

平成 29 年度

事業所名 : ほっともとみや 1階

# 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	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29年12月4日	評価結果市町村受理日	平成30年3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	<a href="http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/03/i.ndex.php?acti.on.kouhyou.detai.l.2017.022.kani=true&amp;Jl.gvosvoCd=0390100022-00&amp;Pr.fCd=03&amp;Ver.si.onCd=022">http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/03/i.ndex.php?acti.on.kouhyou.detai.l.2017.022.kani=true&amp;Jl.gvosvoCd=0390100022-00&amp;Pr.fCd=03&amp;Ver.si.onCd=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 12月 14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)】

一人一人が自由に生活することができている。  
 毎食、手作りの食事を、利用者と職員も一緒に楽しい雰囲気です。花見、夏祭り、芋の子会、敬老会、忘年会などの行事に家族や地域の方も呼び出して、利用者が楽しみながら、家族、地域と共に生活できるように支援している。  
 日々の家事を利用者と職員が一緒に行ない、生活の中に役割がある。また刺子、リース作り、ロールピクチャー、雑巾縫いなど利用者のできる力を生かした活動に力を入れている。

## 【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)】

高齢者福祉生活協同組合が運営する二階建てユニットで明るくゆとりのある事業所である。周辺は新興住宅街で病院や商店等が多く、便利な環境にあり、「この本宮地区で、楽しい生活を目指す」ことを重点に、利用者の支援に当たっている。近隣住民を含めた災害避難体制を構築するなど、地域との交流を熱心に進めている。身体拘束をしない取り組みに特に力を入れ、会議などでも絶えず確認しながら、一人一人が自由に自分らしく生活できるよう働きかけている。利用者との信頼関係も徐々に築かれ、個性を大切にしながら、役割を持った生活ができるよう支援に努めている。医療連携と看取りに関する方針も確立しており、人生の最後まで安心して過ごせる事業所となっている。

## 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない
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
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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない
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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない
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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない
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
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
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
66	職員は、生き生きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらい 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 4. ほとんどできていない

平成 29 年度

2 自己評価および外部評価結果

事業所名 : ほっともとみや 1階

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	施設内の数力所に、理念を掲示している。毎月のミーティングの資料に掲載している。会議内で理念に基づく実施報告を行ない、次の実践につなげている。	理念の実践について、会議などで事例をあげながら話し合いをし、次につなげている。理念はホールに大きく掲げ、運営推進会議や会議資料、広報などに毎回載せ、地域の理解と共に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員として日常的に交流している	地域の方がいらした時、外であった時に挨拶をしている。地域の避難訓練に参加している。近所で活躍している、絵本よみきかせの会と知り合いになり、毎月 来訪して頂いている。	避難訓練や花壇づくり等の地域行事に参加し、またホームの行事へ参加の声掛けをする等、地域との交流に努めている。毎月の絵本の読み聞かせや大道芸、コーラスなど交流が増え、中学生等の職場体験もある。	地域との双方向の付き合いに努力されているところであるが、地域開催の行事へより一層、利用者の参加を支援するなど、地域とのさらなる交流確保を期待したい。
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	地域のサロンに参加させて頂き、近所の方の体調や不安などについて、話を傾聴している。その会を機会に交流が増え、犬の散歩の途中に寄って頂いた事もある。		
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	介護の人材不足について、運営推進会議の中で、近隣の主婦層や、実習に来ていた支援学校の生徒の雇用について相談をしたところ、ご家族、近隣の方から多くのアドバイスを頂いた。運営について、賛否を頂ける場になっている。	会議は、毎回2、3家族が交代で出席している。ゲストの警察署からSOSネットワークの情報、委員からボランティアの紹介などあり、事業所からも人材確保を話題にするなど、事業所を支える関係者が相互に意見等を交換しあう場となっている。	
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	生活福祉課とは入退所の相談などで、相互に情報交換することが多くある。加算の事、防災計画については、介護保険課指定係に実情を話し、相談にのってもらった。	市の担当者からは介護保険・生活保護制度の変更や日頃の施設運営等の面で、随時、メールや電話などにより連絡、指導を受けている。日常の連携に努めている。	
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	施錠は、夜間から朝までに限られている。利用者はいつでも自由に起き上がったり、立ち上がった、好きな所へ行くことができる。転倒の危険への対策は、会議で話し合い、拘束しない取り組みをしている。	外部への研修参加や、会議では「身体拘束ゼロへの手引き」などで再確認している。玄関にセンサーは付けていない。車椅子のベルトは外し、朝夕のみの使用にしている人もおり、ソファの長時間使用にも注意している。馴れ馴れしい言葉遣いについては、互いに注意し合うなど、拘束をしないケアに努めている。	

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
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	他の施設での虐待の情報や内容の注意喚起文書が入った時は、職員や会議で文書も含めて注意喚起、プリントの回覧もしている。		
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	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。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	入所前、介護保険法改定時にしっかり説明をしている。契約書を読み上げるだけでなく、具体的な金額や例を挙げ、理解、納得している事を確認しながら、説明している。		
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	ご意見箱の設置をしておく。 面会時にアンケートを書いて頂く他に、家族と職員が話す中で要望や意見を出しやすい関係を心掛けている。	家族に毎月写真入りで行事等を掲載した通信を送っている。家族が訪問した際には話しやすい雰囲気作りをし、面会が少ない人にはアンケートを実施して意見、要望を伺っている。利用者からはレクレーションやドライブの希望が多く、家族からは料金値上げに関する事や、以前にはエアコン設置の要望があった。	
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	全体ミーティングなどで職員にも意見を出す場がある。	毎月の全体会議や各部会(福祉、総務、生きがい)で意見や提案があり、内容によっては、理事会で協議している。職員の意見により書類簡素化に取り組むきっかけとなったこともある。最近では日よけ対策について提案があり、環境改善に生かしている。	
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	職員各自の実績を所長、事業所は把握しており、希望が満たされる様に、非常勤から常勤へ昇格の検討や資格を取得すると、時給が上がる。 業務軽減のため、記録用紙を変更し、残業が減った。		
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	救命救急講習を毎年、事業所内で実施している。事業所内で他に、おむつの当て方の研修を行ない、外部の研修にも参加している。 新入職員に仕事内容を丁寧に、分かりやすく教えた。		

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
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を通じて、意見交換を行ない、サービスの向上に取り組んでいる。 おむつ製造業者からおむつについて、勉強会を開いてもらった。		
<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	本人と対話する時間を多く取り、十分に信頼関係を築ける様になっている。 自分から話せない方には、状況に応じて声をかけ、安心していただけるようにしている。		
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	面会時に利用者の最近の様子をお伝えし、情報交換を行なっている。その中で、家族の願いや思いを受け止め、信頼関係づくりに努めている。		
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、家族へ聞き取りを行ない、当施設が希望に対して支援をしていけるか検討し、対応している。家族が高齢な場合は、訪問診療をすすめたり、福祉用具の提供、購入の支援を行なっている。		
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	利用者本人のできる範囲を理解して、一緒に家事などを行ない、支え合いながら過ごせる関係を築いている。		
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	行事の昼食時に家族に食事の介助をしてもらうなど、利用者を支えてもらったり、積極的に関わってもらえるように関係を築いている。		
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が続けられる。 面会、家族との外出、外食、電話を受けたり、かけたりすることも自由にできる。	友人や遠方からの知人も訪れ、友人から年賀状が送られたり、電話のやり取りもある。家族の協力で正月やお盆に外泊したり、葬儀の喪主として参列する人もおり、従来の関係が途切れないよう支援している。機能低下により懐かしい場や人への関心が希薄になっている。	
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	レクリエーションや作品作りで、みんなで関わりながら、孤立しないように、楽しく参加できるように支援している。		

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
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	利用を終了した利用者の家族が時々、顔を見せに来て下さったり、家で取れた野菜を持って来てくれたりする。 家族と利用者の友達との連絡や、伝言の依頼にも応じている。		
<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 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、思いを聞きいたり、表情を観察したりしたことを記録し、カンファレンスなどで、話し合っている。	日々の言動をチャートや申し送りノートに記録し把握に努めている。接する時は目を見て話し、傾聴に努め、いい顔や笑顔が見られる対応を心がけている。本人が満足して過ごせるよう、時には家族の協力も得ている。	
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くことができる。これまでしてきたことは、継続できるように支援している。		
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	毎日の様子を記録し、朝と夕の申し送りで報告を行なっている。 カンファレンスで本人の現状について、話し合いを行ない、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	本人の思い、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、ケアマネで支援内容を検討し、現状にそった計画を作成している。	日々の様子や支援をチャートに記録したものや、申し送りノートにより評価し、家族の意向や医師の意見等を参考にし、3か月毎にプランを見直している。暮らしや身体の変化に応じて、現状に合ったプランに変更している。	
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	本人の発言、支援の実施内容、本人の反応やかかりつけ医、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、訪問理美容を取り入れている。 朝起きられない利用者は、食事時間をずらすなど柔軟に対応している。		

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	子供さんさ、中学生・支援学校学生の実習、訪問理美容、コーラス、絵本よみきかせ、すし屋、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	本人、家族の希望にそって、納得されたかかりつけ医と、本人、家族、スタッフが情報交換し、適切な医療が受けられるように支援している。	利用者によって通院による受診、訪問診療による受診の別はあるが、本人家族の意向に沿ったかかりつけ医としている。内科、皮膚科、歯科の訪問診療があり、結果は医師から直接、又は面会時や電話などで家族に伝えている。受診時はバイタルや相談事項をとりまとめ、医師に提供している。	
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ており、日常の医療相談や報告を行ない、対処法などアドバイスももらっている。急変時には、緊急訪問にも対応してもらっている。		
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行っている。	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、治療半ばで早期に退院される場合にも対応できるように、情報交換を密に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時、ケアプランの説明や家族の面会で、本人の変化について説明を行なう。支援が変化していく事、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も含めて取り組んでいる。	入居時に、重度化、終末期について、本人・家族に説明し理解を得ている。重度化した際には、身体的・精神的支援やその対応等について、プランに沿って随時説明している。	
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	救命救急講習を年に1度、事業所内で実施、受講している。急変、事故発生時には、訪問看護へ連絡し、指示を受けて対応している。		
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	定期的に避難訓練を行なっている。地域の避難訓練に利用者も参加し、協力体制を築いている。	消防署をはじめ、町内会長、民生委員、さらには近隣住民を含めた参加、協力体制ができている。年4回避難訓練を実施し消防署の協力で煙体験をし、夜間の訓練も実施している。夜間は外の非常階段は恐怖を伴い、改めて緊急時に備えた日常の対応の重要性を確認している。	

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
<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	一人一人の個性を理解し、その方に合った対応をしている。同じ目線に立ち、コミュニケーションを行なっている。	利用者は年長者として敬意を払い、利用者の思いを否定せずに受け入れ、支援が困難な場合には、職員間で話し合い利用者の立場に立ったサービスの提供に努めている。	
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	時間を掛けて本人の希望を聞いている。また食事、排泄、入浴、活動などを支援する中で、本人の発言や表情を観察し、本人の思いや希望を汲み取っている。		
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	利用者それぞれの個性を大切にし、その時の思いや願いにそった支援を行なっている。体調や体力に合わせて、休息が取れるように配慮している。		
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	訪問理美容を定期的に取り入れている。季節に合う服装、服の乱れを確認している。		
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	献立表を作成している時に、食べたい食事を聞いている。 食事作り、盛り付け、配膳、テーブル拭きや下膳をすすんで手伝ってくれる。	利用者の希望を取り入れて、職員が献立を作成している。利用者に合わせ、とろみ食や刻み食も用意している。食事の準備や片づけに利用者も参加し、食卓の雰囲気も和やかで、芋の子会や外注食、ドライブ時の弁当等と併せ、利用者がそれぞれ食事を楽しんでいることが窺える。	
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	和・洋・中、肉・魚・野菜を多彩に摂れる。水分は三食の他に、10時・15時の他に希望する時にも提供している。 食事形態は通常の他に刻み、ミキサー、トロミ食にも対応している。		
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、口腔ケアの支援をしている。 自分の歯がある方は、訪問歯科診療に定期的に入って頂いたり、年1回の歯科健康診断の支援も行っている。		

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
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ができるように、トイレ誘導、体調管理をしている。またトイレ動作、パッドの処理も含めて自立に向けて支援している。 職員もパッドの使用について勉強会を行ない、よりよい支援について学んでいる。	利用者の様子や排泄チェック表を使い、気持ち良く自立した排泄ができるよう支援している。日中は出来るだけトイレを使用し、リハビリパンツとパットを使用している人が多いが、布パンツの人も4人いる。リハビリパンツから布パンツへ移行した改善例もある。	
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	毎日のヨーグルト摂取、ラジオ体操、食物繊維の多い食事、適度な水分を提供している。 排便チェック表で排便の確認をしている。		
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	利用者の希望にそって対応しているが、集団生活のため、安全が確認できる時間の中で、選んでいただいている。 入浴中は楽しんでいただけるように、会話や介助を工夫している。	最低週2～3回、午後の入浴としているが、毎日の入浴も可能である。菖蒲湯やゆず湯を楽しみ、入浴時は身体の異常発見の機会にもなっている。2年間入浴を拒み続けた人や入浴を渋る人もいたが、工夫を重ね今は入浴することができている。	
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	表情をみながら、昼寝や休息が必要な方には、居室やソファで休んで頂いている。 夜は安心して、休んで頂けるようにしている。		
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	内服の内容をファイルしてあり、すぐに確認できるようにしている。 副作用、内服の注意は訪問薬剤師と連携し、把握している。		
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	洗濯物干し、洗濯物たたみなど、利用者それぞれが活動の中で、自分の役割をもっている。		
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に支援している	ドライブや行事の時に外出の支援をしている。庭で日向ぼっこなど、気軽に外へ出ることができる。 認知症の進行に伴い、外出時に不穏になる方は施設の中で安心して、過ごしていただいている。	重症化に伴い意欲の低下が見られ日常は日向ぼっこが多く、散歩には2人ほど出かけている。毎月のドライブでは弁当持参で雫石や紫波町などへ出かけ、桜やヒマワリ、紅葉狩り、産直等を楽しんでいる。家族と外出する人もおり、全員が外出できるよう支援している。	



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
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いる。 金銭管理が困難な方がほとんどだが、安心のために財布を持っている方もいる。		
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	本人の希望する時に、いつでも電話をかける支援をしている。 年賀状が送られてくる方もおり、本人へお渡ししている。		
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、光は強くないように管理を行なっている。 季節のかざりを飾ったり、花を生けるなど、季節を感じられるようにしている。	フロアと台所が一体となり、窓からは明るい陽射しが差し込み、室内の温度や湿度が快適に保たれている。刺し子等の作品が彩り豊かに掛けてあるなど、和やかな雰囲気を醸し出している。玄関先には金魚の水槽が置かれ、家族の居心地の良さにも配慮している。	
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	ソファを置き、利用者の思い思い好きな場所で過ごしていただいている。		
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	自宅で使っていた家具や、仏壇、テレビを持ち込み、心地よく過ごせるようになっている。 塗り絵など自分の作品を壁に貼っている方もいる。	居室にはベッドやクローゼット、収納ケース、エアコンが備えてあり、清潔に保たれている。利用者は使い慣れた家具、テレビ、時計など持ち込み、仏壇や家族との写真、作品などを飾り、居心地良い自分の部屋にしている。	
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	各居室に表札をかけ、手すり、エレベーターの設置で自立した行動を促している。 迷っている時には職員が誘導を行ない、安全に生活が送れるように支援している。		