

## 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	2690300054		
法人名	社会福祉法人 仁恵会		
事業所名	グループホーム新町御池 月ユニット		
所在地	京都市中京区新町通り姉小路下町頭町92番地		
自己評価作成日	令和1年10月1日	評価結果市町村受理日	令和元年12月13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。

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JiyosyoCd=2690300054-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JiyosyoCd=2690300054-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	--

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会		
所在地	京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅凌町8「ひと・まち交流館 京都」 1階		
訪問調査日	令和1年10月29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)】

入居後もADLの低下を防ぎ、いきいきとした生活を送っていただけるような機会を提供しております。まず日々の活動として、午前・午後オリジナル体操等も含んだメニューで運動していただき、筋力の低下を防いでおります。脳トレも実施し、認知症の進行を予防しています。食事前には手指を中心とした運動の後に、口腔体操を実施しております。また個別の趣味に合わせた余興活動や、季節に合ったレクリエーションの実施と、作品作成を個人や共同でしていただく事により施設内でも季節を感じていただいております。そして日々外出する機会を設け、園芸や散歩、ドライブ、外食や喫茶を楽しんでいただいております。さらに遠足などを企画し、参加していただくことにより、社会性の維持を図っています。医療面では総合病院が主治医となり、ドクターや看護師による日々の体調管理や緊急時の受け入れ態勢も整っております。ご本人様やご家族が安心して生活できるように援助しております。

### 【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)】

グループホーム新町御池は2012年4月に社会福祉法人仁恵会の系列事業所として開設しました。職員は法人理念にもとづき、事業所目標やユニット目標を立て介護の視点がぶれないサービスを提供しています。ヒヤリ・ハット事例は些細なことも収集して、リスク回避の介護計画につなげています。スクワットを組み込んだ体操や階段の上り下り、散歩、口腔ケア・口腔体操の継続で身体機能を維持しています。利用者の平均年齢は90歳を超えていますが、ほとんどの方が補助具使用や手つなぎ、自力で歩行でき、食欲も保持できています。職員は利用者個々のペースに合わせた生活リズムを整え、やる気や希望を引き出しています。利用者は日常のなかで自分のできることで役割を持ち生活しています。

### 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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (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、安心して暮らしている (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

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 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	施設目標やユニット目標を作り、毎日目標に添って介護が出来ているかユニット会議などで確認している。地域密着型施設であることを意識した支援に努めている。	月ユニットでは、今年度目標を「個別の生活ペースに合わせる」と掲げている。利用者の望む生活リズムを大切に、入浴や食事所要時間や就寝時間、レクリエーション活動など、生活の場として利用者主体の支援に取り組んでいる。ユニット会議で振り返りをおこなっている。各ユニット入り口に事業所目標、ユニット目標を掲示している。	
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	町内会の区民運動会に参加したり、地域のお祭りである祇園祭りに参加するなど、地域との関わりを持つようになっている。	町内会に加入しており、昨年は組長を担当した。地域の運動会や祇園祭を見に行っている。事業所前道も鉾は通るが、街中まで出かけている。外出では、寿司店、喫茶店、買い物など地域の店を努めて利用している。ボランティアの来訪で銭太鼓、人形劇、オカリナ演奏を楽しんだ。子ども達との交流の場は少ない。	大人同士の生活の中に若者や幼児との交流があれば、より利用者の笑顔が増すのではないかと期待している。検討を期待する。
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	地域の方の相談や見学などがあった時は、お話を伺い認知症についてのアドバイスや介護保険についての説明ができるようにしている。		
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、ご家族や包括支援センター、地域の方、民生委員、老人福祉委員などに参加いただきホームの現状や取り組みについてご意見をいただくようになっている。	会議では利用者の状況、事故、ヒヤリ・ハット事例、家族アンケート集計報告、新人職員紹介、水害想定避難訓練の報告などをおこない、参加者から質問も多くある。特にヒヤリ・ハット事例は多くあがっており、些細なことも見落とさない職員の姿勢がある。参加者の提案により、ヒヤリ・ハット事例を家族に報告するようにしている。会議への案内は全家族におこなっているが、参加数の増加はない。議事録は全家族に送付している。	会議は外部の方々と、事業所運営やサービスの質について検討し、提案を受ける貴重な機会である。地域メンバー数の維持や家族に参加の呼びかけを継続されることを期待する。
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取り組んでいる	包括支援センターからの情報を頂くことも多い。包括支援センターの依頼で企業内研修や認知症研修に講師を派遣して講演や寸劇をまじえて理解を得ている。	行政には、運営会議議事録を届けたり、介護認定更新時に行っており、相談のできる協力体制である。包括支援センターの依頼で、企業研修などに職員を講師として派遣している。	

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
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	保安・安全確保の為、玄関は施錠しているが、各ユニット間は自由に行き来できるようにしている。また外出希望がある時は、交通量の多い地域のため事故防止のため職員が付き添って行く。拘束については定期的な会議や研修を行い、職員全体が周知できるようにしている。また拘束にあたるような事例がないか、ユニット会議などでも検証している。	玄関の施錠は、一人で出かけた利用者がおられ、車の交通量の多い地域でもあり、利用者の安全確保の観点から検討をおこない実施している。「身体拘束適正化検討委員会」を3か月ごとに開催するとともに、ユニット会議でも常に話し合っている。年2回の研修も全職員受講している。車椅子使用は移動手段ととらえており、事業所内ではできるだけ手つなぎ、シルバーカー、手すりを持つての歩行を実施している。	
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	研修を行い、言葉使いや虐待について学び、職員同士で正しく理解できるように努めている。風通しの良い施設をめざしている。		
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	成年後見人を利用されている利用者もおられるので、具体的にどのように制度が成り立っているのかを学ぶ機会を持っている。		
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	入居時に利用者や家族に対して、わかりやすい言葉を使い、書面を使ったり、複数の家族に説明するなど、十分な説明を行い理解できるようにし、入所後のトラブルにならない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	家族の面会時などに日々の出来事をこまめに報告し、ご本人やご家族に意見を聞くようにしている。小さなことも言いやすい雰囲気をつくるために、部屋担当を決め、運営に反映しやすい環境を作っている。家族会を開いたり、個別の面接によっても聞き取る事もある。	職員は日々の会話の中で利用者の気持ちをくみとるように心がけ、やる気や希望のある生活につなげている。家族の意向は面会時や家族会、アンケートで得ている。家族より「災害訓練で広域避難所へ実際に避難してはどうか」の提案を受け、今年度実施している。	家族に年1回アンケート調査をおこなっており、高い評価を得ている。接遇や環境の内容があるが、利用者提供している多くの支援について、順次アンケートに取り入れ検証されることを期待する。
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	職員それぞれが目標を設定し、アンケートや計画表を作り、達成できたかどうかの評価を面接を行い確認している。	所長はユニット会議、リーダー会議、個人面接など職員の意見を聞く機会が多い。職員の要望で、個人持ちのみであったおしりふきペーパーを事業所としても購入している。個人用は名前を記載して使用している。外部からの侵入予防として防犯カメラを設置した。	

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
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	職場環境は主任やリーダーと相談しながら整えている。時間内に終わらせ、なるべく残業や連勤はしないように心がけている。		
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	外部研修により情報の習得や実践に生かしている。研修に参加できなかった職員には伝達研修やレポート報告などで、学ぶ場を持つようにしている。		
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	市老協懇親会に参加し、市内の同業者と交流の機会を作っている。事例検討会などへの参加も積極的におこなっている。		
<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 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	入所面接時にご本人の意向を確認し、入所後は緊張感をやわらげ、リラックスできる言葉かけや環境の整備を行っている。		
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	不安に思われている事を所長、主任、リーダー、居室担当がそれぞれ聞きとり、納得できるように説明するようにしている。		
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	入所面談時にケアマネジャーと相談し、共同生活が難しい時は時期を調整したり、他のサービスの選択肢もある事を伝えている。		
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	認知症があっても、人生の先輩と思い、尊敬の気持ちを持ちながら介護に関わるようにしている。		
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	生活暦や家族介護状況をうかがい、また利用中の様子を伝え、一緒に行事参加していただくようにして家族との関係がとぎれないようにしている。		

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
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	ほぼ毎日来られるご家族もおられる。きやすい雰囲気と居やすい環境を作っている。毎月通信を発行し、日々の生活や3か月に1回は日中のお知らせとして、担当介護員が利用者の健康状態や日々の暮らしについてお知らせしている。趣味の絵画や書道教室に通っておられる方もある。	毎日、家族の面会がある方、月に1~2回友人がこられる方などある。職員は心地よく過ごしてもらおう声かけをおこなっている。娘さんと馴染みの美容院に通う、絵画教室や書道教室に通っている方もいる。自営業を気づかう方は様子を見に帰宅している。趣味はレクリエーション活動に取り入れ、編み物、園芸、絵や書道、かるたなど継続している。家族に毎月会報「グループホーム通信」や、3か月ごとに写真付き便りを送り近況報告をしている。	
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	食堂において職員が話題作りをし、団欒の場をもてるようにしている。自分からのコミュニケーションが難しい方には職員が声かけをして孤立しないようにしている。		
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	施設や病院の相談員に利用中の様子を伝え、なにかあれば気楽に相談していただけるように伝えている。		
<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 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	担当制を作り、ご本人やご家族の意向を聞き取るようにしている。フェイスシートを改善し、さらに詳しく把握できるようにしている。	フェイスシートでは情報収集に不足があったため、より詳細なアセスメントシートに更新した。利用者の思いや意向を聞き取った時は、アセスメントシートに追記して職員間で情報共有している。夜中に不穏になる方が数人おられ、個々の不穏の内容に合わせた説明の統一をおこなっている。また、利用者に質問形式でアンケート調査を年2回しており、多くの回答をサービス改善につなげている。	
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	入所時に家族に生活歴を聞いたり、会話の中から過去の暮らし方や生活環境を把握するようにしている。担当以外の職員が聞いたときは、担当職員に伝え情報を共有す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	年齢・体力・認知度・病歴などを考慮し、各自が出来る範囲で、負担のないように目標を設定しADLの向上と認知症の進行防止に努めている。		

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
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	ケアプランに対してのモニタリングを明確にし、介護中でもケアプランを意識しながら支援している。ユニット会議やケアプラン会議を行い、職員が共有できるようにしている。	介護課題ごとに実施プランに沿ったケアができていないか、毎日ケアチェック表をつけている。3か月ごとにモニタリング、計画見直しをおこない必要に応じてアセスメントシートへの追記をおこなっている。年1回のサービス担当者会議には利用者と家族も参加している。リスクアセスメントもおこない、危険を回避する介護計画も立案している。ユニット会議やケアプラン会議で検討している。	
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	個人記録に日々の様子を記入し、職員が共有できるようにしている。計画作成時に利用するようにしている。		
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	担当制にし、個人のニーズに対応した支援を行っている。買い物同行や自宅での荷物整理などは担当職員が本人と家族と連絡をとりあって行っている。		
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	回覧板などにより地域の行事を知る、また同事業所の居宅介護支援事業所のケアマネよりの情報を得るなどし、可能な範囲で行事に参加してもらうようにしている。		
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	往診医に日常生活状況、健康状態を報告し健康管理を行っている。また専門医への紹介や以前のかかりつけ医への受診など本人・家族の希望を大切にしている。	利用者全員が、協力病院から月2回の訪問診療(内科医)を受けている。他に、必要に合わせ神経内科、皮膚科、歯科それぞれの医師の往診を受けることができる。訪問看護は週1回あり、24時間連絡の取れる体制である。緊急時は訪問看護事業所に連絡して指示を得ている。併設のデイサービス勤務の看護師に応援を得ることもある。	
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	デイサービスの看護師に日々の情報を伝え、処置を依頼している。また訪問看護師には来られた時に一人ひとりの状態を報告し、相談している。		

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
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。	往診医から入院時の主治医への情報提供をおこなってもらい、看護師・相談員には職員より状況報告を行いスムーズに治療ができるようにしている。入院中は面会を行い、退院後の生活について相談している。		
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	入居時に看取りの方針や重度化した時の終末期について説明させていただいている。入退院をくりかえすようになられた時は主治医を交えて相談の機会を持つようになっている。看取りを行った事はないが、看取りの研修に参加したり、喀痰吸引ができる職員を増やすなど、看取りに向けて準備している。	「重度化(終末期)ケア対応指針」を定めており、入居時に利用者及び家族に説明し希望を聞き取っている。状態の変化時には、医師や所長の判断で再度家族と話をしている。現状では、家族は医療的な治療を希望することが多く、看取りの実績はない。職員で「喀痰吸引等研修」の終了者は3名いる。	
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	緊急マニュアルを作成し、介護員室にはすぐに対応できるようにフローチャートにして貼り出している。また順次普通救命講習を受けている。		
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2回消防訓練を行っている。消防職員にも立会いをお願いし、来ていない所を改善するようにしている。地震や水害も自主的に避難訓練を行っている。3日分の食料品、水、おむつなどを備蓄している。	消防署の指導のもと年2回の防災訓練をおこなっている。利用者も参加して、屋外までを想定した避難をしている。水害や地震想定での避難訓練もおこなっており、今年は広域避難所まで歩行や車椅子で利用者を避難させた。現実の避難は相当困難を伴い諸課題が理解できた。AED研修は法人研修時に参加している。	
<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	法人で年に1回権利擁護と高齢者虐待について外部講師による研修を行っている。ぞんざいな言葉使いや態度を戒め、年長者として尊重できる環境づくりをこころがけている。	利用者アンケート内に「排泄に関して、プライバシーや羞恥心に配慮していますか」の項目があり、利用者はさまざまに答えている。法人研修は18時からの開始で仕事以外の職員の参加があり、事例を聞きグループ討議などおこなっている。利用者の呼び方は家族と相談して決めている。	
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	一人ずつゆっくりとお話を聞く機会を持つことで、ご自分の思いや希望が話せる関係作りに努めている。		

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
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	体調や在宅時の生活習慣を考慮し、起床や就寝の時間・食事の時間など一人ひとりのペースで行えるように支援している。		
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	ご本人自身に今日着る衣類を選んでいただき、散髪は定期的に行い、お化粧品も楽しんでいただけるようにしている。		
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	その方の能力に合わせて、テーブルのセットや食事作り、盛り付け、食器洗いなどを手伝ってもらっている。お誕生日や行事には食べたいものを提供するようにしている。献立作り、買い物、調理を利用者と行い食に対する意欲を引き出すようにしている。また回転ずしや和食、オムライスなどバラエティに富んだ外食の企画も行っている。	食材は外部業者から届くが、メニューの一品は職員が考え利用者と食材を購入し手作りしている。行事食は職員の手作りが多い。野菜切りや盛り付け～片付けまで利用者も役割がある。外食は行事担当者が希望を聞いたリ、アンケートの内容から決めており、中華レストランやくら寿司、スターバックスなど出かけている。手作りおやつはどら焼き、ホットケーキ、おはぎ、ロールケーキ、パフェなど好評である。	
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	ご飯の硬さやおかずの大きさ、制限食の有無、水分量など一人ひとりに合わせた食事の提供を行えるようにしている。		
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	朝晩の口腔ケアを自分では行えない方は職員が介助し、自分で出来る方は確認や見守りを行うようにしている。歯科医師や衛生士にも見てもらっている。		
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	排泄チェック表をつけることで排泄パターンを知り、タイミングのよい誘導で失禁を減らし、清潔を保つようにしている。	半数強の方が布パンツである。職員は利用者個々の排泄パターンを把握して誘導をしている。リハビリパンツ使用者に朝、夕のパンツ交換をおこない、感染予防と清潔維持に努めている。ウォシュレット付きトイレもある。職員は排泄介助時には手袋を着用し、他者への感染防止に努めている。来月から「排泄委員会」が始動する予定である。	

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
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	水分量の確認や、繊維の多い食品を取り入れた食事の工夫、体操や散歩・腹部マッサージの導入などにより、服薬だけに頼らない排便の促しを行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日お風呂を沸かしているため、希望の時間や曜日に入ってもらっている。拒否のある方は時間を置いたり、日を変えて入浴してもらおうようにしている。どうしても拒否のある時などは、好きな香りのお湯で足浴をするなど無理強せず気持ちよく入れる工夫を行っている。	週2回の入浴を提供している。入浴日や時間は利用者個々の希望でおこなっている。必要時には臨時入浴や清拭でも対応している。好みのシャンプーやリンスを準備している方もいる。季節湯としてゆず湯を提供している。足浴も取り入れており、冬場は希望が多い。	
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	就寝時間や起床時間、衣類については本人の希望にあわせている。眠れない時は職員が声をかけたり、フロアーで過していただくようにしている。		
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	薬の内容と服薬理由を職員一人ひとりがしっかり把握できるように、リストを作っている。体調の変化があったときはすぐに主治医に連絡がとれるように体制を整えている。		
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	本人の希望を把握し、それぞれに合った役割を楽しみを支援できるように、ユニット会議により職員同士で情報を共用し、提供できるようにしている。		
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	一緒にスーパーに買い物におやつを買いに行く。昔よく行っていた喫茶店に行くなど本人の希望を聞きながら支援している。	おやつや食材を買いに近くのスーパーや八百屋さんに出かけたり、馴染みの喫茶店もできている。10分～20分の散歩は利用者の生活ペースに合わせておこなっている。月1回はドライブを計画してコスモス園や植物園に出かけ、現地で家族と合流している。	

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		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	お金を使うことを希望された時は職員が一緒に買い物に行き、商品を選んで支払いをする事を支援している。		
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	希望時は職員が介助で電話をかけられるようにしている。携帯電話を所持されているかたもあり、自由に家族に電話をかけられている。		
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	空調の温度や湿度に注意し、快適に暮らせるようにしている。季節のお花をかざるなど季節感が感じやすいようにしている。外出時の写真を飾ったり、自分たちの作品を飾る事で、自分の居場所を作り、話題の活性化につながっている。	リビングの壁にはイチヨウの木の切り絵が飾ってある。赤やオレンジ、黄色の葉っぱが鮮やかに秋の訪れを告げている。テーブル席と少し離して利用者の希望も取り入れた場所にソファを置き、お気に入りの場所でのくつろぎを提供している。空気清浄機を置き、職員は室温、湿度管理をしている。施設内は利用者とともに毎日清掃し、清潔を維持している。	
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	テーブルやソファを置くことで会話を楽しみたいときや一人になりたい時に好きな所で過せるように工夫している。		
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	入居時にテレビや冷蔵庫をもってこられたり、在宅時に使い慣れた家具や仏壇、家族の写真を置くなどして、居心地よく生活できるように工夫をしている。また整理整頓や居室のモップ掛けなどできる事は職員と一緒にやるようにしている。	ベッドにエアコン、ドレッサー、小型のタンスが設置されているが、他は利用者の好みで持ち込み可能である。大小のぬいぐるみや家族写真、自分の作品を飾っている。仏壇の持参もある。職員は慣れ親しんだ家具や置物を取り入れた居室のしつらえになるように支援している。毎日、掃除しており清潔である。	
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	手すりを廊下に配置することで自立歩行を促し、トイレにはわかりやすいように表示して自分で行けるようにしている。		