

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	1070600323		
法人名	有限会社グループホーム恵の家		
事業所名	グループホーム恵の家		
所在地	群馬県沼田市沼須町750番地		
自己評価作成日		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7年9月10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)】

法人の理念「利用者個人を尊重する」のもと、入居者お一人お一人のその時々々の心身の状態に応じた生活ができるように心がけている。入居者が高齢になり介護度も上がり、利用者同士や職員と一緒に生活を作る場面は減ってきている。それでも、入居者個人個人の持っている力を発揮してもらえるように、洗濯物を干したり畳んだりや、ゴミ袋に町名を書いてもらったり、レクリエーションでは大きな声で歌を歌ってもらうなど場面づくりは意識している。入居者の年齢や介護度、近年の天候の考慮や、コロナ禍を経て外出やイベントが減ってしまったが、入居者が「自宅に行きたい」「買い物に行きたい」など要望がある時には、職員が業務の時間を調整してお連れするようにしている。ホーム全体の生活のリズムがあるが、その中で9人の入居者お一人お一人が、その人それぞれのペースで生活できるように、利用者の変化や要望に応じたケアを実践している。

【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)】

利用者一人ひとりの思いや意向を丁寧に把握し、その実現に向けて「やりたい」「こうしてほしい」といった小さな声にも寄り添い、可能な限り希望を叶える柔軟なケアを実践している。また、本人や家族の意向に沿った医療体制を整え、かかりつけ医と密に連携しながら、住み慣れた環境での看取りも実現している。食事に関しては、3食すべてを職員が手作りで作り、食べたいという希望に応じた対応が行えている。キッチンから漂う香りや、調理の音といった“生活の温もり”を感じられる空間づくりを心がけ、食事の時間そのものが利用者にとって楽しみとなるよう、五感に働きかける環境となっている。入浴についても画一的な時間設定ではなく、利用者の希望や生活リズムに合わせて夜間入浴などにも対応しており、浴室では会話を楽しんだり、歌を歌うなど楽しめる工夫をしている。

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 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	「利用者個人を尊重する」という理念のもと、利用者それぞれのペースでの生活になるように心がけている。特に最近では同じ地域で暮らしてきた利用者同士の会話を聞いていると地位密着型サービスの良い点を感じている。	理念は、設立当初から変わりなく、入職時のオリエンテーションの際に代表自ら説明し、事業所内にも掲示をしている。日常のケアの中で「職員都合ではなく、利用者中心で考える」意識が職員に浸透しており、できない理由を挙げるよりも、どうしたら実現できるかを皆で考え、実行に移している。	
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	コロナ禍を経て交流の機会は減ったが「沼須町生き生きサロン」に参加したり、歴代の運営推進委員の区長、民生委員、保健推進委員を中心に地域の理解が深まっている。	自治会に加入し、生き生きサロンに参加をしたり、障害者施設とのハロウィン交流なども行われている。利用者の多くが地元出身で、利用者同士や小規模多機能型居宅介護事業所の利用者とは交流する機会もある。管理者が元消防団員で、防災の相談をする等、地域との関係を大切にしている。	
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	歴代の運営推進委員や以前入居していたご家族などが年々増えていたり、地域の少子高齢により介護施設に対する考え方が変わってきた感覚がある。		
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	沼須町区長は年度ごとに交代になってしまうが、毎年度地域に理解者協力者が増えていると感じる。民生委員・保健推進員は任期が複数年ということもあり、活発な交換ができています。	会議は2ヶ月に1回開催し、区長や保健推進委員、民生・児童委員、市職員、在宅介護支援センター職員等が参加、利用者やサービス状況について報告し意見交換している。家族参加は促していないが、面会時等に意見や要望を直接収集し、欠席家族に議事録を送付している。	運営推進会議に家族が参加できる工夫を期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	沼田市の担当者は協力的なので、日頃から情報共有、情報交換ができています。	運営推進会議にて顔の見える関係を構築しており、市担当者と家族対応などで相談を行っている。以前は生活保護受給者の支援なども市と連携・協力して行ったこともある。災害時や緊急時の対応も、市担当職員と相談している。	
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	身体拘束はない。身体拘束等適正化委員会があり、3ヶ月に1度のペースで会議を行っている。どのようなことが身体拘束や虐待になるのか話し合っている。研修もできるだけでなく当事者意識が持てる内容になっている。	3ヶ月ごとに身体拘束適正化会議と虐待の研修を開催し、虐待やセンサー、薬物等による抑制リスクを議論している。スピーチロックや尊厳配慮について、不適切なケアが見受けられた時点で、職員をさりげなく注意をしている。	
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	マニュアルの周知。職員の精神的負担を減らせるように職員間での悩みの共有や愚痴をこぼすことも許容している。虐待には該当しないがサービスの質問される事例もあるので、職員間での意識づけを心がけている。		

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	成年後見制度について研修をしているが、利用者やご家族が制度を利用していると分かり易いが、理解と活用は難しい。		
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	契約前に大まかなサービス内容を説明し了承を得るようにしている。契約時には納得いただけているか確認し契約しているが、利用料金の加算額の説明は複雑なので「毎月総額いくらくらいですか？」とざっくりとした説明を望まれる方が多い。重篤化の指針に疑念を抱かれる方もいる。		
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	運営推進会議へご家族代表に参加いただいたが負担が大きいようだったことと、コロナ禍を経てご家族代表は設定していない。ご意見ご要望は面会時に話ができるように努めている。	運営に関する意見を得ることは少ないが、面会時や日常の対話で食事、衣類、温度調整などの利用者のケアに関する要望を収集し、管理者・代表で迅速に対応を協議している。意見箱やアンケートも以前導入したが、あまり意見をもらうことができなかったため行っていない。	
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	処遇改善加算の算定に当たり、運営や処遇など話し合う機会は増えたが、全体での意見交換は難しい。管理者には職員がここに意見を言う機会は多い。	職員会議や日々の業務で意見交換を行い、賃金や処遇改善加算の内訳の説明、個別の勤務希望など、管理者・代表が職員の意見を聞いて説明や反映をしている。年1回の個別面談も実施し、課題・希望をすり合わせている。	
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	賞与や処遇改善は、業務にあたる姿勢や実績を反映している。勤務時間や勤務形態を提案している。一方的に職位職責を与えるのではなく面談を行い職員が納得して業務にあたるようにしている。ただ、介護業界の人手不足と賃金については法人だけでは解決できない状況になりつつある。		
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	法人内では研修サイトのメディパスで年間計画を作り研修している。法人外の研修はZoomは勤務調整がし易かったが、持ち帰ってくる内容は会場で顔を合わせての研修のほうが濃いので適材適所で研修やトレーニングを考えている。		
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	以前よりも交流の機会は減っている。		

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
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	入居の初期段階ではその方に係る時間を多くして、不安の解消やニーズや課題の把握に努めている。		
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	利用の初期にはご家族も知らないことも多くあるので、サービス導入後の数か月間は、ご家族との連絡相談が多くなるので、そこで信頼関係が気づけるように意識している。		
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	利用している介護サービスがある場合は担当ケアマネ、入院中であれば相談員など、第3者も含めてグループホームが適当であるか話し合うようにしている。		
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	利用者様が役割を持って生活出来るような関係作りを心がけている。簡単な家事の手伝いなど。		
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	ご本人の変化に伴い、ご家族へ連絡している。電話で相談したり面会に来ていただくよう協力を得ている。通院の付き添い、電話での会話などご協力をお願いしているご家族もいる。		
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	利用者がご家族にしか相談できないことがある場合にはそのままをお伝えして対応をお願いしている。その場合には認知症の方の対応方法として需要と共感をお願いしている。自宅などへの付き添いもしている。	利用者との日々のやり取りや面会時の家族への聞き取りで、生活歴や大事にしてきた人々を把握するようにしている。友人との面会や小規模多機能型居宅介護事業所での知人との再会、自宅やお墓参りへ訪問ができる体制を作っており、馴染みの関係が途切れないようにしている。	
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	介護度および認知症の重度化により利用者同士の関係は乏しくなっている。利用者同士の支え合いは難しいので、職員が支援できるように努めている。		

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
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	看取りまでさせていただくことが多いので、終末期ケアの時には特に経過や医師、訪問看護の見立てなどを分かりやすく説明している。契約終了時にはご家族からのいただいた言葉を職員全体で共有できるようにしている。		
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	ご本人やご家族から生活歴など元気だったころの様子などを伺う。ご家族とケアの方針を話し合いできるだけ本人本位のケアに努めている。	生活歴や趣味嗜好、食べたい物・出かけた場 所・歌いたい曲などについて、日常の会話やケア、入居時の聞き取りで把握し、認知症の進行で難しい場合も無理強いせず、本人本位の対応を行っている。摂食状況を見ながら、本人の好物のバナナを追加するなど、個別に支援を行っている。	
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	生活歴などこれまでの暮らしや人間関係など、重要視して情報収集に努めている。		
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	全体的に介護度が高くなっているため、その方々のその時々々の心身の状態に応じた対応、ケアを提供できるように状態を観察して職員で話し合うようにしている。		
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	介護に関する話し合いの頻度は多いと思う。トライアンドエラーをくり返してプランニングしている。計画前に実践することも多いので、職員間の情報共有を日常的に行いプランニングに生かしている。	管理者が全利用者のケアプランを作成し、家族と本人の意向に加え、職員の観察や現場の声を積極的に反映し、3ヶ月ごとにモニタリング・随時計画の見直しをしている。利用者が落ち着いて過ごせるようにせんべいを食べる時間を作るなど、個別の計画作成を意識している。	介護計画と介護記録との連動がはかれる工夫を期待したい。
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	生活日誌や健康記録表の特記事項に記載し、職員間で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、その時々々に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	生活のペースなど認知症の方が混乱しないようにペースづくりはするが、その時々々の要望などにはできるだけ応じられるように職員の業務の調整を行っている。		

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	地域や親類縁者との関係がその人の心身の健康につながるようであれば、関係を継続できるように支援している。		
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	利用者の認知症の状態や身体的状態をご家族にお伝えして、ご本人の思いや心身の負担、ご家族の思いを考慮した医療を受けられるように支援している。	かかりつけ医は、本人や家族の希望や疾患をもとに選択してもらっている。職員が受診同行をし、変化がある際は、家族に結果報告を行っている。家族が受診対応の際は、口頭で施設での様子を伝えている。緊急時は救急車対応をし、病院で家族と合流する等、状態に合わせた支援を行っている。	
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	訪問看護ステーションと契約をして、毎週水曜日に健康チェックをしている。健康状態に変化があった場合には電話で相談をしたり、急遽の訪問看護も対応いただいている。		
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。	入退院の説明に必ず立ち会っている。必要な情報提供を行い病院関係者との関係づくりに努めている。		
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	看取り支援の方針に沿って終末期ケアから看取りまでが多数ある。利用者の安心安楽を心がけ、ご家族の意向、主治医からのアドバイスを受けながら支援している。看取り後の職員の心のケアもチームで取り組んでいる。	入居時に重度化の指針の説明を行い、体調変化時には、医師・家族・施設で話し合いを行い、看取りの対応にすることを相談している。複数の医師と協力をし、適宜訪問看護と状態を共有している。終末期には家族宿泊や頻繁な面会も調整し、逝去後は職員のグリーフケアにも取り組んでいる。	
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	普通救命講習を定期的に受講してもらうようにしているが、最近は勤務調整が難しくなっている。		
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	火災を想定した避難訓練は定期的に行っている。BCP訓練、研修など義務化されていることが多いが、日々一日の介護の負担が大きく、多少無理をしても訓練を定数する必要がある。	昨年度は年1回しか実施できなかったが、今年度は年2回の避難訓練を予定している。備蓄品(水40リットル・食料1週間分)、ハザードマップを利用したリスク把握、職員会議での対応確認を実施している。将来的には、消防団や地域住民との連携も検討している。	

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	一人一人を尊重した声掛けや接し方を心がけているが、地域性による言葉遣い(方言や口調など)もある。言葉だけを聞くとキツイ言葉もあるので利用者の性格などを考慮している。	呼称は、本人の反応や家族の聞き取りから、元教員の方には先生と呼ぶなど、個別に対応している。排泄リズムの観察や尿意を催した時のソワソワした動き等を申し送りして共有し、他利用者に気がつかれないようトイレ案内を行っている。接遇・プライバシー研修も、年1回取り組んでいる。	
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	ご本人の希望を伺うことを心がけている。選択肢を減らすなど認知症の方が困らないように心がけている。頻度が多かったり、実現不可能なこともあるので対応が難しいこともある。		
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	個人のペースを基本にしているが、認知症の方には職員側でペースを作ることも重要な支援と考えている。状態に合わせて食事の時間をずらす、食事内容を変更する、眠くなるまでホールで過ごす等、その時々柔軟な対応を行っている。		
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	ご家族から本人好みの衣類をお預かりしており、天候や状況に応じてご本人の希望を聞いている。入浴の際の着替えの準備と一緒にできるようにしている。		
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	移動販売車で食べたいものを選んでもらっている。個人で購入したものをお昼休みに食べている人もいる。咀嚼、嚥下機能、認知機能などにより食べやすさに重きを置くようになっている。	家庭的な手作りの食事を提供し、食事を作っているにおいや音も楽しめる環境となっている。利用者も食事やおやつ作りの準備や片付けも一緒に行うことで、食事を楽しめる工夫をしている。季節のイベント料理(おせち・おやつ等)を行っている。以前は外食もしていたが、コロナ後は行っていない。	
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	食事量、水分量を確認し、記録・共有することで摂取状況を把握している。1日量で評価し過不足を補えるようにしている。おやつに栄養補助食品をプラスしたり、捕食をプラスしている方もいる。		
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、歯ブラシ・口腔スポンジ・義歯洗浄にて口腔ケアを行なっている。仕上げを介助している。夕食後は入歯洗浄剤などを使い清潔を保っている。		

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	オムツを使用するようになって、食後や入床前などトイレでの排泄を介助している。排便なしが3日以上にならないように薬の調整や言動を注意深く観察してトイレへお誘いしている。	排泄記録を取り、トイレでの排泄の自立を支援している。おむつ・リハビリパンツの活用もありつつ、生活リハビリや介助でトイレへ誘導し、入院後のおむつから回復する事例も複数あり、100歳でも排泄自立者もいる。	
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	主治医処方の内服薬や市販の整腸剤の服用など個々の排便の状態によって便秘予防に取り組んでいる。水分摂取量は特に気を付けている。		
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	清潔保持の為週2回は入浴できるよう支援している。拒否などあるときは時間や日にちをずらして対応している。	週2回の入浴では、利用者の希望やリズムに合わせて夜間入浴や一番風呂対応などを行っている。入浴拒否時には、タイミング調整など柔軟に対応している。ゆず湯など季節を感じられる工夫をしている。介護度が重い方には、2人介助を行っており、入浴設備の改善も検討している。	
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	エアコンや加湿器などを使用して、季節ごとに快適な空間になるように心がけている。夜用の尿取りパッドやオムツを使用して夜間の安眠を優先している。年齢や体力面は考慮して、日中でも長く休んでもらう人もいる。		
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	薬の説明の記載内容を把握するように努めている。		
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	手伝える作業は積極的に関わってもらい、レクリエーションでも大きな声を出してもらうなど、役割や張り合いのある生活の実現に努めている。		
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	全体的には介護度や感染症や気象の影響で外出の機会は限定的なものになっている。個人個人では要望に応じられるように努めている。	日頃より、散歩・外気浴・庭や花壇での活動を行っており、沼田公園での花見やぶどう狩りなど車を使った外出イベントも行っている。小規模多機能型居宅介護事業所の利用者や馴染みの知人とも日常的に交流し、100歳の利用者が自分の自宅や畑に自由に出かけられる環境作りと支援を行っている。	

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	買い物に行きたいといわれる方がいる時は買い物にお連れする。毎週木曜日に移動販売車が来るのでそこで個人で購入したり、全体のおやつを選んでもらっている。		
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	元々のご家族の関係性によるところが大きいと思う。ご協力が得られるご家族には、電話の対応や面会などお願いしている。		
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	雑然としているが、生活感や季節感のあるしつらえを心がけている。室内の温度に気を配り利用者の体感温度にも配慮している。	リビング・食堂での座席に配慮して、空調管理や床暖房の導入で温度を管理している。畳のスペースもあり、こたつを出すことが出来る環境もあるが、利用者の状態で現在は出していない。生活音や料理の匂い、カレンダーや大きな絵など、生活感や季節感を大切に空間づくりをしている。	
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	自室で過ごす時間の多い方、台所の様子を見るのが好きな方、好きな歌手の映像や歌を流して一緒に歌って過ごす方、旧知の友人と話して過ごす方、様々な過ごし方い場所を提供できていると思う。		
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	ご本人やご家族が望まれる場合は、その意向に沿った家具の持ち込みなどには対応している。	居室は3モーターベッドが備え付けで配置されており、使い慣れた家具・寝具の持ち込みやレイアウト変更も可能となっている。テレビや金庫など、思い思いの物を用意している。居室の環境が寂しい方には以前入居されていた方が置いて行ったもの(筆筒など)を使用するなどの工夫をしている。	
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	個々に合わせ、安全に自立した生活が送れるよう物の置き場所等に配慮している。自由度を損なわないことや安全面を考慮して、随時職員間で話し合うようにしている。		