

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	2013年12月22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26年1月29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。 ○利用者のことを知り、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>NPO法人の理念「住み慣れた地域で安心して暮らせるコミュニティ作り」を目指して、認知症高齢者が地域社会で自由な暮らしが出来るように支援することを目指して、事業所開設から13年が経過している。利用者は好きな絵を描き、花の栽培・野菜づくり・食事の支度・後片付け・散歩など、家庭と同様な暮らしづくりが営まれている。全職員は、2ヶ月毎に自己目標(介護目標・資格取得希望等)の経過を管理者と面談のうえ行い、アドバイスを受けている。また、毎月行われる法人内研修は各部署の委員が研修委員会を作り、テーマを決め実施されており、職員は研修や自己研鑽によりスキルアップを図っている。管理者中心に全職員が運営等の改善に向けて、理念の見直し・食事と休憩時間の見直し・業務日誌の様式の見直し等の取り組みを行い、ケアプラン票ではより具体的な援助内容を記載することで、全員が同じ方向での介護が可能となるための実践に取り組んでいる。</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	法人理念は「住み慣れた地域で安心して暮らせるコミュニティづくり」である。また、ホームの理念を共有できるようホールに掲げ、スタッフ各自が当事者ということ意識している。「あなたが自分らしく自由に笑顔で暮らすためにあたたかい心で関わります」をホームの理念とし、困難や問題に向き合ったときは理念に立ち返っている。	法人の理念に加えて事業所の理念「あなたが自分らしく自由に笑顔で暮らすために、暖かい心でかわります。」を基本に支援を実践しているが、理念の「自由」の解釈が難しく、介護が後手にならないようにと理念が話し合われる。全職員で考えることにより共通の意識が生まれ、積極的な活動計画の実践に繋がるものと考えている。	引き続き、管理者・全職員で十分に話し合うなかで、現実合った理念づくりを期待したい。
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	利用者で作成した作品をホーム近所には利用者とともに配り好評を得ている。利用者が住んでいた地域との関係はあまりなく、その人を知るとい意味では不十分である。馴染みの関係を断ち切ることなく、利用者が地域の中で暮らして行けるようにしたい。	事業所を知ってもらえるように利用者と共に制作した布巾や鍋敷を近所に配布したり、地域の認知症相談の拠点を目指して、散歩のときなど利用者が近隣の方へパンフレットを渡す等の活動を行っている。近所の方へ夏祭りの案内を配布したところ、近くの方が歩きや自転車で来られ、家族を含め50名の参加者が得られたことなど、「お互いさま」の関係作りが工夫されている。	
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	地域の相談拠点を目指し、相談があった際はどの職員でも対応できる体制を目指しているが、職員個々に意識・技術に差がある。相談拠点であることをポスター掲示などでお知らせしている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	年6回、家族を中心に参加。参加者数・メンバーの拡充を課題とし、地域住民との関係づくりに取り組んでいる。上記課題についても会議の中でアイデアを出し合い、例えば地域住民参加の納涼祭などを始めた。	年6回運営推進会議が開催され、法人関連事業所との合同開催やクリスマス会後の開催により、会議メンバーが参加し易いようにしている。行事運営・利用状況・評価結果を話し合い、地域の方から餅つき大会に木臼がつき易いとの意見や家族の希望する講演会開催を考え、サービス向上に努めている。	近隣の方が参加しやすいよう、会議内容や参加の呼びかけ方法等を検討され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	運営推進会議や入退所時の相談、また困難事例等の報告・相談をしている。高崎市の介護相談員が隔週で訪問し、ホームの現状を見て利用者や面談するなどをして結果を報告書で受けている。	会議の案内や評価結果を持参し、会議の開催方法や時間帯を相談している。社会福祉協議会に電話で大型の福祉車両の件で問い合わせたり、市の介護相談員が月2回訪問し利用者や面談をしている。	色々の場面を通じて、現場の状況を知ってもらうためにも、今後も積極的な関わりを期待したい。
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	外部・内部の権利擁護・身体拘束の研修に参加して、理解を深めている。また、職員同士が話し合い、ケアの向上につとめている。開設当初から日中の玄関の施錠はせず、利用者が外に出る際はスタッフが付き添う。	法人内研修(身体拘束・感染症他)は毎月行われ、職員間で話し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。管理者から職員に「わかっていない」「気づいていない」ことをその場で問いかけ、答えを求める指導も行っている。問題と考えられる行動は観察と実験により、制止や本人の嫌がることはしない支援を模索している。	
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	外部・内部の権利擁護・身体拘束の研修に参加して、理解を深めている。また、職員同士が話し合い、ケアの向上につとめている。		

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・身体拘束の研修に参加して、理解を深めている。また、職員間で共有し職員同士が話し合い、さらなる理解を深めている。		
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	契約時は利用者がどのような生活を望んでいるのかお聞きし、ホームでできること・できないことを説明している。家族・利用者の状況を把握し、それに沿った対応を取るようになっている。特に、自立支援にとまなうリスクの説明は丁寧な説明をし、同意を得てから契約に至る。		
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	家族が面会されたときは介護日誌を閲覧していただき、その折にご意見をいただけるよう声かけしている。また、苦情相談窓口は重要事項説明書に記載しており、玄関にも掲示している。毎月近況報告をご家族にお渡しする際、要望等を書き込めるように欄を設けている。	利用料は家族が毎月持参し事業所に直接支払う方法を探ることで、できるだけ面会に来られるように考えている。家族との信頼関係作りは大切であり、面会時は介護日誌の閲覧・説明や、毎月の近況報告のお便りに意見欄を設けるなど、意見の出しやすい工夫を行っている。意見や苦情は文書にし、会議で話し合い家族に説明をしている。	
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	毎月2回会議をしており、職員間で意見や提案の場がある。また改善に向け意見や提案を受け、早期に実施できるようにしている。	毎月の業務・ケア会議では、イベント・研修・次回の予定・提案があり、例えば「おむつ交換時は使用した物は床でなく、バケツに入れる」等の日常化したなかのケアの気づきを問題解決へと結びつけている。2ヶ月毎に全職員は資格取得希望・介護の自己目標等の到達状況を自己評価し、管理者との面談を通して、種々の原因究明や課題等の共有化を図っている。	
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	管理者が2ヶ月に1回全職員と面談をし、各人の就業環境を把握して代表者に報告・相談している。また、全職員が最低年2回自己評価を行い、個々の現状把握と、モチベーションの向上を図っている。それ以外にも、不安ややりたいことなどがあれば、その都度話し合いを持つ環境がある。		
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	法人内に研修部があり、職員に必要な研修があれば打診がある。また、内部研修を月1回開催し、事業所内のスキルアップにつとめている。外部研修は職員に周知できるようになっていて、本人の希望があったり、管理者がその職員に必要と判断した場合、参加できるよう配慮している。		
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ような環境にあり、講習会・研修等に参加し、サービス向上に取り組んでいる。また、他事業所と交換研修を実施し、違う視点でホームをみることでサービスの質向上に取り組んでいる。		

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
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	最初のアセスメントで本人が望んでいることや不安を聞き職員間で共有。望んでいることが実現できることでホームと本人の関係性が築けたり、不安や要望を傾聴することで安心できるようつとめている。		
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	アセスメントの際に家族の要望を聞き取り、職員間で共有し実現できるよう努めている。また、協力関係が築けるよう、連絡を密にしている。		
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	情報をできるだけ多く提供し、適切な選択肢を提示し、その中で利用者にあったサービスをタイミングよく提案できるよう、知識や理解を深めている。また、家族にわかりやすい説明を心がけている。		
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	グループホームの特徴を生かし、昔の生活歴や趣味などがホーム内でみえるような関わりを職員が心がけている。家事が得意な利用者は、洗濯たたみや調理を職員をともにしていただいている。		
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	その人が生活していくうえで何が一番良いか、何ができるか、本人・家族の希望をききながら一緒に利用者を支えていくよう心がけている。情報を共有し、必要に応じて伝達方法を変えている。		
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	個別支援を心がけ、その人がいままで生活してきたなかで築いてきた関係性を継続できるよう家族・友人・近所の方などと協力しながら実施している。	支援内容は、まずその人を知ることから始まり、家族の協力を得ながら、生活歴を知る人からの情報や本人の残存記憶を模索しながら、関係の継続に努めている。家族・知人の協力により住み慣れた地域社会と関わりを持つことで、近所の方と共にご飯を食べに出かけている方もある。	
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	一緒に家事仕事や作業をする環境や、利用者同士の関係がもてるようなレクリエーション等を提供している。		

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
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	退所後も必要に応じて連絡をとり、利用者・家族のお話をきき、相談があるときは対応できる体制はとっている。		
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	一人ひとりのアセスメントを実施し、本人・家族の希望をきき、できるだけ希望に沿った支援を心がけている。また、日々のかかわりの中で言動から、本人の意向を推測して確認している。	一人ひとりの背景をアセスメントし、普段の会話や働きかけによる反応を共有することで、統一したケアの実現に努めている。認知症が重度で意思表示が困難な方であっても、笑顔や嫌な顔等の表情で、日々変化する思い・意向の把握に努力し、その人らしい暮らしの支援を模索している。	
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	一人ひとりのアセスメントを実施し、本人・家族のお話をきき、情報を職員間で共有している。必要に応じて入所前の施設・病院等から情報を得ている。		
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	ケアプランは基本3ヶ月に1度見直しをしているが、状態の変化によって必要などときはアセスメントを実施し情報を最新にしている。		
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	日々の利用者の生活をモニタリングしたり、本人・家族の要望を踏まえケアマネジャーが介護スタッフとのケア会議の中で介護計画を作成し、家族に説明しご理解を得た上でケアプランに沿った支援をチームケアで行っている。	本人・家族の希望を聞いて、初期のアセスメントを実施し、ケア会議で検討し介護計画を作成している。3ヶ月毎に業務日誌に基づきモニタリングが行われ、介護計画の見直しを行っている。変化時は介護日誌に記載し、即対応するとともに、必要により随時計画の見直しを行っている。	本人・家族の新たな希望や変化状況の確認をするために、毎月のモニタリングを期待したい。
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	介護日誌に利用者の発言・行動を中心に利用者の立場で起こった事実を記入している。強調したいときは赤等で目印をして、情報が未伝達にならないようにしている。職員間の申し送りを実施し、情報を共有している。必要に応じケアプランに反映できるよう、ケアマネジャーに相談している。		
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	共用型デイサービスの運営や、相談拠点として地域の方々などが活用していただけるよう取り組んでいる。		

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	
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	フォーマル・インフォーマルに関わらず、理解と協力を得て大いに活用できるよう働きかけている。特に利用者と家族・友人・近所の方々との関係構築を重視し、一人ひとりの紐解きシート・エコマップの作成を進めている。			
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	基本的に利用者はそれまでのかかりつけ医を継続している。定期受診は家族対応だが情報の共有はしており、必要に応じてかかりつけ医に情報を提供している。また、近所の協力医と連携しており、場合によっては往診してもらえる環境にある。	契約時に、近くの協力医の案内はしているが、今までのかかりつけ医に受診される方が多い。受診は家族が同行するが、必要により職員が同行し、メモや口頭で状況を報告している。また、毎週訪問看護や協力医療機関の看護師が来所し、健康相談をしている。状況により、協力医に往診を依頼することもある。		
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回訪問看護が来所し、利用者の状態を診ている。ホームから情報を提供し、相談したりアドバイスもらっている。			
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。	入院時は家族の理解を得て、スタッフが見舞い等して情報を得るようにしている。その中で、病院との関係性をはかり、入退院時の円滑な対応ができるよう努めている。			
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	入所時から家族の意向は確認している。利用者が重度化、ターミナルケアが必要となったときは、家族の意向を確認し医師・看護師等と連携して、できるだけ希望に沿った支援ができるようにしている。	看取りケアの経験はないが、契約時には看取りケアが可能であることを家族に伝えており、その時には、医師・看護師・家族の理解と協力が得られることの必要性を説明して、できるだけ希望に添うように支援している。現在ターミナルケアの必要な方がおり、段階毎に話し合い方針を共有している。		
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	緊急時の対応についてはケア会議で気づき・ひやりはっなどについて話し合っている。対応方法は周知徹底し、実践できるようにしている。			
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	消防訓練に地域住民が参加し、協力体制が取れるようになっている。また、災害時の避難体制を昼夜問わず全職員がとれるよう訓練を行っている。	年2回夜間想定をした火災訓練を利用者と一緒に行い、呼びかけにより、3名の近隣の方の参加があった。周りに建物がない畑を避難場所とし、災害時の近隣の協力は得られている。管理者はじめ近隣在住の職員も含めた緊急連絡網が整備されている。		

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
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	排泄の確認などは声のトーンを抑えたり、他の方がいないところで確認させてもらっている。記録等では、その利用者の記録に他者が出てくるときはイニシャルで記入して、特定できないようにしている。	人格尊重の上からも、きちんとした言葉遣いを意識し、介護時の声のトーンへの配慮や入室時の声かけに注意している。入浴時は外から見えないようにカーテンを閉めて、マンツーマンでの介助を行っている。申し送りや介護日誌の記載にはイニシャルを使い、個人が特定できないよう配慮している。	
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	選択肢が提示できるときは必ず提示し、選択できる利用者には選択してもらう。あたたかいものか冷たいものかや、買い物の際は好きなものや欲しいものを選択してもらっている。		
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	散歩が日課の利用者は一緒に散歩におつき合いさせてもらったり、昼寝の習慣がある方には好きな時にお部屋で臥床していただくように対応している。		
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	衣類は今まで着ていたなじみの服を自宅からお持ちいただき、ご自分で着られる方は自由な着こなしを、できない方はスタッフが見立てて着ていただく。また、季節に合った衣類が提供できるよう、ご家族にも協力いただいで自宅より持参してもらっている。整容もできる方はご自分でしていただき、できない方には支援している。		
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	食材切り・血洗い・下膳・食器拭きなどを利用者と共同で行う。利用者の希望を聞いて献立以外のメニューを取り入れることもある。また、手作りのおやつ作りを利用者を行うときは、「楽しい」と利用者からも好評を得ている。	業者から1週間の献立が届き、毎日食材が配達され、職員が調理している。利用者の好みを知り、嫌いな物は交換し、体調に合わせた食事を提供している。職員は利用者と同じ食事を食べて食事記録簿に記載し、必要に応じて内容変更を連絡している。誕生日の方の希望で寿司を食べに出かけたり、行事の日には利用者の希望を聞いた特別メニューとなっている。利用者も職員と一緒に食事の準備や後片付けを行っている。	
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	食材配達業者を利用しており、栄養士が献立を作っている。必要に応じて献立をもとに利用者一人ひとりに合わせた内容にしている。たとえば、減塩が必要な方には、それに合わせた食事を提供している。		
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	毎食後全利用者に声をかけ、口腔ケアを促している。利用者の状態に合わせた介助を行っているが、利用者の拒否があったときは様子をみながら対応している。		

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	各利用者の排泄パターンを把握し、それをもとにトイレへの声かけ・介助を行っている。また、利用者の様子を観察し、サインを読み取り職員間で共有し支援している。	トイレを探している様子等のサインを読み取り、その人に合った声かけで、トイレに誘導している。夜間はオムツ対応の方を除き、夜勤者は利用者の体動をセンサーや物音でキャッチし、トイレへ誘導し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を提供している。また、排便の様子を記録に残し、職員間で共有してお薬による排便コントロールに役立てている。毎日、身体を動かすことを心がけ、便通が良くなるよう考えている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日は決まっているが、希望があればいつでも入浴できるよう職員間で協力体制をつくっている。夕食後に入浴する習慣があった利用者には、希望に沿った支援をしていた実績もある。	月・火・木・金曜日を入浴日としこのうち2回を入浴日に、その人が望む入浴支援を行い、1日2回の方や夕食後の入浴を支援したこともある。拒否される方には、声かけの工夫・時間をずらす対応をしており、なぜ嫌がるのかの原因を検討し、根本的な改善策を模索している。入浴剤や柚子湯等を選択してもらい、ゆっくりとした入浴を支援している。	
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	各利用者の体調に合わせて、居室での休息・臥床を促している。その際は時々様子を見に来ることを伝達し、安心できるよう努めている。		
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	薬の情報をスタッフ間で共有し、利用者の状態を観察した様子を必要に応じて医師・看護師・薬剤師に報告・相談して、指示・アドバイスももらっている。		
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	個別に支援ができるよう、その人を知るために一人ひとりをひもときシートやエコマップで情報化し職員間で共有して、そのひとがその人らしい生活ができるよう支援している。また、大勢で楽しむことが好きな人は、それにそった支援ができるよう工夫している。		
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	希望があれば近所への買い物や散歩などにスタッフと出かけたり、行きたい場所を伺いその場所に行くなど、その人の希望に沿った支援を心がけている。	個別支援では、利用者の行きたい場所(昔の職場等)に車で案内し、外気に触れられる機会を企画している。花壇に季節の花植えする方や買い物に出かける方、近くの「近隣大家族」の施設に交替で出かける支援も行っている。さらに、活動計画では、特に、散歩の折に地域の方と触れ合う機会づくりを掲げている。	

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	ご家族の協力を得て、ご本人が欲しいものを自分で払って購入するという希望を満たせるよう支援している。		
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	ご家族などの理解・協力を得て、利用者より希望があった場合は電話をかけている。また、手紙のやりとりも現在は無いが、実績はある。		
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	季節に合わせた花を利用者と一緒に植えたり、壁飾りを利用者で作成して掲示している。居室内は写真を飾ったり、花を飾るなどして居心地よい空間になるよう心がけている。共有スペースは整理整頓し、家庭的でゆったりとした空間にできるよう努めている。	ホールには、行事の写真・利用者の作品が飾られ、廊下には利用者の子どもの時代を過ごされた大正・昭和の正月・農村の田植風景等の大きく伸ばした写真が貼られている。趣味を持つ利用者が先生となり職員が教えてもらったり、食器を拭く役割がある方等があり、居心地よく過ごせるように工夫している。	
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	テーブルの配置や席の工夫をして、気の合う利用者同士が談話できるスペースやひとりで過ごす空間の提供もしている。		
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	ご家族の協力を得て、自宅で使用していたタンスや布団などを持参していただき、できるだけ自宅で暮らしていた様子に近い生活を提供できるよう心がけている。	家族と相談し、ぬいぐるみや椅子・ベッドでなく布団の持ち込み等、個々の馴染みの物が置かれている。職員からの家族への働きかけは、理解が得られるとともに家族の気持ちにも変化が現れ、協力関係が築かれている。居室はリフレッシュの空間であり、昼寝をする方や職員と利用者が親しく会話できる空間ともなっている。	
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	歩行が自立している方が安全に歩行できるよう見守りしている。また、階段を使用して昇降される利用者は、安全が確保できるようスタッフがそばで見守りしている。利用者がわかること・できることを知り、スタッフ間で情報を共有し、利用者が自分の力でできる喜びを支援する。		