

### 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	1090200880		
法人名	認定NPO法人じゃんけんぼん		
事業所名	グループホームあいあいえす		
所在地	群馬県高崎市足門1525		
自己評価作成日	令和7年2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	令和7年3月17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)】

「あなたがこれまで大切にしてきたことを共に大切にし、これまでつながり、これからのつながりを絶やさずことなく、『自分らしく自由に生きる』為の支えになります」を理念として掲げ、各ご利用者が役割を持ち、生き生きと暮らすことが出来るよう関わっている。個々のご利用者の願いや思いを叶える支援に力を入れ、行きたい場所や願い、思いの聞き取りを日々行い、ケアにつなげている。今年度は現住所に移転して二年目を迎えた。現在の新しい地区での「地域とのつながり作り」に力を入れ、「地域に出よう」をスローガンとして地域交流を展開している。

【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)】

理念にある「自由」とは、その方それぞれが自分の生活スタイルを持って生活していくことと考えて、朝起きる、食事をする、入浴する、寝るなどの時間は利用者に合わせて、余暇も自由に過ごせるように支援している。利用者に満足度調査を行い、その他、常に会話や日々の記録(気付き)から思いを知るようにしている。そうしたなか、利用者の食べたいものを取り入れたり、皮むき・切る・炒める・味付け・盛り付けなど家庭で行ってきたことをしてもらったり、保育園児と自家製みそ作りをしたり、馴染みの店での外食の他、ふれあい花壇・日帰り温泉などに行ったりなど、その方の思いを大切に支援している。居室は、利用者が自宅で使用していた家具や寝具、仏壇、本や本棚、使用していた柔道着などを置き、その方の生活の歴史を大切に住み慣れた自宅にできるだけ近づけ、居心地の良い環境作りをしている。

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. 全くいない
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	施設内に理念を掲示。「つながり」を大切に「自分らしく自由に生きる支えになる」という理念の共有ができています。特に、「自由」という言葉の意味を大切にして、利用者個々のケアにつなげ、実践している。	理念にある「自由」とは、型にはめたものではなく、それぞれの生活スタイルに合わせて生活できることを考えている。そのため、起床、食事、入浴、就寝などの時間は利用者に合わせ、余暇も自由に過ごしてもらっている。職員教育として、ケアしている中で理念についての考え方を示すようにしている。	
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	自治会に加入。隔週ある地域の有価物回収にボランティアで参加。道路愛護参加や、近隣までの降雪時の雪かき協力を行っている。地区祭りやどんど焼きにも参加。ふれあい花壇での交流も行っている	地域との繋がりを大切に、資源回収のボランティア、認知症相談窓口の担当を持ち回りで協力している。また、保育園児とのみそ作り、ふれあい花壇、年4回「あいあいえす通信」の発行など、地域住民と交流を積極的に持ち、ホームを知ってもらう機会としている	
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	ホーム通信で認知症理解に関する記事を掲載。運営推進会議ではホームで実践している認知症ケアを紹介し、情報提供を行なっている。また管理者は地域の認知症相談拠点として開設している「あんじゃーない」の相談窓口担当を担っている。		
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か月に一度運営推進会議を開催。ご家族や安心センター、市役所職員、区長さんや民生委員に参加してもらい、ホームでの活動報告を行っている。会議参加者から頂いた意見、要望などは、会議録にしっかり記録しケア会議などで反映しサービス向上に役立てている。	運営推進会議の参加者は、市職員、安心センター職員、区長、家族、利用者、併設のグループホーム職員である。参加者と意見交換し、運営推進会議の開催日の検討やフラダンスへの参加、公民館の活動参加など、日常的な利用者の活動に繋がっている。	家族の参加を促せるよう、イベントなどの合同開催や次第・議事録を見てもらい興味を持ってもらうなどの工夫を期待したい。
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	市職員に運営推進会議へ参加していただいている。運営推進会議の会議録やその他書類提出などで窓口への訪問回数を密にして関係性を高めている。	生活保護の方の入居受け入れやラン伴群馬での応援に協力している。市には出向き運営推進会議の資料や議事録を持参したり、安心センターの職員の方はホームに来所することもあり、顔の見える関係を築いている。	
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	「身体拘束等適正化検討委員会」設置し「身体拘束等の適正化のための指針」を定めている。契約書にも身体拘束は行わない旨を記載してある。3か月に一度勉強会を開催。拘束虐待について常に問いかけを行い、不適切ケアを含めてこれらの問題についての自覚と責任を促している。玄関のカギは開設時より施錠せずに自由に出入りができるようになっている。	身体拘束は行わず、安全に配慮しながら理念にある「自由」な暮らしを提供している。玄関の鍵は掛けず、外に行きたいときは一緒に行き、夜間は眠りスキャンによる見守りを取り入れている。スピーチロックなどを含め、「虐待の芽チェックリスト」で定期的に振り返りを行っている。3か月に1回勉強会や法人での検討会に参加している。	
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	法人として虐待防止委員会を設け、年2回以上の研修会を開催。事業所内でも3か月に1度勉強会を行っている。高齢者虐待等の新聞報道があった際には、その記事を職員全員で回覧し「他山の石」としないよう注意喚起している。実際の介護の場面で疑問に思うことはその場で話し合い解決を目指している。		

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
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	職員には、理念にある「自由」という言葉を例にとり具体的に権利擁護について説明している。		
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	契約時等に重要事項説明書に基づき、十分な説明を行ない同意を得ている。本人及び家族の不安や疑問についての払拭に努め、理解納得をいただいている。		
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	毎月の近況報告書に意見、要望について記入できる欄を設けている。第三者を通じて伝えたい場合には、その受付窓口の連絡先を重要事項説明書に記載し、ホーム内にも掲示してある。	メールでのやりとりや毎月の個別の近況報告書を送っており、意見・要望を記入できるようにしている。面会時にも適宜声掛けしている。運営に関する意見はほとんどないが、利用者の日常生活において外出や以前いた施設への面会などの要望があり対応している。	
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	代表者には、年2回職員の自己評価票提出の際に直接意見提案を具申できる。管理者は、毎月の会議や日常的なミーティングに於いて聞く場を設け、運営に反映させている。	利用者のケアに関するケア会議と業務会議があり、業務会議では、職員からの提案で残業をしないようにするための改善案の検討や与薬時のダブルチェックの提案が出され業務変更に繋げている。また、会議以外でも管理者に常に話ができるようにしている。	
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	年2回職員全員に自己評価票の提出を求め、それに基づき個人面談を行っている。その際キャリアパスについてもアドバイスを行っている。又、職場環境等についても意見を求めている。		
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	代表者は職員の自己評価と管理者評価により職員個々のケアの質の評価を行っている。評価をもとに個人面談をし、職員は半期に1度目標設定。法人内外の研修に参加する機会を設け、学習機会の確保をはかり、個々の成長と事業所全体の成長に努めている。		
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	群馬県地域密着型サービス連協を通じてのネットワークづくりを行ないサービス向上を図っている。又、法人の主催する研修会や勉強会を開催している。希望すれば交換研修もできる。		

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	認知症により自分の思いをうまく表現できない時でも、その言動を十分に考察し、気持ちを受け止められるよう努めている。信頼関係を構築するためにコミュニケーションを欠かさず、不安感を払拭するよう努めている。		
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	家族のケアに対する希望や、要望を十分に聞き入れている。そのうえでできる事、できない事を明確に伝えている。できない事については、代替案を提示するなどして協議を重ね、関係づくりをしている。		
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	適切な対応に努めており、他のサービス利用を含めて協議したり、居宅介護支援事業所のケアマネにも相談しながら、可能な限りの情報収集に努めている。		
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	人生の先輩として常に敬愛の念を持ち、日常生活の経験からくる「教え」を一つでも多く引き出せるよう努めている。些細な行為に対しても、感謝の言葉を伝えている。		
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	利用者にとって家族の存在は、唯一無二なものであり職員では代替できない事を伝え、精神的に支えていただく事を説明している。又、生活歴など参考になる事をお聞きし、ケアプランに反映している。		
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	定期的に自宅に行き、ご近所の方と交流が続けられるよう支援している利用者もいる。馴染みの食堂での外食支援や、馴染みの方と会える時間づくりも行っている。また、なじみのある方が気軽に来訪できるよう案内している。	馴染みの人や場の関係継続を大事にしており、誕生日に入居前に良く行っていた食堂での外食や、墓参りで近隣の人に会ったり、地域の日帰り温泉に交流を兼ねて行くこともある。また、自宅で飼っていた犬と一緒にホームに入居された方もいる。面会や外出時の写真を必ず撮りホーム内に掲示して、その時の思い出を利用者と共有するようにしている。	
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	利用者同士の相性を考慮し、食事の席や位置等に工夫をしている。見守りを原則としているが、時には職員が仲介をして、孤立しないよう努めている。		

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
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	入院等で契約終了になっても、退院までは、見舞いなど欠かさずにしている。在宅に戻った時でも、在宅サービスの情報提供など行ないフォローしている。		
<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	毎日の会話の中から希望や意向を聞きだすよう努めている。意思の表明の難しい人にはその言動を記録している。「お利用者満足度調査」実施し、ケアに反映。「法人内事例検討会」を実施し、事業所外の方からも客観的な意見を聞きながら本人の意向の把握に努めている。	利用者に満足度調査を年1回行い、聞き取りと書ける方には書いてもらっている。日々常に会話の中で思いや意向を引き出し、日々の記録(気付き)から思いを知るようにしており、利用者の思いや意向に沿うように対応している。	
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	契約までに得た情報をもとに、ホームで生活するようになってから得た情報を加味するようにしている。また、本人が話すこと、家族から得た情報の整合性についても充分に考察し修正している。		
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	個別の介護日誌にその日一日のどのように過ごしたのか、特記すべき発語や所作を記入。バイタル、体温、酸素飽和度、食事や水分の摂取量、排泄の様子、服薬の状況などを記入し利用者の現状把握に努めている。		
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	本人の希望は日々の会話の中から探り、計画に活かしている。会話ができない方に関しては、生活歴などを参考に本人らしくいられるような計画作成に努めている。家族だけでなく、本人の同意を得られる方には説明をし同意を得ている。モニタリングは職員全員で行い、変化があれば都度見直しをして本人・家族にも意見を伺っている。	入居時に利用者・家族の意向を確認し、アセスメント後ケアプランを作成している。入居後はモニタリングを1～2ヶ月で行い、落ち着くと3ヵ月毎に担当職員が行っている。ケアプランは短期目標毎と状態変化時に見直しを行うが、利用者・家族の意向を意見を踏まえて職員でブレインストーミング手法でアイデアを出し合い見直ししている。	
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	2019年4月よりICTの導入により個別の記録を「ケアカルテ」に記録保存。過去の記録もすぐに検索でき情報共有や計画の見直しに役立っている。ケアカルテ内に「気づき」の項目があり、職員が気付いたタイムリーな気づきをケアプランに反映させることが出来ている。		
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	本人の身体的状況などの変化に即応できるよう常に観察は怠りなくしている。イレギュラーなニーズに対しても、柔軟に対応できるよう職員間の意識の共有を図っている。		

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
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	地域の「ふれあい花壇」で地域の方に協力していただき交流をはかっている。中高生のボランティアや体験学習の受入。子供の訪問を受ける。また、公民館イベントや、民生委員主体のいきいきサロンにも毎月参加し、地域の方々と交流しながら充実した時間を持つことが出来ている。		
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	入居時に希望の医療機関を聞き、受診についての申し合わせをする。個々の繋がりのある医師に協力してもらい、往診・受診対応をとっている。往診・受診内容については緊急性に応じて電話、メール、毎月の近況報告書でご家族にその報告。重度化したご利用者については、本人や家族と充分に話し合い、医師と連携をとっている。	かかりつけ医は入居時に家族に希望を確認して、それぞれの希望に沿って、受診や訪問診療としている。医師への対応は、管理者（看護師）が行っている。受診結果は電話、メールや毎月の利用者近況報告書で家族に伝えている。	
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	介護職は、日々の変化を観察し、変化に気づいた時は速やかに看護職に相談を行っている。また、観察する視点についても看護職から指示がでている。適切な受診、ドクター指示を受け、それをケアに役立てている。急変時にも、速やかに対応できている。		
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。	認知症の症状を含めて日常の生活の様子を伝えている。廃用症候群に陥らぬよう家族と話し合いの上、医師の指示や助言を受けながら、ホームでの対応が可能な段階での退院を申し出る方針を取っている。		
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	ホームで対応できる状態や対応できない場合を伝え、緊急時の連絡先や希望の搬送先医療機関を書面にて確認している。重度化した場合は、その段階ごとに家族を含めた関係者で協議しながら方針を見極めている。	重度化した場合の説明は、入居時に話しているほか、利用者の状態を見て適時家族と方向性を話し合っている。看取りは可能であるが、事例がないため、併設のグループホームに見学に行き看取りについて学ぶ機会を設けている。	
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	マニュアルを用意して会議等の時間を利用して全員で確認している。又、消防署の指導による普通救命講習会を開催した。		
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	避難訓練を定期的に行っている。夜間想定に限らず、日勤帯での複数職員のいる時間帯での職員連携についても訓練している。避難誘導の方法をパターンを変えて実施し、終了ごとに振り返りを行っている。又、近隣にもその実施に伴い協力を要請している。	避難訓練は、利用者全員参加で夜間・昼間想定で行い、終了後に振り返りを行っている。近隣の住民には、見学に来てもらっている。今後、避難後の見守りなどの協力を依頼していく予定である。BCP研修を行い、実施計画を立てている。また、避難訓練の際、消火訓練と救急救命訓練も行っている。	

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
<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	利用者一人ひとりの人格を尊重し、誇りを傷つけたりプライバシーを侵害する事が無いよう職員間で注意し合いながら、言葉掛けや対応に慎重を期して行なっている。	日々の支援をするなかで、自分の親と思って接する、利用者が嫌だったであろうことを言葉として職員に伝えるなど、言葉かけや対応には注意を払い、不適切ケアについて基本的なことから話し合っている。	
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	当ホームの理念のなかにある「自由」を大切に、日々の生活の中で「どれが良いか」や「どうしたいか」の言葉かけを日常的に行っている。本人の思いや希望を知り、自己決定のプロセスや想いの表出へ向けた働きかけとなっている。		
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	一日の生活の中で大まかに決められているタイムスケジュール(食事の時間など)も含めて、それぞれのご利用者に合わせた希望に沿ったペースで生活していただいている。やりたいことや過ごし方は、ご利用者に選択してもらえるようにかかわっている。		
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	ご自分で衣類の選定が出来ない方には複数枚用意し選んでもらえるよう工夫。選んだ服がちぐはぐだったりした際には、さり気なく、その人らしい服装になるよう支援している。訪問の理美容は、カットだけではなく、ヘアカラーも依頼している。訪問美容以外でも職員がヘアカラーをしたり、理容師資格のある職員が希望者にカットサービスも行っている		
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	利用者の食べたい物を常に聞き取りし、メニューに反映している。食事の準備から後片付けまで、それぞれにできる部分に力を発揮してもらえるよう支援をしている。毎朝トーストと牛乳希望のご利用者には、入所時より希望に添う対応を継続している。	食材やメニューは業者を利用して、調理は職員が持ち回りで、利用者の食べたいものを聞き取り、取り入れている。皮むき・切る・炒める・味付け・盛り付けなど、利用者ができることをしてもらっている。保育園児と自家製みそ作りを行ったり、2~3ヶ月に1回利用者全員で外食に行ったりしている。	
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	栄養バランスについては、業者より毎食の熱量等のデータをもらい把握している。食事や水分の摂取量については、毎回記録して一日トータルの過不足を補うようにしている。食事や水分の進みが悪い方には摂取が進むよう代替品に変更の工夫をしている。又、利用者の状態に合わせて、刻み、とろみなどの対応をしている。		
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	歯ブラシ・口腔ペーパー・入れ歯洗浄剤などを使用して利用者一人ひとりにあった口腔ケアを行なっている。又、必要のある利用者には訪問歯科に来てもらい治療および口腔衛生の指導をもらっている。		

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
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	利用者一人ひとりの排泄パターンやその習慣を探り、おむつパッドなどの使用については、あくまでも補助的なものと考え過度に頼ることなく、なるべくトイレでの排泄が出来るよう支援している。	トイレで排泄することを大切にしており、昼間は介護度が高い方、車椅子の方でも2人で介助し、利用者全員がトイレで排泄している。失禁があっても、リハビリパンツが嫌いで布パンツが汚れてしまっても、自尊心を傷つけないようなさりげない対応に努めている。	
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	便秘に効果があるといわれている食材(野菜きのこ、さつま芋等)や牛乳など飲料を常備して提供している。又、毎日の運動や散歩等を取り入れ便秘解消に役立てている。又、主治医に相談して薬の処方をお願いしている。		
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	毎日入浴できる体制になっており、利用者の希望に合わせて入浴してもらっている。入浴剤や季節の物を入れて気分転換となる入浴環境を整えている。入浴は担当職員が更衣から全ての支援を一人で担当し、利用者と一緒にじっくり会話をしながら入浴を楽しんでもらう時間となっている。	入浴は毎日行っており、利用者の希望に合わせて対応している。最低でも週2回は入れるようにしている。風呂の入り口には「ゆ」の暖簾が掛けられて、ゆず湯・よもぎ・ハーブ・花びらなどを浮かべたり、音楽を流したり、職員と会話をしたりして、入浴が楽しめる工夫をしている。	
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	利用者一人ひとりの一日の生活サイクルを大切に、その人の体調や様子を見ながら就寝や起床を支援している。又、安眠できるような寝具についても十分に配慮し、布団干しやシーツ交換を励行している。		
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	薬局から貰うその薬の情報と、薬剤師からの助言を記録して職員全員がそれを回覧し、情報の共有をしている。服薬時の間違いがないよう複数の職員がその都度確認している。		
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	理念にある「自由」を具現化するために、利用者一人ひとりの思いや希望を把握しなくてはならない。その為に当ホームでは、活動目標を定め生活歴を探り、それを活かした役割がある生活をしてもらい、時には好きなものをお腹一杯食べ、毎日笑顔のある生活をしてもらうよう支援している。		
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支援している	環境(天候、体調等)が整っていれば、利用者の希望や思いに沿って外出できるよう支援している。買い物支援や、ご自宅への帰宅、家族との外出、外食、季節ごとの花見などの支援をしている。温泉に行きたいと希望あり、日帰り温泉に出掛けられる支援も行っている。	外出は、月1回のイベントのほか、利用者の希望に沿うようにしている。例えば、日常的に近所への散歩、ショッピング、ふれあい花壇へ行ったり、グラウンドサッカー、テニスなどを見に行くこともある。また、みそ饅頭が食べたければ一緒に買いに行ったり、温泉に入りたければ、車椅子の方でも一緒に日帰り温泉に行ったりなど、その時の思いを大切に支援している。	

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	高額ではない金額を個人で管理しているご利用者があり、必要時はそのお金で買い物している。また、家族からお預かりしているお金をホームで管理し、一緒に買い物などに同行した際には渡してレジで支払ってもらっているご利用者もいる。		
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	携帯電話を持っているご利用者がいる。充電は職員が対応しているが、ご自身で好きな時に電話している。また、家族からの電話の取り次ぎや、家族への電話の支援を行なっている。はがきや便せんは常時用意してあり支援している。		
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	ホールには季節を感じられるような花を飾っている。また、季節を感じられる作品作りをご利用者と一緒に作り展示している。気温、湿度にも充分気を配り、空調管理をして利用者が快適に過ごせるよう配慮している。壁には楽しい思い出写真をはりだしている。	ホールや廊下には、家族の意向でたくさんの方の利用者の写真が飾られて、その写真を見て思い出を話すことで次に行きたい場所につながることもある。ソファの設置、季節を感じられる花・利用者と一緒に作成した作品が飾られ、色鉛筆などが自由に利用者が持ってきて使えるようにしている。	
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	食事テーブルの他にソファを数か所設置。静かに過ごせる空間があり、好きな場所で過ごせるよう支援している。また身長に合わせて低い椅子、テーブルも設置。安楽に過ごせるよう工夫している。		
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	居室はその利用者にとって落ち着ける場所であればならない。その為施設側が用意するような均一的な収納家具は置かない。入居時には、家で使い慣れた家具や置物、趣味のもの、思い出の品等の持ち込みをお願いしている。時々家族と相談しながら模様替えなども行っている。	居室は、利用者が自宅で使用していた家具や寝具などを持ち込んでもらい、住み慣れた自宅にできるだけ近づけ、居心地の良い環境作りをしている。仏壇、読みなれた本や本棚、使用していた柔道着、手作りの作品、写真などを置き、その方の生活の歴史を大切にしている。	
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	利用者一人ひとりの経年の体調変化を考慮。ベット位置の工夫や、立ち上がりしがしやうい環境整備、椅子の交換など安全にそして自立した生活が送れるような環境づくりを行なっている。		