

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	1072011439		
法人名	特定非営利活動法人じゃんけんぽん		
事業所名	グループホームじゃんけんぽん群馬町		
所在地	群馬県高崎市棟高町1257-5		
自己評価作成日	平成24年1月8日	評価結果市町村受理日	

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・地域の中で地域住民にも支えてもらえるホームを目指している。 ・利用者個々の「思い」を職員が察知し、大切にしてその思いに添う支援を日々行なうようにしている。 ・利用者個々の能力を發揮できる役割づくりをしている。 ・日常の生活リズムを大切にしながら四季を感じてもらえる工夫をしている。
--

※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	http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【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13-12		
訪問調査日	平成24年1月30日		

【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>創始者は障がいのある人や高齢になった人が安心して暮らせる町作りを目指して、平成10年に宅老所を開設し、その2年後NPO法人グループホームを群馬町に開設する。NPO法人としてのあり方を再確認し、目指している社会活動の一つとしてホーム近くの法人施設である「近隣大家族(配食サービス、居場所づくり)」を開設し、広報紙のカフェ通信「近隣大家族」を発行して地域の方へご案内をするなど、地域の方が歩いて集える場所になっている。また法人内の職員研修は実行委員会形式を取り、各部所から2名ずつ選ばれた委員で構成する委員会にて1~2ヶ月に1回テーマを決めて研修を計画し実施するなど、職員の資質向上を図っている。職員は理念を基に入居者の笑顔、自由な暮らしを支援する為に熱意を持って日々取り組んでいる。</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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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	年一回、改めて理念を振り返る機会を設け、どのように理念と向き合い実践しているのかを職員間で共有している。理念を実践するための現実との葛藤もあるが、悩みつつも日々前向きに取り組んでいる。ホールには利用者の毛筆書きの理念を掲示、またスタッフルームにも掲示をしている。	日頃から理念に基づく介護を実践し、毎月のスタッフ会議において振り返りをしている。「自分らしく自由にとは？ホームの暮らしは自由なのか」と悩みつつ、入居者が笑顔で暮らせるよう温もりのある介護に取り組んでいる。ホール及びスタッフルームには、入居者の毛筆書きの理念が掲示されている。	
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	家族へ契約時には必ず理念の説明を行い、理解と共有を図っている。認知症の人を地域で支える啓蒙活動(認知症サポーター養成講座)の寸劇にスタッフが役者として参加している。	契約時に家族へ、理念にある地域での暮らしの継続について説明し、理解を得ている。散歩では当ホームの入居者・職員と知って、野菜を頂いたりしている。職員は認知症サポーター講座の寸劇スタッフとしての参加や認知症相談の拠点として、日常的に交流をしている。	
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	24時間365日スタッフのいる認知症専門の介護事業所であるという利点を活かし、地域における認知症相談拠点として地域貢献に繋げている。		
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	二ヶ月に一回開催。ホーム内の近況報告に始まり、地域全体のコミュニティについて等、地域住民・行政・事業者が集う場と捉え、話題は限定せずに意見交換している。	2ヶ月毎の運営推進会議は、法人内施設の近隣大家族(配食、居場所づくり)で行っている。利用状況報告・家族からの意見・地域や行政の情報等を自由に討議している。特に、家族とは話し合う機会を多く持ついい機会となっている。	
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	高崎市委嘱の相談員が定期的に訪問している。地域住民向けの認知症サポーター講座以外にも、市の推進する認知症にやさしいまちづくり事業などに密に関わっている。また、インフォーマルの活動でも市役所職員に助言協力を頂いている。	市委託の介護相談員が、毎月定期的に訪問している。地域住民向けの認知症サポーター講座の講師や高崎市のパンフレットに当ホームの認知症相談実施の掲載など、「認知症に優しい町づくり事業」に関わる市との協力関係を築かれている。	
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	ホーム開設当初より身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関に施錠せず徘徊を見守る。薬に出来るだけ頼らない睡眠の確保。排泄パターンを把握し、個別に誘導等の支援して全ての方にトイレで排泄を促している為、入所後にオムツ類から布パンツに移行する人がいる。	開設時より身体拘束(施錠を含む)をしないケアに取り組み、玄関は施錠しておらず、入居者は玄関を自由に出入りしている。職員は外出や帰宅願望の方を見守り、出かける入居者と一緒に歩いて来たりしている。また、出来るだけ薬に頼らない睡眠を支援している。夜間居室のドアそれぞれに靴飾りの鈴を配して、その音色で入居者の動きを察知して、トイレ誘導などの支援をしている。	
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逃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	身体拘束廃止シンポジウムなどの外部研修会には出来るだけ参加に努め、また過去には全職員を対象とした不適切ケア事例検討会を実績もあり、日常的にその防止に努めている。		

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	過去に数名の利用者が、成年後見制度を活用して権利擁護を受けている。利用者の青年後見人が運営推進会議等に参加した際には、権利擁護等が話題となることもある。また、職員の研修への参加も心がけている。		
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	契約書や重要事項説明書の該当箇所を示しながら口頭で説明している。特に自立支援に関する事項とそれに伴うリスクに関しては、契約前の見学時と契約当日の面談時に十分な説明と同意を得てから契約を結んで頂く様に配慮している。		
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	介護相談員が月1回訪問し利用者と面談している。改善点があれば報告をうけ早期に対応するよう努めている。	毎月入居者の近況を報告し、その紙面に意見要望欄を設けている。苦情受付窓口については、玄関入口に明記され、意見箱も設置している。家族より食事及び排泄介助時のエプロンについての意見が寄せられ、スタッフ会議で検討し、女子職員のみ好みのエプロン着用など、家庭的雰囲気づくりの工夫がなされている。	
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	毎月一回行っている定例会議の時や日常業務の中で随時話し合いを行い、早めに対応を心がけている。	定例会議で運営・勤務体制・行事等が話し合われ、業務日誌等は申し送り時に話し合われている。法人内研修は実行委員会形式を取り、法人内各部署の委員が1～2ヶ月毎にテーマを決めて研修計画や実施をするなど、自主活動による職員の資質向上を図っている。	
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	代表者は、年に2回、職員に対し本人評価、及び管理者における評価を実施し個別の実績や要望の把握に努め、業務時間内にも事業所の訪問をし、職員や利用者との交流を心掛けています		
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	勤務ローテーションの調整を図りつつ、全職員が研修を受ける機会を得られるように配慮している。事業所内で研修担当者を募り、H21年より法人内研修を実行委員会形式で毎月開催している。研修後に報告書を提出してもらい、他職員との共有も図っている。		
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主催のレベルアップ交換研修に参加し、他ホームへ職員を派遣したり受け入れたりしながら、お互いの研鑽を重ねている。また、小規模多機能グループホーム大会や群馬認知症アカデミーで事例を発表している。		

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	入居時に限らず、利用者の訴えに対して、何を考えて何を言おうとしているのかを出来る限り聞き取るようにしている。時に個別で対話を行う事により安心感を高めるようにしている。		
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	入居時には、これまでの生活状態・心身状態を聞き取り、問題となっている事や要望を明確にした上で、ホームでどのように過ごしていきたいのかを最終的に伺っている。		
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	家族から直接ホームに電話があった場合、今現在困っている事は何なのか、すぐにホームの利用が必要なのかを考えて対応している。		
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	昔やっていた活動をケアとして提供した中で、私たちの知らない言葉・出来事・方法・場面など様々な発見があり、双方向の関係が築けている。		
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	行事への参加・通院への同行・状態の変化など、事あるごとに連絡・相談を行い、ご協力を頂いている。		
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	以前に住んでいた自宅周辺や自宅に立ち寄るようにしている。市内への買い物途中などで気軽に立ち寄るようにしている。	昔からの馴染みはあるが、近年買い物で馴染みの店員ができ声をかけてくれる。近くのデイサービスと一緒に通った友人に会いに出かけたり、自宅まで職員とドライブし、家族と一緒に墓参りに出かけたり等馴染みの場や人の関係が途切れないように、家族の協力を得て支援している。	
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	ホームでの暮らしの中心となるホール。そのテーブル席は、ご本人の意向と相性の良さを客観的に見て決めており、トラブルや訴えがあれば早期に随時変更をしている。		

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	退所して数ヵ月後にも、ご家族からの電話相談などに対応している。 入所後、症状に改善が認められ在宅生活に戻り、そして数年後に再び介護の必要性が生じた為に再契約に至ったご利用者もいらっしゃる。		
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	日々のかかわりの中で声を掛け、言葉や表情などからご本人の意思を推測し、それとなく確認している。意思疎通が困難な人にはご家族や関係者から情報を得るようにしている。	日々関わる時に言葉をかけ、日曜日の献立やレクリエーションでは希望を聞いている。お茶の時間には希望を聞くこと、選んだりすること等自宅と同様な行為と考え実践している。また意思疎通が困難な方であっても区別せずに、普通の会話を心がけ、家族からの情報も参考にしながら意向の把握に努めている。	
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	入居前にキーパーソンとなる家族から生活歴を伺うこと以外に、ホームで暮らしている中で知れた本人の暮らしの一端を記録に残し、職員全員で共有し活用している。以前利用していた施設・病院にも情報が足りない場合には随時連絡を取り合っている。		
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	利用者一人ひとりの生活リズムを理解し、行動や言葉、表情からチームとしてその人全体の把握に努めている。		
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	職員が記録した個人別の介護日誌と利用者からの聞き取り、家族の意向を反映させた介護計画を作成している。	毎月のケア会議では、本人・家族の希望を聞き、介護日誌や通院時・往診時の医師・看護師からの情報記録からモニタリングを行い、3ヶ月の期間で介護計画を作成している。急変時や家族の要望等により随時見直しがされ、家族に了承されている。	
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	毎日の個人ごとの日誌には日常生活で乗り容赦同士や職員との関わりの様子や自ら発した言葉、行動を記録し、その中で気付いた事柄に関しては職員間の申し送り等にて共有。		
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	利用者や家族の要望、希望を実現する為、チームケアとして多様な支援を行なっている。専門医への通院や入院中の支援、帰宅、買い物など。またグループホーム共用型通所介護があるという利点を活かし、通所利用宅まで入所利用者が共に送迎をするなどの利用者間の交流、地域交流に結びついている。		

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	町内の祭や高校の福祉祭への参加、図書館の利用など支援として活用。日常的な介護ボランティアや地域の習字指導のボランティアをはじめ、専門学校生や中学生の受入れを随時おこなっている他、踊りや唄を披露される近隣の方がいる。		
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	契約時に、本人・及び家族の要望により他の医師による診察を希望するのであればそのようにしている。専門的な診療は専門医療機関を、かぜなどの日常的な診療にはホーム協力医を活用するなど状況に合わせた診療態勢をとっている。	入居時に希望を聞き、入居前からのかかりつけ医及び協力医にそれぞれ受診をしているが、かかりつけ医には家族が同行し、必要により職員が同行や電話で直接健康相談する事もある。協力医は毎週往診し、訪問看護(週1回)、近医の訪問診療(歯科)等により適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	ホーム協力医への月1回の受診している。また、週に一回の訪問看護ステーションの看護師が共に定期健診を行い利用者や職員との関係を築きつつ連絡・相談を随時行い支援している。		
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。	入院時は日常生活の留意点を情報提供書で伝達。入院中は、可能な限り職員が面会し関わりを行い認知症状の緩和に努めている。家族・医師と相談しながら退院の時期を出来るだけ早めるように働きかけている。服薬と通院程度と医療ならば退院につなげるように働きかけスムーズな利用復帰に努めている。		
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、事業所の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	重度化していく中、本人・家族・協力医・ホームが常に連絡を取り合いながら現状を見据えつつ、最良な援助につながるようにしている。我々職員が常に間に入り情報をつなげながら話し合い共有できるようにしている。入居時、及び必要に応じて重度化に関する指針を説明し、家族・本人の確認とともにその同意書を交わしている。	入居時及び必要時に、重度化について指針の説明をしているが、意思の確認はしていない。重度化(医師が判断する)は重要と考えており、入居者の急変や病気による入院等の際には、本人・家族・主治医・ホームでその都度話し合い方向性を共有している。看取りの経験はないが、ホームのできる限りのケアの後病院で最期をむかえた方がいる。	重度化、終末期のケアについて、家族・医療機関・全職員等との話し合いをされ、ホームとしての方向性を検討されることを期待したい。
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・事故のマニュアルを備えて発生時に備えている。救命講習に参加し、最新の技術の習得に努めている。		
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	災害に備えた避難訓練を定期的実施。消防署にもご協力頂き、日中、夜間を想定した訓練と避難方法の確認を行なっている。地域の行事参加、散歩、買い物を利用者で行なうことで協力を得られるような関係作りを日常的に行なっている。	年2回の内1回は消防署の立会いの下、夜間想定避難訓練を行い、避難経路の確認をしている。災害時の地域の方の協力の依頼は地域清掃の折に依頼をしている。また、近隣住民は高齢者が多いので相互的に協力が必要と考えている。	近隣の方との相互扶助的な災害対策の検討をされるよう期待したい。

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	排泄の有無を尋ねる際には、声のトーンを抑えるなど配慮。記録文書の中には、他者が登場する場合にはイニシャルで表現するなど特定出来ないような形式。記録文書などを放置しない。	失禁で衣類が濡れてしまった方に「汗をかきましたね」とさり気なく言葉をかけ、居室のドアの開放希望の方にはレースのカーテン使用等、プライバシーに配慮した支援が行われている。記録後の書類などは放置しないよう注意を払っている。	
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	物事が複数ある場合は必ず選択して頂く様に配慮。いくつかあるお菓子・日曜日のメニュー選び・買い物など、判断・決定の機会を捉えて生かすように日常から気をつけている。時に、その日のレクリエーションを利用者に決めていただき実施することもある。		
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	業務に追われる事が多い中で、利用者との共同作業を通じて共に歩むケアに取り組んでいる。どのように過ごしたいか？何を行えば集中できるか、楽しんでもらえるか、笑顔を見せてもらえるか。できる事、できない事、その他の精神状態にも配慮しつつ支援。		
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	自宅から持参したお好きな服を着用して頂いている。出来る方は、自由に着こなしをして頂き、出来ない方はご本人のイメージに合わせて、天候や行事を考慮して職員が支援。理美容は利用者の選択に任せているが、ホームに馴染みの訪問美容師を心待ちにしている方がほとんどである。		
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・皿洗い・下膳など、食事に関する作業を協働で実施。自然と役割が出来上がり、一連の流れが出来上がっている。お好きなものを聞いて日曜日のメニューに取り入れたり、そば・うどん打ちなどをご利用者と一緒に行っている。	月～土までは食材の宅配を利用している。2名の食事担当職員がおりアレルギー体質の方、嚥下障害の方等食事内容に配慮している。日曜日は入居者の希望を取り入れた献立の食事を提供し、時には入居者と一緒におやつを作り、うどんや蕎麦打ちを楽しみ、入居者は一緒に皿洗い下膳等、出来る力を発揮している。	暮らしの中の家庭の食事風景を考えて頂き、職員と入居者が食事を楽しむ工夫をされるよう期待したい。
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	食料宅配業者を利用しており、栄養士による献立作りとなっている。その献立をベースに野菜を増やす・季節の行事食に変更する・米食ばかりでなく麺類・パン食への変更・嫌いな物への個別対応などを利用者ごとに行い、変化のある食事内容となるよう工夫。		
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、働きかけを行い口腔ケアを行っている。出来る方はそのまま見守り、出来ない方は洗面所まで誘導しご自分で洗うように促している。促しても出来ない方は介助で行うが、時折不穩もあるため様子を見ながら対応することもある。		

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	排泄周期にあわせたトイレへの誘導・声かけ・介助を利用者ごとに行っている。また、利用者の仕草・落ち着かない様子などのサインを読み取り支援している。ご自身にてトイレに行ける利用者にはさりげなく見守りをおこなっている。	排泄パターンやサインを読み取り、「足の運動に行きましょう」とさりげなく声をかけ、オムツの方を除いてトイレでの排泄を支援している。夜間でもポータブルトイレは使用していない。入居前はオムツの方がトイレで排泄できるようになり、昼間は布パンツにパットに替わる等排泄の自立を支援している。	
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やおやつ作りを心がけている。個人の介護日誌に便秘の日数や水分量を記録して職員間で共有している。散歩・体操・牛乳など、便秘によさそうなものは随時取り組んでいる。		
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	基本的には入浴日を決めているが、希望があれば毎日入浴できる体制をとっている。また個別支援として毎日の夜間入浴を行った実績も過去にある。	週2回の入浴とし、一人づつゆったりと入浴出来るよう介助している。毎日の入浴が可能な体制がある。希望があり夜間入浴による寝つき効果を期待し実施したことがあったが、現在はしていない。入浴拒否の方には声かけや日を変えて行っている。	
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	各利用者の体調の変化に合わせ、自室での休息や臥床を促している。その際、様子を見に来る事や食事時間になったら声をかけに来る事など、不安を和らげ安心感を持って頂けるように配慮している。		
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	服薬内容が変わった場合、協力薬局から薬の説明書をその都度提出して頂き職員間で回覧。服薬内容も協力薬局の薬剤師から解説してもらい、不明な点があれば随時電話にて連絡・相談を行っている。		
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	お互いの関係を調整しつつ生活歴に合わせた仕事や役割となっている事を毎日行っている。気分によっては、職員と一対一で居室で対話を行ったり、買い物や散歩へ行くなどしている。若い頃からの趣味である絵画やパイプを楽しんでいる方もいる。		
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	散歩・近所への買い物・遠方への買い物など、自発的な要望を伺ったり会話の中で出てくる事柄から推察して、行きたい所・見たい物・欲しい物のある場所に行っている。実家に帰りたいという方とドライブがてら自宅まで出かけることもある。	日常的には近隣の散歩・庭先の花の水遣り・お茶飲み・日光浴等の戸外での活動をしている。実家に行きたい方とのドライブや年2回はフラワーパークや苺狩り等家族に声をかけ出かける支援をしている。	

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	家族の協力を得て、少額のお金を持っている人がいる。買物の時、お金などは自分で払って頂けるようにお金を渡す等の工夫をしている。		
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	要望があれば早期に実現できるように支援している。電話は、使い方を説明して出来るだけ自分でかけられるようにしている。かかってきた電話もすぐに本人に取り次ぐようにしている。 ご兄弟と手紙のやり取りをしている方もいる。		
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	玄関には季節の花、ホームには季節を感じられる飾り付けなど利用者と一緒にしている。共有の空間には必要最低限の物しか置かず整理整頓を行い、利用者がゆったり過ごせるよう配慮している。	玄関先には季節の花が植えられ、ホールや廊下の壁には絵画、行事や生活のスナップ写真・昭和初期の風景写真が貼られている。台所からご飯の炊ける匂いがあり、ホールの畳スペースは昼寝や趣味の絵を描いたり、寛げる空間になっており、冬には炬燵を置きたいと考えている。居心地良く過ごせるよう工夫をしている。	
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	玄関先に椅子を置いて利用者と職員と一緒に外気浴。畳コーナーを活用し日光浴や昼寝をしたりとくつろげるスペースを作っている。毎日、畳コーナーにて昼寝や趣味のスペースとして使用している方もいる。		
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	ご家族には、親しんだ物品を居室に持ち込んで頂くように入居時から働きかけている。	居室には、使い慣れた、軍司・時計・ランプ等が置かれ、家族の写真・カレンダー・本人の作品である短歌等が壁に飾られている。観葉植物や縫いぐるみ、机の上には本や雑誌・筆と硯、好みの衣類が掛けてある等、生活スタイルに合わせて居心地よく過ごせるよう工夫をしている。	
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・トイレ・浴室の手すりを設置。歩行の不安定な利用者でも、階段を使いたい場合は職員が同行して安全に配慮しつつ昇降して頂いている。		