

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	0372100743		
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 A棟		
所在地	岩手県滝沢市高屋敷平11-1		
自己評価作成日	平成27年8月1日	評価結果市町村受理日	平成27年12月25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.jp/03/i/index.php?act=on_kouhyou_detail_2014_022_ki_hon=true&Ji_gyosyoCd=0372100743-00&Pr_efCd=03&Ver_si_onCd=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3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9月30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4名、介護福祉士の有資格者12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おり、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。利用者様の重度化が徐々に進行しているが、ホームにこもらないケアを目指してスーパーに買い物に出掛けたり、地域の保育園に月1回出掛けて定期的に交流を図っている。自治会との交流も増えてきており、行事には(流しそめん)家族の他、多くの地域住民に参加していただいている。

【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)】

・事業所の理念の「笑顔・会話・役割・生きがい・自由」を、職員間で共有し、日々の業務に具現化され、質の高い認知症ケアが提供されていることが窺われる。
・法人は、職員の資質の向上に力を入れており、研修の機会を均等に授与し、さらに、資格取得を目指す職員には、勤務環境を整備する等配慮している。また、今年4月から、正職員・準職員とあつた雇用形態を、正職員とする処遇改善を図っている。
・各棟(2ユニット)毎に、利用者の状態を把握し、意向をくみ取り、寄り添いのケアが提供され、各棟毎に個性ある、穏やかな生活の流れができています。

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	職員で話し合っ決めて理念を常に意識して動けるように、ホーム内に掲示している。また、利用者の対応が難しいケースがあった場合には、理念を念頭において利用者本位の対応ができるよう職員会議で話し合っている。	理念は職員で話し合っ決めて。台所・玄関・ホールに掲示し、常に意識している。対応が難しい利用者には、理念を念頭において利用者本位の対応ができるよう職員会議で話し合っている。広報紙に理念を記載している。また、ケアプラン説明時に家族に示している。	
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	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している。それに加え、毎月1回程度近隣の保育園に出向いたり、新しくできた保育園とも交流を図っている。	自治会に加入し、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している。自治会から、年2回ホームの草取りに協力頂いている。複数の保育園と交流しており、定期的に関わる事、事業所から出向いて行く事を意図した交流が実現している。	
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	地域で生活している方が認知症の症状で対応が難しいことがあれば、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。又、滝沢市からの委託を受け『認知症まちかど相談室』の窓口を設置し、いつでも相談できるような環境を整えている。		
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、各委員から色々な意見をもらい、取り組める内容から順次取り組んでいる。また検討事項や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回の会議で報告している。	会議には、利用者・家族も参加している。委員からの意見の要検討事項には、職員会議で話し合い、次回の会議に経過報告をする等、活発に運営されている。また、会議では、年間を通して、「ボランティアの活用」をテーマに話し合う試みを始めている。	
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に取り組んでいる	市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。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。	市の介護相談員が、利用者の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。介護相談員の「連絡ノート」を活用している。また、市には直接出向いたり、困難事例を電話で相談したり、協力関係が築けている。	
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	安全を確保するためにセンサーを使用しており、利用者が外出しそうな様子を察知したら止めるのではなく、さりげなく声をかけたり一緒についていくなど、安全面に配慮しながら自由な暮らしを支えるようにしている。	各棟に身体拘束廃止係を設置しており、身体拘束のないケアを念頭に拘束が必要な利用者がある場合は、対応策について検討したり、県の虐待調査に回答している。大声を出したり、指示的言葉にならないよう配慮している。また、ホームから行方不明になった時の対応、外出先で行方不明になった時の対応のマニュアルを作成している。	
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	高齢者虐待防止関連法に関する勉強会を開き、全職員で学ぶ機会を作っている。その他にも介護者のストレスマネジメントについても勉強会を開いて意識の向上を図っている。		

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
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	成年後見制度を利用している方がいるため勉強会の機会を持ち、日常生活自立支援事業や成年後見制度について理解を深めている。 □		
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	入所の申込みをいただく時は、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み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、会議などで話し合いの場を設けている。重要だと思われる事項については運営推進会議でも報告するようにしている。	介護相談員から、利用者の不安や訴えを聞いたり、職員も、日常の会話や行動から要望等を把握し、会議で検討している。運営推進会議に参加した家族は、無断外出や行方不明時の対応について意見を述べている。	
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(月1回)で出された意見を、所長から事務局・理事長に提案している。今年4月から、正職員・準職員の雇用形態が改善され、正職員として身分の安定が図られている。	
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様にし、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在所してもらい、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。また入所時には家族に『私の基本情報シート』を記入してもらい、情報の把握に努めている。		
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、活動に参加できるように配慮している。職員は利用者と同様な立場にあると認識しているが、場面によってはできておらず今後の課題である。		
19		○本人と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。利用者とは良好な関係を築けていない家族は面会が少なく、ホームの呼びかけに応じてくれないケースが目立つ。現在は入所時に定期の面会、行事の参加を家族の義務としてお願いをしている。		
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	入所時、家族に『私の支援マップシート』を記入してもらい、情報の把握に努めている。馴染みの場所(昔住んでいた地域)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。	入居時、家族に『私の支援マップシート』を記入してもらい、情報の把握に努めている。子どもより、兄妹の方が情報が多いことがある。馴染みの場所(昔住んでいた地域)に行ったり、お墓参りをした方もいる。毎週家族が面会に来る方、月1回の方、ほとんど来られない方と偏りがあり、面会が出来るよう支援している。	
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	毎日のお茶や食事の時間は職員も一緒に過ごすことで、利用者同士の関係把握に努めている。利用者はお互いを気遣うなど支えあう関係性が自然にできている。		

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	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提供している。又、退所時連絡書を使用し、詳しい情報提供に努めている他、退所後の担当ケアマネとも情報交換をしたケースもある。		
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色々な場面で本人の希望や意向の把握に努めている。又、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、できるだけ利用者本位になるように心掛けている。	言葉で意向を伝えられない方が、ズボンにしきりに手を当て、トイレに行きたいのサイン、外の方を何度も見ているのは、外出したいのサイン、メニューを決める際、希望のものところを目の動きで察知する等、利用者本位の希望の把握に努めている。	
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	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	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。又、できないことよりできることに注目し、その人全体の把握に努めている。		
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	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成している。責任者が点検、確認した上でカンファレンスを開催し、完成した介護計画は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。	担当者が、事業所独自の「ケアプラン作成の決まりごと」に準じ、事前に計画を作成し、責任者が点検確認して、カンファレンスを開催している。カンファレンスに本人が参加することもあり、本人に希望を確認し、計画に反映させている。自室に計画を掲示している方もいる。	
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、本人の発した言葉などを細かく記入している。その内容は介護計画の見直しに活用したり、職員間で情報共有し、利用者対応に活かしている。		
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	通院の付き添いなど家族と利用者のその時々要望に応じ柔軟に対応している。又、入院中の利用者の居室を確保したり、必要に応じて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	運営推進会議に自治会の代表や包括の職員に参加して頂き、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。また月1回傾聴ボランティアが訪問してくれている他にも、今年度は余暇活動の充実を目標に掲げ、ボランティアの依頼を進めている。			
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	医療連携体制をとっているため、同一法人内のクリニックがかかりつけ医となっている。専門科目以外の病気については、他科受診などで対応している。	入居相談時に、事業所の医療連携体制について説明し、法人の協力医をすすめている。入居前のかかりつけ医を希望される場合は継続できるよう配慮している。専門医等の受診については、家族の都合がつかない場合、職員が対応している。		
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	訪問する看護師に利用者の状態など気になることを報告し、対応方法など助言をもらっている。また医師への報告が必要な場合は、看護師が伝達する役割を担うことで正確な情報が伝わる仕組みになっている。			
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。	利用者が入院した場合には、情報提供書などを利用し本人の情報を細かく伝えるようにしている。又、早期退院が可能な場合は部屋を確保しておくなど、退院後スムーズにホームに戻ることもできるよう対応している。長期入院の場合は一度退所となるが、本人や家族が再入所を希望した場合、部屋が空くまで同一法人の施設に入所してもらうなど対応している。			
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	入所する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ほか、重度化に伴う意思確認書を作成し、説明と同意をもらっている。又、利用者の健康状態に変化があった場合は、その都度本人と家族の意思確認を行っている。	「利用者の重度化及び看取り介護に関する指針」を作成しており、入居時に重度化した場合について、家族の意向を確認している。また、重度化した場合に安心して生活できるよう、勉強会で職員の技術と知識の向上を図っている。		
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	去年の課題であった緊急時に準備する物リストなどをマニュアルに追加し、職員会議で共有した。又、職員を救急蘇生法の研修に派遣し報告している。(課題として研修後、職員間での共有する場を持っていないことがあるため、会議で必ず共有する)			
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不定の避難訓練を行っている。地域との協力体制については、運営推進会議を通じて協力体制のあり方について話し合っている。	消防署立会の避難訓練を各棟毎に実施し、総評では、声が小さい、扉は小さく開く等の助言を頂いている。なお、緊急時には、隣接するクリニックや老人保健施設の応援を要請すること、生活用品・介護用品の備蓄は、法人として対応することとしている。	訓練時のマニュアルに、緊急時の物品を追加することや救急蘇生法の研修会に参加する等、災害対策に努力されている。今後、夜間の避難訓練の実施を検討してい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	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し合っている。しかし、職員間で排泄についての情報を共有する際など、他入居者に聞こえてしまうなど、配慮が行き届いていない場面がある。	一人ひとりの人格の尊重やプライバシーに配慮した、言葉かけや対応について、職員会議を通じて確認し合っている。また、声の大きさ、指示的言葉、配慮が行き届いていない対応等には、職員間で注意しあい、適切なケアの提供に努力されている。	
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ルの広告などを参考にし、食べたい物を選択できるように働きかけている。		
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。しかし利用者の希望を汲んだ対応を日常に組み入れるようにしている。		
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	定期的に理容師が来所し、カットや顔そりをしてもらっている。毎日服を交換し、汚れたらすぐに着替えるよう心掛けている他、化粧水やアイブローなど利用者が使い慣れたものを継続して使えるようにしている。		
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にしている。	週2回(水・金)の夕食は、利用者の食べたいものを作っている、複数の希望の場合は、多数決で決めている。献立は各棟同じで、それぞれの台所で、当番の職員が、利用者と一緒に調理している。利用者は、自分のできることを手伝っている。職員も同じ食卓で食事し、会話が弾んでいる。	
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	食事の摂取量や一人ひとりの状況に合わせて、食事形態を変えている。水分も、夏など定期的水分補給以外にも水分補給をするようにしている。		
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	口腔ケアが出来る方は見守りや声掛けをし、出来ない方に関しては毎食後職員が介助している。又、往診に来る歯科医師にアドバイスをもらい口腔ケアに活かしている		

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
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。尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導することにより、トイレでの排泄ができるように支援している。	一人ひとりの排泄の習慣を把握し、尿取りパットの使用を工夫したり、できるだけ布パンツを使用し、排泄の自立を支援している。また、トイレでの排泄を支援している。転倒の危険がある方は、夜間ポータブルトイレを利用している。	
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	玄米ご飯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。便秘気味の方は、看護師に相談し適切な下剤の量を調整しているとともに、早い段階での下剤服用を心がけている。運動を取り入れ自然排便を促すように心掛けたい。		
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。職員が一方向的に決めず利用者のその日の希望を確認し、入浴していただいている。	入浴は1日置き予定だが、毎日入浴される方もいる。また、夕食後入浴する方もおり、回数や時間は利用者の希望に沿った対応をしている。入浴を拒否する方には、「足にお薬を付けたいので洗いましょう」と誘い、全身入浴に成功することもある。	
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	家事への参加や外出する機会が日常的にあることで、日中の活動量を増やし夜間の安眠につなげている。家事はその日の体調や気分に合わせて参加をお願いしている。またできるだけ利用者の生活リズムに合わせた休息がとれるようにしている。		
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	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	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一人ひとりのやりたいことを聞きだし実践していきたい。		
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	天気の良い日はホーム裏のバラ園を散策したり、畑で野菜を収穫するなど日常的に外に出る機会をもうけている。週末など時間のとれる時はドライブなど遠方にも出掛けている。帰宅欲求が強い方は一緒に付き添い納得するまで歩いたり、自宅までドライブして自宅や周辺を撮影するなどしている。	散歩や買物、外出等、本人の希望に合わせるよう努力している。散歩も、一人ひとりの希望の時間に対応している。週末には、ドライブに出かけている。また、お墓参りを目標にし、家族と調整し、1名の方が実現できている。	

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	ホームのお金という意識があり、なかなか使う機会には至らなかった。今後、個別対応で買い物などをしていく。		
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。実践例として、自分で手紙を出すまでの一連の作業をやっていたことがあった。		
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	ホールには3畳の畳を敷いたスペースとソファが配置している。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る。トイレの臭いなどある時は消臭スプレーなど使い配慮している。	玄関にはベンチが置かれ、自由に過ごせる空間に感じられる。共有のホールの3畳のスペースは、利用者が洗濯物をたたむ場として活用されている。廊下の壁には、家族から提供された季節(紅葉)の写真が飾られている。ホール内は、やや雑然としている感があるが、家庭的雰囲気を感じられる。	
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	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などを飾り、楽しめる空間づくりを行っている。又、お互いの居室を行き来したりして楽しく会話をしている様子も見られる。		
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	思い出の物や使い慣れた物を持参して頂くよう働きかけている。居室内にはテレビや椅子などそれまで自宅で使用していた物が置かれ、家族の写真や鉢や花が飾られている。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出来るように、畳が準備されている。	居室には、ベッド、小箆箆、クローゼット、洗面台が整備されている。テレビ椅子等自宅で使い慣れた物を持参している。また、家族の写真や花が飾られ、居心地の良い居室に配慮されている。	
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	例えば洗濯物たたみ等多数の利用者が畳に集まり作業するため、利用者個々の能力に合わせて動きやすい環境整備を行っている。お風呂やトイレの場所がわかるりやすいよう表示したり、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。		