

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	1090100262		
法人名	認定特定非営利活動法人 じゃんけんぼん		
事業所名	グループホーム じゃんけんぼん大利根前橋		
所在地	群馬県前橋市上新田町 881		
自己評価作成日	平成29年5月1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	
----------	--

【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	2017/5/16		

【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)】

「一人ひとりにやさしくフィット、陽だまりに笑顔の咲く家」を事業所の強みとして掲げ、個々に寄り添うケア、ご家族・地域との絆を守る支援、ガッツを引き出す自立支援の実践を目指している。
 食事の支度や後片付け、掃除、洗濯などご利用者と職員が共同で家事を行い、個々の能力を発揮できる役割づくりに努めている。面会は自由で、玄関施錠しないことから、ご家族やご友人の方が気軽に立ち寄っていただき、日常的な交流がある。地域交流室として開放している併設の近隣大家族では週一回カフェ活動を行っており、前橋市介護予防サーポーターの方や地域住民の方が協力していただいている。お茶会や合唱などの活動を通じて、ご利用者と地域の方との交流を図っている。ご利用者が今まで築いてきたつながりの継続と新たなつながりの構築を支援できるように地域との関係づくりにも力を入れ、日々のケアに取り組んでいる。

【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)】

地域とのつながりを重視し、建物の一部を利用して『近隣大家族』という交流の場を地域へ開放している。また、自治会に加入し、有価物回収や下校の見守り、ボランティアの受入など、日常的に地域と交流を図っている。利用者においても、入居後も以前の生活が途切れず継続できるよう生活歴を紐解き、馴染みの関係が維持できるよう外出や交流の場を設けており、馴染みのコロッケ屋のコロッケを提供したり、よく行っていたレストランへ外食に行く支援を行っている。ケアの場面においても個別にできることを把握することで、できることを奪わないケアを提供している。重度化してきた際も、本人・家族の意向に沿って、協力医の訪問診療や訪問看護と連携をし、最期まで本人が望む生活が送れるよう支援している。運営推進会議では家族が参加しやすいように家族会の後に計画し、要望を受け入れる体制を整備している。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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	事業所全体の理念として「私たちは、慣れ親しんだこの町で、笑顔の絶えないあなたらしい暮らしをサポートします」を掲げ、その方らしい暮らしの実現を目指している。他、GHとして目指すものとして「事業所の強み」を職員で作成し、事業所内に掲示している。	設立時に、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と同じ理念を掲げ、翌年にホーム独自の「事業所の強み」を作成してパンフレットへの記載やホーム内に掲示している。毎月の会議やケアの場面で共有し、利用者のできることを奪わないよう「できることリスト」を作成して、理念の実践につなげている。	理念の実現にむけて、理念の一つひとつの言葉の意味を職員間で話し合うなど、共通の理解を深める機会づくりを期待したい。
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	併設する近隣大家族を活用し風通しの良い事業所を目指している。週1回近隣大家族にてカフェを開催し、地域の方やボランティアの方が参加して下さっており交流が図れている。小学校のウォーキングバスボランティア(下校時の見守り)、自治会の有価物回収への協力も行っている。	法人が運営する「近隣大家族」のカフェに利用者が参加し、友人や近隣住民との交流が図れるよう支援している。また、自治会の要請で、有価物回収の協力や小学校の下校見守りなどにも協力している。その他、高校生ボランティアの受け入れや小学校の運動会への招待等様々な形で地域交流を図っている。	
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	認知症の相談窓口としての役割を地域に浸透するよう努めている。地域の方に向け併設する近隣大家族を開放し、インフォーマルな交流拠点として活用してもらっている。週1回カフェを開催し、認知症に関する相談も受け付けている。		
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	運営推進会議では、地域代表・家族・利用者・行政・包括職員などの方に参加いただき、事業所からの報告をするとともに意見交換も活発に行っている。同時に家族会も行っており、家族同士の交流も図っている。	2ヶ月に一度、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開催している。自治会から有価物回収や見守り支援、お祭り参加等に対する提案をいただき、採り入れている。家族にも参加してもらいやすいよう家族会の後に開催し、参加できない家族には書面で報告をしている。	
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	市職員に運営推進会議に参加して頂き、事業所の様子を伝えるなどして情報共有を図っている。制度的なことの確認、報告義務のない軽微な事故などでも書類確認にご協力いただいている。	法改正の問い合わせや前橋市の集団指導の際に、説明を受けている。事故報告については、受診が必要なものに関してはもちろん、報告義務がないものについても報告し、意見をもらっている。	
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	研修に参加し、研修内容の共有に努めている。開設当初より身体拘束をしないケアに取り組んでいる。居室には鍵がなく、玄関は夜間以外施錠せず、常に出入りが自由な環境である。	身体拘束に関する外部研修に参加し、資料を回覧したり、職場会議や普段のケアの場面で、スピーチロックについて話したりしている。帰宅願望のある利用者には、事前に介入をし、本人が外に行きたいときは一緒に行動をしている。希望者には、職員の通所介護送迎時に、ドライブに行く等の対応をしている。	
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逃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	職員は研修会に参加し、研修内容の共有に努めている。声掛けの仕方や対応方法など職員同士が気づきを伝え合える関係性を築いている。		

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	現在、成年後見制度を活用されている方がおり、後見人、キーパーソンと連携して支援にあたっている。		
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	契約書や重要事項説明書の該当箇所を示しながら口頭で説明している。特に自立支援に関する事項とそれに伴うリスクに関しては、契約前の見学時と契約当日の面談時に十分な説明と同意を得てから契約を結んで頂くように配慮している。		
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	2か月に1度家族会を開催し、情報共有や意見交換をする機会を設けている。また、面会時には、利用者の普段の様子を報告するとともに相談・要望などを聞くように心がけている。玄関先には目安箱を設置、毎月の近況報告と共に意見や要望を書面で尋ねている。	毎月請求書と一緒に近況を手紙で郵送しており、意見や相談を記載できる欄を設けている。利用者の若い頃の様子についての記載をいただいたケースもあった。家族会を運営推進会議の前に開催し、参加できない家族には議事録を送り、意見を求めている。面会時には普段の様子を伝えると共に、意見を伺うようにしている。	
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	毎月行っている業務会議や日常業務の中で随時話し合いを行い、職員の意見や提案を反映できるよう心掛けている。	事業所会議の他、法人の中堅会議があり、サービス担当者会議や業務に関する提案を話し合っている。話し合いのなかで、生活日誌にケアの注意点、成功事例を継続的に書いていけるように変更した。	
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	代表者は、年に2回、職員に対し本人評価を実施させ、個別の実績や要望の把握に努めている。業務時間内にも事業所の訪問をし、職員や利用者との交流を心掛けている。		
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	様々な分野の研修の情報を伝え、研修への参加も積極的に促している。職員の経験や力量を踏まえスキルやモチベーションがアップするよう働きかけている。法人研修担当者によるフォローアップや幹部会議を通じての管理者への指導もおこなっている。		
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	地域密着型サービス連絡協議会に加入し、同業者間の交流や研修・勉強会に参加する機会を持ち、サービスの向上に努めている。H28年度は、小規模多機能・グループホーム大会でチームケアの事例を職員が発表した。		

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	本人の言葉に耳を傾け、様子を観察しながら状態把握に努めている。家族とも連携し、これまでの生活歴なども踏まえ、安心できる関係づくりに努めている。		
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	入居時には、これまでの生活状態・心身状態を聞き取り、家族の不安や要望を明確にしたうえで、ホームでどのように過ごしてもらいたいのかを最終的に伺っている。		
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	利用前に、本人・家族の見学や面談の機会をもち、要望と必要な支援を見極め、在宅生活の可能性の模索など他のサービス利用も含めて協議している。		
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	利用者と職員は共に生活するものとして、共同で家事を行ったり、人生の先輩として相談にのってもらったり、生活の知恵を教えて頂いたりしている。また、利用者から受けた行為に対しては、必ず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	行事への参加、通院への同行、体調や状態の変化があった際の連絡・相談などご協力いただき、共に本人を支えていけるよう心がけている。本人が定期的に自宅へ帰り、ご家族と過ごす時間が持てるように協力体制を築けている方もいる。		
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	生活歴を紐解き、できる限り馴染みの場所へお連れしている。ご家族はもちろん、ご友人や自宅の近所の方など自由に面会していただいている。地元の行事や祭りなどにもお連れして、近所の知り合いや旧友との交流の機会をもてるように心掛けている。	センター方式を活用し、家族から生活の情報を収集し、その情報をもとに、いきつけの床屋に継続して通えるように支援をしたり、近所の神社のお祭りに利用者が参加できるよう支援したりしている。また、毎月開催しているカフェで、友人との交流の機会がもてるようにしている。	
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	利用者同士の関係性が円滑にいくよう、職員が必要に応じて間に入っている。利用者の席は本人の意向や相性などを客観的に見て決めさせて頂いている。		

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	状態の変化で退居された方や看取りをさせてもらった利用者家族とも連絡が取れる関係を築き、関係性の継続を大切にしている。		
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	日々の関わりの中で本人の意向をお聴きし、できる限り添うように努めている。意思が伝えにくい方に関しては、生活歴を紐解いたり、ご家族や関係者から情報を得るようにしている。	入居時に、本人や家族より生活歴を確認し、センター方式の一部を家族に記載してもらい、それに基づいて、本人が考えている思いを汲み取るようにしている。また、面会に来る家族から情報収集を行っている。	
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	利用開始時にアセスメントをし、状態の把握をすると共に、ご本人やご家族から以前のお話を伺いながらセンター方式などのシートも活用している。以前利用していた施設・病院とも連携し情報を得ている。		
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	利用者一人ひとりの生活リズムを理解し、行動や言葉、表情からそのひと全体の把握に努めている。気づいたことは記録に残し、職員全員が共有できるよう心がけている。自立支援シートというもの作成し、職員間でケアの共有化を図る取り組みを始めている。		
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	個別の介護日誌と利用者からの聞き取り、家族の意向を反映させモニタリングし、ケア会議で皆で話し合い再アセスメントして介護計画を作成している。	生活日誌やできることノート等をもとに、担当職員が利用者、家族の意向を確認し、会議で話し合い、介護計画を作成している。援助内容実行書を毎月作成し、毎月の会議で確認をして、状態の大きな変化があれば、計画の見直しを行っている。モニタリングは、3ヶ月に1度実施している。	
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	介護日誌には、日常生活での他者との関わりの様子や発語や行動、表情、関わりの中で気づいたことなど記録し、申し送り等で職員間で共有しケアに生かしている。		
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	共用型デイや併設する小規模多機能のご利用者との交流や、近隣大家族での地域住民とのつながりを持てるように支援している。職員間でも協力できる体制をとっている。日頃より医療との連携も密にとり、状態の変化に対応できるよう協力体制を取っている。		

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	地域の民生委員や利用者の近隣の方など本人が今までに築いてきた地域との関係性を大切にしている。地域の行事やお祭りに出向いたり、行きつけだった理美容院に通ったりしている。		
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	主治医は基本的に、利用者個々のかかりつけ医を継続して頂いている。受診同行するなどして主治医との関係性を築き、連携する体制作りにも努めている。	普段の体調管理は、訪問看護にて週1回訪問してもらっている。受診は、入居前のかかりつけ医に家族が連れて行くが、都合がつかないときは職員が同行している。通院が難しくなってきた方には、訪問診療へ切り替えできるよう支援している。受診結果は、家族に電話にて報告している。	
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	併設する小規模多機能の看護師と連携し、利用者の状態の変化や気づきを伝え、相談や助言をもらう関係性を作っている。外部の訪問看護とも医療連携体制を結んでおり、週1回訪問してもらい、体調のチェックや健康上の相談等を行っている。		
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。	入院時は日常生活の留意点など入院先に伝え、利用者の受け入れがスムーズに行えるよう努めている。入院中は、可能な限り職員が面会し関わりを持つことで認知症状の緩和に努めている。家族・医師と相談し、事業所で対応可能な支援を伝えるなどして出来るだけ早期の退院が見込めるよう働きかけている。		
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、及び必要に応じて意向確認を行っている。本人・家族・協力医・事業所が連携し、話し合いながら方針を決め、合意書を交わしている。職員全員で共有し意向に添うよう努めている。	入居時に看取りの意向を確認し、看取り期が近づいた際に、再度、意向の確認を行っている。看取りを希望される場合には、家族・協力医・事業所で話し合いをし、同意書をとっている。また、家族が居室に宿泊し、食事がとれるように家族支援も行っている。	
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	救命講習を受け、緊急時に備えている。緊急連絡先、救急搬送の手順を一覧にまとめ、緊急時に慌てる事のないよう努めている。		
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	年に2回、併設する小規模多機能と合同の避難訓練を行っている。夜間想定避難訓練も行い、通報・避難誘導・消火の方法を身につけるよう努めている。近隣住民や地域代表、民生委員の方に運営推進会議への参加や通信の配布を行うなどして事業所に対する理解を得て、協力し合える関係づくりに努めている。	年2回の総合避難訓練と年2回の自主避難訓練を実施し、近隣にも回覧板で参加を呼びかけている。昨年は夜間想定訓練で、自治会長も含め9名が参加した。水害・土砂災害時にそなえ運営推進会議で相談し、防災計画を作成中である。また、食料水、毛布・救急セットなど2ヶ所に分けて備蓄している。	

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	親しみのある言葉がけの中にも、目上である事を常に心がけ、コミュニケーションをとるように努めている。排泄時の声かけに注意し、入浴時は個別対応が基本である等の一人ひとりの尊厳を大切に支援を行うようにしている。	家庭的な雰囲気大切にしながらも、目上の人ということ意識して、尊厳を維持できるように声かけをしている。入浴時には、異性の介護を気にする方には、同性にて介護を行っている。排泄時には周囲に気づかれないよう配慮し、声かけやトイレ案内を行っている。	
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	利用者と話す機会を多くとるよう心がけ、本人の意向を聴くよう努めている。その日に着る洋服・買い物・散歩コース・飲み物の選択など判断・決定する機会を捉え活かしている。		
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	買い物への外出、散歩、ベランダでの日光浴など一人ひとりが自由に過ごせるよう、個々のペースや体調に配慮しながら、本人の希望にそえるよう柔軟な対応を心掛けている。また、本人のやる気や残存機能を発揮できるような役割づくりにも取り組み生活の張り合いを作るよう心掛けている。		
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	自宅から持参したお好きな服を着用していただいている。できる方には自由に着こなしていただき、できない方はご本人のイメージに合わせて職員が見立てている。定期的に訪問美容に来てもらっているが、行きつけの理美容店がある方はお連れしている。		
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	食材切り・盛り付け・下膳など、食事に関連する作業を協働で実施している。自然と役割ができ、一連の流れができている。毎週日曜はご利用者と職員で手作りのおやつ作りに取り組んでいる。	食材配達業者を利用して、ホームで3食調理し、利用者に盛り付けや下膳を手伝ってもらっている。月1回程度、食材を止めて、利用者の希望に合わせた料理も提供している。利用者の馴染みのコロッケ屋から購入し提供したり、外食に連れて行くなど個別支援も行っている。	
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	食材宅配業者を利用しており、栄養士による献立作りとなっている。食事は個々に合わせて提供している。カロリー制限や禁食などの制限がある方に関してはそれに合わせたものを提供している。食事形態も個々の嚥下機能に合わせ、刻み食やミキサー食の提供もしている。		
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、口腔ケアを行っている。その方のできることを見極めながら、必要に応じて介助している。義歯使用の方は入れ歯洗浄剤を使用し口腔衛生に努めている。		

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
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	個々の排泄パターンの把握に努め、排泄周期に合わせてトイレの声掛け・誘導・介助を行っている。可能な限りおむつの使用を減らし、布パンツへの移行にも取り組んでいる。ポータブルトイレは使用せず、トイレでの排泄を基本としている。	生活日誌に排泄状況が記録されており、排尿パターンの把握をしている。おむつは最終手段と考え、おむつが必要な人でも、なるべくトイレで排泄できるよう、個別に案内をしている。	
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	食事は野菜を多く取り入れたものを提供している。個々の排便日や水分量を記録し、職員間で共有している。プルーンなど便通を促す食品を提供したり、軽運動や散歩など、からだを動かす機会を多くとるよう努めている。		
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	基本的には入浴日を決めているが、希望がある方に関してはできる限り対応している。	週5日間入浴を提供しており、希望に応じて週2回以上の入浴を提供している。入浴の希望時間を個別に確認して、支援をしている。ゆず湯やしょうぶ湯等季節を感じられる風呂を、提供している。	
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	年齢や生活習慣、体調などを考えながら、無理のないよう必要な休息がとれるよう努めている。 起床・就寝時間も個々に合わせて対応している。		
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	受診時の様子を日誌に記録するとともに処方薬の説明書もファイルし、職員間で共有している。服薬内容が変わった場合、薬剤師から解説してもらい、不明な点があれば随時電話にて連絡相談を行っている。		
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	生活歴から、本人が望む事・出来る事をして頂くよう努めている。毎週ご家族との外出を楽しまれている方、毎日ベランダで日光浴される方など、それぞれ役割や楽しみを持って生活できるよう支援している。嗜好品についても本人の楽しみとして出来るだけ対応している。		
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	本人の意向を確認しながら支援している。買い物への同行やご自宅への一時帰宅、ご家族での外出などご家族の協力も得ながら支援している。	やりたいことや喜びことを生活歴や家族との会話をもとに見つけ、支援に取り入れている。ドライブが好きな方には職員の通所介護送迎に同行したり、初詣に馴染みの神社に行ったり等、家族と協力し行っている。日常的には、近所の散歩や事業所の裏の畑に出る機会を作っている。	

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
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	希望者には財布を所持してもらい、金銭の自己管理をして頂いている。買い物に出かけ、ほしいものを自分で購入していただけるよう支援している。		
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	本人の意向を尊重し、ご家族に電話をする機会を設けている。その事で、安心してホームで過ごすことができている利用者がいる。		
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	吹き抜けの天井を利用して季節が感じられる飾り付けをしたり、花を飾るなどして季節感を感じていただけるようにしている。オープンキッチンの為、調理している音や香りがご利用者に届くことで自然と食欲が湧くなど生活感や家庭的な雰囲気大切にしている。	オープンキッチンで利用者が食事のにおいを楽しみながら、調理に参加できるようになっており、利用者の状態や希望に応じて、食堂の座席も配慮している。ホールから離れた場所に畳スペースを設け、その壁には利用者と相談し、昨年1年間の貼り絵を貼り出して、その時の思い出など少人数で語り合える空間づくりをしている。	
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	ホール内にはテーブル席の他、ソファー設置しくつろげる工夫をしている。ホールと離れた場所には畳スペースがありこたつを置くなどして、ご利用者が思い思いに過ごせるよう工夫に取り組んでいる。		
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	タンスや仏壇、絵画、着物など慣れ親しんだ物品を居室に持ち込んでいただくように入居時から働きかけている。	家族により居室入り口に家族の写真が飾られ、若い頃に描いた油絵の自画像の絵が飾られている部屋がある。その他、家族が季節ごとに絵を入れ替えるなど、馴染みの物に囲まれて生活できるよう支援している。また、身体状態に応じてベッドの位置など環境を職員が提案し、必要に応じて居室内に手すり設置の工事なども行っている。	
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	ホールスペースは広めに確保し、バリアフリーとなっている。廊下・トイレ・浴室には手すりを設置し、安全な造りとなっている。家具の配置も自立歩行の方、車椅子を利用されている方の移動のしやすさを考慮して工夫している。		