

# 1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 )

|         |                    |       |                 |
|---------|--------------------|-------|-----------------|
| 事業所番号   | 0670800689         |       |                 |
| 法人名     | 特定非営利活動法人あらた       |       |                 |
| 事業所名    | グループホーム「民間介護の家ひより」 |       |                 |
| 所在地     | 山形県酒田市船場町一丁目7番30号  |       |                 |
| 自己評価作成日 | 平成 21 年 10 月 16 日  | 開設年月日 | 平成 15 年 2 月 5 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)】

当施設からは日本海に沈む夕陽や日和山が望め、すばらしい眺望に訪れる人を感動させる場所にあります。そこで入居者様や職員が寄り添い支えあい、家庭的な温かさが有り安心して笑顔で生活出来る様支援しております。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、閲覧してください。(↓このURLをクリック)  
(公表の調査月の関係で、基本情報が公表されていないこともあります。御了承ください。)

基本情報リンク先 <http://www.kaigo-yamagata.info/yamagata/Top.do>

## 【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)】

港を見下ろすロケーションにあり、もともと別荘を改装して作られているためその眺望はすばらしい。この事業所は「家庭的な雰囲気や日常生活の延長線上にある心豊かな介護」を理念に掲げ、1ユニットの家庭的な雰囲気の中で職員全員が入居者一人ひとりをよく理解した介護が行われている。また地域との交流にも積極的に地域に密着した介護を実現している。施設内はフロアや廊下・階段に防災カーペットが敷き詰められ、冬場は温かさを感じ、また安全面への工夫と配慮がなされている。

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |         |                  |
|-------|-------------------|---------|------------------|
| 評価機関名 | 協同組合オール・イン・ワン     |         |                  |
| 所在地   | 山形県山形市桜町四丁目3番10号  |         |                  |
| 訪問調査日 | 平成 21 年 12 月 14 日 | 評価結果決定日 | 平成 22 年 1 月 12 日 |

## 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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)      | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)            | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)    | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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、安心して暮らさせている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |                       |   |

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

| 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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |  |   |   |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を踏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   | 理念をもって運営し、法令の意義などを職員も理解している。毎日の申し送りや毎月の職員研修やケースカンファレンスなどにおいて、話している。   | 事業所独自の理念として「家庭的な雰囲気での日常生活の延長線にある心豊かな介護」を掲げ、施設内に手書きの理念を掲示し職員全員がいつも意識できるようにしている。また、申し送りや職員研修、ケースカンファレンス時に話し合い、実践につなげている。  |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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   | 買い物、散歩、町内の行事などに参加している。ふれあいサロンを月1回開催し、他事業の利用者や入居者の家族、近隣の方々も参加していただいている。  | 町内会に加入し、総会や各種行事に参加している。また、ゴミステーションを事業所敷地内に引き受けることにより地域の方々との馴染みの関係を作るきっかけとなっている。母体の法人が月一回開催する「ふれあいサロン」にも参加し、地域の方々との交流を深めている。   |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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   | 施設に遊びに来ていただき、認知症の方と接していただく。また、認知症高齢者疑似体験教室を開催している。  |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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  | 2ヶ月に1回開催し、情報交換、意見交換を行っている。  | 市役所職員、包括支援センター、民生委員、地域代表、利用者とその家族等幅広い立場からの参加を得て2ヶ月に1回開催している。会議ではサービスの実際や評価への取組み状況等の報告を行っている。出席者からはスプリンクラーの設置やインフルエンザ対策などについての質問や要望が出され、双方向の話し合いが行われ、これらの意見をサービス向上に活かしている。 |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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  | 小・中・高・大のボランティア、また、職場体験学習の受け入れを行っている。ホームヘルパー2級過程養成講座を開催し、実習を受け入れている。   | 定期的で開催される酒田市介護事業者連絡協議会に出席し情報交換をしたり、市職員が生活保護受給者への訪問の際や介護相談員の訪問時に職員と話し合いの機会を持つなど日頃から協力関係が築かれている。  |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる | 内部研修において身体拘束をしないケアについて学び、取り組んでいる。日中玄関は鍵をかけない。(夜間は鍵をかけることを家族に説明している。)徘徊時は必ず職員が同行し、玄関の出入りがわかるようにチャイムがついている。自治会との連携をとり、自治会行事にも積極的に参加し、グループホームを理解して頂いている。 | 職員は事業所内の研修等を通して身体拘束をしないケアを理解し、制限をしないケアを実践している。玄関の施錠は行わず、利用者が外出しようとしているときは職員が同行したり、また近隣の人と連携し危険を察知した場合の連絡体制についても整備されている。   |                   |

山形県 認知症対応型共同生活介護事業所「民間介護の家ひより」

| 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<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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      | 高齢者虐待防止関連法について内部研修で高齢者虐待について学び、注意を喚起しあっている。   |  |                   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 月に1回開催する職員研修において学んでいる。  |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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、重要事項説明書を用い、時間をかけてわかりやすく説明し、同意を得て署名押印してもらっている。退居は、家族の意向にそって行われている。   |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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                   | 公的窓口の介護相談員の訪問時、情報を積極的に提供している。苦情に対して速やかに対応し、改善に努めている。  | 面会時や3ヶ月に1回のケースカンファレンス時に要望や意見を聞き、何でも相談できる関係作りに努めている。また家族会を設け、意見を聞き取る機会にしている。事業所以外の苦情相談窓口についても掲示しており、出された要望や意見は速やかに対応し運営に反映させるよう努めている。 |                   |
| 11 |     | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                   | ケアカンファレンスや月1回の内部研修において、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。また、現場の意見を聞きながら、職員の自主性を重んじて取り組んでいる。                                 |  |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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   | 業務内容など管理者・職員とともに運営者も話し合っている。職員の提案や悩みを聞き、向上心を持って働けるよう努めている。  |  |                   |
| 13 | (7) | ○職員を育てる取組み<br>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       | 内外の研修に参加すると共に、日常的なOJTを実施している。また、毎日の申し送りや活動の中で、随時指導・指示している。月1回の研修、3か月に1回のケースカンファレンスを行っている。スーパーバイザーは代表理事、所長である。 | 法人内外を含めた年間の研修計画があり新人・中堅・リーダー等本人の力量に合わせた段階的人材育成を行っている。日々の活動の中でベテラン職員からのアドバイスを受けるなど、働きながらトレーニングをしていく仕組みがある。                            |                   |

| 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 |
| 14                         | (8) | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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組みをしている | 地域の同業者と交流するネットワークがあり、そこで交流や情報交換、交換実習等を行って、サービスの質の向上を目指し取り組んでいる。                                | 県グループホーム連絡協議会に加盟し、情報交換や交換研修に参加している。今年度はスクラムチャレンジ2009に加盟し、研修への参加や交流を行い、質の高いサービス提供を目指している。 |                   |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |  |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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        | 入居前にセンター方式を用い、アセスメントを実施し、できる限り今までの環境に近い設定をしている。自立度の高い方については、共に環境構築を行っている。                      |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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                   | 入居前にセンター方式を用い、アセスメントを実施し、できる限り今までの環境に近い設定をしている。  |  |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、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               | 包括支援センターや、担当の介護支援専門員との連携を密にとり、他のサービス利用も含めた対応を行っている。  |  |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                                  | 入居者の生活暦のなかで、できることを見つけ出し、職員が教えてもらったり、助けてもらったりしている。調理の下ごしらえ等と一緒に買い物に出かけ、おやつ・飲み物等好みの物を選んでいただいている。 |  |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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                   | 家族会をつくり、グループホームを理解していただいている。各研修(内部・外部)やふれあいサロンのお知らせをしている。散歩・外泊・外食等家族と連絡調整し、随時行っている。            |  |                   |
| 20                         |     | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                               | 馴染みの場所へ散歩に行ったり、友人の面会、電話はいつでもできると説明し、実施している。  |  |                   |

| 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<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずにご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                                  | 仲の良い入居者同士自室に呼び合い、会話を楽しんでいる。孤立している入居者には職員が中に入り、他入居者との関係を築いている。   |  |                   |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | サービス終了後も同法人の訪問・通所介護の利用を検討したり、必要に応じて相談を受けている。  |  |                   |
| <b>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</b> |      |  |   |  |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>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   | 入居や一人一人の生活歴やライフスタイルを尊重し、入浴・家事活動・洋服選び・外出などは本人の希望の元に行い、職員の介助は最低限のものにとどめている。   | センター方式アセスメントシートを活用し家族や本人から思いや暮らし方の希望、意向を聞き取っている。意思疎通の困難な方は日常的な行動やしぐさから本人の意向を汲み取り把握に努めている。                |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 今までの暮らしや生き方（個性）を大切にし、その人らしい生活をして頂いている。  |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | センター方式を活用し、自分で出来ること、支援があつたら出来ることを見つけ出し、喜びのあるその人らしい暮らしが出来るよう活動していただいている。また、毎朝のバイタルチェックの他、夜勤者を含めての全職員が心身状態を把握している。                          |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 3ヶ月に一回、職員全員参加のケアカンファレンスを行っている。ケア計画は、センター方式にて担当者、計画作成担当者、ケアマネージャーで作成している。モニタリングの結果や計画原案をもって、本人や家族と相談して介護計画を作成している。                         | 月に1回のモニタリングの実施、3ヶ月に1回担当者を中心に職員全員参加でケアカンファレンスを行い、それぞれの意見やアイデアを出し合っている。利用者や家族、職員の意見を反映し、現状に即した介護計画を作成している。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 日々の介護記録・排泄表・バイタル表・入浴表・食事量等、入居者に関わる記録を個人別にして記録し、3ヶ月に1回、職員全員参加のケアカンファレンスを行い、モニタリングの結果や、計画原案について話し合っている。また、毎朝の申し送りや日々の情報を業務日誌に記入し、必ずサインをし確認す |  |                   |

| 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<br>(小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載)<br>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                      |  |   |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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  | 日常的に他施設と交流を積極的に行っている。警察、消防等はあらかじめ施設を理解していただき、緊急時には協力を得ている。                     |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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   | 各自主治医を受診している。また、各自の主治医や協力医から協力支援していただいている。受診に際して経過や症状、状態をまとめた報告書を家族や医師に提出している。 | 本人や家族が希望したかかりつけ医を受診している。基本的には家族同行で受診し、職員も付き添い日常生活や健康状況について主治医に説明している。その際、受診時連絡票により健康状態を伝え、診療の参考にしてもらうと共に、医師からの指示と返信をもらうことにより、安定した適切な医療を受けられる支援を行っている。 |                   |
| 31 |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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   | 看護職員と相談しながら、日常の健康管理や医療活用への支援をしている。   |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時サマリーによる情報提供を行い、退院時にはカンファレンスを開くなど連携をとっている。                                   |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる                    | 利用者が重度や終末期を迎えた時にご家族・かかりつけ医と共に今後の変化に備えて検討や準備を行っている。                             | 重度化した場合や終末期のあり方について、入所時に家族や本人に意向を確認している。看取りに関する指針を作成し、事例が発生した場合、主治医や家族、関係者による話し合いと方針の共有について段階に応じた対応ができるよう準備ができています。                                   |                   |

| 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 |
| 34                               |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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            | 緊急時マニュアルが作成されている。緊急時は看護師を中心に対応。どの職員も対応できるよう研修を行っている。また、職員全員普通救命講習を受講している。                          |  |                   |
| 35                               | (13) | ○災害対策<br>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回避難訓練を行っており、自治会の方にも積極的に参加していただいている。  | 消防署、自治会とも連携し、年2回の夜間想定も含めた避難訓練を行っている。防災マニュアルを基に職員それぞれが役割を持って取り組んでいる。  |                   |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |  |  |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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                 | 入居者一人一人の生活歴やライフスタイルを尊重する。また、本人の自尊心に配慮し、勝手に部屋に入らない・恥をかかせる会話をしない・トイレ誘導、介助は何気なく行う等を心掛けている。            | 利用者の自尊心に配慮し、勝手に部屋に入らない、恥をかかせる会話をしない、トイレ誘導や介助時はさりげなく行う等を心がけている。個人情報や事務所の鍵のかかる保管庫に保存し管理が徹底されている。   |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 入居者のペースに合わせて行動できるよう、時間をたっぷりとって活動している。また、入浴・家事活動・洋服選び・外出などは本人の希望の元に行い、職員の介助は最低限のものにとどめている。          |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 個性ややりたいことを大切に、喜びを持って生活していただいている。   |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | ご本人、ご家族と相談して衣服を整えている。ふれあいサロンや外出の時には特におしゃれに気を付けている。場合に応じて職員がアドバイスを行っている。                            |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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、利用者や職員と一緒に準備や食事、片付けをしている      | 食材は季節のものを入居者と相談して取り入れ、おやつ等は入居者と一緒に購入したり作ったりしている。献立は、入居者、調理師と栄養士、介護職員が話し合い、季節や入居者の好みを取り入れたものになっている。 | 栄養士、調理師、介護職員が参加する献立会議において、利用者の希望を取り入れながら、1ヶ月分の献立を作成している。季節の食材を用い、行事食を取り入れるなど、食事が楽しみになるような工夫がなされている。利用者は職員と一緒に食事の準備や後片付けを行い、それ自体を楽しみ、やりがいを持つ利用者もいる。 |                   |

| 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 |  |
| 41 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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               | 介護記録にわかりやすいように記録している。食事量や栄養バランスは調理師が中心となり把握している。病気のある方については、医師や看護師と調理師、家族と連携をとり相談している。野菜中心の食事で、栄養バランスの整った食事を提供している。                   |   |                   |  |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、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                       | 毎食後の歯みがきや入れ歯の手入れの他、うがいが出る入居者に対しては、イソジンを用いたうがいを行っている。  |   |                   |  |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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向けた支援を行っている        | 入居者に応じて排泄チェック表を用い、排泄リズムを把握できるようにしている。自尊心を損なわないよう何気ない声かけ誘導にて排泄を促し、自立支援を行っている。リハビリパンツやパッドなど一人一人に応じて検討し、自立支援を行っている。                      | センター方式の排泄チェック表を活用し排泄リズムを把握している。また、利用者の自尊心を損なわないように何気ない声掛けで誘導し、利用者一人一人に応じた排泄の自立に向けた支援を行っている。                       |                   |  |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                        | 野菜中心の食生活を行い、散歩、水分摂取、乳製品を取り、規則正しい生活をし、便秘予防を行っている。それでも排便がなかった場合、受診し下剤を服用している。   |   |                   |  |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている | 予定表はあるが、夜間の状態、朝のバイタル、状態の観察、入居者の意思の確認を行ってから個別浴を毎日実施している。また、介護職員のみでの判断が困難な場合は、医師・看護師に相談している。  | 利用者の希望に応じ個浴にて入浴を行っている。体調の変化により介護職員が判断し兼ねる場合は、医師・看護師の助言を求め入浴の可否を判断している。入浴を拒む方には強制せず仲の良い人と入ってもらったり、さりげない声掛けで誘導している。 |                   |  |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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                         | 一人一人ペースを大事にして生活リズムを整えている。薬に頼らないように、本人の理解を得よう支援する。日中の活動に意欲をもつていただく。無理をする方もいるため、活動の内容を考え、随時休息を入れている。また、居間や自室でゆっくり休んで頂けるよう午睡の支援なども行っている。 |   |                   |  |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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                    | 薬管理台帳を作成している。受診時に担当者が受診時連絡表を作成し、それを全職員が把握するために確認印または、サインをすることになっている。薬は看護師が間違いのないように独自の薬袋で管理している。                                      |   |                   |  |

| 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 |  |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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  | 日常生活の中で出来ることを日課に取り入れ、職員が声かけや見守り、サポートなどをしながら積極的に行っている。アクティブプログラムとして、調理、カラオケ、塗り絵、頭の体操、風船バレー、輪投げなどを状況に応じて実施し、職員が共に活動して喜びを分かちあっている。 |  |                   |  |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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。また、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                     | 買い物、散歩、町内の行事などに参加している。ふれあいサロンを月1回開催し、他事業所の利用者や入居者の家族、近隣の方々も参加していただいている。   | 日常的に買い物やドライブ近隣の美術館などへ外出している。またみらい創造館を会場で月1回開催するふれあいサロンに、家族や他事業所の利用者、近隣の方々にも参加してもらい積極的に外出支援を行っている。外出が困難な方も日光浴や外気浴を行っている。    |                   |  |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 家族との交流を兼ねて一緒に買い物に出かける。金銭感覚が出来ないで場合の代替方法として、家族に出納を明らかにしている。  |  |                   |  |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 自由にかかけられるようにしてあるが、時間的に早い、遅いという時は配慮している。   |  |                   |  |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 調理場が居間と繋がっており、調理場の音やにおいを感じる事が出来る。観葉植物や季節の草花などを配している。テレビや音楽の音は大きくならないようにしている。日差しの強い時は、レースのカーテンやブラインドを使用するなどして対応している。             | 居間は対面式キッチンとなっており、調理の音や匂いを感じる事ができる家庭的な造りである。部屋には観葉植物や季節の草花、季節の飾りつけがなされ、四季を感じられる工夫をしている。建物内には防炎のカーペットが敷き詰められ断熱性と安全性を両立させている。 |                   |  |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 居間や居室、食堂を自由に利用することが出来る。また、居間ではプライバシーに配慮してアコーディオンカーテンを用いて居間を区切ることが出来る。   |  |                   |  |

| 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 |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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 | 出来るだけ本人の生活の中で使用したベッドや布団をはじめとして、使い慣れた様々な家具・生活用品等を家庭から持ってきている。                        | 利用者のベッドや布団、家具等なじみの品々を持ち込んでもらい居心地良く暮らせるよう努めている。利用者の中には自分で描いた絵や家族の写真、仏壇を持ち込んでいる方もいる。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「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   | 玄関スロープ・階段の手すり・トイレの手すり・洋式トイレ・浴室の洗い場の段差を解消した。軽度の方、重度の方にあわせたアクティビティを実施し、心身の機能維持に努めている。 |  |                   |