

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	1091200020		
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笠懸		
所在地	群馬県みどり市笠懸町西鹿田		
自己評価作成日	平成24年12月18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	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24年1月21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笠懸は、今年の4月に開所した、まだ新しい施設です。山や畑があり、鳥のさえずりが聞こえる、自然に恵まれた静かな環境の中に立地しています。職員は、利用者さん一人ひとりの個性を大切に、その人自身を受け入れていくことで「その人らしく」生活していただけるよう、日々努力をしています。グループ内にはグループホームが5つ(7ユニット)あり、合同の研修会や委員会活動を行うことで、ケアの向上に努めています。

【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)】

グループホームクララ笠懸は、医療法人三思会を母体とし、職員は系列グループ内のホームとの合同の研修会や教育委員会・サービス向上委員会等の活動に参加し、幅広いサービス内容の検討やケアの改善に取り組むとともに、医療連携も容易に実施されている。介護サービスの質向上について、利用者の「その人らしい暮らし」の基となる「その人らしさ」を利用者のあらゆる生き様を通して理解し、利用者に寄り添って支援する姿勢を目指しており、理念の中核としての「安心」を支えている。看取り実施を前提として入居時から話し合い、家族・職員・医師間の利用者情報の共有化はもとより、利用者の各種行動の原因を究明することで、利用者の生活の質・ケアの向上の一段の支援実現に努めている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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広がったり深まり、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、活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	職員には、入職時のオリエンテーションの時に理念について説明するようにしている。また、法人の理念と、ホーム独自の理念を職員がいつでも見られるところに掲げ、常に意識し、職員間でも共有できるようにしている。	職員と話し合いで決めた理念は、利用者の自立した生活ができるよう、職員が笑顔で「気づき、気配り、気遣い」の介護に努め、利用者が安心して生活出来るよう、心身共に心地よい環境を提供することを目指し、理念の実践を心がけている。	理念の目指すところを、職員には分かり易く教え、折りに触れて共に考え、共有化を図る努力を継続することを期待したい。
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	地域との交流ができるようきっかけ作りは行っているが、まだ充分とはいえない。	自治会には未加入である。区長に認知症予防の講演会等、地域への情報提供の実施を提案しているが、実現が待たれるところである。また、地域で必要とされる活動や役割を担うことを考えているが、現在、地域交流の機会が少ない。	地域の付き合いは、地域の特性で進展しない側面もあるが、各種の機会をとらえて能動的な働きかけを実施し、地域活動への参加や馴染みの関係の構築を実現するよう期待したい。
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	区長さんに、認知症についての講演や相談会の開催を打診しているが、具体的にはまだ実現できていない。		
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	行事の報告などを通し、ホームの状況をご理解していただくようにしている。また、ホームに対するご意見を伺い、サービスの向上につながるよう努力している。	運営推進会議のメンバーは予め選出して、幅広い意見をサービスの向上に役立てるよう配慮をしている。会議は、事業所の活動報告中心から、「夜勤が一人で、有事の対応に危惧はないか」の意見も出されており、今後は利用者に接してもらうことで、より理解を深めてもらうこととしている。	
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に取り組んでいる	わからない事があるときは、関係を構築するため、なるべく出向いて聞くようにしている。相談事があるときには、話を聞いていただき、助言をいただいている。	今回の管理者の急な交替による対応や、利用者がみどり市から桐生市へ住所変更したことでの入居条件に支障がないか等、相談をしている。提出書類で内容の説明不足等も感じられるので、今後も市と現場のギャップを埋めるためにも一層、連絡を密していくことを考えている。	
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	ホールから玄関に向かう戸は電子錠になっているが、ホールや居室からはいつでもウッドデッキに出られるようになっている。職員は勉強会を通し、身体拘束に学ぶとともに、拘束しないケアの実践に向け、努力している。	身体拘束や虐待について、職員は勉強会で学び、拘束しないケアの実践に努力している。玄関のドアは電子錠を使用しているが、居室や廊下からはウッドデッキに出られる。拘束しないことでのリスクと、ケアを工夫することでの安全性の確保が家族に説明され、理解されている。	
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	施設内の勉強会で、虐待について学ぶ機会をもっている。また、勉強会を通し話し合いの中で、職員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	施設内の勉強会の中で、成年後見人制度について、学ぶ機会を作っている。		
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	契約の時には必ず面談を行い、ご家族の不安や疑問にお答えするようにしている。		
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	ご家族の面会のときに利用者さんの状況をお話するとともに、ご家族の意見も伺うよう心掛けている。また運営推進会議にも参加していただき、外部の方と意見交換をしていただくようにしている。	利用者・家族の意見は、年1回の家族面談で聞く他、来訪時に状況を報告して、意見交換を行っている。家族とは、遠慮のない意見交換と信頼づくりを目指している。家族には、運営推進会議に参加した時に、外部の方と意見交換をして頂いている。	
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	月に1回の職員会議を開き、職員と意見交換を行っている。また、職員とは定期的に面談を行い話を聞く機会を設けている。	月1回の職員会議で、意見を聞いている。職員は年間目標を立て、「最初・進捗状況・最後」と年3回個人面談を実施し、意欲に繋げる指導が行われている。選抜された職員は、法人内合同の教育委員会・サービス向上委員会などに参加し、幅広い知識・情報を収集している。	
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	月に1度行う管理者会議に、母体(病院)からも事務長や主任に出席していただき、意見交換を行っている。休憩時間の取得について、また勤務体制についてなど現場から要望を出し、改善を行ってもらうことで、働きやすい職場環境の整備に努めている。		
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	施設外研修は、職員の経験年数や力量に応じて研修計画を立て、参加していただくようにしている。また、月に1回関連施設と合同の勉強会を開催している。希望者は病院内で行っている研修にも参加している。		
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	関連施設や職員との交流はあるが、法人外での交流の機会はない。		

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	本人からの聞き取りはもちろんであるが、自分の気持ちを伝えられない方もいるので、フェースシートやアセスメント表を参考にし、一人一人の利用者さんの状態を把握し、サービスを提供するよう心がけている。		
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	入所の際には必ずご家族と面談を行うようにし、サービス導入の前には、ご家族からの要望を伺うよう心がけている。		
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	ご本人やご家族からいただいた情報の中からニーズを把握し、サービスを提供するよう心がけている。		
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	できることはやっていただくことで、張り合いにつながるよう支援させていただいている。		
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	協力をいただけることはやっていただき、できるだけかわりを持って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	ホームの職員が付き添っていく機会はないが、ご家族の協力をいただきながら、外出に連れて行っていただいたりしている。	馴染みの関係者の来訪により、本人・家族からの不確かな情報が鮮明になるケースもあり、関係継続が本来あるべき姿と認識している。現在のところ馴染みの場所への外出は、主に家族の協力を得ながらの支援となっている。	馴染みの関係継続の努力は、家族の協力を得ながらも主体的にどう支援できるかを検討し、関係を切らない努力を自主的に実施できるよう期待したい。
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	利用者さんの性格や、コミュニケーションの能力によってホールのテーブルの席順を決め、利用者さん同士がかかわりを持ちやすい環境づくりをしている。		

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	新しいホームなので、まだ退所になったケースはないが、可能な範囲で相談・支援に努めていきたいと思っている。		
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	ご本人にお話が伺えるときには伺うようにし、お話が伺えない場合については、ご本人の様子を観察し、フェイスシートやアセスメント表をもとに、意味づけを行うことで、ニーズを探りケアに結び付けている。	本人からはっきりした意思が聞けない時は、選択肢を示して決めて頂き、達成感を持たせている。伺えない時は、フェイスシートやアセスメント表の基本情報や生活史・希望に基づき、普段の様子・表情・気づきから推察検討し、「本人らしさ」に向けた意向把握に努めている。	
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	前施設から情報や、ご家族からの聞き取りを参考にし、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	アセスメント表を作成し、1人1人の利用者さんの日常生活や、身体状況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	ご本人はもちろんですが、ご家族にもご意見を伺う心がけている。また、健康管理については訪問看護や医師からの助言を参考にし、介護計画を作成している。	職員が利用者1～2名を担当し、ケアプランの実施記録・評価・特記事項等に基づき、3ヶ月毎にモニタリングを行い、ケア会議で意見を出し合うとともに、ケアマネージャーが本人・家族意見を求め、訪問看護師や医師からの助言を参考に介護計画を作成している。	
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	ケアの実践については、ケアプランの実施記録(簡易評価表)を使用し、チェックしている。日々の様子については、個人記録に記録するとともに、申し送り表を使い、職員間で共有するよう心がけている。		
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、その時々にも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	基本としてはご家族に対応をお願いしているが、対応が困難なときには、病院の受診の際にリフト車で送迎したり、入所のときに施設へホームの車等を使用し、迎えに行き荷物の搬入のお手伝いするなど、可能な範囲での対応を行っている。		

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	ご家族からの聞き取りや、フェイスシートなどを参考にしながら把握に努めているが、まだ充分支援できているとはいえない。		
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	ホームの嘱託医がかかりつけになっているケースがほとんどであるので、嘱託医と連携を取りながら対応させていただいている。	ホームの嘱託医がかかりつけ医になっており、2週に1回の往診がある。検査は同医師の紹介で、母体の東邦病院へ搬送されている。歯科等のかかりつけ医への受診は原則家族だが、状況により職員が送迎している。受診時は、バイタル・医師への報告事項等が記載された往診表を持参している。	
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	連絡表を作成し、職員に医師や看護師に伝えたい内容を記録してもらっている。訪問看護や医師からの指示を記入するようにし、職員間で情報の共有を行っている。		
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。	利用者さんの入院があったときには、可能な範囲で面会に行き、状態の把握に努めている。また、相談員と連絡を取り情報交換を行い、早期の退院ができるよう努めている。		
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	本人とご家族の意向については、折々に確認するよう心がけている。状態の変化があったときは、医師や訪問看護との面談の機会を作り、今後の方向性について話し合いを行っている。	看取りの状態では、受入れをしていない。入居後の状態変化でレベル低下した場合は、看取りを実施する方針である。本人・家族とは、折々意思確認を、嘱託医と週1回の訪問看護を交えて行っている。重度化の目安は、食事が取れない時点で医師と相談している。家族心理、職員の受け止めに留意している。	医師・家族・職員等関係者の話し合いの中で方針を調整し、関係者の連携をいかに取るか具体的な話し合いを進められることを期待したい。
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	外部の研修(地域密着型施設連絡協議会主催の緊急時の対応講座)にも参加しているが、年1回消防署の出前講座をお願いし、系列施設と合同で、緊急時の対応について勉強会を行っている。		
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	年に2回避難訓練を行っている。2回の訓練のうち、1回は夜間体制で行うようにしている。緊急時の際に適切な避難誘導ができるよう、職員にはできるだけ参加してもらうようにしている。地域との協力体制の構築については、現状ではできていないため、今後の課題としたい。	年2回、避難訓練をしている。内1回は夜間想定である。災害時の夜間対応はマニュアル化され、消防署への火災通知で、管理者・本部の統括者・病院に一括で連絡が取れるようになっていく。今後は運営推進会議等を通して、地域の協力を呼びかけていく考えである。	事業所から地域住民に具体的な協力を要請することや運営推進会議出席の地域代表の方に避難訓練を体験して頂き、実情を把握し理解頂くことを期待したい。

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	「利用者の尊厳」について勉強会を実施している。また、無意識に不適切なケアを行うことがないよう、勉強会を行うことで、職員の意識の向上に努めている。	利用者の人格・誇り・プライバシーを尊重し、呼びかけの基本は敬語で、原則「さん」付けとし、本人の状況により、呼び慣れた呼び方で呼ぶこともある。人生背景を考慮するなか、尊厳を尊重し、顔の正面を見て話しかけている。常にケアの面でも人生の先輩として接する支援を行っている。	
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	介護者側からの押し付けではなく、「どうしますか?」「どっちがいいですか?」など、声掛けの工夫を行うことで、できるだけ自己選択できる機会を作るよう心掛けている。		
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	食事や排泄、入浴、日常生活など、どのように生活したいか、1人1人の利用者さんの状態や意向を把握し、その方のペースで生活していただけるように努めている。		
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	理美容など、希望される方が自分のペースで利用できるよう配慮を行っている。		
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	食事作りをお手伝いしていただける方は現在はいないが、食事の片付けについてはできる範囲でお願いしている。	3食共職員が調理し、内1食は業者の予定表のメニューから選択している。月1回は外食を基本とし、花見等とかねて実施している。また、誕生会・クリスマス・十五夜等の行事食を提供している。利用者は時々食器拭きの手伝いをしている。	
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	利用者さんの状態に合わせて、ミキサー食やトロミ・刻み食などを提供している。また、食事量や水分量を把握し、個人記録に記録に記入することで健康管理を行っている。		
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。できる方は自分でしていただいているが、できない方は職員が介助し行い、口腔内の清潔の維持に努めている。		

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
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	排泄管理表に排泄状況を記入し、各利用者さんの排泄状況を把握している。排泄管理表等を参考にし、1人1人に合わせた排泄の援助ができるよう工夫をしている。	日中訴えがあった時に案内したり、サインの把握に努め案内したり、その他は排泄管理表を目安に一人ひとりに合わせてトイレ誘導したりして、排泄支援をしている。排泄は、できるところをして頂き、部分的に介助を行っている。	
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、牛乳を飲んでいただくなど工夫している。排便がないときにはお腹を暖めたり、マッサージを行うようにしている。		
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	曜日や時間は決まっているが、利用者さんの状態に合わせて曜日を変えたり、入浴の順番をかせ対応している。	入浴は、週2～3回行い、本人の希望に沿う入浴支援が行われている。入浴拒否はその原因を探求し、楽しい入浴の実現に努めている。入浴剤を楽しむほか、浴槽の中での職員との会話や歌を唱う等、リラックスできる支援を行っている。	
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	利用者さん1人1人の身体状況の合わせて、日中の休憩時間を取っ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	処方の際にいただいている服薬内容を確認している。また、個人記録にファイルし、職員がいつでも確認できるよう配慮している。		
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	個々の利用者さんの生活歴や趣味の把握に努め、楽しが持てるよう支援させていただいている。(うたや編み物など)		
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	天候のいいときには散歩に誘い、気分転換をしていただくよう心掛けている。また、月に1回外出や外食を楽しんでもらっている。ご家族にご協力をいただきながら、外出を楽しんでいただいている利用者さんもいる。	鉢植えが置かれたウッドデッキで、日光浴をする日もある。暖かい日は車椅子の方も含めて、近所へ散歩に出かけている。利用者の希望で、散歩の途中から帰る場合もある。月1回の外出は、外食に合わせ楽しんでいる。家族の協力で、ドライブに出かける方もいる。	家族等の協力を得ながら、地域行事や季節の節目に合わせ、外出支援を広げ、普段行けない場所や馴染みの場所に外出できるよう個別の支援を工夫す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
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	ホームでは現金を持つことはご遠慮いただいているが、ご家族よりお小遣いをお預かりし、必要なときには使用していただくようにしている。		
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	希望があれば電話をしていただくようにしている。		
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	ウッドデッキに季節の花を置いたり、季節感を感じられるような室内飾りをし、季節の移り変わりを楽しんでもいただいている。また、温度や湿度に気を配り、居心地よく生活していただけるような環境作りを行っている。	食堂・居間の天窓で、温湿度や光の調節をしている。春夏はウッドデッキに花を飾り、居間・食堂には正月飾り・クリスマス飾り等を飾り、季節感を感じてもらっている。居間の大きな掲示板には行事写真が掲示され、脇に油絵とカレンダーがあり、生活感を感じられる。	
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	居室やホールなど、利用者さんには、思い思いのところで過ごしていただいている。		
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	自宅から使い慣れたものを持ってきていただいている。利用者さんには好みのものを置いていただき、自由にお部屋を使っている。	居室内には、備品の電動ベッドやチェスト・柱時計があり、ベッドサイズの畳が敷かれた部屋もある。造花・人形・家族写真が飾られ、馴染みや好みの生活用品があり、居心地よく過ごせる配慮がある。	
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	室内はバリアフリーになっており、手すりを設置している。		