

平成 24 年度

1 自己評価及び外部評価結果

事業所名：孝養ハイツグループホーム（向山ユニット）

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0390900025		
法人名	社会福祉法人 室根孝養会		
事業所名	孝養ハイツグループホーム（向山ユニット）		
所在地	岩手県一関市室根町折壁字向山67番地3		
自己評価作成日	平成24年11月7日	評価結果市町村受理日	平成25年4月15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.kaiyokensaku.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JivovocCd=0390900025-00&PrefCd=03&VersionCd=02
----------	---

【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 24年 11月 20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)】

向山ユニットは平成23年2月にオープンし、1年9ヶ月になろうとしています。利用者 男性2名、女性7名、管理者他職員7名で生活しています。利用者の中に、自称、「この家の主」がいます。長としての責任から、大きな声が飛び交うこともありますが、日常は、居ながらにしてみる事が出来る室根山をながめながら、皆さんと穏やかに過ごされています。リビングから見える畑には、今年もタマネギや、サツマイモ、なす、トマト、ピーマンなどを植えて収穫の喜びを体験しました。まだ、大根の収穫作業が残っています。医療面では地元の診療所と医療連携体制を結び、特定の看護師の訪問で、医療が身近になり、医療従事者からの的確なアドバイスを受け、迅速に医療とつなげる事が可能な為、健康管理の面でも安心感があります。

【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)】

孝養ハイツグループホームは、一関市室根町の中心地に位置し、室根山に抱かれた小高い丘にある「健康福祉の丘」エリアに立地されており、同法人が運営する特養ホーム・デイサービス事業に並びグループホームとして2棟が運営されている。年度始めに全職員で理念を見直し、誰にでも解りやすくをモットーに心配りと優しさにあふれた支援が提供されている。隣接する特養ホームや国保診療所、市保健センターとの連携も確かなものとして協力体制が確立されており、利用者・家族にとっての安心と信頼は強い。2棟のグループホーム共々、全館床暖房で利用者にとっては居心地の良い住環境となっている。生き甲斐活動としての畑づくり、やってみたい思いや特技を活かした意欲の尊重など、利用者個々の生活を支え「その人らしく」を活かしながら全職員一丸となって取り組んでいる。期待の大きい事業所である。

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)	○	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)	○	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、活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】

事業所名：孝養ハイツグループホーム（向山ユニット）

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	各種行事の立案等において、日々を振り返り、理念に基づいて対応、計画するようにしている。申し送り等での課題がある場合は、基本理念を再度確認するなど、同じ目線でケアが出来るように努めている。	年度初めに全職員で理念を再検討し、4つの視点に沿って作成した。日常の利用者支援に職員目線の同一化を図り理念が実践されている。地域への理念周知等は、地域との交流の機会に努めたいとしている。	
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	介護度が重く、介助が必要な利用者が増えているため、買い物など、外出の機会が得られる利用者は限られ、苑の周辺の散歩程度になっている。施設に、ボランティアでいらした、地域の方との交流は出来ている。夏祭りや、福祉祭りへの参加など利用者の希望を聞きながら交流する機会を作るようにしている。	近隣の住民との交流には若干難がある高台に位置しているが、地域の住民として室根地区の四季のまつりには参加している。秋の豊作展にはホームで採れた野菜を出展したり、敬老会に参加したり積極的に地域と関わりを持ちながら交流し、利用者の繋がりを支援している。	
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	地域に向けた認知症の理解などへの働きかけ等はしていないが、地域行事に参加した際に、支援の方法など地域の方に理解していたく事が出来る。		
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	委員の方ほぼ全員の参加があり、利用者の生活状況等、現状を理解していただいている。それぞれの立場から質問や意見、助言いただくので、機会を得て実践していくこととしている。	運営推進会議は議題協議に止まらず「介護職の確保策」や「周辺道路の交通事故防止」など、幅広い意見が出され、委員や職員の研修機会としても活用されている。今年は避難訓練等にも参加頂きホームの生活理解を得ている。会議がマンネリ化しない工夫や努力をしたいとしている。	
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	会議の折りには、行政より日頃の様子や町内、管内の情報を頂く事が出来、待機者についての情報など、連携を図っている。また、会議の中での講師等をお願いするなど、協力を頂いている。	内部研修に講師として市の保健師に参加頂いたり、保健福祉課とは電話での指導助言を頂いている。この他にも介護相談員や生活保護担当者等、様々な折に理解や実情把握頂けるよう連携を図っている。	
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	身体拘束ゼロ検討委員会に参加し、そこでの話した内容を周知し、身体拘束について理解を深めると共に、日常的にベッパ等使い方など、身体拘束にならないかチェックしている。玄関は、7時より21時まで施錠せずに対応しており利用者が、自由に出入りでき、一緒に外を歩いたり、他部署の協力を得て、安全にも配慮している。	母体法人の「身体拘束ゼロ検討委員会」に参加し、研修事例等を参考に日常の支援の検討や見直し等工夫を凝らしながら利用者支援を行っている。起こりやすい、見逃しやすい拘束について、職員がお互いにチェックし合うなど、全職員の身体拘束排除の意識の維持・高揚に努めている	
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	言葉がけに注意し、不適切な言葉がけがあったときは、その都度、注意し、申し送り等でも、周知徹底するようにしている。		

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
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	今年度は、研修への参加はない。必要時、リーフレット等で理解するように努めている。		
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	契約の折りには、重要事項説明書に沿って説明を行い、利用者や家族の不安や疑問点などを伺う等、納得頂いたうえで、利用開始できるようにしている。		
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	運営会議の折り、利用者や家族にも出席いただいている。面会時には、近況をお話しし、意見や要望を遠慮無く話していただけるような雰囲気作りを大切にしている。	推進会議や面会時、夏祭り等のイベントの際の訪問の際に、意見等を得ている。いつでもどんなことでも、どの職員にも話すことのできる雰囲気づくりを心がけている。今後は、家族アンケートも考えたいとしている。	なかなか意見等が得られない中、家族へのお便りや広報などを工夫したり、家族へのアンケートを実施するなど、普段から、家族等との連携・意思の疎通が図られるよう期待したい。
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	日々のケアの中で、気づきやアイデアについては、朝の申し送り時に話し合い、決定したことについては、申し送りノートを利用して、周知徹底をはかっている。	朝の申し送りで職員の要望・意見を聴いている。管理者の判断で解決できるものに付いては即処理しているが、法人全体で検討するものに付いては管理者会議に提案し検討・処理している。職員の生活相談に付いても組織として聴く仕組みが設定されている。	
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	資格取得に向けた支援を行い、介護福祉士など資格を取得した者についての扱いなど職務規程の見直しを行い、各自が向上心を持って働ける職場環境の整備に努めている。		
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	事業所内、法人内はもちろんのこと、事業所外での研修等は、出来るだけ全員に参加できる機会を確保し、ケアの実践につながるようにしている。		
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	県のグループホーム協会に加入している。県やブロック定例会に参加して、情報交換や勉強の機会としている。		

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
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	サービスの導入に向け、本人の自宅を離れることへの不安、環境変化による状態変化を予測しながら、本人の気持ちや希望、要望を傾聴し信頼関係が構築できるように努めている。特に、金銭管理に不安を持っている方には、家族との関わりを十分に把握したうえで対応している。		
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	申込みされた理由、実際、困っている事など、細部にわたり伺うようにしている。		
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	本人の状態や家族の状態、周りを支える地域の方々の状況を考え、よりよいサービスが導入出来るように対応している。場合によっては、居宅支援などの協力も頂いて良い方向に行くように一緒に考えている。		
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	日常の会話の中で、昔からのいわれ等を教えて頂けるので、それを参考にして季節の行事など共に楽しんでいる。調理、洗濯物干し等、出来ることに目を向け一緒に過ごしている。		
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	家族の面会時には、近況報告している。家族との時間を大切にしたいので、他の利用者や職員に気づかいをせずにお話頂けるように、居室を利用して頂いている。本人の思い出になるように、写真を撮って、居室に飾るなどしている。		
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	これまで利用していた、デイサービスや、他事業所等、馴染みの人がいるので、面会など交流している。行きつけの理容店にホームに来て頂いて、地元の様子に触れる機会としている。地域の行事にも参加し交流を深められるように努めている。	馴染みの関係があったデイサービス利用者との旧交や拘りの商店、親類縁者との交流継続を活かした支援を実践している。馴染みの床屋さんには、その店に行ったり、来てもらったりして、交流を継続するなど個々の思いが叶うよう関係者の協力を得ながら支援している。	
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	利用者同士の関係は把握できている。気が合わない利用者同士については、動向を見守り、行動、言動に変化がみられたときは、職員が間に入り、別な話題提供するなどして双方を取り持つようになっている。他の利用者の洗濯物たたみや、新聞たたみなど、みんなで協力して行っている。		

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
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	当法人の特養に長期入所となった方については、時折、面会し様子伺っている。他施設特養に入所された方については、家族に会った際に様子聞くなどしている。		
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	コミュニケーションを取る中で思いや考えを感じ取るようにしている。	利用者個々に寄り添い、個別の支援としてごく自然態に一人ひとりの生き方、過ごし方、暮らし方を其々の生活習慣と捉え、「その時・その瞬間・その気分」を大切に思いや意向の気付き等を本人本位の暮らしに結び付け支援している。	
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	日常の会話の中に、個々の生活歴が話題になっている。その中で本人が継続したい事もあるので、意向確認して少しでもケアに活かせる様に努めている。		
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	グループホームでの生活が長いので、ほとんどの利用者は、生活パターン決まっているが、レベル低下によりADL全介助状態の方は、本人ペースでの生活が困難になってきている。毎日のバイタル測定や排泄チェックにて健康管理している。		
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	家族や、他職種が入ったプラン作成には至っていない。担当介護士が中心となって、申し送り等で出された課題を検討しながら計画の見直しを行っている。	担当職員は正副と担当割されており、介護計画作成時は家族・本人の意向希望等は電話や面会時を利用し聞き取りをしている。担当者会議は管理者を中心に記録から課題抽出し話合っている。医療機関とも連携強化を図り介護計画を作成している。	
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	日々の生活で、新たな気づきや状態変化など個別毎に記録(パソコン入力)している。ケアの変更が必要な時は、パソコン入力だけでなく、申し送りノートに記録し、職員間で情報を共有しながら、申し送り時に検討するなどしている。		
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	病院通院時の対応は家族としているが、利用者の状態により職員が対応している。ホームでの生活状況やバイタル等情報提供し、主治医との連携を図っている。		

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
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	夏祭り行事に参加して、地元ボランティアの方の協力を頂き、楽しく見学出来ている。		
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	入居の折りに、通院対応が困難だったり、本人の状態安定されていることなど踏まえ、近くの診療所に掛かり付けを移して頂いている。診療所通院は、職員が対応している。専門外の診療科については、原則、紹介状を持って家族対応で受診している。	利用者家族等と話し合っ、希望するかかりつけ医師となっている。通院は基本家族付添いだが、隣接の診療所がかかりつけ医である事を含め、職員が同行したりと柔軟に対応して医療との円滑な連携に努めている。	
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	医療連携体制のもと、契約している診療所の看護師が、週2回ぐらい、ホームでバイタルチェックや健康相談を行っている。夜勤者が、休診日以外毎朝状態報告し、いつもと様子違うときは、必要に応じて通院するなど迅速に適切な処置につなげている。		
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。	1名の方、主治医の紹介で、9月、10月と2回口腔外科入院。環境変化により、落ち着かないと情報あり、病院に顔を出し様子を伺い担当看護師から、入院中の様子伺っている。家族から退院の連絡あったので、退院後の対応について担当看護師と電話で確認し連携を図った。		
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	重度化や終末期の対応については、入居時に本人や家族の状況を考慮して、主治医と連携を図り、利用者本人や家族のその時、その時の思いを確認しながらすすめていくことにしている。看取りについても、同様、誤解が生じないように慎重な対応としたい。	重度化・終末期対応については、利用開始時に利用者・家族の思いを確認しながら進める事で理解を得ている。現在のところ対象となるケースは無いが、重度化から終末期へ向けての段階的な支援取組等は具体的に検討したいとしている。全職員で学習を深めながら、前向きな支援に努めたいとしている。	近い将来の重度化や終末期、特に看取りについては、考慮しなければならない課題と思われる。利用者・家族の心配や職員の不安解消の為に段階的な研修を重ね理解を深めながら取組まれる事を期待したい。
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	母体施設にAEDが設置されており、講習も全員受けているので、一連の操作方法は共有している。介護事故後、事故原因を検証するなどして、今後の介護事故予防対策につなげている。		
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	今年も、11月2日に夜間想定での避難訓練を実施している。訓練の際は、職員が交代で夜勤想定者となり、一人で利用者を避難させること体験して、自分なりの方法をイメージし確立出来るようにしている。訓練には地元住民(あいあい会)の協力も頂いている。昨年度スプリンクラーを設置し、有事の際に備えている。	母体法人との合同避難訓練を年2回(昼・夜)実施している。震災後の訓練には地元「あいあい会」の協力を得ており、心強い存在となっている。今後は、ホームで毎月訓練日を探り入れ職員や利用者への意識付けをしたいと計画している。非常用備品・食品等の災害備品も整備されている。	

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
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	人生の大先輩として敬意を持って接すると共に、堅苦しい敬語は使わず、かといって馴れ合いにならないように心がけて対応している。日々の状態や表情をくみ取りながらその場にあった話しかけを行っている。	できることは、出来るところまで、得意なことは最後までなど、一人ひとりを尊重しながら、対応している。声掛けや会話にも尊厳を重視した対応を心掛け、常に利用者が心地よいと感じられるよう配慮した支援を行っている。	
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	はっきりと希望が分かる際にはそれに沿って支援する。意思表示困難な方については、押しつけにならないように、複数の選択肢を用意するなどして利用者を選んで頂いている。本人の思いや希望が出るようにしている。		
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	動ける方は、自分なりの生活パターンになっているが、全体的に食事を中心とした生活パターンになっている。車椅子で動けない利用者には、随時声掛けするようにしているが、希望話されたときのみの対応となってしまう。		
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	基本的には本人に任せているが、ズボンの上げ下ろしなど困難になってきた方には、手直し等の援助をしたり、季節に合った服装が出来るように支援している。		
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	野菜の皮むきやご飯、みそ汁の盛りつけなど、出来ることを一緒にしている。うまく盛りつけできたこと、共に喜んだり、「おいしかった。」と、食べ終わった食器を片付けながら感想を話したりしている。	家庭菜園の収穫物を食材として下準備から味付けまで利用者が出来る事、やってみたい思いを職員と楽しく会話しながら支援し、生活意欲を高めている。盛り付けの量、温かいもの、嗜好、買物等、身近な生活感を活かし楽しく生活活動として実践されている。	
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	野菜を多く取り入れ、献立が偏らないように注意し提供している。利用者の状態に合わせて、お粥、刻み食、とろみ剤等を使用し対応している。午前、午後とお茶の時間に合わせ、水分取れるようにしている。		
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	自分で歯磨き出来る方については、声掛けを行っている。毎食の実施に至っていないが、夕食後の歯磨きや義歯の洗浄は必ず行う。自分で磨けない方は、職員が介助している。		

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	食前、食後、就寝前に排泄の声掛けを行い、出来るだけトイレでの排泄できるようにしている。失禁時など、他の利用者につづかれない様に、対応し、本人のプライドを傷つけないように注意している。	個別の排泄記録を職員間で共有し、適時適切な声掛けと誘導によりトイレでの排泄・自立に向けた取り組みで成功したケースも多い。失禁により利用者の意欲が減退しないよう、さりげない声掛けと心配りで寄り添いながら支援している。	
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	食物繊維の多い野菜や乳製品を摂取して頂くようにしている。食前体操は毎日行っているが、椅子から動かないで座っていることが多くなってきたので、散歩などの声掛けもしている。排便チェック表を活用して、3日ないときは処方されている下剤を追加したり、センナ茶で様子見ている。		
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	一日おきの入浴が、習慣化されている。一番風呂を希望する方、未だ早いと拒否する方、利用者の希望する時間にあわせ対応している。感染症の利用者については、職員サイドで順番を組み立てている。	入浴を楽しみにしている方が殆どである。一日おきの入浴を基本にしているが、それぞれの希望によって、毎日や夕方入浴にも対応している。一番風呂、職員との対話等各自楽しんでいる。	
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	日中、出来るだけ身体を動かしたり、午睡で身体を休めたりして生活にメリハリを付け、夜間安眠できるように支援している。		
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	薬の処方時には、処方箋を確認して、服薬内容や副作用について全職員が確認共有している。服薬時は、誤薬しないように、本人と薬袋の名前、日付け等を確認して、しっかり飲み込んだか確認している。薬変更になったときは、服薬後の状態に変化がないか観察するようにしている。		
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	利用者の生活歴や性格など参考にして、男女関係なく掃除、調理の下ごしらえ、洗濯物たたみ、洗濯物干しなどお願している。自分の仕事だと、声を掛けられるのを、心待ちにしている方もいる。職員より感謝の言葉とねぎらいの言葉を忘れずにお話するようにしている。		
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	一人ひとりの、その日の外出などの希望はほとんどない。春の花見、秋の紅葉ドライブにも、希望者のみになっている。買い物も、車両の関係で、時間が限られるため、同行は少なくなっている。天気の良い日に外を散歩する程度。時々、帰宅を希望する利用者があり、家族の協力で自宅訪問出来ている。	利用者全員での「お花見」外出や「ドライブ」等、最近では室根山への「紅葉狩り」に出掛けしたが、希望者は年々減少傾向にある。個々の体調や家族との連携、天候等とも相談しながら利用者希望には個別に対応しているが、必ずしも希望に応じきれない場合もあることが今後の課題であるとしている。	外出支援は利用者の健康管理の一部と捉える事が大切です。企画立案を職員間で検討する等、利用者が魅力を感じる積極的な外出になるような支援を期待したい。

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	現金は、事務所金庫で預かっている。利用者から、欲しいものや買い物の要求はほとんどない。		
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	電話は、自由に掛けること出来るが、相手の話が聞こえにくいいためか、現在は、電話を掛けたいなど希望者はいない。		
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	玄関に四季の花を飾ったり、正月、七夕、クリスマスなど、季節を感じられるようにしている。	利用者が日中の大半を過ごす共用の居間は、食堂と続きになっており、壁飾りや利用者手作りの作品も利用者目線に装飾されている。明るく陽の射す食堂から望む室根山は、利用者の心の支えとして存在感があり、何とも言えない安心感と居心地の良い雰囲気醸し出している。全館床暖房で、居室も広く心地よい。	
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	食堂兼リビングでほとんどの利用者が過ごされているが、玄関外に出て長椅子に腰掛け、表の様子を眺めたりしている。テーブル席やリビングのソファにも、好みの自分の決まった席がある。		
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	自宅で使用していたテーブル、ソファ、ダンス等持ち込み頂いている。見慣れた物に囲まれて居室でくつろぐ姿がある。居室内は面会時に撮った写真を貼るなどして家族とのつながりも大事にしている。	利用者の居室は其々拘りの生活用品や自分が中心の記念写真、小筆筒・鏡・置き時計等が持ち込み、ベッドの向きも好みの向きにしたり、ドアには職員手作りの小物を吊下げて目印としたり、家族の協力で自宅生活の延長そのままに、利用者にとって居心地の良い「我が家」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	ホーム内は、バリアフリーになっている。玄関もスロープになっていて車椅子での介助も可能になっている。室内は、本人が動きやすいように配置し、ベットなど職員サイドで勝手に動かさないようにしている。玄関の施錠は夜間21時から朝の7時までで、日中は、屋外への出入り自由出来るようになっている。		