

(様式2)

平成 25 年度

## 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	1590200505		
法人名	社会福祉法人長岡三古老人福祉会		
事業所名	グループホーム川崎東 西ユニット		
所在地	新潟県長岡市川崎町563番地1		
自己評価作成日	平成25年5月13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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/15/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/15/index.php</a>
----------	---

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人新潟県社会福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	平成25年6月27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)】

高齢者総合福祉相談センター川崎は、平成24年5月に、介護保険制度における地域包括ケアの一端を担うべく、長岡市川崎地区に介護予防、地域の相談窓口の機能をベースに在宅支援センターとして新規開設され、グループホーム、デイサービスセンター、居宅介護支援事業所、パワーステーションが併設されております。<家族愛・社会愛＝支え愛>をkeywordに、グループホームではひとりひとりの「思う心」、「感じる心」を大切にし、その人らしい生活が送れるよう支援しております。川崎地区の中心街に位置する利便性を活かした外出活動、地域行事への参加など地元に着した事業所を目指し取り組んでおります。センター全体行事では併設事業所と合同で企画運営を行い「元気体感」をモチーフにご利用者、ご家族、地域の方々、センター職員との親睦を深めるとともに、センターを知っていただき活用していただくことで地域還元につながるよう取り組んでおります。ご家族はご利用者を支えるケアパートナーとして、協働していけるよう信頼関係を築き、ご家族アンケートを実施する中で、日頃感じている思いを確認させていただき取組も行ってまいります。

### 【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)】

「グループホーム川崎東」は、長岡市川崎地区の介護予防及び相談窓口として地域の拠点となっている「高齢者総合福祉相談センター川崎」にデイサービスセンター・居宅介護支援事業所・パワーリハビリステーションなどと共に併設されており、各事業所を大勢の地域住民が利用している。

事業所の運営母体は長岡市で複数の高齢者介護や認知症のケアの事業所を運営している社会福祉法人であり、法人全体の研修体制やバックアップの体制が整えられている。

『認知症ケアが高齢者のケアの原点』という理念のもとで積み重ねられてきた実績・経験を、事業所間で構成されている各職種部会やサービス事業所の部会で情報共有し、各事業所での高い水準のサービス提供につなげている。

緊急・災害時に備えた体制づくりについては、併設事業所のみならず近隣住民との協働体制を整備しており、今後は夜間営業の飲食店やタクシー会社などにも協力を依頼することを検討している。

「認知症介護指導者養成研修」の修了者である管理者のもとで、『ひとりひとりの「思う心」、「感じる心」を大切にし、その人らしい生活が送れるよう支援します。』という理念を共有し、職員間での意識やケアの姿勢の統一を図っている。

## 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	センター川崎の<家族愛・社会愛＝支え愛>をkeywordにグループホームとしての理念を作成。常に職員が確認できるようスタッフルームに掲示してある。介護計画書作成やケアの方向性を話し合う場面において常に振り返り、共有している。	理念は、利用者の思いを大切にし、暮らしを支えていくことを基本的姿勢として作成されている。管理者・職員は毎日の申し送りの場を活用しながら、理念の意味の理解を深め、具体的なケアの実践に結びつけて行くことを意識して取り組んでいる。	
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	ご利用者と作ったちまきやおはぎなどを近所の方にお届けに伺ったり、地域の納涼会やコミセンまつりに参加。折り紙や踊り、紙芝居など地域の方々がボランティアに來所されたりと徐々に地域との付き合いの幅を広げている。また、近隣の美容室やスーパーへの買い物、散歩など日常的に地域の方と関わる機会を大事にしている。	地域の回覧板を活用して事業所の行事やお知らせの情報発信をしている。地域とのつきあいを深める足がかりとして、地域住民が行事などに参加しやすい様々な工夫をし、多くの方の参加を得ている。	
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	地域の方に事業所を知っていただく機会として、センターの企画として納涼会、パワーリハビリ無料体験会を開催。また、ボランティアの受け入れを通して徐々にグループホームご利用者との関わり、生活について知っていただく機会を作っている。管理者はキャラバンメイトとしての活動に関わっている。		
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	会議では、グループホームの現状報告や苦情・事故報告を行い、意見交換を実施。また、会議形式だけではなく、行事と同日に行うこともあり、共に参加していただくことで直接ご利用者の生活の様子やグループホームでの取り組みを見ていただく機会を作っている。	2か月に1回開催しており、現状報告や意見交換が行われている。前回の会議ではボランティア拡充や回覧板活用等の提案があり、運営に活かされている。行事と同日開催することにより、ホームの現状や認知症への理解、利用者との交流を深める機会となっている。	運営推進会議記録を家族等が閲覧できる仕組みや環境作りが望まれる。家族との情報共有を通じて、開かれた事業所運営やさらなるサービス向上が図られることを期待したい。
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	運営推進会議に参加していただき、グループホームでの現状報告を踏まえた上で意見交換を行い、助言等をいただいている。また、いつでも電話やメールにて相談ができる関係ができている。また、市が開催する集団指導や意見交換会にも参加している。	市担当者には毎回運営推進会議に参加してもらい、事業所の取り組みを理解してもらおうと共に、改善に向けた意見をもらっている。また、加算変更時等、運営上に関する相談を通して円滑な協力関係の構築に取り組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	施設内研修を通して身体拘束について学ぶ機会を設け、身体拘束を行わないケアを実践している。階段出入り口扉には施錠してあるが、行動範囲を制限するものではなく、建物構造上安全面に配慮したものであり、いつでも出られるよう関わっている。	同法人内の各事業所合同で身体拘束に関する研修を実施している。入居時には利用者・家族に、身体拘束をしないケアの実践について説明し、家族から依頼があっても、身体拘束をすることの弊害やケアの基本姿勢を説明している。	

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
7	(5-2)	○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されることがないように注意を払い、防止に努めている	管理者は研修等に参加しており学ぶ機会を設けている。また、マニュアルをスタッフルームに保管しいつでも確認ができる状態となっている。また、日々の関わりの中で不適切な対応や場面がないか確認している。職員個々の振り返りで言葉づかいや姿勢について見直す場面を設けている。	同法人内の各事業所合同で虐待防止に関する研修を実施している。日々のミーティングやケア記録等でもケアの振り返りを行って、気付きはその都度、話し合いを持ち、不適切なケアが当たり前にならないよう努めている。	
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	管理者は研修等に参加しており学ぶ機会を設けている。現在必要とされる利用者はいないが個々に必要性が感じられる場合には各専門職で検討し活用できるよう支援していく。		
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	入所の申し込みから契約や解約の際はゆっくりと十分な説明を行い。理解、納得を図っている。また、疑問や質問事項に関してはその都度お聞きし不安や心配がないよう努めている。		
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	ご利用者との意見交換会を開催し、意見・要望を聞かせていただく。日常生活の中でご利用者の意見・要望を最優先で行っている。意見交換会の内容はホーム内に掲示してある。また、ご家族向けアンケート調査を実施。結果をご家族、運営推進委員に郵送するとともに、ホーム内に閲覧できるよう開示している。意見箱も設置している。	利用者からは日々の関わりを通して、意見や要望を聞くようにしている。家族とは、面会時やサービス担当者会議時、行事、運営推進会議等の場で意見聴取するようにしている。また、意見箱や家族アンケートの実施等、様々な方法を用いて、意見が出しやすいように工夫している。	家族等からの意見・要望によって、受診時の情報提供用紙や生活の様子を知らせる連絡票を作成した実績もある。今後も事業所では家族アンケートを継続したいと考えており、そのさらなる取り組みに期待したい。
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	センター全体会議やグループホーム会議の中で、センター及び事業所としての理念や方向性を確認。管理者は毎日行われるミーティングにも参加しており、意見や提案を反映できる体制が取れている。	職員は日々のミーティング等で意見・情報交換をしており、管理者もミーティングに参加して、職員が意見を言いやすい雰囲気づくりに努めている。また、ミーティング以外でも職員アンケートを実施し、集約された意見を協議してサービス向上に反映している。	
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	法人及びセンター川崎として職員の振り返りを実施。勤務の配属や資格取得の希望など記載できる項目もある、個々のやる気や能力を活かせる体制づくりに努めている。グループホームとしての振り返りも行い、良い点は再確認し、改善すべき点をグループホーム会議にて検討し共有している。		

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
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	定期的な施設内研修や法人内グループホーム部会での研修会を実施。その他、資格取得に向けた支援・勉強が行えるように取り組んでいる。		
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	法人内グループホーム部会を毎月開催している。各事業所の課題や現状報告を行い意見交換の場を通して情報を共有している。研修会への参加もあり、他のグループホーム職員との交流を図る機会にもなっている。		
<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	入所される前には自宅へ訪問し本人と面接している。その中で本人の要望をお聞きし、不安や疑問に対しては十分な説明を行っている。また、自宅訪問しどのような環境で生活されているのかを把握するとともに、職員でその情報を共有し、安心できるよう努めている。		
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	入所申し込みの際、家族が要望をお聞きしている。入所前には自宅へ訪問し改めて、今までの生活状況や困っていること、不安なこと、要望をお聞きしている。ケアマネージャーが同席し訪問することも多く、家族が話しやすい環境となるよう努めている。		
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	本人の状態から今必要とされるサービスについて、他職種で相談、検討できる体制となっている。必要とされるサービスにつなげられるよう法人内施設を中心に適宜連絡を取り合っている。		
18		○本人と共に過ごしえあう関係 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	本人の状態から何が行えて、何が行えないのか、どこまでの支援があるようになるのかをアセスメントした上で、利用者が主体的に行えるように努めている。また、利用者から教わる場面をつくり、共に話し合い、考えながら生活する視点を大切に取り組んでいる。		
19	(7-2)	○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	家族は利用者の生活を支えるケアパートナーとして協働していけるよう取り組んでいる。定期受診は家族より行っていたい。行事等は家族へも案内を出し一緒に参加していただいたり家族とのつながり、関係性を大事にしている。また、日々の生活の様子が伝わりやすいように、年4回広報誌を発行し、居室担当から本人の様子について記載した連絡票も同封している。	3ヶ月に1回、居室担当者から家族に利用者の生活状況を伝える連絡票を送っている。定期受診の時は健康面に関する連絡票を家族に手渡し、受診後は家族から話を聞き、情報を共有している。また、行事等への参加を呼びかけ、共に支えて行く家族との関係性を大切にしている。	

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	友人やご近所の方が遊びに来られたり、居室でゆっくりと過ごしていただけるよう配慮している。また、家族と一緒に友人や親戚の所へ出かけたりされる方や馴染みの美容院に通われている方もいる。	入居時の面談や折に触れて、利用者、家族から馴染みの人や場所について情報収集し、理解を深めている。友人の訪問時は場所を提供するなど落ち着いて過ごせるように支援したり、同窓会への参加や電話の支援をすることで関係の継続に努めている。	
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	リビングでは気の合う方同士でくつろげる環境に配慮している。同時に利用者同士の関係性でストレスを抱え込まないように、一人で過ごす時間も大事にしている。食事作りをはじめ、同じ目的で関わる場面を意図的に作ることで、利用者同士が声を掛け合い、協力しながら行えるよう努めている。		
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	長期療養が必要となり契約を終了した方であっても、家族、病院と情報交換を行い、フォローできる体制作りを行っている。		
<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	日々の関わりの中で、利用者の思ふ心、感じる心を大事に受け止め、職員間で情報が共有できるよう記録している。居室担当が中心となり、本人との関わりを深めるとともに、家族からもこれまでの生活の様子を含め本人の思いや意向を確認している。	日頃から利用者と向き合うことを意識して接しており、またセンター方式のアセスメントを活用しながら希望や意向の確認を行っている。把握した情報を記録して職員間で共有し実践していくことで、利用者の望む生活の実現に活かしている。	
24	(9-2)	○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	その人らしく生活していくことを支援するにあたり、入居前には自宅を訪問し今までの暮らし、今ある暮らしを把握するように努めている。入居後も、利用者との日々の関わりでお聞きする話や、家族の面会の際に伺った話を職員間で共有しケア実践に繋げている。	入居前に自宅を訪問し、今までの暮らしや介護状況についての情報を把握すると共に、入居時のサービス担当者会議では、担当していた居宅介護支援専門員も一緒に参加してこれからの暮らしについて検討を行っている。	情報管理の方法について、整備が必要な部分があるが、職員が個々に工夫している点もあった。工夫しているところや良い取り組みはルール化するなど、職員一人ひとりの良い取り組みを活用した情報管理の仕組み作りを期待する。
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の様子を記録に残し、1日2回(10時、16時半)のミーティング時に報告し情報を共有している。また、検討課題が挙げられている場合にはカンファレンスを随時開催し状態確認及び、適切なケア実践に向け取り組んでいる。		

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	本人や家族との日頃の関わりの中で、思いや意見を伺い反映させるよう努めている。ケアプランのモニタリングは毎月実施。見直しは居室担当を中心にアセスメント、モニタリングを行いプランを作成。カンファレンスにて他職員にも現状を確認しながら検討を行っている。	利用者本人、家族の意見要望をはじめ、日々のミーティングや記録を活かして得た情報を介護計画作成に反映させている。また、必要に応じて主治医、看護師、栄養士等にも相談しており、現状に即した介護計画変更の情報伝達や情報共有の仕組みも整っている。	
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	日々の様子については個別のケース記録、業務日誌を通して職員間で情報を共有している。また、1日2回(10時、16時半)のミーティングにて申し送りを実施。個別のケース記録をもとにケアプランのモニタリングを行い介護計画作成の見直しを行っている。		
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	利用者と相談しながら外出先を決め活動を計画したり、その日、その時々意向を踏まえ買い物や散歩などに出掛けている。併設のパワーステーションに週1回通われている方もいる。受診時は利用者、家族の状態、状況に応じて送迎及び付き添いを行っている。		
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	歩いて行ける距離に美容室やスーパー、衣料品店などがあり、散歩の際、寄り道の楽しみになっている。また、地域の方のボランティア協力も定期的な楽しみとなっている。		
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	これまでのかかりつけ医を継続している。受診は基本的には家族の付き添いとなっている。緊急時、家族の付き添いが難しい場合は職員が付き添いを行うこともある。受診の際は、主治医連絡票やバイタル一覧表を作成し、日々の状態を主治医に伝えられるようにしており、家族も安心に繋がっている。	入居前からのかかりつけ医を継続し、家族による受診支援を基本としている。生活状況をまとめた主治医連絡票を受診の際に家族を通じて医師に提供し、適切な医療が受けられるように支援している。家族が同行できない場合や緊急時は事業所が対応している。	
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	併設してあるデイサービス看護師とはいつでも相談できる体制となっている。緊急受診の際、利用者の状態によっては看護師から医療機関へ状態報告し受診へと繋げるケースもある。		
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。	入院時には、利用者が入所されてからの経過や普段の生活の様子等を記載した介護連絡票を提供している。医療機関のケースワーカー、看護師と密に連絡を取ることによって経過と入院期間、予後についてを随時確認し、利用者、家族が安心して治療を受けることができるよう支援している。		

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
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	入所時の契約の際、重度化に伴う指針を説明し同意を得ている。利用者の状態に応じては法人内の各サービス事業所と連携し、利用者、家族の意向を確認しながら検討している。	入居時等の早い時期や重度化が予測される時期に、重度化した場合の対応について説明をしている。終末期対応は基本的に実施しないが、法人内の各サービス事業所との連携が可能であることを伝え、必要時には適切に移行できるよう支援している。	
34	(12-2)	○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	施設内研修にて救命講習、AEDの使用についての研修を実施している。心配や不安がある場合は、看護師にいつでも相談、助言をもらえる体制となっている。	事業所内において、救命講習やAEDの使用方法についての研修を行っている。急変が予想される利用者については、看護師と密に連絡を取っており、緊急時は管理者や看護師と24時間いつでも連絡が取れる体制を整えている。	高齢者に起きやすい事故や利用者の持病等で急変した時の対応方法マニュアルを整備し、全職員がどんな時でも適切な対応が行えるよう、実際の場面で活かされる研修の実施を期待する。
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	消防計画に基づき地震想定避難訓練や夜間想定での避難訓練を計画し実施。消防署立ち合いの訓練も実施している。また、車椅子を使用しての階段昇降訓練、救助袋を使用した訓練も実施し常に防災意識を持ち、迅速に行動できるよう努めている。	消防署立会いのもと避難訓練を定期的に行っている。近隣住民との協力体制も整備しており、今後は夜間営業の飲食店やタクシー会社などにも協力を依頼することを検討している。	
<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	利用者の尊厳やプライバシーが確保できるよう努めている。排泄介助の声掛けは他者に聞こえないような関わりや入浴場面では希望により同性介助での対応等利用者に確認して行っている。また、年度末に職員一人ひとりが振り返りを行い、グループホーム会議にて利用者主体の考え方や職員の姿勢、言葉使いなどを検討している。利用者が行うことで失敗経験から自尊心を損なうことのないようさりげなくサポートできるよう配慮している。	トイレ誘導の場合でも、第三者に聞こえないように配慮し、利用者の行動に合わせてさりげなく誘導するよう心がけている。会議の中でも、利用者に対して不適切な言葉づかいをしていないか、選択性の持てる声かけが来ているか振り返りを行い、利用者の尊厳を尊重したケアの実施に努めている。	
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	一方的な言葉かけや押し付けにならないよう、本人の意思を確認し自己決定できる言葉かけを大事にしている。食事作りや洗濯物たたみといった場面でもお願いするだけでなく、利用者から声をかけてくれたり、一緒に行っていただけなきっかけ作りも大事にしている。		
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	大まかな日課は設けているが、一人ひとりの生活のペースを大事にしている。朝はゆっくりと休んでいたという方や居室で一人で過ごす時間を大事にしたい方、天気が良く散歩に出掛けたい方など、その時々意向を大切に、出来るだけ希望にそった生活が過ごせるよう努めている。		

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
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	化粧品を持参されている方、家族から在宅で継続していた頭部マッサージや整髪料、ヘアスタイル等その人らしい身だしなみが行えるよう支援している。行事や、外出時には化粧やおしゃれをしていただいたりと生活にメリハリをつけることも大事にしている。		
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	利用者個々にできること、意欲を引き出すことができるような関わりを大事にしている。冷蔵庫の中身と相談しながら作るアイデア料理やその日に食べたい献立と一緒に考え買い物に出掛けるリクエスト料理など、利用者と一緒に準備から片付けまで行うようにしている。	日頃から利用者の意欲を高めることを意識しており、メニューを決めたり、買い物や盛り付け、配膳、片づけなどを利用者と一緒にしている。食事の際は利用者と職員が一緒にテーブルにつき、会話をしながら、楽しい雰囲気ですべてが摂れるよう心がけている。	
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	食事・水分量を毎回チェックしており、その日の体調や咀嚼、嚥下状態等の確認も行っている。利用者の体調に応じてこまめな水分補給や補食の対応も行っている。献立は管理栄養士からアドバイスをいただき法人内グループホームで月交代で作成している。		
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	利用者個々の状態に応じ、毎食後の口腔ケアを行っている。義歯使用されている方で自己管理が難しい方は夕食後に洗浄・消毒を兼ねお預かりしている。口臭や歯の痛み、義歯調整、噛み合わせが悪い時などは、本人、家族と相談し歯科治療を検討している。		
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	その日の排泄状況が見てわかりやすいよう排泄チェック表を使用し排泄パターンを把握している。失敗なくできるだけトイレで排泄できるよう、排泄状況や本人の状態を見ながらトイレへの声掛けを行っている。	チェック表を活用して利用者一人ひとりの排泄パターンを把握することにより、一人ひとりに合わせた支援方法の工夫するなど、排泄の自立に向けた支援に取り組んでいる。	
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	1日の水分摂取量を1,300CC～1,500CCを目標とし、できるだけトイレで自然な排便ができるように努めている。寒天を使用したゼリーや朝茶等適宜水分量のチェックも行っている。自宅にいた頃からの習慣でクロレラや牛乳を宅配で個人購入されている方もいる。		
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	固定した曜日は決めておらず、個々の意向や体調を考慮した中で入浴を楽しめるよう支援している。1対1での関わりの中でゆったりとコミュニケーションを図れ普段胸に抱えている思いを聞かせていただく場ともなっている。身体的な面で檜の浴槽に入るのが困難な方には1階デイサービスにあるチェアインバスに入浴することも可能となっている。	週2回以上の入浴を基本としているが、曜日を固定せず利用者の希望に沿って対応している。拒否の強い利用者に対しても、ごまかしたり無理強いするような安易な対応はせず、現場の声を活かして成功事例を積み重ねるよう努めている。身体状況に合わせて併設のデイサービスの浴槽も利用している。	

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
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	利用者個々の生活習慣に合わせた支援を行っている。夜間眠れず起きて来られる方には一緒にお茶を飲みながらお話しをしたり、消灯後も部屋でテレビを見て過ごしたい方にはゆっくりと個々の時間を過ごしていただくなど配慮している。居室の照明、室温は利用者の意向を確認し調整しながら安眠を促している。		
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	処方箋をファイルし、薬の目的、用量などいつでも確認できるようにしている。薬の変更時には看護師に報告するとともに職員が情報共有できるよう記録し、臨時薬等は服薬チェック表にも表示している。利用者の状態は看護師に相談し主治医へも状態報告を行っている。		
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	一人ひとりのできることや得意なことを踏まえ、生活の中で役割を持っていただくことで個々の張り合いにも繋がっている。利用者の希望を伺って計画した日帰り旅行や外食といった非日常的な楽しみもあれば、散歩や買い物といった日常的な楽しみなど、利用者が楽しみ、気分転換を図れる機会を大事にしている。		
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	利用者の希望に応じて出掛ける機会を作っている。利用者意見交換会の中で聞かれた意見をもとに外出先を決めている。また、敬老会では割烹屋、新年会ではホテルを使用したりと普段あまり行けない場所を家族と一緒に参加いただく機会を作り、生活のハリと楽しみに繋がるよう支援している。	併設のパワーリハビリに参加する等、事業所の形態を活かして外出の機会を設けている。また、週3回の買い物や希望に応じた外出を実施する等、日常的な外出や事業所外での行事を積極的に行っている。	
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	事業所として金銭管理を行えないことを契約時に説明し同意を得ている。自己責任のもと金銭を持参されている方もおり、買物や外出先でご自分で支払われている方もいる。また、所持されていない方も買物の際、現金をお渡しし金額を見て支払いしてもらえよう支援している。		
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	利用者の希望に応じて日常的に電話をかけることができる状態となっている。また、家族や知人から電話があった場合など、子機を使用し居室でお話できるよう配慮している。		
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	共有空間において定期的に温度、湿度をチェックしている。季節に合わせた装飾や、日々の生活の様子や外出した時の写真を掲示したり居心地の良さとともに利用者間で会話が弾むきっかけとしての空間作りを努めている。	窓が大きく開放的で、事業所内は明るい雰囲気である。事業所内の飾りつけは季節感や事業所での思い出を大切にしており、レイアウトや模様替えは利用者と職員が相談しながら実施している。	

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
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	リビングから離れた所にソファを設置し、仲の良い利用者同士でゆっくりくつろげるスペースがあったり、自由にユニット間を行き来できる状況となっている。		
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	入居時に自宅で慣れ親しんだ家具や置物、飾り等を持参いただくことで安心して過ごしていただくことができるよう説明している。家族に協力いただき持ちこんでいただける方もいるが、そうでない方もいる。更に居心地の良い居室となるよう居室担当を中心に利用者と一緒に自宅へ外出する企画など働きかけを行っている。	入居前に自宅を訪問して自宅での環境を確認した上で、居室の環境作りを行っている。また、利用者の居室には、使い慣れた家具や道具の他に、個人の趣味・興味のあるものが置かれ、一人ひとりの好みに合った、やすらぎの空間となっている。	
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	各居室には名札を掲示し、利用者個々に暖簾を下げている方もいる。居室によってはトイレが設置してある所もあり利用者が安全に使用しやすいよう、利用者、家族と相談し扉を撤去し暖簾に切り替えている。		