

平成 30 年度

# 1 自己評価及び外部評価結果

事業所名： 認知症高齢者グループホームいこいの宿

## 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0370900532		
法人名	NPO法人 ケアセンターいこい		
事業所名	認知症高齢者グループホームいこいの宿		
所在地	岩手県一関市末広1丁目9-3		
自己評価作成日	平成30年11月20日	評価結果市町村受理日	平成31年2月4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.kai.gokensaku.mhl.w.go.jp/03/1/ndex.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;Ji_gyosyoCd=0370900532-00&amp;PrEfCd=03&amp;VerSi_onCd=022">http://www.kai.gokensaku.mhl.w.go.jp/03/1/ndex.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;Ji_gyosyoCd=0370900532-00&amp;PrEfCd=03&amp;VerSi_onCd=022</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 いわたの保健福祉支援研究会
所在地	〒020-0871 岩手県盛岡市中ノ橋通二丁目4番16号
訪問調査日	平成30年12月6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)】

一関駅より徒歩15分、一関インターより10分の磐井川堤防の桜並木に面した住宅地にあり四季折々の花が眺められ穏やかに生活が出来る場所にあります。アットホームな施設で生活面では自分らしく過ごせるように日常生活の中で生活リハビリや体操などをして機能の維持を図り、レクリエーションや行事等で楽しみを持って生活していただけるように努めております。

## 【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)】

デイサービス、訪問介護事業所等も運営するNPO法人が一般住宅を改修、増築して運営するグループホームで、周囲は閑静な住宅街となっている。開設当初からの利用者もおり、家族的雰囲気の中で、一人一人が自分のペースでゆったりと生活している。職員は法人事業所共通の努力目標の実践に努めながら、利用者に寄り添って支援を行っている。ホームでは、利用者の重度化傾向が進み、数年前に比べ外出が少なくなってきており、地域の方々との交流等、出来るだけ外に出る機会をつくりたいとしている。なお、法人では、施設全体の老朽化が進んでいることから、廃止も視野に入れながら存続の可否について検討中としている。

## 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 ↓該当する項目に○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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、生き活きと働いている (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、安心して暮らしている (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			

[評価機関:特定非営利活動法人 いわたの保健福祉支援研究会]

平成 30 年度

2 自己評価および外部評価結果

事業所名： 認知症高齢者グループホームいこいの宿

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	運営理念を施設内に掲示し、毎朝の朝礼後、事業者理念でもある社是を全員で唱和し、共有し実践につなぐ意識を高めている。	法人では、運営理念、サービス理念をもとに運営する4カ所のグループホームの毎年度の運営努力目標と実施計画を作成している。前年度の反省を生かした目標を設定し、実現のための具体的な行動内容を定め、PDCA的な取り組みを行っており、当ホームも実践に努めている。	
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	地域の民区行事で、世代間交流や花いっぱい運動でプランターに花植えをするなど利用者・職員も参加させていただき、民区の方々と交流している。	もともと一般住宅であったことから、地域の中に溶け込んだホームで、親子や婦人会との世代間交流の「そば打ち体験」やプランターへの花植え等、地域の行事や催事に参加している。また、ホーム前の桜並木の観桜会に近隣や地域の方々を招待している。	
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	年2回実施している避難訓練に参加協力を依頼し、利用者の誘導をしていただいて認知症の方の理解を深めていただいている。		
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	2ヵ月に一度実施し、行政・民区区長・民生委員・利用者家族・法人職員にて構成されている。施設からの報告の後は自由に検討し、議事録は誰でも閲覧出来るよう施設内に設置し、職員会議で情報の共有を行い出された意見等は利用者のサービス提供に生かしている。	利用者の生活の様子や写真による行事の紹介、事故の報告等の説明を行い、意見交換を行っている。委員からは、安全のためのスロープ設置、災害時の地域との連携などの意見や提案が出され、運営に生かしている。	
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	運営推進会議には毎回、委員として職員の派遣をして頂き運営に対して色々と情報・意見・指導等を頂いている。	運営推進会議で行政の立場から意見を貰っている。介護認定の手続きや市主催の研修会参加の他は、主として法人本部が市と連絡、連携を取っている。	
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	職員は個々に利用者の行動を理解し否定せず、本人の気持ちに寄り添った支援に努めている。また、入所時にも家族に対して説明を行っている。	身体拘束適正化のための指針を作成し、運営推進会議に合わせ適正化検討委員会を開催している。法人で年2回開催する研修会で勉強する他、市主催の研修会に参加し、報告研修を行っている。玄関にセンサーを設置し、日中は施錠していない。	

[評価機関： 特定非営利活動法人 いわたの保健福祉支援研究会]

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
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	事業本部より情報も各事業所に流れて来るので職員に対しての共有すると共に職員会議等で勉強会をして日々のケアに努めている。		
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	現在、入所している方々は権利擁護等の必要はないが今後に備えて法人全体・施設として勉強会を開催して行く。		
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	本人・家族に対して契約時に説明を行い理解・納得をして頂いている。		
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	3ヶ月に一度、法人にて第三者委員会を開催し施設に対する苦情・要望の分析を行い、施設運営に反映させている。また、推進会議にも家族代表で持ち回りで参加して頂く事を入所時に話している。	家族には持ち回りで運営推進会議に参加し、要望等を話してもらうようにしている。通院時で来所した際に、家族と情報交換する中で、意見等を貰っている。利用者、家族とも外出の機会を増やして欲しいという声が多く、対応に努めている。ホームとしては、家族と職員との交流の機会を増やすようにしたいとしている。	
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	勤務中に出された意見問題等は施設の職員会議時、または随時協議し、直ぐに必要な事については本部にて対応して頂いている。	管理者は、月1回の職員会議や毎日の申し送りで職員の意見や要望を確認している。人事評価制度を導入しており、年2回の個人面談の際にも要望等を聴取している。法人理事長は月1回は来所し、職員と話し合う機会をつくっている。職員からの要望でテーブル更新や廊下等への手摺設置を実施した。	
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	施設の職員会議で出された問題等は各事業所が集まるリーダー会議にて協議される。直ぐに必要な事については本部にて対応して頂いている。		

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
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	内外の研修に積極的に参加するようにしている。後日、研修内容については職員会議で職員に情報を報告し共有している。		
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	グループホーム協会の定例会・ブロック研修会に参加し情報交換・職員の交換研修・交流会等にも参加するよう努めていく。		
<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	入所前に利用者さんがいる場所に出かけて情報を把握している。把握した内容については入所前に職員全員で情報の共有を図っている。		
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	事前調査時に家族の思いを傾聴し過去・現在の経過を確認しニーズにあった援助出来る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	本人の状態に応じて家族・本人と話し合いを行い必要に応じて居宅ケアマネにも情報提供を行い連携を図っている。		
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	家に居た頃してきた作業などで出来る事は手伝って頂く事で生き生きと生活して頂いている。(衣類たたみ・調理の下ごしらえ・食器拭き・草取り・モップがけ)		
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	定期通院など対応できるご家族にはその都度状態を伝えお願ひし、出来ないご家族にも来所されたときなどに身体状態を伝え、常に互いに状態を把握できるよう努めている。		

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
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	個々に知人・親戚等の面会があるので継続出来るように対応している。また、家に行ってみたいとの要望があるときは家族に伝え、またふるさと訪問ドライブなどで、馴染みの場所に行って懐かしんでもらっている。	家族以外の友人や知人の来訪は減少している。そば打ちに来てくれる蕎麦屋さんや地域交流で顔を会わせる地域の方々新たな馴染さんになっている。	
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	日中はリビングで皆で過ごせるよう、体操やレクリエーション、茶碗拭きなど皆でやれることを用意し、一体感を持つことで協力しあえる雰囲気づくりをしている。		
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・入院時には介護サマリーを通して情報提供をしている。場合によっては面会・都度、相談等も行える状態になっている。		
<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	職員が入所者と多くコミュニケーションが取れるように心がけている。意思疎通が難しい入所者に対しては本人の表情等を観察しながら思いを読み取る様になっている。	自らの意思を伝えることが出来る人は2、3人に止まり、表情や話す態度、仕草を観察しながら、思いや意向を読み取るようにしているが、違っている場合もあり、繰り返し本人になった気持ちで対応し、思いや希望の把握に努めている。	
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	家族面会時に入所前の話しをお聞きしたり、折に触れ本人の話しを傾聴し一人ひとりの生活歴を把握するようにしている。		
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	ミーティング等にて日々の過ごし方(バイタル・食事・排泄・状態)等について把握・確認し、状況の変化に対応している。		
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	状態の変化について日々目配りをして気をつけ迅速に本人・家族・職員と話し合いを行いプランに反映させている。	職員全員で介護にあたり、特に担当職員は決めていない。6か月毎の見直しを基本としながらも、状況の変化にあわせ、臨機に見直しを行っている。介護計画の目標について、日々の観察をもとに優先順位を変えて取り組んだりしながら、現状と計画が合わなくなってきた場合は、計画策定担当者が家族に意向を確認し、計画を変更している。	

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
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	毎日ケース記録を入力し、また朝夕の申送りでも職員の共有をはかり、また当日不在の職員は日誌、連絡ノートで情報の共有を図りケアプランの見直しに活かしている。		
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	必要に応じて施設間で連携を図り、多機能性を重視し対応している。(特養・老健・事業所本部)		
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	運営推進会議等を通じて地域との連携を図りながら地域の行事等にも参加している。		
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	入所前からのかかりつけ医との関係を継続し入所後は必要に応じ主治医への情報提供を行い主治医からの意見・指示を頂き適切な対応を実施。緊急時対応可能な協力医療機関との連携が図れるようにしている。	定期受診は、入居前からのかかりつけ医に家族同行を基本に月1回通院している。訪問診療をお願いしている利用者もいる。看護職がならず、訪問看護ステーションとの契約を検討中である。	
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	何かあれば法人全体でバックアップ体制が出来ている。		
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。	入院中の世話・面会(洗濯)・家族への報告・退院に向けてのカンファレンス等も病院医療相談員・退院調整担当者等と連携を図っている。		
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、事業所の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	施設として看護師の配置がない為、医療行為が出来ない事もあり、必要に応じて特養・老健施設等の申し込み(特養・老健)も家族の意向を考慮して申し込みも行っている。家族が望むのであれば終末期の援助まで行う事は家族に伝えている。	重度化は、食事が取れなくなってきた場合は、病院等への転移を検討すること、看取りは、医療連携体制が整っていないため出来ないことを家族に話している。法人としては、看取りを実施する方向で検討しており、指針の作成、医療連携の体制等について準備している。まず、看取りを必要としている事業所をモデルに取り組みを進めることとしている。	

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
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	緊急時の対応マニュアルを作成している。 AEDのを設置し講習会も定期的を実施している。		
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	災害時のマニュアル・避難訓練等の実施と運営推進会議等にて地域との繋がりを重視し協力を仰ぐと共に法人全体としても支える事が出来るようになっている。	年2回の定期避難訓練(1回は消防署立ち会い)を行っている。運営推進委員の末広民区防災部長さんの尽力で、近隣住民7名が訓練に参加、協力してくれる。市のハザードマップで水害危険地域に指定されており、法人の防災計画の見直しを行った。「避難準備情報」が出た場合は、即、市内の系列の事業所に避難することとしている。食料を3日分備蓄し、AEDを配置している。	施設が老朽化していること、隣家との間が狭いことなど、特に火災には十分な注意が必要であり、継続的な避難訓練が求められる。月1回は、リハビリも兼ねて避難経路を歩行する時間をつくるなど、利用者、職員ともに避難や誘導の方法を身につけることが一層望まれる。
<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	必ず名前はサン付けで呼びかけ、丁寧語を使いゆっくりと話しかけるようにしている。	利用者一人一人の人格を尊重し、丁寧な言葉かけや応答を心懸けている。共同作業への参加強制はしないなど、嫌がることはしないこと、居室入室時には声がけをすることなど、尊厳とプライバシーを守るよう配慮しながら支援している。	
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	入所者との信頼関係を構築し、自分の気持ちを素直に表現出来るような雰囲気づくりに心がけている。		
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、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	利用者との会話の中で希望を聞き散歩等に行ったり利用者に合わせて活動を行っている。		
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	定期的に訪問理容に来てもらい、汚れやほころびがあるときは着替え、繕いなどの支援をしている。		
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・片づけは一緒に行っている。また、献立等は利用者の希望取り入れながら嗜好が異なる場合は代替え品を提供して食事を楽しむ為の支援を行っている。	献立は、法人運営の4グループホーム等が持ち回りで1週間分ずつ作成している。ホームでは、利用者の要望でメニューを変更することもある。以前は買い出しに一緒に行く利用者もいたが、最近は希望者がいなくなった。茶碗拭きやテーブル拭きなど、利用者は出来ることを手伝っている。完食する人が多く、美味しそうに食べている。	

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
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	職員全員が入所者の食事量を把握して食事量が少ない方には捕食を用意し、水分もこまめに提供している。		
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、口腔ケアを本人の有する能力に応じて(声かけ・一部介助・全介助)を行っている。		
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	利用者の排泄パターン・本人の表情・動作を把握し、トイレ誘導を行っている。	日中は、全員がトイレで用を足しており、全介助の人が4人となっている。大部分の人がリハビリパンツを使用している。夜にポータブルトイレ使用の人はおらず、全員が声掛けでトイレに立っている。ベッドセンサーの使用により安全を確保している人が4人いる。加齢により重度化の傾向が強まっており、現状を維持できるよう支援に努めている。	
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	毎日乳製品や消化によいものを献立に取り入れ水分量にも気をつけ、運動や歌うことで腸を刺激するようにしている。個々に排便の確認をして3日以上出ていないときは処方されている便秘薬を服薬している。		
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	入浴のスケジュールはあるが、無理強いせず本人の希望に合わせて、ゆっくりとくつろげるように心がけている。	週2回午前中の中の入浴を基本にしている。浴槽の構造上対応の難しい2人はシャワー浴で対応している。お湯の温度を好みに合わせ、熱くしたり、ぬるくしたり、入浴を嫌がる人は次回にしたり、本人の希望に沿って、楽しい入浴になるよう配慮している。	
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	日中活動の声かけはしているが、本人が休みたいときは部屋でゆっくりしてもらい、夜も個々に寝たいときに部屋に戻ってもらっている。		
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	利用者の個々の薬については全員が把握するよう努め、服薬の変更があるときは体調に注意し、特変あるときは家族、医師に伝えている。		



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
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	歌をうたう・ビデオ観賞・散歩・洗濯物たたみ等その人の能力に合わせて機能維持に努めている。また、嗜好品・趣味等は個々に違うので極力、寄り添えるように援助している。		
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に支援している	本人の希望を取り入れて出かけられるように支援している。また、1/月でドライブを企画し利用者の行きたいところ等を確認し企画している。	2、3年前は、ホームの前の堤防沿いを散歩していたが、高齢化で最近は少なくなっている。玄関脇での日光浴や月1回のドライブで外食を楽しんでいる。法人のバスに乗って、桜、牡丹、紫陽花等の花見や紅葉狩りに出掛けるのが楽しみになっている。	
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	トラブル防止の原則禁止としているが、家族の了解の上少額のお金を持っている方もいる。管理が出来ない方については施設にて(預かり個別管理)を行っている。		
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	本人の希望により電話をかけられるよう対応している。手紙についても出せるよう支援している。		
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	快適に過ごせるよう温度、湿度調整を行い、季節の飾りつけをして四季を感じられる空間づくりをしている。	食堂と一体化したホールは決して広くはないが、利用者同士の距離が近く、家庭的で温かな雰囲気がある。干支の飾りやクリスマスツリーを飾り、季節感を出している。食卓を中心に利用者はテレビや音楽を楽しんだり、軽体操(10時・15時)や口腔体操に参加したり、洗濯物の整理を手伝ったりしながら、思い思いに過ごしている。	
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	席は決まっているが、移動して会話を楽しんだり、新聞を読んだり読書をして思い思いに過ごしている。		
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	本人の馴染みの物を持参して頂く事で安心して生活が継続出来るように環境作りを行っている。	居室はベッド、整理ダンス、FF温風ヒーターが設置されている。ダンスを持ち込んでいる人もおり、テレビや仏壇、家族写真、使い慣れた小物類で自分好みの居室づくりをしている。	

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
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	全面バリアフリーで廊下、トイレ、浴室に手摺を設置。また、洋式トイレ用の跳ね上げ式手摺も設置し必要に応じ使用出来るようになっている。		