

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	0370101610		
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 ほっとくりやがわ		
所在地	岩手県盛岡市厨川2丁目19-16		
自己評価作成日	平成28年1月9日	評価結果市町村受理日	平成28年4月18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=0370101610-00&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28年2月5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)】

「ほっとくりやがわは」一棟定員9名の家です。ゆとりのある時間と住居の中で、くつろぎながらその人らしい生活が送れる事を目的として、「ほっとできる」安らぎのある、本人及び家族の希望があれば、看取りを含めたトータルなサービスを提供します。入居者1人ひとりの生活リズムを大切に安心安全な生活を送れるように援助します。岩手高齢協の理念である「元気な高齢者をもっと元気に」「寝たきりにならない、しない」を合言葉に、できるだけ自立支援を目的として、その人らしさを支えています。

【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くりやがわ」は、盛岡市三馬橋近くの北上川右岸の傾斜地に開かれた住宅街に立地しているが、今年の夏までには市内西仙北に移転する予定である。利用者のケアのあり方について、職員はその基礎基本について修得し、個人の人格を尊重し取り組んでいる。具体的な一例として、受診や訪問看護に力を入れ、利用者が心身共に安心し、ホームでの生活を送れるよう、最期の看取りまで一貫した支援にあたっている。職員については、資格取得のため、研修の機会等に便宜を図り、極力バックアップに努めている。また、介護計画及びモニタリング経過、利用者の健康状況等々、コンピューター管理する中で、合理的に活用できるようシステム化している。

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、生き活きと働けている (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	月2回の会議を通じて高齢協の理念の共有を図っている。会議及び申し送りでは自由に意見を述べやすいように環境に配慮している。壁には高齢協、日誌にはほっと理念を記載している。	ほっとくりやがわの理念「なごめる」「ほっとできる」「その人らしく」は、掲示のほか、毎日記入の為に、目に触れる業務日誌の冒頭に掲げていることや、毎日のカンファレンスとかミーティングでも取りあげ、共有に努めている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	今年も高齢協の文化祭において地域交流の一環として町内会長を通じて近隣住民の作品等など依頼を行い展示物を楽しんでいただきました。日常的交流はなかなかできませんでした。	厨川二丁目第一自治会に一世帯として加入はしている。回覧板などは廻ってくるが、利用者は重度化などで行事への参加は難しい。当事業所で行う祭りや展示会に住民が来てくれたり、近所の子も達が、畑の野菜作りを見学に来るなどの交流はなされている。	
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	地域運営推進会議を通じて保健、医療、福祉、防災などの地域情報を発信している。会議では包括、民生委員を通じて厨川地区の情報なども収集している。	/	/
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	会議を利用して利用者の暮らしぶりや、情報や身体状況を説明している。またご家族様の希望等も聞き入れ、利用者の安心安全に暮らせるようホーム運営に心掛けている。	2ヶ月に1回、定期的開催しているが、会議での提言は必ずしも多くあるとは言えない。ホーム側からの状況報告が中心になっている。可能な限り、地域の情報とか家族からの意見・希望等も出させていただき、それを有効に活かしたい。	運営推進委員の構成のあり方等、多様性を持たせ、いろいろな角度からグループホームを考えていただけるよう、移転の計画もあるようなので、移転等を機に考慮されることに期待したい。
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	今年度は事業所指定係とホーム移転に伴う相談や調整などで連絡を取り合った。また生活保護受給者に関しても今後について生活福祉課と連携している。	具体的には、ホームの移転関連や看取り関連など、市の担当者とは、常に連絡を取り指導をいただいている。今後共、頻りに連絡を取り合い、より良いケアができるよう努めたい。	

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
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	所長は身体拘束廃止推進員で日頃より、尊厳を冒さないケアを推奨している。就寝時1名柵2本で対応している。家族の了承は得ている。	契約書第6条で身体拘束をしないことを謳い、職員はそのことを共有し、ケアにあたっている。しかし、現実には、自傷を除くため、ベッドの柵を付設する利用者1名、センサー使用による安全確認をしている利用者もいる。昨年の外部評価でも指摘されたことでもあり、検討はしたが、自傷の危険性を慎重に考えた上での現状である。	
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	利用者に対しては無理時しないようケアをしている。興奮した場合などは、スタッフを交代するなどして対応するように指導している。		
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	利用者の中で日常生活自立支援事業利用1名、後見人活用1名、施策を利用しながら入所生活を継続している。		
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	平成27年4月の介護報酬改定では家族に対して十分な説明を行い、報酬改定同意書をいただき家族の不安の払拭に努めた。		
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	日々の会話の中で利用者に耳を傾け意をくみ取り利用者の代弁者となり要望を家族につなげている。推進会議においても家族の要望という項目で、意見等を引出してホーム運営に役立てている。	家族会は設けていない。いろいろな機会を通し、家族の意見、要望は聞く努力はしており、それについては、可能な限り運営等に反映させている。	
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	所長は高齢協の理事として高齢協全体の運営に携わっており、スタッフからの要望や話し合った事など、本部に報告し意見など迅速に対応できる体制になっている。	職員の意見・要望も可能なものについては反映させている。いろいろな事例はあるが、その一つとして、夜勤手当の増額とか、ホームの移転についても、立地とケアのあり方などから、職員の考え方が影響したと言える。	
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	本年も処遇改善加算を活用して、夜勤手当の増額、自給職員の時間給を見直し、給与の見直しを実施した。		

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
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	勤務調整等行い研修に参加できるようにしている。認知症実践者研修に関しては、申し込みはしたが研修会に参加できなかった。現在2人が社会福祉主事任用取得に向けて勉強中である。		
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	ほぼ毎月県のGH協会、ブロック会の研修会に参加して情報を集め職員の質の向上に結び付けている。		
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	本年度は新規入所者は3名で居宅及び包括の紹介により入所に結び付いた。事前にケアマネを通じて家族と話し合うことができ有意義な時間を持ち説明をすることができた。		
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	家族の心配事を払拭出来るよう常に傾聴できるよう心掛けている。		
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	居宅のケアマネと連携し利用者の情報収集を行い、利用者の思いや家族の希望を取り入れながらアセスメントを行い入所後のケアに結び付けている。希望があればご本人様と家族の見学も受け入れている。		
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	日常生活の場をリビングとし皆が集い出来る人は手伝いを行い、又は皆で会話したりその場が和むよう共に信頼関係構築できるよう間に入っている。		
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	推進会議や行事を通じて連絡を取り、少しでも利用者に関わりを持っていただけよう促している。なかなか面会に来れないご家族に対しては最低でも月に1回は利用者の生活状況を報告している。		

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
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	家族、親類の面会に関しては制限等は設けず逆に奨励している。また家族間で良い関係を保てるよう手紙や電話の取次ぎ等も行っている。	家族、親類はもちろん、馴染みの人に面会することは奨励しているほか、電話による会話も、コードレスフォンによる取り次ぎをしている。時々、馴染みの場所に出かけることもある。家族の中には、友人等には会わせたくないとの意向があり、事情を良く聞き、対応を考えることもある。	
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	本人の体調を考慮しながら本人自身の希望を尊重し少しでもリビングで過ごせるよう援助に努めている。お互い穏やかで良い関係が継続するよう援助に努めている。		
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	退所されたご家族様には、何か心配事があつたら連絡を頂ければと話をしています。周忌を終えた家族が訪ねてきたりしている。本年度3名退所したが2家族は組合員を継続していただいた。		
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	入所者や家族との関わりの会話の中で要望等を聞きだし、時にはスタッフ間で話し合ったり、生活に支障のある利用者に関しては再アセスメントを実施して生活を支えている。	最初のアセスメントを中心に、一人ひとりの利用者の状況をきっちり把握しておくと共に、再アセスメントと日常における利用者の言動を注意深く観察する中で、その思いや意向を把握し、ケアに活用する工夫をしている。	
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	家族や親類からの情報を基に今後もホームでの生活を継続できるよう援助している。		
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	利用者が発する言語や行動観察に努め、著変時などチャートや申し送りノートに記載しスタッフ間で情報が共有できるようにしている。		

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
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	日頃の生活状況を家族に報告しており、それによってケアの希望等を聞きだし、主治医や訪問の意見を基にカンファレンスを行いプランの作成や変更を行っている。	ケアマネジャー(所長)が、利用者個人や家族の意向や希望を考慮し、医師や訪問看護ステーションと連携を図りながら作成し、ケアを実践しつつ、ホームスタッフ全員と主治医、訪問看護によるモニタリングにより、3ヶ月に1回を原則として見直しをしている。これらの計画とモニタリング記録は、コンピューター管理により、いつでも活用できる。	
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	日頃の生活状況や行動などチャートに記載し、申し送り等で話し合い、必要時は、適宜再アセスメントを行いプラン変更してケアにつなげている。		
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	27年は要介護度の重度化及び看取りなどで、外との交流する機会が少なく、ボランティアに頼って入所者を楽しませた。		
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	本年より包括の関わりが変わり、みたけ・北厨川地区になった。本年度は地域内の勉強会などに参加し、地域の介護業者と交流ができた。		
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し、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	主治医、訪問看護と医療連携を取っており、主治医は月1回の往診、訪問看護は毎週火曜日に来訪し、入所者の健康チェックを実施している。報告はその都度行っている。緊急時は24時間対応できる体制をとっている。	利用者9名中8名は、月1回、協力医院のむらまつ内科クリニックの往診と、毎週の訪問看護を受けている。利用者の殆どは、むらまつ医院がかかりつけ医であり、利用者の健康状況に関する相互の情報交換は良い。もう一人の利用者は、睡眠時無呼吸用レスピレーターを使用しており、岩手医大病院にかかりつけており、家族またはホームで対応している。	
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	訪問看護ステーションとの契約はいつでも24時間対応していただけるよう契約を締結している。		

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
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。	入所者が入院した場合は、こまめに面会に行くよう心掛けている。入院先の主治医や家族を通じて今後について相談や調整等を行っている。		
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、事業所ですることが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	医療連携体制、看取りに関する指針を策定しており、本人や家族の希望を取り入れて看取りを実施している。本年度は2名を看取った。	指針に基づいた対応によって最後まで支援にあたることにしている。過去にも看取りはあったが、今年も2名の利用者の看取りを行った。職員は、人間の一生の中での厳粛な時と考え、最期までのケアにあたる心構えを共有している。また、AEDを備え付け、職員はその取扱いについても研修し、緊急時にも対応出来るようにしている。	
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	毎月カンファレンスを行い毎回注意事項の確認をしている。参加できないスタッフには文書化して確認できるようにしている。スタッフは全員救急救命講習を受講済みである。		
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	今年は夜間及び日中を想定し2回避難訓練を行った。訓練の際はホームの近隣者にも声掛けし、住民に助けを呼ぶ声が届くが見届けてもらった。	年2回の避難訓練中、1回は夜間想定で実施している。避難場所も設定し、屋外への車いす用スロープも設けており、近隣からの協力も得られている。2～3日分の備蓄も食料を中心にしている。現時点でスプリンクラーの設置はない。	
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	排泄誘導の際は他の利用者に関係ないよう配慮した声掛け誘導の実施。また入浴の際はプライバシーに配慮して他者から見えないようカーテンで保護している。	理念の「なごめる」「ほっとできる」そして「その人らしく」をモットーに、職員は利用者に対し対応することが、一人ひとりの利用者を尊重することに相通ずることであり、日常の具体的なケアの場で心がけながら努めている。	
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	常に利用者の目線に立って、その人に合ったケアをするように心がけている。また無理時しないよう本人に自己決定を促すようにしている。		

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
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	利用者との会話などで本人の希望等受け入れ、利用者に合わせたケアを心がけている。		
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	更衣介助の際は清潔を第一にしている。自分で判断できない利用者に関しては、意をくんで衣類を選んでいる。行事などでは家族の希望等があれば積極的に受け入れている。		
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	普段の会話の中で食べたい物を聞きだし提供するように心がけている。嚥下、咀嚼に問題等ある場合は主治医に相談して、利用者にあった食事を提供している。食事の後はできる範囲で茶碗拭きを手伝ってもらっている。	食事のメニューは、利用者の意向を考えながら職員が決めている。利用者の状況によって、医師と相談をし特別食を準備しており、介助を要する利用者には、職員が優しくあたっている様子が見られた。食事時の雰囲気は非常に和やかである。	
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	栄養バランスを考慮した食事を提供するように心がけている。食事チェック表を活用し、1日の水分、摂取状況を把握して体調管理に努めている。		
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	毎食後全員口腔ケアを実施している。就寝前には必ず義歯洗浄も行っている。毎年歯科検診も行っており本年も利用者の治療に結びつけた。		
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	排泄チェック表を活用して、排泄状況を把握して誘導に役立っている。確認することで自立支援に向けた声掛けや時間誘導に結び付けている。	チェック表は排泄状況のみならず、水分摂取、血圧、脈拍等も合わせ一覧できるもので、利用者の状況を見守りながら、表を確認しながら、さりげなく誘導しつつ、手洗を利用し、用便を行う習慣付けをして行くように努めている。	
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	毎日排便を促すためにヨーグルトを提供している。排便困難者に対しては主治医と相談して定期的に下剤を投与して排便に関わる疾病の予防に努めている。		

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
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	入浴前に声掛けを行い入浴するように促している。入浴の際は無理時しないように心がけている。本人より希望があれば同性介助も行っている。	利用者一人あたりの入浴は、一週平均2~3回となっている。楽しく入浴をするため、無理強いはない。清潔を維持するため、毎日、必ず清拭を行うことは基本にしている。	
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	利用者の日常生活に合わせ体調を考慮しながら適宜休息を取らせるようにしている。就寝の際は安眠できるようパジャマで休んでもらっている。		
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	利用者全員及び個々の投薬ファイルを作成して誤薬をしないよう、確認投与できるようにしている。主治医、薬剤師とは、24時間体制で体調変調時対応していただけるようになった。		
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	生活リハビリを通じて出来ること特に茶碗拭きなど毎日実施していただいている。また春から秋にかけては畑に行き草を捕ったり、野菜の収穫を楽しんだ。		
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	介護度の重度化や看取りなど、人員不足のため希望に沿った外出はなかなかできなかったのが現状であった。5月には全員でイチゴ狩りに八幡平市まで出かけた。	日常的な外出支援を阻害する要因として、建物の出入口が階段であること、ホーム周辺が坂であることなど、車いす利用者や高齢化もあると思われるが、ホームとして、外出支援に留意し、力を入れたこの一年であったことから、自己評価アウトカム項目(60)で、ワンランク上に評価されており、一層工夫と努力をしたい。	
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	1名のみ金銭自己管理している。本人より希望があった場合は買い物代行を行っている。他の利用者に関しては必要なものは、家族様の了承を得て立て替え払いで物品を購入している。		
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	家族や兄弟からの電話などは取次ぎや近況報告など関わりを持つようにしている。手紙などは本人の了解のもと開封してあげることもある。		

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
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	感染防止を念頭に置いた環境整備を実施している。また壁面飾りなどは四季を感じ取れるよう季節ごとに模様替えを行って利用者が居心地がよく感じられるよう心掛けている。	利用者の健康維持を考える観点から、特に清潔面に力を注いでいる。そのため、職員による清掃に心配りをしている。また、採光と四季の感覚を取り入れることができるような壁面掲示や、模様替えをしている。食堂ホールの天井梁の木目も、高齢者にとって和風調で心を和ませている。	
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	共同生活を営んでも利用者が居心地が良いと感じられるような空間を提供できるよう配慮している。食席も定期的に変え固定概念の予防に努めている。	/	/
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	家族と相談して本人が落ち着いて生活できるよう自宅で使用していたものなど持ち込んでもいいと話している。	ホームの備え付けは、基本的にベッドと整理棚であり、他は利用者が好みの物を持ち込んで、それぞれの居室作りをしている。色々なものを掲示したり、飾ったりしており、中には好みの色合いのカーテンを付けている利用者もいる。	
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を送れるように工夫している	ホーム内を1人で安全に歩行できるよう廊下やトイレなどに手すりなど設置している。ふらつきのある利用者に対しては介助歩行も行っている。	/	/