

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	2390500185	
法人名	株式会社ハルス	
事業所名	グループホームはるすのお家太閤	
所在地	〒453-0808 名古屋市中村区郷前町1丁目20番地	
自己評価作成日	評価結果市町村受理日	平成29年4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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユニバーサルリンク	
所在地	〒463-0035 愛知県名古屋市守山区森孝3-1010	
訪問調査日	平成29年2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)】

(施設のようであって施設でない、お家のようであってお家でない)という視点を大切にしています。それは、株式会社ハルスの介護理念でもある(その人がその人として その人らしく生きるために 支え続けることを使命とします)の考えに基づきます。健康であれば、自然と一人でも楽しめていたであろう(～したい)(～食べたい)(～行きたい)等の願いをサポートさせて頂くことで、できる限り実現致します。喜怒哀楽、ひとり一人、そのときその時で異なる様々な御気持ちに寄り添わせて頂き、各入居者様、各御家族様に安らぎやくつろぎを感じていただけたらと考える次第です。

【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)】

名古屋駅から程近く、ホーム2階からは、駅前の超高層ビル群がその偉容を誇っている。一帯はトタン壠の古い建物や、2階建ての昭和40年代のアパート、それらの建物が取り壊された跡にたてられた新築建物が同居する地域であり、人口構成も、古くからの住民と、新しく引っ越してきた、昼間は不在がちな住民が混在する地域である。そのため地域の自治活動も盛んではなく、地域浸透に苦慮した。幸い、当初から地域の独居老人の情報を知らせてくれたり、その顧客の情報から入居につながるなど、積極的に手助けしてくれる喫茶店店主夫婦の手助けで、徐々に地域に浸透し、根付いたホームとなってきた。昨年目標達成計画として掲げたこども110番も、訪問時、玄間に誇らしく登録証が掲げられていた。食事介助時に、3m程離れた入居者の「寒いわ」の呟きを聞き逃さず、とっさに上着を羽織ってくれる有能なホーム長にも支えられ、理念実現が図られている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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 実践状況	外部評価 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	※明るい職場を作る6つのルールを朝礼時にスタッフ個々に意識づけている。※①報告・連絡・相談はしっかりと！②明るく、笑顔で大きな声で挨拶を！③良い情報をたくさん共有しよう！④自分や自部門を見直そう！⑤人の成功を素直に喜ぼう！⑥助け合い、感謝、励ましの言葉をまずは自分から表現しよう！→この姿勢で地域や家族の方にも風通しの良い環境になることを心掛けている。	ハルスとは、『Human Active Life Support』の略であり、「その人が、その人としてその人らしく生きるために支援する」ことを理念とし、その具体例として、管理者は「自分のおじいちゃん・おばあちゃんだったら、どうして欲しいだろう?」と慮ることを大事にするようにと指導している。	
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	開所3年半程度で、地域の一員としてはまだまだ認知されていないが、同町内の喫茶店に懇意にして頂き、日常的な交流を図っている。また近隣のお祭りに参加したり、施設の行事に招待したりしている。加えて、他法人ではあるが、鳥森にあるグループホーム・小規模多機能あかりに懇意にしているなど、南部いきいき等事業所同士の交流・連携にも努めている。	町内会・老人会に加入し、地域神社の秋祭りにも参加している。昨年目標達成計画に掲げた『こども110番』を実現し、玄関には登録証が掲げられていた。開設時から懇意にしてくれるっている町内の喫茶店は、近所の独居老人の情報などを知らせてくれたり、入口にスロープも設置し入居者の憩いの場所を提供、地域浸透へのキーマンとなってくれている。	
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	保護や独居が多い中村区で、保護の方が7名入居(2月1日現在)していることや生活保護や独居の方の受け入れ実績から、2にも挙げた事業所同士の繋がりを生かし、サポート体制を整えている。		
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、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	1回／2ヶ月一つのテーマに基づき、行っている。挙がった課題について、次回、ふり返りを行い、その対処法について参加者に相談・報告を行っている(詳細は、運営推進会議議事録参照)。	家族・職員・薬剤師・他グループホーム管理者・地域包括職員をメンバーとし、年6回の開催が確認された。昨年目標達成計画に掲げたこども110番も実現した。葬儀社の営業をきっかけに家族アンケートを実施し、「看取りだけでなく、葬儀 자체が想像できない」という声を反映し、今年度も昨年に引き続き、葬儀社を招き『終活』講座を開催した。	
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	運営推進会議、報告書の作成を行っている。近況報告はその作成都度、市町村担当者に提出している。中村区南部いきいき支援センターとは相談連絡報告を日常的に行っている。	生活保護入居者が7名いるため、医療受診の申告・報告、おむつ補助の申請など、毎月の保護課訪問は欠かせない。地域包括職員からは、地域の・独居保護受給の認知症老人につき、入居の照会もある。毎月地域包括センター主催の会議にも参加している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	1回／月の法人・事業所の勉強会を通して学び、それを日常的なケアに照らし、理解と防止に努めている。自事業所では1回／月のミーティング内で事故報告のふりかえりと共に進行。	ベッド利用時、夜間に起き上がると、転倒事故を繰り返す人に対し、安易に離床センサーを使うのではなく、「その小さな対応から拘束が始まる」と考えた管理者は、床にパネルマットを敷き詰め、布団に変更し、ベッド起床時の転倒を防ぎ、日常、居室での転倒でも、受傷を最低限で済ませる効果も得られた。	
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注意を払い、防止に努めている	1回／月の法人・事業所の勉強会を通して学び、それを各スタッフに周知徹底している。自施設では具体事例として、最近のニュースを取り上げ、理解と防止に努めている。		

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
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	入居者様の中にも何人かの方が権利擁護を利用されているので、具体的な自施設の利用者様の事例に基づき、管理者から職員へ大まかな権利擁護の役割と理解がされるよう教育している。	
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	入居契約時において、解約または、改定等についての説明を行っているが、その後、実際、改定等があった場合には、御理解・納得していただけるように、その都度再度、説明を行っている。	
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	運営推進会議は勿論、家族会や来訪時にその都度、御意見を頂戴し、その御意見に応えられるように努めている。玄関には御意見箱を設け、御意見しやすい環境作りに努めている。	ホームでの「敬老会」「クリスマス会」「餅つき大会」開催時には家族も多く参加するため、終了後食事会・運営推進会議を兼ねて家族会を開催している。ホーム便りは毎月届けられている。名古屋駅に近く、遠方の家族面会時、宿泊場所の確保困難の声を聴いて和室を提供している。
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	1回／月ミーティング時には勿論、日々の申送りでも管理者とスタッフが意見交換し合う場があり、その実践とふりかえりを行い、現状把握・課題解決に取り組んでいる。	日々の申し送り、月一回のミーティングで、職員の意見を聴取している。ベッド起床時の転倒防止にパネルマットを敷く案も職員の提案によるものである。その結果、布団がずれることによって、夜中に覚醒し、元に戻そうとすることが夜勤者により報告され、見回り時に確認する等新たな課題解決に取り組んでいる。
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くよう職場環境・条件の整備に努めている	認知症ケアでの課題は、その成果が感じ辛い点にある。やりがいは給与や労働時間であり、定期で職員査定を行っている。また見える化した成果(廊下の写真等)その整備に努めている。	
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	取り組みは1回／月の法人勉強会を通じて行い、それを自施設内でも周知徹底するため同内容で行う。しかし、法人外での勉強会に関しては、参加は管理者が主で、不足していると感じる。	
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	管理者はいきいき主催の勉強会に積極的に参加し、近隣ケアマネとの交流に努めている。また1回／2か月の運営推進会議に他事業所の管理者やケアマネにも参加頂き、意見交換している。	

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 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	サービス導入前に得るアセスメントで傾聴し、個々のスタッフに把握を図ることは勿論、何故本人がそのように感じるのかに留意し、個別性の探求から、柔軟に対応できるように努めている。		
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	初期段階でアセスメントを入念に行い、柔軟に対応している。そのなかで、何故、御利用者様がそのように感じるのかの把握を行い、その個別性から人間的な心の通った絆つくりに配慮している。		
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	初期段階で、アセスメントを入念に行い、柔軟に対応している。自事業所と提携している医療機関であったり、他事業所の紹介を行う等、その後の継続した絆つくりに努めている。		
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	(施設のようであって、施設ではない、お家のようであってお家ではない)という視点のもと、個々の職員に自分の家族のような関わりをする教育に努め、絆つくりの構築を図っている。		
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	御家族様が側にいない生活でも、御家族様を側に感じられるケアに努めている(月1回の手紙や写真で状況報告を行う、電話で実際話して頂く等)。日々来訪しやすい環境作りに努めている。		
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	(施設のようであって、施設ではない、お家のようであってお家ではない)という視点のもと、外出や来訪、宿泊を御利用者様の希望に応じて、その都度していただけるよう、支援に努めている。	運営推進会議で家族からは「これまでと同じように馴染みの喫茶店に連れて行ってもらったり、近所の友達の家に連れてもらっている」と取り組みを評価している。4名ほどの入居者は、多い人で月2回ほど友人も訪ねて来る。買い物・外食などもホームの車で支援している。	
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	同じ自宅で暮らす家族であり、共同生活をしている仲間であるという感覚を持っていただけるよう、入居者様や家族は勿論、スタッフ個々の支援にも努めている。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 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	仮に亡くなられた場合でも、その御家族様との関係は終らないため、グリーフケアに努めたり、他施設に移動された場合も支援が滞ることないよう、他施設の職員や相談員に情報提供している。		
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	1回／3ヶ月更新するケアプランとは別に1回／月ふりかえりを行っているケアプランチェックで、今の個別のニーズや心象に近いケア内容になるよう、本人本位のケア探求に努めている。	プランには、アセスメントで聴取した「自分が思い立った時に何時でも出かけられる」ことが掲げられ、そのために帰宅したときに障害となる階段の上り下りを目標として、まず「下肢筋力を鍛える」と掲げられていた。デパートで自分の出身地の物産展が開かれると、職員がその入居者のお出かけを支援している。	
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	入居時には勿論、御家族様や以前のケアマネさん・相談員さん等御本人様をとりまく社会資源から情報収集を行い、入居後のケアの参考となるように努めている。		
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	1回／3ヶ月で更新するケアプランとは別にプランチェック表の更新を1回／月で行っている。修正は1回／月のミーティングのモニタリングで行い現状把握から日々のケアに生かしている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	1回／3ヶ月で更新するケアプランとは別にプランチェック表を1回／月で更新している。プラン更新は主治医や御家族様・薬局さんにも書面参加頂き担当者会議録として作成している。	日々のケース記録・チェック表の備考欄を通じプランに関する特記事項が職員により記録されている。毎月プランチェック表によりモニタリングがされ、3か月ごとに見直しされている。計画の妥当性・現状報告は、ホーム長・管理者から家族に説明されている。	
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	1回／3ヶ月で更新するケアプランとは別にプランチェック表の更新を1回／月で行う。日々のケース記録やチェック表の備考欄を通じて、プランについての特記を残している。		
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、その時に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	(施設のようであって施設でない、お家のようであってお家でない)という視点で、自宅同様の暮らしを提供している。個別性を追求し、御家族様や身元保証人のニーズや相談に応じている。		

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	(施設のようであって施設でない、お家のようであつてお家でない)という視点でから、本人のニーズに従い、それに応える家族のような視点で施設内外の暮らしを楽しめる工夫をしている。	
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し、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	入居時に提携先の往診専門の医師の紹介をさせて頂くが、これまでの主治医を希望された場合、御家族様の付き添いのもと、これまで通りの通院が継続できることをお伝えし、その支援を行う。	24時間対応の在宅医療クリニックと歯科が協力医療機関であり、入居後に全員が変更しているが、かかりつけ医を継続している入居者もいる。月2回、水曜日に往診がある。マッサージの利用が出来ることも入居時に説明している。現在は2名が利用している。
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	2回／月の往診で、その前日までのバイタルと、体調の変化等の報告を行う。プラン更新も医療面からの協力を頂くべく、書面参加して頂いている。往診以外でも臨機応変に電話相談している。	
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	支援に滞りが生まれないように、日常生活面と医療面のサマリーを管理者と主治医の双方から医療機関に対して提供している。この情報提供で足りない面は電話連絡等で情報を補足している。	
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	2回／年看取りの意向書を発送し、保証人に意見を頂戴している。この意向はその都度、主治医にも報告し、医療福祉連携のもと、自施設での納得した支援体制・看取りケアに努めている。	重度化や終末期に対して、入居者や家族が考える機会を持つてもらうため「看取りについての事前確認書」を作成し、年2回3月と9月に送付しているが、返信のない家族もいる。運営推進会議に葬儀社ティアにも参加してもらい、終活についても個別相談が出来るように支援している。
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ます	1回／月のミーティングで急変や事故発生時のマニュアルに従い、全スタッフに浸透するまで、実践を繰返し行っている(初期対応から電話連絡、記録や準備すべき物に関するまで)。	
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	1回／半年、夜勤者中心に災害時における初期対応の基本訓練を行っている。その際、設備会社や地域の消防署担当職員・近隣住民協力のもと実践に即した訓練を行っている。	災害対策として消防マニュアルを昼間と夜間に対応できるように作成して年2回、昼間と夜間を想定して、入居者も訓練参加している。近く喫茶店の店主が協力的であり、訓練にも協力してもらっている。消火器の使用法は管理会社のスタッフに指導を受けている。

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 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	個別ケアの留意点が簡潔に把握できるように、プランチェックシートやケース記録にプラン内容を盛込み活用している。そこから人生の先輩として敬うための個別性の把握に努めている。	居室への入室時はノックしてから入室するように指導している。入居者には見守りで対応しており直接的な声掛け、トイレ誘導などはさけ、さりげなく誘導している。職員には「きづき」で対応できるように指導している。プライバシーや羞恥心を傷つけないように努めている。	
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	健康時ならば、自然と叶えられるであろう各々の要望にできる限り、応えることが自施設が大切にする視点である。また要望を実現することで、自己決定する気持ちを高めることを促している。		
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し、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	年齢もこれまでの生活背景も御入居に至った暮らしぶりもそれぞれ異なる、その個別性に注目及び把握することから、個々の日々の要望の傾聴に努めている。		
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	ウインドウショッピングをしたり、地域の美容院に出かけたりしている。また季節に応じた旬や過去の趣味趣向に従い、これまでの生活同様に(その人らしさ)を楽しめる支援を心がけている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食材の買出しから献立の検討、後片付けに至るまで、個々人ができる範囲内でお手伝いいただくように努めている。このケアから個々人が共に暮らしを楽しむ意識が育まれるよう努めている。	ドライブがてら入居者と一緒に買い出しに行っている。職員に主婦が多いため冷蔵庫にある物でその時そのとき、臨機応変に献立をたて調理しているが、手伝いの出来る入居者には調理に参加してもらうようにしている。さりげなく下膳される入居者も見受けられる。夕涼み会でバーベキューを庭でしたり回転寿司に出かけたりもしている。	
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	まとまった摂取量が確保されない場合でも、主治医・薬局との連携やスタッフ個々・御家族様との意見交換を行う。ゼリーや栄養補助食品、菓子等により、様々な食事形体の検討に努めている。		
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	毎食後の徹底は行えていないが、夕食後から眠前の口腔ケアの徹底を図っている。自力での歯磨きが難しい人はうがいや介助で、身体レベルや心象に応じたケア方法で支援している。		

自己 外部	項目	自己評価	外部評価	次のステップに向けて期待したい内容
		実践状況	実践状況	
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	トイレでの排泄や排泄の自立・自然排便を促すうえで、特に羞恥心に配慮したケアを心がけるように努めている(排泄パターンや排泄コントロールの把握はケア記録上で行っている)。	自立されていて職員に自身から声掛けされる入居者もおられるが身支度のサポートは必要なためその時に応じた支援をしている。排泄チェック表を作成して、見守りしながらトイレ誘導をしている。男性には男性用便器を使用できるように設置している。	
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	適度な運動を日常生活に取り入れている(洗濯物干しや散歩等)。便意に従い、トイレ誘導したり、不確かな場合も排泄間隔に従い誘導したりするよう努めている。内服の排便制御も行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日も時間も特に決めていないが、13時～17時頃、入浴の声かけをしている。外出支援の一つとしてスーパー銭湯に行くこともあり、保清目的だけでなく、楽しみを提供することに努めている。	夏、冬関係なく週3回ぐらいは入浴してもらえるように支援している。入浴剤や季節が感じられるようにゆず湯やしょうぶ湯にして入浴を楽しんでもらえるように工夫している。スーパー銭湯にも出かけている。入浴時は同性介助が出来るようにシフトを工夫している。	
46	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	心象や体調で、睡眠の質に差異がある。昼夜逆転する場合でも、本人様が健康を維持する上で、薬コントロールをしたり、睡前に足湯する等して不安な状態が長続きしないように努めている。		
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	2回／月の往診で内服薬に変更があった場合、起こりうる副作用とその留意点について、スタッフ全てに周知徹底を図る(連絡ファイルを通じて、往診日当日中に)。日々の申送りでも確認している。		
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	お家のようであって、お家でないという視点から、自宅で生活されていた頃とできるだけ同様の趣味趣向を楽しんで頂けるよう(～したい)という要望ができる限り実行できるように努めている。		
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	東海ウォーカーやテレビで得た情報・web情報の個々人の(～行きたい・～見たい・～食べたい)要望を把握し、その実行に努めている。外出は、御家族様の御協力を得る場合もある。	天気の良い日は散歩に出かけたり、馴染みの喫茶店に寄ったり、買い物に出かけたりしている。紅葉狩りやイチゴ狩り、回転寿司、スーパー銭湯などに、月に3～4回は外出支援が出来るように勤めている。入居者の身内の葬式には。送迎の支援をして、家族に感謝されている。	

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
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	自宅で生活していた頃とできるだけ同様な生活をして頂けるように努めている。金銭管理に関して同じで御家族様の確認のもと、日常の金銭管理の支援に努めている。本人所持の場合もある。	
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	一緒に暮らしていくなくても、家族や大切な人の存在を感じながら暮らし続けていただけるよう、電話は勿論、手紙、外出・外泊・宿泊等入居前同様の生活が途切れないように支援している。	
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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節に応じた花や緑を飾り、その雰囲気を楽しむと共に、水やり等の世話を促している。また外出した場合や日常写真を廊下に飾り、御家族様や入居者様のくつろぎの空間づくりに努めている。	入居者の日常生活が写されている写真を廊下にはり、入居者の日々の暮らし、訪れた家族に理解してもらえるよう努めている。玄関には特大の雛飾り、和室には七段かざりが飾られ季節を入居者や訪れる家族などにも感じてもらえるように配慮している。和室は遠くに居住している家族が訪れた時に宿泊に使用できるようにしている。
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	各居室で、馴染みの他入居者様と語らいの場を設けたり、リビングからは和えて、死角になっている個々人の居室内でプライベートな時間が確保されるように心がけている。	
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	基本的には各居室はその方のお家である。これまで同様の暮らしができるように、馴染みの物(畳・仏壇・冷蔵庫等)を持ち込んで頂き、和みとくつろぎの空間づくりができるように努めている。	壁には衣文掛け掛けられるようにしてあり、衣服の整理が簡単に出来るように押入れもある。ベッドが無理な入居者には布団の横に椅子を置き立ち上がりやすくできるようしている。他人の部屋に間違えて入らないように大きな紙に名前を書くなどトラブルを未然に防ぐように努めている。利用者がくつろげる空間になるように職員は心がけている。
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	「できること」「わかること」を活かした暮らしに努めている。プランチェック表から個々人の留意点を簡潔に把握し、それをケアに生かせるよう、日々の申送りで振返り、ケアに生かしている。	