

平成 27 年度

事業所名 : グループホーム ゆうゆう北沢 (A棟)

# 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	0372200337		
法人名	株式会社 流通商事		
事業所名	グループホームゆうゆう北沢 A棟		
所在地	〒028-3323 岩手県紫波郡紫波町北沢字北沢2-1		
自己評価作成日	平成28年3月5日	評価結果市町村受理日	平成28年10月18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.kaijokensaku.jp/03/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0372200337-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=02">http://www.kaijokensaku.jp/03/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0372200337-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=02</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	〒020-0021 岩手県盛岡市中央通三丁目7番30号
訪問調査日	平成 28年 3月 14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)】

開所から15年目を迎えます。今までの経験を踏まえ医療との連携を密にしながら利用者様の健康には留意し、日々のなにげない会話から思いをくみとりながら心のケアの質も高めるべく日々実践しています。田園に囲まれたのんびりとした環境、折に触れ訪れる地域の方々。その日そのひの、一コマを大切に慈しんでこれからも暮らしてゆきます。

## 【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)】

開所以来利用者の側に立ったケアに努め、多くの実績を積み重ねてきた。利用者・家族からの評価も高く満足度も高いものがある。「笑顔あふれる北沢の我が家」を理念とし、「認知症を地域で支える町づくりに貢献」を柱として同業の他事業所と協働し認知症の寸劇や相談会を行っており、また看取りを含めた終末期ケアを実施している。15年目を迎え、職員の入れ替わりもあり、改めて原点に立ち返り、現状に合った体制の構築に向けて検討が加えられている。その重点策として職員の人権尊重意識をより高める研修に取り組み、また周辺地域の住民との関係を深めるための試みをさらに充実するための検討も始められている。

## 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】

事業所名 : グループホーム ゆうゆう北沢 (A棟)

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	開所当時、地域との関係作りを念頭に入れた理念をつくりあげたが関係性のすそ野は広がっていない。	開所15年目となり、利用者・職員が変化し当初の理念の理解と共有化、実践に課題が見えてきた。これまでの実績を踏まえ、事業所理念の役割を確認したうえでより実践的な理念の再検討を考えている。	
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	日常的とはいえませんが、小中学校、児童館、民謡同行会、地域ボランティアとの交流がある。	小学生や中学生、婦人部会、ボランティアなど多くの来所がある。周辺の人家はまばらで日常的交流は限られており、また利用者の重度化などにより交流等消極的になる傾向にあるため工夫・検討が重ねられている。	
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	事業開設者が紫波町内はもとより、盛岡や玉山でも認知症サポーター講座の講師役を担い、体験を通して感じたことを解りやすく噛み砕いて説明している。		
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	2ヶ月に1回開催している会議では、利用状況・活動報告の他に外部評価での課題についても意見や提言を頂いている。	会議では、映像を使いホームでの生活や行事の様子を紹介している。現状報告が主となり委員も偏りがちなため、多方面のメンバーに入ってもらい、将来的に「外部評価の機能が発揮」できる体制にしたいとしている。	推進会議は、地域の理解と支援を得る貴重な機会である。委員の人選の工夫や、会報発行などの検討、また事業報告が主となっている現状を改善し活性化を図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	社会福祉協議会、地域包括支援センターと連絡を取り、緊急を要する事案者を優先して入居する方法としている。今年の『しわ介護の日』には、町内3事業所で“寸劇 みま子劇団”を立ち上げ、町民の皆さんに認知症の理解をPRしたり、認知症何でも相談会を開催した。	運営推進会議委員に町の担当者が入っており、必要な情報を得ながら事業所の実情を伝えている。今後の地域包括ケアに向けた方向性などについても情報を得ている。	
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	内部研修の中で身体拘束に関するものを再確認し、現状では行われていない。	利用者一人ひとりの実態を理解しており、拘束につながる事例はない。行動抑制的な言葉遣いに留意し、不快とまらない関係づくりに努めている。また法人の合同研修で拘束に関する具体例を出し合い振り返り見直しを図っている。	
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	内部研修の中で虐待に関するものを再確認し、注意を払っている。		

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		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	必要に応じ管理者は学んでいるが活用には至っていない。職員に対し学ぶ機会を設けていない。		
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	契約時には条文を読み合わせし、内容や考え方も加えて解り易い様な説明を心がけている。疑問点が聞き易いような雰囲気を作り、納得いただいたうえで契約を交わしている。		
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	月1回、町の介護相談員が来所し、入居者から意見・苦情・要望などを聞く機会を設けている。また家族等の面会時は、話しやすい環境づくりに配慮し、「訪問意見アンケート」を「ご記入頂き意見や苦情を引き出す努力」をしている。	町の介護相談員2名が毎月来所し利用者と話し合う機会があるほか、家族の面会時には「訪問意見アンケート」に記入してもらい、意見や要望の把握に努めている。改善要望などは少ない実情があり、項目を設けてのアンケート実施などを考えている。	
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	管理者は毎月の会議・申し送り時等で不満や苦情を言いやすい雰囲気作りにも努めている。	申し送り時、毎月の職員会議など忌憚なく意見・要望を言える雰囲気づくりに努めている。定期的個人面談を実施しており、報告しやすい「ヒヤリハット」の環境づくりもしている。要望を受け台所に冷蔵庫を設置した。	
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	管理者はサービス残業を行わないように職員に伝えている。各自が向上心をもって働けるよう職場環境・条件は今後の課題である。		
13		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	内部研修の他、必要に応じ外部研修への参加の機会を設けているが、得たものが実践トレーニングにはあまり結びついていない。		
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	事業開設者は県のグループホーム協会やブロック会・町のサービス事業者部会で、勉強したり、交流する機会を設け、交換研修や相互訪問をしてケアの質を上げる努力をしている。		

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
<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	生活状況を把握する為に自宅での生活環境を見せていただきコミュニケーションを通して心身の状態を把握している。		
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	契約前から電話でのやり取りをし不安の解消に努めている。家族との面談時には本人の様子、生活歴はもちろん、家族が対応で苦労した話をじっくりと聴き、ねぎらいの言葉を掛け不安や要望が話しやすい雰囲気作りを心がけている。		
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	本人の状況や家族の想いについてじっくり話を聴き、何が必要なかをしっかりと見極める。早急な対応が必要な場合は市町村の窓口や担当のケアマネージャーと連携しながら関係するサービス機関に繋げる努力をしている。		
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	家族からの情報や本人との会話から生活歴を把握し、昔からの慣わしや習慣を教えていただきながら、共に支えあい、喜びを分かち合う関係作りを心がけている。		
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	さまざまな事情でなかなか面会に来ていただけない家族に対しては、電話を差し上げて状態の報告をしたり、家族の近況を聴いて本人に伝えている。また、不足しているものを家族に用意して頂き、足を運んでいただく工夫をしている。		
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	一部の利用者様だけではあるが、普段の何気ない会話に出てきた人の名前や地名を頼りに訪ね再会することや、いきつけ床屋や診療所でもなじみの人と楽しく会話する場面もある。	日々の会話や生活歴など各種情報から一人ひとりの馴染みの人や場所の把握に努めている。高齢化・重度化で利用者自身も外出や交流に消極的になっているとしながらも、理容・美容、買物、通院、ドライブなど配慮して支援し、出会った人と楽しく過ごす場面が見られている。	
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	利用者同士の相性の良さ悪しやその時々々の心身の状況に考慮して、座る場所や、手伝って頂く仕事の内容を変えたりしている。		

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	重度化し他の施設に移られた方には何度も足を運び経過を見守った。		
<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	利用者の言葉から思いを察したり、うまく言葉に出来ない想いを生活歴やその時々での行動や表情から汲み取りケアプランの見直しを行っている。家族やかかりつけ医に相談して、出来る限り本人の意向に添えるように努めている。	センター方式を用いて入居時に情報を集約し把握に努め、さらに日々の食事・入浴・通院などの場面で意図的に思いや意向を汲み取る様にしている。言葉で表せない人も増えており、デザートやおやつのお好みの方を選ぶ機会を設けている。	
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	入居前に本人や家族からの話はもちろん、センター方式を用いて家族に詳しく記入して頂き、過去の情報を頂いたり、入居後も折に触れ、本人、家族、友人、知人、ケアマネジャーから情報を集めるように努めている。		
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	毎日、起床時にバイタル測定をして、いつもと違うところがないか・気分はどうか・調子はどうかなどコミュニケーションを取りながら観察し、記録している。その時々での調子や声の掛け方にも注意を払い、自立できるように支援している。		
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	本人の日常生活での言動や意向を大切にしながら、家族や関係者の希望、意見を聞きながら、アイデアを出し合い介護計画を作成しモニタリングを行ってサービス計画書は項目ごとに記入し定期的に見直しを行っている。	日々の記録に重点を置き、月毎にモニタリングをし半年毎に全員が「カンファレンス意見シート」に記述している。ケアマネジャーが計画書を作成し、全職員で話し合い、家族の意見を聞いた上で計画を作成しており、必要に応じて見直しをしている。	
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	個別の記録用紙を用い、日々の暮らしや本人の言葉・エピソードなどの記録とケアプランの実施状況、食事、水分、排泄、服薬、バイタルなどの記録をし、申し送り確認しながら情報を共有して、経過報告や計画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、その時々で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	入院時は家族に代わって必要なものを用意し、出来るだけ病院に足を運び、本人と家族が安心できるように支援している。		

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
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	歌や踊りが好きな方々が多いので、祭りや民謡ショーを鑑賞した。		
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	本人や家族が希望するかかりつけ医を前提として、受診対応をしている。基本的には家族に対応をお願いしているが、現状の多くは職員が対応し、医師から重要な説明があるときには、家族と同席させていただいている。	それぞれのかかりつけ医を受診しており、同行は殆んど職員が行っている。通院結果は書面で家族に伝えているが重要な場合、同席を求めている。訪問医、訪問歯科医の往診や訪問看護師の観察指導も行われている。	
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	訪問看護ステーションとの契約で日頃の健康管理や医療面での相談・助言を頂いている。24時間いつでも相談や対応をして頂き、深夜を問わずに異変急変時には駆けつけ適切な指示をしてもらい、早期受診の支援に繋がっている。		
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。	入院時には、本人への支援に関する状況を医療機関に伝え、安心して治療が出来るように面会し必要なものを届けいる。また、早期から家族・医師・相談員と共に経過状況について話し合いを持ち、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	重度化が予想される方は早めに家族に意向を確認している。また、受診時も同行していただき主治医・訪問看護指導の下、支援をしている。	入居時に利用者・家族と重度化や終末期について話し合い同意を得ている。その後も十分に協議しながら対応し、これまで2名の実績があり、かかりつけ医・訪問看護師と共に支援体制ができています。	
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	定期的な訓練は行っていなく次年度の目標である。		
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	避難訓練の回数が少なく全職員に身につけてはいないので次年度の目標である。また、地域との協力体制も築けてない。	消防署指導の下、年2回避難訓練を実施している。事業所周辺は人家もまばらで高齢化しており、自治会の自主防災組織との連携を含め、災害時における地域の一層緊密な協力体制構築の必要性を感じている。	

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>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	日々言葉がけには意識しているが、支援者側の問題で配慮が足りない場合もあり今後の課題である。	利用者の人格尊重、誇りやプライバシーへの配慮について、言葉では指示・命令調にならない様に留意している。親しみを持って地元の言葉を用いる時もあり、利用者の受け止め方に気を配るよう心がけている。	
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	重度化している中、思うように意思の疎通がとれなかったり、言葉が通じない事もあるが、その方の思いに寄り添って支援す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、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	一人ひとりの状態や思いに配慮して声掛けをし、起床時間・食事・昼寝・入浴や居場所など、職員の都合で無理強いしないように支援に努めている。		
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	定期的になじみ床屋や訪問美容師を利用し整髪している。毎日の身だしなみは個人の力、希望に合わせ支援している。		
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	買い物へ出かけたとき食べたいものを購入している。また、メニューの中に食べたいものを組みこみ食事が楽しみになるように支援している。	朝食は職員が作り、昼と夕は調理員2名が作っている。食べたい物を受け止め献立に組み入れて食事を作っている。高齢化が進み、食事の準備や調理、片付けに参加する人が限られてきており、部分的参加となっている。	
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	飲み物を豊富に揃え好みを伺い提供している。十分な量に不足していても意志を尊重し苦痛を感じないようにしている。		
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	毎食後に声掛けを行い、個人の能力に応じて見守りや介助を行い、口腔状態の確認をしている。不都合があれば協力訪問歯科医に連絡し、診察に繋げている。		

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	安易なオムツ着用はせず、個々の排泄パターンを分析しトイレへ案内している。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけ・誘導と実態に応じた支援を行っている。殆んどの人が自力排泄である。夜間は紙オムツ、パットの人もいるが、ポータブルトイレを準備し、オムツ使用を極力抑えている。	
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	一人ひとりの食事・水分・排泄・活動状況などに考慮して、起床時の飲み物の工夫をし、繊維の多い食べ物を献立に入れ、ヨーグルト・バナナを毎朝提供している。		
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	ひとり一人に合わせる合わせるのが現状 難しく午後が入浴時間となっている。	週2回の入浴をめざしているが、嫌がる人が増えており、粘り強く話しかけながらタイミングを見て誘導している。機能が低下した人には入浴リフトを使い、足浴・シャワー・清拭などにより清潔や健康に気をつけている。	
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	眠そうな様子から「休めますか？」と声をかけさせていただいています。食後に休まれる方、そのまま過ごされる方とその時々で状況はかわりますが休まれる際には室温、明るさ、音に配慮し気持ちよく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	薬局から頂くお薬の情報のほかに専門書にて、効能・副作用・使用上の注意事項を調べ副作用の出現が無い様子観察し、異常ある場合は医師・薬剤師に相談している。		
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	たくあん用の大根☆、みずき団子づくり、干し柿作り食事下拵えなど利用者さん同士おしゃべりをしながら楽しんで行っている。近隣小学校の運動会ではパンくい競争に参加している。		
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	ドライブや買い物、花見、紅葉借り、お祭り等なるべく外へでる機会を作れるよう努めているが年々難しくなっている。	ホームの周囲に広い畑があり、以前は家庭菜園をし野菜・花・ハーブなどを共に作っていたが、近年は見守る人が殆んどである。ドライブでは産直めぐりや季節に合わせて花見・紅葉狩りに出かけ楽しんでいる。	



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	利用者様で現金を所持されている方はいるものの残念ながらご自身で購入されようとするかたはいらっしゃらない。		
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	電話は自由にかけられている。大切な方々へは顔写真いりの年賀状をおくり関係が途切れないように努めている。		
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	漬物作り、みずき団子作り等の行事を取り入れ、花を飾ることで季節を感じて頂いている。照明の明るさ、テレビの音量等の刺激に配慮している。	まぶしさを訴える利用者のために照明を和らげる工夫や床暖房で寒さを感じさせない方法を採用している。趣味・娯楽のための設備も配備され、利用者同士が和気あいあいと過ごしている。トイレ付居室は一つあり、他は4ヶ所にトイレがバランス良く配置され使いやすくなっている。	
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	利用者様同士の人間関係に配慮し座る位置やテーブルの配置を工夫している。		
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	タンス、仏壇、手芸作品等馴染みのものを持ちこみ思いおもいに部屋づくりを行っている。	使い慣れた机・椅子・テーブル等が持ち込まれ、仏壇や大型ぬいぐるみ人形が置かれており、夫々個性が活かされている。南側の居室からは畑や水田が眺められ、北側はホームの畑が広がり野菜や花が見られる。	
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	自室やトイレの場所が分からなくなる方もいらっしゃるのわかりやすく「便所」と表示している。		