

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	1090300243		
法人名	介護クラブ株式会社		
事業所名	グループホームあおぞら		
所在地	桐生市境野町3丁目2113番地		
自己評価作成日	平成25年7月5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25年7月17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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・介護度が進んでもキザミ・ペースも職員が作成し常に本人にあった食事形態を提供できる。 ・お誕生日会や事前訪問時に家族とともに会食出来るよう配慮している。 ・陶芸を付きのレクリエーションにとり入れ、職員とともに作業をし、コミュニケーションを図りながら残存機能の維持にも配慮している ・作った作品は有隣館で展示販売や公民館文化祭に出品し、去年から桐生市の「さやいち」に参加し毎月1回展示販売を行っているまた、職員とでかけて社会とのつながりを提供している。 ・隣の有料老人ホームと外でふれあいや共同の避難訓練を行い交流をおこなう。
--

【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>開設から10年経過しており、利用者の高齢化が進んでいる状況に対処する為に、食事・洗濯は別の専門部として切り離し、介護担当職員が高齢者の介護に専念できる体制にしている。月に1回陶芸教室を開催し、利用者は手先を動かし、創作活動で頭使う健康法を実施し、合わせて文化施設で作品の展示・販売をして利用者の「張り合い」づくりと事業所の情報発信と地域交流に努めている。ホームでの生活を最後まで望む方には、培われた介護経験を活かし、かかりつけ医・協力医療機関・看護師と連携を密にし、家族も交えて看取りのケアを実施している。運営者・全職員は、理念「親のように、子のように接する気持ち」をもちに利用者一人ひとりの生活支援に取り組んでいる。</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	「地域に開かれた施設を目指す」という意識の元近隣住民と積極的に挨拶や施設のイベントの広報を行っている	理念に「親のように、子のように、接する気持ちを大切に」を掲げ、家族的な介護を盛り込み、地域住民と共に地域福祉向上を目指す取り組みをしている。管理者・職員は理念を共有し、日々実践している。	
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	組合の回覧板やホームの掲示板にホームの行事やお知らせを掲載したり、納涼祭では協力仰ぎ、参加してもらっている。	自治会に加入、凹見坂で地域情報交換し、公民館の文化祭・ゆう隣館・骨董市に、利用者・職員作成の陶芸作品を展示・販売している。誕生日会にはマンドリン・フラダンス・大正琴のボランティアの訪問や高校の実習生受け入れ等、地域との交流に努めている	
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	東包括センターから介護教室の場所提供を受け講師招いて開催している。また、介護のことでの相談があればいつでも対応できる旨を話したり施設内に相談についての窓口を掲示している。		
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践、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回の開催を行い、職員と家族が参加することでその内容を理解しホーム内に活かせる事は取りこむ努力をしている。会議も実際のホーム内で一緒に食事をする、陶芸を行うなど体験も行っている。	2ヶ月毎に運営推進会議は開かれ、利用状況・感染症・運営報告・避難訓練・地域水害対策報告の話し合いをしている。避難訓練に参加の地域の方や民生委員から具体的な意見が出され、検討をしている。あわせて、毎回の議題設定と家族の出席率を検討した	議題には幅広いテーマを考え、会議メンバーに配慮した開催時間の検討をされたい。
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に取り組んでいる	今のところ地域運営推進会議での行き来しがないのが現状である。	市長寿支援課に、事故報告や権利擁護制度利用について相談し、包括支援センターの依頼にて介護教室の場所を提供したりするなど、協力関係を築くように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	拘束排除の研修は随時受けており、新しい職員にも理解と実践を行っている。現在拘束については家族と同意書、半年ごとの見直しを行っている。	研修に参加し、身体拘束をしないケアの意義を理解している。安全を優先し、朝夕の職員が手薄になる時間帯に、腰ベルトを装着している。拘束の時間を少しでも少なくするよう半年毎にカンファレンスで再検討を行い、確認書を見直し家族にサインをいただいている。玄関は開閉がわかるようドアに鈴をつけており、施錠はしていない。	引き続き、カンファレンスにより拘束の時間帯をできるだけ少なくする努力と確認書に家族の意向が分かるような記載内容の書式検討を期待したい。
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	虐待に関する研修を職員が受け、ホーム内での実施に努めている。目に見えない「言葉の虐待」「ネグレクト」については日ごろから職員間で注意しあっている。		

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	ホームにこれらの制度を利用している方がおらず、権利擁護に関する知識は職員全員には十分にはいきわたっていない。全体会議でも取り上げたがまだまだ理解には不十分である。		
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	契約時には施設長と入居担当者の2名体制で行い、十分な説明と同意が得られるように行っている。		
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	ホーム玄関に意見箱を設置し、匿名での意見を受け付けている。苦情処理委員会を設置し内容を掲示している。第三者委員も選出しており苦情発生時に備えている。	玄関に意見箱を設置し、苦情相談受付窓口・第三者委員も選出している。家族が頻繁に来られる方を除き、年2～3回希望を聞いている。また、納涼祭やクリスマス会の家族の半数が参加される機会が家族会になり、施設長からの説明や希望を聞いている。	
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	月に一度の全事業所職員対象の全体会議や、各事業所ごとの定期的カンファレンスで意見や提案を述べる場を設け、反映させるように努力している。	月1回の全事業所の職員会議及び月2回のカンファレンスで、職員の意見・提案を聞く機会を設けている。終業時間の延長・扇風機購入・エアコン管理・ケアの意見があり、反映させている。施設長や管理者は、職員の資格取得の奨励や研修参加を応援し、向上心を持ち働けるよう職場環境の整備に努めている。	
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	全従業員の勤務状況、給与支払いは代表者が担当しており把握している。代表者自ら全体会議の場において職員に向け、運営、環境整備に関して話をしてもらっている。また労務士と提携し就業相談の窓口担当となってもらっている。従業員一人一人に労務士の連絡先を渡している。		
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	研修は法人内外の情報を集め、職員が勤務を調整しながら参加できる機会を作り促している。研修に参加した職員は報告書を作成し、他事業者及び職員に周知するよう回覧している。		
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	施設間での研修は行っているが、現在GH同士の交換研修は行っていない。認知症研修などは順次散会してもらい質の向上は図っている		

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	本人と面談しながらできるかぎり不安、要望を聞き取りしサービスの内容を説明している。サービスも本人の様子を見ながら導入をすすめている。		
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	KPはもとより、本人を取り巻く関係者の方にも不安・要望などを聴きとりをし、サービス導入に向けて信頼が得られるようにしている。		
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	ホームを利用する前に、在宅の継続の是非、医療の必要性、ホーム以外のサービスについても説明を行い、本人、家族の意向も踏まえ現段階での必要なサービスを提供するよう努めている。		
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	本人の出来る事を見つけていくとともに、どんな小さなことでもやって頂けることをさりげなくお願いし実践してもらっている。		
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	職員が来所する家族に聞き取りを行い、家族と過ごす時間を作ったり、リハビリの声かけや励ましをしてもらうよう心掛けている。		
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	馴染みの人々(友人・近隣の方)がいつでも訪ねてこられる環境づくりを行うとともに、家族からの希望が有れば随時外出・外泊できるようにしている。	馴染みの訪問者には、歓迎の意を伝えている。家族との外出・外泊は重度化に伴って減少傾向になっているが、正月やお盆の際には家族に問い合わせている。家族と一緒に喫茶店への外出やデパートの買い物には個別に応じ、職員と一緒に出かけている。	
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	入居者同士の気質、関係を把握し、トラブルを未然に防いだり、さりげなく仲介している。また、どうしてもだめな場合は棟の移動も考慮する。		

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	退去された後も、入院先や施設を訪ね、本人や家族の状態を把握し、相談等も必要に応じて行うよう努めている。		
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	本人が望む暮らし方、どのような思いを持っているのか、日々の暮らしの中で希望や意向を直接聞き取る努力をいっている。カンファレンスでは情報を共有し実践している。	日常会話の中から、個別に食べ物・したいことの希望や要望を聞き、カンファレンスで話し合っている。また、しぐさ等から普段と様子が違う方には、居室で時間をかけ話を聞いている。帰宅願望の時には、ドライブに誘い気持ちを落ち着かせている。	
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	本人からは日々の会話の中から、家族からは聞き取りを行い、アセスメントを取る事に努めている。		
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	おおまかな日課に沿って本人のペースで生活できるように心身の状況や感情を個人記録に残しカンファレンスで現状の把握を行うよう努めている。		
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	本人からは出来る限り要望を聴くように努め、家族からも要望を聞き取り、計画作成担当者および担当職員とで相談しながらその状況に応じた介護計画を作成している。	利用者を担当する職員が中心になり、家族や本人から希望を聞き、看護師の情報・医師の指示を基に介護計画を作成し、ケアマネージャーがまとめ、会議で検討している。基本3ヶ月で見直されるが、モニタリングは毎月実施され、変化時は随時見直している。申し送りやノートで周知徹底し、家族に報告し了承されている。	
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	日々の個人記録の中に現在のケアプランが記載してあるので、そのプランに沿ったケアが誰でも実践、記録できるようになっている。		
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	急な通院での送迎や付き添い、入居時に必要な物品の手配など、本人や家族の希望や状況に応じ、対応できるようになっている。個人の買い物にも対応している。		

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	近隣の長寿センターの利用やレクリエーションのボランティア、区域内の小中学校の授業の受け入れを積極的に行い、楽しみが持て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	入居前からのかかりつけ医を基本とし、定期的に往診受診をしてもらっている。また、急変があった場合には電話にて対応を仰ぐ、往診して頂き適切な医療、看取りを含めた医療を受けられるように支援している。	入居前からのかかりつけ医の方や本人・家族の希望により協力医に変更し受診する方もいる。協力医の2週に1回の往診、訪問歯科医の月1回の往診と口腔ケア指導がある。緊急時の受診には職員が同行し、家族に報告をしている。非常勤看護師は入浴時の皮膚の状態やバイタルチェック等のケアを行い、適切な医療を受けられる支援をしている。	
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	ホームには看護師が非常勤で勤務しており、入浴時、生活の暮らしのなかで気づきのケアを行っている。異変がある場合は責任者と協働し順次対応を行っている。		
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。	入院した際は、地域連携室の相談員とこまめな情報収集と相談を行い、退院後も施設に戻れるように努めている。普段から管理者や入居担当者が連携室相談室へおもむき関係を継続している。		
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	終末期に向けた方針については、日ごろから関係者で話し合い、本人、家族からの要望、希望について文書での確認を行っている。文書も様態変更した場合は見直しを行い家族と看取りについて考えを統一していくようにしている。	契約時に、重度化や看取りについて家族に説明し、医療確認書を作成している。食事が経口的に摂れない状態や呼吸等の心身の変化時には、家族・医師で話し合い、方針を共有している。最後までホームでの生活を希望する方には、看取りのケアプラン作成し、家族と共に看取りケアをしている。家族用ベッドの用意もある。	
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	入居者の急変事は夜間、時間外でも看護師が電話を受けて駆けつける体制を整えている。また、救急救命の講習をすべての職員が受けられるように施設に消防の職員を招き習得の機会を設けている。H25.6実施		
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	災害時緊急マニュアルの設置、連絡網の掲示を行っており、年2回の消防避難訓練を義務付けている。また、運営推進委員会でも近隣の方々への緊急時の協力体制を呼び掛けている。年に1回は地域住民への声かけ参加を呼び掛けている。	消防署の指導の下、夜間想定した避難訓練1回を含む火災訓練2回と、隣接する系列の有料老人ホームと合同で2回、合わせて4回実施している。運営推進会議メンバーや近隣の方へ参加を呼びかけ、一緒に行っている。災害時のマニュアル・連絡網、近くに職員宅があり、緊急時早く駆けつけられる体制がある。現在、協力者との連携強化・連絡の自動化を課題としている。	

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	トイレのドアが開けっ放しにならない様カーテンを設置。入居者一人ひとりがどんなに認知症が進んでも人生の先輩として接する態度、言葉づかいに注意している。	利用者の人格を尊重し、態度や言葉かけに注意しながら、家族のように接している。呼び方は、本人や家族の希望で名前か名字にさんを付けている。入室時には必ず声をかけ、トイレドアの外にカーテンを設置しトイレでのプライバシーを配慮した対応をしている。	
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	本人の言葉を待ち、クローズクエスチョンで選択肢を提示し希望を聞くことを実践している。自己決定が難しい利用者に対しては相手の立場に立って考え、気持ちをくみ取り関わるようにしている。		
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	大まかに日課は決まっているが、決して無理強いせず本人のペース、希望を優先し、支援を行っている。		
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	衣類の選択や理美容など、出来る場合は本人と一緒にいき、希望を聞き取りその人らしい身だしなみが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	職員も同じ食事を一緒に食べ、好みの聞き取りを行い反映しているほか、配膳や片付け、テーブルふきなど出来る事は入居者にも手伝ってもらい、日課となっている。	法人内施設の食事を一括して提供する厨房で、調理担当職員が1週間を献立し、利用者の体調に対応した刻み食・ミキサー食・普通食を提供している。頂いた季節の野菜は漬物やサラダとして加わり、毎月利用者の好みを含めた要望を、厨房に出している。テーブル拭きや食器拭きをする利用者もあり、食事は職員も同じ物を一緒に食べ、おやつ作りも楽しんでいる。	
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	食事の摂取量、1日の水分量は毎食ごとに個人で記録し、キザミ、ペースト対応も行っている。嚥下障害のある方などもとろみをつけ必要量摂取できるように努めている。		
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	毎食ごとに職員が声かけや、誘導介助をして口腔ケアを行い、状態観察も行っている。その人に合った方法、道具の選択を行っている。また、定期的に歯科医の往診も行っている。		

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
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	必要に応じて排泄時間、量、回数などを記録し個人ごとに付き添い、自立ができるように声かけや援助を行っている。衛生費の推移も見えており使いすぎの防止に努めている。	排尿の回数からパターンを把握し、トイレでの排泄を支援しているが、車椅子の方は居室で対応をしている。昼間はリハビリパンツ・パットを使用し、夜間はオムツの使用、夜間はポータブルトイレの使用で対応を工夫している。毎月オムツ・パット類の使用量を集計して、使い過ぎに留意している。	
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	個人の排便チェック表を作成し、毎日確認を行っている。状態から必要な薬剤の投与、飲水、運動などを行っている。		
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	大まかな時間帯と曜日は決めてあるが、当日の入浴については本人の意思を尊重しながら行っている。	週3回の一般浴及び2回のリフト浴を実施し、土日は対応していない。大まかな時間帯と曜日は決めているが、本人の意思を尊重しながら入浴を支援している。入浴を拒否される方には早めの声かけや翌日に変更したり、シャワー・足浴・更衣で対応を工夫している。会話しながらの入浴、柚子湯や入浴剤の香りで楽しめる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	個人の身体状況や気分をくみ上げ、居室で休む時間をもつ、またフロアにソファや小上がりを設置いつでも好きなところで休めるようにしている。		
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	個人ごと薬剤情報を管理し、職員が常時見られるようにしている。処方が変わった時は申し送りノートと口頭での申し送りを徹底している。		
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	日常生活の中で家事の手伝いや掃除など出来る範囲で行ってもらったり、レクリエーションでは各人が楽しめる様な工夫を行っている。		
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	本人や家族から希望があればいつでも外出できるようになっている。状態に応じて職員が付き添うように配慮している。なかなか外出できない方もいるが、職員側から声かけをし、散歩に出る工夫も行っている。	天気の良い日は、車椅子の方に職員一人が付き添い、散歩に出かけている。散歩に出られない方は玄関先の庭で外気浴、軽い体操や歌を歌う等で対応している。家族との外食や買い物に、職員と出かける方もいる。普段出かけられない季節の桜・菊の花見、紅葉狩り、桐生祭りや恵比寿講への外出支援をしている。	

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
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	本人がお金を持っている方に関しては、買物代行を行い、金銭の日常的管理も本人と行っている。		
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	希望される方はほとんどいないが要望があれば対応している。		
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	共有スペースに利用者の作品、季節ごとの壁飾りを掲示している。エアコンも利用者に合わせ、天窓を活用した採光、風を取り込んでいる。	玄関周りの花壇や共用スペースには、季節の花がある。食堂兼ホールはエアコン・加湿器、高い天窓を利用した採光・通風により、温・湿度の調節がされ、畳のスペースやソファで寛げる空間もあり、壁には利用者の作品も飾られている。要所に手摺が付けられている。	
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	時には利用者同士が居室へ行き来している。フロアにはソファや畳の小上がりを設置し、自由に過ごせるように配慮している。		
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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時にご自分の使用していた家具、洋服、持ち回り品等を持ってきてもらうように説明している。レクリエーションで自分が作った作品を飾るなど、ネームプレートをさげたり居心地のいい空間作りに努めている。	各居室入口に、陶板の表札が掛けてある。エアコン・ベッド・クローゼットが設置され、使い慣れた家具類・位牌が持ち込まれ、家族の写真・感謝状・手作りの作品が飾られ、生活スタイルに合わせて居心地の良い空間となっている。	
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	洗面所までの壁、中、トイレ、廊下には手すりを設置し安全に移動ができるようにしている。トイレには目で見て分かりやすいよう大きく掲示。		