

令和元年度

1 自己評価及び外部評価結果

事業所名： 認知症対応型グループホーム ぱんたれい

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0391400108		
法人名	特定非営利活動法人 里・つむぎ八幡平		
事業所名	認知症対応型グループホーム ぱんたれい		
所在地	八幡平市田頭22-108-4		
自己評価作成日	令和1年12月26日	評価結果市町村受理日	令和2年4月27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)】

盛岡市みたけにあるみんなのクリニックの医師の協力により、グループホームの利用者様のかかりつけ医として頂き、利用者様の受診にも対応して頂いている。また、夜間・緊急時の対応もスムーズに行われており看取りに向けた対応も可能となっている。今年度も1名の看取りを経験し、医療・介護及びご家族との連携の重要性の再確認、加えて職員のケアの確立化が図られつつあると感じている。今後さらに連携を深め、職員の技術向上やそれに伴う地域貢献に役立てればと考えている。それと並行し、自立支援に力を入れ、認知症への理解を促す活動(地域での見守り活動や認知症カフェの運営)をなお一層模索していきたいと考えている。

※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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=True&JkyosyoCd=0391400108-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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)】

田頭地区の中心部に位置しホームから岩手山と姫神山を望める静かな環境にあり、利用者職員が共に笑顔と安心を創り出すことを目標に取り組み、2年を経過する。地域内に同法人が運営する小規模多機能ホーム、デイサービス、グループホームがあり、合同の行事などを通じて交流している。利用者は自立度が高く、認知症学習の教材を使いトレーニング効果を上げている。また、医療連携の体制を確立しており、利用者と最後まで暮らしを共にしたいとする職員の看取りに対する意欲も高い。法人では古民家を利用した地域食堂の開設、米作りの農業経営など、創造性あふれる取り組みを展開しており、地域の皆さんとの繋がりを強めている。

【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2丁目4番16号
訪問調査日	令和2年3月9日

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している (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】

令和元年度

2 自己評価および外部評価結果

事業所名： 認知症対応型グループホーム ぱんたれい

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	リビングルームの目立つところに掲示し、その理想に近づけるよう日々努力しています。理念を包括したスローガン「笑顔と安心の創造を」を常に言葉にし意識した行動を心がけています。また毎月運営会議において理念を確認し合っています。	法人の理念や基本方針、行動指針をもとに利用者が笑顔の絶えない日々を過ごすことが出来るよう職員が率先して行動するように努めている。毎月の職員会議で理念、行動指針を再確認しながら意識の共有を図っている。	
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人として日常的に交流している	利用者の誕生会や季節ごとの行事(夏祭り、ちゃんこ鍋振る舞い、敬老会、クリスマス会等)に地域の方々に来ていただいたり、また地域行事に参加させていただき交流を図っています。	本年6月で開設から2年経過となるが、これまでは、家族との交流に力を入れてきた。法人やホームの夏祭り、流しそーめんなど近隣の方が顔を出して利用者と交流を図っている。隣接の古民家を借り上げて「地域食堂なつかしの家」を開設し、ランチサービスを行うなど地域の方々の利用に供している。	
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	地域で行われるセミナー等に参加したり、時には発表させていただき意見交換などしています。また、施設見学を受入れ認知症に関する相談なども行っています。		
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、日々行っていることや課題を委員の皆様にご意見をいただいています。それらを職員へ伝達し日々のケア向上に努めています。	元自治会長、隣家の酒店のご主人のほか、地域包括支援センター、家族の代表者で構成されている。利用者の生活の様子や行事の実施状況等を報告し、意見交換を行っている。今回は消防団員をゲストに招いている。今後も話し合いの幅を広げたいとしている。	小規模多機能ホームで開催することが多いが、原則的には、利用者の顔が見えるホームでの開催が望まれる。
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	運営推進会議に包括支援センターの方が参加されており相談事業及び介護保険事業に関する相談をさせていただいています。また、普段から積極的に役所を訪問し意見交換を行い協力関係を築くようにしています。運営会議でも話し合いを持っています。	法人理事長や管理者が、随時市役所を訪問し、制度の手続きや地域の介護に関する現状や課題について意見交換を行うなど、市の担当課との情報交換が定期的に行われており、協力関係が出来ている。	

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
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	施設玄関に身体拘束ゼロ宣言を掲示し、よほどの緊急事態以外は身体拘束をしない決意を持って職員一同ケアにあたっています。現在のところ身体拘束はありません。	「身体拘束ゼロ宣言」のもと、職員による身体拘束廃止委員会を設置し、マニュアルを定め、身体拘束のないケアを期している。運営推進会議でも話題にして意見交換を行っている。法人全体でスピーチロック等の勉強会も定期的開催されている。	
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注意を払い、防止に努めている	毎月の運営会議はもちろん月2回のケース会議等で、特に言葉の暴力については何が暴力になるのかなど説明しています。また、一人一人の状態や特徴を知り、その方に合ったケアを心がけています。研修にも参加し学び続けています。		
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	定期的に成年後見制度に関する講習を行い、学習の機会を設けています。今後より一層の勉強が必要と思われます。		
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	ご本人及びご家族の不安や疑問点を理解し、納得・安心してご利用いただけるよう努めています。法改正等があった場合その都度話し合いを持ち対応しています。		
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	ご家族から意見要望等があった場合には速やかに会議を開催し対応しています。また、意見箱も設置させていただきました。	週に1回は面会に来る家族が多く、その際に意見や要望を確認している。転倒しやすい利用者がおり、介助の方法等について家族の理解を得ながら対応している。開設以来、家族会の設置を検討したが、参加者が少なく、設置には至っていない。	家族参加の行事やレクリエーションの機会を通じて家族同士の交流の時間をセットするなど、家族間の自然な繋がりを支援することも期待したい。
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	毎月の運営会議やケース会議だけでなく、日々職員の自由意見を聴取するようコミュニケーションを重視しています。	法人理事長、管理者と職員は日常的に忌憚のない会話が出来る雰囲気が出来ている。総括施設長は、女性の立場から職員の介護意見を聞くようにしている。職員の提案で、浴室での転倒防止に手すりを設置することとなっている。	

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
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	個人の経験や資格取得及び日々の仕事への取り組み状況を勘案し給与へ反映しています。また、年1回リフレッシュ休暇(連続5日)を奨励しています。		
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	職員の資質及び経験に沿った研修を紹介し奨励するとともに費用を一部負担し、できるだけ勉強の機会を設けています。また、各種外部研修会へも派遣しています。		
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	地域密着型サービス協会と連携し他事業所への見学や研修を取り入れ、自施設へ反映しています。また、代表者が協会支部の顧問となり早い情報取得とケア向上に努めています。		
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	事前情報をもとに生活歴や性格をおおまかに把握しご本人に寄り添ったサービス計画を立てるようにしています。また、日頃のケアの中で利用者様の訴えを傾聴し、職員間で共有できるよう努めています。		
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	入所前にご家族と複数回面談や電話を行い、家族の不安や疑問にお答えし信頼関係を築くようにしています。		
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	初期説明の際、自施設としてできること・できないことを明確に伝えながら、自助努力の枠を広げる可能性についても説明しています。		
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	利用者の残存機能を生かすためにも一人一人の生活支援のお手伝いを取り入れています。お掃除や洗濯量み、配膳、野菜などの下処理、薪運び等です。		

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
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	ご本人・ご家族の意向を大切に、両者に相違がある場合は根気強く調整し、双方の思いが調和されるような関係性の構築に努めています。		
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	天気のよい日はドライブに出かけ気分転換をしていただいています。ご家族参加型のレクも取り入れてあります。また、なじみの方が入所している施設へ面会へ行けるよう支援しています。基本的に面会は自由とし、馴染みの方や場所との関係性が途切れないよう支援しています。	友人や近所の方の来訪がある利用者は、居室やホールで談笑している。知人や昔なじみの人が入所している特養や老健に面会に行くのを楽しみにしている人もおり、積極的に支援している。定期的に来訪する床屋さんや美容師と馴染みになっている。	
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	利用者個々の性格や相性・認知能力等を把握し協力し合えるような関係性の構築に努めています。		
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	退所後も相談があった場合にはその内容に沿った具体的な支援を心がけています。		
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	利用者の日常の言動や表情を観察し、聞き取りも含めその方の意向・希望を把握し、また、生活歴や家族等の情報を職員間で共有するようにしています。	入居時に今までの生活環境、習慣や趣味嗜好を聞き職員全体で共有し思いや希望を把握するようにしている。民間認知症学習教材を使い、職員と利用者2人が組になって、読み書き、計算などに取り組み、機能改善に効果を上げていて、職員と一緒に取り組む中で思いを汲み取る機会にもなっている。	
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	本人とのコミュニケーションを密に取ることで利用者的人生背景を把握することに努め、その過程で信頼関係の構築を図っています。		
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	毎日生活日誌をつけ、日々の状態観察に努めています。職員間で時々話し合い、記入の統一を図っています。		

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
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	利用者、家族、かかりつけ医の意見を重視して作成しています。家族の来所時にはケアサービスのあり方などについて説明し、現状に即した計画を作成しています。	ケアマネが職員からアンケートを取ったり、意見を聞きながら、計画を作成し、3カ月、6カ月毎にモニタリングを行い、家族、かかりつけ医の意見も生かして、ケアプランの取り組み目標等について、必要な見直しを行っている。	
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	日々昼食後の時間を使い、利用者について話し合う時間を設け細かい変化や気づきを大切にしています。月2回はケース会議を開催し重要なケースの話し合いをしています。		
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	利用者やご家族から要望があった場合、勤務状況を調整できるだけ対応するようにしています。		
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	クリスマス会などの行事で地域のボランティアさんがみえ余興を下さっているが、社会資源の把握については、まだまだ遅れているのが現状です。もう少しアンテナを広げ、コンタクトをとる必要があると考えています。		
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	ドクターには職員より情報提供を行い適切な医療を受けられるよう連携しています。治療方針などの変更があった場合、速やかにご家族に連絡を取り説明をしています。	入居前からのかかりつけ医に通院している人もいますが、殆どは、職員同行でホームのかかりつけ医に定期的に通院している。必要に応じて、法人内の他施設の看護師の指示や指導を得ている。	
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	利用者に変化や対応への不安が生じた場合は速やかに医療機関に連絡し指示を仰いでいます。		

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
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	入院した際は適切な医療が受けられるよう情報提供を行うとともに、利用者様の様子を把握するため見舞いに伺い、ご家族とも連絡取り合っています。		
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	入所時の説明の際に終末期ケアに関してもお話しさせていただき事業所の方針を伝え同意を得ています。また、看取りが必要になった場合はサービス計画を切り替え、利用者・ご家族・職員が一つになってケアができるようドクターと連携を図りつつ作成しています。	入居時に「重度化への対応や見取りに関する指針」により、入院を必要とする場合の調整、希望により看取りを行う場合の説明を行い、理解を得ている。かかりつけ医との医療連携を築き、3人の方の看取りを実施している。法人主催のターミナルケア研修を実施しており、職員の看取り介護に対する理解は深まっている。	
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	急変時マニュアルを作成し職員に周知を図っていますが、時折再確認を行っています。		
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	同法人の別施設の職員を県災害派遣に登録しており、その研修をもとに防災体制作成及び消防計画、自衛消防隊編成等を作成しています。年3回(火災2回、水害1回)避難訓練を行っています。	火災、水害避難訓練を年3回実施している。夜間を想定しての訓練も近隣の方の協力を得て実施することが出来た。ハザードマップ上、浸水区域になっていることから大雨時のコミュニティーセンターへの迅速な避難対応に留意している。	
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	毎月の運営会議や職員の勉強会において尊重の意味を話し合い、サービスの質向上に取り組んでいます。	法人の基本方針に基づき、一人一人を尊重し、暮らしの場面、場面で笑顔で接することを支援の基本としている。会議では、尊重をキーワードに、プライバシー保護を含め、ケアサービスのあり方について話し合っている。	
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	日常生活を共に過ごす中(フットケア・体操・テレビ鑑賞・レク等)で利用者の希望や思いを受け止め、すぐできることはその場で自己決定・実現するようにしています。時間が必要なことは職員間で話し合い、実現に向け支援しています。		

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
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	昼夜逆転や身体不調、食事制限がある等特別の制約がない限り、極力一人一人のペースを尊重し支援しています。		
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	更衣の際は利用者に服を選んでいただいておりますが季節感にそぐわない場合は助言しています。リビングに出るときはできるだけ小綺麗な身だしなみに配慮しています。		
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	配食担当調理員に気が付いた都度、味・調理法・固さ等について意見を述べ、メニューに反映してもらえるよう心掛けています。調理準備・配膳・洗い物・片付け等利用者にも率先して手伝っていただき、みんなでやることを意識しています。	隣接の法人運営の地域食堂「なつかしの家」から配食サービスを受け、休日だけは職員が調理を行っている。利用者は役割分担をして、「いただきます」の挨拶、食事の準備や後かたづけに参加している。職員と同席し楽しみながらの食事風景である。	
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	食事量は利用者の好みや体調に応じて提供しています。月1回は体重測定を行い増減に注意しています。水分量は毎日チェック・記録把握しています。むせこみの見られる方にはトロミをつけたり、注意深い観察を行っています。		
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	食事前は嚥下体操を、食後は口腔ケアを見守りや一部介助にて行い、口腔衛生と機能の維持に努めています。		
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	一人一人の排泄パターンを把握し、時間ごとに声かけ・誘導等を行い概ねトイレで排泄ができており、現在おむつ使用の方はいません。	排泄は、全員がトイレで行い、転倒しやすい人、目の不自由な人以外は、介助なしで用を足している。リハビリパンツを使用している人が多いが、布パンツの人も3人いる。夜は、ポータブルトイレ1人以外は自分で起きてトイレに立っている。現在の自立した状況を維持出来るよう支援に努めている。	
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	服薬状況・運動不足・水分不足が便秘に繋がりが易いため、一人一人に合わせた支援を行っています。春から秋の天気の良い日は極力散歩し運動時間の確保に努めています。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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
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	基本週3回の入浴を実施しており、希望がある場合は対応しています。	週3回の入浴を基本としており、一人30分程ゆっくりとはいつもらっている。目の不自由な人、片足の人、転倒しやすい人のため、現在手すりを手配しており、全員が安全、安心して入浴できるように配慮している。職員と様々な話、昔のことなど楽しんで入浴している。
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	一人一人の生活習慣をできるだけ尊重し自由に休憩を取っていただいています。ただし、昼夜逆転にならないよう日中楽しみの持てるレクを模索しつつ提供を行っています。	
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	職員がすぐ確認できる服薬ファイルを作成し服薬内容の理解に努めています。内服薬に変更があった場合は、しばらく様子観察を強化し変化を見逃さないよう注意しています。	
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希望に沿い、野菜作り、貼り絵作成、塗り絵や裁縫等行っていただいています。数カ月に一度居酒屋を開催し、楽しみが持てるよう支援しています。	
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	友人の居住する施設に面会を希望したいと強い希望があった方を支援し実現することができました。季節ごとにドライブや外出を行い四季の変化を楽しんでいただきました。日常的には利用者の希望で畑の手入れや収穫・散歩を行っています。	近所に個人で造園したバラ園を中心に散歩を楽しんでいる。ホームの野菜畑での草取り、収穫、四季のドライブなど、外出の機会を出来るだけ増やすように努めている。家族と外出し買い物、食事を楽しんでくる方もいる。
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	事業所の方針として現金の所持はご遠慮いただいています。必要なものや希望が生じた場合は、立替購入という方式を取り対応しています。	
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	電話や手紙は自由ですのでいつでもやりとりが出来ます。書くことが困難な方には本人了解の上代筆も行っています。	

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
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	事業所内各所に鉢植えを置き、また外がすぐ感じられるようにテラスを設置し憩いのスペースを演出しています。壁には利用者の作品を飾り、またミニ図書館も設置しています。	天井が高く、天窓から柔らかな陽光が差し込み、クリーム色のクロスで落ち着いた感じのホールになっている。窓からは岩手山が望め、職員寄贈のミニ図書館も用意されており、利用者はアットホームな雰囲気の中でゆったり過ごしている。	
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	岩手山を眺望できる位置にソファースペースを設け、のんびりできる空間を確保しています。別な場所にも二人がけスペースを設けており、語らい空間になっています。		
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	入居の際はできるだけ使い慣れた家具や写真等思い出の小物を持参いただくよう話し、安心できる空間作りに努めています。	ベッドが備え付けになっており、使い慣れた物を持ち込み、本人が落ち着ける部屋づくりになっている。冬はガスタービン暖房を使用し、夏は居室の温度が上がり過ぎないように配慮している。各室、整理整頓され転倒防止の配慮をしている。	
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	廊下や浴室には手すりを設け、また事業所内を全てバリアフリーとし自由に往来ができるようにしています。		