

### 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	0990800294		
法人名	社会福祉法人 ふれあいコープ		
事業所名	コープグループホーム喜沢(ほのぼのユニット、ひだまりユニット)		
所在地	栃木県小山市大字喜沢1475番地98		
自己評価作成日	平成31年1月29日	評価結果市町村受理日	平成31年4月25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アスク
所在地	栃木県那須塩原市松浦町118-189
訪問調査日	平成31年2月25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)】**

ふれあいコープの介護指針である10の基本介護という生活そのものがリハビリになる介護手法を取り入れています。自分でできることが増え生きる意欲や役割ができ自分らしくいきいきと生きることが出来ます。10の基本介護を行うことで車椅子で入居された方も歩けるようになり食事も自分で摂ることができるようになりました。また、一人一人の気持ちに寄り添い尊厳をもって対応する事で暴力・暴言が減少し排泄や入浴が出来るようになりました。どんなに小さなことでも出来ることは行っていただき喜びや生きがいに繋がるように支援しています。本人の持っている能力を最大限生かせるよう日々職員同士が話し合いチームワークを大切にして取り組んでいます。入居している本人だけではなく家族支援も行っています。高齢者世帯のご家族様には外出の機会として食事を一緒に摂ってもらうなど工夫しています。

**【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)】**

社会福祉法人ふれあいコープの理念にある「一人ひとりが尊厳を持って安心して暮らせる」ことを支援・実践するために、管理者は、利用者は一人ひとり違うのでその人の人となりを見て取り、今までの生活歴を把握した上で、どう支援するかを考えて実践するよう職員に伝えている。職員は自ら考え提案し、みんなで話し合い、情報を共有し、利用者が望む生活を具現化している。職員は、出来る範囲で調理の準備や味付け、おやつ作りを利用者と一緒に行い、散歩に出かけ、職員配置の調整をしながら小さなグループで外出している。看護師や管理者はかかりつけ医の受診時には同行し医療との連携や家族との情報の共有を図り、適切な医療を受けられるように支援している。法人のデイサービスやケアマネジャーなどの経験者が職員に居ることから、ふれあいコープの介護指針「10の基本介護」に最初から取り組み、新規開設であっても落ち着いた運営がなされている。また、小山市と協働で認知症サポーターの養成や、「オレンジ・ビレッジ(認知症サポーターの学びの場、集いの場、活動の場)」の運営に関わり、認知症介護を専門とする事業所の役割を發揮している。

**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、その時々々の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	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
			実践状況			
<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	毎朝朝礼時に法人理念を唱和し常に念頭に置き業務に就いている。また、入職時にも理念を伝え共有を図っている。	事業所独自の理念はないが、グループホームが地域密着型サービスとして何をすべきかを法人の理念から解釈し実践している。法人理念にある「一人ひとりが尊厳を持って安心して暮らせる」ことを支援・実践するために管理者は、利用者は一人ひとり違うのでその人の人となりを見て取り、今までの生活歴を把握した上で、どう支援するかを考えて実践するよう職員に伝えている。	グループホームが地域密着型サービスとして求められている意義を職員が理解し、実践する上で拠り所にできるよう、解釈の違いが生じないような分かりやすい事業所独自の理念を作り、更なる質の向上を目指してほしい。	
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	地域の行事(防災訓練や神社のお祭り)に参加し交流を図っている。 近隣のスーパーへ利用者と一緒に掛けている。	法人が運営しているコープ福祉介護センター小山は1階がデーサービス、2階がショートステイであったが、昨年6月にショートステイを転換して2ユニットのグループホームをオープンさせた。従って地域の人のつきあいは開設当初から自然とできている。地域密着型サービスであるので自治会との関係性も加わり、地域の行事や防災訓練にもスムーズに参加でき、地域のオレンジカフェ(認知症の人や家族、地域との交流、活動の場)にも利用者を出かけている。		
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	グループホーム開設時地域の方に説明会を行った。また、地域の方向けの認知症学習会や認知症サポーター養成講座など開催し認知症の理解を深めている。			
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	運営推進会議にて運営状況や利用状況を報告し意見をいただき部門会議にて内容を報告し共有している。 自治会長から行事参加の提案をいただき地域交流が図れるようになった。	運営推進会議でサービスの実際を報告しているが、昨年6月に開設して日が浅いので、評価への取り組み状況等を報告して話し合うまでには至っていない。ただし、地元自治会の行事や防災訓練への参加の誘いがある等地域交流の情報提供の場となっている。		
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取り組んでいる	運営推進会議に参加していただき連携を深めている。自治会長より地域の防災訓練の参加の機会をいただいた。	グループホーム喜沢は、コープ福祉介護センター小山の一部門として、小山市と協働で認知症サポーターの養成や、「オレンジ・ビレッジ(認知症サポーターの学びの場、集いの場、活動の場)」の運営にかかわっている。グループホーム開設に関することや開設後のインフルエンザ発生時、事故報告に関して早期に対策を取るときは市の担当職員が強い相談相手となっている。		

自己	外部	項目	自己評価	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
			実践状況			
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	居室が2階にあり階段やエレベーターには防犯上セキュリティがかかっている。本人・家族様には十分説明し理解いただいている。日常的なところでは部門会議・委員会を通じて身体拘束について説明している。また、権利擁護の研修会等にも参加しその内容を職員全員が共有している。	一人ひとりに寄り添うことで身体的拘束をしないケアは徹底されているが、グループホームが2階にありエレベーターは施錠されている。ただし、利用者が外に出たいと意思表示すれば必ず職員がエレベーターを解錠し一緒に出かけるため、利用者はいつでも出かけることができるという安心感からか、頻回に出たがることはない状態である。		
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	不適切なケアを含め部門会議において説明し虐待防止に努めている。入職時には自己チェック表や不適切なケアの資料をもとに説明している。また、職員にストレスや悩みなど抱えていないか聞き取りを行い防止に努めている。			
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	現在後見人制度等の対象者はいない。権利擁護の研修会に参加させ部門会議や研修報告書にて共有しているが個々の理解としては不十分である。			
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	契約の際には十分説明し不安等には十分配慮している。契約後も面会時等に不安や疑問点などないか本人・家族に確認をしその都度説明している。			
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	面会時に家族に要望等を伺い反映している。日頃より利用者・家族とコミュニケーションを図り要望等をくみ取るようにしている。毎月担当者より写真付きの利用状況を報告している。ご意見・ご要望箱を設置している。	入居して日が浅い人が多いこともあり、利用者や家族から意見や要望が出ていない。入居時には、認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式シート(以下センター方式シート)で利用者の生活歴や思いを書いてもらうので、その時に要望なども把握するようにしている。また、その中の情報を利用者への日常的な声掛けに活かしている。		
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	部門会議等で意見や提案を聞き週次報告書にて本部に伝えている。	ショートステイの施設を改修してグループホームに転用したため、開所後必要な物(冷凍庫など)が発生し、法人本部にそれらの購入依頼をする程度で、運営に関する職員からの意見の反映はこれからである。ただし、法人のデイサービスやケアマネジャーなどの経験者が職員にいたことから、ふれあいコープの介護指針「10の基本介護」に最初から取り組み、新規開設であっても落ち着いた運営がなされている。		

自己	外部	項目	自己評価	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
			実践状況			
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	就業規則は整備されている。 管理者は毎週週次報告書にて個々の職員についても報告している。			
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	法人で行っている研修(基礎・実践・OJT・10の基本介護プロジェクト)にてスキルアップを図り外部研修にも参加できる取り組みをしている。また、研修後には報告書の回覧・部門会議にて情報共有している。			
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	年1回行っているとちぎケアマネジャー協会主催のグループホームの研修に参加し情報交換し質の向上に努めている。また、認知症学習会を通して他のグループホームと交流を図り情報交換しているが回数的には少ないため不十分である。			
<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	入居前に見学していただき雰囲気を感じてもらい不安なことや心配事など傾聴している。また、生活歴やこれまで行ってきた習慣などを記載してもらい職員全員で情報を共有し馴染みの関係を築けるよう努めている。			
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	本人・家族の困りごとを十分傾聴し解決に向けた取り組みを行い安心して暮らしてもらえるよう努めている。入居後すぐの様子は面会時や電話などで報告している。			
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	入居相談時には見学に来てもらい本人の状態や要望などを伺い本人・家族にとって最も適したサービスが受けられるよう他のサービスを提案することもある。			
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	本人のできることを見極め役割をもった生活が送れるように支援している。少しでもできることは職員と一緒にいき喜びが共感でき信頼関係が築けるよう努めている。			

自己	外部	項目	自己評価			
			実践状況	実践状況		
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	面会だけではなく外出や外泊などしてもらい家族と過ごす時間を大切にもらっている。入居後も家族に役割をもってもらい本人にとって家族は必要な存在であることを伝えている。			
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	これまでの生活歴の把握に努め馴染みの美容院の活用やかかりつけ医の継続に努めている。友人や親せきの方に面会に来てもらったり外出時に会ってもらおうようにして交流が途切れないよう努めている。	家族の協力を得てセンター方式シートで生活歴を把握し、今までの習慣や関わりが途切れないような支援を行っている。入居しても地域のいきいきサロンに参加し、家族の協力で馴染みの美容室や整骨院に通い、趣味の編み物を続け、本人が大切にしているぬいぐるみに囲まれ過ごすなど、それぞれの馴染みの関係を大切に支援している。家族との絆を維持するためにも家族との外出や、外泊などを勧めている。		
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	職員は利用者同士の関係性や個々の性格などを把握し利用者同士が自然に交流が図れるように努めている。また、利用者同士のトラブルには十分配慮している。			
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	退居者なし。			
<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	入居前や生活の中で要望等を把握し実現できるよう努めている。センター方式を活用し本人の想いに沿えるよう心がけている。	入居時に家族の協力を得てセンター方式シートでどのような生活を望むかを把握し、その上でアセスメントを行い、一人ひとりの暮らし方を検討している。本人が希望を表出できない人には、暮らし方の具体的な提案を出して、本人の反応を見てその人にあった暮らし方を見いだしている。		
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	生活歴やこれまでのサービス状況を家族・関係機関より情報収集し把握に努めている。また、本人との何気ない会話からの情報を共有するように努めている。			

自己	外部	項目	自己評価	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
			実践状況		
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	身体状況や認知症の症状・行動などの気づきを記録し職員全体で共有できるようにしている。		
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	法人のアセスメント・センター方式を活用し本人・家族の想い・これまでの習慣等を踏まえ計画書を作成している。	本人の思いや家族の希望を基にできた介護計画は、家族が訪れた時にケアマネジャーが意見を聞き、修正・同意を得て仕上げています。計画の実践状況については、職員が個別記録でチェックするようになっている。開設当初、モニタリングは毎月ケアマネジャーによって行われ、評価をした上で、必要なら計画の見直しがされていた。今後のモニタリングは3ヶ月毎に行われる。	
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	日々の身体状況や認知症の状況を記録し職員全員が情報共有できるよう努めている。ケアプランの実施状況は毎日記録し実施状況等把握に努めている。ケア会議を毎月行うまでには至っておらず計画書の見直しについては不十分と思われる。		
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	事業所だけではなく家族などにも協力してもらって柔軟な対応を心掛けている。デイサービスや有償ボランティア主催の行事に参加したりして柔軟に対応している。		
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	地域の行事に参加するなどして閉鎖的な生活環境にならないようにしている。また、本人の希望に合わせてスーパーや衣料品店にも出かけ自分で選んで購入できるようにしている。		
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	基本的には入居前のかかりつけ医を継続してもらおうにしているが本人・家族の希望に応じて隣接している協力医療機関への変更に関しても情報提供している。医療機関と連携を図るため通院は基本的に看護師が同行している。	家族との繋がりが途切れないように、かかりつけ医に通院することを勧めているが、希望がある場合は、主治医を隣接するクリニックに替えることもある。通院の際にはなるべく看護師か管理者が同行するようにしている。夜間の急な発病の際には協力病院の契約をしている総合病院に看護師か管理者が付き添って受診している。家族が同行しない場合の診療結果は、電話等で家族にも知らせるようにして、情報の共有を図っている。現在、訪問診療を希望する利用者はいないが、看取りの際には訪問診療などへの転換も想定している。	

自己	外部	項目	自己評価	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
			実践状況		
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	看護師1名配置し些細なこともすぐに相談し早期対応できるようにしている。また、午前午後2回/日バイタル測定を行い様態観察している。また、表情や行動など変化が見られた場合は看護師に報告している。排泄チェック表にて排便状況を共有している。		
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。	受診時には看護師・管理者が同行し連携を図っている。		
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	入居時に重度化に備えて意向を伺い希望に沿った対応ができるよう努めている。また、面会時には状況を報告し緊急時に備え現在の意向を伺い職員全員が共有できるように努めている。受診時看護師・家族が主治医に相談し適切な対応ができるようしている。	法人の介護指針である「10の基本介護」の10番目に「ターミナルケアをする」掲げ、終末期のケアにも応じる方針ではあるが、24時間療の吸引が必要などの医療依存度が高い場合は、グループホームでの支援は難しいとしている。入居時、利用者と家族に予めどのような介護や生活を望むかを聞き取っており、終末期の医療措置や看取りについての希望を書類に残している。現在はまだ終末期に該当する利用者はいないが、職員研修もを行い、家族や本人の希望があれば、ターミナルケアを検討したいと考えている。	
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	全員がわかるところにマニュアルがあり緊急時の対応について備えている。		
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回防災・災害訓練を実施している。ハザードマップを掲示し意識を高めるようにしている。	併設のデイサービス等と共に、年二回の消防・防災訓練を実施している。民生委員や近所の人も参加し、避難した利用者の見守りなどの役割を担っている。普段の生活の中では、火の用心やどのように避難すればよいかを利用者に語りかけ、職員間でも確認し合っている。昨年自治会の防災訓練に誘われて、避難場所である公民館へ車で避難する訓練を行った。グループホームの建物は、思川の河岸段丘上にあり、土砂災害と洪水の危険地帯に指定されているため、「要配慮者利用施設における避難確保計画」を立てて小山市に提出している。	グループホームは建物の2階にあるため、利用者の避難方法については職員間でよく検討し、訓練しておく必要がある。

自己	外部	項目	自己評価	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
			実践状況		
<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	言葉遣いや声掛けに配慮し利用者一人一人が尊厳をもって生活できるよう努めている。さりげない声掛けを心掛けている。	「10の基本介護」の6番目の「座って会話する」の実践では、職員は一人ひとりに寄り添って話しかけ、利用者に満足感をもたらしている。講師を招く内部研修や法人の研修で接遇について学んでいる。一人ひとりに合わせて、その人が一番聞き取りやすく理解しやすい言語や話法を用いて話しかけている。また、管理者は、何事も職員のペースではなく、利用者のペースに合わせて進めるよう指導している。	
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	利用者の話を傾聴し利用者本人が選択し実行できるよう努めている。言葉が出にくい方には、はい・いいえで答えられるよう工夫し自己決定できるよう努めている。		
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	利用者それぞれのペースで穏やかに過ごせるよう努めできる限り本人の希望に沿った支援を心掛けている。		
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	起床時にさりげない声掛けをし身だしなみを整えてもらい、身支度などはこれまでの生活習慣を継続してもらうようにしている。		
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	利用者のできることを見極め野菜の皮むきやカット・盛り付けなどを行ってもらっている。食後の食器拭きやテーブルふきなど行ってもらっている。利用者の好みやその時々で食べたいものを聞いて提供するように心がけている。	献立はデイサービスの厨房所属の栄養士が立て、週二回届けられる食材で、職員がユニットのキッチンで調理をしている。メニューは家庭的な一汁三菜を基本とし利用者の嗜好・状況に合わせて変更することもある。利用者は出来る範囲で調理の準備や味付けなどに加わっている。行事食も大切にし、おやつはホットケーキやたこ焼きなど、利用者の好みに合わせて一緒に作ることもある。誕生日には、職員がケーキを手作りし、昨秋には敷地に落ちている山栗を拾ってモンブランケーキを作って大好評であった。	
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・水分摂取量は記録し職員全員が情報を共有している。また、利用者それぞれに合わせた好みや量・食形態で提供している。		



自己	外部	項目	自己評価	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
			実践状況		
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い清潔が保てるよう支援している。また、希望された方には歯科衛生士による口腔内の状態を確認してもらい口腔ケアの指導をもらっている。必要に応じて治療も行っている。		
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	自尊心に配慮し一人一人の身体状況に応じて声掛け・誘導を行いトイレで排泄できるよう努めている。	「10の基本介護」の3番目に「トイレに座る」があり、トイレでの排泄を目指して、一人ひとりに合わせた支援をしている。現在は利用者の多くが、リハビリパンツとパッドの併用で過ごしているが、リハビリパンツは夏場の蒸れがひどくて不快であるため、今後は、家族の了解を得て、布パンツとパッドの組み合わせで過ごせるように、順次計画を立てて進める予定である。	
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	毎日乳酸菌飲料やヨーグルトを提供しただけ水分を多くとれるよう工夫し散歩や掃除などで活動量を増やし便秘予防に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	本人の希望を聞きながら週に2～3回程度入浴を行っている。個々のその時々気分なども配慮し気持ちよく入浴してもらえるよう工夫している。また、家族と温泉に行き楽しまれている。	一人の職員が利用者を個別に入浴支援している。利用者が重度化した場合にも対応できるように、三方介助のできる個浴槽を各ユニットに設けている。片方のユニットは窓からは大きな木が望める気持ちのよい浴室となっている。午前と午後に入浴時間を設定しているが、夜間の入浴を希望する利用者には、職員の手が足りないために希望に沿えない旨を説明し納得してもらっている。	
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	日中適度に身体を動かし夜間安眠できるようにしている。また、居室の照明についてはこれまでの習慣を家族に聞いて対応している。夜間せん妄のある方に対しては傾聴し安心してもらえるようにしている。		
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	個人ファイルに薬情をファイルいつでも確認できるようにしている。服薬は職員2名で呼称し誤訳が内容にしている。食前薬の飲み忘れ防止にアラームを設定し対応している。副作用等に関しては看護師が説明し変化等があった場合は記録して共有し受診時主治医に報告相談している。		

自己	外部	項目	自己評価	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
			実践状況		
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	個々のできることできないことを把握し自らができるように支援している。また、役割をもってもらい日々感謝の言葉掛けをしてやりがいとなるよう努めている。		
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	地域の行事や家族旅行など地域や家族の協力を得て戸外へ出る機会をもうけている。天候の良い日は買い物や公園などにもでかけ気分転換できるよう努めている。	「10の基本介護」の7番目は「町内にお出かけする」である。職員配置の調整をしながら、小さなグループで公園に出かけたり、利用者個人に必要なものの買い物に出かけている。天候が悪くて外歩きが不向きな日でも、大型スーパーに出かけ中を見て回り、気分転換や運動能力の維持に努めている。外出を躊躇している利用者も、途中で帰りたいと言うことを想定し、対応できるように準備したうえで外出を働きかけ実現している。	
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	本人所持に関しては本人の希望に応じて家族と十分相談のうえ判断している。また、いつでも買い物ができるよう少額の現金は金庫で預かっている。出納帳で管理し毎月領収書・出納帳のコピーを家族に送付している。		
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	個々の希望に沿って対応している。個人の携帯電話は自由に使用してもらっている。年賀状を出したり友人に手紙を出すなどの支援を行っている。		
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	フロアは大きな窓で眺めが良く、木々が生い茂っており季節感を感じることができる。家庭的な雰囲気大切に環境としている。	食堂兼用リビングでは、窓から外を眺めるのが好きな人、ソファに座ってお気に入りのぬいぐるみを抱いて休んでいる人、テーブルで食事の支度に参加する人など、思い思いに過ごしていて、利用者一人ひとりの落ち着く場所が確保されている。家庭の居間らしく装うことから、利用者の作品は中央廊下に掲示するようにしており、利用者が作品を見るために廊下に歩いて行くという運動効果も見られる。リビングや居室の清掃は、利用者職員と一緒にやるが、部屋の隅々や細かい場所の掃除とリネンの交換は専門の職員が行って清潔を保っている。	
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	空間的な制限はあるが利用者同士が気兼ねなく過ごせる空間となるようにしている。また、個別でゆっくり過ごしたいときには談話室の利用も可能となっている。		

自己	外部	項目	自己評価		
			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 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	入居時にこれまで自宅で使用していた馴染みのものを持参してもらうよう協力依頼しているが何もない環境の利用者もいるため環境整備の必要性を理解してもらえよう努めていきたい。	各居室には洗面台、エアコン、ベッド、テレビ、テレビ台兼用の物入れが用意されている。利用者がテレビを使用する場合は使用料金を払うことになっている。自分のダンスや位牌などを持ち込んで自分らしい部屋づくりをしている利用者もいるが、部屋の設えに関心を持たない利用者や家族もいて、「古いものを持たせるのは恥ずかしい」などの思いに配慮しながらも、家族に利用者本人の馴染みの物を持ってくるように働きかけている。	
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	車いすの方でも椅子に座ってもらっている。また、臥床時もかけ布団を自分で行える方には見守りにて自分で行ってもらう。個々の状態に応じてできることを探り無理のないように見守りをしながら行ってもらう。		