

### 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	1070800204		
法人名	有限会社 桜の苗		
事業所名	グループホーム一番星金井		
所在地	渋川市金井 125-4		
自己評価作成日	令和6年1月31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.kaigo-joho.pref.gunma.jp/">http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/</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	令和6年3月25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)】

私たちのホームは職員が自慢です。まだまだ介護者としての力は半人前ですが、人間味がある職員が多く、これからの楽しみな職員です。職員は認知症介護にとっても重要な環境に一つです。職員一同介護が好きだと自負しています。ぜひ一度職員に会いに来てほしいと思います。又一度お預かりした利用者さんは最後まで面倒を見させて頂いております。医療機関との連携もできています。月1回の往診と週1回の訪問看護師さんが訪問してくれ健康管理のサポートや助言を職員にしてくれています。急変時は救急対応も可能。看取り介護も実践できています。家族との協力もできていると思います。認知症の利用者さんに対して、認知症の進行を少しでも防ぐために家事を協力してもらったり役割のある生活をしてもらっています。なるべくできることはしてもらおうように支援しています。これからも認知症を学び、職員を育成し、初心を忘れずに認知症介護を提供してまいります。

【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)】

代表者の強い思いで「良い介護をするため」に、職員を大切に働く環境を大切にし、職員の個性を重視しながら、1人ひとりの能力に合った職員教育を実践している。障害や病気など個性のある職員がいても、不自由な痛みを知るからこそその介護や対応ができると、職員も利用者も助け合えるホームを目指している。馴染みの場や人との関係性を継続できるように、職員や関係者が無理のない範囲でさりげない工夫をしていることや、本人の希望に沿っての外出や安全のための事前下見の実施、本人や家族の希望に合わせた事業所での看取りの対応実践、そうしたなかで、日々の出来事をメールやLINEで毎週利用者家族全員に生活状況の連絡を行っている。それらを日々当たり前のよう実践することで、職員、利用者・家族を大切にしていることが、家族との信頼関係に繋がっている。

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
<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	毎日に生活の中で認知症が進行しないようにその方の役割を探し支援してゆきます。できることは自分でしてもらうように支援してゆきます。職員一同仲良く笑顔で対応してゆきます。	事業所の運営形態変更時に、全職員で話し合って作成した理念を、申し送りや経営者からの連絡時に、勤務状況や職員の対応など具体的な事例に照らし合わせて確認をして実践に繋げている。	
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	地域のお祭りなどに利用者さんと一緒に参加している。さらに自治会で開催する正月の展示会に利用者と職員とで作成した絵馬の飾りや絵などを出展した。地域の一員となるべく積極的に交流している。	感染症の状況を見ながら、面会・外出・外泊・ボランティアや実習生の受け入れ・自治会や地域行事への参加など地域との付き合いやつながりを適宜実施している。地域の集まりなどで、グループホームや認知症の講話を行っている。	
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	地域運営推進会議等で自治会長さん等に参加してもらい認知症の予防や虐待などについての勉強会をして周知してもらっている。地域の方々気軽に訪問できるようにお願いをしている。		
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践、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か月に1回推進会議を開催している。自治会関係者や渋川市高齢課の職員さんや利用者さんのご家族様が参加。ホーム内の職員状況や利用者の待機状況の報告。虐待などが行われていないかのホーム内の見学してもらった。自治会の行事予定や家族の要望等聞き対応している。1月はコロナクラスターで開催できず。	対面開催にて2ヶ月ごとに実施しているが、感染症拡大にて実施できなかった月もあった。家族代表には年度ごとに交代で参加してもらえるよう調整し、出席者に議事録を送付している。行政からの助言、自治会長から行事への誘いや地域のお知らせをもらっている。	欠席者の意見吸い上げと議事録送付による結果共有の実施ならびに、事業所の課題解決やより良い運営のために家族の参加数の増加や多種多様な委員参加を期待したい。
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	渋川市高齢課などから待機状況を聞かれる場合があり報告している。市と連携は取られている。コロナ状況に関しても連絡がとれている。	職員に長年高齢者介護に携わり顔が広い方がおり、市や包括支援センターから生活保護や困難ケースの相談が寄せられることがある。	
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	ホーム近くに踏切があったり交通環境や立地条件想定されるトラブルを防ぐため玄関等は施錠し事故防止に努めている。ただ、極力利用者の希望に沿い玄関外に出たり外出できるように心がけている。他にも極力ベッド柵や言葉のスピーチロックにも注意を払っている。	山を背負いつつ、狭く交通量が多い道路、そばに踏切といった立地状況のため、事故防止のため施錠をやむを得ず行っている。外に行きたい場合は、適宜対応している。座位が保てず椅子からずり落ちてしまう方を、安全のためベルトで固定したことあるが、家族に十分説明し同意を得ている。研修を定期的実施している。	
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	ホーム内で虐待についての勉強会を実施。ケア方法についてカンファレンスで注意を払っている。防犯カメラも設置し虐待防止の抑止力になっていると思う。		

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	後見人制度を利用している方がいるため職員で学びながら対応している。ケアプランの更新時等も後見人の方に状況を説明しサイン等を頂いている。		
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	ホームに見学に来ていただき、利用料金の説明をする。契約書や重要事項説明書に関しては懇切丁寧に説明し理解してもらい分からないことがあればその都度説明する。後でトラブルが起きないように必ず長くても読んで説明させてもらう。		
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	家族様に連絡を定期的に取り、今のホームの現状を話すようにしている。例えばコロナ発生時の状況や対応について隠さず話すことを心がけた。コロナ収束まで14日間毎日lineを送信した。	代表者は、週1回はメールやLINEにて利用者状況を家族に伝えており、その際に家族に意見や要望を確認している。メールなどでは伝わりにくかったり意見が出ない場合は、対面で意見を確認することもある。現状を包み隠さず伝え、その上で意見をいただくようにしている。	
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	日々の申し送りの際、職員から意見を聞くようにしている。月1回の会議をして皆が気軽に話せるような環境を作れるようにしている。また、なるべく意見や提案を取り組むようにしている。食事はインフルエンザやコロナ関係で開催していない。(職員からの提案)	毎日の申し送り、職員会議、メールなどで、管理者や代表者に意見があげられるようにしている。意見の内容によって、管理者や代表者が相談しながら意見が反映できるようにしている。職員の個性や体調に合わせて勤務形態や業務内容など調整し、働きやすさを重視している。	
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	皆が自分の会社・職場と思い一緒にいい職場を作っていってほしい。時間外労働もなるべくさせたくない。なるべく苦痛なく働ける職場を提供したい。介護は本当にいい仕事と思ってもらえるように職場を整えてゆきたい。給与ももっと上げたい。コロナクラスター時陽性者は代表が対応し支持を出した。		
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	ホーム内で勉強会を開催。なるべく話し合いの場を多く持つようにしている。認知症や虐待について、性逸脱性障害者のケアなど現場に役に立つような勉強会を開催。今後、インフルやコロナの状況を見て外部研修会に出したい。		
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	地域包括支援センターを中心に勉強会に参加し地域包括ケアシステムを理解する。		

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
<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	ケアマネさんが利用者さんの認知症の現状や家族歴、生活歴などを収集し職員に周知させる。入居時は不安が強いため目配りや気配りを心がける。安心できるワードを探しコミュニケーションを図るように心がける。そのワードを職員で共有する。		
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	家族の話をよく聴き、今までの介護をねぎらう。離れて心配な場合はSNS利用し利用者さんの状況をタイムリーに報告したり、写真を送ったりする。帰宅願望が多くなるかもしれないが家族が会いたい場合は合わせてあげる。要望にはなるべく合わせる。		
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	何が必要な支援なのかケアマネを中心に情報集をする。職員から細かな情報を収集し話し合う。自己判断は避け皆で考え支援する。家族からの情報は特に大切。利用者さんの訴えに耳を傾ける。		
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	家事として洗濯の干しや皿干し。食器を洗ったり拭いたり。掃除もしたり共同生活で役割を持って生活してもらう。カーテン開け閉めもお願いしている。		
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	施設に入れられた。入れてしまった。という関係でなく少し距離を置いて介護に参加してもらうようにしている。強制ではないが面会に来てもらったり外泊・外出に家まで帰れるように支援することもある。絆が切れないように支援している。		
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	家族や親せき・友人に電話してもらっている。ドライブで自宅近くまでゆき懐かしいお店や神社などを巡ったりすることもある。そのようなことから新たな情報を収集できる場合もある。	入居時の情報や日々の関わりの中で確認できた、本人にとって大切な情報を基に、会いたい人や行きたい場所など具体的に把握し対応している。買い物や他の予定を兼ねながら馴染みの場所や人に気軽に会うことができるよう、日常的に行っている。	
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	利用者さん同士が仲良く話ができるように席を考え支援。もし一人きりになりがちな利用者さんは無理強いたく職員が話し相手となって不安や悩みを傾聴する。寄り添う気持ちが大切。		

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	入居の利用者さんを見取り亡くなった後も電話を職員に下さったり、1年忌にはホームまで職員にお礼を言いに来て下さったりありがたい。私たちもお盆には自宅までゆき、お線香をあがさせてもらっている。最近も母親が亡くなったとわざわざホームに来てくれた。		
<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	利用者さんの表情や言動から推測してケアを行っていることが多い。趣味や役割など本人希望が明確である方には対応できている。そうでない方に関しては職員で話し合い対応している。無理強いはない。	暮らしの場として生活のなかでその人の日々の様子を把握し、普段と様子が異なるような状況があった場合、生活歴や表情・雰囲気などを根拠に複数名で意見交換し判断している。アセスメントを細かく行い、新たに得られた情報を書き足して、思いや意向の確認を深めている	
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	入居時に家族や施設・病院から生活歴や経過などの情報収集をしている。利用者と職員の会話の中でどんな暮らしをしてきたか？思い出やその人らしさも伺えることもある。情報が不十分であったり家族・本人から聞くことができないこともある。		
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	一日を通して個々の様子を観察し記録や申し送りの中で職員が利用者情報の把握ができるよう努めている。心身の気になる点があれば随時口頭で伝え合い情報を共有し合っている。		
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	経営者と職員間で話し合い意見を反映して作成することが多い。家族の意向は聞くようにしている。面会に来られない場合はSNSを利用し意見を行くようにしている。	利用者・家族の要望、意見をもとに、代表者、ケアマネジャー、職員にて意見交換し、6ヶ月ごとに見直しを行っている。アセスメントと職員の意見を合わせつつ、利用者その人にとって最善の努力ができ、その人らしい生活が送れるようなケアプランを心がけている。	
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	ケアプランに即して介護記録を記載している。全員ではないが現在徐々にケアプランに即してかけるよう努力をしている。経過観察記録もある。		
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	訪問看護が週1回毎週火曜日に訪問し健康状態の把握に努めている。また、主治医とも連絡を密にして支援してくれている。看取りの際、夜間訪問してくれ死後の処置や主治医との連絡調整をしてくれている。歯医者への往診も来てくれている。		

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	病院や医院の往診や歯科の往診で医療は支えてもらっている。また、薬局は薬をホームまで持ってきてくれ分包にしてくれ仕事量げ軽減につながっている。		
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	本人や家族の希望。疾病に応じてかかりつけ医を決めている。月1回1か所の医院が往診。専門機関の受診が必要な時は主治医に紹介状を記載してもらい受診している。	専門的な診察が必要な方を除いて、協力医の訪問診療に変更を提案して了承を得ている。専門医への診察は、対応が可能な家族以外は、基本的には事業所で送迎・付き添い・病状報告を行い、家族に診察結果を必ず電話やLINEにて報告している。	
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	訪問看護師が週1回毎週火曜日に来てバイタルサイン測定や健康観察をしている。又細かく看護記録として記載。経営者が看護師なので疾病ごとに留意点やアドバイスを受け必要なケアを行っている。		
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。	入院時に家族に事前に入院希望を聞いておく。なるべくキーパーソンから近い病院を選択。入院が決まったら先生や受け持ち看護士に早めも退院を促す。グループホームの席は1か月しかないことも話す。ソーシャルワーカーと連絡を取り合う。		
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	家族に早いうちから看取りか？病院？終末期のことを決めておく。病状が悪化してきた場合は介護職員の説明でなく主治医から話してもらう。看取りを希望した場合はかかりつけ医と訪問看護師と連携を密にする。一番星の看取りの指針を説明し同意を得る。	本人の状態により、タイミングを見て重度化や看取り指針についての説明や今後の希望確認を行っている。事業所では、毎年2～3名の看取りを行っている。職員も「人生最期の場所」をこの事業所でも選んでもらえることを誇りに思っており、主治医、訪問看護と連携を取り最期まで寄り添ったケアを心掛けている。	
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	疾病の急変や転倒・骨折など様々な危険リスクが付きまとう。普段からトレーニングをして準備はできている。救急時マニュアルを作成してある。		
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	消防訓練は年2回開催。火災・災害時自治会長・副自治会長の自宅へ連絡が行くようになっている。災害時には南牧自治会館へ避難。鍵は自治会長宅にある公衆電話は東ローソンにあり。避難経路の理解。	消防署立ち合いの下、利用者も参加して避難訓練を年2回実施している。災害発生時は、自治会長宅に連絡が入るようになっている。備蓄も3日程度あるが、立地条件などもあり更に必要な備えと、より安全な避難場所を検討している。	

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
<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	利用者さんに対する声掛けや誘導の仕方は優しく丁寧にするように申し送りやカンファレンスで随時注意喚起されている。また、当たり前だが排泄時や入浴時は羞恥心に配慮している。職員同士注意喚起している。	尊厳やプライバシーを損なわないよう日々の業務内で、代表者や管理者が、実践的に職員に対応を伝えている。画一的な対応でなく個々の生活スタイルや生活サイクルを大切に、呼称や目線・見下ろしての会話など相手の気持ちになって嫌なことはしないよう、説明や同意を意識して介助を行っている。	
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	利用者さんの話を傾聴し個々の表情の変化を捉え自己決定は少しでもできるように支援している。言葉に表せない場合は職員で話し合いいくつか試して探ってみて判断する。		
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	例えば食事介助で食べさせた方が早くてきれいだ、なるべく自力摂取できるよう工夫し自分のペースで食べてもらう。時間もその人に合った時間にすることもよい。お風呂も無理強いはいしない。入りたい日に入る。		
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	服を更衣することに「これ着ますか？」などと選んでもらう。髪も整える。ひげも剃った方がいい。自分でできる人はしてもらう。できないところは支援する。		
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	利用さんの状態に合わせて常食・粥食・刻み・ペイスト食にする。食器洗いや拭きはしてもらっている。今後は盛り付けもしてもらうことにしている。ときどきおやきを焼いたり、ケーキ作りをする。	一部加工した食材を仕入れ、利用者の身体状況に併せて粥食・きざみ・ペーストなど事業所内で対応している。できる範囲で、盛り付けや片付けと一緒に手伝ってもらっている。近所からの差し入れやイベントの際には手作りの献立や外食、テイクアウトなどを楽しんでもらえるようにしている。	
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	主治医や訪問看護師さんと相談したり、体重測定などしながら食事量を決めてゆく。水分量は疾病によっても制限があるので主治医と相談。1日1500ml近く飲めればいいが、脱水に注意してゆくことを職員間で話している。		
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	毎食後は磨きをしている。歯科衛生士に歯磨きの指導を受けたり、入れ歯の消毒の仕方や管理方法の勉強会を開催。定期的にか往診で口腔を診てもらっている。夜間は入れ歯は保管している。		

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	利用者さんに対する声掛けや誘導の仕方は優しく丁寧にするように申し送りやカンファレンスで随時注意喚起されている。また、当たり前だが排泄時や入浴時は羞恥心に配慮している。職員同士注意喚起している。	トイレでの排泄を基本とし、個々の排泄タイミングで対応している。そのため、時間での誘導を強要せず、しぐさや雰囲気のみで自然な流れのなかで声かけし、見守りながら本人主体で安全を確保しながら介入している。効率重視でなく、本人の残存機能や希望を重視しての対応を心がけている。	
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	食事と運動や水分に注意している。下剤の管理をしている。4日出ないと下剤を増量したり、座薬を挿入して排便を促している。排便が出た日を周知するため紙に記載しておく。		
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	入浴はとも週2回は必ず入っている。その方が入りたい時間に入れるように支援。	週2回の入浴を基本とし、曜日や時間は固定していない。無理強いせずに入浴できそうなきに入ってもらい、同性介助や職員との相性なども希望に添えるようにしている。体調や気分によっては清拭やシャワー浴を行い、安心して入浴できるよう心がけている。	
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	睡眠薬は極力飲まず、声掛けや誘導で就寝してもらおうよう支援している。無理に寝かせないように職員に話している。		
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	新しい内服が処方された場合に必ず看護師である代表へ報告する。副作用が出やすい薬は注意喚起を職員へ話す。副作用らしきものがあつた場合は主治医へ報告するようになっている。		
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	その方に合った家事や清掃をしてもらっている。交代制でお願いしている。時々利用者間でトラブルあり職員が対処している。		
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	ドライブへ時々行くことや散歩へ行くようにしているが利用者さんが行きたがらない。	本人の希望に合わせて一緒に外出し、満足が得られるよう対応している。天気によってはウッドデッキで日向ぼっこをしたり、日々の買い出しをしながらのドライブや、季節にあわせて行っている。実施する際は事前に下見をしたり、身体状況を見ながら職員が様々な調整を行っている。	



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
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	現金を持っている方が少なく預かっている。その他の利用者さんは家族が持たせないようにしている。外出した時はお金を持たせて買い物とかさせてみたい。		
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	電話を掛けたい利用者さんがいれば家族に電話して話をしてもらっている。年始には年賀状が届く。結構、家族と親せきなどと電話していることが多いと思う。		
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	家というイメージを重視しているので施設感をなるべく出さないような雰囲気になっている。施設が少くらい印象があるので電気をつけて置いたり、音楽をかけておいたり工夫をしている。換気には気を付けている。共有テーブルはこたつにしている。	椅子が使えるこたつテーブルや畳など、家庭的な家具調のものを多く揃え、一般家庭に近い雰囲気を心がけている。誰もが過ごしやすい空間になるよう、空調を職員がこまめに確認したり、照明の明るさ、好みの音楽を流すなど、居心地が良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	特別そのような部屋はないが自室で過ごしてもたつたり玄関先へ行って日光浴をする方もいる。天気の良い日は日光浴をする利用者さんもいる。		
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	家族と相談して使い慣れた布団や家具を持参している。また、写真や絵やぬいぐるみなども持ってきている。安心して過ごされている感じがする。	備え付けのクローゼットやベッド以外は、安全確認後、本人・家族と相談し馴染みの物品を持ち込むことが可能となっている。大きな仏壇や愛用の三味線など、個々の愛着のあり馴染み深い物品に囲まれ、自宅に近い雰囲気でも過ごしている。	
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	廊下の手すりやトイレの手すり等利用してなるべく自力でできるように支援している。車いすの方で自分で自走できる方も自分でなるべくしてもらっている。平行棒も利用し訓練している。		