

### 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	1090300185		
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梅田		
所在地	群馬県桐生市梅田町1丁目385-4		
自己評価作成日	令和1年11月16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	<a href="http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/">http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/</a>
----------	---

【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1年12月11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梅田は自然豊かな環境の場所にあります。ホームにはウッドデッキが建物全体を囲む様にあり、部屋のどこからでも出られるようになっています。春は裏の城山が山全体に桜が咲き、ウッドデッキでお花見をしています。四季を感じて頂いています。病院が母体なので後方支援もあり、緊急時には受け入れもスムーズにでき、ご家族様にも安心して頂いています。当法人にはグループホーム6事業所のグループホームがあり、8ユニットで運営しています。教育委員会・サービス向上委員会があり、を各ホールの委員が参加してケアの質の向上とサービスの向上を検討しています。入居者様一人一人が穏やかで安心して生活できる様な環境が提供できる様 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)】

玄関先には、パンジーやピオラの鉢植えが色とりどりに並んでいる。解放している玄関を入ると、掃除の行き届いた共用空間が広がる。居間兼食堂からは山が見え、春になると山一面がピンク色に染まるほどさくらの花が咲き、川があるなど自然環境に恵まれている。災害対策においては、避難した時の経験を参考にするとともに、新たな危険を予測し、意見を出し合い「避難確保計画」を作成している。食事は、料理を得意とする職員によって調理され、利用者は食材の下ごしらえや下膳等をしている。食卓を3ヶ所に、調理カウンターに近いテーブル、真ん中のテーブル、外のデッキに近いテーブルに分けて、利用者間の人間関係や相性、話好きや無口などの人柄を考慮した配置とし、職員も各テーブルに入り、食事の場を楽しく和やかな雰囲気づくりに努めている。

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 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	入職時のオリエンテーションの時に、事業所の理念について説明を行っている。また、理念を常に忘れることのないようにホームに掲示している。	職員、家族、利用者が目を留める場所に、理念を掲示している。理念の家庭的な環境下での生活サービスに力を入れ、職員相互で確認し実践している。	
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	自治体(隣組)に加入し、地域の情報収集を行うようにしている。施設近くのお店に利用者さんと買物に行き、施設の周りの人たちと、利用者との関わりを持つようにしている。	事業所は地域の自治会員であるが、地域からの行事活動の情報や、回覧板の利用、事業所から地域への働きかけ等の相互関係の築きがやや少ない。	事業所の行事(クリスマス会)等に地域の人々を招待する場合は、職員と利用者で事業所の主旨を伝えられるとともに、地域との交流の工夫を期待したい。
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	運営推進会議では民生委員さんや包括の方との話の中で、抱えている認知症の方への関わり方などを話したり、認知症状の具体的事例などを伝えている。		
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	利用者の普段の様子や、ホームの現状などを報告させてしている。ホームでの現状の理解していただき、また、出席者からご意見を伺う事で、ケアの向上を目指している。毎回テーマを提示してホームの取り組みを伝え、アドバイスや提案を今後に活かしている。	2ヶ月に1回の運営推進会議を実施しており、出席者の自己紹介、事業所からの報告で、行事や利用者の様子、ヒヤリ・ハットの件数と状況、検討事項では、避難確保計画書の作成の話し合いをしている。メンバーには、地域代表者がいない。	事業所自体が地域の一員であり、地域の代表者がメンバーになり意見を吸い上げられることを期待したい。
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に取り組んでいる	運営推進会議に出席していただき、ホームの現状についてご理解頂いている。毎年、集団指導に参加したりと連携を図れるような関係作りに努めている。	市担当課へ出向き、事業所の活動状況を報告している。また、担当者からは、実地調査後の注意点等を伺うことができる。	
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	玄関の施錠は行っていない。ホームの中でも職員と共に「身体拘束や虐待」また「不適切なケア」について学ぶ機会を作り、意識の向上に努めている。運営推進会議のメンバーによる「身体拘束適正委員会」を立上げホームの取り組みを伝えている	身体拘束に関する勉強会を行い、職員の利用者に対する言葉、態度・行動等について、気づいたら職員相互で注意しあっている。玄関は開錠され、自由に出入りできる。また、居室からデッキへ出られる環境にある。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	ホームの中や関連施設内での勉強会などで、学ぶ機会を作っている。職員への意識付けを行っている。身体的な虐待だけではなく、言葉での虐待もある事を意識づけている。		

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	法人内の勉強会などで、職員が学ぶ機会を作っている。実際に活用し援助に結びつけているケースはまだない。		
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	契約時には面談を行い契約内容について説明を行っている。その際、不安な事や疑問点を伺い疑問点等がある時には説明をさせていただき、ご理解をいただくよう努めている。		
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	玄関にご意見箱を設置し、ホームに対する意見や要望を入れて頂くようにしている。また、ホームに対する要望を伺うため、1年に1度、個別面談を実施している。施設来所時に管理者や職員が現状を伝え、家族の要望など伺う機会を多くしている。	家族来所時に利用者の様子を伝えるとともに、家族より意見を聞いている。年1回は、家族の都合に合わせて計画的に個別面談の場をもうけ、意見・要望等を聞き運営に反映させている。	
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	職員は年度の始めに自己目標管理シートを作り、それを基に面接を行い、各職員の意見や要望を聞き、管理者会議などで取り上げ、ホームに持ち帰り、改善に向けて努めている。意見を言い合える環境を作り意識して、日々の勤務の中でも意見を聞いている。	職員より提出された自己目標管理シートを参考にしながら、管理者が対面で意見や提案等を聞いている。職員からの意見は管理者会議に提出され、会議で検討されている。	
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度法人内の6つの管理者と顧問との会議を実施、職員の勤務状態の把握や職員からの要望等を持ち寄り話し合い、働きやすい職場作りの環境整備に努めている。		
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	職員の経験年数や力量などを考慮し、研修内容に応じて参加する機会を作っている。また、関連施設と共同して、月に1回定期的に勉強会を行っている。		
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	法人内には6つのグループホームがあり、委員会や法人内の勉強会などの際、職員間の交流を行っている。地域密着連絡協議会に参加して他のグループホームとの交流を持っている。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人からお話を伺える時は伺っているが、言葉で伝える事が出来ない利用者さんの場合は、ご家族にお話を伺ったり、本人の言動や行動の中から困りごとを推察し、安心して生活できるよう支援させて頂くようにしている。		
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	入所時に面談を行いお話を伺うようにしている。 ご家族からの要望も入所時全て伺う事が出来なかった場合、随時連絡を入れ、不安のないように対応している。		
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	入所希望で来られた時には、面談の中でお話を伺い状態の把握やご家族の困りごとを伺うようにしている。その際、状況に応じては他のサービスの利用を勧めたり、紹介したりしている。		
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	お手伝いや本人の得意とする事をみつけ、張り合いを持てるよう対応している。入居者様、職員が共に楽しいと思える時間を作り、一緒に過ごす事に努めている。		
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	ご家族の協力をいただきたいときは相談し、協力を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	行きつけの美容院へ行ったり、自宅へ行き草刈りをしたり、自宅が近所で、知り合いの方が来所したりしている方もいる。	馴染みの場所(ふる里センター)へ行ったり、車窓から見える見慣れた場所の話題で盛り上がり、自宅近所の友人が来所したりしている。家族による外出支援の他、美容院の継続利用など馴染みの関係継続の支援が行われている。	
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	利用者さんの状態や性格を把握し、席の配置等を考え、利用者さん同士が交流しやすいよう配慮している。		

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	病院等に入院し退所されたケースでも、ご家族から相談があった場合には相談に乗ったり、施設の紹介を行ったりしている。		
<b>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</b>					
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	入居者様個々の性格や今までの生活など本人サイドに視点を向け、ご家族や本人からも情報を知る様努めている。職員の思い込みや想いに充分 気をつけ、色々な角度から把握するように努めている。	家族から自宅での生活の様子を聞いたり、利用者みなでいる時の様子や会話、利用者の顔の表情や動作等を把握し、アセスメントしてその人が何を望んでいるか総合的にみて検討している。	
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	前施設や居宅からの情報を参考にしたり、本人やご家族からお話を伺い、生活歴の把握に努めている。		
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	1人1人について定期的にあセスメントを行い、状態の把握に努めている。ホーム会議やカンファレンス時に職員の意見を多方面から集めて本人に近づけるよう努めている。		
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	利用者個々に職員は担当を持ち、モニタリングを行い、カンファレンスでは意見交換をしている。ご家族にも現状を説明して、要望等を聞きプランに生かしている。ホームDrや訪問看護師にも意見を聞いている。	職員が2~3名の利用者を受持ち、定期カンファレンスで意見・情報交換をしている。利用者の状態に応じモニタリングを行い、介護計画の見直しをしている。緊急性のある場合は、適宜計画の見直しをしている。	
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	日々の様子については、個人記録に記入している。ケアプランについては、週に1度簡易的な評価を行い、気づいた事を備考欄に記入することで、介護計画の見直しの時に役立てている。また、1日の申し送り表を作り、職員間で情報の共有を行っている。		
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	医療に関しては二週間に一度の主治医の往診で ご家族の希望や状態により他の医療機関への受診の援助を行っている。個別の外出の援助や外泊の支援も行っている。		

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
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	運営推進会議に出席して頂いている民生委員さんが地域の情報を教えてくれるが認知症の進行のよって地域との関わりも難しくなっている方もいて、支援の方法を検討している。		
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	希望される方はホームドクターに受診しているが、今までのかかりつけ医の受診を利用される方には、かかりつけ医に受診をしていただいている。現在では全員がホームの往診医にお願いしている。専門の医療が必要な方はDrから紹介して頂き、受診されている。	入居時に、これまでのかかりつけ医の受診の有無を確認し、かかりつけ医に受診希望の場合は、家族の協力を得ている。緊急時は母体の医療機関を受診するが、基本的には利用者の希望する医療機関での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	個々の利用者さんの状態を把握し連絡票を作成することで、職員間で情報の共有を行うとともに、医師や訪問看護にも情報が適切に伝わるよう工夫している。		
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。	入院後は病院の相談員さんと連絡を取り、情報交換に努めている。母体の病院とは連携が取れているが、他の病院の場合は職員が病院へ出向き、相談員と話をしている。		
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	入所時に“重度化した場合の対応”について説明をしている。、食事が摂れなくなった時や状態が低下して来たときに早い時期に家族とは話をしている。最終的には主治医からの説明を受けて今後の事の相談を行い、ご家族・本人の意向に沿った援助を行っている。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」を用い、家族、本人に説明し、同意を得ている。全身状態の悪化や飲食摂取が経口的にできなくなった場合は、医師が家族へ病状の説明を行い、家族、訪問看護師、職員等が連携しチームで支援を行っている。	
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	消防署の出前講座を1年に1～2回お願いし、緊急時の対応について学んでいる。		
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	今年度桐生市へ避難確保計画を作成し、提出した。今年台風で緊急避難指示が出て、指定の公民館では施設入所の方々の避難は難しいと痛感した。今回は同列の住宅型の施設に避難できたが一泊でも大変でした。	避難場所を駐車場に決め、年2回の避難訓練をしている。夜間想定での避難訓練は、夜勤者が通報、初期消火、利用者の誘導等ができるよう、全職員が経験するようにしている。しかし、地域住民への働きかけに課題がある。	事業所が地域への働きかけを行い、地域の方に理解を求め、協力体制が築け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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	虐待について今年度は特に力を入れて散り組んでいる。職員が何が虐待かの意識が弱かったり、ホーム全体が低いレベルの職場環境だったりすることが危険なことで、事業所全体で意識改革に取り組んでいる。	日々の支援においては、部屋に入るときはノックする、トイレのドアは必ず閉める、利用者個々の排泄パターンを知り、そっと声をかけトイレ誘導している。	
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	本人の意思を確認するようにしている。また、自己決定出来る場面では本人の希望を聞き対応するようにしている。		
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	一日の流れはあるが、ご本人の意思を尊重して生活して頂いている。		
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	ヘアカットなどその方の希望を聞きながら定期的に行っている。選べる方は自分で洋服を選び、着替えている。選べない方にも一緒に「どれにしようか」と声をかけている。		
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	ほとんどの方が食事をたのしみにしています。下ごしらえなどのお手伝いはして頂いています。調理を一緒に行う事は今の所行っていません。食後の下膳が出来る方は一名です。	食材業者による献立と食品を用いて、調理担当職員によって料理している。利用者の状態によるが、調理の下ごしらえや下膳の手伝いをしていただいている。また、食事時の食卓を3テーブルに分け、和やかな雰囲気づくりに配慮している。	
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	食事量を把握し、健康管理を行っている。水分量が少ない利用者さんには、こまめに水分提供したり、本人の嗜好にあった物を提供したりしている。また、咀嚼・嚥下機能の低下がみられる方には、その方が食べやすい状態にして食事の提供を行っている。		
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。一人で口腔ケアが出来ない方は、職員が介助したり、利用者の状態を把握し、1人1人の状態に合わせた援助を行っている。		

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
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	1人1人の利用者さんの「出来る事」と「出来ない事」を把握し、利用者さんの状態に合わせた援助を行っている。現在、昼夜オムツの方が1名。夜間だけオムツの方が2名。日中は無理のない様にトイレでの排泄を支援している。便座に座る事で排泄を認識して排尿に繋がることを理解している。	自立している利用者もいるが、他の利用者については、排泄パターンを記録し、それを参考にトイレ誘導・排泄支援を行っている。	
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	便秘気味の方には起床時に牛乳を飲んで頂いたり、ヨーグルトやなど乳製品の提供している。便秘の時にはお腹を温めマッサージを行い排便を促すようにしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴が楽しみにされている方も居るので、急ぐ事が無いよう努めている。個々のペースで入れるようには気を付けている。入浴の曜日や時間は希望に沿ったものにはなっていない。	週2回を目安に入浴を行っている。個浴であり、脱衣所・浴室を温かくして、湯温は本人の好みを聞き適温に調整して入浴できるようにしている。	
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	一人一人の利用者さんの状態を把握し、午前と午後に入眠を入れるなど無理なく過ごしていただくよう配慮している。夜間の安眠につなげる為に無理のないようなレクなどを行っている。		
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	個人記録の中に薬の処方内容をファイルし、いつでも確認できるようにしている。薬剤師の方が月に2回薬を届けに来て下さる際に、分からない事などは確認をしている。		
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	利用者さんが何に興味があってどのように生活したいか把握するように努めている。利用者さん自身を認めていく事で、喜びにつながるような支援を心掛けている。		
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	「外に出かけたい」などと希望のある時は可能な範囲で一緒に出掛け対応するようにしているが、まだ十分とは言えない。ご家族の協力もいただくようにしている。90歳以上の高齢な方がほとんどで、散歩や外出の声をかけるがあまり喜んで頂けない。	外出日を月、水、金曜日に決めてできるだけ外出するように努めているが、利用者の希望があればその都度、外出している。また、家族(娘)の誘いで、家族によりレストランで食事等をしている。	



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	ホームに入所されている方は、買い物の希望があるようなときには、お小遣いの範囲で対応するようにしている。		
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	希望のある時には可能な範囲で対応するようにしている。家族への連絡は、家族に連絡可能な時間帯を確認しておき、可能な範囲で対応している。		
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	部屋の温度や湿度の調整はこまめに行っている。また、ウッドデッキに季節のお花を植えるなど、季節感を楽しんでいただくようにしている。室内装飾は季節ごとに利用者や季節の装飾を作り、一緒に飾りつけまでを行い、季節を感じて頂いている。	居間兼食堂や各居室にはウッドデッキがあり、自由にデッキへ出られる。また、空気調節が心地よくされている。玄関、廊下、浴室等の清掃が行き届き、匂いや湿り気がなく清潔である。	
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	気の合った方と過ごしていただけるよう、席順などにも配慮している。居室だけで過ごすのではなく、時には、ウッドデッキで気の合った利用者同士が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	自宅より使い慣れたもの(イスや物入れなど)を持ってきていただいている。希望でテレビを持ってきていただき、居室でくつろいでいられる方もいます。	利用者の状態に応じ、床にマットレスを敷き詰めたり、テレビ・椅子・テーブル・写真等を置き、自分らしい居室づくりに努めている。	
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	居室が分からなくて迷ってしまう方には、居室前に目印を付けている。また、名前を大きく書いたりしている。目印が解らない場合は、職員が付き添うようにしている。		