

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	1090300185		
法人名	医療法人社団 三思会		
事業所名	グループホームクララ梅田		
所在地	群馬県桐生市梅田町1-385-4		
自己評価作成日	平成24年10月18日	評価結果市町村受理日	平成24年4月9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	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町13-12		
訪問調査日	平成12年11月28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)】

グループホームクララ梅田は、桐生に生まれた方には馴染の深い山々や、桐生川に囲まれ、自然豊かな場所に立地しています。周囲はウッドデッキに囲まれ、どの部屋からもウッドデッキに出られるため、利用者さん季節の移り変わりを肌で感じて頂くことが出来ます。また、病院が母体であるため、医療との連携も取りやすくなっています。関連施設にグループホームが5つ(7ユニット)あるため、合同で委員会や勉強会を開催し、職員の知識や技術の向上を図ることで、ケアの質の向上にも努めています。個々の利用者さんの状態を把握し、1人1人のニーズに合わせたケアの実現を目指し、利用者さんに楽しく安心して生活していただけるようなグループホームにしていきたいと考えています。

【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)】

豊かな自然環境に恵まれた町並みに事業所は立地し、居室前の広いウッドデッキから季節の移ろいが眺められる。母体が医療法人のため医療連携を図り、健康を害する事多い高齢者にとり日々の生活を安心して過ごしている。母体医療法人は職員の質向上がケアの質と考え、組織全体の委員会や年間研修計画(食事・認知症・感染症・食事の変化の対応をテーマに、毎月の研修実施)があり、さらに各事業所では月1回勉強会及び日常的に10分程度の勉強会を設けている。また、職員の知識や技術の向上を通して介護の質向上となるよう、自己研鑽を促す人材育成の環境がある。管理者・全職員は理念及び毎月の目標を掲げ評価を行い、日々の介護に取組みをしている。

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している (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	入職時のオリエンテーションの時に、事業所の理念について説明を行っている。また、理念を常に忘れることのないようにホールに掲示している。施設理念の内容については、利用者さんのケアの在り方を話し合う中で、確認し合い職員と共に共有するよう心掛けていく。	開設時の理念に、毎月の目標を加えて、ホールに掲示している。理念は会議やミニカンファレンスで話し合い、共有して日々の介護の中で実践している。	
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	近くのお店に利用者さんと買物に出かけたり交流のきっかけ作りを行っているが、十分とは言えず今後の課題である。	自治会に未加入であり、地域行事は少なく参加の機会はない。散歩時に住民と挨拶をするようになり、歌や踊りのボランティアが訪問している。地域包括センター主催の家族交流会(自宅で介護する家族)に職員が参加して、会に参加している家族からの話を傾聴し、認知症の説明をするなど、家族への支援に協力をしている。	回覧板等で地域の方からの情報を得て、事業所から地域に役立つ活動を発信し情報交換を行い、地域との交流を図るよう期待したい。
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	本体施設で主催する「介護教室」で認知症の講義などを行っている。また、出席した方の困りごとの相談などにも応じている。		
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	利用者の普段の様子や、ホームの現状などを報告させていただき、出席者からご意見を伺う事で、サービスの向上を目指している。	運営推進会議は2ヶ月毎に開催し、家族3~4名・利用者・市担当者・地域包括センター職員・民生委員等で構成され、利用状況・行事運営・評価結果報告を議題に意見交換をしている。また、避難訓練日に会議を開催して、避難訓練を知って頂く機会となっている。意見等はサービス向上に活用をしている。	運営推進会議のメンバーに地域の代表者である自治会の役員の参加を検討し、地域の相互協力体制づくりを期待したい。
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	運営推進会議に出席していただき、ホームの現状についてご理解頂いている。また、分からない事がある時は連絡しご指導いただくなど、関係づくりにも努めている。	役所に直接出向いて、書類の書き方・問題解決のための相談をしている。地域包括センターの会議に出席し、他事業所との交流を図っている。また、空き状況を報告し、協力関係を築くよう取り組みをしている。	
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	玄関の施錠は行っていない。県の主催による「身体拘束廃止推進員」の研修に職員を参加させるとともに、ホームの中でも職員と共に「身体拘束や虐待」また「不適切なケア」について学ぶ機会を作り、意識の向上に努めている。	県主催や法人の身体拘束についての研修会に参加し、事業所内で勉強会をしている。玄関は外に出る時に押す簡易電子ロック式であるが、利用者も押すことができ外に出られる。また、居室からウッドデッキに出られる。運営者・全職員は玄関の施錠を含めての身体拘束をしないケアについて理解し、実施している。	
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	ホームの中で学ぶ機会を作り、職員への意識付けを行っている。		

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
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	権利擁護に関する資料を提供し、職員が学ぶ機会を作っている。現在1名の方が後見人制度を利用されているが、他に該当する方がいないため、実際に活用し援助に結びつけているケースはまだない。		
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	契約時には面談を行い契約内容について説明を行っている。その際、不安な事や疑問点を伺い疑問点等がある時には説明をさせていただき、ご理解をいただくよう努めている。		
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	玄関にご意見箱を設置し、ホームに対する意見や要望を入れて頂くようにしている。また、運営推進会議に出席していただきご意見をいただいている。ホームに対する要望を伺うため、1年に1度、個別面談を実施している。	玄関に意見箱を設置している。要望はすぐに職員間で検討される。事業所は、年1回は家族との個別面談を実施し、状況報告や希望を聞いている。また、家族の希望による対応の変更時は、「個別ノート」に記録して周知徹底を図っている。	
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	月に1度職員会議を行い、意見交換をするようにしている。	毎月の職員会議には、介護の業務に関する改善案や運営の提案を聞いている。現在、休憩時間について調査を行い改善に向けて検討中である。年間の研修計画や外部研修を案内し、希望者には勤務調整して職員が意欲を持って働けるよう応援し、介護の質向上に反映をさせている。	
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	月に1度本体の職員並びにホームの管理者で会議を実施、職員の勤務状態の把握や職員からの要望等を持ち寄り話し合いを行う事で、意欲をもって働くことのできる職場づくり、またそれを実現するための環境整備に努めている。		
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	職員の経験年数や力量、仕事に対する意欲などを考慮し、研修内容に応じて参加する機会を作っている。また、関連施設と共同して、月に1回定期的に勉強会を行っている。		
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	法人内には5つのグループホームがあり、職員間の交流を行っているが、他施設(法人外)との交流は今の所行っていない。		

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
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	本人からお話を伺える時は伺っているが、言葉で伝える事が出来ない利用者さんの場合は、ご家族にお話を伺ったり、本人の言動や行動の中から困りごとを推察し、安心して生活できるよう支援させて頂くようにしている。		
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	入所時に面談を行いお話を伺うようにしている。		
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	入所希望で来られた時には、面談の中でお話を伺い状態の把握やご家族の困りごとを伺うようにしている。その際、状況に応じては他のサービスの利用を勧めたり、紹介したりしている。		
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	お手伝いなど出来る事はしていただくよう、心掛けている。		
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	ご家族の協力をいただきたいときは相談し、協力をいただくようにしている。		
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	利用者さんの中には、入所してからも今まで利用していた美容室に継続していかれている。	娘と自宅や墓参りに出かけている方もいる。また、馴染みの美容院を利用したり、友人や親戚の方が訪れる方もいる。社会関係が解らなくなってきている方が多くなり、ドライブをしてその途中に思い出すなど、馴染みの場所や人の関係が途切れないよう支援している。	
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	利用者さんの状態や性格を把握し、席の配置等を考え、利用者さん同士が交流しやすいよう配慮している。		

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	ご家族に連絡し、退所後の様子を伺ったりしている。ご家族の要望に応じて、退所後にホームでの写真を提供することもあった。病院等に入院し退所されたケースについても、ご家族から相談があった場合には相談に乗ったり、施設の紹介を行ったりしている。		
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	お話が伺える方には伺うようにしている。また、訴えが出来ない方については行動や言動から推察することで、ご本人のニーズを探り、ケアに結びつけている。	一人ひとりの思いや意向は、日頃の関わりから表情やしぐさを推察し把握している。入居者が不安そうに「側に居てよ」と話しかけがあれば、職員は一緒に寄り添い落ち着いた様子になるよう関わるなど、安心して一日が過ごせる支援を検討している。	
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	前施設や居宅からの情報を参考にしたり、本人やご家族からお話を伺い、生活歴の把握に努めている。		
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	1人1人について定期的にアセスメントを行い、状態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	定期的にモニタリングやカンファレンスを実施。状態の変化また、プランが現状に合っているかを評価し、状態に変化がある時は現状に合ったプランに変更するよう心掛けている。	介護の担当制を探り、職員は家族の要望や問題点の資料を作成し、毎月モニタリングを行い、医師の意見書等を基に、カンファレンス・サービス担当者会議で検討している。計画は毎週実施記録にてチェックし、3ヶ月毎に見直しを行い、家族に説明し了承を得ている。	
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	日々の様子については、個人記録に記入している。ケアプランについては、週に1度簡易的な評価を行い、気づいた事を備考欄に記入することで、介護計画の見直しの時に役立てている。また、1日の申し送り表を作り、職員間で情報の共有を行っている。		
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	基本的には、緊急の場合を除き外部の受診はご家族対応になっているが、利用者の状態やご家族の都合を考慮し職員が行うなど、柔軟な対応を行っている。		

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
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	1人1人を支えている地域資源の把握についてはまだまだ不十分であり、今後の課題でもある。		
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	希望される方はホームドクターに受診しているが、今までのかかりつけ医の受診を利用される方には、かかりつけ医に受診をしていただいている。	希望により入居前のかかりつけ医や事業所の協力医を受診している。協力医は隔週に1度の往診、発熱や急変時の往診に対応している。かかりつけ医に受診時に家族の都合で職員が同行の場合には、家族に報告をしている。毎週の訪問看護、受診、往診連絡表、申し送り票により利用者の心身の状態を共有し、適切な医療を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	個々の利用者さんの状態を把握し連絡票を作成することで、職員間で情報の共有を行うとともに、医師や訪問看護にも情報が適切に伝わるよう工夫している。		
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。	入院後は病院の相談員さんと連絡を取り、情報交換に努めている。		
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	入所時に“重度化した場合の対応”について希望を伺っているが、その場面になると希望が変わる場合もあるため、状態の変化に応じてまめにご家族から希望を伺うようにしている。また、状態の低下がみられる時は、医師や訪問看護、ご家族を含め対応について相談を行っている。	重度化や看取りのマニュアル・意思の確認書を作成し、入居時に説明している。急変時や食事の経口摂取が無理な状態には、家族・医師・看護師で方針を共有し、繰り返し話し合いをしている。協力医・訪問看護の連携を密にし、事業所で看取りを希望される家族には、利用者と共に過ごす時間を支援している。	
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	消防署の出前講座を1年に1～2回お願いし、緊急時の対応について学んでいる。		
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	定期的に避難訓練を行っている。また、運営推進会議の時に避難訓練を行う事で、ホームの現状にご理解をいただき、地域の方にもご協力をいただける様お願いしている。	年2回の避難訓練(夜間・昼間想定)を実施し、消防署が立会い、うち1回は運営推進会議のメンバーに参加を呼びかけて、家族・地域行政・近所の方1名も一緒に行っている。近隣宅個々に依頼をしていないが、地域に災害時の協力を依頼している。備蓄をしているが、地域のために会議でオムツの備蓄を増量の提案があり実現している。	

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
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	利用者の尊厳の保持については、学ぶ機会を設けて学んでいるが、まだまだ課題も多い。そのため、気が付いた時には声掛けや話し合いを行い職員の意識の向上に努めている。	利用者の尊厳について理解はしているが、実践する介護が適切かどうかを、アンケートや勉強会で高齢者の接遇資料を基に振り返りをしている。気づかずに対応で尊厳を損なわないように、支援している。	
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	「どうしましたか？」と声をかけるようにし「なにをしたいか？」など、本人の意思を確認するようにしている。また、自己決定出来る場面では本人の希望を聞き対応するようにしている。		
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	可能な範囲で対応するよう心掛けているが、まだまだ十分とは言えない。現状の中で可能な範囲で対応していけるよう、今後検討し工夫していきたい。		
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	ヘアカットなどその方の希望を聞きながら定期的に行っている。		
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	現在、キッチンでお手伝い出来る方がいないため、お手伝いをさせていただく機会を作ることが出来ない。ただ、食事が楽しみなものになるよう、時にはバイキング形式で食事を楽しんでいただくような工夫をしている。	利用者の希望を取り入れ、菜園で収穫した食材を使って職員が調理している。体調に配慮した刻み食・水分摂取の為にゼリー等を、提供している。利用者の体調により食事の準備や後片付けは望めなく、食事の挨拶はして頂いている。月1～2回は外食や弁当を取り寄せの時もあり、楽しい会話で雰囲気作りをしている。	
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	食事量を把握し、健康管理を行っている。水分量が少ない利用者さんには、毎食職員の手作りゼリーなどを提供し、水分を補っている。また、咀嚼・嚥下機能の低下がみられる方には、その方が食べやすい状態にして食事の提供を行っている。		
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、口腔ケアを行っている。一人で口腔ケアが出来ない方は、職員が介助したり、仕上げにガーゼで口腔内を清潔にするなど、利用者の状態を把握し、1人1人の状態に合わせた援助を行っている。		

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
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	1人1人の利用者さんの「出来る事」と「出来ない事」を把握し、利用者さんの状態に合わせた援助を行っている。	ハイタルチェック表や個人記録により、一人ひとりの排泄習慣やパターンを把握し、トイレでの排泄を支援している。日中はオムツの方一人を除き、リハパンツとパットを使用している。夜間はオムツ対応の方もおるが、睡眠に配慮しつつ、トイレでの排泄を誘導支援している。	
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	便秘気味の方には起床時に牛乳を飲んで頂いたり、ゴーヤや大根など便秘に良いと言われる野菜を多く提供し、摂っていただくよう心掛けている。便秘の時にはお腹を温めマッサージを行い排便を促すようにしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日を多く設定し、その日に入らなくても翌日入浴できるようにしている。また、入浴拒否があった人に対しては、その方に合わせ夜間に誘うなどの工夫も行った。	入浴は月火木金と土曜日を予備日とし、午前・午後、時には夜間に行っている。入浴拒否の方には翌日や夜間に変更したり、言葉かけを工夫したりして対応している。発熱後や発汗時は、清拭・更衣により清潔を保持している。入浴が楽しめるよう湯船には入浴剤や季節の柚子を入れ、ゆった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	一人一人の利用者さんの状態を把握し、午前と午後には休息を入れるなど無理なく過ごしていただくよう配慮している。		
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	個人記録の中に薬の処方内容をファイルし、いつでも確認できるようにしている。		
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	利用者さんが何に興味があってどのように生活したいか把握するように努めている。利用者さん自身を認めていく事で、喜びにつながるような支援を心掛けている。		
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	「買い物に行きたい」などと希望のある時は可能な範囲で一緒に出掛け対応するようにしているが、まだ十分とは言えない。ホームで対応できない時には、ご家族の協力をいただくようにしている。	日常的に近隣へ散歩に出かけ、天候や体調に配慮しながらウッドデッキでティータイムや外気浴、野菜の収穫等の戸外活動をしている。また、月1回の外出には外食や花見物・紅葉狩り・ドライブがあり、家族と買い物に出かける個別支援も行っている。	

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
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	お金については「物とられ妄想」のある方もいるため、個人で所持はしていないが、買い物の希望があるようなときには、お小遣いの範囲で対応するようにしている。		
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	希望のある時には可能な範囲で対応するようにしている。		
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	部屋の温度や湿度の調整はこまめに行っている。また、ウッドデッキに季節のお花を植えるなどし、季節感を楽しんでもらうようにしている。	居室・ホールとも温度・湿度の調節があり、ホール天井が高く開放感があり、高窓から光が射し明るい。壁には入居者の行事の写真や絵画・手作りカレンダー、大きな掲示板には行事予定が貼られている。浴室・キッチン・トイレは使い易い広さがある。居心地よく過ごせるよう工夫がされている。	
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	気の合った方と過ごしていただけるよう、席順などにも配慮している。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅より使い慣れたもの(イスや物入れなど)を持ってきていただいている。	居室にはベッド・造りつけの洋服箆笥・エアコンが設置されている。使い慣れた箆笥や椅子等の家具類、縫いぐるみ・テレビが持ち込まれ、壁には家族の写真・カレンダーが掛けられており、一人ひとり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	居室が分からなくて迷ってしまう方には、居室前に目印を付けている。		