者も参加して2か月に1回開催している。4月からは新型コロナウイルスの関係で、開催できないているが、その都度資料を送付して、電話で意見を聞いている。委員からは、会議のたびに、様々な意見が出され運営に活かしている。2階からの避難用すべり台は委員の意見により設置したものである。	
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に取り組んでいる	お客様の受け入れに関して市役所高齢福祉課の担当者や連携を図っている。また、生活保護のお客様も入所しているので問題等が発生した場合は福祉課の担当者に相談している。	利用者の介護認定更新手続き等で、市担当者を訪問する機会は多く、顔なじみになっている。毎年、市主催の地域密着型サービス事業者の集団実地指導が開催され、情報交換を行っている。困難事例などは市担当者に相談を行い、助言や指導を受けている。また、市の依頼で虐待ケースの受け入れなど、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	身体拘束廃止委員会が中心となり、2ヶ月に1回「虐待の芽チェック、ストレス蔓延度チェック」を行ない、集計結果に基づいて検討。改善点を話し合っている。勉強会も随時開催し、身体拘束をしないケアをスタッフ全員で意識している。運営推進会議でも取り組み状況の報告をしている。	管理者とユニット代表職員2名の計3名で身体拘束廃止委員会が構成されている。年度計画に沿って身体拘束廃止に関する指針やマニュアルの読み合わせ等の勉強会を行い、身体拘束をしないケアに努めている。また、2か月に1回虐待の芽チェックやストレスチェックを行い、集計結果を伝達するとともに指導に活かしている。	

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 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	サービス向上会議時に、身体拘束廃止に関する指針、マニュアルの確認を行なっている。また研修会に参加した職員から伝達講習も行い、虐待防止の徹底に努めている。		
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に支援している	制度の利用者は現在いないが、管理者、介護支援専門員は研修会に参加し、必要時には支援できるようにしている。		
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	契約時に、入居契約書、重要事項説明書を読み上げ、不明な点がある場合はその都度説明している。介護報酬改定時には同意書を頂くようにしている。		
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	お客様からは日々の関わりの中から聞き取り、要望等があれば即対応している。ご家族様からは、年2回の家族会や日々の面会時に遠慮なく意見、要望が頂ける様声掛けし、運営に反映できるようにしている。	利用者の意見は日頃の会話を通して把握し、会話が困難な利用者については、動作や表情から汲み取っている。家族の意見は面会時に声かけを行い、意見や要望を聞くようにしている。また、年2回開催している家族会を通して意見を出してもらい、出された意見は運営に反映している。	
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	職員からは、会議時や日常の業務または個別面談時に意見や提案を聞くようにしている。必要があれば上司に提案し運営の向上に努めている。	日頃の業務の中で、職員から直接話をしてくることが多く、すぐに解決できるものは対応している。また、スタッフ会議やカンファレンスで職員の意見や要望を聞いている。さらに、キャリアパス制度を実施し、等級別に求められる目標の実施状況を確認するための定期的な個人面談でも意見や要望を聞いている。	
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	資格取得の支援や取得後の資格手当の支給、永年勤続者の表彰、リフレッシュ休暇の取得等も導入している。勤務時間に対しても相談があればできる範囲で考慮している。		
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	キャリアパス制度に基づき、個々の等級別の目標を達成するため、面談時に目標の確認をしている。法人内では年3回の社内研修会を実施、外部研修については、個々の能力に応じて研修内容を見極め参加している。		

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	NPO法人グループホーム協議会主催の研修会や、管理者会議に出席し、二本松市の集団実地指導等に参加し他の事業方々との情報交換により、サービスの質の向上に努めている。		
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	入所前に、ご本人の身体状況、生活状況を把握し、ご本人の思いも良く聞く。入所後のケアプランも2週間の暫定で立て、その中でご本人からの要望等があればプランに反映し、不安なく安心して生活できるようにしている。		
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	ご家族に、施設入所に至るまでの経緯や、家庭での生活状況から施設での支援に対する要望を伺い不安なく施設での生活が送れるようにしている。		
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	入所時にセンター方式を使い、基本情報、暮らしの情報から1日の生活パターンを把握。それをもとにどのようなケアが必要かを話し合っている。		
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	お客様それぞれの特性を活かし、それを役割としお互いに助け合う関係を築くようにしている。(掃除、洗濯物たたみ、調理等)		
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	ご家族様招待の年2回の行事(花見会、いも煮会)に参加して頂き、食事を共にしながら楽しい時間を共有できるようにしている。かかりつけ医の定期受診は家族の方に協力頂き家族との繋がりを続けられるようにしている。		
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	地元開催の二本松の菊人形には毎年全員が見物に出掛けている。二本松の提灯祭りの際は、最終日神輿が施設入り口でお囃子を打って下さり、皆さん楽しみにしている。個別に外出できるような支援もしている。	家族の協力を得て帰省や墓参りを行っているが、家族のみでの対応が困難な場合は、職員が同行している。友人や知人による面会は最近はなくなってきており、年賀状によるつながりを継続している利用者については、宛名書きを手伝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 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	お客様の性格、相性等を把握し、定席はあるが、その時々々の状況に合わせ席の移動をしたり、良い雰囲気の中で過ごせるようにしている。お客様同士が支え合う関係を築くため、スタッフが常に間に入るのではなく、状況を見ながら間に入るようにしている。		
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	退所後に亡くなられたお客様のご家族が時々来所され、季節の野菜等を提供して下さっている。		
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	日常の関わりの中で、お客様との会話や言葉、表情などから思いを汲み取り職員間で共有している。思いを汲み取ることが困難な場合は表情や言葉かけで思いを把握するように努めている。	コミュニケーションのとれる利用者は、話に耳を傾け思いや意向を把握している。会話が困難な利用者については、動作や表情の意味を職員間で話し合って思いや意向を汲み取っている。また、センター方式の24時間シートや「私の姿・気持ちシート」を活用して意向や思いの把握に努めている。	
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	センター方式を活用し、基本情報、暮らしの情報また入所に至るまでの経緯を把握している。		
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	日々の過ごし方は皆さん違うので、お客様一人一人の状況を把握し、その人に合った支援をするようにしている。心身状態に変化があった場合はケアプランの変更も行って		
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	ケアマネが中心となり、居室担当者がプランについてのモニタリングを行ない、本人、家族の要望を踏まえ現状に合ったケアプランの作成に努めている。状態に変化があった場合はその都度プランの見直しを行っている。	入居時に、本人や家族から生活状況等を確認し、2週間の暫定ケアプランを作成し、その間に生活実態や思いを確認しながらカンファレンスで話し合い、現状に即したケアプランを作っている。担当職員が3か月毎にモニタリングを行い、利用者・家族の希望や状況に変化があった場合にはプランの見直しを行っている。変化がみられない場合は6か月ごとに見直しを図っている。	
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	個人ごとに、日々の様子、ケアプランに対しての支援状況、また、新たな気づきがあれば記録に残しカンファレンス時に話し合い、必要に応じ介護計画の見直しを行っている。		

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
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	ご本人や家族の状況に応じて、病院の受診介助や緊急時の対応をしている。訪問看護、訪問歯科また介護タクシーなど必要に応じ対応している。		
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	地区の敬老会に参加したり、近隣の保育園の運動会に招待されたりするなど、地域との繋がりを持ちながら楽しく暮らせるように支援している。近隣の理髪店も2か月に一度訪問理容で来て頂くなど地域との交流を図っている。市立図書館を利用することもある。		
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	ご家族の希望で入所後もかかりつけ医を継続し、受診できるように支援している。協力医療機関以外の通院は家族対応を原則としている。認知症の症状により、認知症専門医の診察も受ける事ができる。	かかりつけ医の受診を支援している。受診時は過去1か月のバイタル情報を提供し、受診結果は受診日誌へ記録し、家族へ電話等で報告している。また、週1回法人の看護師が巡回し、隣接市の認知症専門医の往診を受ける等、適切な医療支援に取り組んでいる。	
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	1週間に一度看護師が巡回し、お客様の健康管理を行っている。状態に変化があった場合は連絡し、適切な指示を受け早期対応をしている。		
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。	入院中は、病院の相談員や看護師、ご家族様から状態について話を聞き、早期に退院できるよう連絡を密にし、退院後の生活がスムーズに送れるようにしている。		
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	入所契約時に、重度化、終末期についての事業所の対応について説明し、ご家族の意向を確認している。入所後は、状態の変化に合わせて終末期及び看取りに関する確認をその都度行っている。看取り介護になった場合は、協力医、家族、事業所と話し合い方針を共有し意向に沿った支援ができるようにしている。	入居時に、本人・家族へ重度化対応、終末期ケア方針を説明し同意を得ている。看取り期は、主治医から家族へ説明があり、看取り介護についての説明書へ確認書を頂いている。主治医・訪問看護師・法人巡回看護師・スタッフが連携し、本人・家族の意向に沿った看取り支援を行っている。	
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	年に1回消防署で普通救命講習を受講している。AEDの使い方、心肺蘇生法について訓練を受け、急変時や、事故に対応できるようにしている。緊急時の対応についての流れも掲示してあり、スムーズに対応できるようにしている。		

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
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	年2回の消防署立ち合いで火災を想定しての訓練を実施し、近隣の方にも参加して頂き、事業所内の構造、お客様の状態も見て頂いている。地震、風水害に対しても防災計画に沿って行っている。緊急連絡網の訓練、防災用具、非常食の点検、補充も行っている。	消防署立会避難訓練を地域住民参加で年2回実施し、夜間・風水害・地震想定・連絡網訓練を計画的に行っている。自動火災通報装置は、法人本部・管理者・地域代表宅へ連動している。2階避難階段が急勾配なので、運営推進会議委員の助言により避難用滑り台を設置し、避難経路を隣接の公的施設駐車場へ繋げた。	
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	自尊心を傷つけないよう、入浴、排泄介助時の声掛けには、声の大きさやトーンに配慮するようにしている。否定するような声掛けはしないよう職員全員が意識しケアにあたっている。	法人職員養成研修プログラムにより、年間を通し接遇・情報管理・利用者処遇等研修を行い職員の資質向上に取り組んでいる。利用者への言葉かけ時には、人格を尊重した分かりやすい説明に心がけ、トイレ誘導時には誇りやプライバシーを損ねないよう丁寧な支援に努めている。	
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	日常の関わりの中で、お客様との会話や表情などから思いを汲み取り職員間で共有し、希望があれば即対応するようにしている。言葉で思いを伝える事が困難なお客様に対しては、表情での思いを把握したり、二択での質問をしている。		
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	お客様の心身の状態に合わせ、リハビリ体操や散歩をしたり、また希望があれば外出支援も行っている。入浴も希望に添った支援を心掛けている。		
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	2か月に1度の割合で、近隣の理容師の方に訪問をお願いし、好みのヘアスタイルに散髪して頂いている。女性の方で白髪が気になる方に対してはホームで白髪染めも行っている。		
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	野菜の下準備や盛り付けを一緒に行ったり、下膳、食器洗い等もお手伝い頂いている。昼食はお客様とコミュニケーションを取りながら一緒に食事をしている。季節の行事食も皆さん楽しみにしており、季節感を味わって頂くようにしている。	地元食材業者が栄養管理した週5日分の献立を提供するほか、週2日をリクエストメニュー日としている。利用者や近くの店に買い出しに出かけ、できる範囲で野菜の下処理や食卓の準備をしてもらっている。利用者と職員は、共に食卓を囲み食事を楽しんでいる。	
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	食事、水分量はチェック表を活用している。人工透析のお客様は水分制限があるので、チェック表で把握できるようにしている。お客様の食事形態に合わせ、お粥、刻み、トロミを使っている。食事量が低下したお客様に対しては、好んで食べられる物やおにぎりにするなど、目先を変えている。		

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 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	毎食後口腔ケアを行っている。お客様の能力に応じ、声掛け見守り、一部介助、全介助と支援している。		
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	排泄介助チェック表を活用し、それぞれの排泄パターンを把握し、トイレ誘導や声掛けを行なっている。尿意、便意が無い方に対しては、時間を見てトイレ誘導を行ない自立排泄ができるよう、日中帯のオムツは使用しない様に支援している。	トイレでの排泄を基本とし、定時誘導や個人の排泄パターンによりトイレ誘導を行っている。また、おむつは夜間のみでの使用とし、日中は綿パンツ・リハビリパンツ等を活用し自立排泄ができるよう支援に取り組んでいる。	
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	便秘薬に頼らず、体操をしたり散歩をしたりし、日中の過ごし方を工夫している。食事にも食物繊維や乳製品を摂るようにしている。水分摂取にも気を付けている。排便チェック表を基に排便薬の調整も行っている。		
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	お客様の体調や希望を聞きながら入浴して頂いている。入浴中は職員との会話や、歌などで楽しく入浴して頂いている。また、入浴剤を使い気分を変えたり、ゆず湯などで季節を感じて頂けるようにしている。	入浴は、利用者の身体状況や希望に沿って支援している。入浴は日中に行っているが、希望に合わせて夕方介助することもある。入浴を拒否されたときは、言葉を変える等の工夫をし希望に沿った支援に努めている。	
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	自立している方は、自分のペースで居室で過ごされたり、リビングには、リラックスしてテレビが観られるようソファを置いてある。季節に合わせた室温や湿度、照明等の調節により安眠できるように配慮している。		
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	薬の説明書は、確認できるようお客様毎にファイルしてある。受診時に処方薬が変わった場合は、管理日誌に記載しスタッフ全員に周知徹底している。服薬時は、誤薬防止のため日付け、氏名、朝、昼、夕を声に出し確認している。服薬の準備も二重チェックしている。		
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	できる事は介護計画にあげ、役割を持って頂くことで張り合いある生活を送って頂けるよう支援している。各種行事の際は、ノンアルコールビールを提供している。アコーディオン、シナプソロジー(脳活性化体操)のボランティアも月2回あり、昔懐かしい歌や脳活体操で楽しんで頂いている。		

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
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	一人ひとりの希望をお聞きし、施設周辺を散歩をしたり、できる範囲で外出、買い物支援を行っている。誕生日にはお客様の食べたい物を外食するようにしている。また、年に1回は全員で回転ずしに外食に出掛けている。	隣接の公園が散歩コースとなっており、桜・紅葉など季節折々の花を楽しんだり、日々、食材の買い出し等へも気軽に出かけている。また、誕生日の外食の他、毎年全員でバリアフリーになっている飲食店へ出かける等外出の機会を多く持つようにしている。	
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	現在は、個人での金銭管理は難しいため行っていない。		
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	お客様から電話を掛けたいとの要望があった場合は掛けて頂いている。ご家族様からホームに用事があり電話があった際は、ご本人に変わり話して頂くようにしている。		
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	季節感が感じる事ができるよう、リビングの装飾を工夫している。(正月、節句、七夕、お月見等)また、季節の花も生けるようにしている。リビングには、ソファを置き誰でもがくつろげるようにしている。	リビングの室温・除湿・加湿等心地よく過ごせるよう職員が管理している。リビングには、利用者と共に作成した季節感のある装飾や花を飾り、居心地の良い空間になるよう工夫している。	
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	お客様の定席を決める事で、そこが自分の落ち着ける場所となっている。リビングにはソファを置き、お客様同士がテレビを観たり、話しをしたりできるようにしている。		
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	グループホームでの生活をご家族様に話し、居室が本人の安心できる空間になるよう、今まで使っていたタンスや馴染みの小物類、仏壇等を持参して頂けるようにしている。	居室は、箆笥・テレビ・冷蔵庫・ベッド・仏壇等の馴染みの物を持ち込み、家族写真・手芸作品・ポスター等、好みに合わせて飾っている。また、ベッドを個人の生活習慣に合わせ、眺めの良い窓際やトイレ近くに配置する等、それぞれの暮らし方に合わせた配慮をしている。居室にあるエアコンは、職員の夜間巡回時に温度調整をしている。	
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	居室表札、段差解消、手すりの設置、目印(トイレ、エレベーター等)等で自立した日常生活が送れるようにしている。建物が完全なバリアフリーになっていない部分もあるので、お客様の状態によって声掛けや介助をしている。		