

平成 29 年度

事業所名：グループホームしずくいし うぐいす1階

# 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	0372100966		
法人名	株式会社しずく		
事業所名	グループホームしずくいし うぐいす(1階)		
所在地	岩手県 岩手郡雫石町西安庭 第15地割81-26		
自己評価作成日	平成30年 2月 19日	評価結果市町村受理日	平成30年5月8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?act=ion_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;ji_gyosyoCd=0372100966-00&amp;PrEfCd=03&amp;VerSionCd=022">http://www.kai.gokensaku.mhl.w.go.jp/03/1/ndex.php?act=ion_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;ji_gyosyoCd=0372100966-00&amp;PrEfCd=03&amp;VerSionCd=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 2月 27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)】

園芸療法、音楽療法を行事の一環として行っています。地域と連携しながらご本人がより安心して暮らせる場の提供を目指しています。

## 【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)】

会社の社員寮をリニューアルし、1階と2階で生活領域の独立性を保ちながら、2ユニットで生活している。要介護4、5の利用者が居らず、両ユニットとも平均介護度は2.11で、食事、トイレ、入浴の介助が必要ない方も多く、両ユニット合同での取り組みを組み合わせ、生き生きとした暮らしが続けられるようケアに当たっている。一人一人の生活の様子を毎月の「お便り」で伝えながら、家族とも連携した支援を行っている。駐車場を子ども達の夏休みのラジオ体操に開放したり、町防犯協会から「子ども110番の家」の指定を受け子ども達の通学の安全を担うなど、地域の一員としての活動にも取り組み、地域との繋がりが深まっている。利用者の自立支援に努めるとともに、地域密着型の施設として、認知症の知見を生かしながら地域の高齢者の暮らしを支援する活動に今後とも取り組んでいくことが期待される。

## 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、生き生きと働いている (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			

平成 29 年度

2 自己評価および外部評価結果

事業所名 : グループホームしずくいし うぐいす1階

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	申し送り時に理念唱和を行ない 日々のケアの振り返り実践につなげられるよう意識している。	利用者の暮らしを支援する5つの理念は、設立時の2003年に策定したもので、毎年、職員アンケートにより、理念と自らのケア実践の整合性等について確認しながら、職員間で理念の共有を図っている。	理念に基づいた具体のケアのための目標や実践方針等を設定のうえ明文化し、職員間で支援のイメージをより具体的に共有できるよう取り組まれることを期待したい。また、理念の策定から15年が経過しており、利用者へのケアスキルの変化、各ユニット(うぐいす・かっこう)の特徴、個性の違い、地域との交流の進展等も考慮しながら、職員全員で理念見直しの必要性の有無についても話し合うことが望まれる。
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	大きな行事として夏祭りでは地元の方々を招待し交流している。7月～8月近所の子供たちにホームで駐車場でラジオ体操をしていただいている。	ホームで開催する7月の夏祭り、10月の収穫祭には、多くの近隣や地域の方々にも参加いただき、歌や踊り、ゲーム等で利用者と一緒に交流してもらっている。地域の防犯協会から「子ども110番の家」の指定を受け、通学路の安全確保など、地域の一員としての役割も果たしている。来年度からは、地域住民の交流の中心組織である「西安庭コミュニティー」に参加し、地域との繋がりを一層強めたいとしている。	
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	広報を作成し地域の人々へ配布し、ホームでの取り組みを理解していただくよう努めている。職員へアンケートを行ない日々のケアへの思いを運営推進会議で報告発信している。		
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	役場長寿支援課 地域住民代表 民生委員の方へ本年度は地域の方を入れ、土砂災害対応訓練を実施している。	両ユニット合同で2か月に1回開催し、運営状況の報告に加え、避難訓練参加、警察駐在所による防犯講話、他施設視察など、グループホームの理解を深めてもらう取り組みを行いながら意見や提言をいただいております。意義のある会議となっている。	報告だけにとどまらずテーマを工夫するなど、効果的で有益な会議として運営されており、今後とも創意工夫を重ね、運営推進会議の一層の活性化を図られることを期待します。

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
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	町から研修への参加等で顔の見える関係を作り相談や協力を得られるように心がけている。	町の職員が運営推進会議のメンバーに入っており、ホームの実情を理解してもらっている。成年後見制度の相談、生保関係の手続き、地域包括支援センター主催の認知症等の研修参加などを通じて良好な関係を築いている。	
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	勉強会での理解の他に日々スタッフ間で情報共有し身体拘束をしないケアを実践している。	契約書に、身体拘束、行動制限を行わないことを明記している。玄関は夜間のみ施錠している。転倒防止のため、家族の同意を得てベッドセンサーを3人に使用している。スピーチロック等の身体拘束とされる行為について内部研修で確認するとともに、職員間で日常的に注意し合いながら、身体拘束のないケアに取り組んでいる。	
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	勉強会で理解とスタッフ間でも日頃から利用者の身体変化等注意を払っている。		
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	制度について職員が十分に理解できているとはいえない。		
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	事前に相談申請された際にはご本人と面談を行ない本人、ご家族の不安や疑問を聞き説明するようにしている。契約前に事前説明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	本年度は家族アンケートを実施している。	面会や利用料支払いで来所した際、ケアプラン見直しの意向確認時、医療機関受診の送迎時などに、運営に関する家族の意見を聴取している。家族会は参加が少なく、代わりに家族アンケートを実施しており、意見欄を設けているが、運営に関する意見は殆どない。	居室担当者が、利用者の生活の様子や体調を記した「お便り」を、毎月家族に送付しているが、双方向の情報交換や意見交換が出来るよう、様式の改善等の工夫を期待したい。

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
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	カンファレンス時随時職員から意見や要望を聞くように努めている。	毎月、ユニット毎に開催する職員会議やカンファレンス、申し送り時が職員の意見を聞く機会になっている。社長は、毎週水曜日に来所し、職員と話す時間をつくっている。2階の玄関口から坐って1階に降りられる昇降機設置の提案が職員よりあり、具体化している。また、浴槽修理の要望も強く、実施の方向で検討している。	
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	職員から年度初めに自己目標シートを書いてもらい、年度で達成したいことを聞き取りするように努めている。		
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	必要に応じ外部での研修の機会を確保している。認知症実践者研修やグループホーム協会での研修に参加してもらい自己の資質、自己研磨をしている。		
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での実践報告会への参加を欠かさず、可能な限り交流できるように努めている。		
<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	入居の際に相談記録やフェースシート基本情報を元に本人との会話などから心配な事、やりたい事などを聞き取り安心して生活出来るような関係づくりを努めている。		
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	面会等で来所された際に思いや心配事希望を伺うように心がけている。		
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	相談申請時に訪問、調査し利用者の状態把握に努めている。事業所でのサービス提供が困難が予想される場合は事前にご家族へ適切なサービス情報の提供をしている。		



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
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	出来る方には一緒に食事作りをしてもらったり、昔の様子を利用者と会話を引き出せるように声掛けしている。		
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	面会の際や お便りで本人の状況や日々の様子を知らせている。ホームでの行事にも参加して頂いている。定期受診の際には付き添い可能であればご家族へも協力をお願いしている。		
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	町内のスーパーでの買い物中に知り合いの方に声をかけられたりドライブで自宅付近を通ってみたりなどしている。	ほとんどの家族が月に1回は面会に来ている。友人から電話を貰っている利用者もいる。地域のスーパーへの買い物や出身地域の伝統行事等に出掛けた際に、懐かしい出会いがあったり、知人から声をかけられたりする人もいる。月1回来所する理容師とも馴染みの関係になっている。	
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	スタッフが間に立ち、家事やレク散歩等の交流で馴染みのある関係作りに努めている。		
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	退所された利用者の家族に会った際は様子を伺ったりしている。		
<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	日々の会話の中から行動の様子から等で思いや意向を汲み取るようにしている。	生活歴や地域のケアマネからの情報、相談記録を参考にしながら、センター方式の様式を利用し、利用者個々の思いや意向を把握するようにしている。自分の思いを表現出来ない人も4割程度おり、日々の行動やしぐさから思いを汲み取るようにしている。	
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	入居前の生活状況を在宅のケアマネなどから聞き、本人や家族からの聞き取りの他相談記録、基本情報等からも収集を行っている。		
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	介護記録の記入の際に本人が語った事、行った事を細かく記入している。		

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
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	カンファレンスを毎月行ない、利用者の現状と変化を話し合い、状況に応じた介護計画を作成している。	ユニット毎に計画作成担当者(「かつこう」は管理者が兼務)が作成した介護計画について、居室担当者の情報を基に、毎月開催するカンファレンス会議での議論を経て、3ヵ月毎に家族の意向も確認しながら、計画の見直し、継続を判断している。なお、状態に変化がある場合は、その時点で計画を見直している。	
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	本人の気づきシートを作成し居室担当者の情報をアセスメントに活用している。状態の変化に応じスタッフで協議し計画の見直しをしている。		
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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	長期入院などでのショートステイも活用できるようにしている。ご家族や本人の状態ですべてのほうで受診付き添い 送迎を行っている。		
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	地元の公民館主宰の展示会に作品を出品し県がうにも行く、チャグチャグ馬っこ見学や虫まつり等参加している。		
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	施設での本人の様子を看護師が定期的に健康チェックし異常がある場合はその都度主治医に連絡している。また受診について要望等家族アンケートを行っている。	利用前からのかかりつけ医に家族同行で通院している人が多いが、最近は職員同行が増えている。かつこうの看護師がうぐいすも兼務しており、両ユニットを行き来しながら、利用者の健康管理を行っている。バイタルチェックデータを医師に提供し、適切な受診になるよう支援している。家族アンケートでは、過半数の家族が通院に付き添いたいとしており、出来るだけ同行してもらおうとしている。	
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	利用者の体調変化や急変時には綿密な連絡や対応を行ない適切な受診や看護を行っている。		

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
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。	施設での情報提供書を必要時主治医へ渡す場合がある。病状が変わった場合 受診へ 職員 家族が同席し主治医からの説明を聞くようにしている。入院、退院時の病状説明は職員も同席するようにして今後の相談ができるようにしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化する前に主治医と連絡をとり、ご家族へも主治医からの病状説明を聞くようにしている。必要に応じ訪問看護ステーションとも調整を図る等重度化に向けての対策を一部行っているが 職員への具体的なケア計画策定は途上段階である。	重度化、看取りに関する指針を策定しており、利用契約に際し、家族に希望があれば対応する旨を説明し、同意を得ている。医療連携の体制は出来ているが、看取り経験のある職員がおらず、来年度から看取り研修に取り組みたいとしている。	利用者の中には、家族が訪問看護ステーションと契約し、尿カテーテルを行っており、今後、看取りの可能性の高い人もいて、家族、主治医、ホームの看護師等関係者の連携を整えるとともに、経験豊富な看護師等を講師に早急に看取り研修を実施さ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	対応マニュアルは用意されておりカンファレンス時などを利用し急変時の対応等話し合っている。		
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	防災マニュアルを整備し 防災訓練を行っている。土砂災害想定1回 火災想定年2回実施	春秋、年2回、火災想定避難訓練を実施している。11月の訓練では、消防署から2階の裏側の非常口からの避難の仕方に助言をもらうとともに、居室のドアを閉めて避難するようにとの指導を受けた。過去に近くの中小河川や農業用水路の氾濫を経験していることから、9月に大雨による土砂災害を想定した避難訓練を運営推進会議の開催日に推進会議メンバーや地域婦人消防協力隊の参加、協力を得て実施した。避難場所の町営体育館まで距離があり、適当な避難場所を見つけることが課題になっている。	
<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	自尊心に配慮し耳元で静かに声をかけるようにするなどしている。	個人情報関係書類は、事務室ロッカーに保管管理している。また、トイレが見えないよう目隠しのカーテンを設置し「あからさまな誘導をしない」、「空けたままにしない」を徹底している。その他「嫌がることをしない」、「さん付けで呼ぶ」など、尊厳を傷つけないよう心掛けながら支援している。	

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
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	利用者本人が要望を表現できるように 本人の願いや思いに耳を傾けよく話し合い自己決定に努めている。		
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	出来る限り本人の希望に添えるように対応している。無理に周囲に合わせる事のないよう支援している。		
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	季節、気温に合った服装と個々の好みに合った服装を一緒に考えるように努めている。馴染みの床屋さんへ行く機会がある。		
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	会話の中から好き嫌いを探り食事の意欲や楽しみが持てるように工夫している。片付けや用意も行ない張り合いが活かされている。	ユニット毎に職員が交代で献立を作り、調理している。1日おきに両ユニット一緒に職員と利用者2人ずつで買い出しに出掛けている。利用者全員が自分ができること(配膳、下膳、茶碗拭き等)を手伝っている。介助なしで食事を出来る人が多く、職員も一緒に食卓を囲み、楽しい食事になっている。	
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	年齢や体調にあった量や栄養の確保に努めている。食事内容の工夫や食器の大きさにも心を配っている。		
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 歯磨き、義歯洗浄を行っている。不十分な利用者には随時介助で清潔保持を行っている。必要があれば訪問歯科での口腔ケアを行っている。		
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	排泄パターンを把握しトイレでの排泄に努めている。	日中は利用者全員がトイレで用を足している。うぐいす6人、かっこう7人が介助なしで排泄出来る。布パンツが5人おり、リハビリパンツから改善した人もいる。夜は、車椅子の人を除き、自分でトイレに立つ人が多い。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	水分摂取や食事の調整のほかに 食事後など決まった時間にトイレに座るような習慣化に努めている。		



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
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	週に2～3回体調や意欲に合わせて行っている。入浴しない方は足浴も取り入れている。	週2日入浴出来るよう対応しており、午後の利用が多い。洗髪と背中洗いを手伝っており、車椅子利用者にはバスボードを使用し、2人で介助している。足浴や菖蒲湯など入浴を楽しめるよう工夫しながら支援している。	
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	個々に休息时间 就寝時間が違うが安心して休めるよう支援している。		
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	看護師がセット、チェックし夜勤者 早番者セットミスの内容ダブルチェックを心がけている。処方内容については通院記録 処方箋の内容をガーデックスで勤務者がチェックできるようにしている。		
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	レクリエーション、ゲーム 趣味活動を行ったりドライブへ行くなどの気分転換をしている。		
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	季節に合わせ紅葉・花見などのドライブに出掛け、暖かい季節には職員の付き添いで屋外を散歩する等している。戸外の温泉施設に年一度全員が参加できる行事を企画している。	日常的に、近くの新興団地(ピュアタウン)にある公園までが散歩コースになっている。町内や近いところに景勝地が多く、恵まれた環境にあり、買い物や四季のドライブなど、目的によってユニット毎や合同で出掛けている。12月には、町内の温泉施設で忘年会を開催することが恒例になっており、全員参加で楽しんでいる。	
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	小額のおこづかいとして施設のほうで預かり管理している。トラブル防止のために本人が所持はしていない。		
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	ご家族の協力と了解を得て行っている。		

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
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	共有の空間は常に清潔を保つように心がけている。施設内において季節に合わせたディスプレイを行っている。ホールへ行事での写真の掲示も行っている。	1階、2階がそれぞれのユニットになっており、間取りも同じである。2階の玄関外側に階段が付いており、昇降機が設置してある。ホールには、オープンキッチンがあり、食卓、ソファ、テレビが置かれ、FF暖房機、加湿器で暖かく快適に過ごすことができる。吊るし雛、壁掛け式の飾り雛、小正月のみずき団子の写真等を飾り、季節感、生活感のある居心地の良いホールになっている。	
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	ソファを置き利用者同士が交流できるスペースを工夫している。必要に応じ席がえなども行っている。		
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	居室に家族の写真を飾ることや、希望に応じ使い慣れた家具類を持ってきていただいている。	居室には、ベッド、クローゼット、FF暖房機が備え付けてあり、利用者は、仏壇、テレビ、サイドテーブル、タンス、衣装ケース等、それぞれ使い慣れた馴染みのものを持ち込み、自分好みの部屋づくりをしている。飾りなどは少なめの部屋が多く、整理、整頓が行き届き、清潔感のある居室になっている。	
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	トイレ 浴室の表示 居室がわかるようにネームプレートを設置している。		