

平成 25 年度

事業所名：グループホーム みどりの里（西ユニット）

# 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	0393100060		
法人名	株式会社 藤森		
事業所名	グループホームみどりの里 西ユニット		
所在地	岩手県九戸郡洋野町種市第40地割22番地1		
自己評価作成日	平成 26 年 2 月 9 日	評価結果市町村受理日	平成26年5月26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_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0393100060-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0393100060-00&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	〒020-0021 岩手県盛岡市中央通三丁目7番30号
訪問調査日	平成26年2月26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)】

2ユニットが事務所をはさんで、L字型に作られており、ユニットの枠は関係なく、利用者、職員は行き来している。また、介護保険外のショートステイ2部屋の他に、今年度から共用型の認知症対応型通所介護サービスも始まり、在宅で生活している高齢者との交流も増えてきている。

## 【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)】

2010年2月の開設から4年経過したが、その間に理念を整備し、その実践化に向けた取り組みや、外部講師を招いての学習の実施、更に職員の認識・支援の共有化を高めるためセンター方式を導入し「利用者の姿と気持ち」で「できること・できないこと」等をしっかり把握した支援の取り組みのほか、地域の期待に応えるため、ショートステイや共用型認知症対応型通所介護を整備するなど、ソフト面及びハード面の両面の充実強化に努めている。また、地域との関係も町内会に加入し、地域の行事に参加するほか、ホーム主催の様々な行事を企画し、地域の方々を招き地域交流と認知症理解を深める活動をしており、地域の拠点としての役割を果たしている。なお、職員の定着もよく、職員のスキルアップを促すために資格取得の支援を行い職員の育成に努めており、地域にとって今後、大いに期待される事業所である。

## 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ます (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			

事業所名：グループホーム みどりの里（西ユニット）

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	事務所と玄関に理念を掲示し、全員で共有し、実践につなげている。	一日の流れの消化視点から利用者本位の取組み視点に変え、その指針となる理念を皆でつくり、更にその理解と浸透を図るため、目標達成計画でも取り上げ、また玄関、事務室へ理念を掲示し、勉強会を開催するなどして、理念にそった実践に努めている。	理念をより理解し、その意図を更に深め、具体化して実践に活かすため事例などで意図的に取り上げ、援助者の価値感から利用者の立場、視点に立った価値感の浸透を引き続き取り組まれることを期待します。
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	今年度から、共用型認知症対応型通所介護事業を開始し、在宅で暮らす高齢者との交流の機会が増えている。	地域理解を得るためには地域との付き合いが非常に大切であると認識し町内会に加入し、小学校行事の運動会、学芸会等や地域サロン活動にも参加するほか、ホーム主催の夕涼み会等に地域住民、ボランティアを招いたり、地域の認知症理解のため出かけて講演するなど交流を図っている。	地域の認知症高齢者の拠点として、理解を深めてもらうために小中学校や町内会等に説明する機会などの企画を、引き続き積極的に取り組まれることを期待します。
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	相談や見学、ボランティア、職場体験に来られた方には、希望があれば認知症についての説明をパンフレット等で行い、認知症の人の理解や支援につながるようにしている。		
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か月に1回の定期開催にて、施設の状況を報告し、意見を頂いている。事故の対応方法や、行事の運営方法などで、助言を頂き改善につなげた。	会議では事故報告を始め、活動報告や入居者・待機者の状況等を議題として情報交換をしている。会議を通じて地域の行事情報が得られ、小学校との交流のきっかけに繋がったり、他事業所交流の提案が出されている。	会議の定例開催によりマンネリ化傾向に陥る恐れがあるので、例えば地域の駐在所や消防、学校等の方々を招いて様々な視点のテーマで話し合いを行うことで会議の更なる充実が期待されるので一考願いたい。
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取り組んでいる	日頃より、役場担当者や地域包括支援センターと連絡を密に取り、状況を報告。連携を図れるよう、取り組んでいる。	運営推進会議での情報交換、介護認定の更新申請、入居待機者情報、地域ケア会議等を活用して連携を図るとともに、認知症カフェの開催の検討などで話し合いを進めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」については、全職員が理解している。日中の玄関施錠は行わず、疑問が出た時はその都度話し合っている。	身体拘束禁止に係る伝達研修を通じて職員の理解を図っている。また、センサーの扱い方等での疑問が生じ職員間で話し合うなど、身体拘束をしないケアを進めているほか、帰宅願望の方には時間帯を見計らって気分転換のため一緒に出掛けたりして対応している。	
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	高齢者虐待防止のため、内部・外部研修会にて、勉強を続けている。		

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	現在1名の方が、成年後見人制度を利用している。今後も権利擁護について、勉強を重ねていきたい。		
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	文書と口頭で説明を行い、理解・納得を得ている。相手の立場になって、丁寧でわかりやすい説明を心がけている。		
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	昨年度より、意見箱の設置を始めた。また、運営推進会議や面会時、サービス担当者会議の際に、利用者、家族の意見・要望を聴いている。	散歩時や入浴時等の機会を捉えて話を聴いている。また、家族からは面会時や運営推進会議等を通じて意見を聴くよう努めているほか、ホームでの活動状況をお便り通信として送付する際に何か気づいたことを提案頂くようお願いしている。	
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	月一回の定例会議と、交換日記を活用している。管理者も必ず参加・検討を行う。必要時は、代表者へつなげている。	職員は気づいたこと、工夫した事例などを交換日誌に記入して貰い、委員会で検討し、その検討結果を踏まえて、5時台に多かった事故発生の防止のため人員増を図ったり、勤務時間帯の工夫や食材の注文方法を変更等といった改善に繋げている。	
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	代表者は職員の希望する勤務条件にできる限り応えている。また、処遇改善加算を賃金として支給。昇給、資格手当・夜勤手当、賞与の支給に努めている。		
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	外部への研修の参加を促し、研修結果を報告し合っている。内部研修も随時行っている。希望があれば、働きながら資格取得できるよう配慮し、今年度は、1名が介護職員初任者研修を修了した。		
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	岩手県認知症高齢者グループホーム協会に加入し、様々な情報を頂きながらサービスの質の向上に努めている。		

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
<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	入所前に利用者本人の不安や要望を伺い、それを職員で共有してからのサービス開始としている。		
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	入所前に家族と面談を行い、入所を希望した経緯や、これから望むことを聴いている。入所してからも家族の協力は必須なので、家族との関係は大切にしている。		
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	本人、家族の中から、必要としている支援を見極めている。担当の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターとも話あっている。		
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	利用者の生活の場であることを一番に考え、調理や後片付け、掃除や洗濯等を、利用者同士が行いやすいよう、工夫している。		
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	利用者にとっても、家族の協力は大切であるため、必要時は電話で相談する、来所時に伝える等している。		
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	自宅への外出・外泊が行えるよう、家族に協力して頂いている。友達が面会にきて下さる方もおり、居室やホールでゆっくり話ができるよう配慮している。	町内唯一の病院である種市病院への通院が多いが、待合室には、馴染みの友人も通院しており、交流の機会となっている。帰りには馴染みの店に立ち寄り買物をしている。面会に近所の方も来るほか、家族の協力を得て外泊や墓参りをしている。	
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	利用者各々の生活や、その時の心身の状態の把握に努めており、必要時は、職員が介入・橋渡しをしている。		

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
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	必要があれば、家族より経過を確認し、相談や支援を行っている。		
<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	介護計画の立案にあたって、本人の思いや意向を確認している。意思表示が困難な方は、センター方式の一部を使い、思いの把握を行っている。	利用者との日々の関わり合いの中での会話や表情等から本人の意向を推し測り、その情報をセンター方式シートの「私の姿と気持ち」、「できること、できないこと」、「24時間生活変化」に落とし込み、状態変化や本人の希望として活かすよう努めている。	
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	本人や家族より話を伺ったり、担当のケアマネージャーより情報提供を頂いたりして、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	朝と夕の申し送りで利用者の現状を確認しあっている。本人や家族の気持ちや意向の変化にも柔軟に対応できるよう、日々把握に努めている。		
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	本人と家族の意向を確認し、計画作成担当者と担当介護職員が、介護計画の原案を作成。サービス担当者会議でさらに検討し、完成させている。	誰にも合うような介護計画の繰り返しを反省して、利用者本位の視点に立ったセンター方式を導入し、モニタリング及びアセスメントをしっかりと行うよう改善を図り、計画担当者と担当介護職員が中心となって介護計画を作成している。	引き続き本人のおかれている状況を分析する裏づけ情報を得る再アセスメントと、本人の希望、意向を踏まえた実施状況と満足度の確認のモニタリングをしっかりと行うことを期待します。
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	関わった職員が生活の様子、気づいたこと、ケアの実践を個別の記録に記入。3カ月単位で介護計画のモニタリングをし、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	通院介助や外出・外泊時の送迎は、原則家族に対応して頂くこととしているが、家族に事情があり困難な場合は、できる限りこちらで対応している。		

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	運営推進会議で委員の方に意見を頂いている。また、地域のイベントや学校行事に参加している。		
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	本人・家族の希望する病院へ通院している。健康状態で気になることは家族へ伝え、受診時にかかりつけ医に相談して頂いたり、受診に立ち会ったりしている。	利用者の殆どは利用者のかかりつけ医で、またホームの協力医療機関である種市病院のため対応しやすい環境にある。診療の際は家族対応が原則であるが、実際は職員対応が多い。受診結果は家族に報告し安心に繋げている。	
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	看護職員の配置はないが、敷地内にあるデイサービスの看護職員に普段から相談を行い、状態に変化があった場合は、すぐに連絡をしている。また緊急時は、協力病院へ連絡し、指示を頂いている。		
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。	入院時はなるべく面会へおもむき、病院関係者との情報交換や相談に努めている。退院後のケアについても、助言を頂いている。		
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	重度化がみられてきた場合は、本人、家族と今後の方針について話し合っている。ターミナルケアについての勉強会を行い、かかりつけ医にもできる限り協力を頂いており、チームでの支援に取り組んでいる。	看取りの対応指針は策定していないが、協力病院である種市病院の支援により、終末期に向けた取り組みを経験しているが、最終的には医療機関での看取りとなった。重度化支援は利用者や家族の意向によるが、食事の摂取可能で入浴の対応ができれば入居を継続させ、医療と連携し支援したいとしている。	今後としては入居の長期化等から重度化及び終末期への対応の要請が高まると考えられることから、対応指針を定め、職員の対応学習を高め、かかりつけ医・協力医との連携を深め今後の対応に期待する。
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	急変の恐れのある利用者がある場合は朝・夕の申し送りやシミュレーションし、緊急時に備えている。		
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	年2回、消防署立会いにて通報訓練・避難訓練を行っている。今年度は、地域の方にも参加して頂き、夜間の想定で訓練を行った。	避難訓練は消防署職員の立会いのもと年2回実施し、夜間想定では近隣の住民の参加と協力を得ながら行っている。消防署職員のOBが運営推進委員であるので、色々和助言を受けながら改善に繋げている。夜勤職員3人体制で、緊急時には3分以内に3人が駆けつける体制となっている。	

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>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	職員同士の会話や申し送りの際は、他の利用者の耳に触れないよう、注意を払っている。入浴やトイレ介助時には羞恥心に配慮し、その場にあった声掛けや介助を行うよう心がけている。	普段から気をつけているが、日常会話などで、気になる言葉遣いや大きな声で話したり、トイレ誘導の支援を、「作業」として捉えぞんざいな動作とならないよう常に人格の尊重の意識を持って対応をするよう話し合っている。	
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	利用者本人から話を伺ったり、示す態度や表情が何を意味するのかを考えたりして対応にあたっている。利用者が自分の気持ちを表現しやすいよう配慮している。		
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、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	職員は業務を優先するのではなく利用者のペースで一日を過ごせるよう取り組んでいる。利用者のその日の気分で、入浴や、お散歩、畑仕事や外出ができる限り行えるように支援している。		
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	清潔を第一に、好みの服装で過ごしてもらっている。愛用の化粧品やシャンプーがある方は、使い続けていけるように用意している。		
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	日常的に利用者と職員が、協力して食事の準備・調理・後片付けを行っている。一人ひとりの力に合わせて役割を見つけ出し、男性の利用者も準備や後片付けに参加されている。	食事づくり作業は、一日の暮らしの中で大きなウエイトを占めており、献立は利用者の意向を踏まえてづくり、男女を問わず作業を多くの利用者に役割として参加してもらうため細分化し大根おろし、切ること、後片付けなどに関わってもらうようにしている。	
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	食事の摂取量や何を残したのかを毎食確認している。苦手な食べ物や禁忌食がある方にはバランスを考えて代替品も用意している。また、時間を決めて全員に水分を促している。		
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に、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、全利用者に口腔ケアをすすめている。一人ひとりに合わせた声掛け、見守り、介助を行っている。		

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	排泄チェックを行い、傾向を把握して、一人ひとりに合わせた支援を行っている。できるかぎりトイレでの排泄を促し、排泄の自立を目指している。	一人ひとりの排泄チェック表をもとにトイレ誘導を行い安心につなげ排泄の自立に向けて支援している。なお、夜間の排泄のためにポータブルトイレを利用している方もいる。	
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	食事には乳製品、野菜、果物を毎日取り入れている。また、排便チェックを行い、個々に応じて水分補給や運動を促して、便秘予防に努めている。		
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	曜日、時間帯の計画はしているが、個々の希望に合わせて、入浴できる体制をとっている。	入浴は週2回で10時から12時の時間帯としているが、希望により夕方に入浴することも可能である。相性の良い利用者同士で入浴したり、介助入浴者が多いが職員との会話も弾み、ラジカセを持参し歌も飛び出すなど楽しみの機会となっている。	
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	日中を活動的に過ごしてもらえよう、体操やレク活動を行い、夜間の安眠へと繋げている。		
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	ユニット毎に薬剤情報をファイルにし、内容確認しながら準備をしている。用量・用法に変更があった場合は、伝達し周知している。		
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	一人一人の生活歴や得意分野を把握し、家事や畑仕事、歌やゲーム等、楽しみや達成感を味わえるような支援に努めている。		
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	その日の希望にそって、できるだけ散歩や買い物、ドライブにでかけている。今年度の町民文化祭は、地域の方の協力を頂き、希望する利用者が参加や見学することができた。体力が落ちてきた方への外出支援が難しくなっており、課題となっている。	外出は気分転換や馴染みを見出すきっかけともなっており、家族やボランティアの協力を得て、地域行事への参加、種差海岸等へドライブしている。しかし体力の衰えが見られ、外出計画を立ててもひと頃のように戸外に出なくなった利用者もおり課題としている。外出の困難な利用者には手紙、電話等での交流を支援している。	



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
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	自己管理できる方にはお金を管理して頂いている。管理が難しくなった方でも、手元に置くことで安心される場合には、家族に協力頂き、所持している。		
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	電話は希望時いつでも使用して頂いている。携帯電話をお持ちの方は2名。年賀状や手紙が届くことはあるが、返信をする方は現在はいない。		
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	床暖房、エアコン、加湿器で温度と湿度を保っている。廊下の天井が高く、爽快感があると気に入っている利用者もいるため、あえて廊下の装飾は増やさないようにしている。	廊下は広く天井も高く開放感があり、日当たりも良く、全館床暖房で快適で清潔感あふれる共用空間となっている。東棟及び西棟が同じ作りで自由に行きかうことができるが、居室や便所等を間違える恐れもあるので、間違えを少なくするボンボリをつけるなど、工夫しながら居心地の良い空間づくりを目指している。	
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	ホールにソファ、外を見ることのできる玄関付近に椅子を設置し、一人の時間を持ったり、気のあった人と過ごせるよう配慮している。ホールのテーブルの配置は、その都度変えている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は家族にご協力いただき、使い慣れた物を使う、写真を飾るなどして、落ち着ける環境作りを目指している。	テレビや冷蔵庫、小筆筒等を持ち込んでいる利用者もいるほか、写真や暦等を飾り落ち着いて過ごせるようにしている。ホームでは新聞を多めに購読しているが、新聞を自室で見ているなど、これまでの生活が継続されるようにしている。	
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	バリアフリーで、安全に移動できることが、利用者の安心にもつながっている。自分で動くことに対し、消極的にならないよう、環境の工夫を行っている。		