

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	1072600529		
法人名	有限会社 テン・フォーティー		
事業所名	グループホームくりの木		
所在地	群馬県吾妻郡中之条町大字西中之条472		
自己評価作成日	平成29年10月1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	平成29年10月25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)】

<p>常に施設内を清潔に保持し、明るく自由に安心できる生活空間づくり。利用者様と職員間の密着した一体感。</p>
--

【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>自然環境に恵まれた立地にあり、これまで近隣の地域で長年生活してきた利用者にとって職員が作る食事は、昔ながらの馴染み深い味を工夫し、地元の食材を利用したもので、生活の中で一番楽しい食事の機会を提供しているといえる。また、高齢者が多く、車いすを使用している利用者もいる中、年2回マイクロバスで全員参加を謳いバス旅行に出掛ける行事は、利用者と家族の希望に沿った外出支援に取り組む事業所の姿勢がうかがえる。</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 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	事務室の見やすい場所に理念を掲げ、家族や来客者にも周知して頂ける様に心掛けている。職員は週1回、理念を唱和し、週間毎に意識し業務に携わっている。	長く勤務している職員が多い為、理念の理解や周知ができています。理念の他に、毎年法人、職員間で決めた年間目標を掲げ、より具体的に理念の実践ができるよう努めている。	
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	地域の方々に催し物への参加やお茶飲みなど気軽に声を掛け、接している。又、地元の祭りやイベントにも参加している。除雪や道路清掃など美化作業も積極的に行っている。	催し物(敬老会、豆まき)がある時は、パンフレットで地域に知らせ参加を募っている。傾聴ボランティアの訪問が毎週あり、地元の中学生を職業体験で受け入れる等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	介護・福祉関係を就業希望している学生の福祉実習や、地元の中学生の職場体験の受け入れ、一般ボランティアの活動も受け入れている。現在、毎週水曜日に町社協を通じて傾聴ボランティアを受け入れている。		
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	隔月で運営推進会議を行い、町村担当者、民生委員、家族代表、地区代表の方々の協力のもと、事業所、社長、施設長、管理者、ケアマネが出席し状況報告や意見交換など交流を図っている。又月例ミーティングで議事の報告をしている。	利用者、家族、民生委員、地域の代表が出席し、隔月で会議が開催されている。ヒヤリハットの報告、行事報告、現状報告、事故報告等を通して、意見交換が行なわれ、ケアに反映させている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市町村担当者へ、利用者の状況に変化がある毎に報告し、アドバイスを頂いている。又、認定更新時に利用者の暮らしぶりを伝え、連携を深めている。地域包括支援センター主催の情報交換会に積極的に参加している。	町との連携は施設長、管理者が窓口となって事故報告、申請代行等を行なっている。他施設とのつながりも行政主催のイベントに積極的に参加することで情報交換ができるよう取り組んでいる。	
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	「身体拘束ゼロの手引き」を用いて拘束に関する事例を職員勉強会で身体拘束についての基本知識を学び実践に活かす努力をしている。言葉使いや、身体の変化など、お互い意識し、注意する習慣を身に付け防止に努めている。	身体拘束についての勉強会を開き、基本的な事項を職員間で共有している。スピーチロックについては気づいた時点でお互いに指摘、修正し、ケアに活かしている。4点柵の使用はない。	車いすでY字帯をしている利用者に対し、いずれははずすという目標を持ち、統一したケアができるよう介護計画に盛り込んでほしい。
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	月例ミーティング等で虐待防止関連法を学ぶ機会を設け、利用者への接遇や身体的・精神的変化の発見や有無などを意識し、互いに注意できる習慣を身に付けられるよう心掛けている。		

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	各制度について知る機会を設け、制度を必要とした際に協力できるようにしている。又、利用者やご家族から相談があれば資料等を用意して説明し、協力するよう努めている。		
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	入居時の契約、退居時の解約、ターミナルケア等、利用者や家族の思いや希望を十分に伺い、同意及び理解を頂けるようにしている。又、契約書を自宅に持ち帰り、同意をして頂く場合もある。		
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・家族の意見や要望等をケアプランに反映できるように、更新時にご本人や家族より生活に関する意向をお聞きし再確認している。又、苦情等はミーティング等で協議し、改善に努めている。	担当制である職員が日頃の会話や様子から利用者の生活上の意見や要望を知ることにも努め、また、家族からも面会時に意向を確認できるような信頼関係を築いている。	
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	月例ミーティングの際や行事の前のプランニングに於いても、職員に意見や提案を出してもらい、必要に応じて運営推進会議で協議することもある。	月例ミーティングを開き、職員の意見や提案、申し出について話し合い、取り上げていく雰囲気作りをしている。また言い難い意見も伝えられるよう「ほうれんそうノート」を設置し運営に活かしている。	
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	専門家の指導の下、就業規則を設けている。疲労やストレスの要因について配慮し、休憩室を確保したり職員旅行を実施するなど、職員間の親睦を図り、良好な人間関係の構築に努めている。		
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	事業所外の研修会に積極的に受講できるように支援し、月例ミーティングで研修内容を報告し、意見交換などを行いスキルアップに繋げている。業務に関わる講習会参加や資格取得などを奨励して個々の意欲向上に努めている。		
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	地域のイベント、研修会、福祉的行事などの参加を積極的に促し、スキルアップのためにこれらの機会を有効に活用している。又、他施設職員の見学を積極的に受け入れている。		

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	入居前面談を行い、これまでの生活状況の把握に努め、ご本人や家族からの不安や要望を傾聴できる場所と時間を設定している。また、他事業所から移行してくる場合は、事前に情報提供をして頂くよう関係者へお願いしている。		
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	自宅に訪問する事もあり、生活面や住環境をお聞きしている。又、複数回訪問する場合もあり、ご本人と家族の関係や困りごと等を伺い、施設での生活に活かせるよう話し合うようにしている。		
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	介護保険制度及び施設サービス契約書の説明を行い、同意を頂く。その上でご本人・家族からの意向や要望を伺う。又、ご本人の性格や病歴、心身の状態像からニーズを把握し、必要なサービスを見極め提供している。		
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	施設の特性・機能を活かし、互いに良い関係が築けるよう、個別ケアとグループケアの中で個々のできる事を一緒に行ったり、個々の性格や持てる機能を発揮できる役割を見つけるなど、共感共有の時間を大事にしている。		
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	月刊の施設通信や面会時にご本人の様子を伝え随時家族の要望や意見を伺っている。又、利用者の精神面・健康面の变化に応じて家族へ連絡したり、来所の折に報告や相談をするなど、家族との信頼関係が築けるよう努めている。		
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	家族や親戚、友人などの面会や外出を積極的に奨励している。又、馴染みの床屋に続けて通ったり、かかりつけ医に継続して受診するなど努めている。お盆や正月などの機会に帰省や外出をしたり、地域の催し物やお祭りにも参加している。	馴染みの理容や病院にかかることや、趣味の編み物、絵を描くことが継続できるよう支援している。また、希望があれば家族との外出や外泊の機会を作り、馴染み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	ラジオ体操や歌などを通して、全員参加をして頂き、共有の時間を過ごすことで利用者が孤立しない工夫をしている。言葉による会話が困難でも、職員が関わることで孤立感を感じることがないように努めている。		

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	諸事情により、退所や医療機関への入院等で利用契約が解除する際も、ご家族と面談し、抱える不安を傾聴している。ご本人の記録等は保存し、相談等にお応えしている。		
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	施設生活へのご本人や家族の希望や思いを、初回面談時に伺っている。又、ケアプラン更新時に要望や今後の生活に望む事などを確認し、ケアプランに追加・変更をしている。	主に利用者との日常の関わりから意向を把握するが、家族との面会時、利用者の現状報告をした際、今後の要望等を聞くようにしている。家族を通して利用者の意向を把握することもある。	
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	ご本人や家族、別世帯の子供さん方から、生活歴、職歴、趣味、福祉サービスを含む社会資源の利用など必要な情報を聞き取り、支援に活かすようにしている。		
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	各人の食事のペースと摂取状況、排便コントロールを含む全身状態の把握、心理面、認知面、変化時の対応に努めている。		
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	月例ミーティングやモニタリング、朝礼等で、利用者の変化やヒヤリハット報告、事故報告を話し合い、必要に応じて家族への連絡を行う。又、個別カンファレンスで検討した支援方針をケアプランに盛り込んでいる。	モニタリングは毎月、カンファレンスは4～6カ月に開き、介護計画の見直しをしている。状態に変化がある場合はその都度見直しして対応している。	介護計画の見直しは、季節の変わり目毎に見直し、現状に即した計画の作成をしてほしい。また、計画に沿った記録を残す工夫をしモニタリングに役立ててほしい。
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	個別ノートや職員伝達ノートに記録することで、同一ケアに努め、介護実践や計画に活かしている。又、職員全員が情報を共有できるように、伝達ノートには個々に既読のサインをしている。		
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	急変時対応、受診に関わる支援、病院搬送、入院時対応等を行っている。利用者の家族の死別対応など、突発的事柄へのご本人と家族との間をつなぎ、不安にならないように努めている。		

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
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	地元の「道の駅」や「花の駅」、食堂や喫茶など飲食店に出かけることが多い。また、外出先で季節の草花を鑑賞したり、散策や会話を楽しんで頂いている。		
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	ご本人と家族が希望する医療機関に受診するための支援を行っている。施設往診(月1回)を行い、医師と連携し、必要な医療を受けて頂いている。家族が受診に付き添う際は、本人の記録等を用意して医師への情報提供を心掛けている。	かかりつけ医か協力医の選択は家族に委ねている。協力医による月1回の往診がある。通院受診は家族の付き添いを基本とし、専門医への受診や緊急時は職員が対応する等、適切な受診支援をしている。	
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	看護職と介護職、ケアマネは個別記録ノートを活用し、個々の状況変化等の情報を共有し、随時協議し、利用者が必要に応じて受診につながるよう、また処置を受けられるように努めている。		
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、医療機関へ介護サマリーを提供する事で、ご本人、家族が安心して療養できるようにしている。退院時に関しても、施設長、管理者が面会を行い、担当医、家族から経過を報告して頂き、退院支援につなげている。		
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	重度化時や終末期に関する家族の望みを、入所時に聞き取り、契約書を交わしている。実際の重度化時や終末期に於いては、ご本人、家族と話し合いをもっている。又、希望する医療機関との連携を図り、安楽に過ごせるようなケアに努めている。	看取りについては入所時から段階的に利用者や家族に説明している。主治医の協力やアドバイスを受け、最終的には家族の希望に沿えるよう看護師も含めてその体制を構築している。	
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	応急手当、急変時対応マニュアルを作成。年1回、消防署の指導の下、心肺蘇生術やAEDの研修を実施。定期的に看護師による応急手当、急変時の対応等の研修を行っている。		
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	消防署の指導の下に消火・避難訓練の実施。又、自主避難訓練を実施している。近隣の住民にも訓練参加を呼びかけ、協力して頂いている。	年に2回の防災訓練と隔月毎に自衛消防訓練を行なっている。その際「救命法の指導」を依頼し、AEDの設置に繋げている。近隣からの参加もある。備蓄品は水、缶詰等3日分を用意している。	

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	利用者各々の人格の尊重の為、個別ケアを重んじている。入浴や排泄ケアに関しては、特にプライバシー保護に配慮している。又、内部研修会で専門家を招き、接遇に関する勉強会を行っている。	否定せず、できることを継続する為の支援をすることで、利用者の尊厳を守る対応をしている。また、言葉遣いや声掛けでプライドを損ねないよう講師を招き接遇マナーの研修を受け、ケアに活かしている。	
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	個別ケアを重視し、理念に基づいたケアを行い、ご本人の思いや希望を表出できる雰囲気作りに努めている。意思表示が困難な方は、発語や表情などを観察して、コミュニケーションを図り、意思を理解できるように努めている。		
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	当日の予定を壁面に掲げ、その日の行動の参考にして頂いている。又、買い物支援、外気浴や散歩、畑の手伝い、居室で過ごす、新聞を読むなど、個々の希望に沿った支援をしている。		
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	ご本人の望むおしゃれ(例、帽子やスカーフ装着)を一緒に行う支援や、身嗜みを整える支援を行っている。また、入浴後の着替えを前日に準備する際に、利用者に要望や希望を伺い、用意するなどの工夫をしている。		
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	食事の準備で、利用者本人にできる事は日ごろから手伝って頂いている。利用者と共に作業できるメニューを取り入れている。週2回、職員と一緒に食事する機会を設け、団欒の雰囲気を作るようにしている。	職員が献立を作り、材料を揃え、毎食手作りで食事を提供している。地域の特色を生かした昔ながらの味や食材を取り入れ、馴染みある食事を楽しむ工夫をしている。	
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	体重の増減に注意しながら、各々に合わせた食事量、食事形態で提供し、摂取量と水分量を把握・記録し、体調の変化時の対応も柔軟に行っている。		
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	食事前の口腔ケア体操で、唾液の分泌を促している。食後の口腔ケア清掃はできる限り本人にして頂き、介助が必要な方は各々に対応している。又、衛生面を配慮し、夜間は義歯を専用ケースに清掃保管している。		

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	各々の排泄パターンやサインの把握に努め、トイレでの排泄を促し、必要に応じて支援している。 また、夜間ポータブルトイレを設置し、自立排泄の機会を支援している。	日中はチェック表をもとにトイレ誘導することを基本とし、夜間はポータブルトイレを使用する等排泄の自立支援に取り組んでいる。現在、オムツを使用している利用者はいない。	
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	旬の野菜・根菜を取り入れたメニューを提供している。毎日、おやつ時の牛乳、昼食時のヨーグルト提供(週2回位)、散歩・ラジオ体操などの運動で便秘の予防に努めている。個別で内服薬や外用薬を服用している方もいる。		
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	入浴日は1日おきになっているが、諸事情で指定日に入浴できなかった場合は、理由を記録し翌日に入浴し、身体の清潔に心掛けている。希望があれば毎日の入浴もでき、希望する入浴時間にも対応している。	週3日を入浴日としている。入浴ができない場合は、翌日の入浴を促すようにし、清潔を保持する取り組みをしている。	1日おきという入浴日を決めず、毎日入浴できるという情報を提供し、入浴を楽しむ機会を作してほしい。
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	就寝時間は各々異なるが、夜間は入眠されるまで自由にくつろいで頂いている。日中は食事、おやつを共有して頂きながら各々のリズムで生活して頂いている。また、自室で新聞を読んだり午睡される方の支援も行っている。		
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	専門家の監修の下、服薬マニュアルを作成し事故防止に努めている。薬剤情報を個別管理し、体調の変化時に対応できるように個別ノートに記録している。必要に応じて看護師や医療機関に連絡し、指示を受けるような体制を組んでいる。		
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	利用者各々の生活歴や趣味・特技・嗜好を把握することで、入所後も継続して楽しんで頂けるように努めている。又、役割や楽しみを見出して頂けるよう支援している。		
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	日頃、要望に沿った散歩やドライブ、地域内のスーパーや喫茶店での買い物や外食などの支援を行っている。又、年間を通し、利用者の要望に応じた行事(春、秋のバス旅行、敬老会、クリスマス会など)を企画し、毎年実施している。	利用者の希望に沿って散歩や買い物に行くことが日常行なわれている。また、地域の受け入れに理解ある店舗に外食に出掛けたり、近くの畑に作物の収穫や草むしりに行くこともある。	

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	可能な限り金銭は自己管理して頂いている。家族からのお小遣いを小額所持している方もいる。施設管理下の方も、ご本人の希望による買い物支援や嗜好品の購入など、自己選択の支援も行っている。		
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	ご本人が希望した時は、兄弟や家族に電話をかけて頂いている。又、贈答品のお礼状や年賀状などが書ける方の支援も行い、家族・友人・知人等との交流に配慮している。		
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	気持ち良く、快適に過ごせるよう、清潔で明るい空間作りに心掛けている。日々適度な換気を行い、生活臭に注意し、季節の花や掲示物(利用者で作成する)を飾るなど、居心地の良い共有スペースになるよう工夫している。	南側の窓から榛名の山並みを望み、季節や天候の変化が感じられる環境にある。室内は臭いもなく掃除が行き届き清潔で、献立、食事時間表、手作り作品が飾られ、温かみのある空間となっている。	
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	共有スペースの居間にソファや椅子を置き、テラスや玄関にベンチに設け、一人でも、また仲の良い利用者同士でも自由に過ごせる場を提供している。また見守りも常時できるよう配置も工夫している。		
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	家族の写真や装飾品を飾ったり、テレビを置いたりと自由に使っている。利用者が安心して生活できる居室作りのため、本人・家族に協力して頂く。その事により、馴染みの物を設置できるように努めている。	ベッドから半身起こした時の高さに時計を掛ける工夫をしている。馴染みのテレビや家具、本や写真が置かれ、自宅と変わらぬ居室作りをしている。ポータブルトイレも布で覆い見えない工夫をしている。	
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	利用者の身体状況、認知状態に合ったトイレの目印を付けたり、時にはご本人が困らないようにテーブルの上に明記するなど、残存機能を活かす工夫をしている。		