

### 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	2290300017		
法人名	株式会社それいゆ		
事業所名	グループホームルソレイユ間宮(2ユニット共通)		
所在地	田方郡函南町間宮617-3		
自己評価作成日	令和7年 2月 24日	評価結果市町村受理日	令和7年 4月 16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.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階
訪問調査日	令和7年 3月 12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)】

田園風景を眺め、四季の移り変わりを感じながら生活しています。外出は天候を見ながら行い、近所の散歩や時にドライブに出かけ海をみたり、広い公園へ行き気分転換になっています。また、季節ごとの行事でお花見、流しそうめん、納涼会、餅つなど計画実施し楽しみの一になっています。認知症ケアに関わる人材の育成や地域福祉の振興に取り組む優良かつ信頼性の高い機関として日本認知症ケア学会が認定する認知症対応型のグループホームです。認知症ケアのプロの集団として研修、啓発活動、講師派遣などを行っています。認知症カフェやコロナ禍前は地域サロンへ参加したり、近くの高校の学生の研修を受け入れたりして地域交流をしています。利用者の生き生きとした暮らしの中で、いかに自分らしさを引き出しつつ充実の日々を過ごせるかという状況で、パーソンセンタードケアを実践しています。楽しみ中では食事もその一つです。介護職員のほかに調理師の職員を雇用し、利用者の希望を取り入れたメニュー作りから、日々の食材買い物、調理、利用者参加の準備、片付けなどで、暮らしの中の食事の楽しみを大きな位置づけています。看護師が職員として日々の勤務をしており、利用者本人や家族から大きな信頼を頂いています。機能訓練にも力を入れ、科学的介護を推進しています。

#### 【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)】

函南町を中心にグループホームや通所介護、小規模多機能型居宅介護などの福祉サービスを運営する法人に属している。ホームの庭には畑があり職員と利用者が協力しながら野菜を栽培し、食事メニューに取り入れている。また近隣の農家や農業高校から野菜の訪問販売があり、旬の野菜を食材とし、調理員が全て手作りで調理している。運動のため生活に外出を多く取り入れ、ドライブや近隣の公園への散歩をほぼ毎日行っていた時期がある。日々の介護では利用者の性格や望むことを把握、分析し個別対応の計画を作成し、実施と見直しを計画作成者と介護職員が協力して行なっている。

### 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. 全くいない
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
<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	月に1度の職員会議の際、毎回ではないが唱和をしています。各年度の経営計画書が全員に配布され、企業理念や運営方針などについて、年度初めにピックアップして読み合わせをしています。	「私たちは、誇りを持って福祉の心をお届けします」をホームの理念として企業理念と共に事務所に掲示されている。また職員会議にて唱和を行い、議事録にも記入し回覧することで職員間での意識化を図っている。	
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	コロナ禍に参加していた生き生きサロンは少しずつ再開していく方向です。近くの農家の方が野菜の販売にきたり、農業高校の生徒がリヤカーで野菜の販売に来てくれます。また同校のイベントには利用者も一緒に参加しています。	公民館に集まり住民が交流する生き生きサロンへ、ホーム開設当初から参加し交流を深めている。火災報知器の誤作動でサイレンが鳴った際は、地域住民が協力のため集まるなど深い繋がりがあある。	
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	近くの高校生との地域交流では課題を持って年に数回訪れ、利用者交流を通して学ぶ機会を共有しています。また高校生に向けた介護の「出前授業」を実施しています。認知症サポートキャラバンに講師として参加しています。		
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	年6回ほど対面による開催をしています。利用者の暮らしや期間内のイベントや職員研修の内容など紹介しています。地域、行政、家族などで意見交換をしています。	会議には利用者代表、地域役員、地域包括支援センター、地域の介護支援専門員が参加し開催される。議事録はその都度全家族へ郵送され内容が公開されている。	
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	虐待事例の方の入居後の家族との関わりについて、継続的に福祉課、包括と連携対応していきました。家族の方の体調管理なども含め行政と情報を共有し良い方向に持って行けるよう検討する場面がありました。	困難ケースの対応への相談や議事録、申請書類の提出など市担当窓口へ訪問や電話連絡を必要に応じて行なっている。	
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	身体拘束適正委員会を編成し、研修も含め年4回開催しています。委員会では具体的な場面を想定した事例紹介や利用別の想定検討をしています。	身体拘束についての研修を全職員がオンラインで受講し、受講後テストを受けることで定着度合いの確認と意識化を図る。スピーチロックとして不適切な言葉かけには職員同士で注意をし合っている。	
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	虐待防止に関して、職員研修をしています。その後3ヶ月に1度のミニテストで振り返りをしています。また、不適切ケアに対する自己評価を実施し自らを客観視する機会があります。		

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
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	成年後見制度を活用している利用者の受け入れが数例あります。職員が制度についての学び確認する機会にもなっています。権利擁護は年間の研修にも取り入れ実施しています。		
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	入居契約時は契約書を補填し、よりわかりやすくした重要事項説明書について、丁寧に読み上げています。権利・義務・個人情報保護規程、費用については疑問が生じないように、詳しく説明しています。		
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	家族アンケートを毎年実施しています。特に自由記述欄を充実し、記入事項をカテゴリー分類して記入欄を作り、なるべく意見をだしてもらえよう工夫しています。いただいた意見には丁寧に返信しています。	年1回行う家族アンケートや面会時に家族からの意見を聞き取っている。意見により家族への状況報告を電子メールで行い、職員の写真と名前をホール前に掲示するなど意見反映の実例がある。	
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	面談シートを配布し、記入してもらったうえで職員の個別面談を9月と3月に実施しています。ホーム長や管理者は普段から気軽に職員から声をかけてもらえるような対応で謙虚に接するように心がけています。	年2回行う個別面談や日々の業務の中で自由に意見を出すことができる。利用者への介護方法についての意見が多いが、休憩時間が取れないなど運営に対しての意見もあり、必要に応じて検討対応が行われる。	
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	必要と認めた研修については勤務扱いとし、費用が発生する場合はその補填をしています。認知症実践者研修などの費用も会社負担で参加しています。目標管理を導入しており、実績評価が報酬に反映することでモチベーションの向上を図っています。		
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	「目標管理」を実施しており、年度別事業方針に沿って、各自の目標設定を掲げ自己管理で進めています。職員研修については、on-line研修を導入しており、毎月の課題の研修に取り組み、学んだことをレポート提出し、スキルアップを図っています。		
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	コロナ禍前は函南町内の「グループホームが集まって会合や相互訪問など交流があったが、その後滞っています。再開に向けた呼びかけをしていく予定です。		

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
<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	センター方式のケアマネジメント書式を活用しています。家族から得た情報を「私のノート」の書式にまとめ、職員回覧し、職員は得られた情報により、本人と回想しながら信頼関係を築いています。		
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	入居後はなるべく、家族とこまめに情報交換したり、利用者と会話を多くしてご本人の思いを確認し、満足度を高めるようにしています。本人・ご家族共に様子が手に取るようにわかる事で信頼関係が持てるよう努めています。		
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	家族の声と本人のADL・QOL状態、希望などを総合的に判断し、適切な支援内容を検討しています。介護職員は利用者の暮らしの支援を念頭に、できるだけ利用者に動いていただきその中で職員と共に過ごしているというスタンスを共有できるようにしています。		
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	家族の声と本人のADL・QOL状態、希望などを総合的に判断し、適切な支援内容を検討しています。介護職員は利用者の暮らしの支援を念頭に、できるだけ利用者に動いていただきその中で職員と共に過ごしているというスタンスを共有できるようにしています。		
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	家族の願いや思いに寄り添い、家族の思いを自分のものとして考える事で、段階に応じた支え合いの精神で対応しています。また、必要時には認知症の理解に役立つ資料の提供やわかりやすく説明するなど、困っている事などへの解決に向けた支援を心がけています。		
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	入居以前に続けていたピアノやコーラス、仕事として長年続けてきた簿記関連、趣味特技のつるしびな作りなど、入居後も継続もしくは思い出してもらえるように支援しています。また、馴染みの友人が来られたり、家族と外食に出かけるかたもいます。	センター方式の書式を使用し家族より入居前の生活、趣味や特技などを把握し、継続できるよう支援を行っている。症状が進行し行うことができなくなっても、縫い物や計算問題など関連したことを個別レクリエーションの一環として提供している。	
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	気の合いそうな利用者同士で話をしたり、散歩と一緒に出かけたり、職員は後方支援に回り楽しく過ごしていただけるよう配慮しています。また、話好き、聞き上手ペアの設定など臨機応変にその場に対応することがあります。		

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
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	退居された家族の方から、古着やウエスをいただいたり、野菜をたくさんいただいたからと持ってきて下さることがあります。		
<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	センター方式のケアマネジメントにおける「私の気持ちシート」を定期的に複数の職員で担当し、その方になり替わって言葉を書くことを実施しています。カンファレンスでは、各自記入したものを寄せ合って皆で検討しています。	入居時に家族へセンター方式17枚の記入を依頼。「私のノート」にまとめ、本人の希望・意向を把握している。3ヶ月ごと「私の気持ちシート」を更新し本人の発言や表情などから意向を作り上げている。	
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	入居される際、家族やそれまでの担当ケアマネジャーや病院のソーシャルワーカーからの情報を集約して「私のノート」に記載し全職員に回覧しています。もちろん、ご本人からも会話を通じて情報を得ています。		
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	その日の創作や参加活動、日々の外出等の過ごし方は、日勤者がキャプテンとして1日の活動に責任を持ち、早出、遅出の職員の協力を枝ながら全体把握に努めています。また、ADLの評価をし、それが介護計画に反映され、日々のケアで共有しています。		
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	「介護計画は全員で作るもの」という考えのもと、更新時も含めて全職員参加の仕組みに添って作成しています。短期目標から日々のサービス内容を見だし、毎日、介護計画の実施有無についてチェックし、モニタリングに反映しています。	施設独自の「ペーパーカンファレンス」用紙に職員各自が記入している。フロアーリーダーが集約し介護計画が作成されている。全員参加の仕組みと、計画の実施状況を日勤リーダーが毎日チェックしモニタリングを行っている。	
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	日々の実施チェック及び個別の生活記録で、いつもと異なる場合は記録に落としています。(BPSDなど)これらの内容から、その方の支援はどうあるべきか、定期的にカンファレンスを実施し、共有しています。		
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	日々の暮らしの情報や医療連携からその方に適した支援のあり方を考え、福祉用具、マッサージ、理美容など様々な暮らしのサービスが使えるよう支援しています。		

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
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	地域の公共施設や公園へ散歩に出かけたり楽しんでます。また、家族と一緒に「認知症友の会」へ参加される方がいたり、議員選出の選挙では職員が同行してお出かけし、投票しています。		
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	月に2回の往診を基本としているが、急変時はかかりつけ医が急行してくれます。診療科目によっては、入居前のかかりつけ医に診てもらう事があります。変化があると家族に連絡し、安心していただけるような支援をしています。	利用者ごとに往診日が決まっており、ほぼ毎日、往診医の訪問がある。結果的には月に2回程の往診となるが、体調不良時などは直ちに診てもらうことが出来、安心に繋がっている。	
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	看護師が管理者をしており、介護と医療のかけ橋となって対応しています。かかりつけ医との連携を大事にし、ホットラインとして緊急時等対応しています。様子に変化があると家族に頻りに連絡しており、家族の信頼を高く維持しています。		
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。	入院時にサマリー対応や退院時のカンファレンスに参加し、介護の注意点なども含め連携に務めています。医師の点滴指示等にも応じ、家族の安心にもつながっています。		
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	入居契約時に重度化指針について説明し同意をいただいています。終末期にさしかかった際は、改めて医師を交えて家族に対して説明してもらうカンファレンスを実施しています。家族の意思確認はもとより、その後の安心につながるよう支援しています。	終末期になっても、揺れ動く家族の気持ちに対応できるように配慮している。看護師は定期的にメールやラインを利用し状態報告を行っている。本人や家族の意向に沿ったケアが出来るように、看取り後は振り返りを行い、さらなるケアの向上を意識している。	
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	緊急時マニュアルについて、各自オリエンテーションファイルに具体的な対応の手順や次に何をすべきか示しています。緊急連絡のフローチャートがあり、連絡基準に沿って対応しています。		
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、夜間想定や地震想定などの状況設定をし災害訓練を実施しています。地域の防災会社の参加を得て実施しています。(通報・消火訓練など) 年前は、地元の方の参加もありました。	年2回、近隣住民や利用者参加型の防災訓練を実施している。災害備蓄品のほか、防寒対策用品も準備してある。蓄電池は本社に2台用意されている。停電時でも酸素・点滴等の使用に備えられている。	蓄電池は別の場所にある。災害を想定し、蓄電池の輸送(移動)や使用方法を含め、更なる実践的な訓練になることを期待します。

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
<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	個人情報の守秘義務は全職員に入職時に説明しています。利用者の羞恥心やプライバシーに配慮し、トイレや入浴時の声かけなど、周囲に配慮した対応(小さな声、扉など)をしています。	普段から丁寧な言葉掛けや、落ち着いた会話をするように心掛けている。本人に承諾を得てから介助を行っている。排泄介助の場面では同性介助を基本とし、プライバシーに配慮している。	
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	日々の散歩の参加は本人の希望を聞きながら実施しています。また、好みの化粧品を買いだめしたいという時や日常用品が欲しいと希望のある利用者には、職員同行で本人に買ってもらっています。自由意志による選択を重視し、その方のおもいに寄り添う姿勢で支援しています。		
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	ホームの1日の流れは、午前中は静的活動、午後は動的活動を大きく分けているが、その中で利用者の自由意志を尊重しつつ、複数の活動メニューを選択しながら進めています。		
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	清潔な衣類を意識し、好みのものを選んでもらっています。鏡の前で容姿の確認をし髪をとかしたりしています。訪問美容室が2ヶ月に1度入り、好みに合わせてカットしてもらっています。		
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	春のおやつにぼた餅、夏の流しそうめん、秋の栗ご飯、冬の餅つきなど季節を彩りながら食の楽しみを手作りしています。また、誕生日などの祝い事には赤飯やご本人の希望メニューなども工夫し対応しています。毎日買い物に行き新鮮なものを提供しています。利用者と職員と一緒にイチゴのへた切りなどの手伝いもあります。	調理師が配置されており「美味しいものを、おいしく食べる」をモットーに地域の新鮮素材を中心に使用している。片付け等、利用者と共に行うことは勿論のこと、会話の中や誕生日の方の好みなどをメニューに反映させている。おやつも基本的に手作りで提供している。	
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	メニュー表に基づき調理した食事の摂取量のチェックをしています。1日の水分摂取量も同様に記録し確認しています。利用者の咀嚼力や体調に応じて刻み食やペースト食、おかゆなど臨機応変に対応しています。		
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、口腔ケアを実施しています。義歯の方は就寝前に預かり消毒をしています。利用者自身で難しい場合は、職員が手伝いケアをして、清潔を維持しています。昼食時には嚥下力低下防止のため口腔体操を実施しています。		

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
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	日中、布パンツ可能な人はできるだけ布パンツに履き替えるようにしています。夜間はリハビリパンツに交換した数量をチェックし月間集計をし、傾向を確認できるようにしています。	時間や本人の様子・訴えによりトイレ誘導を行っている。排泄チェック表を基に本人の傾向や使用枚数を把握、排泄の自立に繋げている。オムツ使用者をリハビリパンツへ改善した実績を持つ。	
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	便秘の方は、水分量などに注意し、状態に応じて、飲み物などを調整しています。また、看護師が医師に相談して下剤のコントロールや浣腸など実施し対応しています。日常的には体操や食物繊維食材を念頭に対応しています。		
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	季節の柚子湯のほかにかんぴの皮をほして作った手作りのみかん湯を用意しています。その他、各地の代表的な温泉地をイメージした入浴剤を使うことがあります。シャワーチェアを用意し、湯船に入れられない人への対応をしています。	2～3回/週、入浴している。同性介助を基本と、寒い季節は2名介助で湯舟につかる等、本人の意向を大切にしている。午後は休息やレクリエーションを楽しむ時間とし、午前中に入浴している。手作りの入浴剤を常備してある。	
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	日中はほとんどの方が離床しています。疲れて横になりたい方には、短時間でも横になってもらっています。夜間はその方の眠気に合わせて、その方のペースで休んでいただいています。		
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	錠剤が飲みにくい方は、粉状やまとめて一包化の対応もしています。職員は誤薬や落薬回避のため、2人確認、飲み込むまでその場を離れないなどの対応をしています。また、向精神薬の減薬に努めています。		
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	利用者ご自身にできること・わかることに応じて役割を持ってもらうよう支援しています。花の水やり、野菜の収穫、洗濯物干し、洗濯たたみ、食器拭きなどがあります。散歩や外気浴は数名で近くの公園へ出かけたりしています。		
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	外出は積極的にすすめています。近所の公園へ散歩に出かけたり、計画を立て、近隣の広い公園や海辺へドライブに行き機能訓練を念頭に入れており、万歩計で歩数カウントをしています。花見の時期は毎年、車を4～5台借りてホーム全員で繰り出し、桜みながら春の陽気を満喫しています。	近所の公園での花見や交代しながらドライブなど、天気が良ければ毎日でも出掛けるようにしている。万歩計を活用し、歩数を競い歩く楽しみに繋げている。本人の希望する場所へ出掛けるように、努力している。	

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	入居契約時に各自のお小遣いとして3,000円以内を家族判断で、可能な人には手渡してもらっています。支払時は本人を除いて2人確認を原則にして(職員申し合わせ)支払い支援をしています。		
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	かつての友人、家族、親戚などから絵はがきや手紙をいただく事があります。その際、職員と一緒に返信のアイデアや文章考え、できるだけ本人に書いてもらうよう支援しています。電話の取り次ぎやかけ直しも気安く支援しています。		
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	音楽環境を大事にしています。歌のない音楽を流し心地よさを作り、昼の食事の際は「NHKラジオ」を聞きながら食事の時間としています。脱テレビを実践してできるだけ職員や利用者同士の関わりを持つことを推しています。	クラシック・ジャズ・歌謡曲・ハーモニカの曲など、リクエストに応じながら流している。午前中は「静」午後は「動」その時の活動に合わせて、認知症の方が落ち着く曲にしている。日あたりの良い場所にソファを配置しくつろげる環境作りを行っている。	
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	3人がけのソファに座ったり、和室に腰かけて思いおもいに寄り添って話ができる環境にあります。テーブルは4人掛けと2人掛けが、相性の合う人同士の団欒の場となっています。		
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	個室には慣れ親しんだ自分で撮った写真や家族との写真、ご自身が創作した作品(つるしびななど)などが飾ってあります。テレビを見たい人は自分専用のテレビを置いています。	入居時に家族や本人からの聴き取りによりこれまでの生活が継続できるよう、ベッドの配置や馴染みの物の持ち込みを相談して行っている。ピアノを持ち込まれた方もいる。部屋の雰囲気は各自、異なり個性が創出されている。	
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	趣味や特技の延長として、今ある環境を馴染み深い場所にもらえるように、テーブルの配置や置物などを配慮しています。創作品などは見えるところに飾り、制作を振り返ることができます。草花が好きな利用者が小さな花瓶に花を廊下脇の洗面台に置いています。		