

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 柊の苗		
事業所名	グループホーム一番星金井		
所在地	群馬県渋川市金井125-4		
自己評価作成日	令和5年2月27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5年2月27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いです。職員は認知症介護にとって重要な環境に1つです。利用者さんの残存機能を活かして、清掃や食器洗い、洗濯物たたみ等を職員と一緒にしております。皆で生活を共にしている感じです。毎日繰り返すことで認知症の進行を防止してゆきます。又看取り介護も行っており慣れひたしんだ場所、職員で支援してゆきます。そのため医療機関との連携も必須条件です。月1回の主治医の往診と週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我々職員にしてくれます。急変時は救急対応も可能です。家族との協力もできていると思います。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。コロナウィルスが治まった利用者さんと自宅や育った懐かしい環境へ連れて行ってあげたいです。

【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)】

利用者の意思疎通が難しい場面があっても、利用者の変化についてその情報を共有し、意見交換を常に行っている。職員全員が前向きで学ぶ姿勢も大きい。頭でっかちにならないようにしつつ、虐待などの大切な研修は重点的に実施し、学んだことを日々のケアに活かせるよう心がけている。また、本人の意向を確認するために施設独自のアセスメント表を作成し、徐々に本格運用している。そのアセスメントで得られた情報を、個別性のあるケアプランの作成や日常のケアに役立てている。さらに介護記録は詳細に書かれており、利用者個人の日々の生活の様子が記録を見るだけで、他者でも想像しやすい内容となるよう努めている。

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
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	毎日の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。	普段より実施していることを言語化したものが理念となっており、その作成は全職員で話し合ってまとめたものである。新しい職員が入職した際には、実践している様子を交えて伝えている。日々の中で理念を踏まえたケアになっているか、職員同士で確認し合っている。	
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	以前は地域のお祭りなど利用者さんと参加していましたが、今はコロナの為行事参加を控えています。また、地域の行事も少しずつ再開してきているようなので、様子を見ながら参加できたらと思います。	ここ数年はコロナ禍にて地域交流が難しい状況が続いているが、地域の広報誌が届き、災害の際には自治会長に連絡が行き届けつけてくれる関係がある。事業所から出て迷った利用者がいれば、地域ぐるみで探す支援を行ってくれる、良好な関係が維持できている。	
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や副自治会長さん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。また年2回の防災訓練にも参加してもらった。地域の方々が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	コロナ感染拡大以前は2か月に1回推進会議を開催していた。現在はできていない。自治会関係者や渋川市高齢者の職員さんや利用者のご家族様が参加。ホーム内の職員状況や利用者の待機状況の報告。虐待など行われいなかホーム内の見学してもらっている。自治会の行事予定や家族の要望等を聞き対応している。	コロナ禍にて集合しての運営推進会議は開催できずにいる。職員と利用者で話し合った内容や利用者状況、行事などを議事録として作成し、利用者家族、自治会長、役場担当者に郵送している。	事業所の職員のみではなく、外部の意見がもらえるような工夫を期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	渋川市高齢課などから待機状況を聞かれる場合があります。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。	長年高齢者介護に関わってきた職員がおり、役場より生活保護や困難ケースの相談が多く寄せられている。一方で事業所裏の崖の危険性を相談しコンクリートで固めるなどの対応を行ってくれるなど、相互協力体制ができています。	
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。他にも極力ベットの柵や言葉のスピーチロックにも注意を払っている。	身体拘束は行わない方針であるが、事業所前の道路が見通しが悪く交通量があり、踏切もある立地条件のため施錠をやむを得ず行っている。認知症だけではなく重病や対応が難しい利用者が複数おり、一時的に安全のため本人・家族の同意のもとで拘束を行わざるを得ないこともある。勉強会は、ケアマネジャーが中心となり適宜行っている。	
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逃されることのないよう注意を払い、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。また日々申し送り時にケア方法についてカンファレンスを持ち注意を払っている。経営者(代表)からも虐待ととらえかねない関わり方についても注意を向けていこうとの話も受けている。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	後見人制度を活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頂き、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	コロナ感染拡大の中での面会も中々できないためケアプラン更新時や体調不良時などに家族にTELやLINEをして要望や意見を聞くようにしている。	感染状況に応じて時間制限をするなか、面会に来所された際に、家族と意見交換を行うよう心がけている。諸事情で直接の話が難しい方については電話やLINEにて意見確認し、できる範囲で反映できるようにしている。	
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回の会議や食事会をして皆が気軽に話せるよう環境を作るようにしている。また、なるべく意見や提案を取り組むようにしている。	毎日の申し送り時や定期的に職場会議を行い職員の意見確認をするとともに、普段のケア現場にて気づいたことや思ったことを相談できるような環境を、管理者や経営者が作っている。働きやすい勤務時間を職員からの提案で変更した事例がある。	
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	職員は財産。今は本当にいい職員に恵まれた。みんなが自分の会社・職場と思いで一緒に良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。		
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。職員も集まってきたのでホーム外の勉強会参加を促していく。認知症や疾病で分からないことがあると話し合いをしながらトレーニングをする。誉めて伸ばすことをもっとウニしている。話しやすい環境の整備をする。		
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	コロナ感染拡大の中、現在はできていない。今後はホーム間の交換研修を予定している。		

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	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、今までの介護を労う。離れて心配な場合はメールやlineで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と思う場合は会ってもらおう。要望になるべく合わせる。		
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	家事として洗濯のも干したり置んだり。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おう。近々、うどん作りを利用者さんにしてもらおう。食事の盛り付けも今後してもらおう予定。しかし無理強いはいはしない。		
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おうようにしている。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。	長く働いている職員が多く、職員が馴染みの存在になっているため、会話や意思疎通がスムーズである。家族や知人との電話による会話を積極的に行ったり、知人や友人による差し入れ、以前住んでいた家までドライブに行くなど、コロナ禍で制限はあるが工夫して関係の継続を支援している。	
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	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。もしも一人きりになりがちな利用者さんは無理強くない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くだ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。数名の家族とはまだ連絡を取り合っている。ありがたい限り。		
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	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。	思いの言語化が難しくなってくる利用者が多いが、職員の経験論で片づけるのではなく、暮らしの場としてその人の歴史や表情・雰囲気などを根拠に、複数名で相談し判断している。独自のアセスメント様式にて詳細に情報収集しつつ、現場職員の意見を踏まえて繰り返し確認し実践している。	
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	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。家族の意向は聞くが話し合いの場が時間がコロナ感染防止等で面会もできずなかなか持っていない。	介護計画は、経営者、ケアマネジャー、職員にて定期的に話し合い、本人・家族の意向を踏まえて入居時、その後は状態変化なければ半年ごとに見直し作成している。独自のアセスメントと現場職員の意見を融合させることで、実態に即した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	日々の様子観察記録がメインとなっている。ケアの実践に即していないため介護記録からでは見直しに必要な情報が得がたい。介護計画に周知し記録の内容を充実したものにしたい。		
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。見取りの際、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利用者を除いて、往診可能なかかりつけ医に変更をお願いしている。専門医への診察は基本的には事業所にて送迎・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看護師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見取りか？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。一番星の見取りの指針を説明し同意を得る。	本人の状態に合わせて、説明や希望確認を行っている。どうするのかは本人や家族に考えてもらっているが、ここ3年ほどで3名の看取りを事業所にて行い、エンゼルケアやグリーフケアを家族と一緒に行うことができた。	
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。コロナ感染防止の観点から自治会長・副自治会長不参加。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く。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。	消防署立ち合いのもとで、消防訓練を年2回実施している。利用者も参加し実践的に行っており、避難の様子を消防署に見てもらっている。災害発生時は自治会長宅に連絡が入るようになっており、地域からも支援に駆けつけてくれる。	裏山のがけ崩れなどの災害リスクがあり、火災以外の想定で訓練を行いつつ、地域を巻き込んだ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	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。	常日頃より講師経験のあるベテラン職員やスーパーバイザー(本部指導、相談役)が、実践的に職員に対応を伝えている。コミュニケーションの原点であり呼称への注意や目線、見下ろしての会話は行わないなど意識しての介助を行っている。	
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し、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。	主食のご飯とみそ汁以外は出来合いのものが多くなっているが、利用者の身体状況に併せて粥食・きざみ・ペーストなどに対応している。できる範囲で食器洗いや盛り付けを手伝ってもらっている。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。定期的にしし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。	時間誘導を強要せず、しぐさや雰囲気のみで声かけて、自然な形で本人に合わせて時間をかけて対応している。効率重視でなく本人の残存機能や希望を重視して、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	入浴はとても大切だがコロナ渦で熱があったり体調を職員が崩すと職員を休ませなければならず清拭で済ませてしまったこともあった。本人は入りたい時に入れるよう支援してゆく。	昼間の時間に限られてしまうが、基本は週2回の入浴を行っている。希望によっては、週5回入浴している利用者もいる。無理強ひせず声掛けを増やして、入浴できそうなときに入っていたりなど個別に工夫しつつ、同性介助もできる限り希望通りに行えるようにしている。	
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	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。交代制をお願いしている。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支援している	コロナ渦でなかなか外へ外出は困難。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。	病気や心身機能、立地条件での危険性もあり、ウッドデッキでの日向ぼっこが多い。少人数での外出であったり、定期受診をしながら少し遠回りしてドライブを楽しんだりなど、身体状況を見ながら職員が工夫してできることを行っている。	

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	携帯電話を持っている方が1名いる。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。施設が少し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。	こたつテーブルや家庭的な家具調のものを多く揃え、施設感が少なく家に近い雰囲気を心がけている。過ごしやすい空間になるよう空調は職員が頻繁に確認し、照明の明るさ、ぬいぐるみなど小物の設置、小さい音で音楽を流すなど、居心地が良くな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っ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。	備え付けのテレビ台やベッド以外は、本人・家族と相談し持ち込みは危険でなければ持参可能である。ベッドで寝たことがない方には布団対応をしたり、馴染みの家具や仏壇、冷蔵庫などを持ち込まれている利用者もあり、できる限り自宅に近い雰囲気でも過ごせるように工夫している。	
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。		