

平成 27 年度

事業所名 : グループホーム たんたん

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	0372100941		
法人名	社団医療法人 三和会		
事業所名	グループホーム たんたん		
所在地	〒020-0502 岩手県岩手郡雫石町板橋3-7		
自己評価作成日	平成27年11月17日	評価結果市町村受理日	平成 28年 3月 3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	http://www.kai.gokensaku.jp/03/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=0372100941-00&PrefCd=03&VersionCd=02
----------	---

【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 27 年 11 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)】

併設老健施設との医療連携体制を確保し、健康面でも看護師による状態観察が随時行え、ご本人はもとよりご家族にも安心していただけている。「職員は、明るく、笑顔で」の合言葉をモットーに利用者、ご家族ともいい関係を築いている。近隣住民との交流は継続して行われており、自宅で採れた野菜など届けて下さる方もいる。建物裏の公園ではバーベキューを行ったり、畑で野菜を作り、利用者と一緒に収穫を行ったり、草取りをするなど、自宅にいる雰囲気味わえる。今後も身体機能の低下、病状の悪化を防ぎ、活動的に、楽しんで過ごしていただけるよう支援行っていきます。

【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)】

同法人が運営する介護老人保健施設に隣接し、家庭的な雰囲気のもとで利用者の立場に立ったサービスを心がけている。介護老人保健施設とも連携しながら心身両面からサポートする体制になっており、利用者、家族に信頼感と安心感を与えている。地元地域の出身で家族も比較的近くに居住している利用者が多く、家族と協力しながら利用者を支援している。地元との交流にも積極的に取り組み、地域住民、保育園、福祉施設等と触れ合う機会を多くつくっているだけでなく、新設の公園では地域の人が気軽に立ち寄れる場としていきたいと、様々な企画をしている。さらに「雫石町認知症の方を支えるまちづくり連絡会」(メンバーは社会福祉協議会、民生委員協議会、商工会女性会等)の委員でもあり、町との連携を図りながら地域支援活動に取り組んでいる。

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 たんたん

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	利用者の処遇において大切なことを理念としている。業務に従事する際には、常にそれを意識できるよう目のつく場所に掲げ、ひとりひとりがその理念に沿った介護を心がけるようにしている。	理念は目につきやすい玄関やトイレ、更衣室などに掲げ、意識づけを行っている。理念のなかの「尊厳」についても、皆で掘り下げて考え話し合い、利用者の願いや思いを大切にしたい支援を心がけている。	利用者の尊厳を大切に個々の希望に沿ったケアなど利用者支援中心の運営方針になっているが、利用者が地域の一員として暮らす地域密着型の事業所として地域交流の視点からの取り組み姿勢も理念や運営方針に加えることが望まれる。
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	町内会の環境整備として実施されたゴミ拾いに、利用者も参加し、お花見会で地域の方々との交流を行った。また、行事には地域の方々をご招待して食事会を行ったり、自宅で採れた野菜などを直接届けて下さる。	併設の介護老人保健施設と合同開催の夕涼み会やホーム独自の収穫祭には、近隣の方々が多く参加し、また学校や保育園などの行事に招待頂くなど、地域との交流は活発である。今年度東屋もある小公園を敷地内に整備したことから、広く地域交流に活用することを検討している。	
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	自治会の依頼を受け、板橋地区介護教室を実施。施設見学会と認知症について地域住民の方達にお話をする機会を設けていただいた。		
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か月に1度の会議では、利用者の状態報告や活動状況を報告している。防災訓練等の際に、地域住民の方のご協力の提言をいただいたが、まだ取り組めていないため、今後の課題として考えていきたい。	会議は利用者との食事兼ねて開催しており、利用者の状況や活動報告などのほか意見交換が行われている。法人全体として地域と交流を続けており、存在感は増しているが、ホームとして推進会議の助言を貰いながら地域との繋がりを一層強めたいとしている。	
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取り組んでいる	書類提出等がある場合は、窓口へ直接出向き、コミュニケーションを図るようにしている。分からないことは担当者に連絡をして確認をとるようにしている。	担当課とは日常的に連絡、連携している。町では昨年、社会福祉協議会、民生委員協議会、商工会女性会等で構成する「認知症の方を支えるまちづくり連絡会」を立ち上げたが、管理者もメンバーになっており、ここでの活動を通じて町との連携、協力を進めている。	
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	身体拘束は行っていない。玄関は内ドアにベルをつけ、出入りの際には音が鳴るように工夫している。日中は、玄関に鍵をかけないようにしている。	法人内外の研修や新聞の情報、県の調査資料等から学び、身体拘束について理解を深めている。外出しようとする人には職員が見守り、車椅子の利用対応や言葉遣いも含め、職員同士注意し合いながら身体拘束をしないケアに努めている。	
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	外部研修で虐待についての研修に参加したり、あざなどを確認した際には、介護記録に記載し、全職員に申し送りを行っている。		

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
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、成年後見制度を活用する利用者はいない。研修の機会も持っていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	ご家族に文書と合わせ、口頭で説明を行い、納得していただいたうえで、同意を得ている。		
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	アンケート等の計画も考えていたが、実際に行えていないため、今後実施していきたい。	利用者とは日常生活の中で、家族からは面会や医療受診時、行事参加の折または介護計画の見直しを通して意見や要望の把握に努めている。家族からの意見、要望はほとんど出されていない。	
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	業務改善会議、医療連携カンファレンス等で職員が意見、提案できる機会を作り、業務がスムーズに行えるよう見直しを行っている。	ホームでは主としてミーティング後の会議で、職員から出された課題や提案を話し合い、改善に取り組んでいる。定期的「業務管理日誌」を法人幹部に報告しているとともに、幹部が来所して、職員と話す機会をつくっている。	
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	管理者もしくはその他職員は、代表者へ日誌提出、各報告、相談をする機会を設けている。		
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	職員の経験をふまえ、研修等に参加させている。		
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主催する各種研修会や法人内で実施される勉強会に参加している。		

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	入居後は、本人とのコミュニケーションが図れるよう看護、介護記録に詳細に記録するよう全職員が記載し、情報が共有できるようにしている。また、ご家族にも以前の自宅での様子を伺い、それを参考にして対応するようにしている。		
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	本人の状態や家族状況を職員が把握し、病院受診、面会時には状態を伝え、要望等聞き入れるようにしている。		
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	他のサービス利用に対応した利用者はいない。		
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	ホーム内の清掃や食器拭き、食後の後片付けなど職員が声を掛けなくても利用者自ら進んで行ってくれている。		
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	病院受診は基本的にご家族に同行して頂くことにしている。入所してからも利用者と接する機会を持っていただくためそのような機会を通してご本人も交えて、会話をする機会を得るようにしている。		
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	面会がある方にはゆっくりと会話ができるような空間づくりを行っている。また、併設の老健には、町内の方で入所している知り合いの方もいて、時々会いに来ていただき、若い頃の話をして楽しまれていることもある。	併設の施設にいる知人との交流があるほか、紅葉狩り時などには、元の職場や家の近くをドライブすると話が弾むこともある。また家族の協力を得ながら墓参りや馴染みのラーメン店、理髪店を利用している。	
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	利用者同士のトラブルはある。必ず職員が間に入ることで、関係が悪化しないよう気配りをするのを心がけている。その際にも職員が情報を把握し、トラブルとならないような対策をするようにしている。		

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	当ホームから併設の老健に入所した利用者も多く、敷地内で顔を合わせることも多い。その際に状態を聞いたりすることがある。また、行事等で本人と顔を合わせることがあり、様子はいつでも把握できるようになっている。		
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	本人の意向を聞き取るうえで難しいことも多いが、コミュニケーションをとることで引き出すように努めている。また、職員全員が把握し、変化を見逃さないよう申し送りで報告するようにしている。	意思疎通が出来る利用者も多く、よく話を聞き、表情を読み取りながら、思いや希望を把握するよう努めている。気持ちや行動に変化の激しい利用者には、職員全員でケアを統一、確認し合いながら対応している。	
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	職歴、生活歴等を情報として聞き取り、個別ケアを検討している。今まで本人が行ってきた得意なことなどをホーム内でも役割として行っていただいている。		
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	本人のニーズに沿いながらも規則正しい生活を促している。バイタル、食事量、睡眠時間、排泄等を職員が確実に把握するように申し送りを徹底している。		
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、家族の意見を聞き取り、計画作成者以外の職員にも意見を出してもらい、サービス計画に反映するようにしている。	利用者の価値観を大切にしながら、家族の希望や意見を聞き計画を作成している。6か月ごとの定期見直しのほか、随時職員等の意見を反映しながら、現状に即した計画の見直しを行い、家族に分りやすく説明している。	
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	個別記録にケアプラン実施状況を記録している。		
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	身体機能の低下、また経済的な理由で、床屋さんにいけない利用者があり、ご家族から相談を受け了解のもと職員が髪を髪を切っている。現在では希望者が増え数名お願いされて、継続している。		

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	運営推進会議の委員を地区の代表者2名に委嘱し、情報等の共有を随時行っている。		
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、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	かかりつけ医は利用者と家族で決めている。定期受診時はバイタル表や情報提供を作成して家族に持参してもらい、主治医からの指示は帰所された際に必ず聞き取ることにしている。	これまでのかかりつけ医としており、受診は家族が同行している。症状等に変化がある時は、「情報提供表」に状況をまとめ提供している。受診結果や指示を文書で頂いたり家族から聞き確認して、適切に対応している。	
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	職員に看護師がいない為、併設老健の看護師と医療連携の体制をとっている。月2回のカンファレンスと体調が優れない利用者が出た際には、直接診察してもらい、病院受診の指示などを受けている。		
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。	入院となった利用者には面会に行き、その際に病院関係者に状況を確認し今後の見通しなど話した。退院後は医療的な管理が必要なため、併設の老健に移っていただいたケースがあった。		
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、事業所ですることが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	医療連携体制をつくり、「重度化した場合における対応に係る指針」を家族に説明し、同意を得ている。	重度化に向けた対応指針について本人、家族に説明しており、協力医及び協力医療機関とも連携し対応することを決めている。これまで看取りの事例はなく、現在のところは重度化や看取りは介護老人保健施設で対応することとなっている。	指針は理念から連携体制、実施要領まで詳細にまとめられているが、指針と現在の事業所のスタンスにズレがあるように見受けられる。現在ホームで支援可能な部分を整理し、あらためて取り組みの意思についても確認し統一した方針が図ら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	定期的な訓練は行っていないが、新職員には初期対応のマニュアルなど、その都度説明している。		
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	年2回、防火訓練を行い消防署の方よりアドバイスをいただいている。	法人合同で春秋の2回、消防署立ち会いで火災避難訓練を行っている。有事の際は、介護老人保健施設から応援を貰えるよう協力体制を組んでいるが、近隣との協力体制やホーム独自の取り組みも今後の課題としている。	

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	尊厳を大切にするという理念をもとにおいて対応している。利用者の排泄介助において、羞恥心の配慮についてはニーズとしてサービス計画に取り入れている。	一人ひとりが持つ自尊心と誇りを傷つけないよう、その人が望む方向に自己決定出来るように支援することを心がけている。特に排泄や入浴の支援時には、声掛けや対応に配慮をしている。	
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	食事の献立は利用者と一緒に買い物に出かけ、食材を選んだり、メニューを聞き取りしている。裏の畑の草が伸びているのを見て草取りをしたいと希望した利用者があり、職員と一緒に草取りをした。		
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	毎日すべての利用者に対して職員側の決まりなしでの介護は対応しきれない場合はある。一日でも、あるいは一時でも利用者本位の時間の過ごし方ができるよう処遇にあたる心がけが大事だと考えている。		
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	行事の際や外出時には利用者一人一人が好む服装を心がけている。誕生日のプレゼントは個々の好むものを把握して施設で準備している。		
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	得意なこと、できる事を強制せずに自分から積極的に行っていたりするようにしている。	利用者の希望を聞きながら、職員が献立を作り、ホワイトボードで発表し、利用者は楽しみに待っている。利用者は食事の挨拶をするほか、食器拭きや後片付けも会話しながら数人が楽しく参加している。	
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	現在、ミキサー食1名、お粥2名、刻み食2名、味噌汁などの水分には、とろみ使用者が1名となっている。食事摂取だけで、体重の減少観られる利用者には栄養保水液を1日2回摂取していただいている。		
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、歯磨きを行っていただいている。義歯洗浄の利用者多く自分で管理が難しい方には、職員が付添い声かけや見守りを行っている。また、洗浄後は一部だが預かって管理している。		

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	現在、全介助の利用者が2名となっている。オムツ使用者は8名のうち3名で、綿パンツ使用していても拭き取りが上手に出来ないなど何らかの介助を要する利用者もいる。個々にあった時間のトイレ誘導を行っている。	日中は全員がトイレでの排泄としており、夜間は用心のためポータブルを置いている人もあるが、声掛けをするなどして、全介助者を除きトイレでの排泄である。失禁の改善が見られた利用者もいる。	
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	日課として体操、歩行運動がある。昼食時に牛乳をつけている。水分補給は便秘予防以外にも重要と考え、摂取量を増やしてもらうために、本人が好むものを常に準備している。下剤処置を必要とする利用者はいない。		
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	職員が曜日、時間帯を提案しているが、本人の希望があるときには、予定日以外にも随時対応している。	週2回午後から夕方にかけての時間帯を基本としつつ、希望により対応している。自宅では入浴を拒んでいた人もホームでは拒否することなく入浴している。誕生日に入浴剤をプレゼントし、皆で楽しんでもらうなど、リラックスしてゆっくりと入浴してもらうよう工夫している。	
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	利用者に休息を促しており昼寝は個々異なるが、およそ1時間を目途にしている。日中活動的に過ごすことが夜間の安眠につながる基本と考えている。		
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	薬剤処方時は必ず説明書に目を通し、ファイルに閉じていつでも確認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	併設の老健で週1回行われる音楽療法に参加したり、役割は大事と考え、できる事、やりたいことをサービス計画書に取り入れている。		
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支援している	日常的には散歩、買い物が主となっている。その他外出の希望はご家族にお願いすることが多い。地区の敬老会や温泉に連れて行ってもらった利用者がいた。	歩行距離が短くなってきているが、日常的に法人敷地の周辺を散策している。近郊の温泉や牧場にドライブに行くことも多い。また家族や兄弟に誘われて買い物や温泉に出掛けたり、地元の敬老会に参加している人もおり、家族と協力しながら外出の機会を増やすよう努めている。	

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	基本的には持ち込まないこととしているが、行事で外出した際、お土産を買うために、ご家族から預かり、好きなものを買ってもらうことはある。		
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	希望があれば自由に電話をしていただくことは可能である。ご家族から定期的にハガキが届く利用者があり、すぐに本人に渡すと嬉しそうに読んでいる方がいた。		
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	台所が中央にあるため利用者、職員からも見通しが良く、食事作りの様子がわかりやすい。また利用者の行事の際の写真などを掲示している。季節行事には飾り付けを行い、雰囲気を楽しんでいる。(雛人形、七夕飾り、みづき団子等)	中央の開放的な台所を挟み左右に食堂とリビングがある。周りを廊下が廻り居室に繋がっているため、職員と利用者の様子が互いに分り安心感がある。畳敷きの小あがりもあり、談笑したり横になったり洗濯物をたたんだり多目的に利用されている。	
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	日常は椅子に座れる食堂やリビングに集まることが多いが、畳の部屋で新聞を読んだり、横になって、テレビを見ている利用者の姿も時折見受けられる。		
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	馴染みの家具等持ち込むことを勧めている。	暖房はFF式ストーブであり、洗面台とクローゼット、ベッドが備え付けられている。家族との写真や作品が飾られ、使い慣れた椅子を持ち込んでいる人もいる。家族や職員の支援により清潔で整頓もされ、安らぎを得られ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	手すりあり、バリアフリーの構造。トイレ4か所のうち、車いす用、男子用を含む。見通し良く目が行き届きやすいが、必ず職員1人は利用者を見渡せるようにしている。		