

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	0790300065		
法人名	社会福祉法人 心愛会		
事業所名	ハーモニー中田		
所在地	郡山市中田町下枝字久保337-1		
自己評価作成日	令和元年 6月9日	評価結果市町村受理日	令和元年10月17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	令和元年 7月25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)】

力を入れている点
・外出支援(お客様の全員外出を目標としている。)
・中庭を使って外で作業していただく支援(農作業は生活層に直結する方が大部分である事) ⇒身体全体を使う(自発的に)、又、収穫の喜びに繋がる。
・家族に本人との関わりを多く持っていただきながら、家族介護力を上げていく取組み
アピールポイント
・職員同士が随時気付いたときにその場で意見を出し合い、課題分析していく点。
・良い点・悪い点を言い合える点。

【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. 利用者が入居前に日常的に行っていた畑仕事を入居後も継続できるように利用者と一緒に考えながら、菜園で季節の野菜を育てており、野菜の世話や収穫、食べることを通して利用者の生きがいと楽しみにつなげている。
2. 近隣の方や運営推進会議のメンバーとの交流が密にあり、職員が行事等の案内を出向いて説明する等顔が見える関係づくりに取り組んでいる。防災訓練や敷地の雑草刈りへの協力、花や野菜の種の提供など、理念が目指す地域との支えあいの実践につながっている。

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	事業所理念は職員全員が共有できている。申し送り時に唱和したり、運営推進会議でもメンバーの方々に初年度に必ず、お伝えし事業所として常時念頭において、取り組むことが出来る体制にしている。	法人の理念のほか職員全体で話し合い、中田地区の地域性を踏まえた事業所理念を作成している。朝の申し送り時に唱和する他、運営推進会議の時も周知している。地域の協力が広がってきており、事業所理念が運営の中で機能している。	
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	地域の行事や奉仕活動(クリーン作戦、資源回収)等に参加、協力しながら、相互に繋がりを持っている。防災訓練にも近隣の方々数名ではあるがに来設頂き、実施して頂き、「訓練のときはいつでも声掛けてください。いつでもきますから」と話して下さっている。	町内会に加入し、地域の行事、清掃活動等に職員が参加したり、地区の巡回型オレンジカフェの運営に協力している。また、文化祭等にも利用者や参加したり、地域の調理ボランティアの受け入れや保育園児と交流する等利用者の交流機会を多く持っている。さらに、防災訓練への地区協力も含め地域と密度の濃い関係が築かれている。	
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	認知症サポーターについては、小学校へ出向き勉強会を開催したり、地域ケア会議へ出向き、地域課題についての取組を住民の方々や他専門機関と相互に話し合いの場を設け対応している。次年度から開催予定の巡回型オレンジカフェについても地域包括や他法人、事業所とも連携し話し合いの場へ参加している		
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	会議を行う前に、前回の会議の振り返りを行い、ご意見を頂いた内容についての取組状況話している。会議への召集については、顔繋ぎをしっかりと行う為、会長様宅の自宅に直接出向き、会議開催案内を手渡しで必ず行っている。郵送ではなく手渡しで徹底している	運営推進会議は地区社協会長、中田町連合会長、各区長等各分野から多くの方が参加している。事業所の利用状況、行事予定、防災訓練、事故、ヒヤリハットなどを議題に話し合っている。委員からの提案を受け職員も会議で自己紹介や意見を述べる機会を設け、会議の内容が直に伝わり、サービス向上に効果が出ている。	
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	認知症サポーター養成講座の開催についても地域ケア推進課の方から開催依頼を直接頂いたり、介護保険上不明点があれば、直接窓口へ出向きお聞きするようにしている。又、介護サービス相談員、事業所、保険者が三者で行う会議にも参加し、助言、アドバイスを頂く機会としている。	介護保険運用面や障害福祉面など疑問が出る都度、行政窓口に出向き相談している。また市の介護サービス相談員を受け入れアドバイス等を受けている。行政、介護相談員、事業者の三者会議を通じて情報交換や関係構築に努めている。	
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	法人全体で上半期・下半期の年間2回で不適切ケアチェックを履行し身体拘束・虐待廃止の取組を行い、不適切ケアの軽減に努めている。又、事業所では、身体拘束・虐待廃止委員会を設置し、事例や現況での対応等を検討し全体で共有できるようにしている。	法人の身体拘束防止マニュアルに基づき、3か月に1回身体拘束・虐待防止委員会を開催しリスクや事例を話しあっている。年2回法人が作成した「身体拘束・虐待チェックシート」で各職員が自己チェックし、法人及び事業所内で分析し、話し合いながら身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	

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	法人内で、上半期・下半期の2回を「身体拘束・虐待廃止への不適切ケアチェック」について行い、その後の予防策も含め、法人、事業所全体で虐待防止に努めている。		
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支援している	成年後見制度については、勉強会の機会を持っているが、職員全体が理解できるくらいの勉強会は行っていない。		
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	契約時には、重要事項説明と契約書の中で、話しながら、「ご不明点はいかがでしょうか？」と適宜確認する時間を設けており、不明な事があれば、可能な限り即時対応している。又、リスク、意思確認書等の説明も同時に行っている。		
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	年一回の家族会議の機会を設け、家族が話しやすい環境作りを出来る限り行っている。例えば、和室の狭小の空間ではあるが、広い空間よりも距離が近く、円のテーブルを囲むような形で行った為、緊張感もあまり感じず話が出来ていたようである。	利用者と話す機会を設け、意向や要望の把握に努めている。また、家族会(年1回)や面会時、介護計画の見直し時に家族から要望を聞いている。話しやすい雰囲気づくりに努めており、家族の意見からも事業所に対する信頼が伺われる。要望は申し送り連絡ノートで共有が図られている。	
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	職員会議はもちろんの事、普段のさりげない会話、面談等でもしっかり耳を傾け、出来る限り小さい事でも即時対応できるよう努めている。	職員会議や管理者との面談などで要望を聞いている。出された要望については、職員会議で話し合い、長い目で見て必要かの観点から検討している。実際環境面等で改善につなげる。なお、事業所での対応が難しいことは、法人に要望を出している。	
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	人事評価制度での成果や5月から導入された顔ナビシステムによって、職員からの希望・要望また、指導内容についても、法人内でデジタル化され、人や事業所が変わってもその対象者への指導や伝達の隔差が生じないように努めている。		
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	事業所内の内部研修や法人内研修でもスキルを向上してもらうための機会を作り、現場ですぐに行かせるようにしている。		

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
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	平成30年度は、人員不足の状況もあり中々外部研修への機会の確保が困難であり、出来ていなかった。		
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	どなたでも、環境が変われば不安になるため、本人との信頼関係を作る為に、以前の暮らし、既往歴、地域資源まどのようま状況であったかを家族等から確認した上で、本人に声掛けし耳を傾け話を聴き要望を吸い上げるよう努めている。		
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	家族との連絡調整時からサービス開始に至るまで、積極的に家族様の思いに耳を傾け、良好な関係を築くことが出来るように努めている。特に働き盛りに在宅で支えてきた家族をねぎらい、気持ちに余裕が持てる状況をつくり、少しずつ入居する本人の気持ちに寄り添うことが出来る環境を構築できるようにしている。		
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	フォーマル・インフォーマルな支援を両方視野に要れ、できる限り今までの地域での繋がりが継続できるような視点で検討している。地元ではない方でも地域資源を大いに活用し、協力を仰いだりしながら支援できるように努めている。		
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	本人主体という考えを念頭に置き、自分で出来るところは時間をかけてでも行っていただき、ICFにもとづいた、できること、していること、できることに視点を置き、家事、調理、楽しみも自発的に意欲を持って実施できるよう支援している。		
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	入居後も、本人の状態を随時面会のときに伝えていき、本人の以前との状態のギャップに繋がらない状況を作っていくようにする他、家族介護力の向上のために、外出時や外泊時のときでも、家族が困らないように支援内容について詳細をお伝えしていけるようにしている。		
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	本人が以前親しみを持たれていた方(知人、友人)にも面会に足を運んでいただけるよう、家族を通して伝える事はもちろんのこと、家族と自宅に外泊で戻っていただき、親族が集まるときに顔合わせの機会としていただいたり、自身の相手の墓参りや法事等に家族といて頂いたり等、以前の暮らしを少しでも振り返れるよう努めている。	利用者から要望が出た場合は、家族から知人・友人に面会の要望を伝えてもらっている。家族の協力を得て自宅に外泊し、法事や墓参り等親族と会う機会を持っている。また利用者の状況に合わせ訪問美容を利用する等新しい馴染みの関係づくりも支援もしている。	

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	お客様が日々同じ空間で同じ顔ぶれで生活をともにしているものの、もともとは環境、趣味、嗜好、職業等も全く違う方々が入居されているため、状況を見ながら、職員間で良く話し合い、お客様にも了承して頂きながらお客様同士の良好な関係性の構築の為、職員はさりげなく橋渡しができるよう対応している。		
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	サービス終了後もこれまで築いてきた関係を大切にしながら、ご家族様と連絡を取るなどご本人の状況把握に努めている。特に入院されサービス終了となったお客様に関しては時折訪問面会するなど、ご本人・家族様のフォローに努めている。		
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	お客様の希望・意向は日々の関わりの中より情報収集を行い、毎月開催しているミーティングの中で周知徹底を図っている。また、ご本人からの意向確認が困難である場合には家族様に協力頂きながら情報収集を行っている。	入居時に生活歴や暮らし方の意向をアセスメントしている。入居後は日々のかかわりの中から意向を把握し、申し送り連絡ノートで共有しながらミーティングの中で話し合っている。困難な場合は家族の意向やケア時の表情などを基に本人本位に検討している。	
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	お客様や家族様との日々の会話の中や、近隣の友人から情報を収集し、可能な限りその暮らし方が継続できるように心掛けている。特に職歴、趣味、生活動線等は、サービスを利用されてからの習慣の継続や楽しみ(生きがい)にも大きな影響となる為、支援しながら反応や意欲を適宜確認している。		
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	・まずは自宅での過ごし方がどのような過ごし方だったのかを把握する事で生活サイクルが本人の身体にも浸透しているため、どのようなタイミング、時間帯、シチュエーションであれば、意欲が発揮できるのか等、自宅とリンクさせて支援させるように家族からも面会時や電話等で確認し生活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、日頃のケア時状況、ミーティング等での経過から、アセスメント、課題分析総括、モニタリングへ落とし、課題という視点からできること、していること、出来ている事への視点で本人の自立支援や介護計画書に優先順位として掲載し実行できるよう努めている。	介護計画は、3か月に1回又は、状況変化時は随時見直している。計画担当者が記録やミーティング時の話し合いを参考にモニタリングを行い、本人、家族の意向も把握してサービス担当者会議で検討している。なお、モニタリングなどの記録がファイル化されていないケースもあり課題としている。	介護計画の根拠となるモニタリングは、介護計画と一緒に綴り、介護過程がわかるようにすることが望まれる。
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	・計画書の中での気づき、結果、改善、実行等は、申し送り時、ミーティング、担当者会議等で話し合い、事業所の枠内にとどまらず、他の地域資源も生かせる働きかけをし、介護計画書に反映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
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	・パーソン・センター・ド・ケア(その人を中心としたケア)の考えを取り入れ、在宅時には、どのような暮らしがあったのかという視点から、ケアを行えるように努めている。自宅滞在時の生活動線、外出時の生活動線等、本人が内発的に意欲に繋がられる支援に努めている。		
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	・一人一人を支えている地域資源については、まだまだ情報不足といえる。本人の在宅時の状況は把握できても、その取り巻く環境については詳細に把握できていない。		
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	・入居前は現在のかかりつけの病院を継続していくことはベースとして希望に沿った形で対応していくが、入居後の本人や家族の受診対応が困難な状況が出てくることを想定し、事前に指定協力の訪問診療医がいることをお伝えすることで、今後の医療面での本人やご家族の不安感を軽減できる選択肢できる体勢としている。	これまでのかかりつけ医へ、家族の協力を得ながら情報共有シートを活用し、継続受診できるよう支援している。また、訪問診療を希望する場合は協力医による往診が月2回あるほか、24時間対応が可能となっており、利用者の希望や体調に応じて適切に医療を受けられる体制を作っている。	
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	お客様の生活の中で、気付いた症状(表面、内面)については、逐次医療職(看護師・医師)につなげていき、必要時には医師の指示のもと検査受診等の対応を行い、迅速に対応している。		
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。	・入院時には市の『退院時調整ルール』を活用し、ご家族には、名刺、介護保険証、医療保険者証、薬手帳と一緒に病院へ持参していただけるよう、お伝えし直ぐに病院側と連携し入院時にも退院時にも共有シートでやり取りが実施できるように仕組みづくりを構築している。退院許可が医師から下りれば、状況把握のために病院へ出向きスムーズな退院調整が出来るようにしている。		
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	入居契約時に看取りについて説明を行いつつ、体調に変化が現れて終末期が近づいてきた場合には、家族や職員がどのように支援し、穏やかな最期を迎えて頂けるよう、本人様の望むこと、家族や事業所で出来る事を話合う機会を随時設けるようにしている。	入居時に重度化(看取り)指針により、重度化した場合の説明を行い同意を得ている。利用者の状態に応じ、訪問医の協力のもと、家族や職員が情報を共有しながら看取りに取り組んでおり、利用者や家族の望む生活をできるだけ長く送ることができるよう支援している。	
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	AEDの操作方法や心肺蘇生術の訓練は年に1~2回(総合訓練の中でも取り入れる事ある)実施している。又、普通救命講習を自衛消防訓練の大会前に参加者に取得していただく等して、救命に関する対応ができる様にしている。		

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	消防計画に沿った訓練や県下一斉のシェイクアウト訓練(プラスワン訓練)を行い、実際の動作を伴う訓練にはお客様に災害時には、どこに、どのような方法で移動するのかを実際に訓練の中で身体で覚えていただけるようにしている。又、消防署の派遣を依頼し、運営推進会議中に訓練を実施し、その時に地域の方にも来てもらいながら協力体制を整えている。	毎月計画的に避難訓練や防災訓練を行っている。消防署立ち会いの総合訓練は運営推進会議の時に、委員や地域の方にも参加してもらい、利用者の避難状況への理解と協力関係づくりをしている。また、火災、地震、水害等の想定訓練も行っている。緊急時に備え非常食3日分を備蓄している。	
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	お客様が、プライドを持って行ってきた事や羞恥心に繋がるような場面での対応については、共感的に受け止める態度や言動を重んじ、そういう場面が一番信頼関係を構築の可否に繋がるとなりうることを念頭に置きながら接している。	これまでの生活で本人が大切にしてきたことを職員も大切にしたり、一緒に野菜作りをする中で利用者との信頼関係づくりに努めている。排泄や入浴の場面では希望によって同性介助を行う等配慮している。また、内部研修でプライバシー保護について理解を深めている。	
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	“帰りたい”という思いについて、ご家族とも共有しながら、自宅やその他家族との外出の機会とすることができるよう働きかけている。例えば、誕生日等に担当者と一緒に買い物へ出かけたりするときは自身で手に取り選択して頂く機会としている。		
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	お客様のペースについては、出来る限り崩さず過ごしていただけるよう支援しているが、自身からの希望は自発的に言える方は多くない為、職員から開いた質問により、自分からの希望に繋がるような声掛けの工夫をしている。		
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	・身だしなみについては、出来る限り本人の意向に沿うように支援している。その時の衣類の選択、訪問理容時の意向等、本人が自身で決められる機会を作る事で生活への意欲を持っていたけようにしている。		
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	・食事に関連した作業については、全てのお客様ではないが、野菜切り、台拭き、味見、お盆拭き等行っていただいている。お客様、自身から意欲的に「やりますよ」と行われる様子が多く見られている。	食事の担当者を中心に、利用者の希望や利用者と一緒に育てた野菜を取り入れた献立を立てている。利用者の意欲を引き出し、自主的にできることをやらせよう雰囲気を作っている。また、食べやすい食材を工夫する等楽しく、美味しく食べられるように支援している。	
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	・食事量や水分量については、常時記録に残しながら、促進している。但し、摂取意欲の低下がある際は多角的な視点で見るとおり、便秘やその他の症状から派生して意欲低下に繋がる要素がないか等の経過観察を行うようにしている。		

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
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	・口腔衛生やケアについては、一人一人の口腔内の状態を共有し、義歯の緩みや汚れ、口臭等の状態を確認している。嚥下、咀嚼、唾液の状態によっても口腔ケア用品(スポンジブラシ、口腔要ウエットティッシュ等)を使用し対応している。又、自身でしっかり磨きやうがいが出るよう促進している。		
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	ケアの中で、一人一人の排泄の一連の動作を確認しながら、必要時に評価を行い、排泄時間の間隔、行動パターン、排泄用具(紙パンツ、パット等)の検討を行い対応している。又、羞恥心を伴う状況においては、扉近くでの声掛けや時間を置いての状況確認等、臨機応変に対応している。	様々な食材を取り入れたり、体操を行ったりして自然な排泄が促されるよう支援している。一人ひとりの排泄パターンを把握しながら、声掛けの方法やタイミングを工夫し、トイレでの排泄を支援している。	
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	排便状況の確認は、随時実施しており、便秘時の対応は個別的に状態に応じて、医療職が中心となり、下剤・整腸剤・乳酸菌飲料・ヨーグルト・食物繊維・オリゴ糖等を組み合わせたり、一日の活動量の多少に伴う腸内の蠕動運動の強弱の可能性についてもおおよその要因としながら対応するようにしている。		
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	通常は午前中が入浴時間となっているが、午後希望の方や午前中に入れなかった方に午後入浴を実施して頂いている。また、大浴場での入浴だけでなく、本人様の希望に合わせて個浴場での入浴をして頂き柔軟に対応している。又、ゆずや菖蒲等の季節にあったものをお風呂に入れたり、その時によって、入浴剤等を入れ、お風呂の湯の香りを変え、楽しみとしていただく事もしている。	何人かに入れる檜づくりの浴槽の他、ストレッチャーで入ることのできる機械浴があり、利用者の身体状態に合わせた入浴ができるよう支援している。入浴時に音楽を流したり歌を歌ったり、入浴剤を入れたり、楽しんで入浴できるよう工夫している。	
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	以前、ご自宅で就寝されていた時間、昼休み定期にしていた等の生活暦がある状況では、その生活を出来る限り継続して頂き、安心した休息としてもらえる環境作りをしている。		
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	看護職員が薬情を確認し、変更があれば介護職員に伝え、朝・昼・夕・就寝前の医師の指示により処方された薬を提供し、それに伴うリスク等(副作用)については随時情報共有を行っている。尚、排便状況については、便秘状況を適宜共有していき、医療職と相談しながら、下剤・それ以外の対応でスムーズな排便につなげられるように支援している。		
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	趣味・行事への参加・習慣となっている行動・食事での嗜好品の提供・食事や掃除などで役割を持った生活の実践などを行い、気分転換等の支援を行っている。又、外出支援や畑仕事を天気の良い日に行ったり、敷地内にて日向ぼっこしたりする事で気分転換をしていただいている。		

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	季節ごとの行事での外出支援はもちろんの事、買い物やその他天気の良い日等は外出の機会を作れるよう支援している。又、家族が外出と一緒にいけるよう、入居中での生活状況(排泄・食事・入浴、その他)のケアについて、家族が外出時にもケアに困らないよう支援している。	敷地内の散歩や野菜作りのため定期的に屋外へ出ている。花見や紅葉狩り等季節の外出の他、利用者の誕生日の時には担当が中心となり予定を立てたり、同法人のグループホームへ出かけ交流を行っている。家族と連絡を取り合い、本人の希望する自宅や温泉等へ外出できるよう支援している。	
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	お金を所持したり、現金をその場で本人に支払っていただく機会を設けられていない。		
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	・電話については、本人が”電話をさせてください”というときは出来るような状況としている。手紙については、本人から出すという事はしていない。絵手紙がお好きな方で”一緒に郵便にだしにいきましょう”と促していた。		
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	共有空間については、狭小スペースであるが、お客様の関係性や生活動線(排泄、歩行状況、居室までの距離)等を随時生活の中で確認し、お客様に声掛けしながら対応している。又、居室内の空間作りは、自宅で生活されていたときの写真や筆筒等の自身が大切にされていたものをお持ち頂き、心の安心感をもって生活できる空間作りが出来るよう支援している。	共用スペースは、利用者や職員から、使いやすさについての意見を取り入れ、配置を工夫したり、必要な修繕を行っている。季節を感じられる装飾をしたり、季節によって温度や加湿、換気を行い、快適に過ごせ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	共有空間には決まった席があり、そこで気の合う方と過ごせる空間を作っている。他に、ソファ一席を準備しており独り、又は二人で本を読んだり休んで頂けるスペースも用意して自分が思い思いに自発的に過ごせるパーソナルスペースを確保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	・個室では、インテーク時より本人の自宅で安心できる家具、配置等を確認しつつ、入居時からの環境要因からの不安を軽減する為に、適宜職員間、家族、本人の意向等も同時に確認しながら対応している。	自宅での生活の状況や利用者の希望を丁寧に聞き取り、居室の環境を整備している。自宅で使っていたたんすや写真、愛着のある物を持ち込むことができ、ベッドを使用したり、畳敷きで布団を使用することも選択できるようになっている。	
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	建物内部でお客様の生活動線に繋がる状況において支障があれば、随時修繕依頼をしていき環境要因でのリスクに繋がらないように対応している。		