

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	認定特定非営利活動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	群馬県高崎市棟高町1257-5		
自己評価作成日	平成30年12月25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31年1月23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>○認知症の専門職として、ご利用者やその家族に対応できる知識と技術を有している。 ○ご利用者個々のニーズを探り、タイムリーにニーズを満たす生活支援ができる。 ○個別支援に力を入れており、ご利用者のニーズを広げていく支援をしている。 ○主治医やご家族の協力で、最期まで本人らしく暮らせるよう看取り支援が出来ている。 ○地域の相談拠点として広報活動を実施し、相談対応できる人材を有している。 ○共用型認知症対応通所介護を運営し、ニーズに応える体制が整っている。</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>利用者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう様々な社会資源を活用したり、だれでも気軽に過ごせる居場所「近隣大家族」を創設したり、地域住民に必要な福祉移送、配食サービス等多彩な事業を展開している。ホームの理念は、「あなたが自分らしく自由に笑顔で暮らすこと」と開設時から掲げ、日々努力している。生活歴や生活習慣を熟知し個別ケアを心がけ、利用者が表出するシグナルに気づき利用者に寄り添い、リスクを踏まえたうえで自由に暮らせるように玄関等を施錠しないケアを行っている。また、トイレで排泄することが人としての尊厳を守る上でも大事と考え、トイレでの排泄を支援している。ターミナルケアについては「死」を迎えるのではなく、これまでの介護の延長線上にあり、その人らしい「生」を支えていくことと理解し支援している。</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 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
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	ホール内の目の届く場所に、事業所理念を掲げ職員間で理念を共有している。日々のケアに取り組めるように、事業所内で年2回振り返りをしている。また法人にもその都度報告をしている。	利用者が自分らしく、自由に、笑顔で暮らすことを、開設時から理念に掲げ、日々実践している。利用者の生活歴を理解し、個別ケアを心がけ、危ないから坐っている生活ではなく、リスクを認識した上で自由に動けるよう支援している。そうしたなか、笑顔で暮らせるように、地域とのつながりを大切にしている。	
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	地域との繋がりを大切にして道路清掃に参加したり、地域のお祭りにご利用者と共に参加したり、事業所で納涼祭やもちつき大会などを行い交流を深めている。	神社の夏祭りや地域のふれあい祭りに参加して、知人と話をしたり、写真を撮ったりしている。また、事業所の納涼祭には家族や近所の子どもたちを招待したり、中学生の職場体験も受け入れたりして、地域交流に努めている。ホーム通信を近所にポスティングすることで、事業所の様子を伝えている。	
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	事業所が地域の相談拠点としての役割を担っていることを、近所にパンフレットやホーム通信を配り告知している。		
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	2ヶ月に1回のペースで運営推進会議を実施。ご家族、市職員に事業所の取組等を報告し、意見交換している。	会議案内は家族にハガキを郵送し、出欠状況を返送してもらっている。自由に意見を言ってもらえるよう自由討議形式としている。ヒヤリハットでは家族の方が勤務する業界ではどのようにして事故を減らしているのか等貴重な意見を頂いている。	地域の方の参加への働きかけを、引き続き検討されるよう期待したい。
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	高崎市の担当者や高齢者あんしんセンター、地域の居宅事業所と連携し、協力関係を築けている。	毎回、運営推進会議に支所の方の参加があり、他事業所の様子や工夫点等を聞いている。支所の窓口にホーム通信を持参したり、共用型デイサービスの利用が増えるよう連携を図っている。	
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をせず玄関、エレベーター、居室には施錠していない。また、身体拘束廃止委員会を立ち上げ、3ヶ月に1回のペースで勉強会を実施し、担当者は研修会に参加し情報を共有している。	自由に笑顔で暮らすという理念のもと開設時より玄関等を施錠せず、利用者が自由に出入りできるようにしている。調査時においては、帽子をかぶって外出しようとする利用者に職員が付いて外出している。昨年4月の県条例の改正に伴い、身体拘束廃止委員会を立ち上げ、指針を作成して定期的に勉強会を実施している。	
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	高齢者虐待防止の研修に参加し、研修結果を職員間で共有を図り、虐待防止に努めている。		

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	研修等、学ぶ機会をもうけ参加し、学んだ事は会議にて報告を行い、職員間で共有し理解の場としている。		
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	契約に関する説明と納得に関しては、ご利用者の契約時に契約と共に説明を行い、同意を得ている。		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議やご家族が面会に見え、意見等いただいた時には、その都度職員間で情報共有をし、運営いに反映させている。	家族の来訪は多く、支払いを現金払いとしており少なくとも月1回はあり、来訪時、介護日誌を見ていただき利用者の様子を話し合ったり、要望を聞いたりしている。毎月利用者の写真入りの近況報告書を郵送し、そのなかに要望・相談・苦情欄を設けて文書での要望等をいただいている。	
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	会議等で出た職員の意見等は、その都度、理事長や事務局長など上長に相談したり、幹部会議などで意見交換を行い反映させている。	法人の方針のもと、今年度の事業所の活動計画を作成し、毎月目標達成状況について、職員会議でモニタリングを実施している。さらに個人目標についても、定期的に自己評価している。毎月第1週にはイベントや活動計画等の業務会議、第3週にはケア会議を行い、職員の意見や提案を運営に反映させている。	
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	会議や日常生活の中で、コミュニケーションを密にとり、一人一人が働きやすいよう配慮し、各自が向上できるよう努めている。		
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	法人内外の研修への参加を促し、職員一人一人の技術、ケアの質の向上に繋がれるよう努めている。また、OJTが機能できるよう、全職員が意識し実践できている。		
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	法人が加入している協議会の研修や職員が希望する勉強会等へ参加し、サービスの質の向上と共に同業者との交流の場としている。		

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	相談時の利用問い合わせ表を基に、話を聞き本人が困っている事、不安な事、要望を把握しその人のニーズを探る関わりをしている。話を傾聴する事で信頼関係を築き、本人に安心してもらえるように意識している。		
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	ご家族が困っている事、不安な事、要望を把握し、その都度ニーズを探る関わりをしている。その中で出来る事、出来ない事を理由を含め説明し理解を得られるように努力し、関係作りに努めている。		
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	相談を受け、本人やご家族にどのようなサービスがなるのか説明し、必要な支援とアドバイスが出来るように努めている。		
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、ご利用者の事を知る事で出来る事は出来るだけ本人にしてみらい、出来ない事はさり気なく支援する事で、ご利用者本人と信頼関係を築き、共に過ごせる関係作りに努めている。		
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	ご利用者を中心にご家族と職員が協力して支え合うように努めている。地域との関わりや友人、知人の関係を継続するために、ご家族の協力は必要不可欠なので、信頼関係が築けるように家族との関係作りに努めている。		
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	アセスメントを基に、本人が住み慣れた地域で大切にしてきた、馴染みの人や場所との関係を継続できるよう家族や地域住民と協力して支援に努めている。	事業所の買い物でスーパーに行く時に、利用者をお連れし知人に会ったり、近所の方が亡くなった時にお焼香に行ったり、暖かい季節には散歩時グランドゴルフに参加したりなど、馴染みの関係が継続できるように支援している。その他、法人のふれあいの居場所「近隣大家族」に出かけ、地域住民との交流も支援している。	
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	個々の関係性を考慮して、利用者同士が家事仕事の共同作業やレクリエーション等で関わりをもてるよう、環境を整えている。		

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	サービス利用が終わっても、ご家族から相談があった場合は話を聞き、出来る事は協力し支援を行っている。		
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	ご利用者一人一人の生活暦を知ったりアセスメントを実施する事で、その人らしく毎日暮らせるように関わりを持っている。	生活歴や生活習慣を把握し、自分らしく自由に生活できるように支援している。入居前に毎日ヤクルトを飲んでいただいていた利用者には継続できるようにしたり、仕事で3度の食事を摂っていなかった方には事業所の食事時間に固執せずに食べていただいたりしている。	
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	本人の基本情報やご家族からの情報を把握。ご利用者との会話の中からも探り出し、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	ご利用者一人一人の生活日誌があり、毎日の様子の変化がすぐに分かるようにしている。新しい情報がある時はアセスメントシートに記入し、全職員で情報共有している。		
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	ご利用者全員を毎月モニタリングしており、結果はケアプランにつなげている。毎月モニタリングする事で、最新の情報が全職員で情報共有でき、ご利用者に対してもタイムリーで質の高いケアが出来ている。	職員は利用者を1名から2名担当し、毎月、担当職員はケア会議でモニタリングを行い、ケアマネージャーが調整し、ケアプランに反映させている。ケアプランの援助内容に番号をつけて、介護日誌には実施した項目を記載するなど、ケアプランを意識したケアが行われている。	
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	ケアプランを基にケアを行い、ご利用者一人一人の介護日誌に記録している。ケアプランの項目ごとに番号を振り、記録簡略化となっている。ご家族が来所時は介護日誌を見ていただき共有できている。		
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	地域の相談拠点として機能できるように、地域に発信し対応できるよう会議にて職員教育を行っている。共用型通所介護を運営し、通いでニーズにも対応している。		

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	個別にご家族やご友人に生活暦や好きだった事等をお聞きし、その人らしい生活ができるよう地域と連携を図っている。		
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	基本的に入居前からのかかりつけ医に受診している。職員が同行し、普段の生活状態や心身状態を医師に伝え連携を図っている。	ほとんどの方が、入居前の医師をかかりつけ医とし、訪問診察を受けている。往診時は往診シートに情報を記入し医師に伝え、医師の所見も記入している。法人内の訪問看護が週1回来訪し訪問伝達シートに利用者の健康状態を記入し、アドバイス等を行っている。	
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	週一回の訪問看護にて日常生活や身体状態を伝え連携を図っている。看護師からのアドバイスを聞き適切な対応が来ている。		
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。	入院時は日頃から関わりのある職員やご家族が出来る限りお見舞いに行き、本人が早く退院したいという気持ちになるよう働きかけている。また、医師と情報交換を行い退院に向けた支援を行っている。		
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	入所時に最初の意向確認があり、利用者の状況に応じ、その都度ご家族に看取りについて説明し意向を確認している。実際に看取りになった場合は、ご家族、医師と連携をとり協力を得ている。	実際に看取りになる場合には、「重度化した場合における対応に係る合意書」で確認している。平成27年以降は数件の看取りを経験した。ターミナルケアは「死」を迎えるのではなく、これまでの介護の延長線上にありその人らしい「生」を支えていくことと理解し支援している。	
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についてマニュアル化しており、実際に起きたときは会議にて共有し今後活かせるようにしている。		
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回消防防士会にて避難訓練を行っており、それ以外に定期的に自主訓練を行い、災害に備えている。	昨年10月の避難訓練時には家族や地域の方に参加を呼びかけたが、参加は得られなかった。居室は2階と1階あり、エレベーターを設置しており、2階の利用者を中階段まで誘導し、救助を待つ事になっている。訓練時には、ドア前に枕を置いて避難したサインとしている。	利用者が地域の協力を得て安全に避難できるように、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	アセスメントに基づき、それぞれの利用者に対して的確な声掛けやケアを実施できている。	利用者が大切にしているものを見つけ、利用者の希望に添える支援を行っている。お茶の時間の飲み物や移動販売のパン屋さん来訪時には、本人が選択できるようにしている。	
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	声掛けにて利用者の思いや希望を聞き取れるように努力している。利用者が分かりやすく自己決定できるように工夫して心掛けている。		
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	一人一人のペースを大切に、それぞれの利用者の希望を答える為に、職員で協力し合って支援を行っている。		
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	その人の性格や趣味を理解し、衣類選びを行っている。入浴後の爪きりや髪を整える事で、整容を行い身だしなみを行っている。		
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	食材の下ごしらえや準備を利用者と職員と一緒に行う。食器拭きや片付けをしていたり、自分の役割として実施している。利用者の希望から、毎月うどん打ちを行っている。	月に1回はうどん打ちをして利用者へうどんを延ばしてもらったり、切ってもらったり、稲荷ずしはご飯を詰めてもらったりなど、利用者の力を活かした支援を実施している。おやつにおまんじゅうやホットケーキを職員と一緒に作ったり、梅干、ぬか漬も作ったりしている。	
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	食事量、水分量を毎日記録し、職員間で共有できている。摂取量が不十分な時は心身状態を把握した上で、代用食を提供している。必要に応じて主治医に相談し指示を受け、実施している。		
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	本人の習慣や心身状態を理解把握した上で、口腔ケアが出来るよう声掛けを行っている。必要に応じて歯医者に受診し、健診治療を受けられ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
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	自分でトイレに行けない人に対しては介助でトイレ誘導を行っている。排泄の訴えができない人には、排泄パターンを把握してトイレの声掛け、案内をしている。できるだけ、トイレでの排泄ができるよう支援している。	坐ってトイレで排泄することが大事(人としての尊厳)で、このことが、他のことにも多大な影響を及ぼすと考え、トイレで排泄ができるように支援している。夜間、寝返りが困難な方はパット交換としているが、他の利用者はトイレ誘導を行っている。	
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	乳酸菌や野菜、海草など繊維が多い食材を取り入れた食事作りを心掛けている。散歩や軽運動など、体を動かす機会を多く取るよう努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	一人のご利用者が週2回入浴できるように、入浴日は設定されているが、毎日入れる環境にある。入浴剤を使用したり、音楽をかけたり、ゆっくりと楽しめるよう環境を整えている。	「長寿の湯」に、週2回午後に入浴できるように支援している。夜間入浴の希望があれば可能である。「お風呂に入りませんか」という言葉かけでは拒否する利用者があるので、「音楽がかかっているから」「草津の湯がきたみたい」など、利用者に向けた言葉かけをして、入浴を楽しめるよう支援している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	各ご利用者のニーズに合わせて、居室で休息できる環境にある。居室で休む際には、安心できるよう声掛けや巡視を行い、不安軽減に努めている。		
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	薬の情報は職員間で共有している。服薬内容の変更や心身状態の変化など記録し、服薬による副作用を疑った場合は主治医や薬剤師に確認や相談をしている。		
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	料理の下ごしらえ、食器拭き、洗濯たたみなど、職員と利用者が一緒にできる事を提供したり、職員がしている事を利用者が手伝ってくれるような働きかけを実施している。		
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	近隣のスーパーへの買い物や散歩に出かけたり、ドライブなど出かけられる支援を実施している。また、法人の「近隣大家族でのイベント」などにでかけ、近隣の方々との交流の場が出来るように支援している。	散歩や近所への買物など、日常的な外出支援に限らず、季節を感じ気分転換やストレスの発散ができるように、年に2回小旅行を実施している。5月には福祉バスで家族や近隣の事業所と合同で、群馬サファリパークに行き食事をしていく。	

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	現在、ご本人よりお金をお預かりしてはいたないが、希望があれば買いたい物等、立替え金にて対応している。		
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	ご家族の同意の下、ご本人様からの希望があれば、電話連絡や手紙のやり取りが出来るよう支援している。		
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	共用の空間は毎日清掃して、清潔に保つようにし、空調にも気を使っている。季節に合った飾りつけを一緒に作成し、楽しめるようにしている。	居室が2階にある利用者も、日中は1階の居間兼食堂で過ごされている。畳スペースにはこたつが置かれ、寛げる空間になっている。廊下には利用者が元気で活躍していた時代の街並みや機織のモノクロ写真が飾っており、写真を見ながら昔を回想できるようにしている。	
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	自席以外にもソファーやこたつを配置し、ご利用者が自由に好きな場所で過ごせるようにしている。和室部分もあり、くつろげる空間にしている。		
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	入居時に自宅で使用していた家具等を持ち込んでいただき、自宅に居たときと同じような環境に近づけるよう工夫している。ご利用者やご家族の写真を飾り、居心地良くなるよう工夫している。	自宅にいた時と同じような環境に近づけるように、馴染みの家具を持ってきていただいている。居室にある鏡台やたんす等は年代物であり、利用者と一緒に生活してきた家具と感じられる。	
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	ご利用者一人一人に合った、自立支援を考慮し支援が必要な所は支援し、出来る事を奪わない様、見守り対応を含め職員一人一人が意識して対応している。		