

平成 25 年度

1 自己評価及び外部評価結果

事業所名 : グループホーム ほほえみの家 (A棟)

【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 A棟		
所在地	〒020-0637 岩手県滝沢市高屋敷平11-1		
自己評価作成日	平成25年11月20日	評価結果市町村受理日	平成26年2月24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.kaijokensaku.jp/03/index.php?action_kouhou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0372100743-00&PrefCd=03&VersionCd=022
----------	---

【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	〒020-0021 岩手県盛岡市中央通三丁目7番30号
訪問調査日	平成25年11月27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10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。また、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。自治会との交流も少しずつ増えてきており、行事には(流しそうめん)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)】

同一法人が経営する医療施設と同じ敷地内に立地する2ユニットのホームは、医療との連携のもと、職員は、理念の5つのキーワード(笑顔、会話、自由、生きがい、役割)の実践に向けての考え方を「利用者目線」「職員目線」として文章化し共有して取り組んでいる。そのため利用者へ向き合う姿勢もキーワードに沿った取り組みとなっており、これが利用者、家族の安心と信頼につながっている。このように職員の「考えの向き」が共通している背景には、理念の共有と情報の連携、高齢者個々の援助の個別的ケアの捉え方がしっかりしていると窺われる。またホームは地域の自治会に加入しているため、自治会の福祉部は草取りボランティアとして協力してくれるほか、保育所との交流のきっかけづくりをするなど、地域連携や住民の関心を高める支援を頂いている。一方、開設以来入居している利用者は徐々に重度化し心身の機能の低下もみられ、入居時のサービス提供のあり方とは大きく変化し、職員も複数人対応となり支援のあり方に創意工夫と技術のレベルアップ等が求められこれからの課題としている。

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. ほほ全ての利用者の 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. ほほ全ての家族と 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. ほほ毎日のように 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. ほほ全ての利用者が 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. ほほ全ての利用者が 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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほほ全ての職員が 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. ほほ全ての利用者が 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. ほほ全ての利用者が 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. ほほ全ての利用者が 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. ほほ全ての家族等が 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、その時々々の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. ほほ全ての利用者が 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			

事業所名：グループホーム ほほえみの家（A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	職員全体で話し合っで決めた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い、検討している。	ホームの理念を5つのキーワード(笑顔、会話、自由、生きがい、役割)で定め、その実践の視点を利用者目線及び職員目線として取り組む姿勢をしっかりと整理し明確にしている。この趣旨にそって利用者とのコミュニケーションを深め、実践に繋げている。	
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。それに加え、毎月1回程度、近隣の保育園に出向き交流を図っている。	自治会福祉部によるホーム敷地内の草取りのボランティア(20人程)に来て頂き、草取り終了後茶会を行い利用者との交流を行ったり、ふるさと交流館での夏祭りへの参加、流しそうめんの実施、近隣保育園との交流等を通じて地域との繋がりを図っている。	地域とのつながりは、職員の努力と運営推進会議委員の支援により、地域理解も深まり交流も活発化しつつあり、新たに近隣に保育園が開設計画など環境の変化に応じたホームの役割と機能の発揮を期待する。
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、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の会議で報告している。	活動報告のほか、インフルエンザ予防、外食行事、自治会防災訓練等の行事計画に対する意見交換を行い、委員から提案等をいただき、今年は「流しそうめん」を委員の協力の下、利用者や家族、地域住民など、顔の見える行事として取り組んでいる。なお、自治会長から保育園との繋がりが作っていただくなど、地域から支援をもらっている。	
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。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。	行政とは、認定更新手続き等のほか、普段から様々な指導助言をいただくなど、連携をとっている。なお、行政から派遣される介護相談員による利用者の要望や困りことを聴いていただきケアに活かしている。広報「スマイル」を配布して情報を発信している。	
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	身体拘束を必要とする事案があったが、身体拘束委員でカンファレンスを行い、拘束解除に向けた取り組みを行った。また、安全を確保するためにセンサーを使用している。	手を噛むなど緊急対応として一時拘束の必要な事案が生じたが、身体拘束廃止委員会でカンファレンスを行い、原因の探索や、拘束解除に向けた支援方を協議して適切な対応を図っている。なお、職員は研修などで身体拘束廃止に向けた学習を行い日常取り組んでいる。	
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	協会からきた文書を掲示し注意を払い、ホーム内で日々ある事故については話し合ったりしている。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り、意識向上を図っている。		

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	外部から講師を招いて権利擁護についての勉強会を開催した。		
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。	利用者・家族の意見は、家族の訪問時やケアプランの希望確認のとき、行事開催時のほか、介護相談員や傾聴ボランティア、お茶会、外食時など様々な機会を通じて話された話題を大切にしている。アンケートも実施しており集約結果は職員間で共有し運営に反映している。	
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	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。	管理者も日常的に介護業務に当たりながら、職員との対話が日常化しており、その中で話しやすい環境づくりに努めているほか、例えば、提案のあった午後の休み時間の在り方等について、具体化を図るため職員会議において皆で検討し実施している。	
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	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、活動に参加できるように配慮している。利用者に対等な関係にあるという意識は職員各自持っているが、親しみを込めた対応のつもりが礼節を欠いた行動になっていたり、場面によって指示的な言葉が出ていたりするので、その都度、職員同士修正しあえるようにしたい。		
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。しかし、良好な関係を築けていない家族もいるので、うまく思いを伝え、ホームの活動に参加して頂ける方法を考えていきたい。		
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。	各ユニットに特色がありA棟は町場の方が多く知人友人の来訪が多い。B棟は遠方者が多く来訪が少なく、90歳といった高齢者が多い。その中で理美容院の利用や買い物に行くことで新たな馴染みとなりその関係を大切にしている。	
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	皆で楽しく過ごす時間や気の合う者同士で過ごせる場面作りをしている。		

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
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を提供している。また、退所時連絡書を使用し、詳しい情報提供に努めている。		
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。	利用者は徐々に多くを語らなくなっているため、様々な機会や場面を捉えて、また日常の暮らしの会話や表情から推し測り、思いや意向の把握に努め、その情報を記録しケアに活かすようにしている。	
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	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。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。	担当者が作成した計画を基に、職員会議で協議して「支援の方向性」を共有し計画を作成している。家族にも意見を聞き要望あるときは計画に反映させている。症状の変化や状態に応じて見直しも行われている。	
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、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地域福祉部代表に参加してもらい、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。	利用者の殆どが同一法人のクリニックを利用しており、受診時には通院カードで情報提供し、適切な医療を受けられるようにしているほか、受診後の経過観察や投薬等の共有につなげている。	
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24時間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。	重度化等の対応指針を定めており、契約時に説明し理解を得ているが、基本的には家族の意向を尊重しながら対応している。ホームでの看取りを希望する時は隣接する医療機関と連携しながら対応し、他の施設を望むときは施設や医療機関を紹介することとしている。なお、看取りについてホーム職員は経験をしている。	
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	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設置し、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。新たに、食堂・ホールの掃出し窓に階段と簡易手すりを設置したほか、今後、避難路の拡張を予定している。災害時の協力体制については、自治会と提携を進めている。	同一法人のクリニックとグループホームと合同での訓練のほか、独自に夜間想定等の訓練を実施している。訓練の経験を踏まえ、簡易手すりの設置や避難路の拡張など改善を図っているほか、防災機器の実際訓練、備蓄状況等の点検確認を行っている。地域の応援体制に課題があるが、自治会に協力をお願いしながら災害の協力体制を確保したいとしている。	

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
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。	利用者の誇りを損ねないよう言葉遣い等に注意しているほか、トイレ誘導も周りに分からないよう行うとか、パットを用意するときもポケットに入れて皆に見えないよう配慮するなどの工夫をしながら対応している。	
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。	食事は利用者個々の力を発揮する機会であることから、食べたい料理を作るために買物に出かけたり、収穫した野菜等を調理したり、下ごしらえから盛り付けなど、食事への関心や話題を高めながら役割感や達成感を食事の楽しみにつなげている。なお、口腔ケア支援にも力を入れている。	
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、食事摂取量が低下している方の問題をカンファレンスで検討し(食事形態・環境面の配慮・栄養補助食品や嗜好品の提供)実践している。		
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のケアを行い、嚥下障害による肺炎防止等に努めている。また、往診に来る歯科医師にアドバイスを頂いている。		

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た吸収力の良いパットやリハビリパンツを使用している。トイレ誘導の際、羞恥心に配慮した声掛けを行っている。	失禁などで衣類を汚すことで落ち込まないようにするため、排泄チェック表やしぐさ等によるトイレ誘導をこまめに行い、不快感を与えない支援をしている。	
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	食事で玄米御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やっている。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	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。(入浴時間13時～19時30)	入浴は13時から19時30分まで利用でき毎日の入浴も可能である。入浴を拒む方にはタイミングを図りながら支援しているほか、入浴を通じて健康状態を確認したり、思いや昔の思い出などを語ったりコミュニケーションを深める良い機会として対応している。	
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。意思表示が出来ない方については、場所を移動し環境を変えたり、居室で休む時間も作っている。		
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。一人一人のやりたいことを聞きだし実践して行きたい。		
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	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もある。	天気の良い日には気分転換のためおやつを外で食べたり、大根ほりに出たり、玄関脇のベンチでのんびり過ごすなど、出来るだけ外に出るよう声がけし、また買物に出掛ける時も声がけし外出支援につなげている。個々人の希望に沿う外出の機会も設けている。今後、利用者や家族の意向も踏まえながら、墓参や故郷訪問を実施し、懐かしい山河の回想や馴染みの方々との出会いに繋げる計画を予定している。	

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	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。最近では、職員が支払う事が増えている為、出来る人出来る人に対してはお金を使う機会を実現して行けるように、職員会議で話したり、ケアプランなどで活用して行きたい。		
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。	リビングと食堂を兼ねたホールは手頃の広さの共用空間で、雛飾りや水木団子など、季節行事や草花で生活感や季節感を採り入れ、行事の写真や共同作品を展示するなど、見て楽しんだり話題につなげる空間となっている。台所から玄関も見え、人の出入りが把握できる。玄関の中と外には、それぞれベンチが配置され、のんびり座ってみたいくなる雰囲気にある。	
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等を飾り、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が行われ、居室内にはテレビや椅子などこ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出来るように、畳が準備されている。	孤立化を防ぐためにホールで過ごす時間が多いが、居室内にはテレビや椅子などのほか、使い馴染んだ家具や手芸道具など、自宅で使用していた物が置かれ、時に一人でゆったりと過ごせる雰囲気のある居室となっている。なお、家族写真や鉢花が飾られ一人和む環境となっている。	
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。		