

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	1073100388		
法人名	社会福祉法人 ころみの会		
事業所名	つむぎの里グループホーム ユニット I		
所在地	群馬県邑楽郡邑楽町中野2204-7		
自己評価作成日	平成29年 5月9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	平成29年6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)】

・個々に合わせたケアプランを作成し、その人しか出来ない、特技や喜び、楽しみを中心としたプラン内容にしている。又しっかりとプランの実行が出来るよう「プラン実行表」を別に作成している。
 イベント:季節に合わせたイベントを行い、9月の敬老会では演歌歌手の方やちんどん屋さんを呼び、地域の方も巻き込んで行い、地区の行事の1つと位置づけられている。1泊旅行を毎年行っており今年で14回目を迎える。納涼祭は同法人の障がい支援施設と一緒にいき盛大に行ってる。
 ・本人・家族・主治医の話し合いのもとターミナルケアを行っている。

【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)】

法人が運営している保育園と隣接していることで、普段の生活の中で幼児等との触れ合いが特別なことではなく日常的に行われている。事業所は認知症相談窓口を掲げ、地域の方の相談に対応している。また、保育園の講堂を地域住民に開放して、敬老行事を主体的に開催し、地域の老人を招いて利用者との交流を図っている。支援においては、利用者一人ひとりのケアプランをできるだけ分かりやすく具体的に掲げ、日々の生活状況記録様式を工夫して作成し、「ケアプラン実行表」で職員が毎日チェックすることで、毎月のモニタリング等につなげ、職員全員で共有してケアにあたれるよう努力している。また、事業所は、終末期を利用者の生活の延長と捉え、医療と連携を図りながら職員の精神的なケアを含め、チームケア対応を行っている。

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 3. 家族の1/3くらい 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、戸外に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	リビングにも理念を掲示し、職員がいつでも確認し実行出来るようにしている。利用者が要介護者としてのみ暮らすのではなく、ひとりの生活者として生きられる場所作りを常に考えている。	わかりやすい具体的な理念を掲げ、個々のケアプランに具体的に結び付け反映している。また、その実践の過程を、職員全員で「ケアプラン実行表」で共有し、確認し合いながらケアにあたっている。	
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	隣組に加入し区費も払っている。区のサロンの参加や、夏祭りでは区と町の山車の休憩所に利用してもらい、利用者たちともてなしている。回覧板も回している。	回覧板を利用者と一緒に届けたり、地域のサロンに参加したりしている。また、法人の隣接している保育園の講堂を利用し、敬老会等の地域行事を町と協力関係のもと、主体的に開催するなど、地域との交流に取り組んでいる。	
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	地域のスーパーや美容室を利用する事で顔なじみの関係になり理解して下さっている。小学生や中学生の交流の依頼もあり、子供たちにも学習してもらう機会を設けている。		
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1回定例で行っており、議題には利用者の状況、イベント報告、ひやりハット報告などをあげている。個人情報に関わることだが、利用者の状況は個人名や写真も提示し、徘徊のある人等に対しては、地域で見守れるように支援してほしいことを伝えている。	運営推進会議は、利用者のヒヤリハット報告等、日々の様子などをできるだけ詳しく伝え、その中で、出席者から意見を伺い、運営に活かすようにしている。そうしたなか、外出イベント時における車いすの使い方などのアドバイスもいただいている。	
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取り組んでいる	重大事故が起きた際にはすぐに報告書を提出している。運営推進会議の場ではグループホームの運営状況を報告、時に相談している。認定の更新等で書類を提出しに行くなど、時間を作っては役場に顔を出すようにしている。	施設長が意識的に、直接、町役場に出向いて施設状況の説明を行ったり、助言をいただいたりしている。また、地域包括支援センターと情報交換し、関係づくりを図っている。	
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	日常のケアの中で常に身体拘束にならないだろうか？考えながら行っている。ケアカンファレンスの中でも話し合い、職員全体で身体拘束にならないケアを徹底している。	「身体拘束をしないケアの実践」の意識を深めるため、職員にアンケートを実施し、その結果内容についてカンファレンス時に話し合い、振り返りの機会をつくり、創意工夫と共に、してはいけないことの共有化を図っている。	
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	虐待が起きるのは職員の処遇(心の余裕)にも大きく関わると考えられる。職員のストレス削減の為、希望休や有給休暇を取れる環境をつくり、ゆとりをもって仕事ができるよう努めている。又研修に参加することで認知症の理解にも努めている。		

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	管理者は、研修を受け実際に必要な利用者へのアドバイスも行っている。昨年度は後見人さんに講師になっていただき、現任者研修を行った。		
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	契約時に運営規定・利用約款・重要事項説明を十分に行い、納得して頂いたうえで同意書にサインを頂いている。		
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	利用者より家族からの要望があり、改善できる事はすぐに改善し、難しい要望に対しては管理者や会議の場で職員の意見を聞き改善している	事業所から提案して「家族会」を作り、家族が意見を言いやすい環境を準備している。また、利用者の担当職員が利用者家族に直接電話をかける等、日頃から話しやすい関係性を作っている。イベント直後には感想を聞き、改善に努めている。	
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	各部署の会議にて意見交換が出来る場を作っている。管理者が現場で仕事をする事も多く、相談しやすい環境である。	毎月1回職員会議を開催し、利用者に対するケア・イベント内容・職員の待遇などを話し合い、運営に反映している。また年度末には、管理職と職員一人ひとりとの面接を行い、勤務に対する意向を聴取している。	
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	イベントがある際は職員の人数を増やしたりと、現場職員が負担にならないよう柔軟に対応している。2ユニットになった事で両方の利用者の状況が分かるようにしている。		
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	年間の研修予定計画を作成して実行している。また随時研修案内を受けて、必要な研修には勤務体制を整えて、参加できるようにしている。パートさんを対象とした研修も行いケアの質の向上に努めている。		
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	群馬県の地域密着型サービス連絡協議会に加入しており、そこで実施されるグループホーム間で訪問し合う1日研修を受け、他グループホームの良い点は取り入れるようにしている。今年から管理者が連協の役員にもなった為、質の高いケアできるよう情報を現場に下していきたい		

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
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	認知症対応型デイサービスが併設されており、デイ利用者が入居となる事が多い。その為本人の状況もある程度理解できているうえで入居となっている。また再アセスメントすることで本人の不安を軽減できるよう努めている。		
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	家族との相談は十分に時間を取って行っている。認知症に対しての相談やグループホームの役割、利用料金、自由に施設見学をして頂き、家族や本人が福祉サービスを選択できるよう努めている。		
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	在宅生活が可能か、施設サービスが今すぐ必要なのか？本人の状況、家族の介護疲労はどうか？など考えながら相談・時にケアマネジャーの助言も受けている。		
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	開所当時から、利用者と職員と一緒に支え合う関係を築いてきた。家事などを一緒にすることで介護という一方通行の関係ではなく、共に助け合う関係を築いている。		
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	面会時間等は設けず、家族が泊ってもOK、連れて外出してもOKとし、いつでも利用者に会える場を設けている。イベントの際は家族にも参加の声を变え一緒に楽しめる場を提供している。		
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	・親戚や知人などもいつでも面会に来てもらえる環境にしている。・昔デイを利用して来た人もその時の友人に気がるに会いに行けるよう支援している。	玄関の施錠をしないことや面会時間制限を設けないことで、利用者の家族や友人が面会しやすい環境づくりをしている。また、利用者の意向に沿って、入居前に利用していた洋品店や美容院の利用、墓参り同行などの支援を行っている。	
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	共に生活し合う仲間として食事づくり、掃除、洗濯など一緒に行っている。・天ぶら作りが上手い人、うどん作りが上手い人が連携し、天ぶらうどん日を作っている。		

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
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	以前入居されてた方の家族が毎年年末に挨拶に来て下さっている。他界され退去となった家族との交流が続いており、毎週水曜日に習字の会、翌週は歌の会の先生として来て下さっている。		
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	アセスメント時の質問だけでなく、日々の介護記録に本人の言った言葉を記入している。本人の本音の意向に沿えるように努力している。	利用者の日頃の状況を観察し、発する言葉や表情から意向を把握している。把握したものを記録に残して全職員で情報共有に努め、できるだけ本人の思いや意向に沿ったケアに反映できるように努めている。	
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	アセスメントにセンター方式のシートを利用して情報収集をしている。また家族からも情報を聴き馴染みの暮らしに近づけるよう努めている。		
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	3ヵ月毎や状態変化時に、随時ケアプランを見直し、その時の状態にあったケアが出来るよう支援している。		
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	本人、家族の要望をケアプラン見直しの際に確認している。計画作成者と利用者の担当職員と話し合い、職員会議で再度検討しプランを作成している。	利用者・家族の意向や職員の意見等を反映して作成した介護プランの目標項目に沿って、「ケアプラン実行表」で日々職員がチェックし、毎月1回職員会議でモニタリングを行い、職員共有のもと、随時の見直しと共に、3ヶ月に1回の見直しにつなげている。	
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	毎日介護記録とケアプラン実行表を記入している。改善点や気になる点・申し送りなどは職員連絡ノートを活用し情報を共有している。		
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	馴染みの美容室でのカットや当然の買い物など行きたい時に行きたい場所へ出掛けられよう支援している。		

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
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	イベントのいちご狩りや避難訓練では区長・民生委員がボランティアで参加している。町の移動図書館が来るため、本やCDを借りている。障がい者手帳を持っている方は補助金を利用し、自分にあつた車椅子を購入することが出来た。		
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	本人のかかりつけ医を入居契約時に確認している。協力医も認知症の理解があり必要時、往診に来て下さる。また看取りの際も時間に関係なく来てくださっている。	利用開始時に、利用者・家族に希望するかかりつけ医を確認している。その結果を基に、必要な医療が受けられるよう支援している。通院は、事業所対応が基本であるが、家族が通院同行する場合には、看護師が必要な情報をまとめて家族に伝達するなど受診支援を行っている。	
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	看護師が非常勤であり、薬の管理や健康状態を管理している。・服薬の変更時には連絡ノートや医療ファイルに記入して頂き情報が共有できるようにしている。また現任者研修にてインフルエンザやノロウイルスに対する予防研修をしたもらった		
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。	サマリーの提出や病院の相談委員さんと連絡を取っている。長期入院となると認知症の悪化が考えられる為早期に退院が出来るよう連絡を取るよう努めている。		
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	本人には終末のあり方についてアセスメントの際、さりげなく質問している。時が来たら本人の要望と家族、主治医、グループホームで出来る事を話しあつて方針を決めている。グループホームで看取る事になった場合は、看取りの確約書を家族に記入してもらっている	入居時に、家族が希望し条件が整えば、看取りに対応する旨の「重度化や終末期における事業所の方針」を、家族に説明している。終末期ケアが必要な段階になった時は、家族と医師が話し合い、職員は医師と訪問看護と連携を図りながら支援している。	
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	緊急用に備えて電話付近に通報の仕方を掲示している。救急の際に持って行く資料のセットが要されており、緊急時に対応できるようにしている。		
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	避難訓練を年2回と夜間想定訓練を年1回行っている。今年は風水害の避難マニュアルも作成した。震災以降備蓄の管理にも務めている。	消防署立ち会いのもと、昼間想定を2回、夜間想定を1回、年3回、初期消火・通報・避難誘導の一連の避難訓練を実施している。また、風水害の避難マニュアル、災害時の備蓄等の準備をし、災害時に備えている。	事業所内の協力体制を考えるなかで、隣接する法人施設や地域との協力のあり方も含めた相互協力の観点から災害対策について検討を深めることを期待したい。

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	トイレ誘導の際は、小さい声でさりげない誘導を心掛けている。便剤に座った際は陰部にタオルを掛ける事で羞恥心に配慮している。	利用者に対しては敬語・敬称を基本に会話をし、決めつけた対応をしないよう職員間で気をつけ合っている。また、トイレ・入浴の際には、利用者が恥ずかしい思いをしないよう、プライバシー空間を保ったり、あからさまな表現をさげたりなど、留意した対応に努めている。	
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	朝の行為では洋服を2択選んでもらうなどしん、自己決定を促している。ティータイムの際はメニュー表の中から飲みたい物を選んでもらっている。		
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	レクリエーションやその日の活動には決まりがなく、天気が良いから散歩に行く、何か食べたい等の希望が出れば外食行くなどしている。		
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	髪のカットは近くの美容医院や昔からのなじみの美容院に通っている。通えない方は訪問してもらった。昔からお化粧の習慣があった方には自分からやらくなくてもイベントの等の際は職員が手伝い綺麗でいられるよう支援している。		
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	献立の相談や買い出し、食材切り、味付け、盛り付け、お茶入れメニュー書き、メニュー発表、皿洗い、お盆拭き等、個々にあった能力で仕事が出来よう支援している。	献立、買い物、調理、片付け等一連のプロセスのなかで、可能な限り、利用者がその人の状態に合わせて参加、発揮できるよう支援している。家族の差し入れについては、管理に配慮しながら自由に食べられるよう支援している。	
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、水分量は毎日チェックし記録している。水分を摂ろうとしてくれない利用者にはゼリーを食べて頂いたり、ヤクルトの容器を使用し少しずつ摂ってもらったりなど工夫している。ごはんよりパンを好む方にはパンを提供。食欲低下の方は時に気分を変える為外食に行く。		
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	毎食後声掛け、誘導、一部介助、全介助と個々に合わせて支援している。夕食後は義歯を消毒する。歯が無く義歯もしていない方にはスポンジ歯ブラシを使用している。		

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	排泄のリズムパターンシートを利用し個々にあった排泄援助を行っている。日中はトイレでの排泄が出来るよう支援している。おむつの方はいない	個々の排泄状態の記録を参考にしながら、トイレでの排泄を促し、実践している。夜間については、ポータブルトイレやオムツ交換等利用者の意向に沿った排泄対応を実施している。	
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	毎朝、リズム体操を行ったり、天気の良い日は散歩をし身体を動かすようにしている。水分量1000CC/日を目標にしている。看護師と連携し緩下剤も使用し排便コントロールをしている。		
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	希望があれば入浴日でない時も入浴できるように努めている。特に風呂が好きでケアプランに毎日入浴をするというサービス内容を加え、毎日入れるよう支援している。	原則として1日おきの入浴を実施しているが、希望があれば毎日入浴可能な準備もしている。脱衣室、浴室については、他の利用者となわないうプライベート空間を確保し、入浴剤を使う等入浴を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	利用者の状況にあわせて、午睡されたい方はして頂いている。日中も休みたいという希望があれば休んでいただいている。夜間は寝巻に着がえて頂き日中とのメリハリをつけている。		
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	個々の医療情報ファイルがあり内服薬の情報もまとめてある。日によって内服薬が変更する利用者もいる為、袋に日付を記入するなど工夫している。利用者の状態については看護師とも常に情報を共有している。		
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	アセスメントを行い家事仕事、土いじり、うどん打ちや等、個人個人の喜びや生きがいを持つようなケアプランを作成している。		
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	定期的にある区のサロンへの参加。時期に合った外出を予定している。花見、イチゴ狩り、那須1泊旅行、イルミネーション見学等。家族と昼食を食べに出掛ける利用者もある。	利用者の意向や状態に応じ、散歩や買い物、地域で開かれているサロンへの参加など、日常的な外出の支援をしている。また、季節のお花見・いちご狩りや年1回の宿泊旅行などを、実施している。	

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	現在認知症からくるトラブルを防ぐため、自分でお財布を持っている方はいない。買い物の際は事業所で立て替えている。1泊旅行の際にお小遣いとして1人2000円を持っていただき支払う機会を持っている。		
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	・本人希望時に家族に電話を掛けている。		
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	リビングにはイベントで取った写真や習字などが貼ってありいつでも見られる様になっている。利用者が参加したフラワーアレンジメントの花も飾られる事がある。窓の外にはプランターで育てている野菜や花が見え、トイレ、リビングには消臭剤や芳香剤を置き心地よく過ごせるようにしている。	季節を意識した利用者の協働作品である貼り絵などや利用者の個々の習字が、飾られている。また、気の合った人と快適に過ごせるよう座る座席を決める等、利用者が快適に過ごせ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	リビングでは気の合う人と隣になるよう席を配慮している。廊下には長椅子を置き時に一人で落ちついて座れるように工夫している。		
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	自宅で使用していた寝具やタンスなどを持ちこんで頂いている。家族の写真を飾る等し安心して過ごせるよう工夫している。	居室の入り口には、職員が描いた利用者本人の似顔絵が貼ってある。馴染みのものや好きな歌手のポスターや家族の写真など、個々の利用者・家族の趣味に合った居室づくりの支援をしている。また、穏やかな気持ちで快適に生活できるよう、習慣的に利用者と一緒に整理整頓することの支援をしている。	
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	居室の前には本人の似顔絵と名前を貼る事でわかりやすくしている。トイレの扉には「便所」、浴室の扉には「風呂場」と貼り紙を利用者にしわかりやすいよう工夫している。		