

平成 29 年度

事業所名 : グループホーム みどりの里 西ユニット

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	0393100060		
法人名	株式会社 藤森		
事業所名	グループホームみどりの里 西ユニット		
所在地	岩手県九戸郡洋野町種市第40地割22番地2		
自己評価作成日	平成29年 10月 6日	評価結果市町村受理日	平成30年2月14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.nhl.w.go.jp/03/index.php?act=on_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&l_gyosyoCd=0393100060-008&refCd=03&VerSi=03
----------	---

【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 29 年 10 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)】

2ユニットが事務所を挟んで、L字型に作られており、ユニットの枠は関係なく、利用者と職員は行き来している。また、介護保険外のショートステイ2部屋の他に、共用型の認知症対応型通所介護サービスを展開し、在宅で生活している高齢者との交流が増えている。

【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)】

町の中心部まで車で10分程度に位置しているが、近年人口の減少が著しく、保育園、中学校が廃止され、小学校が主要な公共施設という地域で、施設入所を望む高齢者も少なくない。こうした地域の中で、L字型に配置された2ユニットのグループホームとして、ユニット毎に独立した生活領域を確保しつつも、設備の共用、職員の相互の連携体制を確立し、スケールメリットを生かした運営のもと、18名の利用者の生活を支援している。町の要請に応え、一昨年から6名の小規模デイサービスを併設し、さらに本年度からは、町から委託を受けて「認知症カフェ」を開設し、居宅の認知症高齢者の相談、支援に取り組み始めている。地域全体の高齢者の状況も視野に入れた運営は、利用者の生活にも良い影響を与えており、地域密着型の施設として理想的な姿として評価される。今後も利用者と地域の交流を通じて、地域の認知症高齢者の支援に一層力を発揮することが期待できる事業所である。

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、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				

平成 29 年度

2 自己評価および外部評価結果

事業所名：グループホーム みどりの里 西ユニット

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	事務所と玄関に理念を掲示し、全員で共有し、実践につなげている。	理念は2010年の開設時に職員が話し合っ て決めたもので、「ゆったり、のんびり、自分 らしく安心できる生活」を私達は提供しま す」と、事業所の取り組み姿勢を明示して いる。また、その対応方法として3項目の 実践目標を具体的に掲げ取り組んでいると ともに、定期的に理念や実践目標どおり ケアサービスを提供出来ているか、職員全 員で確認し合っている	
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員と して日常的に交流している	小学校や地域の行事へ参加している。ま た、併設の通所介護事業を開始してから は、在宅で暮らす高齢者との交流の機会 も増え、入所者や通所利用者とも刺激に なっている。	長い間、定期訪問してくれた地域の演芸 同好会「浜エンドウの会」が活動を休止 したが、盛岡等から他の団体が訪問、交 流をしてくれるほか、毎年、地域の角 浜小学校の運動会に招待され交流して いる。夏の夕涼み会には家族や隣接の デイサービスの利用者、近隣の方々に 参加してもらい、楽しい交流の場にな っており、特にデイサービスに通う居 宅の高齢者とのお付き合いは利用者 の交流の幅を拡げる契機になっている	
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	相談や見学、ボランティア、職場体験 に来られた方には、希望があれば認知 症についての説明をパンフレット等 で行い、理解や支援につながるよう にしている。また、地域で開催され る認知症講座でも、実践内容を紹 介している。		
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カ月に1回の定期開催し、施設状 況の報告や意見交換、避難訓練等 のアドバイスを受けている。	民生委員、近隣住民、家族代表で 構成され、運営状況の報告を始め、 様々なテーマで話し合いをしてい る。転倒防止策や疑似煙の出る中 での避難訓練の実施など、様々な 意見や提案を頂いている。夏の夕 涼み会と抱き合わせで会議を開 催し、利用者や交流している。町 から運営委託されている「認知 症カフェ」についても意見を貰い、 取り組みの参考になっている	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	地域包括支援センターの職員に 毎回運営推進会議に出席して頂 いている。町主催の会議や研修会 にも出席し、情報交換を行っている。 また、認知症カフェの開催につ いてもアドバイスを頂いている。	行政とは、毎月の地域包括ケア 会議を中心に地域の在宅高齢者 に関する情報交換を行っており、 グループホームの待機者やデイ サービス利用の必要者の有無な どについて話し合っている。ま た認知症カフェの運営についても 継続的に意見交換を行うなど、 協力関係は円滑である	

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
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	身体拘束について全職員が理解している。日中の玄関の施錠は行わず、職員間で話し合いをしながら取り組んでいる。	入居時に重要事項説明書で、原則として身体拘束を行わないこと、やむを得ず行動制限を行う場合は家族の同意を得る旨を説明している。また、職員は高齢者虐待防止関連の研修会に参加するとともに、内部でスピーチロック等の研修を行っている。なお、転倒による骨折防止のため家族の了解を得てベッドセンサーを設置している利用者が数名いる。	
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	高齢者虐待防止のため、内部・外部研修にて勉強を続けている。		
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、成年後見人制度1名、日常生活自立支援事業1名が利用している。		
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	文書と口頭にて説明を行い、理解と納得を得るよう、丁寧でわかりやすい説明を心がけている。		
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	匿名で意見や要望を表せるよう、ご意見箱を設置している。行事への参加時や来所時に気づいたことや要望を伺っている。また、病院受診へ同行し、家族とのコミュニケーションを取れるようにしている。	2ユニット18名全員が町内出身で独居からの入所は2名のみであることから、比較的頻繁に家族の来訪がある。ご意見箱も含め家族からの意見はあまりないが、行事開催時や運営推進会議の際に聞くように努めており、戸外での活動や災害時の安全対応について話題が出され対応するよう配慮している。	
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	月1回の定例会議やカンファレンス、交換日記を活用している。必要な時は、代表者へつなげている。	月1回の定例の職員会議やカンファレンスの際に意見を聴取しているが、申し送りノート（交換日記）を通じて意見が出される場合もある。定期的「職員アンケート」を実施し、意見や要望を把握するようしており、提案内容等は両ユニットの管理者が確認し、必要な場合は定例職員会議で検討する仕組みをつくっている。職員からは備品や日用品、小修繕の要望が多い	
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	職員の希望する勤務条件にできる限り応えている。また、資格手当・夜勤手当、昇給、賞与の支給に努め、処遇改善加算を特別賞与として支給している。		

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
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	内部研修を随時行い、外部研修への参加を促し、定例会の際に報告し合っている。		
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	認知症高齢者グループホーム協会に加入し、様々な情報を頂きながら、サービスの向上に努めている。		
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	入所前に利用者本人やご家族の不安・要望を伺い、職員で共有してからのサービス開始としている。		
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	入所前に家族と面談を行い、希望した経緯やこれから望むことを聞いている。家族の協力は入所後も必須なので、家族との関係を大切にしている。		
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	居宅介護支援事業所や地域包括支援センターの担当者とも連携を図りながら、検討している。		
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	個々の能力に応じた作業などを提供し、利用者同士が行いやすいように工夫している。		
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	利用者にとっても、家族の協力は大切であるため、必要な時は電話で相談をしたり、面会時に伝えたりしている。		
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	自宅への外出・宿泊が行えるよう、家族には協力頂いている。利用者の地区の方が面会に来てくださることもあり、居室などでゆっくり話ができるよう配慮している。	これまで利用者の半数程度は、お盆や正月に帰宅していたが、最近は数名程度に減っている。家族の来訪が殆どで、友人や知人の訪問は稀になってきている。こうした状況から、グループホームでの日々の暮らしの中で、隣のデイサービスの利用者との交流等、新たな馴染みの関係が生まれるよう支援に努めている	
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	利用者同士の関係性を把握し、座席の位置などに配慮し、必要な時にはユニットの変更も行って		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	必要があれば、家族より経過を確認し、相談や支援を行っている。		

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
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	介護計画の立案にあたって、本人の思いや意向や確認をしている。また、日々の生活の中で把握に努めている。	自分の気持ちを言葉などで表現出来る人は半数程度で、他の人は表情や仕草などの雰囲気から気持、意向を察するようしており、職員が気付いたことを申し送りノート(交換日記)に記入し、利用者一人ひとりの思いや意向を把握し、その情報の蓄積と共有に努めている。	
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	本人や家族から話を伺ったり、担当ケアマネジャーより情報提供を頂くなど、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	朝と夕の申し送りで利用者の状況を確認し合い、本人や家族の気持ち・意向の変化に柔軟に対応できるよう、日々把握に努めている。		
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	本人と家族の意向を確認し、計画作成担当者と担当介護員が、介護計画の原案を作成している。毎月のカンファレンスで必要に応じ、モニタリングをして見直しを行っている。	最近では計画に大きな変更のある利用者は少ないが、毎月、担当者や計画作成担当者が確認し合い、3ヶ月単位のユニット合同のモニタリングで計画と現状に齟齬がないか検討し、必要な場合は家族に同意を得て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	係わった職員が生活の様子や気づいたことなど、ケアの実践を個別の記録に記入している。		
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	通院や外出・外泊時の送迎は、原則家族に対応して頂くこととしているが、事情があり困難な場合には、できる限り施設で対応している。		

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	運営推進会議や地域ケア会議で情報を頂き、地域のイベントや学校行事に参加している。		
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・家族の希望する病院へ通院している。健康状態で気になる事はかかりつけ医に相談して頂くよう家族に伝えたり、受診に立ち会ったりしている。	かかりつけ医は町立の国保病院と隣市の総合病院となっている。通院は家族とコミュニケーションを取れる機会でもあり原則家族が同行しているが、職員が同行することもある。国保病院が月1回訪問診療を行っており、3人が受診している。必要な場合は隣接のデイサービスセンターの看護師の協力を得ているが、臨機の対応までは至っておらず、今後の課題となっている	
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	敷地内にあるデイサービスの看護職員が日頃から相談に応じてくれる。緊急時には、アドバイスをもらい、協力医療機関へ連絡し、指示を受けている。		
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。	入院時にはなるべく面会に赴き、病院関係者との情報交換や相談に努めている。		
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、事業所です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	契約時に当施設ですることを理解して頂き、重度化が見られてきた場合には、かかりつけ医や町内の他施設と相談をし、よりよい支援を検討している。	医療との連携、訪問看護の体制が確立しておらず、看取り対応は行っていない。利用者が終末期に近づいた時は、町内の介護老人保健施設への入所など、関係機関の協力も得ながら、家族と話し合い、新たな支援を検討することとしている。	今後、グループホームでの看取りも増えてくることが想定され、行政とも協議しながら、訪問医師や訪問看護師との連携等、看取り体制の整備を進めるとともに、職員のターミナルケア研修にも取り組ま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	利用者に急変の恐れがある場合、朝・夕の申し送り時にシミュレーションを行い、緊急時に備えている。		
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	消防署員の立ち会いの下、地域の方にも参加して頂き、年2回の訓練を実施している。	火災及び地震を想定した避難訓練を年2回実施(うち消防署立会い1回)している。今年の訓練では運営推進会議の開催日に実施し、委員も参加している。また、震災対応として自家発電装置を整備しているが、更に備蓄等必要な備えの充実を図りたいとしている。	

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	職員同士の会話や申し送りの際には、利用者の耳に触れないよう、注意を払っている。入浴やトイレ介助の際には利用者に配慮した声掛けや介助を行うよう心がけている。	昼間は両ユニットの利用者が西ユニットのホールで一緒に過ごしており、利用者職員との個人的な会話が他の人達に聞こえないよう、また職員同士の会話に利用者の固有名詞が出ないように留意している。トイレや入浴の際は、本人の自尊心を傷つけないよう気を配りながら支援している。	
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	利用者本人から、話を伺っている。また、態度や表情でも、何を意味するか考えて対応している。利用者が気持ちを表現しやすいよう、配慮している。		
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、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	急な外出に応じることはなかなかできていないが、敷地内での過ごし方は、危険性がない限りは希望にそって支援している		
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	清潔を第一に好みの服装で過ごしてもらっている。愛用の化粧品等がある方は、使い続けていけるように用意している。		
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	食事栄養委員会で、栄養バランスを考慮し、献立を作っている。一人ひとりの力に合わせて、役割を見つけ出し、準備や後片付けを行っている。	ユニット合同の「食事栄養委員会」を設置し、委員会で利用者の好みも考慮しながら、1～2ヶ月分の献立を作成し、ユニット毎にそれぞれの職員が調理している。食材は予約配達により町内業者から一括購入しており、買い出しはしていない。両ユニットの半分位の利用者が準備や後片付けを手伝っている。ユニット毎に職員も一緒に食卓を囲み、皆で楽しんで食事を取っている	
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	毎食摂取量を確認している。苦手な食べ物や、禁忌食がある方には、バランスを考慮して代替品を用意している。また、時間を決めて水分補給を促している。		
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、全利用者へ口腔ケアを勧めている。一人ひとりに合わせた声掛け、見守り、介助を行っている。また、状態によって気になるときは歯科医へつなげている。		

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	排泄チェックでパターンを把握し、一人ひとりに合わせた支援を行っている。できるかぎりトイレでの排泄を促し、排泄の自立を目指している。	全員トイレ排泄で失禁者はいない。リハビリパンツに尿取りパットの利用者が多いが、中には布パンツで過ごしている方もいる。夜は自分で起きてトイレに向かう方が多いが、安心のためポータブルトイレを使用している人もいる。自立に近い人が多い現在の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	カルシウムやミネラル分を接種できるよう献立を工夫している。また、排便チェックを行い、個々に応じて水分補給や運動を促し、便秘の予防に努めている。		
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	週2回、曜日や時間帯で計画を立てて行っている。希望者には本人の希望に合わせて入浴できる体制をとっている。	浴槽の大きい東ユニットを使用し、週2回午前中の入浴を基本としている。また、併設の小規模デイサービスの利用者も含め10人程度を2~3人づつ入浴しており、入浴予定表を作って、計画的に入浴できるように対応している。なお、本人の希望で入浴時間や日程を変更するなど柔軟に対応している。	
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	日中、活動的に過ごしてもらえよう、体操などのレク活動を行い、夜間の安眠につなげている。		
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	ユニット毎に服薬一覧表を作成し、内容を確認しながら準備している。また、医師や薬剤師から注意点がある場合は、連絡事項として共有し、様子観察をしている。		
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	一人ひとりの生活歴や得意分野を把握し、家事や畑仕事、歌やゲームなど、楽しみや達成感を味わえるような支援に努めている。		
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	一人ひとりの希望は普段の関わりで聞いているが、実現できていないことが多い。日常的な外出は、散歩や買い物、病院受診の希望が多く、できる限り対応している。	散歩は敷地内の散策が中心となっている。6人位づつに分けてドライブに出掛けることも多い。衣類、お菓子、果物等を買いにスーパーや産直に出掛けることを希望する利用者が多く、出来るだけ対応するように努めている。今後は、個人毎に希望の異なる外出先にマンツーマンで対応出来るようにしたいとしている。	

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
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	自己管理できる方には、お金を管理して頂いている。管理が難しくなった方でも、手元に置くことで安心される場合には家族に協力頂き、所持している。		
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している	電話を希望する場合には支援している。手紙や年賀状が届く方もいるが、返信の希望がないこともあり、支援できていない。		
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	床暖房やエアコン、加湿器などで快適な室内を保てるよう努めている。共用スペースにはさり気なく季節感を採り入れた装飾を行っている。	両ユニットがL字型に交差するところがそれぞれのホールになっているが、東ユニットの利用者も日中は西ユニットのホールで過ごすことが多い。廊下は広く、吹き抜けになっており、明かり採りを配し、梁を交差させるなど、ホール、廊下が一体的に繋がり、共有の空間を広く感じさせる間取りになっている。エアコン、床暖房、加湿器で調節されたホールに食卓の他、テレビやソファが配置され、両ユニットの利用者は思い思いの場所でくつろいでいる	
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	共用スペースにはテーブル席の他、ソファを設置し、好きな場所で過ごせるよう配慮している。テーブルの設置場所は、必要に応じて変えている。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族に協力頂き、使い慣れたものを用意して頂いたり、写真を飾るなどし、落ち着いた環境作りを目指している。	居室には備え付けの電動ベッド、整理ダンスが用意されている。布団等の寝具を始め、冷蔵庫、テレビ、ハンガーラック等を持ち込んで、家族写真や自分の作品等を飾り、自分の部屋として落ち着くよう夫々工夫した居心地のよい部屋づくりをしている。	
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	段差がなく、安全に移動できることが利用者の安心にもつながっている。自分で動くことに対し、消極的にならないよう、環境の工夫を行っている。		