

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	1092400025		
法人名	株式会社 彩華舎		
事業所名	グループホーム さら		
所在地	群馬県甘楽郡甘楽町白倉831-58		
自己評価作成日	令和2年2月21日	評価結果市町村受理日	

※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://saikasha.jp
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	令和2年3月17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)】

利用者様との関わりを大切にしており、理念でもある「その人らしく、ありのままにゆったりと」を実践に繋げ、個々の利用者様に合わせたケアを行っています。
四季を感じ楽しんでいただけるよう、旬の食材を使用した料理を召し上がっていただいたり、町内の馴染のある場所へ外出する機会を設けています。

【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)】

理念である「その人らしく、ありのままにゆったりと」をもとに日々の支援を実践しており、日常においては、利用者は地元の方が多く、散歩時に声をかけられたり野菜をいただいたりしている。地区の教会やオレンジカフェにも顔馴染みの方がいるので参加し、交流を図っている。外出すると刺激を受け意欲的になるので、利用者が「行きたい」という場所には出かけている。事業所だよりを発行、個々の利用者の様子は担当職員が「家族への手紙」として書き、運営推進会議議事録と共に家族に送付している。地域全体で防災への意識が高く、保険者主導で地域ケア会議を開催し、他施設の模擬避難訓練に参加したり、災害時における介護施設の緊急連絡網を作成している。

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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族の1/3くらい 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、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	ホームへ入所後も自宅での生活に近い暮らしを送って頂きたいと考えており、利用者様の生活歴に合わせたケアを考え実践している。	手書きの理念「その人らしくありのままにゆったりと」を、玄関に掲示している。スタッフ会議で利用者の日々の暮らしが理念と繋がっているかを確認し、毎月発行している事業所だよりも理念を記載して、意識的に取り組んでいる。	
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	町開催の敬老会に参加希望の利用者様の送迎を行っている。またニコニコ甘楽にて毎月行われているオレンジカフェに利用者様と参加している。	利用者は、地元の方が多く、日々の散歩時には気さくに声をかけられたり、野菜をいただいたりしている。町主催の敬老会やオレンジカフェでは顔なじみの方がいるので、積極的に参加し交流を図っている。	
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	運営推進会議にて認知症状状についての話を行っている。またニコニコ甘楽にて行われているオレンジカフェ(認知症家族の会)へ参加し地域の方との交流を増やしている。		
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、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	2ヶ月に一度運営推進会議を開催しホームの入居状況・活動報告を行い、町の職員様、地域の方、ご家族の方より意見を伺い対応に取り組んでいる。	2ヶ月毎の運営推進会議には、家族・町職員・区長・民生委員・近隣住民が参加し、利用状況や活動報告の後に、意見交換を行っている。そうしたなか、災害時の一時避難場所やインフルエンザ流行時の家族の面会について話し合っている。議事録を、事業所だよりと共に送付している。	
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	毎月ホームの入居情報・活動報告書・事業所だよりを作成し、報告とともに提出している。また運営推進会議時に意見を伺っている。	町役場健康課と地域包括支援センターは同じ場所にあり、連絡をとっている。年に2回の地域ケア会議では、他施設の模擬避難訓練を実施しており参加している。また、災害時における介護施設の緊急連絡網も作成されている。	
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	身体拘束に関する指針を作成し身体拘束適正委員会の構成をしている。身体拘束にあたる事例を挙げ全職員で話し合いの場を設けている。	玄関は施錠しておらず、利用者は自由に入入りでき、職員は見守っている。身体拘束等の適正化委員会を構成し、運営推進会議時に身体拘束の事例がなかったこと等を報告している。また、半年に1回、職員間で事例を挙げて学習している。	
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	虐待を生み出さないよう、職員の心情・表情・利用者様への声掛け対応・人間関係を把握し防止に努めている。		

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	勤務の都合にて、管理者・職員が満遍なく研修へ参加する事は出来なかったが、研修を受けた後に参加者より報告する機会を設け情報の共有が行っていた。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	運営規定や重要事項説明書に基づきご家族様の納得が得られるよう十分な説明を行うよう努めている。また入居後に不明点が出て来る可能性もある為、ご家族様面会時には心配な面かないか等確認を行っている。		
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	入居時に第三者相談窓口・苦情相談窓口に関する内容を書類と共に説明し、玄関に意見箱を設置している。また、ご家族様宛にアンケートの協力をお願いし運営し反映させている。	インフルエンザ流行時の家族の面会については、毎年、アンケートを行い結果を知らせ、対応を決めている。利用者の様子は面会時に伝えているが、毎月担当職員が手書きで家族宛に手紙を書き、事業所だよりと一緒に送り、きめ細かい報告に努めている。	
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	管理者から職員へ意見や提案を聞く機会を積極的に行っており、出て来た議案については全職員へも確認し反映させている。	月1回のスタッフ会議を行う前に、リーダー・サブリーダー・管理者でスタッフからの意見に対するの打ち合わせを行っている。スタッフ会議は、ケアに関することや行事の他、スタッフの個人的な相談などをもとに、スピーチロックなど学習会を行うこともある。	
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	職員個々の特性に合わせた指導を行い、得意分野を活かせるような仕事をお願いしている。また賞与時は自己評価と管理者評価を照らし合わせ評価し、向上心を持てるよう努めている。		
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	研修案内を周知し、個々の職員が興味を持った研修・能力に合った研修参加を促している。		
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	地域ケア会議に参加し、他施設の避難訓練の様子を見学したり他施設の情報を聞きサービス向上に役立てている。		

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
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	自ら要望を伝える事が出来る方へは傾聴し生活記録や申し送りにて情報共有を図り関係作りに努めている。要望を伝えられない方でも表情や行動を見て職員側から声を掛け要望を言しやすい環境づくりを行い関係作りに努めている。		
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	見学时、入居時には、これまでの生活状況・心理状況を伺い、ご家族様の要望をくみ取っている。		
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	利用者様・ご家族様の心理状況や経済状況を勘案し、当事業所以外のサービスが適していると判断された場合は、他サービスを紹介するなどの相談・支援に努めている。		
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	掃除・洗濯・食事作り、畑仕事や庭の草むしりを一緒に行いながら関係作りを図り、都度感謝の気持ちを伝えている。		
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	面会時には生活状況を伝え、状況に応じて協力して頂けるような関係作りに努めている。また毎月、事業所便りと1ヶ月の様子を記した直筆の手紙を送ったり敬老会にご家族も招待し行っている。		
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	面会時間の制限はなく、どなたでも面会できるように対応している。また第三者様の面会があった際にはキーパーソンであるご家族様へ報告を行っている。	入居しても、今まで通りの生活が続けられるように、畑の草むしりをしたり、じゃがいも・つみな・春菊など利用者と野菜づくりをしたり、ときには、家族の方が手伝ってくれる時もある。その他、ふれあいの丘に羊を見に行ったり、秋畑にこいのぼりを見に行くなど、馴染みの場所への支援をしている。	
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	利用者様同士の関係性を考慮しご本人様の意向を重視しつつレクリエーションや家事支援、散歩や外出が楽しく円滑に行えるよう職員が段取りをとっている。		

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
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	退去後にご家族様からの連絡や訪問があった際には関係を保ちつつ、必要に応じて相談や支援を継続していきよう努めている。		
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	日々関わりの時間を多く持ち、利用者様の発言・表情・反応・昔話を元に希望・意思の把握に努めている。また意思疎通の困難な方は特に表情を見る事を大事にし、ご家族様からも情報を得て把握に努めている。	意思疎通が困難な利用者については表情を見て、思いや意向を把握している。利用者との関わりで、利用者が話したことなどを申し送りノートや個々の生活記録に記録して、職員の方向性が同じになるようにしている。	
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	利用者様から聞いた情報とご家族様から聞いた情報を照らし合わせ把握に努めている。		
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	利用者様一人一人の生活リズム・発言・表情・行動を各勤務帯毎に生活記録に残し、職員間にて把握するように努めている。		
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	職員とケアマネージャーが共に利用者様の意向や状況を鑑みつつ、またご家族様の意向を伺い、主治医医師様や看護師と連携し介護計画の作成を行っている。	事業所独自の介護計画書を使用し、食事・排泄・保清・行動・医療関連・リハビリテーション・コミュニケーションなど8領域について詳細にアセスメントし、月ごとにモニタリングをしている。介護計画書は3ヶ月毎に更新し、利用者・家族に押印をいただいている。	
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	日々の気づきや実践情報、その結果を申し送りの他に個々の生活記録に残しサービス担当者会議にて検討を行っている。ケアの対応を変更する際には全職員へ周知後に実践を行っている。		
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	利用者様と御家族様の意向を重視し柔軟な対応が行えるよう努めている。		

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
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	利用者様が知っている地域のなじみの場所へ外出する機会を増やし楽しむ事が出来るよう支援している。		
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、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	主治医医師による定期往診があり、体調状況に変化がみられた際には電話連絡にて上申し、臨時往診を受ける事が出来る。またホームにて看取り対応も行っている。	利用者により主治医は異なり、月1回往診、家族による通院、家族同行が不可能の時は職員が同行している。週に1回看護師が来訪し、健康管理や利用者の様子を事前に往診医師に報告するなど、医師と事業所、家族との連絡調整を行っている。	
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	地元地域の正看護師を職員として配置しており、利用者様の変化や気づきを報告し対応や受診について随時相談・連携し支援を行っている。		
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。	入院中は利用者様の心理面負担を軽減できるように出来る限り面会に伺っている。また担当医師様、看護師様、ソーシャルワーカー様等に話を伺い情報交換や相談を行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	契約時に看取りの指針をご家族様へ説明しご家族様の意向を伺っている。段階に応じて、ご家族様、主治医医師様、看護師、ケアマネージャー、全職員と密に連携し支援に取り組んでいる。	利用者・家族が看取り介護を希望される場合は、終末期の状態と診断された時に、看取り看護・介護についての同意書をいただいている。職員の不安はスタッフ会議の時に話し合い、急変時の対応についても具体的にしている。昨年、看取りの事例を経験している。	
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	急変時に備え年に一度消防隊員立ち合いのもと、救命救護訓練を行っている。また緊急時用の対応マニュアルがファイル化してある。		
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	半年に一度避難・消火訓練を行っている。また地域ケア会議にて町内の施設災害連絡網を使用した避難訓練を行い協力体制を築いている。	年に2回、日中と夜間を想定した避難・消火訓練を行っている。そのうち1回は総合訓練で、運営推進会議メンバーに見学していただき、消防署職員によるAED訓練を行っている。	

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
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	全職員は入職時に守秘義務に関する誓約書を交わしている。利用者様一人一人に対して適している声掛け、第三者が聞いて不快に思わない声掛け、言葉かけを行い対応している。	事業所を自宅と思っている人にはそれにあわせて呼びかけたり、個々の利用者の尊厳を捉えての言葉かけを行っている。スピーチロックについての学習会を行い、利用者「待って」という時にはその理由を伝えている。	
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	各利用者様にとって馴染のある言葉や発音、理解しやすい簡潔な言葉かけで自己決定しやすいように努めている。伝える事が困難な方、困難な場面では表情の変化や二択で選んでもらう等の働きかけを行っている。		
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	一日の中で大まかな時間は決まっているが、状況に応じて一人一人が自由に過ごせるよう努めている。特に食事はその日の利用者様の希望、様子にて提供時間に変化がある。		
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	個々の好みを重視した対応に努め、利用者様に選んでいただいている。意思表示が困難な方はご家族様に伺い、季節に合った洋服選びを行い支援している。		
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	各利用者様の咀嚼・嚥下機能に合わせた形態にて量の調節・好みを重視した食事を提供している。配膳時にはメニュー(食材)の案内を行っている。野菜の皮むきやお米とぎ、食器運びや片づけ等が行える方には声掛けを行い手伝っていただいている。	3食とも食材を配達してもらい、職員が調理している。利用者もみそ汁の具材を切ったりできることを行い、職員は同じテーブルで同じものを味わっている。また、利用者の手づくり野菜や家族・地域の方からいただいた季節野菜などを、提供している。	
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	食事配膳にはメニューを伝え食事中は職員も同じ物を食べている為、味を伝えている。常時数種類の飲み物を用意している為、利用者様に飲みたいものを訪ね時間にこだわらず必要量摂取できるよう支援を行っている。水分量が摂りにくい方へはゼリーを進めている。		
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	毎食後に各利用者様に合わせた声掛け、介助、見守りにて口腔ケアを行っている。義歯使用の方は夕食後義歯をお預かりし義歯洗浄剤に浸け翌朝にお返ししている。		

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
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	尿意や便意の訴えがない方に対しても安易にオムツを使用せず排泄記録表や表情・行動から排泄の兆候・排泄リズムの把握に努め、出来る限りトイレでの排泄が行えるよう努めている。	排泄のリズムを把握して日中はトイレに誘導することで、おむつを使用しない排泄支援をしている。要介護5の方はリハビリパンツを着用しているが、夜間は室内のポータブルトイレに座っていただき、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	毎食起床後に牛乳(苦手な方には水又は白湯)提供を取り入れている。また一日の水分量を把握し散歩を行ったりトイレ時に腹部マッサージを行い排便を促している。		
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	毎日入浴の準備を行い各利用者様に適した声掛けを行っている。利用者様の反応や発言を聞き入浴を行うか検討しながら対応している。また浴槽へ浸かるか、シャワーのみが希望かを都度利用者様へ確認し、その日に沿った支援を行っている。	週に2日は入浴ができるようにし、利用者に入浴時、浴槽に入るか等の希望を聞いている。入浴時は利用者職員との2人だけの特別な時間になるので、普段話さない会話をすることもあることを、大切にしている。	
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	ご自宅にて使用していた寝具を使用いただき、就寝時の照明も利用者様の希望に沿って調節している。座敷を好んだ方は座敷に布団を敷き対応している。		
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	利用者様の疾患を把握し、薬の効能・用法・副作用について全職員は処方箋を確認している。また新薬については主治医医師様、薬剤師様、看護師との連携をとり体調状況管理の把握に努めている。		
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	各利用者様が興味のある事・好きな事を把握し、その方が楽しめる事を提案・提供している。		
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支援している	天候や体調を考慮し、利用者様の希望に沿った場所へ外出できるよう努めている。	天候に合わせて、周囲や近所の畑まで、毎日散歩に出掛けている。外出すると刺激があるので、昔のことを思い出したり、会話が弾んだりする機会として、利用者が「行きたい」という場所にはお連れしている。その他、家族と一緒に自宅に帰ったり、床屋や食事に行ったりしている。	

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
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	現在利用者様個人で金銭を所持している方はいません。		
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	手紙や電話の希望が聞かれた際にはご家族様へ相談し対応している。		
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、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	室内の温度は利用者様に確認を行いながら調節している。フロアや廊下に写真を貼ったり季節の花を飾っている。またフロアからデッキへすぐに出る事が出来る為、外の空気や季節感を感じていただいている。	フロアからデッキは、自由に入出入りできるようにしている。外の景色を見たり季節を感じる事ができる。フロアにはテーブルが2つ置かれ、椅子の配置は利用者がいろいろな方向を見られ、かつ、他の人の視線を感じないようにしている。窓側にはソファを置いて、テレビを見たり寛げる空間にしている。	
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	テーブルやソファの向きを様々にしたり、日向に椅子を置き利用者様が自分の過ごしたい場所で過ごせるよう工夫している。		
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	家具や自宅にて使用していた馴染の物を持ってきていただき個々に合わせた部屋作りを行っている。	居室には、位牌や孫の写真、趣味の大正琴、編み物など、それぞれ利用者の品々が持ち込まれている。家にいた時と同じように、布団で寝たい利用者には、館内の和室を利用している方もいる。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	利用者様がご自分の居室を確認できるように氏名を書いたプレートを居室入り口に設置。廊下やトイレには手摺がついている。また歩行状態を考慮し夜間帯は居室にポータブルトイレを設置できるように工夫している。		