

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	0793100124		
法人名	株式会社エコ		
事業所名	グループホームきずな1階		
所在地	福島県田村郡小野町大字谷津作字高山3-5		
自己評価作成日	令和5年11月26日	評価結果市町村受理日	令和6年2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6年1月19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)】

・地域にある総合病院と緊急時に24時間365日救急搬送を受け入れていただけるよう、医療協定を結んでいるため安心してお過ごしいただけます。
 ・定期的な防災訓練や救急救命訓練を実施し、災害時にも対応できるよう備蓄品の管理を行うことで万が一の際にも対応できるよう備えています。
 ・入居者様の笑顔が一番を考え、外出ができなかったり、思うように面会ができない日々でも塞ぎこんでしまうことのないように、日常生活の中でのレクリエーションや行事を積極的に取り組むことで、楽しみを見つけていただけるように支援しています。

【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)】

1. 利用者が、理念にある「笑顔」を生活の中で表わせるよう、事業所周辺の散歩や歴史あるお地蔵様参りを希望で日課にするなど、利用者の意向に沿った支援をしている。また、事業所内でのレクリエーションや行事を行い、花見や紅葉見学など外出の機会を設けながら、気分転換と生活の中に楽しみと潤いを持たせながら、笑顔を引き出せる取り組みを推進している。
 2. 身体拘束・虐待防止に向けた取り組みを、職場全体で積極的に取り組んでいる。職員全員に対するアンケート調査を行い、集計結果を基に職場での身体拘束・虐待防止への認識と不適切なケアが無いかな分析のうえ、職員で話し合い、研修を重ねながらサービスの向上を図っている。

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、活き活きと働いている (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、安心して暮らしている (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	入居者様1人ひとりの生活歴を尊重し、その人に合わせた生活を送ることができるように支援しながら、小野町のキャッチフレーズである「笑顔とがんばり」をモットーに入居者様には常に笑顔で接することを心掛けています。また、毎朝申し送りの際に事業所理念を唱和し、職員間で共有しています。	事業所理念を玄関・事務室に掲示している。朝の申し送り時に理念を唱和し、共有しながらケアに反映できるよう取り組んでいる。日常のサービス場面では、利用者と職員が笑顔で係わり合いができるよう理念を意識しながら取り組んでいる。	
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	町内会に加入し隣組との関わりも継続しています。今年度はコロナも5類に移行したことで地域の青年団の獅子舞も来所していただきました。馴染みのある店から出前を取ったり、散髪をお願いすることで地域の話ができる機会も作っています。	町内会に加入し、地区情報や町広報誌などを得ている。コロナ5類移行に伴い、町の認知症カフェへの参加や地区青年団の獅子舞の来訪をいただいている。また、今後、地元高校生による介護予防体操の取り組みについての申し出があり、実施を検討している。	
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	町で開催している地域の住民の方との関わりや認知症への理解を深めるためのカフェに参加し、地域の方々に認知症に関する理解を深めていただきながら、関わりを持つことができるようにしている。		
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	本年度7月より運営推進会議を施設で開催することが出来ています。家族様、入居者様にも参加していただくことで現在の施設での取り組みや、入居者様の状況について知っていただきいただいた意見をホーム運営に役立てています。	コロナ禍では書面による会議開催としていたが、「運営に関する意見・要望・助言等提案書」により、委員から意見を頂きサービスの向上に努めている。今年度7月から対面での会議が出来るようになり、利用者・家族・各委員から意見や要望を頂き、事故報告がわかりにくいとの意見があり様式を変えるなど、意見を反映している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	各市町村役場とこまめに情報の共有をするために報告・連絡・相談を行っています。また行政担当者が運営推進会議の委員となっていることで会議に参加していただき運営状況についても都度報告し理解をいただいています。	各町村担当者とは、ワクチン接種や事故報告、諸手続き更新、利用者の今後の施設選択等の相談やサポートがあり、協力関係を深めている。また、町担当者からは、研修等の情報を頂き参加するなど相互協力関係を築いている。	
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	身体拘束について定期的に内部研修を実施し、職員間の意識の統一を図るとともにチェックリストを用いてケアに関する振り返りを行っています。身体拘束を行わないためのケアの仕方、声掛けについても職員間で話し合いを行うことで解決しています。	身体拘束適正化委員会を定期的に開催し、研修会を開催している。全職員にアンケート調査を実施し、集計結果を基に事業所の傾向を示し、身体拘束をしないケアを実践している。また、不適切と思われるケアについて職員間で話し合い、確認できる職場づくりに努めている。	

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
7	福-1	○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	虐待に関しても定期的に内部研修を実施しています。虐待につながるような声かけなど不適切なケアに対するアンケートを実施することでホーム内の現状を把握しながら虐待防止に努めています。	身体拘束等適正化委員会と一体的に活動し、チェックリストによる検証と傾向・現状把握と対策を行いながら、研修を重ね虐待が見過ごされることがないケアを実践している。	
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	権利擁護に関する研修を受講し、伝達研修を行うことで職員が権利擁護に関する知識を得ることができる機会を設けています。		
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	家族様、入居者様が疑問や不安に思うことを事前にお聞きしながらご理解いただけるような説明を行うようにしています。退去後にも何かあれば気軽に電話等で質問にお答えできる旨もお伝えしています。		
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	面会や定期受診で家族様にお会いする際には入居様の状態をお知らせすると共に、家族様の意見を聞く機会を設け、申し送り、ノートを活用して職員間で周知し意見を反映するようにしています。	日常生活の中での会話や何気ない言動から利用者の思いや意向の把握に努めている。また、通院や運営推進会議等で家族の意見・要望を把握するよう努めている。出された意見や要望は、職員間で共有し、運営に反映するよう努めている。	
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	定期的な職員との面談の機会、時間を設けるようにしています。その中で出た意見に関してホーム運営がより良くなるもの、実現可能なものを職員間で話し合いながら実施しています。	管理者・主任は、日頃から職員の意見や要望を聞くよう努め、会議や各種委員会等で把握している。年2回の職員面談や職員自己評価を基に、職員と話し合い意見や要望を把握し、それを運営に反映している。	
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	職員一人ひとりのスキルに合わせて得意な事を活かした役割分担を行うことで、協力してホーム内の環境整備ができるようにしています。労働時間についても状況に合わせて調整することで働きやすい環境を整えています。		
13	福-2	○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績と力量を把握し、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	コロナ渦で参加できていなかった研修にも今年度は多く参加できるようになっています。資格取得に関しても個人の力量に合わせて案内し、サポートしています。	研修計画を策定し計画的な研修を実施している。職員の経験年数やスキルに応じた研修受講の機会を設けており、他福祉施設との共同研修にも取り組んでいる。また、法人本部と連携しながら資格取得学習支援に取り組んでいる。	

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
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	地域の事業所が集まる研修会に参加し、交流を通して情報の共有をはかっています。また、同一敷地内にある特別養護老人ホームへ職員が訪問し研修を行うことでサービスの質の向上に努めています。		
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	環境の変化に伴い不安を抱えている方も多く、出来る限り本人に寄り添いながら話を聞いたり、どのようにしたら過ごしやすくなるのか等伺いながら、少しでも早くホームでの生活に慣れ、安心して過ごすことができるよう努めています。		
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	家族様が不安に思っている事、困っている事を入居後はもちろん、サービスも聞きながら問題解決に努めることで、信頼関係を築けるように努めています。		
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	本人様、家族様からお話を伺い、今どのような部分に手助けが必要かを見極めることでサービス内容を決定しています。また今後必要になるであろうサービスについても提案させていただきながら一緒に考え選択ができるように心がけています。		
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	洗濯物たたみや簡単な調理等、一緒に行うことができる日常生活動作に関しては、体調の確認をしながら無理のない範囲で行っていただいています。入居者様同士も自然と声の掛け合いが生まれ支えあう関係が築けています。		
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	病院の定期受診に関しては家族様の役割とすることで、入居者様と家族様の関わりを持ちながら入居者様本人を共に支えていく関係を築けるようにしています。		
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	感染状況に合わせた感染対策を実施しながら、なるべく本人様の希望に合わせてお会いする機会が作れるように努めています。また遠方でなかなかお会いできない方に関しても毎月のお便りに写真の添付と生活状況を同封することで安心感を得られるような工夫をしています。	コロナ禍時は、感染症対策として事前申し込みでの面会を実施している。通院は家族対応としており、受診の際は食事や買い物をするなど関係が継続されている。また、家族と墓参りや友人との手紙のやり取り、事業所便りに生活状況を掲載するなど、関係継続が出来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	入居者様一人ひとりの性格や関係性を考慮しながらトラブルにならないように状況に合わせて職員が介入しコミュニケーションのきっかけを作ったり、レクリエーションを行うことで関りが持てるように支援しています。		
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	近隣の居宅介護支援事業所への定期的な訪問の際に情報を共有しながら、退居後もサービス利用のサポートができるように努めています。		
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	家族様から生活歴を伺い把握することで入居者様一人ひとりの生活リズムに合わせ支援しています。思いがあってもうまく訴えることができない方に対しては、表情等から本人様の思いを汲み取ることで本人本位のサービスを提供できるように努めています。	入居時に、利用者の生活状況や生活習慣等について家族から情報をいただき、利用者の思いや希望を大切にされた支援を心がけている。訴えが難しい利用者には、日頃の言動や表情・動作等から意向を汲み取り、本人本位に検討している。晩酌の習慣から、ノンアルコール飲酒で希望に応えたケースもある。	
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	入居前の生活歴等について家族や担当ケアマネージャーから情報を得て、これまでの生活に近い暮らしができるように生活環境を整えています。		
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	日々の生活の中で入居者様のいつもと違う所に気づきを持ち、心身状況等を職員間で共有しています。また本人様のできること、難しくなっていることを見極めが把握できるように努めています。		
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	介護計画の作成に際して遠方でなかなかお会いできない家族様に関しては電話や文書で意向を伺っています。また本人様、日頃関わっている職員からの情報も共有し、チームで作成しています。	入居時、本人や家族の意向を反映し1か月分の介護計画を作成し、状況に応じて見直しを行っている。3か月毎に計画の見直しを行い、担当職員がモニタリングを行いケース会議で意見を出し合い、現状に即した介護計画を作成している。家族等の意見はアンケートや電話で確認し反映している。状況変化時は、都度見直ししている。	
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	介護計画をもとに毎日の様子を個別に記録し気づきや、ヒヤリハット等の対応策、受診の結果等を申し送りノートを活用して情報共有し介護計画の見直しに生かしています。		

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
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	常にアンテナを張りながら情報収集に努め、本人や家族のニーズに柔軟に対応できるよう体制を整えています。		
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	今年度より包括支援センター主催で行っているカフェに参加し地域の方のサポートを受けながら地元で生活していくことができるきっかけ作りを行い、より楽しみながら過ごしていただけるように支援しています。		
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、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	家族様の協力のもと今まで受診していたかかりつけの病院へ受診しています。体調の変化等がみられた場合には情報を文書にし家族様に持参していただくことで伝えています。また、必要に応じて受診に同行することで、心身の状態を主治医にお伝えしています。	協力医による訪問診療を行っていないため、入居時に外来受診は家族対応となることを伝え、従来のかかりつけ医の継続通院を勧めている。家族を介して利用者の状態等をメモにして主治医に伝え、受診結果は家族から報告を受け申し送りや受診記録に記入して職員間で共有している。	
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	医療連携や往診体制を整えるのが困難な環境の為、社医や社内の訪問看護師と連携が取れるよう定期的に入居者様の情報共有し、かかりつけ医が休診や時間外で相談できない場合でも適切な指示が得られるように支援しています。		
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。	地域にある総合病院と医療協定を結んでいることで緊急時の救急搬送の受け入れていただけるような良好な関係を築いています。入院時の情報共有についても事前に書式をいただいているためスムーズに入退院ができています。		
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	入居時や体調の変化時等、場面場面に終末期に関する本人・家族の意向を書面を用い確認しています。重症化した場合には考えが変化する可能性も大いにあるため、場面場面で再確認し医療関係者を含め支援できるよう取り組んでいます。	重度化対応についての指針は作成していない。契約時に看取りを行っていないことを口頭で説明して承諾を得ている。重度化した場合は家族の意向を文書で確認のうえ、希望に従い病院や特別養護老人ホーム等への移行を支援している。要介護3になった時点で、特別養護老人ホーム等への申し込みの状況を確認している。	重度化した場合の事業所の対応方針をまとめた指針を作成し、契約時に指針に基づき本人や家族へ説明を行い、書面で同意を得ておくことが望まれる。
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	急変時や事故発生時にも対応できるようAEDを設置しています。また、事業所運営法人所属の元消防士から定期的に救急救命訓練を受けることで、急変や事故発生に備えています。救急搬送についての電話応対も常にできるように職員に練習の機会を設けています。		

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
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	避難訓練等の様々な防災訓練を計画し毎月実施しています。ハザードマップは事業所内の目立つところに掲示して確認しています。非常時の備蓄品管理についても訓練の計画に取り入れることで定期的な点検を行い災害時に備えています。	防災総合訓練を年2回実施し、うち1回は消防署の立ち会いを得ている。その他に自主的に地震や夜間など様々な想定避難訓練を実施し、毎月1回は訓練を行っている。ハザードマップ上では、被災想定区域にはなっていない。前回の外部評価で課題となった指定避難所へのバスでの移動訓練は、職員が利用者役になって実施している。	災害時の地域の協力体制が整備されていないため、地域住民等の協力体制の構築に向けた取り組みが望まれる。
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	入浴や排泄時にはプライバシーに配慮した声掛けに努めています。また会話の中で慣れ親しんだ方言を使用しながらも、日常的な言葉遣いには特に注意し、職員同士気づいたことは指摘し改善に努めています。	排泄の声掛けは、耳もとで他の利用者に聞こえないように配慮している。また、居室に入居する際は、ノックや声掛けを行い本人の了承を得るようにしている。入浴等で同性介助を希望する利用者には対応している。毎年、接遇等の研修を実施し職員への浸透を図っている。	
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	小さなことでもご自身で意思決定ができるように、思いを気軽に言える雰囲気を作ったり、自己選択、決定ができるような働きかけを行っています。		
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	一人ひとりの生活のリズムに合わせて、職員のペースを押し付けることのないように注意しています。本人様の希望を聞きながら、その方に合ったペースで過ごしていただけるようにしています。		
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	季節や気温に合わせて声掛けや見守りを行い、その方の好みに合わせた衣類を着用できるようにしています。また定期的な訪問理容を利用したり、家族様の中には理美容師の方がいらっしゃり、ホームへ来所されて散髪して下さることもあります。		
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	昨年食事に関しての業者を変更し季節に合わせた行事食や麺類を以前よりも提供できるようになりました。それとは別に毎月ホーム独自の行事を開催し、近隣のお店からの出前を取ったり、リクエストをお聞きして調理する等の工夫もしています。	3食とも配食会社のチルド食を提供し、事業所ではご飯と味噌汁を作っている。利用者は配膳や下膳を手伝っている。昨年、業者を変更したことにより、それまで提供されなかった麺類・カレー・丼物がメニューに加わり、喜ばれている。年1回は地元の食堂からラーメンの出前をとっている。	3食ともチルド食の提供となっているため、職員が利用者の希望メニューを確認して旬の食材を使用した手作りの料理を提供する機会を定期的実施するなど、利用者が食事を楽しむことができる支援を行うことが望まれる。
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	食事や水分の量は都度、個別の記録用紙に記入確認をしています。一日の中で不足している方には体調の変化に注意しながら補給していただけるように支援しています。		

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	起床時、就寝時、毎食後には必ず声掛けをしながら、お一人で難し方の場合には見守り、一部介助行いながら実施しています。ブラシでの口腔ケアが難しい方については口腔ケアウエットティッシュを使用する等の工夫をしています。		
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	おむつやリハビリパンツを使用している方でも出来る限りトイレでの排泄が出来るように定期的な声かけを行っています。排泄チェック表を作ることで排泄パターンを把握し、ケアに活かしています。	基本的にトイレで排泄できるように支援している。排泄チェック表により排泄パターンを把握し、個々にトイレ誘導を行っている。その結果、トイレの訴えがなく失禁していた利用者が尿意や便意を感じてトイレの訴えができるようになり、常時オムツの使用者は日中は外すことができるようになっている。	
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	毎日の個別記録とは別に排便チェック表を作成し便秘していないかを確認、必要に応じて適度な運動や水分摂取の声かけをしています。また重度の便秘の方には乳酸菌飲料や乳製品を提供することで排便を促しています。また定期受診の際に主治医に相談し整腸剤や下剤の処方をして頂いています。		
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	入浴確認表を作成することで誰がいつ入浴したのかを一目で確認できるようにしています。それに合わせて入浴の声掛けをし、入居者様一人ひとりのタイミングに合わせてながらも間隔が空きすぎることのないようにしています。	週2～3回の入浴を支援している。時間帯は昼休みを除き10:30～16:30までとしている。利用者は、基本的に入浴は好きであるが入るまでが面倒な方が多いため、特別感を出して風呂場に行くのが楽しくなるような声かけをして誘導している。時折、入浴剤や柚子を入れて楽しんで貰っている。	
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	季節や気温に応じて空調を上手く利用しながら室温、湿度を調整し快適に休めるようにしています。また、その方に合った寝具(電気毛布等)で調整していただき、使い慣れたもので安心して気持ちよく眠れるように支援しています。		
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	処方内容や服薬状況について個別に受診記録を作成し、処方薬の変更など職員間で情報共有しています。受診結果についても家族様に確認して変化があった場合には業務日誌、申し送りノートを利用して申し送りを行っています。		
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	短時間でも、ホーム周りの散歩等で外出の機会を設け楽しみを作っています。また町の展示会に向け作品の創作に取り組んでいただき、一緒に展示をしに出掛けるなどしています。		

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
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	施設に入居していても季節を感じる事ができるように、年に2回バスを利用してドライブしています。また月に1回の定期受診の際には短時間でも近隣のドライブを家族にお願いしています。	日常的に、事業所前の坂道の上下りや道路わきのお地藏様へのお参り等の散歩に出かけ、車椅子の利用者は敷地内で散歩や外気浴を行っている。また、年2回車椅子でも乗車できる本社のバスを利用して近隣の景勝地へドライブに出かけている。利用者は毎月の外来者受診時に、家族とともに外食や買い物を楽しんでいる。	
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	ご自身で管理でき、自己管理の希望がある方には少額でも本人にも所持していただき、ホーム前にある自販機や訪問販売等で好きな物を買っていただいています。。		
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	家族様の了承を得ながら、入居者様から希望がある際には電話を取り次いでいます。また個人で携帯電話を持ち定期的にお話されている方もいらっしゃいます。手紙のやり取りもできるように積極的に支援しています。		
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	リビングの壁画には毎月季節に応じた貼り絵等を飾ることにより季節感を味わっていただけるような工夫を行っております。また感染対策として換気や消毒を定期的に行い、安心して過ごせるよう環境整備しています。室温、湿度調整、におい等についても十分に配慮しています。	季節を感じられるように、時候にあった装飾を利用者とともに毎月作成し、リビングの壁面に掲示している。また、利用者の折り紙やぬり絵の作品を掲示している。毎朝、職員が掃除を行い、利用者はモップかけなどを手伝っている。また、温度計や湿度計を設置し、職員がこまめに調整して利用者が快適に過ごせるよう配慮している。	
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	共有空間は食事の時間以外にも服すの入居者様が集まる空間の為、ソファを設置したり、食卓も入居者様が座る数より多く準備することで一人ひとりが自由に過ごすことのできる場所になるようにしています。		
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	自宅で生活されていた際に使用されていた寝具等馴染みのあるものをお持ちいただくことで、ご自宅で過ごされるのと同じように安心して過ごすことができるようにしています。。	居室には、ベッド・エアコン・衣装ケース・トイレ・洗面台・加湿器付き空気清浄機が備え付けられている。ベッドの位置は、利用者の障がい内容や車椅子の有無等により安全に生活できるよう配慮して決定するよう支援している。利用者は、テレビ・ラジオ・DVDプレーヤー・こたつ・椅子など馴染みの品物を持参し、その人らしい居室づくりを行っている。	
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	入居者様のADLに合わせて廊下や居室入口、トイレに手すりを取り付ける等することにより、出来る限り自力歩行で移動ができるようにしています。		