

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16-16		
自己評価作成日	平成26年12月 9日	評価結果市町村受理日	平成27年4月13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.kaisokensaku.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&JigvosvoCd=0370101610-00&PrefCd=03&VersionCd=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2月18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く生活を送れる事を目的として、「ほっとできる」安らぎのある、温かい生活を送れるよう援助致します。又入所者一人ひとりの生活リズムを大切に、その人らしさを尊重します。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」を合言葉に自立支援を目的とし、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)】

・「なごめる」「ほっとできる」「その人らしく」を事業所理念としている。職員は理念を理解・共有し、日々利用者に寄り添い、経験豊富な職員と日の浅い職員が信頼関係を築き、連携・協力し、意欲を持ってケアに取り組んでいる。
・「医療連携体制・看取りに関する指針」を策定しており、看取りを含めたトータルケアを目指し、積極的なケアを実践している。

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
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	ミーティング、カンファレンスを通じて理念の共有を図っている。申し送り等活用し職員間で意見を自由に出しやすい環境づくりをしている。初心を忘れないよう業務日誌に理念を記載している。	母体理念は、全国生協組織において統一されているものである。事業所理念、「なごめる」「ほっとできる」「その人らしく」を業務日誌に記載、居間・食堂等の共有空間に掲示する等して管理者と職員間で共有し、日々のケアを実践している。	
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	高齢協の文化祭では地域交流の一環として、組合員だけではなく、今回も地域の住民に作品の展示を依頼して皆さんに楽しんで鑑賞して頂きました。	事業所自体、地域の一員として自治会に加入している。町内会の情報を提供してくれる民生委員は、運営推進会議のメンバーとなっており、地域と事業所のパイプ役となっている。母体生協の文化祭に地域住民が参加する等、地域との相互交流ができています。	
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	会議を活用しホームでの生活ぶりや利用者の情報や現状を説明し家族様の希望等を聞き入れ、入所者様が安心、安全に過ごせるようホーム運営を心掛けている。	岩手高齢協役員、消防署、地域包括センター、民生委員、利用者家族で構成する運営推進会議は、2ヶ月ごとに開催している。会議録は、職員回覧、事業所内掲示、母体本部と市に送付、推進会議において口頭説明する等して開示しているが、反応は少ない状況である。利用者家族からの意向は、利用者が普通に暮らしてほしいということである。	
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	今年は特に生活保護受給者の看取りで生活福祉課と連絡を取るなど連絡を密に取り組んだ。	市生活福祉課担当者とは、看取りや重度化事例、スプリンクラー設備課題等について、主にメールや電話により頻りに連絡を取り合っている。	
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	2月に高齢者の権利擁護と題してスタッフの勉強会を開催した。所長は身体拘束廃止推進員である。利用者の尊厳を傷つけないようケアに努めている。3名のみ夜間就寝時家族の了承捺印を頂き柵使用している。	利用者家族の要請により、2名の利用者については、夜間就寝時にベッドを柵で囲み、転落防止をしている。又、居室にセンサーを、事業所の出口にチャイムを設置して、利用者の見守りをしている。玄関は、日中は施錠(7時から20時)しないケアを実践している。	身体拘束その他利用者の行動を抑制する行為について理解を深め、行動の抑制と考えられるベッド柵を使用しないケアの仕方に関係者等事業所内で話し合いを重ね、取り組んでいただきたい。

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
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	所長が身体拘束廃止推進員の講師を行っており、無理時しないケアを奨励している。不適切なケアにならないよう指導を行っている。春には高齢者の権利擁護を題材にして研修会も実施している。		
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	入所者の中で1名日常生活自立支援事業を利用しており、支援員と連携を取り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26年4月より消費税8%上昇に伴い介護報酬改定があって入所契約を再度取り直しをした。その際は十分な説明と同意をもとに家族様の不安を取り除くよう努めた。		
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の意を汲み取ったりして利用者の要望に応え家族につなげている。推進会議においても家族からの要望という項目を授設け意見等を引出しホーム運営に役立てている。	職員は、日々利用者に寄り添い、意向を汲み取る等の工夫をしている。週刊誌が読みたいなどの要望があった。家族が、受診の付き添い、面会、行事に参加した機会に、意見や要望を聴くようにしている。「外に出してほしい」「手伝わせてほしい」「野菜を取りに連れて行ってほしい」等の出された意見・要望は、ミーティングで話し合い、運営に反映させている。	
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ミーティングで話し合った事など、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。	管理者は、現場のスタッフの意見・要望を本部に報告し運営に反映させる体制が整っている。最近では、スタッフから「温水トイレ」を設置してほしいとの要望があり、実現している。	
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	今年も調理器具の買い替えを行って食事提供の効率化を図った。又スタッフに関しては有給休暇の取得、処遇改善加算を活用して時給職員の昇給を実施した。		
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	研修会に関しては勤務調整を行い、常勤 非常勤を問わず参加を促している。本年も認知症実践者、管理者研修にも参加されている。スタッフがスキルアップできるよう資格取得の情報の提示も行っている		

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
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	毎月1回GH協会のブロック会議に参加して情報を共有している。今年も職員の交換研修を受け入れた。		
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	本年度の入所者は1名で家族同伴で事前訪問を行い本人と話し合っ得の上入所に結び付けた。		
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	入所前に3回ほど家族面談等を行い家族の不安が軽減できるよう傾聴し信頼関係を構築できるよう努めた。		
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	入院先のケースワーカーと連携し家族の了承を基に情報を収集し、本人の体調を考慮しながら家族の希望等を取り入れアセスメントを実施してケア実践に結び付けている。		
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	生活の場をリビングとし出来る人は手伝いをしたり、会話をしたり時にはスタッフが間に入って話題を振ったりして孤立しないよう心掛けている。		
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	毎月体調管理表を家族に送付しており日頃の様子など報告している。推進会議や行事を通じて少しでも関わりを持てるよう努めている。		
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	家族面会には制限は付けていません。親類及び友人などは家族の了解を得てから行うようになっています。お互いに良い関係が保てるよう面会は奨励しています。利用者に対しての電話や手紙の取り次ぎも行っています。	親類知人等からの手紙や電話は、積極的に取り次ぐようになっている。しかし、利用者が面会者を認知できない状況があったりと、関係を継続することが難しくなっている現実もあり、そのような時には、利用者の家族と話し合いながら継続支援に努めている。	
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	利用者はリビングで自由に過ごされており、トラブルや事故が起きないよう安全に過ごすことができるよう、又お互いにいい関係が保てるよう援助に努めている。		

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
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	家族様に関してはいつでも困った事があつた連絡を下さいと話しています。死亡で退所した場合は1周忌前に自宅に線香を届けるようにしている。		
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	普段の会話の中で、入所者の希望や面会時家族の意向など聞きだし、スタッフで情報を共有をしケアに結び付けている。生活に支障のある入所者に対してはアセスメントを活用しプラン作成に結び付けている。	聞き取りができる利用者は、3名程度である。聞き取りが困難な利用者は、思いを汲む、気持ちを察する等、日常的な関係性の中から把握するように努めている。例えば、「季節に合ったものを食べたい」との意向を把握したときは、利用者の希望する食事を提供し楽しんでいただいている。	
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	家族からの情報や生活歴を聞いてホームの生活を継続できるよう配慮している。		
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	利用者の行動観察に努め、日々の言動などチャートや申し送りノートに記載してスタッフ間で共有できるようにしている。		
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	日頃の入所者の様子や家族の希望を聞きだし、主治医や訪問看護の意見を基にミーティング、カンファレンスを開催しスタッフの意見を入れてプランの作成や変更を行なっている。	介護計画は、管理者である所長(ケアマネジャー)が、作成している。ケースアセスメント情報をPC入力することで、介護計画のひな形が作成出来るシステムを利用している。介護計画の見直しは、3ヶ月ごとに行い、骨折事例や看取り事例など、緊急時は、随時行っている。	
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	日頃の生活状況や発する言動を書き留め、それを参考にカンファレンス等で話し合っ、ケアプラン作成に役立てている。		
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	年齢の高齢化や介護度の重度化などでケアに追われ外出の機会が減少している。本年度からは福祉専門学校の実習指定所となり共に学習する機会となりサービス向上に結び付けている。		

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	地域推進会議のメンバーに民生委員も入り、少しずつ地域に認知されてきている。町内会のふれあいサロンからも声がかかっている。		
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	主治医、訪問看護とは医療連携体制を構築しており、主事医は月1回の往診、訪問看護は毎週火曜日に来訪して健康チェックを実施して主治医に報告してすぐに対応出来るようにしている。スタッフも急変、救急時の際は24時間対応できるよう体制を整えている。	かかりつけ医への受診、緊急時の搬送先等については、入居時に事業所の方針を説明し、同意を得ている。かかりつけ医受診は、家族が付き添うことを基本としている。かかりつけ医に対しては、事業所からの利用者情報を伝え連携した取り組みをしている。	
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は24時間いつでも連絡が取れる体制で契約をしている。毎週火曜日には来訪し健康チェックを行い主治医に報告するようになっている。		
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を迅速に伝え、早期に退院が出来るよう調整を行っている。		
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、事業所の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、主治医からインフォームドコンセントを行い、家族様の要望等の聞き取りを行った。	「医療連携体制、看取りに関する指針」を策定し、入居時に同意書を頂いている。週1回の訪問看護による健康管理を行っている。重度化した場合や、看取り希望があった場合には、訪問看護や主治医と連携したチーム支援をしている。	
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	主治医の意見を基にしてカンファレンスを開催して注意事項を確認し急変等に備えている。高齢協としては年に1回は救急救命講習を開催している。本年度は27年1月17日実施予定。		
35	(13)	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	今年度は夜間火災を想定し避難訓練3回を計画している。今年度も近隣の住民にも参加を促している。	年2回、(そのうち、年1回は、消防署の協力を得て)地域住民や消防署の協力を得て、夜間を想定した避難訓練を実施している。災害の発生時に備えて、水・お米・レトルト食品・懐中電灯・カセットコンロ等を備蓄している。なお、スプリンクラー設備の設置については、今後の検討課題となっている。	

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
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聞こえないよう、声掛け誘導を心掛けている。又入浴の際もプライバシー保護を優先してカーテンを使用し着替えの時は、他者から見えないよう工夫している。	介助場面では、「無理強いしない」「嫌なことをしない」等、スタッフは利用者を受け入れる意識を持ち、利用者の誇りやプライバシーを尊重した対応をしている。	
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	利用者の目線に立って声掛けを行い、自己決定を促し無理強いしないケアに努めている。		
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	本人の希望や訴えを受け入れ利用者のペースに合わせた介助を行うようにしている。		
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	本人の希望を受け入れ清潔を一番とし更衣介助にあたっている。行事の時などは家族様の希望も取り入れている。		
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ものを聞きだしメニュー作成に取り入れている。安全に食事できるよう摂取本人に合った食事を提供できるよう心掛けている。食事終了後は出来る範囲で手伝いをお願いしている。	利用者9名のうち5名が、特別食で食事介助を必要とする状況である。主治医に相談しながら、補食を準備して栄養不足にならないように工夫している。いつも職員と利用者が同じテーブルを囲んで楽しく食事できるよう雰囲気づくりも大切にしている。季節や行事に合った食事を提供し、食事を楽しめるようにしている。食事の後片付け、もやしの髭取り等の食材の調理等、利用者の力を活かすようにしているが、できる利用者は少なくなっている。	
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	食事チェック表を活用し、1日の水分量 食事摂取量を記載し体調管理に役立てている。ミキサー食の利用者には主治医と相談し補食用栄養剤も活用している。		
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	毎食後は必ず口腔ケアを実施している。就寝前は義歯洗浄も行なっている。今年も歯科検診を行い、月に2回訪問診療を受け入れている。		

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
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	個々の排泄板があってそれを基にして排泄誘導を行っている。排泄後チェックすることによって、次の誘導時間の目安になっており、統一した排泄誘導に結び付けている。	日中は、ハルン版(排泄チェック記録)により、利用者一人ひとりに合ったトイレ誘導をすることができ、利用者全員は、トイレ利用が可能な状況である。夜間は、2名の利用者については、オムツ使用となっている。できるだけトイレ排泄できるように支援している。	
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	排便を促すために食物繊維やヨーグルトを毎日摂取するように心がけている。排便困難者に関しては主治医の指導のもと、定期的の下剤を投与して排便に関わる疾病の予防に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	月から土曜日の午後を入浴日と設定している。入浴前には声掛けを行い無理強いないよう入浴を促している。安心安全に入れるよう、体調を考慮して2人介助や希望があれば同姓介助も行っている。	週2～3回以上は、入浴するようにしている。楽しく入浴していただくことを基本として、入浴を拒否する人には無理強いないようにしている。服を脱ぐことを嫌がったりする利用者には、同性スタッフが対応するなど、利用者との馴染み関係を考慮して対応する等の工夫をしている。	
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	利用者の生活習慣に合わせて入床介助を行っている。就寝の際は全員パジャマに着替えて休ませている。		
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	個々及び、全員の薬剤投与ファイルを整備しており、そのファイルを参考に投与して誤薬を防いでいる。利用者が変調をきたした場合は、薬剤師と連携し主治医と連絡できる体制になっている。		
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	生活を通じて出来る範囲内で役割(食事の後始末など)を持ってもらい、生活のはりにしている。壁面飾りなどの作成も手伝ってもらっている。		
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	年齢の高齢化や介護度の重度化などでなかなか外出できる状況にない現状であるが、外出希望のある入所者に関しては周辺を散歩する機会を授けている。又年間行事の中で全員で外出できる機会も設けている。	自力で外出できる利用者は、2名と少ない。その他の利用者は、車いす介助を要する状態である。買い物などの希望があれば、外出支援を積極的に行っているが、外出できる利用者は少なくなっている。	重度化した利用者も「外出は困難」と決めつけずに、本人が戸外で気持ちよく生き生きと過ごせる工夫が求められる。その人らしい暮らしを保ち、本人の意欲や自立を保つためにも、地域住民やボランティアの協力を得ることも含めて外出支援に取り組んでいただ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
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	一人のみ金銭自己管理している。希望があった場合には、買い物等の援助を行っている。他の利用者に関しては、家族の了解を取って立替払いを行っている。		
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	友人や兄弟よりの電話など取り繋ぎをしたり、面会を促がしたり関わりを持つことにしている。手紙に関しても本人の了解のもと、読んであげたり開封する時もある。		
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	共有空間に関しては感染予防を重点にした環境整備(温度、湿度)を心掛けている。利用者には季節を感じ取れるよう壁面飾りを施し、少しでも心地よい環境を提供している。	うがい、手洗いを徹底し、衛生面に配慮している。共用空間は、徹底した温度湿度管理を行い感染予防を考えた環境を作っている。居間食堂で、一日ゆったりと過ごすことができるように、ソファの配置等に工夫している。	
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	共同生活を営んでいても体調など考慮して個々に居室で休息するよう心掛けている。食席についても定期的に交換して気分の固定化を防いでいる。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	利用者本人やご家族の要望を取り入れて、精神的に落ち着いた生活を営めるよう馴染みのものなどの持ち込みを奨励している。	ソファ、椅子、簡易トイレ、収納だな、ベッドが備付となっている(ソファや椅子は、面会者用として用意したものである)。利用者は、写真などの思い出の品を持ち込み、居心地の良い居室となっている。中には、段ボールのまま居室に持ち込まれ、そのまま置かれていたり、整理整頓されていないところも見られた。	
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	ホーム内は自力で歩行できるよう廊下などに手すりをつけている。又トイレなどにも転倒しないよう手すりや肘掛けなど設置している。		