

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	2170103986		
法人名	有限会社 アルファメディカル		
事業所名	ハートヴィレッジ老松		
所在地	岐阜県岐阜市老松町10		
自己評価作成日	平成29年8月10日	評価結果市町村受理日	平成29年11月20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.kaizokensaku.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigvsoyoCd=2170103986-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利法人 岐阜後見センター		
所在地	岐阜市平和通2丁目8番地7		
訪問調査日	平成29年9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)】

看取りの希望が多くあり、家族も交えた医療との連携を密に行っています。胃ろうに対応しております。街中に立地して面会に来やすく、家族と職員の間関係も良好で、どの職員も面会の家族に近況の説明をいたします。利用者の自立支援を念頭に置いたケアを実践しています。

【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)】

車の往来が多い市街地の中にあり、1階はデイサービス、2、3階がグループホームとなっている。現在ホームでは、利用者の重度化に伴い、当初から行っている外出や催し物などホーム全体での取り組みが困難になり、個別に対応が必要な状況になってきている。管理者は経験豊かな看護師であり、制度・介護に強いケアマネージャーと良好なコンビネーションのもと、互いの特徴を活かして指導力を発揮し、職員全員でチームケアにあたっている。また、母体法人が医療法人であるので、24時間の訪問看護、吸痰や胃ろうの対応等で、密な医療連携体制ができており、利用者・家族の安心に繋がっている。看取りも家族の意向に沿った支援ができています。さらに運営推進会議において地域へ医療・介護の情報発信しており、また防災訓練においても地域との連携関係ができています。

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 ↓該当するものに○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	基本理念である「利用者様第一主義」を常に意識しており、本人・家族の意向確認をしている。家族や知人の面会は歓迎しており制限はない。	とてもわかりやすい理念「利用者様第一主義」を掲げ、ケアの実践において常に立ち戻る理念として、職員に意識化を図り、実践にあたっている。また研修・ミーティング等で理念について具体的な事例に結び付けて話し合う等して、職員への周知徹底に努めている。	
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	季節の行事に合わせて近隣の方を施設に招いている。地域の行事に参加している。自治会忘年会や新年会には管理者が出席、地区の避難訓練には参加可能な職員が行く。毎週や毎日の交流はない。	町内会に加入し、一員として自治会活動に参加している。防災訓練に参加し、救護班に加わる等地域の中での役割を担っている。また地元の馴染みの店に出かけたり、夏祭りや運動会等の行事に参加したり、近隣の保育園と交流する等、地域との関係を深めている。	
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	本人と一緒に買い物に行き、支払いも自分でしてもらう。店側にも挨拶に出向いた。地区行事や散歩時、挨拶している。『介護よろず相談』を開始し公民館にパンフレットも置かせてもらった。		
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、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	会議は、日常の様子や行事紹介、今取り組んでいること、「ミニ講座」、世間の新鮮な話題・動向などの内容。話を振っても意見はほとんど聞かれない。	2か月ごとに定期に開催している。会議ではホームの取り組みの報告や認知症、介護、医療知識等を提供する「ミニ講座」を開く等して地域への情報発信も行っており、地域の方々にホームを知っていただく機会ともなっている。	ミニ講座の担当を自治会長や消防署、民生委員など参加者が交代し合って、それぞれの話題提供をお願いする等工夫し、より一層の地域情報の集積や交流の推進に向けた取り組みに期待したい。
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	運営推進会議の案内など必要時の連絡で、会議内容の詳細は送る。市の助成で介護ロボットを購入し、使用状況は職員が案内し、市職員が実際に確認された。メールで報告書も提出した。	市担当者が運営推進会議へ出席し、制度の変更や改正等について情報提供が行われている。市の助成金を得て介護ロボットの使用を試み、使用状況を報告して介護負担の軽減や問題点について共に研究する等、協力関係ができています。	
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	いつも問題となる玄関の施錠は、無人であるため防犯上必要である。画面付きインターホンがあり来客に不自由はない。職員研修は身体拘束の正しい理解が身に付き、お互いいけない事はいけないと注意し合えるようにという狙いで行っている。	行動を制限したり、禁止したりすることも拘束にあたらないか検討し、理念に沿った、利用者の希望を取り入れたケアに努めている。また、身体拘束についての研修を実施している。特に言葉による拘束について課題であり、事例を通して職員間で協議している。	
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	気になる対応は直接職員に伝えたり、管理者から注意を促す。ひやりはっと報告を奨励し、ミーティングで振り返りをしている。家族の対応で気づいたことは、管理者やCMから家族に伝えるようにしている。		

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
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	以前は被後見人がおられたが現在はおられない。研修も3年ほどしていないが、職員にある程度の知識はあり、必要な時は関係者につなぐことができる。		
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	自宅訪問で本人・家族に不安な点などを尋ね、できるだけ要望に沿うよう対応し安心してもらう。自宅での習慣がガラッと変わらないように考慮する。制度改定があった時は口頭と文書で説明している。		
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	意見箱があるが活用されていない。面会やサービス担当者会議で話しやすい雰囲気作りを心がけこちらから確認もする。意見・要望を外部に発信できるのは運営推進会議や外部評価アンケートかと思われる。	利用者・家族が気軽に話しやすい関係作り心がけ、家族が来訪する度に利用者の日頃の様子を話す等している。「満足度調査」を実施して、他部署とも連携して、要望や意見に対応すべく取り組んでいる。	
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	個人面談やミーティングで話す機会はある。必要な事は管理者が代表者に伝えるが、職員からこれといった意見・提案は聞かれない。	管理者もケアマネージャーも現場に入っているため、日頃の業務についての話はその都度話し合っている。また年2回、個別に面談の機会を設け、仕事や日頃思っている事等についても話している。	
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	管理者が代表者に、職員の個人面談の結果を報告している。労働条件は管理者が個人の状況をみて考慮している。		
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	研修制度あり。管理者が個別評価を行い、研修実績は総務で管理。各研修は管理者の選択と希望者を募る。研修後は簡単に伝達研修を行い、レポートはファイルし全員が目を通す。		
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	職員が研修先で同業者と話をする機会はあるが、その先につながる交流はない。		

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
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	自宅訪問で、本人が不安に思っていることなど傾聴し、一緒に考えていきましょうと話している。又入居されても家族や近所と縁が切れるということではないことも話している。		
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	今だけでなく、後から思いついたことや気になることなどはいつでもお聞きしますと話し、不安はそのままにせず、一緒に解決できるようにしたいと説明している。罪悪感を持つ家族の気持ちを傾聴している。		
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	本人・家族と話す時は老松関係者(介護、看護)と在宅のCMも同席で、入居のメリット、デメリットを見極め、他の支援の可能性も検討している。		
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	ひとりが24時間一緒にいるわけではないが、自立支援の視野でやれることは見守り、手伝いが必要な時は一緒に行っている。ポジティブな思いを持ってほしいと思っている。		
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	介護のプロでも家族にはかなわない。家族にしかやれないことを担って頂ける様にお願ひし感謝している。		
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	個別に本人をなじみの場所にお連れする支援は家族にお願いしている。面会者は大歓迎で、本人が面会者を理解できない場合は、職員がフォローしている。	ホームでの生活が今までの生活の延長線上であるようにとの考えから、利用前の知り合いの人々との関係が継続できるように努めている。面会はいつでも可能であり、友人、知人の来訪にも配慮している。昔の職場の友人が長年に渡って来訪している利用者もみえる。	
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	様子観察をしながら、関わりの必要な方、関われそうな方などを見極めながら、リビングの席位置を考えている。状況によっては席変更もする。		

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
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	長期入院での退居時には、家族に退院の声掛けがあった時等相談にのれることを話している。院内の相談室や地域包括支援センターなどの情報も伝えている。		
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	各担当職員は利用者のモニタリングやアセスメントにも関わり、常日頃から情報を得られるように接している。得られた情報は家族にも伝え、実現に向けて話し合っている。	職員は、日常的な介助の場面で、その時々話題を投げかけたりしながら話を引き出す等して寄り添いつつ、利用者の言葉やしぐさ等から利用者の思いや意向についての把握に努めている。研修を行い、観察力を高めると共に、職員間で利用者の希望等の情報の共有化に努めている。	
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	入居前に家族や在宅のCMから情報を得ている。入居後は世間話の中、いつもの生活に近づけないか、ポジティブな思いを持ってないか等考えながら把握に努めている。		
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	これまでの暮らしぶりなどの情報を念頭に置き、口頭や申し送りなどで職員間の情報共有をしている。モニタリングでは担当だけでなく他の職員からも情報を得るようにしている。		
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	個々の担当者が中心となって行うモニタリングやアセスメントを計画担当者がまとめて原案を作成、それをもとに本人・家族、介護や看護職、リハビリ担当等で話し合っている。	職員が一堂に会する機会を作ることが困難なので、それぞれ関係職種ごとに状態が進む度に、話し合いながら計画を作成し、モニタリングを行っている。理学療法士も計画作成に参加しているので、リハビリ等の支援内容が具体的にわかりやすい内容になっている。	
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	介護記録やメモ、申し送りなどで情報の共有はできている。必要に応じて話し合い、その後の介護に活かすようにしている。		
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	状態の変化、意向の変更、生活状況の変化などGH内のことだけでなく、様々な状況変化の相談に乗っている。在宅のCMとも連携を図り支援してもらっている。		

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
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	GH内の生活が中心で、楽しみごとに地域資源の力を借りている。女性コーラス、保育園、お店、公民館、ドッグセラピーなど。		
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	在宅中の主治医の往診か通院の検討を本人・家族と行い、往診可能であれば主治医に挨拶に伺う。家族の希望でGHの提携先の医師を紹介したり、病状によっては他病院を勧めたりする。	在宅時のかかりつけ医を継続することも可能であるが、多くの利用者は協力医をかかりつけ医としている。他科受診の場合、家族に通院の同行を依頼しているが、困難な場合は同行支援をしている。また歯科については定期的な往診があり、きめ細かな指導を受けることができている。	
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	介護の気づきは即看護師に報告し相談・指示を受けている。ある程度のことは、看護師がメモや申し送り、実技指導で介護職が対応できるようにしている。		
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。	入院時に情報提供し、老松の名刺も手渡している。病院・家族に治療が終われば受け入れ可能であることを説明している。治療経過は家族や病院担当者に聞き取っている。お見舞い時に相談室にも挨拶している。		
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	入居時に看取りについて話す。できない時はサービス担当者会議や体調変化時に話し合う。いずれも家族の意向を確認し、できないことを説明し入院も視野に入れ、主治医も交え検討、外部サービスの導入についても話し合っている。	利用当時や重度化した時等、機会をとらえて主治医を交えて看取りの方針について話をしている。家族の意向を踏まえ、具体的な内容を記載したプランで対応している。現在は訪問看護の外部サービスを加え、24時間対応可能な体制にある。	
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	マニュアル設置他、緊急連絡先等が分かるようにしてある。救急隊への「情報提供カード」の用意もある。全ての職員の実践力については不明。		
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回防災訓練がある。避難誘導に女性防火クラブの協力が得られている。災害担当者を決め、備蓄や避難方法、緊急連絡方法等の詳細を職員全員が把握できるようにしている。	地域の女性防火クラブの協力を得て、年2回夜間も想定した防災訓練を実施している。避難方法や場所を確認し、対応方法を把握している。ハザードマップで水害等、立地の状況について把握しており、災害時の対策を検討している。備蓄は本部が中心に担当しているが、ホームでも最低限の備えをしている。	備蓄については法人本部で対策がなされているが、有事の際の本部とホームの連携や具体的な運用についての職員周知やホームにおける日頃の備えの強化に向けた取り組みに期待したい。

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
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	業務が忙しいとつい言葉がきつくなったり、急がせる声かけになってしまう現状で、職員同士で注意しあったり、管理者から話をすることもある。	利用者の思いに寄り添うことを第一に、一人ひとりの人格を尊重し、トイレのドア、脱衣所での衣服の着脱等、プライバシーに配慮している。利用者に対する言葉かけは、職員同士が注意し合っており、お互いに気をつける心がけている。居室も利用者のプライベート空間であるので、プライバシーを損ねないように配慮している。	
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	テレビや新聞を話題にして、食べたいものや興味のあること、行きたい先などの話をする。着替えや飲み物などは自分で決められる方には決められるように促している。		
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	まるきり全てとは言わないが、職員誘導の生活である。食事時間や入浴、臥床時間など本人の希望で対応。行事やレクリエーションの説明はしても参加は本人任せである。		
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	服を選ぶ方には自分で選んでもらう。行事等は身だしなみを整える介助や声かけをしている。限られた中から選ぶので、その人らしさに欠ける場合もある。汚れたら衣服交換している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎月希望食をそれぞれに確認している。限られた方たちではあるが、職員と一緒に食事作りをしてもらっている。	見て楽しみ、味わって喜んでもらえるように盛り付けや提供方法を工夫して食欲が増すよう考えている。メニューに毎月、希望食を取り入れており、鰻やお寿司の日等は好評で、笑顔が多く見られるとのことである。また利用者にはお米をといたり、野菜を切ったり等、能力に応じて役割を担っていただいている。	
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・水分量の記録で、栄養が足りない方はエンシュアや好物で補い、水分はお茶やジュース、老松水等をその方に合わせながら提供している。		
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	毎食後に歯磨きの声かけをしているが、無視の方もおられ無理強いはいしない。定期的に歯科衛生士の訪問もあり、職員に指導もある。希望すれば歯科医に診てもらえる体制にある。		

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
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	どのような状態の方でもトイレ案内していたが、骨折や疾病の為に中止した。今は動ける方に様子観察し案内、声かけ・確認する事でトイレ排泄ができています。精神状況によっては案内できないこともある。	排泄の自立は本人の尊厳にも大きく関わることであり、利用者自身の心身の能力に応じて自立へ向けて支援している。言葉かけに配慮しながら、誘導可能な人はトイレに誘導している。リハビリパンツ、パットなど7種類を利用者それぞれの状況に合わせて使用する等、排泄用具も研究して個々への対応を行っている。	
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	水分記録を活かし摂取量を増やすように意識して勧めたり、様々な飲み物を用意している。おつまみも用意する。自由に動かれるように見守っている。排便確認できない方は医師と相談している。		
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	入浴日や時間は勤務状況でほぼ決まっているが、個々のタイミングに合わせて案内している。体調も考慮する。午前→午後へ、今日→明日へ、清拭へなど	入浴日は週2回であるが、曜日や時間帯を利用者の希望や状況に応じて臨機応変に対応している。また入浴は利用者が楽しみのひとつであるので、ゆっくり、おしゃべりを楽しみながら入浴していただいている。	
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	本人の考えで、食後は居室で過ごされたり、リビングでうたた寝したりとさまざま、介助が必要な方は様子観察し、本人に確認してから安静時間を設けている。		
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	薬は看護師が用意し、介護職が服薬支援している。薬の内容は本人記録で確認できる。日頃の様子は介護記録で確認し、異常時はすぐ看護師に報告し指示を受けている。		
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	新聞やテレビ、レクリエーションを楽しんでいる。昔話を聞いたり写真をみせてもらう。話好きな方同士を引き合わせたり、職員が間に入ったりする。季節を感じられるように果物など購入している。		
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	日常的に外出できる体制ではないが、近所のお店には行く。企画しないと喫茶店に行けない。外出・外食が好きな方は家族に頼み外食に行けるようになった。季節的な面もあるのか外出希望は聞かれない。	以前はみんなでバスを借りて桜見や公園に出かけていたが、現在は利用者の重度化に伴い、なかなか困難になってきている。日常的に近所の薬局など買い物に出かけている。また家族の協力を得て、外食にも出かけている。	

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
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	日常でお金を持っていることはない。買い物をするときに本人に支払いを任せる事はある。小銭入れが手放せない方がすぐ紛失され「困った」と連発される。今はおもちゃのお金で満足されている。		
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	娘さん相手の携帯を持ち歩き頻回に使用されている方がおられる。職員に手紙を書いて渡されたり、夜中に家族に電話したいと訴える方には覚書で面会時に渡したら？とアドバイスする。		
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	適度な気温、新鮮な空気の入れ替えなどに配慮している。鉢植えをもっと置きたいが目に入ると叩き落としてしまわれる危険があり、花や葉っぱを食べてしまう方もおられ、多くは置けない。	訪問時、リビングはガラス張りで明るい雰囲気であった。利用者の多彩な周辺症状の危険回避のため、周囲にはあまり物を置いていないが、廊下のあちこちにソファが置かれており、一人で楽しむ時間を過ごせるスペースがある。また室温、湿度をチェックし、快適に過ごせるよう調整している。	
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	リビングでは気の合った方同士で話ができるように席位置に配慮している。廊下のソファでひとり寝転がったりされる。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は本人・家族が好きなようにしつらえている。こちらから直接指示するようなことはしないが、危険がある時は本人・家族と相談して、設置し直す。必要な方には扉の鍵の開閉を教える。	居室は利用者の家であるとして、安心・安楽に過ごせるように家族と相談し、馴染みの物を持ち込んで、好みに合わせて飾りつけをしたり、配置している。椅子、筆筒、テレビ、家族写真、吊るしの洋服等それぞれに個性ある居室になっている。	
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	限られた空間の中で、居室、トイレ、風呂場、リビング、廊下を自由に好きな様に移動できるように手すり設置し、歩行の邪魔にならないように整理している。		

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	2170103986		
法人名	有限会社 アルファメディカル		
事業所名	ハートヴィレッジ老松		
所在地	岐阜県岐阜市老松町10		
自己評価作成日	平成29年8月10日	評価結果市町村受理日	平成29年11月20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.kaizokensaku.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=2170103986-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利法人 岐阜後見センター		
所在地	岐阜市平和通2丁目8番地7		
訪問調査日	平成29年9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)】

--

【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)】

--

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 ↓該当するものに○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している (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	基本理念である「利用者様第一主義」を常に意識しており、本人・家族の意向確認をしている。家族や知人の面会は歓迎しており制限はない。		
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	季節の行事に合わせ近隣の方を施設に招いている。地域の行事に参加している。自治会忘年会や新年会には管理者が出席、地区の避難訓練には参加可能な職員が行く。毎週や毎日の交流はない。		
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	本人と一緒に買い物に行き、支払いも自分でしてもらう。店側にも挨拶に出向いた。地区行事や散歩時、挨拶している。『介護よろず相談』を開始し公民館にパンフレットも置かせてもらった。		
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、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	会議は、日常の様子や行事紹介、今取り組んでいること、「ミニ講座」、世間の新鮮な話題・動向などの内容。話を振っても意見はほとんど聞かれない。		
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	運営推進会議の案内など必要時の連絡で、会議内容の詳細は送る。市の助成で介護ロボットを購入し、使用状況は職員が案内し、市職員が実際に確認された。メールで報告書も提出した。		
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	いつも問題となる玄関の施錠は、無人であるため防犯上必要である。画面付きインターホンがあり来客に不自由はない。職員研修は身体拘束の正しい理解が身に付き、お互いいけない事はいけないと注意し合えるようにという狙いで行っている。		
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	気になる対応は直接職員に伝えたり、管理者から注意を促す。ひやりはっと報告を奨励し、ミーティングで振り返りを行っている。家族の対応で気づいたことは、管理者やCMから家族に伝えるようにしている。		

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
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	以前は被後見人がおられたが現在はおられない。研修も3年ほどしていないが、職員にある程度の知識はあり、必要な時は関係者につなぐことができる。		
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	自宅訪問で本人・家族に不安な点などを尋ね、できるだけ要望に沿うよう対応し安心してもらう。自宅での習慣がガラッと変わらないように考慮する。制度改定があった時は口頭と文書で説明している。		
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	意見箱があるが活用されていない。面会やサービス担当者会議で話しやすい雰囲気作りを心がけこちらから確認もする。意見・要望を外部に発信できるのは運営推進会議や外部評価アンケートかと思われる。		
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	個人面談やミーティングで話す機会はある。必要な事は管理者が代表者に伝えるが、職員からこれといった意見・提案は聞かれない。		
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	管理者が代表者に、職員の個人面談の結果を報告している。労働条件は管理者が個人の状況をみて考慮している。		
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	研修制度あり。管理者が個別評価を行い、研修実績は総務で管理。各研修は管理者の選択と希望者を募る。研修後は簡単に伝達研修を行い、レポートはファイルし全員が目を通す。		
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	職員が研修先で同業者と話をする機会はあるが、その先につながる交流はない。		

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
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	自宅訪問で、本人が不安に思っていることなど傾聴し、一緒に考えていきましょうと話している。又入居されても家族や近所と縁が切れるということではないことも話している。		
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	今だけでなく、後から思いついたことや気になることなどはいつでもお聞きしますと話し、不安はそのままにせず、一緒に解決できるようにしたいと説明している。罪悪感を持つ家族の気持ちを傾聴している。		
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	本人・家族と話す時は老松関係者(介護、看護)と在宅のCMも同席で、入居のメリット、デメリットを見極め、他の支援の可能性も検討している。		
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	ひとりが24時間一緒にいるわけではないが、自立支援の視野でやれることは見守り、手伝いが必要な時は一緒に行っている。ポジティブな思いを持ってほしいと思っている。		
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	介護のプロでも家族にはかなわない。家族にしかやれないことを担って頂ける様にお願ひし感謝している。		
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	個別に本人をなじみの場所にお連れする支援は家族にお願いしている。面会者は大歓迎で、本人が面会者を理解できない場合は、職員がフォローしている。		
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	様子観察をしながら、関わりの必要な方、関われそうな方などを見極めながら、リビングの席位置を考えている。状況によっては席変更もする。		

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
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	長期入院での退居時には、家族に退院の声掛けがあった時等相談にのれることを話している。院内の相談室や地域包括支援センターなどの情報も伝えている。		
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	各担当職員は利用者のモニタリングやアセスメントにも関わり、常日頃から情報を得られるように接している。得られた情報は家族にも伝え、実現に向けて話し合っている。		
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	入居前に家族や在宅のCMから情報を得ている。入居後は世間話の中、いつもの生活に近づけないか、ポジティブな思いを持ってないか等考えながら把握に努めている。		
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	これまでの暮らしぶりなどの情報を念頭に置き、口頭や申し送りなどで職員間の情報共有をしている。モニタリングでは担当だけでなく他の職員からも情報を得るようにしている。		
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	個々の担当者が中心となって行うモニタリングやアセスメントを計画担当者がまとめて原案を作成、それをもとに本人・家族、介護や看護職、リハビリ担当等で話し合っている。		
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	介護記録やメモ、申し送りなどで情報の共有はできている。必要に応じて話し合い、その後の介護に活かすようにしている。		
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	状態の変化、意向の変更、生活状況の変化などGH内のことだけでなく、様々な状況変化の相談に乗っている。在宅のCMとも連携を図り支援してもらっている。		

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
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	GH内の生活が中心で、楽しみごとに地域資源の力を借りている。女性コーラス、保育園、お店、公民館、ドッグセラピーなど。		
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	在宅中の主治医の往診か通院の検討を本人・家族と行い、往診可能であれば主治医に挨拶に伺う。家族の希望でGHの提携先の医師を紹介したり、病状によっては他病院を勧めたりする。		
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	介護の気づきは即看護師に報告し相談・指示を受けている。ある程度のことは、看護師がメモや申し送り、実技指導で介護職が対応できるようにしている。		
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。	入院時に情報提供し、老松の名刺も手渡している。病院・家族に治療が終われば受け入れ可能であることを説明している。治療経過は家族や病院担当者に聞き取っている。お見舞い時に相談室にも挨拶している。		
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	入居時に看取りについて話す。できない時はサービス担当者会議や体調変化時に話し合う。いずれも家族の意向を確認し、できないことを説明し入院も視野に入れ、主治医も交え検討、外部サービスの導入についても話し合っている。		
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	マニュアル設置他、緊急連絡先等が分かるようにしてある。救急隊への「情報提供カード」の用意もある。全ての職員の実践力については不明。		
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回防災訓練がある。避難誘導に女性防火クラブの協力が得られている。災害担当者を決め、備蓄や避難方法、緊急連絡方法等の詳細を職員全員が把握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
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	業務が忙しいとつい言葉がきつくなったり、急がせる声かけになってしまう現状で、職員同士で注意しあったり、管理者から話をすることもある。		
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	テレビや新聞を話題にして、食べたいものや興味のあること、行きたい先などの話をする。着替えや飲み物などは自分で決められる方には決められるように促している。		
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	まるきり全てとは言わないが、職員誘導の生活である。食事時間や入浴、臥床時間など本人の希望で対応。行事やレクリエーションの説明はしても参加は本人任せである。		
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	服を選べる方には自分で選んでもらう。行事等は身だしなみを整える介助や声かけをしている。限られた中から選ぶので、その人らしさに欠ける場合もある。汚れたら衣服交換している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎月希望食をそれぞれに確認している。限られた方たちではあるが、職員と一緒に食事作りをしてもらっている。		
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	食事量・水分量の記録で、栄養が足りない方はエンシュアや好物で補い、水分はお茶やジュース、老松水等をその方に合わせながら提供している。		
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	毎食後に歯磨きの声かけをしているが、無視の方もおられ無理強いはいしない、。定期的に歯科衛生士の訪問もあり、職員に指導もある。希望すれば歯科医に診てもらえる体制にある。		

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
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	どのような状態の方でもトイレ案内していたが、骨折や疾病の為に中止した。今は動ける方に様子観察し案内、声かけ・確認する事でトイレ排泄ができています。精神状況によっては案内できないこともある。		
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	水分記録を活かし摂取量上げるように意識して勧めたり、様々な飲み物を用意している。おつまみも用意する。自由に動かれるように見守っている。排便確認できない方は医師と相談している。		
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	入浴日や時間は勤務状況でほぼ決まっているが、個々のタイミングに合わせて案内している。体調も考慮する。午前→午後へ、今日→明日へ、清拭へなど		
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	本人の考えで、食後は居室で過ごされたり、リビングでうたた寝したりとさまざま、介助が必要な方は様子観察し、本人に確認してから安静時間を設けている。		
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	薬は看護師が用意し、介護職が服薬支援している。薬の内容は本人記録で確認できる。日頃の様子は介護記録で確認し、異常時はすぐ看護師に報告し指示を受けている。		
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	新聞やテレビ、レクリエーションを楽しんでいる。昔話を聞いたり写真をみせてもらう。話好きな方同士を引き合わせたり、職員が間に入ったりする。季節を感じられるように果物など購入している。		
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	日常的に外出できる体制ではないが、近所のお店には行く。企画しないと喫茶店に行けない。外出・外食が好きな方は家族に頼み外食に行けるようになった。季節的な面もあるのか外出希望は聞かれない。		

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
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	日常でお金を持っていることはない。買い物をするときに本人に支払いを任せる事はある。小銭入れが手放せない方がすぐ紛失され「困った」と連発される。今はおもちゃのお金で満足されている。		
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	娘さん相手の携帯を持ち歩き頻回に使用されている方がおられる。職員に手紙を書いて渡されたり、夜中に家族に電話したいと訴える方には覚書で面会時に渡したら？とアドバイスする。		
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	適度な気温、新鮮な空気の入れ替えなどに配慮している。鉢植えをもっと置きたいが目に入ると叩き落としてしまわれる危険があり、花や葉っぱを食べてしまう方もおられ、多くは置けない。		
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	リビングでは気の合った方同士で話ができるように席位置に配慮している。廊下のソファでひとり寝転がったりされる。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は本人・家族が好きなようにしつらえている。こちらから直接指示するようなことはしないが、危険がある時は本人・家族と相談して、設置し直す。必要な方には扉の鍵の開閉を教える。		
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	限られた空間の中で、居室、トイレ、風呂場、リビング、廊下を自由に好きな様に移動できるように手すり設置し、歩行の邪魔にならないように整理している。		