

平成 28 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 おりつめ

## 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0393100011		
法人名	社会福祉法人 九戸福祉会		
事業所名	認知症高齢者グループホーム おりつめ		
所在地	岩手県九戸郡九戸村大字伊保内第8地割15番地1		
自己評価作成日	平成28年11月 3日	評価結果市町村受理日	平成29年2月24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=0393100011-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=02">http://www.kaijokensaku.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0393100011-00&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	〒020-0871 岩手県盛岡市中ノ橋通二丁目4番16号
訪問調査日	平成 28年 11月 15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)】

建物は自然に囲まれ、目の前の道路は交通量も少ない為、利用者の方の散歩コースとなっております。地域の方も散歩をしており、気軽に立ち寄って頂き、利用者の方と会話を楽しんでおります。地域の方は野菜などのおすそ分けや、畑のお手伝い、草取りなどをさせて頂いたり、行事にも参加させて頂いております。また、地域の方と一緒に散歩に出掛ける事もあります。私たちは、地域の方との関りを大切にしながら、利用者の方が地域の一員として生活して頂ける事を大事にしております。

## 【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)】

事業所は、木造の暖かみを感じられるオール電化の近代的な施設である。「安全、安心、快適に」を事業所独自のスローガンとして掲げ、年度の事業計画に具体的な重点目標と職員個々の目標を定め、年度途中の管理者との面談により実績を評価し、目標達成に向けて共通の理解のもと更に取り組んでいる。職員は福祉経験者が多く、高齢者介護事業の理解は深い。開所9年目で地域に溶け込んでおり、近所の方が野菜や漬物を届けたりホームを訪れ草取りや畑作業をしてくれている。自治組織に加入し災害時の地域協力隊と協力関係が築かれている。保育園児が行事に参加し、中学・高校生が職場体験で来所するなど地域との連携交流が図られている。

## 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 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 : 認知症高齢者グループホーム おりつめ

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	理念を基に、グループホームの事業計画を立て、さらには個人目標につなげている。	法人理念を受け事業所理念として「安全・安心・快適に」を定め、更に毎年個人目標を設定し年度途中の管理者との面談を通じて評価を行い目標達成に向けて努力している。事業所として「地域とのつながり」を重視している。	
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	地区の盆払いに参加している。地元の行事に見学に出掛けている。小学校の草取りボランティアを行っている。月2回のリハビリに地域の方にも参加して頂いている。草取りや花植えも一緒に行っている。	自治会に加入し、草取りなどの地域活動を共にしている。月2回のリハビリには地域の方も参加し、8月の「夕涼み会」では出店もし、地域の方と利用者やその家族との交流に努めている。近所の方が野菜や漬物を届けてくれている。	
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	南田地区の総会にて、認知症についての勉強会を行った。		
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。活動内容等の報告をしている。総合避難訓練や各行事にも参加して頂いている。会議にて合同研修会の要望があり、法人内の他事業所との合同研修会を開催している。	地域代表、地域包括支援センター、家族代表などで構成し、委員提案で外部講師による権利擁護の研修も実施し、今後他事業所見学の声もある。活動は活発で委員の意見を職員で共有し、サービスの向上に活かしている。	
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	月1回の地域ケア会議に参加し、情報交換を行っている。必要に応じて、包括支援センターの介護支援専門員の方と連絡を取っている。	毎月実施される地域ケア会議では、諸課題についての話し合いのほか、年金や敬老会への案内等の情報を得ている。福祉担当とは生活保護に関連して緊密な協力関係を築いており、ケアマネも地域包括支援センターの介護支援専門員と密な関係が図られている。	
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	夜間以外は玄関の施錠は行っていない。日中は自由に出入りできるよう取り組んでいる。身体拘束についての研修会に参加している。身体の状態により、やむを得ない場合は家族の方に報告をし、了解を得て同意書を頂いている。	身体拘束や虐待に関する研修会に交代で参加し身体拘束をしないケアの正しい理解に努めるとともに、日常生活での言葉の行動抑制についても職員会議で適時話題にし実践に取り組んでいる。ホームでの生活が「ゆったり・たのしく・ゆたかに」あるようお願い、利用者の行動を見守り寄り添うことに努めている。	
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	虐待についての研修会に参加している。言葉遣いにも注意している。		

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
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、権利擁護に関する制度を利用している方はいない。権利擁護に関する研修会に参加している。		
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	入所の際には、利用料金や契約内容等について説明をしている。介護度の変更などがあつた場合にはその都度説明をしている。家族の方から希望等を伺っている。		
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	玄関に意見箱を設置している。面会時などに家族の方から要望等を聞き、会議で話し合い、職員間で共有している。必要であれば運営会議でも報告している。利用者の方との会話の中から希望を聞くよう努めている。	行事や日程、利用者の満足度、食事などを内容とする家族へのアンケートを毎年実施しているほか、通院や行事等の面会時を意見や思いを気軽に伝えられる機会とし、会議で話し合い、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	会議で出された意見や要望は法人の運営会議で報告している。所長との面談を行っている。	毎月の会議や年2回の所長面談、毎年行っている職員の意見・要望の提出などにより、職員の声の把握に努めている。独自に処理出来ない意見や要望は法人の運営会議に報告している。洗濯機の更新、備品の購入、勤務体制など職員の気づきやアイデアを運営改善に繋げている。	介護サービスの質は職員の姿勢・意欲に左右される。これまで通り、日常のコミュニケーションを大切に、職員一人ひとりの運営に関する主体性を尊重し、僅かな声を受止め改善につなげる積み重ねを、今後とも図られることを期待したい。
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	人事考課を行っている。計画年次の取得。資格手当。		
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	勤務状況を見て、法人内の研修、外部の研修会に参加している。法人の新人研修に参加している。		
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に加入しており、研修会に参加した際には情報交換を行っている。		

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
<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	入所の際には、会話の中から希望を聞き、生活援助計画に取り入れたり、日々の生活の中で支援に努めている。		
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	家族の方から要望を聞き、生活援助計画に取り入れている。利用者の方の状況に変化等があった際には連絡を密にし、家族の方と情報を共有できるよう努めている。		
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	利用者、家族の方の要望を聞き、必要に応じて母体施設の協力も得ている。		
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	食事作りや畑仕事などを通じ、利用者の方から教えて頂いたりと共に支え合う関係づくりに努めている。また、洗い物や洗濯干しなど本人の得意な事を手伝って頂いている。		
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	外出や外泊の対応をお願いしている。定期通院の対応をお願いしている。行事には参加して頂き、本人と過ごす時間を持つよう支援に努めている。		
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	行きつけの床屋を利用している。地元ヘドレイブに出掛け、知人の方に会い、会話を楽しまれたりしている。同じ店に通う事で、顔なじみになり、会話を楽しまれたりしている。	行きつけの理容院での散髪や出身地訪問ドライブ等、これまでの馴染みの関係を大事するとともに、家族の協力を得て、お盆の送迎や墓参りのほか、親戚を訪ねたり外泊等も楽しんでいる。また、日常の買い物も馴染みの関係継続と新たな関係構築の機会となっている。	
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	利用者間でトラブルにならないよう、職員が仲介に入っている。利用者同士が会話を楽しんでいる時は見守りをしたり、邪魔をしない程度に職員も会話に入っている。		



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
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	退所時には関係機関との情報共有に努めている。退所後も家族の方に本人の状態を伺い、相談に努めている。		
<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	普段の会話の中から本人の思いや希望を聞き出せる様努めている。会話が困難な利用者の方は表情や行動などを観察し、会議で話し合っている。家族の方からも希望を聞いている。	話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、利用者の声や様子から思いを汲み取り「職員ノート」に記し職員間で共有している。毎月の「おりつめだより」と共に、利用者一人ひとりにつき担当が生活の様子を家族に伝えて、家族からの希望を聞く様に努めている。	
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	入所時には家族の方から生活歴などを聞いている。本人からも会話を通して昔の話を聞くよう努めている。		
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	ノートの活用や申し送りにて、状態の把握に努めている。日々の生活の中で、出来る事、出来ない事を把握するよう努めている。利用者一人ひとり、自由に過ごして頂けるようその日の状態の把握に努めている。		
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	アセスメントを毎月行い、会議で話し合っている。必要に応じて随時カンファレンスを行い、生活援助計画に取り入れている。	担当職員が、職員間で共有しているケース記録や職員連絡ノート、申し送り等の情報を基に介護計画を見直し、毎月の会議で話し合い、結果をケアマネジャーがまとめ、家族の希望を確認しながら現状に即した介護計画を作成している。	
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	日々の申し送りやケース記録、職員ノートを活用し、職員間で情報を共有している。また、毎月の会議で情報をもとに話し合い、生活援助計画の見直しを行っている。		
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	本人の希望があれば、ドライブに出掛けている。家族の方が通院対応できない場合は、送迎や付き添いを行っている。		

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
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	駐在所や消防機関には、有事の際の協力をお願いしている。読み聞かせボランティアの方も来荘されている。敬老会では踊りのボランティアや保育園の協力を頂いている。		
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を受診している。本人の状態によって、家族と相談し、専門医を受診して頂いている。通院時には、情報提供用紙を活用している。緊急時、職員が通院対応した際には、家族の方に随時連絡をし、状況を説明している。	事業所の「情報提供用紙」を持参して家族が同行し、かかりつけ医を受診している。家族の都合がつかない場合、職員が同行している。必要に応じ法人の看護師のアドバイスを心得、受診時に医師に伝えている。	
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	利用者に特変が見られた際には、母体施設の看護師に相談をしたり、診て頂いている。定期通院時、必要があれば職員も付き添い、医師や看護師に相談をしている。		
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。	入退院時には、病院関係者、家族の方とカンファレンスを行い、情報共有に努めている。家族の方との連絡を密に行い、状態の把握に努めている。入院した際には面会（お見舞い）に行っている。		
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	現在、終末期ケアは行っていない。重度化した場合は、家族の方や医師と相談をしたり、グループホームでの生活が困難な場合は母体施設にスムーズに入所できるよう情報交換に努めている。	利用開始時に事業所のケア範囲と内容について説明し同意を得て、終末期には他施設利用としている。開所9年目を迎え、社会の変化と利用者・家族の願いを受けとめ、看取りを含めた重度化・終末期対応の見直しに着手している。	28年2月に定めた目標達成計画に「重度化や終末期に向けた体制づくり」を掲げ、検討課題とした段階である。今後の方向性を認識し、研修会参加や他事業所の事例を参考に関係機関（医療・看護・介護）と連携し、全職員で体制作りに向けた検討す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	救急救命法の講習会に参加している。		
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	事業所内の避難訓練の他、年1回、消防署、地域協力隊の協力を頂き、総合避難訓練を実施している。	夜間を想定した通報訓練・避難訓練を行い、村の有線放送で呼びかけ3～5分程で地域協力隊も参加している。消防署や地域の方からは外灯が暗く、戸外へ避難した利用者の確認に不十分の声が出された。水・米・缶詰の備蓄がある。	

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	トイレ時の声掛けなど、大きな声で話し掛けたり、不適切な声掛けをしないよう、職員間で心掛けている。	利用者の人権や尊厳に配慮した介護を行っているが、人手不足や忙しい時について不適切な声かけがあり職員間で振り返りを行っている。トイレ使用や入浴時には特にプライバシーに配慮したケアに努めている。	
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	日々の会話の中から思いや希望を聞いている。利用者の方が選択できるような声掛けに努めている。		
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	散歩やドライブの希望があった際にはその都度出掛けられるよう対応している。		
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	なじみの床屋に行き、理髪や髪染めをしている。毎日、化粧や化粧水をつけている方もいる。自分の好みの服を選んで着ている方もいる。買い物に出掛け、好きな服を選んで頂いている。		
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	利用者の好きな物をメニューに取り入れれたりしている。茶碗洗いや米とぎ、盛り付け、片付けなど利用者の方が得意な事を手伝って頂きながら、一緒に行っている。地域の方から頂いた食材も職員と一緒に調理している。	献立は職員が交代で担当し、畑の収穫物や地域の方から頂く野菜や漬物も使い、行事には特別メニューを考えて柔軟に対応している。食材はチラシを見て利用者も同行し毎日買い物に行く。利用者は米とぎなど出来ることを手伝い、職員も一緒に食事を楽しんでいる。	
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	利用者の方により、お茶ゼリーを提供している。ご飯に、雑穀、麦を入れている。野菜を多めに摂って頂いている。水分摂取量をチェックし、必要な量を摂取して頂くよう取り組んでいる。体重の増減を把握し、食事、おやつ量を調整している。		
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	義歯は週2回、ポリドント消毒を行っている。毎食後、うがい、義歯磨きの声掛けをしている。手入れが難しい利用者の方は介助している。		

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
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	排泄チェック表を活用し、排泄パターンの把握に努めている。また、表情や仕草、行動を観察し、トイレ誘導を行っている。現在、オムツを使用している方はいない。夜間、居室にてポータブルトイレを使用している方もいる。	排泄チェック表により利用者の実態に応じ、見守り・声がけ・誘導としている。自立の方が多く、夜間ポータブルトイレを使う方は2名である。トイレは6ヶ所に配置されており、日中夜間共に利用しやすい環境にある。	
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	オリゴ糖の活用、食物繊維入りのお茶ゼリーを提供している。利用者一人ひとりに合った水分量の摂取に努めている。毎日のラジオ体操やリハビリ体操、荘内歩行や外の散歩を行っている。		
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	通院日の前日は入浴して頂いている。入浴の時間帯を聞き、対応している。体調不良で入浴できない場合は、全身清拭、着替えをしている。足浴も対応している。入浴の声掛けのタイミングを調整している。	午後に週3回の入浴となっている。リフトも設置され3～4人が安全に配慮しながら使用している。体調から入浴できない時は清拭・足浴を行っている。特に強く入浴を嫌う人はなく、入浴中は職員と1対1で会話が弾む。	
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、自由に居室で休んだり、和室で休んで頂いている。日中の活動量を多くし、夜間、良眠して頂けるよう取り組んでいる。		
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	本人の状態を見ながら、下剤の調整をしている。薬が変更になった時は、様子観察に努めている。薬の説明書はファイルに綴り、いつでも見れるようにしている。通院後は提供用紙に記入して頂いた医師からの指示の確認をしている。		
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	床屋やドライブなど、本人の希望を聞いている。地域の祭りに出掛けている。嗜好品を希望時に食べれるよう用意している。		
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	家族の方の協力を頂き、外出や外泊、お墓参りに出掛けている。村の行事への見学に出掛けている。定期的に家族の方と一緒に外出している。利用者の状態や勤務状況により、対応が難しい事もある。	日常的な外出は、事業所周辺の散歩や買い物である。季節により庭の除草や畑作り、季節毎の花見、紅葉狩りや近隣市町村の道の駅や観光施設へのドライブのほか、学校や地域の行事(運動会や祭り)の参観や家族との外出・外泊など、利用者の意向にそってできるだけ多くが参加でき、楽しめる外出支援に努めている。	



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
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	自分のお小遣いから使えるようにしている。買い物の際は見守りをしながら支払いが出来るよう支援している。家族の方と相談をし、自分で管理している方もいる。		
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	年賀状やハガキのやり取りをしている。希望があれば、家族の方と電話をしている。FAXの活用をしている。		
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	テレビの音量に気を付けている。利用者の方が生けた花を飾っている。温度、湿度の調整をしている。すだれの活用をしている。	木造で中庭を中心に周回できる造りになっており、天井は高く開放的である。1ユニットで6箇所とトイレの数が多く、使いやすく機能的である。ホールは見通しも良く五感刺激への配慮もなされ食卓、TV、ソファを配置、廊下や玄関にも椅子やソファを置き、好きなどころで自由に過ごせるよう工夫している。余暇時間にはラジオ体操や音楽ビデオを見て一緒に歌うなど楽しんでいる。	
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	廊下、食堂にソファを置き、いつでもくつろぐ事が出来るよう対応している。和室も自由に使用して頂いている。		
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	入所の際には、ベッドや布団、家具類など、自宅で使用していたなじみのある物を用意して頂いている。ベッドなどの配置は本人や家族の方と相談をしながら決めている。	衣装ケースやベッドなど馴染みの物を持ち込んでいる。家族や行事写真、寄せ書き色紙が飾られ楽しい思い出が伺える。蓄熱電気暖房で窓はペアガラスで断熱効果も良く、快適な居室環境が保たれている。	
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	本人に合った杖や歩行器を使用し、その時の状態によって使い分けている。利用者の状態に合わせて、夜間、居室でポータブルトイレを使用している。		