

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	1092600046		
法人名	吾妻総業株式会社		
事業所名	グループホームやまゆりの家		
所在地	群馬県吾妻郡東吾妻町大字原町 50		
自己評価作成日	令和2年3月5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	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	令和2年3月14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)】

地域に必要とされ、誰もが気持ち良く利用できる施設を目指し創意工夫をしています。介護職としての行動規範や接遇は職員全員が共通の認識を持ち、入居するお一人お一人の尊厳を守り、施設理念に沿った根拠に基づく介護を行っています。やる気のある地域の人を中心に雇用し、人材育成や資格取得の支援を行っています。

【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)】

利用者の気持ちは、その日の気分や状況によって変わるのが当然と捉え、自由な選択ができる環境・場面を提供すること(入浴・テーブルの位置や席など)を大切にしている。そのため個別支援に視点をおいて声かけの仕方を工夫したり、気ままに食事ができる様に一人用のテーブルを用意したり、ソファなども配置されている。食事の楽しみとしては手作りおやつや行事食として麺の日、バイキングなども設けており、好評である。

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	入居者さまにとって、やまゆりの家が家庭であり、安らぎの場所になるよう、毎日の申し送りや会議で、理念の確認をしています。常に私共の社会的役割や地域との関わりを意識し、根拠ある行動をしています。	利用者がその日その時その人らしく過ごせるよう個別支援を意識することを理念に盛り込み、日々、利用者の意向を確認するよう職員は努めている。	
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	地域の行事等は、班長さんや民生委員さんを通じて頂き、ご近所の方々と共に参加しています。行事の際には、地域の方や慰問の方が施設に来所し一緒に食事をし、唄や踊りを披露していただきます。ゴミの収集場所や駐車場はいつでも地域の方に利用していただけるようにしています。近所の方が、困ったときには気楽に立ち寄れる場所です。(雪かき、灯油の手配、野菜やお花のやりとりなどの交流があります)	法人所有の駐車場やゴミ捨て場を地域で活用してもらう事や行事への参加等も定着している。花の寄付や慰問もある。今後はイベントに近所の人を招いた取り組みも実施したいと考えている。	
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	介護相談や施設見学は、いつでも対応しています。また車椅子等の福祉用具の無料貸し出しや使い方の説明もしています。地域の皆様には回覧板を通してこれらのお知らせをしています。認知症相談窓口を開設し、玄関に掲示しております。		
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ヶ月に一度の運営推進会議では、東吾妻町保険福祉課の方や地域の区長、班長、民生委員様に出席いただき、必要時には広域消防様にも出席いただいております。その都度近況の報告をし、入居者様の意見もいただきながら現状での問題点や改善案を話し合っています。これらの意見を参考にサービスの見直しや向上に努めています。	2ヶ月おきに防災訓練や慰問などの行事にあわせ、運営推進会議を開催している。行政担当者・地域代表者も参加し、情報交換を中心に行っている。	運営推進会議への家族の参加を働きかけ、利用者・家族の思いの共有にも努めてみてはいかがか。
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	施設の現状報告を常に行い、制度の改正内容の確認、研修関係や困難事例の相談も、その都度しています。運営推進会議では、その後の経過をお伝えしています。	管理者は行政窓口に出向き、制度等の必要なことを相談している。家族の依頼で、介護保険の更新代行や認定調査の立ち合いも行っている。	
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	全体会議やユニットカンファレンスにて、禁止の対象となる具体的な行為をあげて、勉強会を行い職員は共通認識を図っています。玄関は施錠せず、出掛けていく入居者さまには職員が付き添って、出来る限り自由な暮らしが安全に送れる様にしています。	身体拘束にあたる事項について、勉強会を行い職員は共通の認識はもっている。現在は、入居して日の浅い帰宅願望の利用者がいるため、玄関は中から施錠をしている。つなぎや車イスベルトを使用している利用者はいない。	利用者の不安を受けとめ、玄関の施錠をしなくても安心して過ごせるよう、以前と同様の状況にもどせることを期待したい。
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がないように注意を払い、防止に努めている	管理者は、厚生労働省が定める権利擁護推進員として、学んだ事を勉強会で全職員に伝える様に努めています。全員が虐待等の報告義務を周知し、小さな気付きでもヒヤリハット記録に残し、福祉理念に添った介護であるか、検討しています。		

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
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	群馬県や群馬県社会福祉協議会の開催する研修に参加して学んでいます。研修の内容は勉強会で職員全員が共有しています。管理者は対象の事例に対して、適切な相談先へ申し送りが出るように努めています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	入居前には、ご家族・ご本人に施設見学をして頂き、リスクについてもお伝えし、質問や相談に対応しています。制度や施設の説明には十分な時間をとり、ご理解・納得を得た上で契約させて頂いています。		
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	公的相談窓口の紹介は重要事項説明書の中に明示し、入居時に説明しています。館内には意見箱を設置し自由な意見をいただくようにしています。管理者は、面会のご家族にその都度「何か、ございませんか？」と声を掛け、気軽に相談できる関係作りに努め、コミュニケーションを大切にしています。運営推進会議や家族会でご家族のご意見をいただき運営に活かしています。	家族からは環境面での要望が数多く寄せられている。利用者からは帰宅願望や兄弟の家にいきたい・他施設に行きたいなど具体的な要望も出されている。家族と相談しながら安心して生活してもらえるように努めている。	
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	経営者参加の定例会議やユニットカンファレンスを行い、各職員に意見や提案を発言する機会を設けています。また日頃から食事会等を開き、コミュニケーションを図っています。	定例会議・ユニット会議が、正職員の勤務体制の都合上、不定期開催になってしまう場合もある。会議では全員が発言できるよう進行し、職員が方針を統一できるようにしている。	職員の共通認識の確認や、検討事項の早期取りくみのため、定例会議の定着を期待したい。
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	経営者が施設に来ることで、職員とコミュニケーションをとり状況の把握に努めています。職員の資格取得支援として費用補助や勤務調整をしています。勤務中の疲労軽減に休憩室も確保されています。		
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	高齢者介護総合センターやグループホーム連絡協議会・群馬県が行う研修に、積極的に参加しています。資格取得のために施設として、受験費用や受験交通費・宿泊費等を負担し、フォローしています。		
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	グループホーム連絡協議会が行うレベルアップ研修や認知症介護研修へ職員を派遣し、施設間の交流に努めています。近隣の事業所同士で連絡を取り合い、協同しながら質向上に取り組んでいます。		

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
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	入居相談の際には、十分な時間をとり 必要時にご自宅や入院先へ出向き、ご本人・ご家族とお会いして、お話を伺っています。		
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	これまでの困り事や、経緯を傾聴し、一緒に考え、協力させて頂く姿勢を伝えていきます。事業所が提供できるサービスの他にも、社会資源の紹介等も含めて話し合いをしています。		
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	相談時には、ご本人の状況やご家族の介護力の確認をし、その時々に必要なサービスや社会資源につなげるようにしています。月に一度は施設の空室情報をお伝えし、その時々に応じた柔軟な対応に努めています。		
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	職員と入居者様が炊事・洗濯・掃除を一緒に行う事で、生活を分かち合い 関係性を深めています。得意なこと(裁縫・折り紙・料理・詩吟)は教えあったり、共同生活の苦労や楽しみを共感し、支え合っています。		
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	ご家族との面会や外出・外泊・電話はいつでも自由に来るように援助しています。日々の様子を毎月 写真と共に郵送し、施設での生活がご家族へ伝わる工夫と、ご本人の思いが伝わるように一言を添えています。		
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	入居前の友人宅へ職員が送迎し、お茶を楽しんで頂いたり、近所に住んでいた顔見知りの方に面会に来て頂くように職員が連絡をとったり、友人への手紙の代筆等 馴染みの関係が途絶えないように援助しています。	家族には自由に面会できることを伝えていく。新聞を個人で定期購読している利用者や趣味のデジカメで撮った写真を家族がアルバム(写真集)にしている利用者もいる。	
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	共有の場所が心地よく過ごせるように、環境整備をしています。食事やお茶の時間は食堂ホールに全員が集まれるようにお声掛けをし、なじみの関係で楽しめるように、座席の配置やテーブルの位置をその都度調整し和やかに過ごせるよう配慮しています。職員は、個々の個性を尊重し人間関係の調整役に努めています。		

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
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	転居先には、やまゆりの家での生活状況を文書でお渡しし、情報提供をしています。転居先の施設の方と共にケアの方法を考えたり、連絡を取り合っています。在宅に戻られた方には、ご家族へ在宅での様子を伺い、不安な事や困りごとがあれば、いつでもご連絡いただくようにお伝えしています。		
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	定期的なモニタリングやアセスメントを行い、ご本人やご家族の思いを傾聴し暮らし方の希望や意向を把握するように努めています。また職員全員が個々の(本当の)思いに関心をはらうように心がけ、情報の共有を行っています。	利用者には2週間に1度は思いや意向を聴いている。家に帰りたい・兄弟に会いたいなど様々な意向は家族にも伝え、相談し意向も確認しながら支援している。	
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	入居に際してはご家族・ご本人とお会いして、十分に時間をかけてさまざまなお話を伺っています。個性や価値観等のアセスメントを行い、以前に利用されていたサービス関係者さまからも、過去の具体的な情報収集をしています。		
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	ADL・精神面・認知面の変化に気を配り、情報は毎日の申し送りでご職員が共有しています。個々の生活を尊重し、できることに注目した援助をし、その内容は記録に残しモニタリングやカンファレンスで確認しています。		
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	介護計画の作成には、ご本人やご家族の意向を十分に伺い、プランに反映させています。2週間ごとにケアの内容についてモニタリングを行い生活課題を職員で共有し、課題分析をし援助内容の検討をしています。日頃の関わりの中で伺える、思いや意見を尊重したプランづくりをしています。	2週間ごとにケアのポイントと共にモニタリングを行い、介護計画は3ヶ月ごとに見直しをしている。	
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	個別ケース記録とケアプラン実施表へ毎日の生活記録をしています。受診結果や体調変化は申し送りノートへその都度記録し、職員が出勤時に必ず確認しています。双方の記録は介護内容の検討資料にしています。		
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	ご本人・ご家族の状態に応じて、急な受診の対応やご家族を含めた送迎も臨機応変に対応しています。福祉車両が必要な際は、その都度相談に応じています。急な外出・外泊も承っています。		

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
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	ご近所さんを中心とした地域の方とのつながりが途絶えないように、頻繁に行き来しやまゆりの家の状況をお知らせし、困りごとや相談をしています。行政、消防、警察には、防災や防犯のご指導を頂いています。外出が難しい方は地域の訪問理美容や訪問診療を活用しています。図書館、道の駅、公民館は外出時の休憩や地域の方との交流の場として活用しています。		
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	受診はご本人・ご家族の意向を伺い、以前からのかかりつけ医を継続して受診できるように援助しています。訪問診療や訪問看護を継続利用する方には、居室で安心して受診出来る様に環境整備と、医師への情報提供をしています。ご家族の都合等で主治医を変更する際には、情報提供書を作成し、ご家族と医療機関へお渡ししています。	受診については入居時に説明している。現在は全員が協力医が主治医となっている。受診には家族同伴を基本としている。訪問診療や歯科の訪問診療の利用もできることを説明している。	
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	体調の変化や負傷時には、直ちに看護職へ相談し、適切な医療につなげています。かかりつけ医さま、訪問看護師さま、地域の保健師さま、やまゆりの家看護職員へ相談しながら日頃の健康管理を行っています。		
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。	入院時には、直ちに医療機関・ご家族へ情報提供をしています。その際には認知面の情報を詳しく伝え、治療がスムーズに出来るように協力しています。入院中は職員が見舞うようにし、馴染みの関係を保ち、回復状況等情報交換をしています。		
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	重度化した場合や終末期は、入居時に文書でお伝えしています。ご本人の体調やADLの変化は、早い段階でご家族へお伝えし、私共で出来る事と出来ない事を説明しています。ご本人・ご家族のニーズを随時確認し、意向に添った援助が出来る様に他サービスの申し込みや手続きの援助もしています。	重度化や終末期についての方針は文書で説明している。利用者の中には『最後まで』という希望もあり、終末期の医療連携について今後の検討課題と捉えている。	
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	応急手当マニュアルを整備し周知徹底を図っています。夜間時の緊急対応は、ご本人・ご家族と事前に話し合いをし、個人ファイルや申し送りノートへ明記し共有しています。		
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	月に1度の避難訓練では、個々の認知面を考慮した誘導方法を検討・共有しています。地域消防さまには火災通報装置、警報器、消火器の使用指導や通報、非難方法を指導頂き、災害発生時に備えています。設備面では火災通報装置、スプリンクラーを設置し、緊急時には連絡網を通じて職員全員が関わる体制です。備蓄品は乾パン、水、パン、毛布等2～3日分用意しています。運営推進会議では、防災訓練を行い、地域の方、行政さま、広域消防さまへ、合同訓練をお願いしています。	直近1年で消防署立ちあいの総合訓練が1回、自主訓練が3回行われている。食品・毛布などの備蓄を用意している。	火災・地震などの災害を想定した自主訓練の回数を増やし、スムーズな対応ができるよう今後も取り組んでいきたい。

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	その人らしさを大切にお一人お一人の人格・尊厳を尊重をし、その人に負担を掛けない援助が出来るように、全体会議で『行動規範』や『行動指針』に基づく勉強会を行い周知徹底しています。個人情報の取り扱い、全職員が個別性や守秘義務について充分理解しています。	声かけに筆談・ジェスチャーを取り入れたり、トイレを「日本橋」と言い換えるなど表現方法も利用者によって変えている。車イスからソファに座り変え過ぎてもらったり、エプロンを使用する人への配慮もしている。	
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	スケジュールにとらわれず、一人ひとりが何をしたいかを尊重し過ぎて頂いています。食事のメニューは、リクエストを伺い決めています。好きな事や関心事に留意し、話しやすい関係作りを心掛けています。		
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	ご希望に添って、職員と一緒に散歩をしたり、買い物に出掛けたりします。帰宅したい方には、ご自宅付近へドライブして馴染みの土地や人とふれあう機会を設けています。個々のペースに合せ柔軟な対応をしています。		
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	その日に着たい服や身につけたいものは、ご本人が決めています。女性のお化粧やお肌の手入れも継続できるように援助しています。散髪は近所の美容師さんが訪問し、和やかな雰囲気の中で、好きなスタイルにしています。ほとんどのの方が気に入られて利用しています。		
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	三日に一度の頻度で昼食は食べたいものを伺って献立をつくり、おやつもバイキング形式や居酒屋の日を設け、自由に選択し、楽しめるように考えています。毎日一緒に炊事をする方もおり、うどん打ちなど調理の方法や味付けを職員が教えてもらう事も多く、入居者さまの張り合いや自信になっています。常に新しいことが出来る様に定期的に献立会議で検討しています。	食材はチルド食を利用している。ごはん・汁物・生野菜は台所で作り、利用者にごしらえや米とぎ・皿洗いなどお願いしている。手作りおやつやうどん打ち・お饅頭づくり・行事食などの楽しみも取り入れている。	
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	個々の嗜好や馴染みの食事を把握し、季節感のあるメニュー作りをしています。食事量はその都度記録し、一日を通した摂取量をだまかに把握しています。必要な方には、水分量のチェックも行い、食欲のない方には嗜好品や摂取時間の工夫をしています。		
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	毎食後の口腔ケアは、事前に個々の習慣や意向を伺い、自立されている方にはその状態が継続できるように援助しています。その他の方にも、まずはご自分でケアした後に、職員が足りないところを援助しています。		

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
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	自尊心や羞恥心に配慮し、どこが出来なくて何が必要かセルフ能力を把握した上で、身体機能や認知面の変化に応じた援助にさりげなく関わられるようにしています。居室へポータブルトイレを設置したり、排泄リズムを把握した上で声掛けを行なう等で排泄が自立出来る様に援助しています。	トイレでの排泄を基本に支援している。夜間はポータブルトイレ・オムツを使用している利用者もいる。時間、表情に応じて声掛けや誘導を行いチェック表で確認している。	
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	献立会議で便秘予防について話し合い便通のよくなる食材を美味しく食べる工夫をしています。水分補給の徹底を行い、個々に好きな物がいつでも飲める環境にしています。生活の中で身の回りの事や炊事をするをする機会をつくり、セルフケアと運動が自然にできて、お通じも良くなるように援助しています。		
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	月曜から金曜まで毎日入浴できます。希望を伺い、その時々のお気持ち・体調等に配慮した対応をしています。ゆっくり入浴したい方や、足浴・シャワー浴・清拭の希望がある方、入浴の順番にこだわりのある方には、希望に添えるように時間をつくり、個別支援をしています。また、介助されずに一人で入浴したい方にも安全に入浴できるように環境整備と配慮をしています。	1対1での入浴支援をしている。毎日声かけもしており連日入浴している利用者も多い。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々のお状況に応じて、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	個々の生活習慣や日中の活動状況を把握し、疲労度に合わせて休息が取れるように配慮しています。共有場所でもゆったりと休めるように所々にソファを配置する等の環境を作り、居室は安眠のための環境(温度・湿度・音・明かり)作りを努めています。		
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	服薬内容は個別ファイル等に保管し、全職員が共有しています。副作用があれば、詳細に記録を残し、受診時に主治医へ相談をしています。処方変更は申し送りノートへ記載し、全職員に周知徹底を図ります。		
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	個々の生活歴や得意なことを伺い、それぞれの活躍できる分野で、経験や知識を発揮し 役割や楽しみ事が出来るように配慮しています。行事や日々の食事から季節の移り変わりを感じてもらい、昔の暮らしを想起できるようにイベントを検討しています。		
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	個々の習慣や希望に合わせて、散歩・買い物・ドライブ等積極的に外出しています。中庭での家庭菜園や園芸はいつでも自由に出来るようになっています。歩行困難な方には車椅子や車を利用し外出しています。近所の方にも理解をいただき、散歩中に休憩させて頂いたり、声を掛けていただくなど暖かく見守られています。	天気のよい日は、庭で日光浴をしたり散歩をしている。花壇で花を育てたり、野菜づくりを手伝ってもらうこともある。	

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
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・ご本人の意向を伺い、ご自分でお金の所持を希望される方はお財布を持ち自己管理されています。普段 お財布を持たない方も 外出・買い物時には、社会性の維持を考慮し 財布(施設用)を持って頂き、欲しいものを購入し、支払う場面を作っています。		
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・知人からの電話のお取次ぎをし、ご本人が一人でゆっくり会話ができるように事務所では電話中は席を外し、話しやすい環境を作っています。手紙のやり取りは、代筆や代読をし 親しい方との文通が途絶えないように援助しています。		
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	一般家庭で使用する調度品を置き、所々に入居者さまの作品や、摘んできた草花を飾り、生活観のある環境作りに努めています。自然に恵まれた環境を活かし、外の景色が見えるように配慮し、中庭には植物を植え、季節を感じる工夫をしています。	共用空間である食堂からは庭が見渡せる。季節の作品や花が飾られている。ソファや一人用のテーブルなどが用意され、その日の気分や状況に応じた過ごし方ができる工夫がされている。	
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	椅子やソファは、個々の生活スタイルや、仲間同士の関係性に配慮し、配置しています。廊下にも椅子を配置し、一人で外を眺めたり 仲間とひと休み出来るようなスペースを作っています。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時に、なじみの家具や品物をお持ちいただくように説明しています。お預かりした家族写真や思い出の品々を飾り、心地よさに配慮しています。仏壇や女性ならではの調度品・趣味の道具もお持ちいただいています。	入居時に説明し、馴染みのものを居室に用意してもらっている。鏡台や化粧品、洋服かけや趣味の物を持参している利用者がある。	
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	一人でもご自分の居室がわかるように、居室に名前や写真を大きく明示しています。共用部には『べんじょ』など大きくわかりやすい文字表示をし、居室の床色は部屋ごとに変えて共用部との境界を作りわかりやすく配慮をしています。		