

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	0390100022		
法人名	岩手県高齢者福祉生活協同組合		
事業所名	岩手高齢協グループホーム ほっともとみや 1階		
所在地	岩手県盛岡市本宮6丁目14-12		
自己評価作成日	平成26年11月28日	評価結果市町村受理日	平成27年4月17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.kaisokensaku.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&JigyosvoCd=0390100022-00&PrefCd=03&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益財団法人いきいき岩手支援財団
所在地	岩手県盛岡市本町通三丁目19-1 岩手県福祉総合相談センター内
訪問調査日	平成27年2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)】

- ・利用者と家族と職員が信頼関係を築けるように支援している。
- ・利用者が穏やかに過ごせるように、寄り添う支援をしている。
- ・利用者が自由に動けるように、配慮を感じさせない配慮を行なっている。

【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)】

「グループホームほっともとみや」は、盛岡市の西南開発地区に立地し、新しい地域づくりが進む中で、本四町内会にも一家庭として加入し地域に密着した状況で、ホームの理念にも「この本宮地区で、～略～共に助け合いながら～」とあり、具現されている。利用者のケアにあたっては、職員は常に寄り添って過ごす姿勢であることが一貫しており、利用者は総じて穏やかな様に見受けられる。利用者の健康面でも、訪問診療・訪問介護など充実した取り組みが行われている。重度化・終末期に向けた支援でも、医療行為を伴わない限り、利用者・家族と相談の上、看取りまで行っており、利用者には、ホームを終の棲家と提供いただける様に取り組みしており、「ほっともとみや」は、利用者の「家」であるとの考えに立脚している。

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 ↓該当するものに○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 3. 家族の1/3くらい 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、安心して暮らせている (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				

自己評価および外部評価票

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)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
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	施設内の目立つ場所へ掲示している。毎月のミーティング資料に掲載している。会議で理念の確認し、共有をしている。	理念は開設時に、職員が話し合っで作ったもので、「和・輪・話を大切に……共に喜び・悲しみ・助け合いながら……」の最初に、後で「この本宮地区で」と加えたものである。職員が共有するために、掲示と会議資料などの印刷物に掲載することで確認する機会を多くしている。大方、共有は出来ているようである。	
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	地域の方が来所した時、外であった時に挨拶を交わしている。地域の公園やゴミ捨て場の掃除当番、緑化活動、避難訓練に参加しており、町内の一員として活動している。	理念にもあるように、この本宮地区でそれを具現しており、地域の本四町内会に加入し、地域行事にも可能な限り参加しており、地域からホームへの認知症にかかわる事柄等に対する要請に応じたり、双方向の付き合い方をしている。また、ボランティアも受け入れながら、できるだけ地域や外部との交流を深めるようにしている。	
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	高齢者及び車椅子に乗った方、認知症の方に対する、非常時の支援や避難の方法について、協力要請があり、実践してきたものを地域の方に向けて生かしている。		
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	行事の時に出演してくれる人の情報を地域の方から頂くなど、情報交換をしている。家族、地域の方々から意見を頂き、議事録を職員へ回覧し、内容によっては全体ミーティングで話し合い意見を生かしている。	運営推進会議は2ヶ月に1回、年6回の開催で、委員は、町内会長(2町内会)2、民生児童委員3、市役所職員1、都合6名の外部委員で、ホームの現況報告と、それに対する質疑・提言を中心に進められており、議事録は玄関に置き、閲覧できる。会議で地域の情報なども得ながら地域連携にも役立っている。昨年の外部評価での次のステップ災害関係についても話し合うなど、会議を活かしている。	
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	運営推進会議へ参加して頂く中で、当施設の実情の報告をしている。介護保険制度について、不明な点は連絡を入れ、協力していただいている。	市役所の担当職員の方が運営推進会議の委員として会議に出席していただき、その時に直接お話しする機会があると共に、諸事務手続きなど市役所に赴き指導を受けたり、電話連絡をしたり連携は常に取っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	利用者本位の行動をしていただき、敷地内での草取り、雪かきを自由にできるようにご家族とも話し合いを行ない拘束をしない支援をしている。玄関の施錠は夜間から朝までに限られている。	利用者を抑制するような言動は避けるようにしており、常に利用者に寄り添いながら、粘り強く対応している。そのため、職員は対応のあり方を学習することを基本としながら、どうすれば分かり合えるか、分かり合えたら方向づけをしてやれるのではないかと考えている。現在は、職員の言動は利用者本位にすることで、抑制をしない支援を徹底している。	
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	他施設で虐待が疑われる内容の文書、注意喚起の文書が施設に入った時は、職員へ会議内で注意喚起、プリントを回覧をしている。		

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	日常生活自立支援事業を活用している利用者を支援している。権利擁護に関する研修に参加し、制度がある事を理解している。		
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	入居前、改定時に不安がないように説明をしている。不明、不安な点はいつでも相談を受けている。		
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	御意見箱、面会時にアンケートを書いてもらったり、家族と職員が話をする中で、家族の要望や意見が出しやすい関係を心がけている。運営推進会議に家族、本部事務局も参加していただき、意見を出せるようにしている。議事録は玄関に置き、閲覧できる。	「ほっともとみや」面会記録でのアンケートなどを始め、あらゆる機会に家族から、利用者からは日常生活時など注意深く観察し、意見や要望を確認しながら支援に努めており、できる限りそれが反映されるようにしている。	
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	全体ミーティングに本部事務局も参加し、事業所の運営について、職員へ説明と共に、職員と直接意見を交わしている。	職員会議などで出た職員の意見・要望は、その内容によって、本部会・理事会・福祉部会で検討し、可能な限り運営に反映する様にしている。最近の具体例では、夜勤手当を上げてほしいとの要望について検討している。	
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	各自の実績を把握し、希望が満たされるよう努めている。		
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	料理教室、利用者対応、実践者研修、救急救命などの研修に参加している。		
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	GHブロック会議に参加し、同業者とグループワーク(看取りなど)を通じて意見交換を行ない、サービス向上に取り組んでいる。実践者研修への参加も同業者との交流になっている。		

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
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	笑顔で対応を心がけ、対話の時間を十分に信頼を築けるようにしている。自分から発信する事が苦手な方には状況に応じて声をかけ、安心できるようにしている。		
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	家族の面会の時に、日々の様子を伝え、家族の話も聞き、情報を共有し信頼関係を築くようにしている。		
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	本人、家族へ聞き取りを行ない、当施設が希望に對しどう、支援していけるのか検討し対応している。		
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	本人のできることをスタッフと共に行っている。掃除、洗濯物干し、たたむ、盛り付け、調理、配膳、茶碗洗いなど		
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	面会時、行事への家族参加により、長い時間を過ごすことにより、絆を大切に、三者の関係を築いている。面会のない方でも、2ヶ月に一度、手紙を送って、近況報告をしている。		
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	馴染みの病院への通院、面会も家族との外出、外食、電話を受けたり、かけることも自由にできる。	家族との外出・外食・墓参り・電話を掛けるなどできるだけ支援に努めているが、利用者の高齢化に伴い、認知症・価値観などの個人差及びホーム内の人が近い関係になったなど、回数・希望が減ってきていることも事実である。	
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	孤立しないように配慮しながら、レクなどで皆が笑いあえるように心がけている。		

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
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	入院先との情報交換、家族との相談、お見舞い、葬儀への参列を行なっている。		
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	利用者の日々の意見、思いを傾聴し、記録、カンファレンスなどで支援ができるよう、話し合っている。	職員が利用者に常に寄り添うことで、利用者の日常の言動を観察する中で、思いや意向の把握に努める様にしている。職員が把握した事柄を記録にする。それによって共有したものを支援に活かしている。	
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	居室に馴染みの物を置いたり、調理など、これまでしてきたことは継続できるよう、支援している。		
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	1日に2回、申し送りの時間を設けている。業務日誌と連絡ノート、個人記録、カンファレンスで本人の状況を把握できるよう努めている。		
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	本人の思いや希望、家族との情報交換を行ない、かかりつけ医、訪問看護、介護職員、ケアマネで支援内容を検討し、現状に添った作成している。	利用者の希望・家族の意向、利用者の健康維持関係者・職員などの情報を基に、ケアマネジャーが介護計画を作成し、それによって一人ひとりの利用者を支援している。実践する中でモニタリングをし、3ヶ月毎に計画の見直しをするが、利用者の中で変化を生じた人が出た場合は、その都度対応し、計画の変更をする。	
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	本人の発言、支援の実施内容、本人の反応、かかりつけ医や訪問看護からの助言などを記録している。記録をもとにカンファレンスで職員間の情報を共有、意見交換を行ない、計画の見直しをしている。		
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	訪問診療、訪問歯科診療、高齢のため朝起きられない利用者は食事時間をずらすなど、重度化に対応している。買い物の代行も支援している。		

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	子供さんさ、中学生の実習、訪問理容、訪問美容院、すし屋や大道芸の方々に協力していただき、楽しむ機会を支援している。		
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	利用者の状態に応じ、訪問診療や通院を家族の納得のもと、支援している。	利用者は各々のかかりつけ医を持っており、受診の場合は原則家族が支援する。また、家族の了承のもと、急変対応として往診、また、利用者全員が週1回の訪問看護・2週に1回の訪問診療を受け、健康の維持に努めている。	
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	訪問看護師を利用し、日常の情報交換をして、対処法など、看護師からアドバイスを記録、職員間で周知している。急変時、第一に連絡して指示を仰いでいる。家族に安心してもらっている。		
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	認知症のため、長期入院は医療面より困難と判断される事も多く、治療半ばでの退院にも対応できるよう、病院と、入退院時に情報交換を行ない、支援している。		
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	介護度が重度になったり、ケアプランの説明、月の手紙で、本人の変化について説明し、支援も変化していく時に、医療と介護のどちらを希望するのか、訪問診療、訪問看護のサポートを含め、取り組んでいる。	医療連携体制及び看取りに関する指針がある。それも契約時に説明して納得の上、入居していただいている。入院加療や、ホームで対応できない医療行為を生じた利用者への看取りは不可能であるが、それ以外は、重度化や終末期に向けては、訪問診療など関係機関と連携しつつ、看取りまで支援したいと考えている。開設以来4名、うち最近3名の利用者を看取りまで支援に取り組んだ。	
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	職員は救急救命講習を受けており、急変や事故発生時には速やかに訪看に連絡、指示を受け対応している。		
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	施設の避難訓練の他に、地域の訓練にも参加させてもらっている。	避難訓練は、ホームの訓練2回、地域の訓練2回、都合4回実施した。ホームの訓練には消防署の指導、地域の協力を得ている。昨年の「目標達成計画」で取り上げた点についても、運営推進会議で前向きに話し合われている。備蓄については、やや手薄になっている様子が窺える。	<ul style="list-style-type: none"> ・災害の発生時に備えて、食料や飲料水及び炊事用品、暖房器具等、緊急対応できる物品等を準備しておくこと。 ・2階避難口通路にある物品を撤去すること。 ・災害時緊急連絡網の自動通報システムに大家さんを組み入れているが、大家さんの役割等を含めて、地域住民との協力体制の在り方について再検討すること。 上記3項目について検討していただくことを期待したい。

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
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	一人一人の今までの生活、性格を理解して、その方にあつた、言葉かけをし、気持ち良くいられるように対応している。	職員は常に利用者に寄り添うことで、人間の信頼関係を築き、利用者の個性を把握することで、一人ひとりのプライバシーを理解することを基本に据えると共に、言葉遣いに注意するなど、職員は利用者に対する言動とか、羞恥心を持たせるような場面をさけるなど工夫しながら支援にあたっている。	
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	時間をかけて、本人の意思を聞いている。言葉が出にくい場合は、表情や仕草から、くみ取っている。		
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	個性の尊重、起床時間、食事量、寝る時間、入浴日について、本人の気分や希望に添った支援をしている。		
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	床屋、美容院を定期的と呼んだり、服装が本人、季節に合うような声掛け、介助をしている。		
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	好きな食事を聞いたり、季節や行事に合ったメニュー作りをしている。食器洗い、盛り付け、配膳などを一緒にしてもらうことも、喜んで頂いている。	食事の献立は、利用者の希望・好みなど考慮し、職員が立てているが、随時、特に希望等あれば臨機応変に対応している。行事食や、季節料理も取り入れたり、外食に行くこともあるが、外食は前に比べ減っているのが実情である。食事は職員も共に食べ、準備・片づけなど、可能な利用者も一緒に行っている。食事に関しては、咀嚼が健康に影響することから、できるだけ良く噛んでいただくことに努めている。	
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	硬いものが食べられない方には、柔らかい食事、きざんだ物を提供している。水分摂取量は特に気にかけている。		
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	声かけをしたり、介助による口腔ケアを行なっている。定期検診によるアドバイスも受けている。		

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	なるべくトイレで排泄できるように、排泄パターンを把握し、トイレ誘導、下剤の調整、体調管理を行っている。	職員はチェック表は用いず、日常観察の中で、利用者の排泄パターンを把握し、さりげなく臨機応変にトイレに誘導しており、夜間はバット交換を行っている。車椅子の方でも、出来るだけトイレでの排泄を心がけている。	
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	排便チェック表で管理を行ない、水分、食物繊維の多い食事、ヨーグルトを提供、便秘の影響など日常の話題に入れて、意識が高まるように支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入るタイミングは本人の希望に添って対応している。入浴中はリラックスして楽しんでいただけるよう、会話、介助を心がけている。	いつでも、利用者の希望によって、入浴できるよう、毎日準備しているが、夏場は一日中、冬場は午後に対応している。支援するスタッフと会話しながら、楽しく入浴できるよう努めているほか、入浴支援のあり方については、利用者の要望に配慮しながら行っている。入浴を望まない利用者については、その気になるまで根気良く待つことを基本にしている。長らく入浴も散髪も拒否していた利用者がようやく散髪には応じた例がある。	
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	昼寝や休息が必要な方には、休んで頂いたり、夜には心を落ち着かせて、ゆったり安心して休めるような雰囲気作りを心がけている。		
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	内服内容をファイルで保管し、すぐに内容を確認することができる。利用者の状況に添った内服方法を用いる工夫をしている。		
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	タオルたたみや台拭き、新聞紙の補充など、自ら役割を見つけ出し、無理なく活動されている。行事の参加、面会の方が来たり、日々の生活、会話での笑いが楽しい事になっていると思う。		
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	認知症の進行に伴い、外出時に不穏になる方が増えているため、安心して過ごして頂けるよう、施設内での活動が増えている。	高齢と認知症の進行に伴い、日常的な外出・散歩が少なくなってきた。出来るだけ外気に触れ、気分転換をするためにも、ウッドデッキにテーブルと椅子を準備し、お茶をするようにしている。遠出では、車で渋民イオン、御所湖公園、雫石「松ぼっくり」(アイスクリーム屋)、小岩井農場などに出かけ、食事やアイスクリームで楽しんで来ている。家族の協力を得る時もある。	

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
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	買い物は職員が代行して、購入の希望を叶えている。自分で金銭の管理は困難だが、本人が希望して、家族も納得の上、お金を自分で持っている方はいる。		
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をしている	希望がある時は、電話をかける支援をしている。		
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	温度、湿度管理を心がけている。光の調節も居心地が良くなるようにしている。季節に合った貼り絵と一緒に作成したり、季節の花を飾り、季節感を感じられるようにしている。	みんなが居心地良く、なごめる空間づくりをしている。テーブル・椅子・ソファなどの配置は、利用者個々の居場所、あるいは利用者と職員と一緒に居る場づくりを考慮したりしている。また、季節に対応した掲示物等を掲示している。現在は、お雛様が目を引いた。共用空間の清潔を保つため、掃除は職員と利用者が一緒に行っている。	
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	ソファーにくつろぎながら、テレビを見たり、コミュニケーションを取れる空間があったり、離れて座れるソファーがあったり、工夫をしている。本や新聞を用意している。		
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	本人が使っていた家具や仏壇、テレビ、を持ち込み、その人らしい居室になっている。	利用者は自分の住み良いように居室作りをしている様子を窺うことができた。例えば、仏壇・位牌や、思い出の品、家族写真などを飾っており、それぞれに持ち込みをしている。ホームとしては、利用者の自由な居室づくりを支援しているが、けがの原因になるような物の置き方等には、さりげなく心配りをしている。	
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	各居室に表札を掛け、手すりやエレベーターの設置で自立した行動を促している。迷っている時は、職員が誘導を行ない、安全に生活が送れるよう支援している。		