

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	1092300043		
法人名	上野村社会福祉協議会		
事業所名	グループホーム ひだまり		
所在地	群馬県多野郡上野村大字乙父630-1		
自己評価作成日	平成29年10月31日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成29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)】

「生まれ育った上野村で、馴染みの人達と、年をとっても生活したい」と願う高齢者が、認知症を患い、介護が必要となっても、村で暮らせるために、「グループホームひだまり」は、上野村で重要な役割を果たしています。「グループホームひだまり」は、社会福祉協議会として「地域に貢献してきた事業所」と、村民からの信頼は厚く、地域密着型サービスとして、なくてはならないサービスになっています。「グループホームひだまり」は、地域における重要な役割を果たせるように、ご利用者一人一人に寄り添い、支援が出来るように、努めています。

【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)】

「その人らしく暮らす」「地域の中で暮らす」「安心・安全・快適な空間づくり」「働きやすい環境づくり」を基本理念とし、月1回の全職員参加のケア会議で、それぞれの利用者に対するケアの仕方、ニーズ、ケアプラン等について話し合っている。また、利用者一人ひとりの日々の観察と介護記録は、個別援助計画に即した内容となっている。職員は、利用者の願いを叶えたいという意識をもって思いを聴取するために、利用者とは日々コミュニケーションを持ち関係を築く努力をしている。医療に関しては、事業所の協力医による住診や24時間連絡が出来るようになっており、医師、家族、職員と話し合いながら必要に応じて看取りも行っている。

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 ↓該当するものに○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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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広がったり深まり、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. 全くいない
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、活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				

自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

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	
I.理念に基づく運営					
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	職員全員が理念の趣旨を理解し、それを日々の業務において実践できるように努めている。	「こんな施設にしたい」という職員の思いを抽出し、6年前に理念を作成した。月1回のケア会議で、管理者が理念と業務を結びつけて説明し、実践に活かしているか否かを皆で検証している。	
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	村の行事(体育祭、地域のお祭りなど)を見に行ったり、近所の散歩で地域の方たちと関わったりしている。また、デイサービス利用者や「いこいの里」(高齢者住宅)の方たちとも交流している。	村民が参加する恒例の運動会では、利用者が地域の方たちと一緒に職員の競技を応援したり、村祭りでは、施設の前を通る神輿の見学をしながら、集まった人達とおしゃべりを楽しんだり、上野村の地域の一員として交流を持っている。また、敷地内にある関連施設の利用者とは、日常的にコミュニケーションをとっている。	
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	前項のように関わることにより、地域の人々に認知症についての理解を深めてもらえるようにしている。		
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	定期的に保健福祉課、家族、民生委員、医師、看護師、介護職員等で、事業所の取り組み内容や課題について報告し、意見等を出してもらい、運営に活かすようにしている。	区長、民生委員等の参加で運営推進会議が開催されている。家族が村外に居住しているケースが多く、参加が限られている。ホームの利用状況、利用者の生活状況等報告、急変時の家族への連絡がつかない場合の医療的処置の判断について相談が行われている。	参加できない家族の意見を聴取する機会づくりを検討したり、会議に関心を持ってもらうための働きかけをしたりして、より多くの家族が参加できる会議とな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	村の保健福祉課との連絡、情報交換が密に行われている。また、保健・福祉医療連絡調整会議が月1回開催されている。	毎月の保健福祉医療連絡調整会議の他、毎朝の合同ミーティングでは、村の保健福祉課、地域包括支援センター、デイサービス、訪問介護、高齢者住宅の職員とで情報を共有し、その日その日に起きた出来事等細かな伝達を行っている。	
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	「身体拘束はしない」は、職員全員が認識しており、対応している。現在、家族の書面同意のもと、転落防止のためにベッド柵4点使用例がある。また、安全の為、出入口、廊下扉を時間帯により施錠している。	ベッドから転落の危険のある利用者は、ベッドを外してマットレスのみ使用したり、徘徊防止にはコールマットを使用したりしている。利用者の安全と職員の負担軽減のため、ベッド柵の使用・夜間は窓を二重に施錠及びエレベーターホールの施錠を、家族の同意を得て行っている。	
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逃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	虐待防止マニュアルを作成して、職員に周知させている。利用者の身体に異常がないか、職員の勤務態度に問題がないか、管理者だけではなく、職員間でも注意している。		

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	職員は、制度について学び、必要とする利用者には、援助、活用できるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入所申込時に説明を行い、契約時には、更に細かく丁寧に説明をしている。		
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	利用者や家族の意見、要望は、日々の関わりの中から、あるいは、カンファレンスの際に知るようにしている。それらをケア会議(月1回のグループホーム職員会議)で取り上げ、運営に反映させるようにしている。	靴下のはき方についての家族からの意見を機に、全利用者に対して、全職員が徹底して行うこととした。また、定期受診について、職員対応を依頼され、出来る場合には応えたり、重度化した場合や医療的対応についての疑問や質問に、説明したりしている。	家族が遠方(村外)に住んでいる方も多いため、あらゆる手段を検討し関係構築とともに、意見を聴取する機会づくりを期待したい。
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	グループホーム職員全員が出席し、月1回開催しているケア会議で、管理者は職員からの意見や提案を聞いている。その中から、必要事項を「保健福祉医療連絡調整会議」で、あるいは、代表者に直接伝えるようにしている。	月1回ケア会議には全職員が出席し、業務の効率的な進め方、夜勤者の業務の進め方などを話し合い、解決する努力を行っている。また、職員からの夜間の救急対応の方法についての質問には、説明を行っている。管理者は、職員の意見などを代表者に伝えている。	
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	労働条件としては、休日日数、及び残業ゼロを掲げ処遇改善手当等、給与面でも配慮されている。また、管理者は、代表者の指導のもと、出勤人数を考慮しながら、有休休暇取得がなるべく希望に沿えるようにしている。		
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	代表者は、年間計画を立て、職員に外部研修を受けさせている。また、それ以外でも、職員自らが希望する研修が受けられるようにしている。		
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	他施設での見学、研修の機会を作っている。また、外部の研修に参加した際に、他施設の職員と交流し、業務に活かすよう、指導している。、「保健福祉医療連絡調整会議」には、村内の他のグループホームの職員も出席しており、情報交換をしている。		

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	
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
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	入所時に本人(家族)の要望、困っていること、不安な点などを聞き、把握できるようにしている。、本人に関わっていく中で、それをどのように支援していくかを職員間で話し合い、本人が安心して生活できるように支援計画を立てている。		
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	家族の要望を聞くほか、サービスの内容説明、経済的負担の軽減等の問題に対応するなどして、信頼関係が築けるように努力している。		
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	当事業所の他、保健福祉課や介護事業全体も視野におき、最善のサービスが提供できるようにしている。		
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	利用者個々の状況、体調などを考慮しながら、洗濯物をたたむ、テーブルを拭く、食器を洗う等の簡単な作業をして頂いている。できる方には、自分が着る洋服選びも職員と一緒にやって頂いている。		
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	家族には、いつでも面会に来ていただけることを伝えている。また、本人の状態等を必要時、家族に連絡している。対応については、職員任せではなく、家族にも考えてもらうようにしている。		
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	本人の馴染みの人との面会や高齢者集合住宅、デイサービス利用者との交流の機会を適宜作っている。	今までの生活歴等を知り、本人からも聞いて、関係継続の支援に努めている。そうしたなか、利用者と一緒に利用者宅の柿を取りに行ったり、草むしりに行ったり、馴染みの美容院に同行したりしている。知り合いや入居前に利用していたデイサービスでの友人の訪問がある。	
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	利用者が村内の方たちのため、顔見知りが多い。一人ひとりの性格、好みなどを理解し、席には配慮している。		

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	事業所にとらわれず、社会福祉協議会が村内全体の高齢者の問題として本人(家族)との関係を断ち切らず、支援している。		
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					
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	カンファレンスや日々の利用者との会話などから、「思い」を把握するようにしている。また、日々の個別記録の中からも「思い」をくみ取り、それを尊重したケアプラン、個別援助計画をたて、実行している。	会話がうまく成立しない利用者には、その時のしぐさや表情・くせ等の反応から、訴えたいことを察するよう努めている。そうした訴えに個別に対応し、職員と一緒に散歩に出掛けたり、付き添いホーム内を歩いたり、自宅を見に行ったりしている。	
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	利用者の生活歴、暮らし方を理解し、入所以前の生活、習慣をなるべく続けられように支援している。		
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	個々のADLに合わせたケア方針を基に、「一人ひとりの暮らし方」を大事にした支援をしている。		
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	各利用者に担当の職員決まっていて、介護支援専門員が作成したケアプランを基に担当職員が個別援助計画を立てている。計画は3ヶ月毎に評価し、見直しをしている。	担当制となっていて、担当職員がニーズ把握をし、個別援助計画の作成をしている。日々の観察と記録は個別援助計画に即した内容になっており、その記録が現行プランの修正材料となり、次期ケアプランや個別援助計画に活かされている。状態の変化があった時には、すぐに見直しに対応している。	
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、業務連絡等は、「連絡ノート」などで全職員で共有している。また、個人ファイルの「日々の記録」は個別援助計画に反映できるよう書き方を工夫している。		
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	外出や買い物受診等、一人ひとりのニーズに応じて対応している。		

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	昔から村に残っている、地域の伝統行事や干し柿、干し芋、柏餅作りなどに参加し、楽しんでもらっている。		
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し、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	本人や家族の希望により、必要に応じて医療機関を受診してもらっている。隣接するへき地診療所との連携も密になっている。緊急時の対応マニュアルもあり、日頃から職員と診療所の医師との話し合いもできている。	村の診療所は通院と往診に対応しており、事業所のかかりつけ医となっている。緊急時対応マニュアルがあり、診療所との連携ができている。入院が必要になった時は、希望する病院に紹介し、職員が付き添って搬送している。入院中は事業所のケアマネージャーが病院のソーシャルワーカーと連携し、継続的に支援している。	
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	施設内に看護職はいないが、利用者が適切な受診や看護を受けられように対応している。		
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。	入院時には、常に最新の情報が記載された看護サマリーを提供し、その後の退院、退院後の生活については、病院のソーシャルワーカーと連絡を密にして、利用者の早期退院に向けて、対応している。必要時は、施設側から病院へ出向くなどしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合や終末期のあり方について、本人や家族の希望を入所時や必要時に、書面による説明、確認を行っている。継続的に医療が必要になった時は、施設では対応できない旨を入所時に説明している。	終末期の対応については、入居時に書面により説明、確認をしているが、途中で気持ちが変わることもあるので、その時々で、診療所の医師を交えて今後の医療面について、家族・職員とで話し合いをしている。医療対応を希望しない場合には、ホームでの看取りに対応しているが、看護師がいなかったため対応は限定的である。	
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	「緊急時対応マニュアル」に沿って、全職員が必要時、適確な判断が出来るように話し合っている。また、職員は心肺蘇生、AEDの実施訓練や講習会を積極的に受講している。		
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	管轄消防の指導に従い、事業所全体で、近隣住民も参加して、年2回総合避難訓練を実施している。10月に地震想定避難訓練が行われた。夜間想定避難訓練は、計画中。また、グループホーム独自のマニュアルを作成している。	災害時の村民避難所に指定され、火災、地震、土砂災害を想定し、水と食料の備蓄を行っている。災害時には村の消防団や地域住民の協力が得られ、関連施設間の協力体制の有り方も検討している。避難協力を受ける際、利用者に個別の状態を記載したネームプレートを掛けることを検討している。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	利用者個々の人格を尊重し、プライバシーを配慮した対応や声掛けを指導、実施している。 また、守秘義務の徹底を行っている。	言葉が丁寧でも命令口調になっている、書類の持ち出しはしないなど、注意している。また、馴れ合いの関係から友人口調にならないよう、言葉遣いにも気をつけている。入浴や排泄時には、必要以上に身体の露出がないようにタオルで覆う配慮をし、希望があれば、同性介助を行っている。	
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	利用者との日々の会話から本人の思いや希望を理解できるように努め、自己決定そして実現のための支援をしている。		
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	職員側の都合などで強要したり、決まり通りの介護にならないようにして、利用者一人一人のペースに合わせた援助をしている。		
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	希望があれば、美容院や理容院への送迎を行っている。 美容師、理容師が施設に来てくれている。 また、衣服も本人が選べるように援助している。		
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	食事は関係施設全体を賄う厨房から配食されている。 時折、 おやつ作りに参加してもらっている。 また、職員が敬老の日には、特別な食事を作り、利用者と一緒に食べた。	栄養士が関連施設共通の献立を立て、厨房で調理配膳し、事業所へ温冷配膳車で搬入している。好みに合わない場合は、食材を入れ替えたりして対応している。その他、ねぎ味噌作りをしたり、おやつに饅頭づくりをしたり、屋食にうどん屋に出掛けたりなど、食を楽しめるよう工夫している。また、利用者の家族が、梅干しやたくわん等の漬物を持ってきてくれる。	
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	栄養バランスは、栄養士の立てたメニューにより管理されている。 水分や食事の摂取量は、必要に応じて記録管理している。 体重測定を2ヶ月実施している。		
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、一人ひとりの状態に合った口腔ケアを行っている。 必要に応じて、村内の歯科医の訪問診療を受けたり、歯科衛生士の指導を受けたりしている。		

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
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	必要な利用者には、排泄記録をつけて排泄パターンを知り、適切な介助ができるようにしている。夜間は、使用するパットなどを選び、上手く活用し、なるべく睡眠が妨げられないようにしている。	排泄のパターンを見直しその声かけや、その方の排泄のしぐさにあわせた声かけなどを、個別支援計画に組み込み、全職員で統一した支援を行った結果、失禁回数の減少につながったケースもある。また見当識障害（場所がわからなくなる等）がある利用者には、居室ドアの入口に「トイレはこちら」と貼り紙することで、1人で行けるようになったケースもある。	
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	便秘は、水分摂取などで予防に努めている。必要に応じて、排泄チェック表に記録している。自然対応が出来ない場合は、医師の指示に従っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週3回入浴して頂いているが、入浴回数、入浴日や入浴方法などは、各利用者の体調や都合により対応している。	ほとんどの利用者は、週3回入浴しており、入浴できない時は別の日を入浴日として設けたり、拒否した時は少し時間をおいて声かけしたり、医師に扮して誘ったりして、入浴につなげている。気の合った方同士で入浴できるよう組み合わせをしたり、ゆずやみかんを入れて気分転換を図ったりしている。	
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	就寝時の居室の温度、適切な寝具などで、安眠できるように対応している。		
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	利用者の既往歴や薬剤情報提供書をもとに、副作用などの症状の把握にも努めている。「薬チェック表」の活用、飲み込めたかどうか確認するなどしている。		
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	どんな事をしたいのか、楽しいな事は何かなどを知り、一人ひとりに支援している。編み物、カラオケ、広告で作るゴミ箱作り、将棋など		
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	天気の良い日は、出来るだけドライブや散歩など屋外へ出かけられるように支援している。家族との外出は、本人、家族の希望で、なるべくして頂くようにしている。	本人の意向を聞いて、個別に散歩したり、陽気の良い季節には、毎日のようにドライブに出掛けたりしている。家族からの希望もあり、昼食にうどんを食べに行ったり、弁当を持って花見に出掛けたり、出来る限り外気にふれる機会を作っている。外に行けない時には、廊下で他の施設とつながっているので、職員が同行して一周している。	

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	本人のお金は、家族より預り、必要時、使えるようにしている。利用者には、お金の所持はしてもらっていない。		
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	誤解、不安な事などが生じないように配慮しながら、やりとりを支援している。		
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	共用空間は、季節がわかるような作品などを飾っている。室温は、利用者の体感を聞きながら、年間を通して、適温を保つようにしている。また、室内の空気の入替へにも気を付けている。	居室は2階であり、共用空間は広く、廊下やホールの隅にソファを設置し、ほっとできる空間づくりをしている。そのときどきの行事の写真はアルバムに残して、手元で見えるようにしている。また、共用空間ではなく、利用者の作品や写真は廊下の壁に貼るようにしている。	
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	共用スペース内にソファを置いて、1人になったり、利用者同士で話をしたりできる場所を作っているが、1人で移動できる方はあまりいらっしゃらないので、職員が支援している。		
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	自室の使い方は、それぞれ自宅で使用していた家具や位牌等を持ち込んで頂き、落ち着いて暮らせるように配慮している。お誕生日カードや自分で色塗りしたカレンダーなども飾っている。	理念の「その人らしく暮らす」を居室づくりに活かし、本人の思いを大切にタンズなどを使って頂き、職員は不衛生にならないように見守っている。その人の特性を考慮し、心身機能に即した居室となるよう、ベッドではなく直接床に布団を敷いている居室もある。また、テレビ、仏壇等が持ち込まれている。	
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	手すりや特殊浴槽など、安全かつ快適な生活が送れるように設計されている。大きく「便所」と表示したり、目がよく見えない利用者のために、廊下の照明に配慮したりしている。		