

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1070800204		
法人名	有限会社 桜の苗		
事業所名	グループホーム一番星金井		
所在地	渋川市金井 125-4		
自己評価作成日	令和2年1月31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://www.kaigo-joho.pref.gunma.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2月20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)】

私たちのホームは職員が自慢です。まだまだ介護者としての力は半人前ですが、人間味がある職員が多く、これからの楽しみな職員です。職員は認知症介護にとっても重要な環境に1つです。職員一同介護が好きだと自負しています。ぜひ一度職員に会いに来てほしいと思います。又一度お預かりした利用者さんは最後まで面倒を見させて頂いております。医療機関との連携もできています。月1回の往診と週1回の訪問看護師さんが訪問してくれ健康管理のサポートや助言を職員にしてくれています。急変時は救急対応も可能。看取り介護も実践できています。家族との協力もできていると思います。認知症の利用者さんに対して、認知症の進行を少しでも防ぐために家事を協力してもらったり役割のある生活をしてもらっています。なるべくできることはしてもらいように支援しています。これからも認知症を学び、職員を育成し、初心を忘れずに認知症介護を提供してまいります。

【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)】

周囲は線路や交通量の多い道路があるが、利用者の安全を確保しつつ、天気の良い日は毎日散歩の機会を設けている。職員が利用者のケアを一丸となって行うワンチームのスローガンを掲げており、利用者のニーズに沿って、反応を見ながら個別支援を行っている。また、利用者の状況にあわせて、ケアプランの見直しが行われ、希望があれば終末期まで支援できる訪問診療・訪問看護の医療体制が構築されている。その他、事業所で自治会に参加をしており、日頃から地域と交流の機会があることから、市や自治会とも良好な関係が築かれており、災害時に緊急連絡の受け入れ対応や自治会館の開錠などの協力が得られる体制となっている。

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	毎日に生活の中で認知症が進行しないようにその方の役割を探し支援してゆきます。できることは自分でしてもらうように支援してゆきます。職員一同仲良く笑顔で対応してゆきます。	令和2年に職員と管理者で話し合い作成した理念をホールに掲示し、利用者が穏やかな生活が送れるよう、笑顔で接することに努めている。また、難しい利用者にも複数の職員が関わることで、穏やかに過ごせるよう支援している。	
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	地域のお祭りなどに利用者さんと一緒に参加している。さらに自治会で開催する正月の展示会に利用者や職員とで作成した絵馬の飾りや絵などを出展した。地域の一員となるべく積極的に交流している。	自治会に加入しており、職員が地域の清掃活動などに参加をしている。散歩などで日常的に交流する機会に加え、地域行事の参加も行っており、ふれあいセンターで行われる夏祭りや自治会館での作品展示を通して交流を図っている。	回覧板が回ってきてはいるが、それらを活用し、事業所からの積極的な地域への発信に期待したい。
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	地域運営推進会議等で自治会長さんや副自治会長さんに参加してもらい認知症の予防や虐待などについての勉強会をして周知してもらっている。また年2回の防災訓練にも参加してもらった。地域の方々が気軽に訪問できるようにお願いをしている。		
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か月に1回推進会議を開催している。自治会関係者や渋川市高齢課の職員さんや利用者さんのご家族様が参加。ホーム内の職員状況や利用者の待機状況の報告。虐待などが行われていないかのホーム内の見学をしてもらった。自治会の行事予定や家族の要望等聞き対応している。	利用者、家族、職員、自治会長、副会長、市役所職員が参加をし、2ヶ月に1度平日に開催している。避難訓練の様子を自治会長にも見てもらい、自治会長から災害時には自治会館を開放していただく協力体制が得られている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	渋川市高齢課などから待機状況を聞かれる場合があり報告している。12月に渋川市の生活保護課からTELあり。某グループホームが閉鎖することで生活保護の利用者を転居させてほしいと話があり。高齢課と生活保護課の協力の下転居に結び付いた。市と連携は取れている。	運営推進会議の参加で、日頃からホームの様子を理解してもらっている。事業所裏の崖が崩れた際に、斜面工事の便宜を図ってもらったり、利用者の受け入れに際して、高齢課や生活保護課と連携を図って行った。	
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	ホーム近くで踏切があったり交通環境や立地条件想定されるトラブルを防ぐため玄関等は施錠し事故防止に努めている。ただ、極力利用者の希望に沿い玄関外に出たり外出できるように心がけている。他にも極力ベルトはしない、または短時間になるように努めている。	無断外出が多く出てしまう方がおり、交通量が多いので施錠をして、メロディがなるようにしている。散歩をできる限り毎日行い、外へ出られる機会を作っている。家に物を取りに行きたいと希望がある際は、職員が車に乗せてドライブをして気を紛らわせるなどの対応をしている。転倒の多い利用者には、なるべく身体拘束をしないように努めている。	
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	ホーム内で虐待についての勉強会を実施。又日々申し送り時にケア方法についてカンファレンスを持ち注意を払っている。経営者(代表)からも虐待ととらえかねない関わり方についても注意を向けていこうとの話も受けている。防犯カメラも設置し虐待防止の抑止力になっていると思う。		

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	現在は自立支援事業や権利擁護を受けている方はいない。後見人制度が必要になる場合もあるので職員同士でよく話し合い支援してゆく。また、勉強会をしてゆく必要あり。		
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	ホームに見学に来ていただき、利用料金の説明をする。契約書や重要事項説明書に関しては懇切丁寧に説明し理解してもらい分からないことがあればその都度説明する。後でトラブルが起きないように必ず長くても読んで説明させてもらう。		
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	地域運営推進会議に出席して持った時に要望を聞いたりする。また、面会時などにも何か要望はないか聞くようにしている。なかなか時間がなく面会に来られない方はメールなどで対応している。ご意見があれば迅速に対応している。	家族よりお菓子や生物を食べさせたい等の日頃の支援方法に関する要望に対し、食べられるように支援をしたり、感染症による面会制限時に家族より面会希望があり、手洗いうがいなどをして面会できるようにするなど、要望に応えている。	
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	日々の申し送りの際、職員から意見を聞くようにしている。月1回の会議や食事会をして皆が気軽に話せるよう環境を作るようにしている。また、なるべく意見や提案を取り組むようにしている。	研修受講について職員から要望があれば、参加できるよう配慮しており、ケアについても手作り会などの要望を反映している。月1回の会議や外食での食事会を開催し、管理者や法人代表と職員が気軽に話せる環境を作っており、職員の希望で卓球台を購入した実績もある。	
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	職員は財産。今は本当にいい職員に恵まれた。皆が自分の会社・職場と思い一緒にいい職場を作っていくほしい。時間外労働もなるべくさせたくない。なるべく苦痛なく働ける職場を提供したい。介護は本当にいい仕事と思ってもらえるように職場を整えてゆきたい。給与ももっと上げたい。		
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	ホーム内で勉強会を開催。なるべく話し合いの場を多く持つようにしている。職員の集まってきたのでホーム外の勉強会参加を促してゆく。認知症や疾病で分からないことがあると話し合いをしながらトレーニングをする。誉めて伸ばすことをもっとうにしている。話しやすい環境の整備をする。		
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	今現在ではできていない。今後はホーム間の交換研修を予定している。まずは同じ別法人のグループホームで始める予定である。		

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
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	ケアマネさんが利用者さんの認知症の現状や家族歴、生活歴などを収集し職員に周知させる。入居時は不安が強いため目配りや気配りを心がける。安心できるワードを探しコミュニケーションを図るように心がける。そのワードを職員で共有する。		
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	家族の話をよく聴き、今までの介護をねぎらう。離れて心配な場合はメールで利用者さんの状況をタイムリーに報告したり、写真を送ったりする。帰宅願望が多くなるかもしれないが家族が会いたい場合は合わせてあげる。要望にはなるべく合わせる。		
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	何が必要な支援なのかケアマネを中心に情報集をする。職員から細かな情報を収集し話し合う。自己判断は避け皆で考え支援する。家族からの情報は特に大切。利用者さんの訴えに耳を傾ける。		
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	とかく職員が皆やってしまいがちな家事。洗濯のも干したり畳んだり。食器を洗ったり拭いたり。掃除もしたり共同生活で役割を持って生活してもらう。近々、うどん作りを利用者さんにしてもらう。食事の盛り付けも今後してもらう予定。しかし無理強いはいしない。		
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	施設に入れられた。入れてしまった。という関係でなく少し距離を置いて介護に参加してもらうようにしている。強制ではないが面会に来てもらった外泊・外出に家まで帰れるように支援することもある。絆が切れないように支援している。		
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	家族や親せき・友人に訪問してもらっている。ドライブで自宅近くまでゆき懐かしいお店や神社などを巡ったりすることもある。そのようなことから新たな情報を収集できる場合もある。馴染みみなと床屋へ行く人もいる。	身内の方が遠方より来所したり、親せきや同級生などが家族より話を聞いて面会に来てくれたりしている。市内のお墓参りや馴染みの床屋を継続して利用できるよう支援しており、ドライブなどで昔の職場の近くにおいて、近所の人と話すなどの支援も行っている。	
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	利用者さん同士が仲良く話ができるように席を考え支援。もしも一人きりになりがちな利用者さんは無理強いく職員が話し相手となって不安や悩みを傾聴する。寄り添う気持ちが大切。		

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	入居の利用者さんを見取り亡くなった後もお手紙を職員に下さったり、1年忌にはホームまで職員にお礼を言いに来てくださったりありがたい。私たちもお盆には自宅までゆき、お線香をあがさせてもらっている。数名の家族とはまだ連絡を取り合っている。ありがたい限り。		
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	利用者さんの表情や言動から推測してケアを行っていることが多い。趣味や役割など本人希望が明確である方には対応できている。そうでない方に関しては職員で話し合い対応している。無理強いはない。	家族に生活歴や癖、嗜好などを確認し、申し送りノートやカルテに記録をして、職員間で情報共有に努め、利用者の対応に活用している。自分で意思を伝えることが困難な利用者に対して、話題を提供し、反応を見ながら対応をしている。	
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	入居時に家族や施設・病院から生活歴や経過などの情報収集をしている。利用者や職員の会話の中でどんな暮らしをしてきたか？思い出やその人らしさも伺えることもある。情報が不十分であったり家族・本人から聞くことができないこともある。		
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	一日を通して個々の様子を観察し記録や申し送りの中で職員が利用者情報の把握ができるよう努めている。心身の気になる点があれば随時口頭で伝え合い情報を共有し合っている。		
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	経営者と職員間で話し合い意見を反映して作成することが多い。家族の意向は聞くが話し合いの場が時間が合わずなかなか持たない。作成までの手順を改めて検討したい。	ケアマネジャーが利用者の様子をアセスメントをし、経営者にもチェックしてもらいながらケアプランを作成している。3ヶ月から6ヶ月に1度モニタリングを実施し、ケアプランの見直しを図っている。	モニタリングの頻度や職員がケアプランのサービス内容に意識が向くような工夫を期待したい
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	日々の様子観察記録がメインとなっている。ケアの実践に即していないため介護記録からでは見直しに必要な情報が得がたい。介護計画に周知し記録の内容を充実したものとなるよう工夫をしてゆく。		
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	訪問看護が週1回毎週火曜日に訪問し健康状態の把握に努めている。また、主治医とも連絡を密にして支援してくれている。見取りの際、夜間訪問してくれ死後の処置や主治医との連絡調整をしてくれている。歯医者への往診も来てくれている。		

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
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	病院や医院の往診や歯科の往診で医療は支えてもらっている。また、薬局は薬をホームまで持ってきてくれ分包してくれ仕事量軽減につながっている。ボランティアさんはまだ来ていないため今後の課題。		
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	本人や家族の希望。疾病に応じてかかりつけ医を決めている。月1回2か所の医院が往診。専門機関の受診が必要な時は主治医に紹介状を記載してもらい受診している。	入居前のかかりつけ医の受診を継続するようにしているが、協力医療機関では訪問診療や訪問看護の支援体制があるため、疾病や身体状況によって協力医療機関への切り替えも提案している。受診対応は原則家族に行っていたが、ホームでの様子を伝達し、受診の様子を家族に確認し送りノートに記載している。受診が、困難な際は、職員が対応している。	
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	訪問看護師が週1回毎週火曜日に来てバイタルサイン測定や健康観察をしている。又細かく看護記録として記載。経営者が看護師なので疾病ごとに留意点やアドバイスを受け必要なケアを行っている。		
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。	入院時に家族に事前に入院希望を聞いておく。なるべくキーパーソンから近い病院を選択。入院が決まったら先生や受け持ち看護看護師に早めも退院を促す。グループホームの席は1か月しかないことも話す。ソーシャルワーカーと連絡を取り合う。		
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	家族に早いうちから見取りか？病院？終末期のことを決めておく。病状が悪化してきた場合は介護職員の説明でなく主治医から話してもらう。看取りを希望した場合はかかりつけ医と訪問看護師と連携を密にする。一番星の見取りの指針を説明し同意を得る。	重度化した場合の指針を家族に早い段階で説明を行い、利用者の状況悪化に伴い、看取り対応が必要な場合はホームより家族に状況説明を行い、主治医から本人、家族へ意向の確認をしてもらっている。看取りを希望した際は、かかりつけ医の訪問診療と訪問看護師と連携をし、終末期のケアにあたっている。	
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	疾病の急変や転倒・骨折など様々な危険リスクが付きまとう。普段からトレーニングをして準備はできている。救急時マニュアルを作成してある。		
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	消防訓練は年2回開催。1回は自治会長・副自治会長参加。火災・災害時自治会長・副自治会長の自宅へ連絡が行くようになっている。災害時には南牧自治会館へ避難。鍵は自治会長宅にある公衆電話は東ローンにあり。避難経路の理解	年2回の避難訓練にて、昼・夜の災害を想定して実施しており、利用者も参加をして行っている。災害時には自治会長宅に自動で電話連絡がいくようになっており、自治会館の開錠の協力を得ている。	風水害時の対応や屋外避難時の利用者見守り等の対応についての検討を期待したい

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	利用者さんに対する声掛けや誘導の仕方は優しく丁寧にするように申し送りやカンファレンスで随時注意喚起されている。また、当たり前だが排泄時や入浴時は羞恥心に配慮している。職員同士注意喚起している。	入浴や排泄時には羞恥心に配慮し、扉を閉めて静かに対応をしている。自分でできる利用者には少し距離をおいて、確認をする配慮をしている。言葉遣いにも配慮をし、同じ目線で説明をするように対応をしている。	
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	利用者さんの話を傾聴し個々の表情の変化を捉え自己決定は少しでもできるように支援している。言葉に表せない場合は職員で話し合いいくつか試して探ってみて判断する。		
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	例えば食事介助で食べさせた方が早くてきれいだが、なるべく自力摂取できるよう工夫し自分のペースで食べてもらう。時間もその人に合った時間にもすることもよい。お風呂も無理強いはいしない。入りたい日に入る。		
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	服を更衣することに「これ着ますか？」などと選んでもらう。髪も整える。ひげも剃った方がいい。自分でできる人はしてもらう。できないところは支援する。		
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	利用さんの状態に合わせて常食・粥食・刻み・ペースト食にする。食器洗いや拭きはしてもらっている。今後は盛り付けもしてもらうことにしている。近々、うどん作りを利用者さんにしてもらう予定。	献立は宅配サービスを利用して、状態に合わせた食形態で提供している。月1回は手作りの日があり、利用者の希望にあわせて、カレーやシチューなどを提供している。利用者も下膳の手伝いやおやつ作り、お茶配りなどを手伝っている。外食も2ヶ月に1度実施しており、寿司や水沢うどんなどを食べに出かけている。	
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	主治医や訪問看護師さんと相談したり、体重測定などしながら食事量を決めてゆく。水分量は疾病によっても制限があるので主治医と相談。1日1500ml近く飲めればいいが、脱水に注意してゆことを職員間で話している。		
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	毎食後は磨きをしている。歯科衛生士に歯磨きの指導を受けたり、入れ歯の消毒の仕方や管理方法の勉強会を開催。定期的にししか往診で口腔を診てもらっている。夜間に入れ歯は保管している。		

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	排泄チェック表があり、排尿間隔や排便状況を確認している。なるべくトイレ誘導し排泄できるように心がけている。そうすることでパット量を減らし家族の経済的負担の軽減にも尽力している。	排泄チェック表にて把握をした個別のパターンに加え、食事の前には声をかけてトイレに案内をしている。なるべくトイレに座らせて排泄できるように支援をしており、排便が難しい利用者もトイレでは排便ができるよう支援したケースもある。	
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	なるべ形あるものを咀嚼し嚥下することで便秘の軽快を図っている。水分量も考えてその人に合った量を飲んでいただいている。入れ歯の咬み合わせも大切なので定期的に往診に来てもらっている。入れ歯の手入れをしている。		
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	入浴は週2回は入っている。ADLが低下している方は職員2名で対応している。入浴をしたいかを確認し入浴希望の方は介助している。本人の拒否が強い時は無理強いしない。	利用者の機嫌などの状況に合わせて、週2回の入浴日は変更するなど、柔軟に対応をしている。皮膚の色を確認するため、入浴剤の使用はしておらず、ゆず湯やしょうぶ湯など季節のお風呂を年4回実施している。	
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	日中は、なるべく起きていた貰い運動レクをしている。本人が横になりたいと希望している場合は意向をくむ。昼寝は1時間として長く寝かせないようにしている。夜間は個人で寝たい時間に促す。湯たんぽをしている。不安な訴えがあれば聞くようにしている。		
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	飲んでる内服を知り、副作用を周知している。新しく内服が始まった方(メモリー)などノートに症状を記載し先生に相談をしている。おかしいと思えば先生に話して中止できている。内服に関して申し送り等で注意できている。		
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	生活歴やADL既往歴などを周知して、カンファレンスで役割や楽しみごとを探している。食堂に努めていた人には洗い物や拭きものをしてもらっている。家に帰りたいと希望している人は連れていけるように今後考えている。		
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	帰宅願望がある方は夕方でも外へ行き、しばらく歩いたりしている。なるべく本人の希望を叶えるようにしている。日中は散歩等もしている。	天気の良い日はなるべく外に散歩をするようにしており、近所を歩くようにしている。また週1回程度はドライブを実施し、近場や馴染みの場所を回るようにしている。	

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
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	現金を持っている方は1名いるが預かっている。その他の利用者さんは家族が持たせないようにしている。外出した時はお金を持たせて買い物とかさせてみたい。		
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	携帯電話を持っている方が1名いる。電話を掛けたい利用者さんがいれば家族に電話して話をしてもらっている。年始には年賀状が届く。結構、家族と親せきなどと電話していることが多いと思う。		
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	家というイメージを重視しているので施設感なるべく出さないような雰囲気になっている。施設が少しくらい印象があるので電気をつけて置いたり、音楽をかけておいたり工夫をしている。換気には気を付けている。共有テーブルはこたつにしている。	リビングには自治会館に展示した絵馬や塗り絵が掲示されており、ひな人形やクリスマス飾りなど季節感が感じられるものが飾られている。テーブルの配置も3ヶ所にわけて、利用者の状態に合わせて配置することで、利用者同士が良い距離感もち居心地の良い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	特別そのような部屋はないが自室で過ごしてもたったり玄関先へ行って日光浴をする方もいる。天気の良い日は日光浴をする利用者さんもいる。		
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	家族と相談して使い慣れた布団や家具を持参している。また、写真や絵やぬいぐるみなども持ってきている。安心して過ごされている感じがする。	各部屋にはベッド、床頭台、防犯カメラが備え付けられており、夜間帯の見守り時にも頻りに職員が入らないで過ごせるよう配慮されている。自宅から造花・ラジオや家族の写真など、馴染みのものを持ってきてもらうようにしている。	
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	廊下の手すりやトイレの手すり等利用してなるべく自力でできるように支援している。車いすの方で自分で自走できる方も自分でなるべくしてもらっている。平行棒も利用し訓練している。		