

平成 23 年度

事業所名 : グループホーム ほほえみの家(B棟)

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	O372100743		
法人名	社団医療法人池田記念会		
事業所名	グループホームほほえみの家 B棟		
所在地	〒 020-0173 岩手県岩手郡滝沢村滝沢字高屋敷平11-1		
自己評価作成日	平成 23 年 10 月 20 日	評価結果市町村受理日	平成 24年 2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://www2.iwate-silverz.jp/kaigosp/infomationPublic.do?JCD=0372100743&SCD=320
----------	---

【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	〒020-0021 岩手県盛岡市中央通三丁目7番30号
訪問調査日	平成23年11月1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)】

当事業所は同一法人が経営する老人保健施設と神経科・内科クリニックの隣接地にあり、福祉と医療が連携を密に図りながら、利用者様が安心して穏やかな生活が送れるよう支援している。また、介護支援専門員の有資格者3名、介護福祉士の有資格者9名(介護支援専門員も含み)の職員を基準より手厚く配置している他、認知症実践者(リーダー)研修を終了した職員もあり、専門的な知識や技術を活かした認知症ケアを提供している。

【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)】

ホームは、平成13年に県内初の2ユニットグループホームとして開設して10年が経過している。利用者の重度化が進行しているが、同一法人が経営する隣接のクリニックが利用者の主治医として週1回ホームに来所し利用者の健康状態を確認していくほか、体調の悪い時は往診も含め必要な連携を随時図ることができるようになっている。また、医療連携により訪問看護師も週1回訪問し体調管理等を行っているが、夜間急変時にはクリニックの看護師による対応も行われるなど、医療支援体制が手厚くなっている。ケア面では、重度化が進行してもホームにこもらないケアを目指し、以前よりは外出機会は減ってきてはいるが、車いす利用の方でもホーム周辺の散歩の他に食材や日常の買い物等にも外出する支援が行われている。

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)
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)
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)
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)
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
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
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]

平成 23 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 ほほえみの家(B棟)

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	ブレinstーミングを使用し構築した理念をさらに深めるため、キーワードとなる言葉を職員、入居者それぞれの立場から表現した。ホーム内に掲示することで職員間での共有を深めている。	理念は職員の異動に合わせて、その時の職員により見直しが行われている。職員が一方向的に介護するのではなく、利用者と対等で互いに支えあえる関係を目指し、「笑顔、会話、自由、生きがい、役割」と五つのキーワードを用いて分かるよう工夫されている。	
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人として日常的に交流している	日常的とまではいかないが、運営推進会議で地域の人に行事の参加を呼びかけたり、地域の行事にも積極的に参加させて頂いている。	以前よりホーム敷地内の草とりボランティアが来て活動しているが、地域行事交流を通じて、ボランティアの参加者が増え、現在は20名程の方が年3回参加している。地域で行われる避難訓練にも参加している。	ホーム近隣には住宅が無く日常的な交流は難しい状況にあるが、遠慮しすぎることなく交流のための働きかけをすることが望まれる。また、夏祭りの作業協力など、地域との交流が深まる活動を増やすことも期待したい。
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	地域の中で生活している高齢者で認知症の症状により対応が難しいケースがあればいつでも協力できることを運営推進会議内で伝えている。		
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	外部評価の結果を報告し委員から色々な意見もらい、取り組める内容から順次取り組んでいる。また検計事項や2カ月間の取り組み状況を報告し、出された意見を職員会議で検討し次の会議で報告している。	活動内容報告や外部評価結果を伝える他に、ホームを理解していただくために、おやつ作りへの参加、一緒に食事をする、訪問看護や避難訓練の様子を見学してもらおう等の活動が取り入れられている。地域にホームの様子が伝わるようにするために、自治会の役員会で定期的に報告してもらっている。	
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	村から派遣される相談員が利用者の話相手となり、要望や困り事などを聞いて職員に伝える役割をしている。さらに定期的に村の担当者がホームを訪れ相談員の対応について話し合う機会をもっている。その他にもホームで解決できないような事案について電話で相談にのってもらっている。	役場にはグループホーム担当の職員がいて、着任時の挨拶や書類等を直接届けに来るなど、村側からの働きかけもみられる。ホーム職員が役場に行ったときには、状況報告等の話しをしてきている。過去に村職員と管理者が地区の自治会に参加し、運営推進会議の内容報告を行ったこともあった。	
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	一人ひとりのその日の気分や状態をきめ細かく観察する事で日中は施錠せずに開放し、思うままに出入りできるように支援している。勤務者が少ない時間帯はセンサーを使用したり隣棟との協力体制で対応している。また、勉強会を実施し、身体拘束をすることの弊害について職員間で共通認識をもっている。	「身体拘束ゼロへの手引き」を使用し、年1回は研修会が行われている。職員自身も実際に拘束される体験をし、その感想等を話し合う取り組みも行われている。管理者は、重度化により言葉の拘束が増えつつあると感じ、職員が気持ちにゆとりを持って業務見直しを行う必要性があると考えている。	
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	虐待などの事案はないが、虐待の防止や予防について勉強会を開催するなど学ぶ場を設け理解を深めていきたい。		

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
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	職員会議内で成年後見制度について勉強会を開催し学ぶ機会を持っている。		
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	入所の申込をいただく時は、利用者やご家族が十分に理解し納得していただけるよう時間をかけて分かりやすい説明を心掛けている。また不明な部分があるまま申込に至らないようこまめに確認をしながら話を進めている。		
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	利用者からは介護相談員を通すなどして希望を聞きだす機会をもっている。職員も日常生活の中で出される希望や要望を大切に、話し合いの場を設けている。また、家族には家族アンケートを実施しケアに対する要望や意見を引き出し運営に反映させている。	介護相談員が毎月訪問して利用者と顔を合わせ会話の中から、意見等の聞き取りが行われている。職員への苦情は管理者から職員に伝え、会議でも話し合われている。家族には年1回アンケートを実施し、集計結果は広報誌に掲載するほか運営推進会議でも報告されている。	
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	毎月1回職員会議を開催している他、必要に応じて会議を開催し職員の意見を聞く機会を作っている。会議内容で検討課題がある場合は、管理者が上司と相談しながら職員の要望、意見の実現に努めている。	職員会議が毎月1回開催され職員の意見を聞く場となっているが、会議での提案等は多くはない。管理職により職員が日常業務の中で意見等を話しやすい関係作りが心掛けられ、職員も意見を述べやすいと感じている。	
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	代表者は、管理者との協議の中で各職員の個々の努力や実績等を把握し、人事考課も加味し、向上心を持って働けるよう努めている。		
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	外部の研修には多くの職員が参加できるようにし、研修報告を行っている。ホーム内では年4回の勉強会を開催し、経験年数ごとに学ぶ内容を変えている。		
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	1ヶ月に一回程度定例会があり職員を交代で参加させている。定例会では他のホームと情報交換したり、事例検討や職員の交換研修などを行い質の向上に努めている。		

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
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	事前調査の中で生活状態を把握するよう努めると共に利用者にもホームに来所してもらい、不安なく安心して入所してもらえるように工夫している。また入所後の状況を把握できるよう気付きシートを活用している。		
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	入所を希望するまでに至った経緯や今困っている事を聞き出し、在宅での生活が継続できないかも含めてホームの利用について説明している。		
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	ホーム利用に不安のある方は入所するまでにホームの雰囲気や馴染んでもらうために短時間でもホームで過ごすように勧めている。又、相談時に緊急を要する場合、他のグループホームの空き状況を確認したり、他の施設を紹介するなどの対応をしている。		
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	自分が必要とされていると思って頂けるようにその方の能力に応じた手伝いをお願いしたり、生活の活動に参加できるよう配慮している。しかし、暮らしを共にする関係についてはもう一度職員間で再認識する必要があると考えている。		
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	家族が面会に来た時や行事等で集まる機会を利用して利用者の生活の様子や職員の思いを伝えるようにしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	馴染みの店に買い物に行ったり訪ねてくる知人との面会や外出には柔軟に対応している。	以前から使用していた化粧品を使えるように、入居後も同じ店に買い物に行く支援が行われている。知人から外出させたいと希望があった時には、事前に家族に確認し外出の準備をしているが、馴染みの関係を継続するための支援は多くは見られない。	ホーム入居後も本人が大切にしてきた関係が途切れることがないよう支援するために、馴染みの人や場など、大切にしてきた関係を把握することから取り組むことが望まれる。
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	重度化が進み利用者同士の関わりや支えあいが難しい状況であるが、その中でも利用者同士が助け合う場面がみられる。また、孤立しないための工夫としてソファの位置を変更し、いつでも職員や他入居者の顔が見えるようにし安心感のある環境にしている。		

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	心身の重度化が進み退所される方が多いため、法人内の施設に入所された方に関してはこちらから面会に行く事がある。これまでの生活環境が損なわれないように支援の内容、注意が必要な点について情報を提供している。		
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	買い物やドライブ、食事の時など暮らしのいろいろな場面で本人の希望や意向の把握に努めている。また、言葉で表現できない利用者の中には日常の関わりの中での表情、仕草を察知し、推測して利用者本位になるように検討している。	ドライブに出掛ける前に行き先の希望を聞いている。食事メニューの希望を聞いたり、お茶は多くの種類の中から好きなものを選ぶよう工夫されている。徐々に機能低下した方の場合には、自分の思いを表現できた時に得た情報を基に支援されている。	
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	入所する際に本人のバックグラウンドの把握に努めているが、入所後も本人の行動や面会者の情報を収集し、その方を理解するよう努力している。		
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	その日の利用者の体調や気分などを把握し、どう過ごしたいか何をしたいか希望に沿った支援に努めている。しかし重度化に伴い一人ひとりのペースで過ごせない場面もみられる。		
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	利用者の暮らしの内容や家族の意向を踏まえ、希望に沿った計画を担当者が作り、責任者が点検確認した上で全職員に回覧し、介護計画を完成させ家族の同意を得ている。プランの実施については全職員でモニタリングを行い意見や実施状況についてコメントをもらっている。しかし回覧だけでは全員で共有できない部分もあるため、職員会議で話し合う機会を増やし、カンファの開催も前向きに検討している。	介護計画はケアチェック表を用いて、全職員で実施状況と気づいたことを記録している。家族及び把握できた本人の意向とケアチェック表を基に、担当者が介護計画案を作成している。責任者が確認後他の職員に回覧し、更に意見等が出されることもある。利用者に変化がみられた時には担当者と責任者が話し合い、現状に合った計画に変更している。管理者は、職員全体で話し合う機会が必要とも感じている。	
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	個別記録に日々の様子やケアの実践で気付いたことなどを細かく記入し、ケアチェック表を用いて介護計画の見直しに活用している。それを職員間で共有している。		
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	利用者の希望や要望に応じて理・美容への外出支援、通院の付き添いなど家族と利用者のその時々々の要望に応じ柔軟に対応している。また入院中の居室を確保したり受診時に介護タクシーの手配をするなど協力している。		

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	運営推進会議に地域包括支援センターの職員や民生委員に参加してもらい、周辺情報や支援に関する情報交換、協力関係を築いている。又、傾聴ボランティアの方々に来て頂き、利用者の話を聞いてもらっている。防災ラジオも設置し村内の情報がいつでも得られるようになった。		
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	本人及び家族等の希望は尊重しているが、敷地内のクリニックと医療連携体制を築いているため、かかりつけ医として勤めている。クリニックの専門科目以外の受診については、家族に送迎の協力をいただき、受診の支援をしている。	入居時の説明と同意により、全員が敷地内のクリニックを利用している。医師は週1回ホームを訪れ健康状態を見たり、必要時は随時連携し診療が行われている。クリニックの標榜科以外の医療は、紹介状を作成し家族の介助で行うが、状況によっては職員の同行により行われる時もある。なお、歯科の往診も行われている。	
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	敷地内にクリニックがあり、日常の健康管理や体調不良時の対応を行っている。又、医療連携により日中の訪問や夜間急変時の相談など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。	短期入院した場合は情報交換を密に努め退院に向けて動いている。敷地内のクリニックで対応できないほどの体調不良時は、他の医療機関へ長期入院になる。そのため1度退所されるケースが多く、早期の退院に向けての話し合いをする機会が少ない。退院後、本人や家族が再入所を希望した場合は、部屋が空くまで同一法人の施設に入所してもらうなどの対応を行っている。		
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	入所時に重度化した場合の方向性について家族に意思確認をしている他、重度化に伴う意思確認書を説明し同意をもらっている。また利用者の健康状態に変化があった場合は、その都度家族の意思確認を行っている。	重度化した場合の対応については入居時に家族と確認しているが、その後も本人の状態やその時々の方針の状況、及び家族の理解・協力等を考慮し話し合いが行われ、方針を共有できるように取り組まれている。	
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	村内のグループホームで開催される心肺蘇生法の講習会に毎年職員を派遣し、全職員が習得を目指している。その他にも怪我やのど詰まりなどの対処の仕方について勉強しており、実際に起きた事例については職員間で今後の対応について話し合いの場を設けている。またホーム内の緊急時対応マニュアルを作成し、体調不良や事故発生に備えている。		
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	訓練の計画書を作成し年2回利用者と共に昼夜想定避難訓練を行っている。地域の協力体制については、自治会でお願いしたり運営推進会議で協力を呼びかけている。3月の震災では備蓄していた食料があったため、余裕を持って対処する事が出来た。今後は震災の経験からより重要度の高い備蓄品を揃えていく。	年2回の火災訓練は、2棟が時間をずらして行われることで参加職員が多くなっている。災害時の協力体制は併設老健施設、診療所等があり、今後更に法人内で災害対策を検討する予定となっている。現在3日分の食料を備蓄している。	今後法人の同一敷地内にある併設施設等で災害対策を検討する予定となっているが、より重層的に災害への備えを行うために、地域との協力体制を築くことができるよう検討す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
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	プライバシーや羞恥心を損ねる声掛けについて職員が会議を通じて確認合っている。そのため以前に比べて各職員の意識づけが少しずつ高まってきている。	プライバシー等について職員会議で話し合わせ、夜間のおむつ交換時にはカーテンを引く、パットを持っていく際に他の利用者に見えないように配慮する、トイレ誘導時の禁句についてなどを確認し取り組まれている。	
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	利用者に合わせて声を掛け、意思表示が困難な方については表情等から希望を読み取っている。具体的な例としては、十時の水分補給時は飲み物メニュー表の中から好きな飲み物を選んでもらったり、お好みメニューを決める際は料理本やスーパーの広告などを参考にし、食べたい物を選択できるよう働きかけている。		
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、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	利用者の希望を聞く体制は出来ているが一人ひとりの希望を全部引き出せていない。利用者の重度化により希望を表すことが難しくなっているため単調な生活にならないよう、利用者本人を尊重しながら職員が生活に変化をつけていく。		
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	定期的に理容師が来所し本人や家族の希望に沿った髪型にカットしてもらっている。又日々顔にクリームを塗ったり眉をかいたりおしゃれをしている。スカートを好む利用者さんはそれを尊重している。		
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	メニューには季節に応じて旬の物を提供している。また一緒に買い物に行ったり、お好みメニューで食べたい物を食べる機会を作っている。食事準備、後片付けなど直接参加だけでなく利用者の近くで調理、盛り付けをするなど間接的な関わりも大切だと考えている。	食事準備を一緒に行う他に、傍で調理することで音や香りなど五感に働きかけるようにしている。献立は週2日をお好みメニューの日とし、希望が取り入れられている。本人の能力に合わせて、食べやすい形態にして提供されている。	
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	食事水分の摂取状況を毎日チェック表に記録し、職員が情報を共有している。食事で摂れない水分は必要な量を必要な時間に摂取してもらっている。又、個人の摂取状況に合わせてトロミ、お粥、キザミ、ミキサー食で対応している。		
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	毎食後歯磨きを施行。介助が必要な方には指ガードを使用。又訪問歯科協会の勉強会を受け、洗浄剤週1回、義歯は水で洗うなど助言をいただき取り組んでいる。(拒否がある方の介助方法も教えてもらった)		

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
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	日中は吸収量の少ない尿とりパットか状況に応じて布パンツを使用し、夜間は一人ひとりに合わせて吸収力の良いパットやリハビリパンツを使用している。	排泄支援は定時誘導が行われ、排泄有無をチェック表に記載し、排尿のなかった人を確認して早めに誘導するようにしている。1ヶ月間の排尿状況を把握して会議等で検討し、おむつ使用の必要性やおむつの種類などの見直しが行われている。	
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	便秘気味の方は早めに訪問する看護師に相談し、適切な量を調整している。また食事で玄米がゆや雑穀ご飯を取り入れている。食物繊維の多い野菜を取り入れる工夫も行っている。		
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	自己決定できる方は入りたい時間に入ってもらっている。又、入浴拒否のある方は入っていただける時間帯を分析し、職員全員で声掛けしたり、気分を盛り上げたりと職員間で協力している。同性の介助を希望する場合は添うようにしている。	入浴は毎日午後1時から6時まで行われ、希望があれば毎日の入浴や一日2回でも対応している。同性介助の希望には別棟の職員とも連携し、柔軟な対応がなされている。無理なく入浴してもらうために、職員間で支援方法の情報交換が行われている。	
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	日々の会話など日中に楽しむ機会を作り、散歩したり玄関先で外を眺めるなど活動を行っている。その他、休みたい時には、休んで頂いている。		
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	薬の処方や用量が変更されたり、本人の状態変化が見られる時はいつもより詳細な記録をとるようにしている。それぞれの薬の副作用を確認できるように薬剤情報をファイルにして、いつでも確認できるようにしている。		
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	重度化が進み家事の中では軽作業が中心となっているが、その中でも出来ること出来ないことを見極めながら支援している。ホーム内に季節感のある掲示物を増やしており、行事も積極的に取り組むなど利用者の楽しみ事、気分転換の支援に取り組んでいる。		
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	利用者の介護度が上がってきているため長時間の外出は困難になってきている。外食を企画し一人ひとりとゆっくり外に出る機会を作っているがホームの行事や時間にとられない個々の希望する外出の機会の確保を心がけていきたい。	玄関は自由に入出入りでき、外に出ようとする方を安易に止めることはせず見守りながら対応している。ホーム周辺のベンチ等でおやつを食べて過ごしたりすることもある。職員の状況に合わせながらも、理髪店や買い物の希望に対応できるように努めている。全般に希望を聞くことが難しくなると感じ、行事的に企画して外出の機会を作るように取り組まれている。	

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	自己管理できる方は小額のお金を持って頂いている。何か買いたい時は職員に依頼されることもある。自己管理をしてない方にも外出等でお金を使う機会を作る。最近では職員が支払う事が増えているため、今後職員会議などでお金を使うことの大切さについて再確認していく。			
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	本人の希望時は気軽に電話をかけてもらっている。年末には年賀状を欠かさず出しており、なるべく自力で書いてもらうように支援している。			
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	ホールにソファ、畳スペースがあり季節に応じた装飾をしている。柚子湯、菖蒲湯などで季節の雰囲気を感じてもらおうとしている。又、雨の日は臭いがこもりがちになるため消臭剤を置くなど工夫している。	居間には3畳の畳を敷いたスペースとソファが配置され、壁には日常の利用者の様子を写した写真が飾られている。廊下の天窓は天井に障子が貼られ、柔らかい自然光が差し込んでいる。玄関の中と外にはそれぞれベンチが配置され、季節によって思い思いに過ごすことができるようになっていく。		
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	ホームがコンパクトなため共用空間しかないが、ソファや長椅子を設置し一人になれる空間作りを行っている。トイレや廊下の空間に写真や絵等を飾り、楽しめる空間づくりを行っている。			
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	昔から使用している物や椅子、テーブルなどを用意し、面会に来た家族にも過ごしやすい居室作りをしている。家族が持ち込む写真の他にホームで撮った写真やメッセージカード等を飾ってその時のことを懐かしんでもらえるようにしている。入所申し込みの時など家族への働きかけを行っている。	思い出の物や使い慣れた物を持参していただくよう働きかけが行われ、居室内はテレビやイスなどそれまで自宅で使用していた物が置かれ、家族の写真や鉢花が飾られたりしている。ホームで準備したコルクボードには、本人や家族の写真、飾りなどが貼られている。畳の生活を希望する方にも対応できるように、畳が準備されている。		
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	お風呂やトイレの場所がわかるよう表示したり、その表示が利用者の目線の高さになるよう工夫している。			