

# 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	0971100144		
法人名	医療法人		
事業所名	グループホーム あかり (東棟)		
所在地	栃木県矢板市扇町2-8-34		
自己評価作成日	平成24年10月30日	評価結果市町村受理日	平成27日2月18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/09/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/09/index.php</a>
----------	---

## 【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24年11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)】

利用者が住み慣れた地域の中で、自分らしく生活できる様に「地域の中で普通の暮らしを支えます」の理念を掲げ取り組んでいます。一人一人の思いを大切に、その人のペースで日常生活が送れる様に心がけています。各居室前の草花は、切らさないようにしています。

## 【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)】

東西に長いホームの建物の中央部、庇のある西棟と東棟の玄関前スペースは、ステンドグラスの明かり取りが壁に並んでいてしゃれた雰囲気があり、入所者が外で過ごす格好の場所となっている。管理者は、職員に理念にある「普通の暮らしを支える」ことを念頭におき、自宅で過ごしていた時と同じように個人のペースでその人らしく暮らしていけるような支援を心がけるように伝えている。自宅近くをドライブしたり、馴染みの店で買い物したり、夏祭りには家族を招待して一緒に食事をしてもらったりすること、毎月職員が「あかりだより」と一緒に入居者の様子を知らせる手紙を添えることで、様々な関係をつないでいる。食事の準備は汁物などに限られるが、具を切ったり野菜の皮むきなど入居者も手伝って職員が作り、食材は入居者と一緒に買い物に行っている。戸外での昼食会や芋煮会、食べたい物をグループ毎に食べに行く外食支援も行っている。居室は寝具やタンス、仏壇、机、パソコン、エレクトーンなど入居者の馴染みの物が持ち込まれ、自宅での生活が続けられるような部屋になっている。入居者は縫い物や手仕事、短歌作り、歌をうたうなどそれぞれの生活を楽しんでいる。

## 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	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	利用者が住み慣れた地域の中で自分らしく生活することができる様に勉強会を通して理念の共有を図っています。	管理者は、申し送りの時や勉強会、ケース会議など機会を捉えて、職員に理念にある「普通の暮らしを支える」ことを念頭におき、自宅で過ごしていた時と同じように個人のペースでその人らしく暮らしていけるような支援を心がけるように伝えている。特に新人には現場に入る前に、「普通の暮らしを支えるとはどういうことか具体的に教えている。	
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	班の一員として利用者と一緒に回覧板を回したり、ゴミステーションの掃除、地域一斉ゴミ拾い等行っています。又、朝と夕方、犬の散歩を通して気軽に地域の方と挨拶を交わしています。週に1～2回オレンジカフェに出かけています。	職員は自治会の一員としてごみ置き場の清掃当番を入居者と共に行っている。天気の良い日に、入居者は職員と共に回覧板を回したり、犬の散歩に出かけたりして、近所の人と顔見知りとなっている。「あかり」を運営する法人が市から委託を受けた地域の高齢者の居場所「オレンジカフェ」に、職員は時々ボランティアで関わり、入居者はお茶を飲みに出かけている。	
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	ケアセンター祭りには、ご家族・ご近所の方にチラシを配り参加を呼び掛けています。家族会では、ご家族と一緒に「認知症サポーター養成講座」に参加し意見交換を行いました。		
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回運営推進会議を開き、外部評価の公表や評価への取り組み、活動報告等ご家族や行政・地域の方と情報交換をしてサービスの向上に活かしています。	入居者の代表と家族も順番で参加する運営推進会議では、「あかり」の現状や行事に関したこと、外部評価の結果などが報告されている。その中で参加者から意見や話しが出るのは「あかり」での具体的な行事についてが多い。	運営推進会議の場が今後「あかり」を運営する上での課題を話し合う場となることと、地域とのつながりや情報の提供を受けられる機会とす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に取り組んでいる	市への提出書類や会議の資料など持参するように努めています。市内GH交流会（年4回）では意見・情報交換を行い協力関係を築いています。サービス事業所連絡協議会（年6回）では、行政を含め他事業者が参加し専門部会の情報交換など交流を深めています。	市の担当者とは日常的には提出書類などを届けるだけの関係である。但し、市の担当者が参加する市内サービス事業所連絡協議会では年度当初にテーマを決め、市の担当者を交えて事業所の悩みや困っていることなど課題を出して話し合っている。	

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	玄関にセンサー付きチャイムを設置、カギは施錠せず、徘徊する利用者には必ず職員がついて一緒に散歩に出たりしている。同一敷地内の支援センター、デイサービスの職員と協力し、声掛け合い支援しています。利用者様の人権を尊重し、拘束のないケアを職員全員で行っています。	日常の介護では、支援の仕方と言葉かけに至るまで拘束をしないケアが実践されている。外に出てしまった時は、止めずに見守りながら気が済むまで付き添うようにしている。勉強会では年に一度は必ず、拘束の定義、行為、禁止事項等基本的なことを確認し、拘束のないケアの徹底を図っている。言葉による行動抑制などがあった場合はその都度注意をして無くす努力をしている。	
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	施設内研修(勉強会)で、どういったことが虐待に当たるか学ぶ機会を持ち、事業所内での虐待防止に取り組んでいます。		
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	制度としては理解しているが、実際に活用する機会がなく支援していません。		
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	契約や解約の時は専門の職員が対応し、分かり易い説明を心がけています。法改正の際もご家族に説明を行い、理解・納得されたうえで署名、捺印をいただいています。		
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	面会時や電話等で意見や、要望を尋ねたり、家族会開催時にご家族の意見を出して頂いています。又、玄関にはご意見箱を設置しており、多くの意見が集まるようにしています。	家族から運営に関する意見はでないが、身体的な衰えで歩けなくなることを心配した家族からの要望でパワーリハビリや活動の機会を増やした事例はある。家族会や面会に来ることが容易ではない家族には、電話や「あかりだより」で入居者の様子を知らせて、家族に関心を持ってもらう努力をしている。	
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	月1回の勉強会や毎日の申し送り(朝・夕)の時に意見や提案を出す機会を設けています。個人的に意見がある時も、個別で話を聞いています。	月1回開催される勉強会などで職員の意見や提案を聞く機会がある。職員の事情を汲んで働き方を変え、辞めなくても仕事を続けられるようにして、職員の定着を図っている。また、職員の提案で風呂場の手摺りを取り付けて安全に介助できるようにする、研修で学んだ生活リハビリを取り入れるなど、具体的なサービスの改善に結びつけている。	

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
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	施設内研修(勉強会)に多くの職員が参加できる様に配慮しています。又、中堅者に対する各種研修(実践者研修・リーダー研修)等の参加、資格取得への支援も行っていきます。面接を定期的に行い職場環境の改善に努めています。		
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	各研修、資格取得に向けて案内や資料の掲示を行っています。希望する者には優先して勤務の調整を図っています。		
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	市内GH交流会を年4回、開催者交代で行っています。又、サービス事業所連絡協議会を偶数月に行い、医師・行政・他事業者を含めた情報交換を行い、サービスの質の向上を目指した取り組みを行っています。		
<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	入居されている方がどのような環境で生活されているか、できる限りご家族と一緒にご本人にも見学して頂いています。ご本人やご家族の思いを受け止めて、話しやすい雰囲気作り、傾聴を心がけています。入居前の情報を大切にしています。		
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	電話相談や来訪時に、要望・悩みなどをゆっくり時間をかけ家族の思いを受け止める努力をしています。		
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	ご本人やご家族の話をよく聞き、行動や言動など注意深く観察しどのような支援が必要か適切なサービスの利用を検討しています。		
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	一緒に料理(味噌汁、饅頭作り)掃除、買い物、畑に野菜や花を摘みに行ったり、散歩を通して喜びや達成感を味わったり、会話やレクリエーション等などから、昔の生活の工夫などを教えて頂いている。		

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
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	電話や面会時に生活の様子や状態を伝えたり、ご家族の要望をお聞きしたりしています。面会時間の制限もなく、行事などにも参加して頂ける様声掛けしています。利用料の支払いは振り込みではなく必ず窓口にてお願いし、面会を多くお願いしています。		
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	買い物、外食、ドライブ、オレンジカフェ、不動尊縁日の参加など外出する機会を多く設けています。又、馴染みの友人が気軽に尋ねて来られる様にその都度、声掛けを行っています。	通院の帰りに他の施設に移った姉に会いに行ったり、自宅近くをドライブしたり、以前住んでいたご近所の人に来ていた時にオレンジカフェに参加したり、馴染みの店で買い物をするなど関係の継続を図っている。夏祭りの時には家族を招待して一緒に食事をしてもらうことと、日常的には毎月職員が「あかりだより」と一緒に入居者の様子を知らせる手紙を添えることで、家族との関係をつないでいる。	
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	レクリエーションや利用者様との会話に職員も加わり、会話の橋渡しを行う事で仲間作りのお手伝いをしています。レクリエーション（歌・散歩・ことわざ・ボーリングなど）を一緒に行ったり、談話室でお茶を飲んだりして係わりを深めている。		
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	入院や施設に入所された場合は、利用者やご家族と面会に行ったりしています。ご本人やご家族に会った時には声を掛け挨拶をしています。症状の経過なども確認する様になっています。		
<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	日常生活や会話の中からご本人の希望や思いを引出し、どのような支援が必要なのか話し合い、日常生活で笑顔になれる事を観察し、その人らしい日常生活が送れるように支援しています。	介護計画作成担当者は、入所時の暫定プランの1ヶ月間で申し送りの情報などをもとに本人から具体的な意向を聞か、本人の生活の姿からどう過ごしたいか読み取っている。家族からは来所の時に意向を聞き取っている。その後は月1回の勉強会で職員の意見を聞き、暮らし方の希望や本人の意向の把握に努めている。	
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	利用者やご家族から必要に応じて情報の収集を行っています。特に生活歴、馴染みの暮らし方、生活環境等把握に努めています。又、介護支援専門員と連携を深め情報の交換を行っています。		

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
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	毎日の申し送りや状況観察で利用者一人ひとりの生活パターンや状態の把握に努め、無理のない生活が送れる様に支援しています。		
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	利用者やご家族の意見・要望をお聞きし、職員の意見を取り入れ、課題があれば見直し、相談・話し合いをしながらプランを作成しています。	介護計画作成担当者は申し送りの時やケア記録の中から本人の意向を把握し介護計画を作成し見直している。本人と家族も参加するサービス担当者会議では本人の意向を確かめ、例えば「歩きたい」との本人の希望がある時など、その場で職員がみんなで取り組むことを確認して実践につなげている。	
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	日々の様子を業務日誌・介護記録に記入し、情報を共有することで新たな問題点が出され、状態の変化等について勉強会で話し合い、支援の見直しに生かしています。		
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	クリニックと医療連携を結んでおり、24時間の医療が受けられる体制にあります。看護師が定期的に来居し(週1)相談をし、処置・処方が必要なかの確認ができます。又、リハビリを希望される利用者に対して、デイサービスの職員と協力して個々にあったりハビリを行っている。		
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	各種ボランティアの訪問、消防署による年2回の避難訓練等、地域の協力のもと支援しています。		
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	クリニックと金子歯科の受診は職員が対応し、ご家族の付き添いが必要なときは連絡を取り合い、柔軟な受診ができるように対応しています。他科受診が必要で、ご家族が対応出来ない時は、こちらで対応しています。	入居者全員がグループホームを運営する法人のクリニックを主治医にしている。同クリニックからの送迎で週3回透析に通っている入居者もいる。眼科、皮膚科などへの通院で家族が対応する場合、必要に応じ情報提供表を持参してもらい、受診結果や投薬の内容については、家族から直接情報を伝えてもらっている。	

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
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	同一敷地内事業所の看護師や医療連携看護師(毎週水曜日)の協力を得て、相談しながら利用者様の健康管理や適切な指示で受診を行っています。		
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。	入院時には病院へ職員が訪問したり、電話での連絡を密にして、利用者やご家族の意向に沿った相談や対応をしています。退院カンファレンスに参加したり、医療機関とは常に連絡を取り合っています。		
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	面会時、家族会、運営推進会議などで重度化した場合のあり方について話し合いをし、情報を共有しています。体調面で変化のある時などは、面会時や電話連絡でお伝えしています。症状によっては、主治医よりお伝えする時もあります。	法人の方針として「看取りはしない」ことを、契約時に家族に説明している。医療行為が多くなり入院が必要になった場合は、主治医から状況を伝えてもらっている。がん末期の入居者の希望で、定期受診と職員の体調観察で入院せず今までの生活を続ける支援をしている例がある。	
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	看護師による急変時の対応の仕方(吸引器の使い方)や、消防によるAEDの使い方の講習会などを行い、緊急時マニュアルを作成し事故発生に備えています。		
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	矢板消防署の協力を得て年2回の避難誘導・初期消火の訓練を行っています。	消防署立ち合いで、昼間と夜間を想定して年2回の避難訓練を行っている。避難場所までの入居者の誘導や見守りを頼む予定の地域の人達との訓練はまだ実施されていない。消防署から指摘されたことは課題として報告書に記録されている。災害用として水と食料品の3日分、電池、ストーブなどを備蓄している。	訓練で消防署から指摘されたことも取り入れて災害時対応マニュアルを更に充実させること、運営推進会議の場を利用して地域の人の協力体制を築くことが望まれる。
<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	利用者の尊厳を傷つけない様、声の大きさ、言葉遣い、態度に注意しています。声掛けなども極力、他の方にわからない様に行っています。記録は決まった場所に保管し、目につかないようにしています。	職員は、認知症を理解し、入居者を人生の先輩として敬う接し方を心掛けている。入居者に否定語や制止語を使わず、人前で注意をしたり失敗の話をしないよう、入居者の尊厳に配慮するよう心掛けている。毎月接遇に関する自己チェックを行っている。	

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
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	傾聴を心がけ、一人一人にあった言葉や音量で言葉かけを行い、自己決定できるようにしています。自己決定が困難な利用者には、こちらから助言する時もあります。		
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	折り紙、歌、塗り絵、縫い物、買い物、散歩、パソコン、ドライブなど一人一人のペースを把握し、その日の体調や希望に添った支援を心掛けています。		
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	起床時、又は朝の整容時に髪を整えたり、髭剃りをしたり、服を一緒に選んだりしています。2ヶ月に一度カットボランティアが入り、髪をカットされています。毎日きちんと着替え身だしなみを整えています。		
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	会話の中で、季節の旬なものや好まれるものを聞いたり、味噌汁の材料を切ったり、出来る範囲で食事の準備や後片付けを職員と一緒にしています。個別で買い物を希望される方には、好みのものを購入しています。	朝食と夕食、昼食のご飯と汁物は職員が作っており、汁の具を切ったり野菜の皮むきなどを入居者に手伝ってもらい、食材は入居者と一緒に行っている。昼食のおかずは同一敷地内事業所の厨房で作られた物を入居者が職員と一緒に運んできている。年1度行われる嗜好調査を参考に献立を立てている。戸外での昼食会や芋煮会、食べたい物をグループ毎に食べに行く外食の機会も作っている。	
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	水分や食事管理の必要な利用者にはチェック表を使用して記録に残しています。又、血圧の高い方には漬物を果物に変更したり、汁物を減らしたり、糖尿病の方の食事量に注意し、食欲のない方には、柔らかく食べやすいもの、食べられるものを工夫しています。時々、管理栄養士に献立を確認してもらっています。		
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、口腔ケアの声掛け見守りを行い、介助が必要な時には（奥歯の磨きづらところ、舌、歯間）職員が行い、一人一人に応じた支援をしています。月1回歯科医師の先生が口腔ケア指導に来てくださり、口腔チェックをして下さいます。		

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	一人一人の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄介助の支援をしています。又、誘導・介助が必要な方には排泄チェック表を使用し、状態把握に努めています。パット交換時などは他の人に分からない様に声を掛けています。パットだけで対応できる方や外出以外は布パンツで過ごせる方など、オムツの使用を減らす対応も行っています。	入居後約1ヶ月間で職員は排泄パターンを把握し、それに添って支援している。タイミングよくトイレ誘導することで失禁を減らし、オムツからリハビリパンツへ、そして布パンツへと改善を図っている。オムツやリハビリパンツの蒸れでアセモに悩む肌の弱い入居者や、家族のオムツ代の負担軽減のためにもリハビリパンツから布パンツへ変えていこうと努力している。	
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	体操や散歩、水分補給や食物繊維の多い食材の使用、麦ごはん(昼食時)など行っています。医師とも相談し、時には下剤の使用も行っています。		
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	利用者の好きな時間帯、回数など希望に合わせて対応しています。湯量や温度も好みに合わせて、本人が気持ちよく、十分満足するまで入浴していただいています。	1日に4～5人、衣類の着脱から入浴までを1人の職員が支援している。浴室は一般家庭と同じ造りになっていて介助しにくいので、入居者の安全のためと職員が介助し易いように、手すり、扉、シャワーを改修している。家庭的な雰囲気の浴室で職員と1対1になり、入居者は昔のことや行きたい所、食べたい物のことを話しながらゆっくり入浴を楽しんでいる。	
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	日中は活動を多く(体操や散歩)する様になっています。夜寝つけない利用者には、フロアーでテレビを観たり話をしたり、和室で休んで頂いたり希望に応じ対応しています。		
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	利用者の薬の説明書はいつでも確認できるようになっています。新しく処方されたものや臨時薬の詳しい内容は申し送りなどで説明されます。介護記録にも内容を記録します。飲み残しがないように最後まで確認しています。		
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	モップ掛け、掃き掃除、洗濯物干し、たたみ、台所仕事、パソコンなど、利用者一人一人にあった楽しみや活躍できる場を提供しています。		

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
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	天気の良い日は庭先のベンチに座って会話やレクリエーションを楽しまれたり、散歩、買い物・ドライブなど希望時に出かけたりしています。又、年1回の遠足や季節に応じて、お花見・紅葉狩りなどに出かけています。	年1回全員で出かける遠足、季節毎に出かけている花見や紅葉狩り、リンゴ狩り等の他、個人の希望を取り入れたドライブや外食、地域の人との交流の場であるオレンジカフェ、買い物等に出かける外出支援をしている。	
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	利用者の希望や力量に応じて対応していません。又、ご家族の意見を伺い管理方法を決めています。自己管理できない方は、事務所で預かり金を管理しており、希望があればいつでも買い物に出かける事ができます。		
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	利用者の希望があれば電話をしたり、年賀状・暑中見舞い・その他などのやり取りができる様に対応しています。切手の購入なども希望時対応しています。		
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	各居室の前に季節の草花を切らさない様に飾っています。カーテンやヨシズで彩光の調整を行ったり、空調の調節を行ったりしています。昨年同様、朝顔でグリーンカーテンを作り、毎朝花の数を数えるのが楽しみにしている利用者がいました。	各ユニットの玄関は木製の引き戸になっていて居住スペースまで段差がない。居室前の廊下は広く明るく、各居室の入り口の脇には季節の草花が飾られていて華やかな雰囲気となっている。居間には3グループにテーブルが配置され、入居者の自席が解るように名前が表示され、テーブルの下には体型に合わせて足置きが置いてある。窓は大きく、季節によっては陽よけをしたり加湿をしたりと配慮している。	
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	玄関先には長椅子を置いたり、フロア内には和室があり、フロア脇のソファ脇について立を置いて自由に昼寝や会話、お茶を飲んだりできる様になっています。		
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	自宅で慣れ親しんだテーブルや椅子・タンス・テレビ・写真など持ち込んで頂き、自室で安心して過ごせる空間作りの声掛けを行っています。本人希望で、冷蔵庫、BSアンテナを接続されていたり、パソコン・プリンターを持ち込まれている方もいます。	居室には寝具やタンス、仏壇、机、パソコン、エレクターなど入居者の馴染みの物が持ち込まれ、自宅での生活が続けられるような部屋になっている。入居者は縫い物や手仕事、短歌作り、歌をうたったりと、それぞれの生活を楽しんでいる。	

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
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	ホーム内はバリアフリーになっており、廊下やトイレには手すりが付いており安全が確保されています。トイレ使用中が分かる様に扉の取っ手脇に小窓が付いています。各居室の入り口には利用者の目線に合わせて名前が貼ってあります。センサーを使用されている方もいます。		

## 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	利用者が住み慣れた地域の中で自分らしく生活することができる様に勉強会を通して理念の共有を図っています。	(評価結果は東棟のシートに記入)	
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	班の一員として利用者と一緒に回覧板を回したり、ゴミステーションの掃除、地域一斉ゴミ拾い等行っています。又、朝と夕方、犬の散歩を通して気軽に地域の方と挨拶を交わしています。週に1~2回オレンジカフェに出かけています。		
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	ケアセンター祭りには、ご家族・ご近所の方にチラシを配り参加を呼び掛けています。家族会では、ご家族と一緒に「認知症サポーター養成講座」に参加し意見交換を行いました。		
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回運営推進会議を開き、外部評価の公表や評価への取り組み、活動報告等ご家族や行政・地域の方と情報交換をしてサービスの向上に活かしています。		
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に取り組んでいる	市への提出書類や会議の資料など持参するように努めています。市内GH交流会(年4回)では意見・情報交換を行い協力関係を築いています。サービス事業所連絡協議会(年6回)では、行政を含め他事業者が参加し専門部会の情報交換など交流を深めています。		
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	玄関にセンサー付きチャイムを設置、カギは施錠せず、徘徊する利用者には必ず職員がついて一緒に散歩に出たりしている。同一敷地内の支援センター、デイサービスの職員と協力し、声掛け合い支援しています。利用者様の人権を尊重し、拘束のないケアを職員全員で行っています。		

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
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	施設内研修(勉強会)で、どういったことが虐待に当たるか学ぶ機会を持ち、事業所内での虐待防止に取り組んでいます。		
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	制度としては理解しているが、実際に活用する機会がなく支援していません。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約や解約の時は専門の職員が対応し、分かり易い説明を心がけています。法改正の際もご家族に説明を行い、理解・納得されたうえで署名、捺印をいただいています。		
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	面会時や電話等で意見や、要望を尋ねたり、家族会開催時にご家族の意見を出して頂いています。又、玄関にはご意見箱を設置しており、多くの意見が集まるようにしています。		
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	月1回の勉強会や毎日の申し送り(朝・夕)の時に意見や提案を出す機会を設けています。個人的に意見がある時も、個別で話を聞いています。		
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	施設内研修(勉強会)に多くの職員が参加できる様に配慮しています。又、中堅者に対する各種研修(実践者研修・リーダー研修)等の参加、資格取得への支援も行っています。面接を定期的に行い職場環境の改善に努めています。		
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	各研修、資格取得に向けて案内や資料の掲示を行っています。希望する者には優先して勤務の調整を図っています。		
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	市内GH交流会を年4回、開催者交代で行っています。又、サービス事業所連絡協議会を偶数月に行い、医師・行政・他事業者を含めた情報交換を行い、サービスの質の向上を目指した取り組みを行っています。		

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
<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	入居されている方がどのような環境で生活されているか、できる限りご家族と一緒にご本人にも見学して頂いています。ご本人やご家族の思いを受け止めて、話しやすい雰囲気作り、傾聴を心がけています。入居前の情報を大切にしています。		
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	電話相談や来訪時に、要望・悩みなどをゆっくり時間をかけ家族の思いを受け止める努力をしています。		
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	ご本人やご家族の話をよく聞き、行動や言動など注意深く観察しどのような支援が必要か適切なサービスの利用を検討しています。		
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	一緒に料理(味噌汁、饅頭作り)掃除、買い物、畑に野菜や花を摘みに行ったり、散歩を通して喜びや達成感を味わったり、会話やレクリエーション等などから、昔の生活の工夫などを教えて頂いている。		
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	電話や面会時に生活の様子や状態を伝えたり、ご家族の要望をお聞きしたりしています。面会時間の制限もなく、行事などにも参加して頂ける様声掛けしています。利用料の支払いは振り込みではなく必ず窓口にてお願いし、面会を多くお願いしています。		
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	買い物、外食、ドライブ、オレンジカフェ、不動尊縁日の参加など外出する機会を多く設けています。又、馴染みの友人が敷地内のディサービスに通われている為、時々会いに行かれたり、グループホームへ遊びに来られたりしています。		

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
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	レクリエーションや利用者様との会話に職員も加わり、会話の橋渡しを行う事で仲間作りのお手伝いをしています。レクリエーション(歌・散歩・ことわざ・ボーリングなど)を一緒に行ったり、談話室でお茶を飲んだりして係わりを深めている。		
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	入院や施設に入所された場合は、利用者やご家族と面会に行ったりしています。ご本人やご家族に会った時には声を掛け挨拶をしています。症状の経過なども確認する様に行っています。		
<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	日常生活や会話の中からご本人の希望や思いを引出し、どのような支援が必要なのか話し合い、日常生活で笑顔になれる事を観察し、その人らしい日常生活が送れるように支援しています。		
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	利用者やご家族から必要に応じて情報の収集を行っています。特に生活歴、馴染みの暮らし方、生活環境等把握に努めています。又、介護支援専門員と連携を深め情報の交換を行っています。		
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	毎日の申し送りや状況観察で利用者一人ひとりの生活パターンや状態の把握に努め、無理のない生活が送れる様に支援しています。		
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	利用者やご家族の意見・要望をお聞きし、職員の意見を取り入れ、課題があれば見直し、相談・話し合いをしながらプランを作成しています。		
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	日々の様子を業務日誌・介護記録に記入し、情報を共有することで新たな問題点が出され、状態の変化等について勉強会で話し合い、支援の見直しに生かしています。		

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
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	クリニックと医療連携を結んでおり、24時間の医療が受けられる体制にあります。看護師が定期的に来居し(週1)相談をし、処置・処方が必要かの確認ができます。又、リハビリを希望される利用者に対して、デイサービスの職員と協力して個々にあったりハビリを行っている。		
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	各種ボランティアの訪問、消防署による年2回の避難訓練等、地域の協力のもと支援しています。		
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	クリニックと金子歯科の受診は職員が対応し、ご家族の付き添いが必要なときは連絡を取り合い、柔軟な受診ができるように対応しています。他科受診が必要で、ご家族が対応出来ない時は、こちらで対応しています。		
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	同一敷地内事業所の看護師や医療連携看護師(毎週水曜日)の協力を得て、相談しながら利用者様の健康管理や適切な指示で受診を行っています。		
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。	入院時には病院へ職員が訪問したり、電話での連絡を密にして、利用者やご家族の意向に沿った相談や対応をしています。退院カンファレンスに参加したり、医療機関とは常に連絡を取り合っています。		
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	面会時、家族会、運営推進会議などで重度化した場合のあり方について話し合いをし、情報を共有しています。体調面で変化のある時などは、面会時や電話連絡でお伝えしています。		

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
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	看護師による急変時の対応の仕方(吸引器の使い方)や、消防によるAEDの使い方の講習会などを行い、緊急時マニュアルを作成し事故発生に備えています。		
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	矢板消防署の協力を得て年2回の避難誘導・初期消火の訓練を行っています。		
<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	利用者の尊厳を傷つけない様、声の大きさ、言葉遣い、態度に注意しています。声掛けなども極力、他の方にわからない様に行っています。記録は決まった場所に保管し、目につかないようにしています。		
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	傾聴を心がけ、一人一人にあった言葉や音量で言葉かけを行い、自己決定できるようにしています。自己決定が困難な利用者には、こちらから助言する時もあります。		
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	折り紙、歌、塗り絵、縫い物、買い物、散歩、ドライブなど一人一人のペースを把握し、その日の体調や希望に添った支援を心掛けています。		
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	起床時、又は朝の整容時に髪を整えたり、髭剃りをしたり、服を一緒に選んだりしています。ご家族と美容室へ行かれる方や、2ヶ月に一度カットボランティアが入り、髪をカットされています。毎日きちんと着替え身だしなみを整えています。		
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	会話の中で、季節の旬なものや好まれるものを聞いたり、味噌汁の材料を切って頂いたり、出来る範囲で食事の準備や後片付けを職員と一緒にしています。個別で買い物を希望される方には、好みのものを購入しています。		

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
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	水分や食事管理の必要な利用者にはチェック表を使用して記録に残しています。又、血圧の高い方には漬物を果物に変更したり、汁物を減らしたり、糖尿病の方の食事量に注意し、食欲のない方には、柔らかく食べやすいもの、食べられるものを工夫しています。透析に行かれている方の食事管理について、管理栄養士に時々指導を受けたり相談をしています。		
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に、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、口腔ケアの声掛け見守りを行い、介助が必要な時には(奥歯の磨きづらところ、舌、歯間)職員が行い、一人一人に応じた支援をしています。月1回歯科医師の先生が口腔ケア指導に来てくださり、口腔チェックをして下さいます。		
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	一人一人の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄介助の支援をしています。又、誘導・介助が必要な方には排泄チェック表を使用し、状態把握に努めています。パット交換時などは他の人に分からない様に声を掛けています。パットだけで対応できる方や外出以外は布パンツで過ごせる方など、オムツの使用を減らす対応も行っています。		
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	体操や散歩、水分補給や食物繊維の多い食材の使用、麦ごはん(昼食時)など行っています。医師とも相談し、時には下剤の使用も行っています。		
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	利用者の好きな時間帯、回数など希望に合わせて対応しています。湯量や温度も好みに合わせて、本人が気持ちよく、十分満足するまで入浴していただいています。		
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	日中は活動を多く(体操や散歩)する様になっています。夜寝つけない利用者には、フロアでテレビを観たり話をしたり、和室で休んで頂いたり、暗いところで眠れない方には、電気をつけたまま休んでもらったり希望に応じ対応しています。		

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
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	利用者の薬の説明書はいつでも確認できるようになっています。新しく処方されたものや臨時薬の詳しい内容は申し送りなどで説明されます。介護記録にも内容を記録します。飲み残しがないように最後まで確認しています。		
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	裁縫、洗濯物干し、たたみ、台所仕事、リハビリ、買い物(宝くじ)など、利用者一人一人にあった楽しみや活躍できる場を提供しています。		
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	天気の良い日は庭先のベンチに座って会話やレクリエーションを楽しまれたり、散歩、買い物・ドライブなど希望時に出かけたりしています。又、年1回の遠足や季節に応じて、お花見・紅葉狩りなどに出かけています。		
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	利用者の希望や力量に応じて対応しています。又、ご家族の意見を伺い管理方法を決めています。自己管理できない方は、事務所で預かり金を管理しており、希望があればいつでも買い物に出かける事ができます。		
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	利用者の希望があれば電話をしたり、年賀状・暑中見舞い・その他などのやり取りができる様に対応しています。携帯電話を使用されている方の充電の確認をしています。		
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	各居室の前に季節の草花を切らさない様に飾っています。カーテンやヨシズで彩光の調整を行ったり、空調の調節を行ったりしています。昨年同様、朝顔でグリーンカーテンを作り、咲いた花を楽しまれています。		
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	玄関先には長椅子を置いたり、フロア内には和室があり、廊下奥には自由に昼寝や会話、お茶を飲んだりできる談話室になっています。		

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
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	自宅で慣れ親しんだテーブルや椅子・タンス・テレビ・写真など持ち込んで頂き、自室で安心して過ごせる空間作りの声掛けを行っています。本人希望で、冷蔵庫、BSアンテナを接続されている方もいます。		
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	ホーム内はバリアフリーになっており、廊下やトイレには手すりが付いており安全が確保されています。トイレ使用中が分かる様に扉の取っ手脇に小窓が付いています。各居室の入り口には利用者の目線に合わせて名前が貼ってあります。センサーを使用されている方もいます。		