

平成 28 年度

事業所名 : グループホーム ぼっかぼっかの家

# 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	037250047		
法人名	社会福祉法人 やまどり福祉会		
事業所名	グループホームぼっかぼっかの家		
所在地	〒029-4501 岩手県胆沢郡金ヶ崎町六原坊主屋敷36-3		
自己評価作成日	平成 29年 2月 17日	評価結果市町村受理日	平成29年5月16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.kairokensaku.mhlw.go.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0372500447-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=022">http://www.kairokensaku.mhlw.go.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0372500447-00&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 いわて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 29 年 2 月 28 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)】

家庭的な雰囲気の中で楽しみのある生活ができるように支援している。季節ごとにお花見や夏祭り、敬老会等は併設している特養施設のみなさんと共同で行い、利用者同士や家族間の交流も多く楽しみとなっている。ボランティア団体のイベントや特養の施設の地域交流ホールで開催され近所の方々も来られ交流が図られている。敷地内にある畑で職員、利用者と一緒に花や野菜を育ててその収穫した野菜が食卓に並ぶ。近所の方の協力で自宅の敷地を開放し栗、山菜採りをしたり利用者のたのしみとなっている。

## 【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)】

当ホームに隣接する同一法人運営の特別養護老人ホームの交流ホールを会場に地域住民対象とした「認知症カフェ」を毎月開催しており高齢者福祉の頼れる拠点としての役割を担っている。また地域の一員としての付き合いの中で、祭りや芸術祭への参加、山菜、栗拾いの楽しみの場の実現、災害時の協力体制の確立や、幼稚園児や小学生、ボランティアなどの訪問も多く、顔見知りの関係となって利用者の楽しみになっている。利用者は生活のなかで調理、洗濯物干しやたたみ方、モップがけなど出来ること役割を担い、トマト、白菜など菜園での植栽や草取りも楽しんでいる。隣接看護師とのオンコール体制と、家族、かかりつけ医の協力を得て開設以来4名の看取りを経験している。重度化終末期ケアは職員の介護スキルの向上を図りながら利用者、家族の意向を尊重できるように今後も関係者で話し合いを重ねていきたいとしている。

## 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 いわての保健福祉支援研究会】

事業所名 : グループホーム ぽっかぽっかの家

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	法人の理念「我が家の暮らし3カ条」がある。定期的に、理念をふまえた具体的な目標を掲げ実践している。	開設時の理念の下に毎年テーマを定めている。今年度は「関わり声掛けを大切に」とし月ごとに具体的な目標を定め月末に法人理念と照らし合わせて会議で話し合い振り返りをしながら実践に繋げている。	
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	地域の産直での買物や行事に参加、地域の子供たち(幼稚園、小学校等)の慰問やボランティア活動の受け入れがあり交流を図っている。また、地域の芸術祭には作品を出品している。	近所づきあいは自然体で行われている。公民館での餅つき参加、隣家の好意で屋敷栗拾い、柿収穫、ガールスカウトやボランティアの訪問、運動会、芸術祭参加と行事は隣接特養との合同開催もあり交流の機会が多い。今年度は認知症カフェが毎月開催されている。	
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	毎月隣接する特養ホームで「認知症カフェ」が開催されており利用者が参加して家族や地域住民との交流を行っている。また、利用者家族や地域住民に広報紙を配布している。		
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ヶ月に1回運営推進会議を開催している。運営状況や利用者の状況報告、意見交換等を行っている。金ヶ崎町自治体関係者、民生委員、介護相談員等並びに利用者家族代表が出席している。	会議は利用者の状況、行事、運営報告の内容を中心に、地域や町行政の情報など各委員の話題や時節の課題をテーマに話し合いながら意見を運営に反映している。感染症が話題にあがり保健所長を講師に学ぶ機会を設け、再確認しながら日々の支援に活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	毎月、金ヶ崎町介護相談員2名の訪問があり、利用者、職員と和やかにコミュニケーションを行っている。自治体の会議、研修に参加して情報交換等交流を図っている。	町の担当者とは地域ケア会議や町主催の研修でも情報共有し、話やすい関係にある。今年度から町の支援で毎月一度の認知症カフェを開催し、開催当日は相談窓口を開設し介護福祉課職員も来訪し対応している。防災対策では町と福祉避難所の協定を結び相互に連携を図っている。	
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	法人で身体拘束防止委員会があり、定期的に検討会等禁止事項の確認を行っている。職員間で普段注意喚起し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束の具体的禁止行為について、外部や法人内研修で再確認し、ホーム内会議やミーティングにおいても随時振り返り、話し合いながら拘束のない支援に取り組んでいる。転倒予防のためのセンサーマット利用者が1名おり気配り見守りに努めている。	
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	普段から管理者から又は職員間で注意喚起して虐待防止をしている。職場でも研修会を開催している。		

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	現在成年後見制度を利用している入居者が2名いる。多様なニーズにこたえる為にも制度の活用についてより深く理解を深めたい。		
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	契約前並びに契約時には十分な説明と家族からの疑問点等を伺い契約を締結している。規約、料金等の改定は事前に文章で通知同意を得ている。		
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	意見、要望等を家族が来訪時に聞いている。利用者や家族等が相談しづらいこと、苦情等を外部機関に相談できる窓口について説明している。施設には投書箱も設置している。	利用者からは日頃の関わりの中で、家族や訪問者からは投書箱や面会来訪の機会に声掛けし話しやすい雰囲気づくりにつとめながら意見要望を聞くようにしている。ホーム広報と利用者の近況報告も郵送し電話や訪問時の話題のツールとしている。	
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	いつでも意見や提案等を聞き随時話し合いの場を設け運営に反映している。困難事案等は毎月の事業所内または法人内の会議等で協議している。	毎日のミーティングや気づきノートが意見・提案を表す機会となり、職員会議や法人内会議でそれを改めて提案し、話し合いを通じ運営に反映させている。従来の旧型トイレをウォシュレットに、浴室入口にある畳の小上がりを利用者の状況に応じ車椅子対応とする改修を計画している。	
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	キャリアパスを作成し、職員が個々に具体的な目標を持って働けるように努めている。また、人事考課制度を取り入れている。		
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	新人職員を対象に先輩職員が講師となり研修を行っている。また、職員一人一人に応じた研修の機会を多く設けている。		
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	各研修会に参加して同業者との交流やグループホーム協会での定例会で情報交換や勉強会を行っている。		

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	入居前に本人と面談をする機会を設けて情報収集に努めてサービスに活かしている。入居後は傾聴にこころがけ本人が何でも話しやすい環境づくりに努めている。		
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	家族が気軽に相談できる環境づくりに心掛け信頼関係作りに努めている。		
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	本人への実際の面談、家族からの情報及び以前利用していた施設の情報等を勘案して初期対応の見極めを行っている。		
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	利用者の状態にあわせた家事手伝いを日課とし行っている。また、職員から利用者へ日々の暮らしについて相談等したりお互いに必要とされ支え合う関係性の構築に努めている。		
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	家族と職員で本人の思いを共有し共に支えあう支援に努めている。定期通院等は原則家族にお願いしている。		
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	馴染みの人が気軽に訪問できる環境づくり、また、本人の要望を聞き馴染みの場所へ外出できるよう努めている。	老人クラブ会報を持参し訪問する方、馴染みのスーパーに買い物や目の保養に出かける方、毎月2～3日外泊している方と、利用者一人ひとりの希望に添える支援に努めている。年齢と共に馴染みが疎くなり隣接の入居者や訪問理髪店が新たな馴染みになってきている。	
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が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用同士で声を掛け合い相談している事が日常的にあり職員は側で見守っている。		

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	契約終了後も気軽に相談等をできるよう環境づくりに努めている。		
<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	利用者との対話や日常の会話等での把握、また、意思表示が困難な利用者は表情、しぐさ、行動から推し量り本人本位で検討している。	風呂場での会話や食卓でのつぶやき、しぐさや表情を観察し「できること」「したいこと」などの思いを把握し、「利用者の気持ちシート記録」を参考に家族にも確認し本人本位で検討し、できること、やりたい仕事(洗濯物干し、モップかけ、畑仕事など)の分担につなげるなど一人ひとりの思いを大切にしている。	
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	職員は家族、親戚、馴染みの人の面会時には積極的にコミュニケーションを図り、また、以前利用していた施設にも情報提供を求めこれまでの暮らしの把握に努めている。		
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	健康管理(バイタル、食事量、水分、排泄状況)について毎日記録し、また、日々の様子も記録をしている。その情報を職員間で共有し把握に努めている。		
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、家族、職員以外にも看護師並びに施設協力医の意見を反映し介護計画を作成している。3か月毎または利用者に着しい変化があれば介護計画の見直しをしている。	居室担当制をとっている。日々の連絡張や気づきノート、家族、協力医、看護師の意見を確認し、毎月のモニタリングをまとめて利用時のアセスメントに照らし合わせながら3か月ごとに見直し、計画の作成を行っている。	
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	日々の様子等はPCに記録している。職場には「気づきノート」を設置して気付いたことやアイデアを手軽に記入してもらい介護計画の作成や見直しに活かしている。		
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、その時々にも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	短気利用型共同生活介護、医療連携体制の指定を受け、その時のニーズに応じた支援をしている。家族の状況に応じて通院の送迎や介助を行っている。		

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
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	日頃、地域を散策、ドライブをしたり地域資源を把握している。また、地域での買物、行事に参加して地域資源を活用している。		
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	本人のかかりつけ医並びに施設の協力医受診について柔軟に対応している。週一回施設かかりつけ医の回診があり適切な医療支援をしている。その他定期的に皮膚科医の往診あり。	精神科かかりつけ医受診は原則家族対応としているが職員同行対応もある。週1回特養施設の協力医の回診があり皮膚科医の訪問診療利用者もいる。健康医療情報は家族・医療・ホームともに健康管理手帳で共有し、看護職員の指導のもとに適切な受診と健康管理の支援が行われている。	
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	隣接している特養の看護師が兼務している。日常の健康管理、また、急変時に対応できるように24時間オンコール体制をとっている。		
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。	入院の際、また、入院中も病院関係者との情報交換や相談を積極的に行っている。早期退院や退院後の生活について家族、病院関係者と協議等行いお互いの関係作りに努めている。		
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	重度化や終末期の対応についてサービス開始時に説明している。状態の変化(重度化、急変)に応じ家族の意向に沿って医師、看護師とも話し合いながら方針を決定、共有して支援している。	開設以来4名の看取りを経験しており重度化、終末期対応は特養での実践を参考に「医療等連携指針」として定めている。職員は重度化看取り介護のスキルを更に高めながら利用者の状態変化に応じ医師や看護師の意見を仰ぎ、本人、家族の意向を大切に支援に取り組みたいとしている。	
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	感染症(ノロウイルス等)について法人、事業所内で事故発生時対応の訓練を定期的に行っている。また、ほとんどの職員が「普通救命講習Ⅰ」を修了している。		
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回の防災訓練を実施している。実施後職場で反省、意見交換等をしている。また、地域と協定を結び協力体制を築いている。	年2回火災想定避難訓練を実施している。地域自治会、消防団とホームとで災害協定を結び地域防災訓練にも参加している。非常時は既に確立されている隣接特養の宿直員、夜勤職員との連絡協力体制のもとで、事業所の職員連絡網を機能させることとしている。停電夜間想定避難訓練の実施も視野にある。	地域との協力体制のもとに防災訓練を行い災害対策に備えている。消防署の指導のもと、職員連絡網の通報招集訓練、夜間停電した暗闇での避難訓練など発災時に即した訓練を重ね、今後とも緊急非常時の利用者の安全安心の確保に備えらることを期待したい。

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
<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	日頃から利用者に配慮した言葉かけ、態度について職員で共有している。	職員はケアマネジメントや個人情報保護法(プライバシー)を研修で学び、再確認しながら個々人の誇りを傷つけないよう方言も交えながら節度ある支援に努めている。トイレへの誘導などの声かけは、「小声」「優しく」「近くで」などを心がけ、職員がお互い注意しあっている。	
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	対話する際、傾聴にこころがけ、職員は声の大きさ、表情、しぐさに気をつけ本人が話しやすいように心がけている。		
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	居室で一人過ごす時間を大切に利用者本位で支援している。		
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	毎月地域の理容師が訪問している。身だしなみやおしゃれは本人にまかせている。また、利用者の状態によって職員が支援している。		
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	食事の準備から後片付けまで利用者と職員と一緒にやっている。利用者と一緒に食材の買出しや好みを聞いて献立に活かしている。	食べる楽しみを大切にし、利用者の嗜好、季節感、更にホーム菜園の野菜や差入れ食材を考慮した献立を職員が考え当番で対応している。買い出し、調理、後片付けと利用者の持てる能力を活かせるよう分担して手伝っている。湯気や香りを肌で感じ、楽しみながら共に食卓を囲んでいる。行事食の寿司や餅、たまの外食も楽しませている。	
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	食事量、水分量を毎日記録している。利用者の好み希望に応じた量、形態に応じた食事支援をしている。		
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	本人の習慣に応じて支援をしている。歯科医の往診があり、個人に応じた歯磨きの指導を受けている。		

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
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	排泄状況を毎日記録をして把握に努めている。また、個々の状態に応じた声かけを行い排泄を促して失禁、おむつ使用を減らすような取組みをしている。	トイレでの自力排泄をモットーに職員の目配り、寄り添いで、一人ひとりの排泄パターンを記録している。仕草での気づきでトイレ誘導をし失敗のない支援に努めている。完全自立、夜間のみポータブルトイレ利用者は各1名いる。	
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	職員は便秘の予防について日頃話し合っている。また、適度な運動をしたり、便秘を予防する食材を多く取り入れ予防に取り組んでいる。		
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	入浴時間、曜日等は本人の希望に出来る限り対応している。	浴槽は個浴のソファー型バスを導入しいつでも入浴対応可能であるが、現在は午後入浴としている。利用者の希望を聞きながら声掛けし、入浴頻度は週3～4回程度である。折々に菖蒲湯など季節感を醸し出し、同性介助希望者にも配慮し安心して入浴を楽しめるように工夫しながら支援している。	
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	ゆっくりひとりで過ごす時間を大切に支援している。また、冷暖房完備で室温、寝具等を個々に合わせた室内環境の整備して安眠、安息を支援している。		
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	職員が薬の管理をして服用の支援をしている。本人に著しい変化があれば家族に報告、随時看護師、医師に相談又は指示を仰ぎ服薬の調整等を行っている。		
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	家事等の日課や季節ごとに野菜の収穫をしたり張り合いのある生活ができるように支援している。過去に飲酒を楽しむ利用者もいた。		
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	日々の暮らしで一人ひとりの希望を把握し臨機応変に買物、近所の散歩並びにドライブ等外出支援をしている。	日常的には田園地帯の中を散策しながら春はよもぎや蕎麦、秋は近隣農家での栗拾いと、気分転換を図れるよう支援している。四季折々にはドライブがてら産直六ちゃんハウスや花卉センターでの買い物、花見、郷里めぐりなどを計画し、利用者の思いや希望が実現出来るように努めている。	



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	現金は施設で預り管理している。利用者の状態に応じて現金を渡し買物をする事もある。		
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	いつでも家族に電話をしたり手紙のやり取りができるように支援している。毎年、本人直筆メッセージ入り写真付き年賀状を家族に出している。		
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	食堂からは木々が眺められ青葉、紅葉、雪景色等季節を感じられる。季節に応じた室内の飾りつけ(みずき団子、七夕飾り、クリスマスツリーなど)を利用者と一緒に行っている。	居室は3方向に分散し回廊式で適度に運動ができる。テーブル、ソファ中心の居間兼食堂、調理場、小上がりの畳の間は一体的で開放感がある。利用者と共に制作した木の実の壁掛けや吊るし籠、行事の写真が要所要所に飾られている。	
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	ホールにはソファを設置してある。掘りごたつがある小上がりの和室がありどの場所でもくつげるように工夫している。		
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	自宅からの家具、テレビその他使い慣れた物は自由に持ち込めることができる。居室の装飾等は本人にまかせている。また、本人の状態によって、職員が装飾している。過去には仏壇の持ち込みもあった。	ベッド、タンス、机、椅子、洗面、ルームエアコンが備え付けられている。テレビ、本棚、家族の写真、位牌、手芸作品などが持ち込まれ、居室は清潔感に溢れている。居室ドア横の障子格子戸小窓は和風の趣で居心地の良さを実感させる。	
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	トイレには名札、居室には利用者に応じ表札を掲げている。食堂内には日付と曜日が分かるように日めくりのカレンダーを掲示している。		