

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット1)

Table with 4 columns: 事業所番号 (0193100419), 法人名 (社会福祉法人 大悲会), 事業所名 (認知症高齢者グループホーム 無憂苑), 所在地 (上川郡比布町東町2丁目3-1), 自己評価作成日 (平成31年3月5日), 評価結果市町村受理日 (令和元年5月10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)】

法人内の特養施設や保育園と、夏の「七夕まつり」や冬の「雪まつり」などの合同行事を、季節感が楽しめるよう行っています。また、入所者や家族、地域の方々の参加をいただき交流が図れるように努めています。その他、町内の馴染みのある商店やお寺へ行ったり、町内の「老人スポーツ大会」「町民文化祭」への見学や作品出展など、地域密着が図れるよう積極的に参加しています。運営方針の重点取り組みで、「科学的介護」の実践として、飲水を基本としたケアを行い、利用者の自立を目指す介護に取り組んでいます。また、理念に基づいた「ゆっくり、いっしょに、たのしく」を目標として、利用者一人ひとりに寄り添ったケアに努めています。2ヶ月に1回定期的に開催している運営推進会議では、地元消防署員を委員に委嘱し、防災訓練時は他の委員も積極的に参加してもらい防災意識が保てるよう運営に生かしています。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL: http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action\_kouhyou\_detail\_022\_kihon=true&JigyosyoCd=0193100419-00&ServiceCd=320

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 3 columns: 評価機関名 (企業組合グループ・ダイナミックス総合研究所 介保調査部), 所在地 (札幌市手稲区手稲本町二条三丁目4番7号ハタナカビル1階), 訪問調査日 (平成31年3月20日)

【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)】

当事業所は、旭川市北方面にある上川管内比布町のJR比布駅から徒歩圏内に位置し、法人敷地内にある平屋建て2ユニットの町内唯一のグループホームである。法人は、社会福祉法人で、ビハラー活動の理念の「生老病死」に基づき高齢者支援を実践しており、敷地内には特別養護老人ホームや在宅デイサービスセンター、訪問介護、居宅介護支援の各事業所がある。グループホームと特養施設は遊歩道で繋がっており、会議や研修会、行事や避難訓練など合同で実施している。玄関ホールに入ると右がAユニット、左がBユニットでそれぞれ変形した回廊型に居室が配置され、中庭があり、全体的に明るさを感じる。廊下やリビングも広くゆったりしており、ホーム内で歩行訓練ができる程で、ユニット間の相互の交流も日常的に行っている。七夕祭りや雪まつりには300人程の参加があるなど地域の大きなイベントとなっている。重点的な取り組みとして、飲水を基本とした「科学的介護」を実践しており、また、利用者には月1回のフットマッサージを無料で希望者に行うなど、寄り添ったケアに努めており、これからも認知症高齢者の介護に期待したい。

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

Large table with 4 columns: 項目, 取組の成果 (該当するものに○印), 項目, 取組の成果 (該当するものに○印). Rows 56-62 compare staff/user satisfaction and family support against various criteria.

## 自己評価及び外部評価結果

| 自己評価              | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|-------------------|------|---|---|--|-------------------|
|                   |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 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<br>地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を作り、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   | 年度初めの職員全体会議で、ピラー活動の理念である「生老病死」のケア実践を基本理念とし、それを基に「ゆっくり」「いっしょに」「たのしく」を念頭にした目標を大切にしている。                  | 事業所の理念を基にした目標を事業所内に掲示し、利用者や家族にも周知するよう努めている。職員は、年度初めの職員会議で説明があり、上期の研修会でも学びながら、職員間で共有して実践につなげている。          |                   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している  | 利用者の方が馴染みの商店、お寺などへ出かけたり、町内清掃等へ積極的に参加している。「七夕まつり」「雪まつり」などの行事に地域の方々も参加してもらうなど、地域とのつながりを大切にしています。        | 町内行事の敬老会や清掃などに参加しており、事業所主催の七夕祭りや雪まつりには、地域の方が300人位が参加するなど町内の大きなイベントになっている。また、保育園児の来訪もあり、楽しい交流をしている。       |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 毎年、中高生を対象に行っている体験学習では、施設入所者と交流を図る場としたり、認知症の理解を深めていただいた。   |  |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組状況等について報告や話し合いを行い、そこの意見をサービス向上に活かしている  | 行事や避難訓練への参加・視察や、家族等の意見や生活状況等の話し合いをし、貴重な意見をいただいている。  | 運営推進会議は、家族や地域包括支援センター担当者、消防署職員、町内会役員、第三者委員、デイサービス関係者などが参加して、定期的を開催し、運営状況の報告や情報交換、意見交換などを行いサービス向上に活かしている。 |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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  | 運営推進会議の委員に、地域包括支援センター職員の他、消防署員が委員となり、日常業務を通じサービスの情報交換や連携を図っている。                                       | 運営推進会議に地域包括支援センター担当者が参加しており、定期的な情報交換している。また、苑長が町の介護計画委員で、管理者が高齢者サロン運営委員でもあり、日頃から町担当者との協力関係が構築されている。      |                   |
| 6                 | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 身体拘束ゼロ委員会に2名の職員が委員となり、身体拘束をしないケア実践にむけ検討し、検討内容については全職員へ具体的に周知し、身体や言葉の拘束ゼロに取り組んでいる。また、玄関等の施錠は夜間以外していない。 | 法人内に身体拘束ゼロ委員会を設置し、毎月検討会を行っている。指針やマニュアルを整備して、特に事業所毎のケース会議を行っており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。                       |                   |
| 7                 |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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                                      | 身体拘束同様に、委員会で具体的に防止策を検討している。常に職員がけん制し、また、互いに注意し合う。   |  |                   |

| 自己評価                        | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|-----------------------------|------|--|---|---|-------------------|
|                             |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 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<br>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  | 職員研修等で学ぶ機会を設けている。また、検討が必要なケースがあり、内容についてその都度具体的に話し合った。                                 |   |                   |
| 9                           |      | ○契約に関する説明と納得<br>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                       | 契約時に施設内容や施設利用料、体調変化時の連携体制等について説明をしている。また、入所前の見学や問い合わせ時には、家族等の不安や疑問などの相談に応じている。        |   |                   |
| 10                          | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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                    | 入所者の方々の日常生活状況や会話等、家族の来苑時など意見や要望等をお話しただけのように対応している。また、サービス検討委員会を設置し、意見等があれば速やかに対応している。 | ホーム便りは、法人合同で毎月発行して、家族に運営状況を報告している。玄関に意見箱を設置しており、家族へのアンケート調査もを行い、年1回家族会も開催し積極的に家族からの意見や要望を把握するよう努めており、それらを運営に反映している。 |                   |
| 11                          | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                    | 週1回の定例会議の他、年間計画に基づいた職員全体研修、勉強会等の他、月1回のケース会議等で職員間の意見交換をしている。                           | 職員の定例会議は週1回行っており、法人全体での打ち合わせも定期的に行っている。また、職員の個人面談は、苑長にて年1回定期的に実施して、職員からの意見や提案は運営に反映している。                            |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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    | 職員の日常の勤務状況や職場状況等について、日頃、職員と互いに確認し合っている。   |   |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取り組み<br>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       | 法人内の職員全体研修、勉強会の他、外部研修への参加の機会を設け、資質向上に努めている。   |   |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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組をしている | 町内をはじめ、町外の事業者との情報交換のネットワークを図ると共に、法人内の各事業所の職員全体で行う研修に参加している。                           |   |                   |
| <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<br>サービスの利用を開始する段階で、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      | 入所前の見学時など、本人や家族からの要望等について確認し、また、入所後は会話や生活状況等からどんな思いがあるのか把握し、不安のない生活を送れるように努めている。      |   |                   |



| 自己評価                              | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|-----------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                                   |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16                                |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、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       | 入所前の見学や相談時、現在の状況とともに、家族の要望等について相談に応じている。入所後は生活状況など随時報告しながら関係づくりに努めている。                   |   |                   |
| 17                                |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、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   | 入所相談時に、今受けているサービス等について確認し、当苑入所まで担当ケアマネがいれば、今後のサービス計画の参考にしている。                            |   |                   |
| 18                                |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                      | 家庭の延長線の生活ということを基本に、入所の方と一緒に食器洗いや洗濯物干し、畑や花壇の作業などできるだけしていただき、作業や収穫など一緒に喜び合えるよう働きかけている。     |   |                   |
| 19                                |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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       | 家族との外出や自宅への外泊の機会をつくり、また、面会時には生活状況などをお話し、場合によっては職員から家族へ相談させてもらうなど互いに支えていけるようにしている。        |   |                   |
| 20                                | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                   | 入所前にお付き合のあった方々の面会を大切にし、お寺の定例法座や馴染みのある商店など出来る限り行っていただいている。町内の行事に参加し、馴染みの方々に会える機会も作っている。   | 利用者が地元出身が殆どな為、家族や友人・知人の来訪が多い。農家の世帯が多く、農閑期の来訪が多い。町内の理容院や美容院などの馴染み店や菩提寺のお参りで外出など関係族の支援に努めている。 |                   |
| 21                                |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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               | 入所の方々が日常、ゲームや畑作業等がみんなと一緒に出来るように時間を確保している。また、心身の状況によって変化があるような時は、職員や他の入所の方が訪室し声かけ見守りしている。 |   |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組<br>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 | 長期入院で契約終了しても、状況を確認しながら、再入所や他施設等の検討など相談に応じている。  |   |                   |
| <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<br>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                       | 各職員が日常生活の会話や行動等から、本人の希望や意向が把握できるように努めている。また、家族や職員間で情報の共有を図っている。                          | アセスメントシートなどを基に、利用者の日常生活での会話などから本人の思いや意向を把握するよう努めている。また、家族の来訪時に聞き取るなどして職員間で共有している。           |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |   |
|------|------|--|---|---|---|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| 24   |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入所時の面談などで、家族、本人から出来るだけ情報を得るようにしている。また、入所後も会話の中で聞き取れるようにしている。                      |   |   |
| 25   |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 職員が日々の生活の中で、一人ひとりの生活リズムを把握し、言動や病状等の小さな変化でも検討できるようにしている。                           |   |   |
| 26   | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 日常生活での状況をもとに、担当職員がアセスメント、モニタリングを行い、サービス担当者会議の他、ケース会議等で全職員でケース検討する。                | 利用者毎の担当職員が日々の生活状況を基にケアチェック表でアセスメントとモニタリングを行い、サービス担当者会議やカンファレンスで検討して、介護計画作成担当者が集約して、現状に即した介護計画を作成している。 | 利用者毎のケース記録とチェック表の合理的な工夫の検討を継続して行うことと、パソコンを活用したシステム管理も機能的に併用して合理的に行うことを期待する。 |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 日常生活状況は、個々のケース記録に記入し、食事や排泄、バイタル等の健康管理票として、個別に記録し状況を全職員間で把握できるようにしている。             |   |   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる              | 要望等があれば、本人、家族に代わって市町村等との事務手続き、病院などとの連携や必要に応じての通院対応等を行っている。                        |   |   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 町内の馴染みのある商店、理美容院、お寺などへの外出や、月2回足のマッサージなど皆さん楽しみにしている。また、元役場の職員の方の紙芝居のボランティアも行われている。 |   |   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                     | 協力病院の他、かかりつけの病院など、本人、家族の希望する病院へ受診できます。また、通院等は家族の意見や協力を得ながら行い、病院との連絡調整を行います。       | かかりつけ医は家族が同行して受診している。協力医療機関は、月2回職員同行で受診支援している。看護師は、週3回の勤務で、緊急時は24時間対応しており、適切な医療を受けられるよう支援している。        |   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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          | 全職員が苑内勤務の看護婦と、日々の健康状態について情報を共有している。特変時は24時間対応できる体制で、その他協力病院とも随時連携を図っている。          |   |   |

| 自己評価                            | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|---------------------------------|------|---|---|--|-------------------|
|                                 |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 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<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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、又は、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。  | 入院時は出来るだけ本人が安心して治療できるように、看護婦や職員が出向き本人の他、病院職員と病状について情報確認している。また、退院時も同様に入院状況を確認し、担当職員と受入準備する。 |  |                   |
| 33                              | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる | 入所時に看取りの指針について、説明、同意をいただいているが、現在まで該当ケースはない。しかし基本理念であるビハラー活動（生老病死）について職員研修等で学んでいる。           | 重度化や終末期についての対応は、指針に基づいて入居契約時に説明し同意を得ている。但し、地域の医療連携が24時間体制でない為、終末期の対応は十分に出来ないが、職員はビハラー活動について研修で学んでいる。 |                   |
| 34                              |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 全職員がケース会議等で急変時の対応方法等について学ぶ機会を設けている。また、緊急時の連絡体制（連絡網）による訓練も行っている。                             |  |                   |
| 35                              | 13   | ○災害対策<br>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  | 年間防災計画を策定し、消防署や町内会の協力を得て、年2回夜間での火災・日中の震災想定避難訓練を実施している。                                      | 避難訓練は、火災と自然災害を想定して、消防署の指導の下、法人施設合同で備蓄や備品を整備して、地域の参加協力により年2回定期的実施して災害対策を行っている                         |                   |
| <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   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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   | 身体拘束ゼロ委員会などで常に検討し、特に言葉づかいについては各職員が意識している。また、プライバシーを尊重しお互いに注意し合うようにしている。                     | 法人内の身体拘束ゼロ委員会が中心となり、接遇の勉強会を年2回行っており、特にスピーチロックなどを学び、人格やプライバシーを尊重する対応をしている。                            |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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  | 日常生活の中で自らの希望等を確認し、支障がない限り自分で決めてもらい意見を尊重している。  |  |                   |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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、希望に沿って支援している                                    | 食事等の時間設定はあるが、その他は一人ひとりの生活状況に合わせて過ごしてもらっている。   |  |                   |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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   | 家族に協力を得て衣類等を替える他、希望があれば化粧品や服の買い物、理美容室へと職員と一緒にいけるようにしている。                                    |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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    | 食器は今まで個々に使っていた物を持参いただいている。入所の方と職員と一緒に食事をし、食後の片付け、洗い物も手伝ってもらっている。                   | 献立と食材は法人内共通だが、調理は事業所で職員が行っている。利用者は、片付けや洗い物を手伝っている。行事食は、ちらし寿司や中庭での流しラーメン、サンマ焼き、ジンギスカンなど楽しみな食事の支援をしている。 |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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、水分摂取については毎日把握し、状況について職員間で共有している。摂取困難な場合は職員間で提供方法等を検討し対応している。                    |   |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、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                 | 昼食前の口腔体操、健口体操や毎食後のうがい、起床時洗口剤を使用して口腔内の洗浄を行っている。                                     |   |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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向けた支援を行っている  | 個別の排泄チェック表を記入し、排泄間隔や状況を把握しながらトイレ誘導し、オムツ外しを積極的に行っている。                               | 居室にトイレと洗面台が設置されている。利用者個々の排泄チェック表を職員間で共有し、利用者一人ひとりの仕草や表情を見ながら、声掛け誘導して、居室のトイレでの排泄の自立に向けた支援を行っている。       |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                  | 日々の生活の中で食事の他、水分摂取量の確認や排泄チェックをもとに確認し、朝やおやつ後の体操を毎日行い、少しでも体を動かす機会を増やせるよう努めている。        |   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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、個々に沿った支援をしている | 入浴日の他、希望に沿って入浴できるようにしている。特に夏場は畑作業後など気軽に入浴が出来るように実施している。また、羞恥心に配慮した同性介助をできるだけ行っている。 | 浴室は広く温風もあり暖かい。入浴は週2~3回だが、できるだけ3回の入浴を行っている。入浴の曜日は決まっているが、その時の状況に合わせて、個々に沿った支援をしている。                    |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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                   | 入所時に使い慣れた枕や毛布等を持ってきていただき、個々の身体状況や生活習慣に合わせて、安心して就寝できるようにしている。                       |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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              | 全職員が薬の内容について理解し、誤薬がないように毎食服薬前に職員間で二重チェックし、本人が服薬するまで確認する。                           |   |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|--|---|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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  | 昔やってきた得意なことが生かせるように、畑作業や縫い物、手芸作品作りなど職員と一緒にやる。また、自宅への外出・外泊ができるよう家族等と話している。                     |   |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望に沿って、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、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                     | 散歩や買い物等は本人の希望に沿って実施している。また、美容室、床屋は職員対応の他、家族や地域の業者が直接対応してくれる。春や秋には季節を感じれるよう近郊に出かける行事を楽しみにしている。 | 敷地内での散歩や外気浴は日常的に支援しているが、事業所前で開催するお花見や茶話会は家族も参加して好評である。また、家族と一緒に買い物や菖蒲園の見学、花祭り、法人施設合同開催の七夕祭りや雪まつりなど季節に応じた家族や地域の人々との戸外行事の交流支援をしている。                             |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 家族、本人から要望があれば、預かり金制度で管理を行い、希望等があれば必要に応じて手続きを行い、小遣いとして本人に渡しています。1以前は訪問販売が来ていたが、なくなり残念な声が聞かれます。 |   |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 本人が自由に直接電話かけることができ、状況によっては職員が代行することもある。   |   |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 季節に応じた手作りの貼り絵を皆で作成し飾りつけをしたり、木や花などを窓辺などに置いています。また、薪ストーブの設置やソファなど、出来るだけ家庭の雰囲気大切に出来るように努めています。   | 玄関に入ると右側と左側に各ユニットがあり、どちらのユニットも入るとすぐにゆったりとしたリビングと食堂があり、薪ストーブの暖炉も設置されており暖かな感じである。利用者と職員は、ユニット間で相互に往来し交流している。特にAユニットは、天井が高く天窓があり、明るい感じの中で両ユニットの利用者が日中は寛いで過ごしている。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 共用の居間には、テレビやソファを用意し、入所者同士が思い思いに過ごせるようにしています。  |   |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入所前に、自宅で使用されていた馴染みのある家具類を準備いただけるようお願いする。配置については、家族、本人に自由に決めてもらっています。                          | 居室には、トイレと洗面台が設置され、プライバシーに配慮している。各室はそれぞれ仕様が異なるが、利用者は使い慣れた家具や馴染みの物を持参して、居心地よく過ごせるよう工夫している。  |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「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  | 開設時から手すりの設置、床はタイルカーペットや段差がないつくりになっている。また、個々の状況に応じて、適切な介護用品を使えるよう話し合っています。                     |   |                   |