

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	1072100439		
法人名	認定NPO法人 じゃんけんぼん		
事業所名	グループホーム じゃんけんぼん群馬町		
所在地	高崎市棟高町1257-5		
自己評価作成日	2015年12月12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	
----------	--

【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成28年1月21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)】

<p>○地域の中で地域住民に支えてもらえるホームを目指している。 ○利用者を知り、個別支援の提供の充実を図っている。 ○利用者個々のその人らしい暮らしを支え、そのひとがそのひとらしく生きる支援をしている。</p>
--

【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)】

<p>認知症高齢者が、住み慣れた地域で暮らし続けられる事業所を目指し、開設時から理念に「あなたが自分らしく自由に笑顔で暮らす為にあなたに合った心で関わります」と掲げている。理念を実践するために、アセスメントを繰り返し、「ひもときシート」(困難や課題と考えていることを明確にし、事実に基づいた情報の整理をしながら本人の求めるケアを導き出すためのシート)や「エコマップ」(援助者が、利用者を支援するために利用者、家族、社会資源の関係性を図にしたもの)で可視化し、また、日々のコミュニケーションのなかでニーズが出るような関わり方を行い、職員で情報を共有し個別支援の提供の充実を図っている。事業所は地域密着型サービスとして、地域の相談拠点として機能できるように玄関に看板を掲げ、パンフレットを配布している。また、近くにある法人の「近隣大家族」は地域の人々がだれでも気軽に過ごせる居場所であり、利用者も出かけて交流が行われている。</p>
--

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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

[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
I. 理念に基づく運営					
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	ホール及びスタッフルームに理念を掲示し、職員間でその意味を共有している。法人内で実施している年2回の個人自己評価や、日々のケアの中で理念を改めて振り返る機会があり、立ち止まったときに理念に戻りケアに取り組む意識が職員間にある。	開設時からの理念を継続しているが、理念の「自由」の解釈が職員によりばらつきがあるので、管理者・全職員で話し合い、その結果、現在の理念を継続して掲げることとし、理念を共有して実践につなげている。	
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	入所時には地域との繋がりが必要であることを家族に説明し、ご利用者が住み慣れた地域との関係を絶やさないよう協力を求めている。また、ホームの所在する地域との繋がりができるよう、避難訓練での協力や地域住民とのふれあいの場として納涼祭の実施等行っている。	年2回の避難訓練を地域に案内し、地域の方の参加があった。地域住民のふれあいの居場所「近隣大家族」には車椅子で利用者とお出向いたり、法人の納涼祭に地域の方を招待したりしている。中学生の職場体験学習の受け入れ、ラフターヨガや日本舞踊等のボランティア訪問など、地域交流が行われている。	
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	グループホームが地域の相談拠点として機能できるよう働きかけている。玄関に相談拠点の看板を掲げ、近所には相談拠点としての役割を担っていることをアピールするためパンフレットを配布している。		
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	概ね2ヶ月に1回開催している。ご家族・地域住民の参加を呼びかけるが、ご家族は増えてきたが地域住民の参加はまだ少ない。毎月1つテーマを決め、それについて意見交換をしている。	会議は、行事や利用者状況報告、テーマを決めて学習や意見交換をしている。地域住民の参加を呼びかけるため、会議名を「ご近所カフェ」として案内したり、地域が重なる法人の他事業所と合同で行ったりと試みるが、参加者増にいたっていない。	家族や地域の方の参加が得られるような働きかけを引き続き行い、参加者が増え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取り組んでいる	高崎市の担当課や地域包括ケアセンターとの連携を意識してできている。また、高崎市介護相談員を定期的に入力し、ご利用者から情報も伝達し、ホームへ助言を受けている。	共用型デイサービス利用の件で支所から相談を受けたり、高齢者あんしんセンターから連絡を受けて独居の方の見守りをしたり、徘徊の高齢者を見かけセンターへ連絡するなど、協力関係を築き取り組みをしている。	
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	ホーム開設時より身体拘束せずケアに取り組んでいる。玄関やエレベーターには施錠せず、ご利用者が自由に出入りができる。また、身体拘束防止の研修等に参加し、研修結果を職員間で共有して、身体拘束をしないケアを意識できている。	自由に笑顔で暮らすために、玄関やエレベーターには施錠していない。職員は身体拘束防止の研修会に参加し、身体拘束をしないケアに意識的に取り組んでいる。家族には、契約時に身体拘束をしない事業所の方針とリスクについて説明している。外出しようとする利用者には、職員と一緒に出かけ見守っている。	
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	高齢者虐待の研修等に参加し、意識を高める機会を得ている。また、職員間でも声掛けを実施し、虐待と判断されてしまう可能性がある場面ではお互い指摘し、改善に努めている。		

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
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	権利擁護に関する研修等に参加し、研修結果を全職員で共有している。また、相談拠点として機能できるよう、知識として持っているだけではなく生かせるよう全職員が意識している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	ご家族には、契約時に重要事項説明書に基づいて説明をし、同意を得られたときはサインをもらっている。その場で分からないことは、理解が得られるよう説明しているが、時間が経っても質問できるよう伝達している。		
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	ご家族の面会時には介護日誌を閲覧し、ケアやそれ以外のことも意見や要望を聞いている。また、月1回送付する近況報告書のなかで意見や要望を記入できる欄があり、ご家族がホームに伝えることができる場もけている。意見や要望があった場合、日々の申し送りや会議などで全職員で共有している。	家族面会時には、介護日誌の閲覧で日頃の利用者の様子を知ってもらい、要望を聞いている。その他、毎月本人の近況報告を写真とともに送付し、備考欄を設けて意見が記載できるようにしている。家族から整容や衣類の交換等の要望を聞いて、職員で話し合い対応している。	
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2回の会議や日々のコミュニケーションのなかで、個々の職員の意見や提案を受け、反映できるよう努めている。	毎月の業務会議は、職員が交代で司会を担当して議題を決めることにより、職員それぞれが全体を見渡せるようにしている。年間の活動計画は半期ごとに目標を決め、項目ごとに職員担当を置いて、月毎に報告と達成のチェックを行い、職員が事業所を運営していると感じられるよう取り組みをしている。	
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	月1回幹部会議を実施し、法人全体や事業所ごとの事業に対して意見交換や合意形成をしている。その中で職員から出た意見・提案も反映している。また、年2回個人自己評価を行い、そこで出た意見・要望を把握し、反映する場となっている。		
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	事業所内でのOJTへの取り組みは個々の職員が意識している。また、外部・内部の研修に参加できるよう、管理者が調整している。報告書などで必ず振り返りし、それを全職員で共有している。		
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	地域密着型サービス連絡協議会に加入し、同業者と交流できる環境にある。また、研修や勉強会、職場交換研修などで、外から見たときのホームを意識して研修に参加している。		

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
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
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	相談時に利用問合せ表を基に話を聞くが、困っていたり不安なことを聞き、その方のニーズを探る関わりをしている。そのなかで聞いてくれる人という認識になるような関わりをしている。		
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	相談時に、ご家族が困っていたり不安なことを聞き、ニーズを探るかかわりをしている。そのなかでもできること・出来ないことがあり、その理由も説明している。		
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	相談を受け、どういったサービスがあるのか説明でき、的確なアドバイスができるよう、全職員が知識を得られるよう勉強している。		
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	アセスメントを繰り返しそのご利用者がどういふ人かを知ること、出来ることはしてもらう自立支援を基に、出来ないところを支援する関わり方をしている。		
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	ご利用者を中心に介護者だけでなく家族も本人を支えてるという意識ができるかかわり方をしている。地域との関わりや友人・知人との関係が継続するには家族の協力は必要不可欠なので、家族が関われるような、個別支援を実施している。		
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	アセスメントを繰り返しそのご利用者がどういふ人かを知り、住み慣れた地域で馴染みの関係が継続できるようご家族や近隣住民と協力し個別支援に努めている。	法人のふれあいの居場所「近隣大家族」に出かけて、地域住民との交流が行われている。油絵を描いていた方は、360度のパノラマ風景が見える場所が好きなためショッピングセンターの屋上駐車場にお連れしている。その他、うどん屋をしていた方は友人と蕎麦を食べに出かけたり、息子の送迎で自宅に帰ったり等、馴染みの場所や人との関係継続の支援をしている。	
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	個々の関係性を見ながら席を近くにしたり、家事仕事など共同作業をすることで、ご利用者同士が関わり合いを持っている。		

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
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	退所や利用が終了しても、いつでも相談や支援ができる体制がある。必要に応じて退所後のサービス利用を把握している。		
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					
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	アセスメントに加え、日々のコミュニケーションは本人のニーズを探る意識で関わりをもっている。また、介護日誌に記録し、情報を共有できるようにしている。困難な場合は、アセスメントを基に言動を推察し、ケアにつなげている。	生活歴、家族や友人等から話を聞いて、利用者の思いを把握している。また、日々の関わりの中で利用者の現在のニーズを知り、スタッフ間で情報を共有し、ケアにつなげている。	
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	本人の言葉や基本情報、家族からの情報などで把握し、全職員で情報共有している。		
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	入所初期は24時間シートを利用し、1日の様子を記録して情報共有している。また、アセスメントシートにいつでも記入できるようになっており、新しい情報は随時加えることができる。		
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	全ご利用者を毎月モニタリングし、ケアプランに反映させている。変更・追加があった場合は、ご家族に説明し、了承を得ている。モニタリングが毎月になったことで、より現状にあったケアプランができ、それに基づいたケアが実践できている。	初回のケアプランは、入居前のケアサービス、医師の情報等を参考に、プランを作成している。毎月行うケア会議においては、家族や職員の情報等を出し合い、担当職員が中心となってモニタリングを行っている。ケアプランに基づいた援助内容の実施を、介護日誌に記載している。	
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	ケアプランに基づいたケアを実践しその結果どうであったかを中心に記録している。項目ごとに番号を振り、記載時に簡略化できるようにしている。		
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	ご家族や本人の希望から帰宅したり、通院が困難なご利用者を往診に移行したり、そのときのニーズに合わせ対応している。		

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
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	アセスメントを実施してエコマップを作成し、本人にどのような地域資源があるのか把握し、ご家族や今まで住んでいた地域の協力を得て地域行事に参加したり、よく行った店などに出かけたりしている。また、地域ボランティア等、受入れを実施している。		
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	基本的にそれまでの主治医が継続して関わられるよう考慮しており、ご家族には契約時に提案している。状況に応じて往診してくれる医師を提案したり、専門医やホーム協力医を活用し、医療機関・事業所・家族が連携が取れている。	ほとんどの方が入居前の主治医を継続受診し、定期受診は家族が同行している。車椅子等で通院が困難になると、往診を依頼している。協力医には健康管理を依頼し、法人の週1回の訪問看護師と情報共有が行われ、相談や助言を行い、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	週1回の訪問看護があり、情報共有したり相談や助言を受けている。共有された情報は、医師へ伝達もして、協力を得られている。		
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。	ご家族の承諾を得て、入院時は病院に見舞いに行き、病院関係者と情報交換をしている。また、電話等で相談や状況報告をしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時にホームで見取りが出来ることを家族に伝達し、ご家族の看取りの意向を確認している。本人の状況で必要に応じてご家族・医師・看護師・ホームで方向性を話し合い、その都度ご家族の意向を確認している。ご家族が判断できるよう、情報提供は怠らない。	契約時に、重度化や終末期に向けた事業所の方針を家族に説明している。状態変化時には、家族、医師、看護師、職員で話し合い、今後の方向性を確認している。ホームでの生活を最後まで望む場合には、看取りに関する合意書を作成し、医療と連携して、家族を交えて看取りの介護ができるように支援している。	
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	急変時や事故発生時の対応マニュアルがあり、それに基づいた対応ができるよう備えている。また、救急救命の講習に参加し、最新の対応技術習得に努めている。		
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回の消防立会いの避難訓練だけでなく、自主訓練を実施して職員に意識付けている。避難訓練の際には、近隣住民も参加してもらえよう働きかけている。	年2回、近隣宅にも案内を行い、消防署立会いの下で避難訓練を行っている。自主訓練を毎月予定していたが、年に3回の実施となった。居室は1階に3部屋・2階に6部屋あり、エレベーターを設置している。非常階段（外階段）は、台所に近い場所にある。	各利用者の身体状況を考慮した避難方法のマニュアル作成と活動計画に沿って毎月の自主避難訓練の実施を期待したい。

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	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
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	排泄などの失敗があった時は他者から気づかれぬようトイレ案内を行い、着衣の交換を行っている。介護記録等に他者が登場するときはイニシャルで記録したり、記録が他者に見られないよう配慮している。また、研修等に参加し、意識を高めている。	居室入室時には、必ずドアをノックし、風呂場にはドアがないので、カーテンで隙間ができないようにしている。名前は苗字に「さん」をつけて呼び、誇りやプライバシーを損ねないように言葉かけに注意し対応している。また、記録時には名前が見えない場で行い、保管している。		
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	ご利用者とのコミュニケーションのなかで本人のニーズがでるようなかかわり方をしている。また、買い物のときに食べたいものを選んでもらったり、お茶の提供の際に何が飲みたいかを選んでもらう対応をしている。			
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	ご利用者のペースを大切にして、自立支援を意識して支援している。ご利用者とのコミュニケーションから、今したいことを支援できるように全職員が意識している。			
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	今まで着なれた服を自由に着こなしてもらい出来ないところは支援している。自己決定できないご利用者は、職員がイメージに合った服を選んだり、一緒に服を選んでもらったりしている。また、2ヶ月に1回、訪問美容が髪の毛をカットしてくれ、髪型の決定を本人にしてもらっている。			
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	時々、食材の皮むきやカットをご利用者がしている。食器拭きなど共同で行い、役割がもて張り合いができています。また、ホームの畑でとれた野菜を献立に取り入れ、収穫した野菜を楽しむ時間がある。	食材の宅配を利用しており、3人の担当職員が交代で調理している。月に1回はうどん打ちをし、季節が感じられる献立を作成している。農家出身の方が多いので、レタス・大根、きゅうり、トマト、ナス等の世話をし、収穫した野菜を食べる楽しみもある。嫌いなものは代えたり、調理方法を工夫したりして、おいしく食べていただけるようにしている。職員は、介助しながら一緒に食事をしている。		
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	食材宅配を利用しており栄養士による献立になっているが、野菜を多くしたりご利用者の希望を取り入れた献立を用意している。また、一人一人の状況に応じて形態を変えたり、量の調整を行っている。			
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	毎食後、口腔ケアを促している。洗面台に行かなくてもガーグルベースを使用するなど、ご利用者の状況に合わせて対応している。			

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
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	排泄パターンを把握し、トイレへの声掛けや案内を介助している。また、ご利用者の言動を観察し、サインを読み取り支援をおこなっている。	トイレで排泄ができるように、排泄パターンを記録して声かけや誘導をしている。入居間もない利用者には、24時間シートで排泄パターンを把握している。立位が取れない利用者はおむつ使用しているが、移動介助すればトイレに行ける人は介助してトイレでの排泄を支援している。	
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	普段から野菜を多く取り入れた食事づくりを心がけている。便通が良くなるよう散歩や体操、牛乳などの便秘によさそうなものは随時取りこんでいる。また、排便の様子を各ご利用者の介護日誌に記録し、職員で共有し支援を行っている。医師と相談して必要に応じて、下剤を使用するときもある。		
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	入浴日は基本的には決まっているが、毎日入浴できる体勢をとっている。その方の生活習慣を把握し、本人の希望があれば、個別支援として毎日夜間に入浴を行った実績もある。	月・火・木・金の午後の時間帯を入浴日として、週2回程度の入浴を支援している。入浴を拒否する方には、「入浴」という言葉を使わない言葉かけを工夫し、1人に1名の職員が対応して、ゆっくりと個別の時間として入浴が楽しめるよう対応している。	
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	各ご利用者の体調変化に合わせ、自室での休息・臥床を促している。その際は安心感を持ってもらえるよう様子を見に来ることや食事の時間には声をかけに来ることなど不安を和らげるよう配慮している。		
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	薬の情報をスタッフ間で共有し、薬ごとに日常生活での変化を記録に残し相談する際の資料としている。服薬内容も協力薬局の薬剤師から解説してもらい、不明な点があれば、連絡・相談を随時行っている。		
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	生活歴にあわせた仕事や役割となっていることを毎日行っている。個別支援ができるようひとりひとりをひもときシートやエコマップで可視化し、職員間で共有しその人らしい生活ができるよう支援をしている。		
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	希望があれば散歩や近所への買い物などに職員と出かけたり、行きたいところや見たいものを聞きそこに行くなど、希望に沿った支援を行えるよう努めている。	週2回事業所の買い物の時に、利用者も一緒に出掛けたり、暖かい日は近隣を散歩したりしている。その他、福祉バスで家族といちご狩りにも出かけている。個別支援では、車椅子を利用しているため家族が連れて行けないので、墓参りを実施するなど、本人・家族が安堵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
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	お金の管理は現在ご家族がしている。本人の希望があれば、ご家族の協力を得てお金の管理をして、ご本人の欲求が満たされるよう支援する体制はある。		
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	本人から家族に電話をしたいと希望があれば、ご家族の協力を得て電話ができるよう支援をしている。		
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	共用空間は温度や音に配慮し、ご利用者が不快にならないよう配慮している。また、月ごとにご利用者と一緒に作品を作り、季節を楽しめるよう工夫している。	居間は、暖房・加湿器が設置され、適度に温度・湿度を調整している。壁には利用者が書いた油絵や習字の作品、行事の写真等があり、畳スペースのこたつでは、談笑する利用者の姿がある。生活感や季節感に合わせ居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	自席以外にソファーや席を設け、一人になったり他のご利用者と交流が持てる空間がある。また、冬はこたつを設置し、自由に利用できる環境にある。		
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	ご家族の協力を得て、自宅で使っていたタンスや布団などを持参してもらい、慣れた環境が提供できるよう工夫している。できるだけ家に近い環境を提供し、住み慣れた場所を提供できるよう配慮している。	居室には、タンス、鏡台、テーブル等馴染みの家具、縫いぐるみが持ち込まれ、カレンダー、家族の写真等が飾られており、居心地よく過ごせるよう工夫をしている。	
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	手すりの設置や居室での家具の配置など、そのひとに合わせた生活が送れるよう配慮している。また、歩行できるご利用者は、転倒がないよう職員が見守りしている。アセスメントを繰り返し実施して、その人が出来ること・出来ないことは、職員間で共有できている。		