

平成 21 年度

事業所名 : グループホーム ゆうゆう北沢(A棟)

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	0372200337		
法人名	流通商事株式会社		
事業所名	グループホームゆうゆう北沢(A棟)		
所在地	〒028-3323 岩手県紫波郡紫波町北沢字北沢2-1		
自己評価作成日	平成 22 年 2 月 6 日	評価結果市町村受理日	平成 22 年 6 月 9 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://www2.iwate-silverz.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0372200337&SCD=320>

【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22年2月24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)】

開所して8年経過しましたが、開所以来継続入所している方が11名おります。ADLは大分低下しましたが未だ元気に過ごしており、多くのご家族は看取りまで希望しております。私達も皆さんの希望に添えるよう訪問看護ステーションと連携しながらケアに務めております。理念に沿って、その人らしい人生が送れるよう“ゆっくり・じっくり・しっかり”を合言葉に、“今を楽しく生きる事”を大切にしていきたいとチームプレーで日夜奮闘しております。

【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)】

開設8年目を迎えたが、当初から入所の方が11名、また介護度が4~5の方が18人中11人とおり重度化が進んでいるなか、医療面の必要はあるが、長い間手厚いケアでの支えの結果から利用者は元気で生活している様子がうかがえる。当ホームでは、「ゆっくり、じっくり、しっかり」という運営理念の下、その人らしく生きることの支援を目標に取り組んでいる。特に、サービスの質の向上や従業員の負担軽減等の面を考慮し、夜勤や遅番の体制見直しを行い、それぞれ複数体制とすることとしている。利用者をホームと家族が協働して支えようと、利用者の毎日の生活ぶりや健康の記録、介護計画の経過報告を毎月家族のもとに届け御意見を頂くなどケアに力を注いでいる。また、地域で認知症介護の悩みの相談とか、「高齢者安心ネットワーク」の支援のため町内の高齢者支援体制作りに参加するなど、地域への社会的貢献にも積極的に取り組んでいる。

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)
57	利用者職員が、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)
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)
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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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
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 : グループホーム ゆうゆう北沢(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	入居者の方々に「悠々とゆったり生活してもらおう」との意図で「ゆうゆう」と命名した。理念にも「ゆっくり・じっくり・しっかり」を盛り込み会議では夫々職員が実践できているか具体的な事例を挙げながら話し合い、確認している。	理念として掲げている「ゆっくり、じっくり、しっかり」を、職員が利用者との会話を同じ目線で話しているかどうかなど、具体的に実践し大切にしているかをお互い確認し話し合い、理念の共有に取り組んでいる。	
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	回覧板、クリーン作戦、農業用水路の清掃、公民館祭への参加等、交流に努めている。最近では近隣の仏事などが出た時の「隣組み案内」も頂き参加した。年々近隣とのお付き合いや、当ホームの理解が深まってきていると実感している。	バス待合室・用水路の清掃や、公民館祭への作品展示、夏祭りに参加するほか、山菜を頂いたり様々の交流がある。また近隣の仏事案内を頂くなど、地域の一員として受け入れられていることに事業所は感謝している。	隣接公民館を事業所が2ヶ月毎の運営推進会議や勉強会等に利用し、地域住民とのつきあう場として頻繁に利用しているが、今後とも日常的に地域との交流を深めることを期待する。
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	紫波町地域密着型サービス4事業所が協働で「認知症何でも相談所」の看板を掲げ、各地域の認知症介護の悩み相談を実施している。また各地区公民館単位で開催されている「認知症サポーター養成講座」の講師や更に、紫波町高齢者安心ネットワークの委員として町内の高齢者支援体制づくりに参加している。		
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	年7回を目途に開催している。利用状況や各月毎の活動報告に加えて、課題・問題点を議題として提示し、皆さんの意見を頂戴する機会としている。率直な意見やアドバイスが出てくるのでケア・行事活動等に積極的に活かす努力をしている。	推進会議は、通常より多い年7回を目途に開催している。事業所側の活動報告のほか、行政からの情報や、重度化対応の在り方など参加者からの積極的な意見が出されている。今後、消防協力隊の結成に向けたアドバイスを頂くとしている。	
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取り組んでいる	当ホームの運営推進会議の委員として紫波町介護保健室担当者の出席を戴き意見を伺っている。また、紫波町内の各地区公民館で開催される「いこいの家」にて「認知症の理解」キャラバンメイト養成講座の講師や「高齢者支援ネットワーク」の委員として認知症高齢者のサポート体制にも参加しながら、紫波町との密な関係作りに努めつつ、ホームの活動の理解や協力体制を構築している。	地元紫波町の積極的な取り組みに呼応して、当事業所も積極的に支援し、認知症の啓発を図る「憩いの家」事業を、町内の他の2つのグループホームとともに受託しているほか、キャラバンメイト養成講座の講師や高齢者支援ネットワークの委員も勤め、町との密接な協力体制が築かれている。	「認知症なんでも相談所」や「安心ネットワークサポート」は安心できる地域づくりに大きな役割を果たしている。今後も町や各事業所と連携しながら、取り組みの継続に期待する。

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
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	ミーティング・カンファレンス等で「禁止対象となる具体的な行為」について日常ケアの例を以って話をしている。問題を共有することで共通意識が図れると考えている。身体拘束ゼロを合言葉に日常ケアを心掛けている。	身体拘束禁止の外部研修への参加は勿論、ホームでも日常のケアで起きがちな事例（スピーチロックやドラッグロック等）を参考に勉強会を行っている。体にあつた椅子や車椅子を工夫する等利用者一人ひとりの対応がなされ、常にミーティングで振り返り全職員で共有している。	
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	虐待防止関連法について研修会に参加し、職員と勉強会をした。カンファレンス時には、ケアの仕方や声掛けが虐待につながるような対応となっていないかを話し合いながら進めている。又、入浴介助時・着替え時など、身体的変化が無いかの観察をしながら虐待の防止に努めている。		
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	3月研修受講。権利擁護は家族からの相談等はありませんでしたが過去には数件ありました。ホームでの生活に対する苦情相談等は紫波町介護相談員が1ヶ月に1回訪問し、入居者との面談によって早期発見早期解決できるよう努めている。		
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	契約時には各条ごとに条文を読み合わせながら、内容や考え方をわかり易いように心得ながら説明をしている。不明な点や疑問点がないか確かめ、納得の上で契約をするようにしている。退所にあたっては担当医師・家族との話し合いや、職員がカンファレンスを行い、双方が協議し納得の上で契約解除をしている。		
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	毎月1回、市町村派遣の介護相談員が利用者の意見や要望を聞き、管理者と市町村に報告している。又、2ヶ月に1回の運営推進会議には、利用者・家族共交替で出席していただき、活発な意見を頂いている。	月1回介護相談員が訪問し、利用者から話を聞いているほか、家族の面会時に聞いたり、運営推進会議には、家族が交替で参加し、全家族の意見を聞ける工夫をして利用者の意見の反映に努めている。	
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	ミーティング・カンファレンス・研修等には運営者も出席し、職員の意見・提案を聞きながら進めている。又、日頃から管理者も職員の意見や悩みを聞くよう心がけ、声掛けなども行っている。	ミーティング等に運営者や管理者も参加し意見等を聞く機会を設けている。その中で順番での洗濯や掃除、入浴支援等の仕事増への対応として9月から2人体制としたほか、緊急時の対応も考慮し平成22年度から夜勤2人体制とする予定である。	

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
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	処遇改善交付金については、職員個々に説明をし、基本給とキャリアに応じた臨時手当を支給して頂いた。就業規則の見直しをし働きやすい環境作りに努めている。		
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	事業所以外での研修会には出来るだけ多くの職員が参加できるようにしている。研修の報告書は会議で報告したり回覧によって皆で閲覧できるようにしている。又、資格取得に向けて介護福祉士・ケアマネ・ヘルパー研修の講習会参加には勤務体制も考慮し支援している。		
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	グループホーム協会の定例会や町主催の介護サービス事業所会議があり、その中で研修会・交流会・事例検討会等に交替で参加している。		
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	事前面談で生活状態を把握するために自宅又は利用施設を訪問し、本人の心身状態や部屋の様子・本人の思い、家庭環境などを見せてもらい、入居時の受け入れ対応がスムーズに出来るように努めている。		
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	本人の様子、家庭でのこれまでの対応や苦勞など、現在のサービスの利用状況など、これまでの経緯をじっくり聴くように努めている。家族からの苦勞話を聴くことで落ち着いてもらい、入居に至るまでの動機などを聴くと共にホームでの生活等についても説明をし、納得を頂いた上で入居して頂く様努めている。		
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	本人の状況や家族の思い等についてじっくり話を聴き、その後に改善に向けた支援の提案、早急な対応が必要な場合は相談者の家庭で出来る範囲で提案と相談をするようにしている。場合によっては担当のケアマネジャー等と連携しながら他のサービス機関につなげる努力をしている。		

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
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	本人の苦しみ、不安、喜びなどを知ることから始まり、共に支えあう場面作りや、得意分野を発揮できる機会を作りながら、自然に共同生活の楽しみが感じられるような場面作りに努めている。又、人生の先輩として年間の諸行事などを教えていただく回想法的機会作りをしている。		
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	入居者の毎日の行動記録・健康管理記録・ケアプランに対する経過報告を毎月行っている。入居者の行動や会話・心身状態及び職員から観た心配事をお知らせすることによって、家族からは「生活状況が手に取るように解る」とか「心配事を確かめに来た」などの意見が聞かれる。家族にとってとても有効な方法であるようで、入居者やホームからの要望・相談に早期に答えてもらっている。		
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	馴染みの知人、友人が訪ねて来り、誕生日、母の日等に花束やお祝い品が届いたり、できるだけ継続できるように努めている。お礼の電話も、出来るだけ本人に話して戴く事で関係を断ち切らないように配慮している。	利用者に花束やお祝い品が届いたときのお礼の電話を本人にかけさせるなどの気配りや、年賀状に本人の写真を撮って載せ友人などに送る手伝いをするなど関係継続の支援に努めている。	
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	入所者同士の仲の善し悪しや現在の心身状況を考慮し、その方の能力が発揮できたり協力できるように、食卓の座る位置関係の配慮や洗濯物たたみ・食器洗い、掃除等々の日常生活能力助成をしながら職員が活動援助の調整役となって支援している。		
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	退所した方々のほとんどは死亡しているが、火葬・葬式には参加するようにしている。入居当時の思い出話や、感謝の言葉をかけて頂く。又、その後も親戚・近隣で認知症の方の相談等があれば紹介を頂くケースもある。今年も引き続き運営推進会議の委員を継続する方もいる。(元家族)		
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	利用者の言葉から思いを察したり、旨く言葉に表現できない方の思いを過去の生活歴や、日々の行動・表情から汲み取り、家族と相談したりしながら出来る限り本人の希望に添えるよう努めている。	言葉で表現できる利用者は少ないので、日頃の表情や、過去の生活歴を参考に思いや意向をくみ取っている。また、パン屋さんなどの訪問販売にも来てもらい、手にとって品選びができるような支援も行っている。	

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	
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	入居にあたっては自宅を訪問し、本人と話したり部屋を見せて頂いている。又、家族との話から、過去の情報や生活状況を出来るだけ詳しく聞き、ケアを活かせるようにしている。入居後も本人の言動等に照らし合わせながら折に触れ、家族・友人・知人からの情報収集を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	入居者一人3～4回/日のバイタルチェック時を利用して会話とスキンシップをとり、心身の状態把握をしている。朝の更衣介助時や食事時などの言動も重視しながら状態観察把握に努めている。			
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	本人の日常生活の言動や、家庭訪問時・ケアプラン経過状況確認時の意見通信などの関わりから、希望や意見を思いやったり、医師・訪問看護・訪問してくれる友人等の意見を出来るだけ反映させるように努力している。アセスメントを含め職員全員で意見交換やモニタリングをし、カンファレンスをしながら介護計画の作成が出来るように努めている。	1ヶ月に1回、カンファレンスシートにより日常生活の言動等から利用者の意向を汲み取るほか、一人ひとりの利用者の役割や食事、排泄、睡眠等の状況や、さらに家族の要望、医師・看護師の意見等を参考としながら、3ヶ月に1回介護計画の見直しをしている。		
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	個別ファイルを用意し、日々の暮らしの様子や本人の言葉、エピソード等の記録と食事・水分量・排泄・バイタル等記録し、勤務前の引継ぎで確認し合いながら情報共有をしている。月末にはケアプランの経過状況を記入し家族に報告している。又、それらに対する意見・希望等を記入し確認サインをして頂いての返送を願っている。			
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	本人や家族の希望する病院の送迎や外出の付き添いなどの支援を行っている。地域住民のための「何でも相談窓口」への相談も少しずつ増えてきている。			
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	芸能発表会や公民館祭りへの招待、町の移動図書館かたくり号の立ち寄り等の協力を得ながら地域資源の活用をしている。近くの小学校とのボランティア交流やボランティアによる歌や踊りの訪問を楽しみにしている入居者もいる。			

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
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	本人や家族が希望するかかりつけ医を前提とし受診対応している。基本的には家族が受診対応するとしているが、通院の多くは職員対応となっている。医師から重要な説明等がある場合は家族の都合や医師の都合をすり合わせて同行していただいている。	受診は、本人・家族の希望するかかりつけ医を利用し、通院の際は家族対応を原則としているが、殆どの利用者は、ホーム職員の同行で通院支援を行っている。ホームでの暮らしぶりを医師に話し助言を頂きケアに生かしているほか、結果を家族にお知らせしている。	利用者の受診記録や毎日のバイタル、訪問看護アドバイス、健康相談など事細かに毎月家族へ書面で報告しているが、家族の安心・安堵に繋がることから今後も継続することを期待する。
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に基づき、日頃の健康管理や医療面での相談・援助を実施している。また近隣の訪問看護師が来てくれるので24時間相談が出来たり、深夜の救急の相談対応もしてくれる。		
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。	入院時は、本人への支援に関する状況を医療機関と話し合い、職員が頻繁に見舞うようにして様子観察や家族に替わり洗濯物の預かり等を実施している。又、家族を交えて医師・ケースワーカーと病状の経過状況を話し合ったり、グループホームへの復帰が可能かどうかの検討もしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	訪問看護師の助言や指導を頂きながら家族ならびにかかりつけ医と話し合い、申し送りのほか合同会議の時に、再度、全員で方針を共有している。	医師や訪問看護師の助言を受けながら、家族と何でもじっくりと話し合い、ホームでの生活が可能である限り、重度化、終末期のケアに取り組んでいくこととしている。	かかりつけ医の往診や頻回な訪問看護、家族の協力により実際に終末期の方を無事看取っている。今後も家族等の意向、対話を重ねて素晴らしい経験を活かすことを期待する。
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	応急手当の方法や急変時対応は定期的に訪問看護師に助言を受けている。突発的な事故対応処置が発生したり、異変急変時は看護師に連絡し対応している。心肺蘇生法やAEDの使用法の勉強会も定期的に行っている。		
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	定期的に訓練を行っている。今年は8月に長岡小学校で町の総合防災訓練が行われ、地域の方々とともに参加した。	消防署の協力のもとで避難訓練等を実施している。平成22年度から夜勤者を2人と安心安全の体制強化を図るとともに、夜間訓練やスプリンクラーの設置も計画している。	車椅子での避難など人手が多く係る部分に、地域消防団や婦人協力隊、地域住民など併せて20名ほどの協力が得られているが、引き続きの協力支援に期待する。

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	本人を傷つけないような言葉かけに配慮している。会議や事ある毎に会話の例を以って職員への意識付けに努めている。特に入居者の前では大きな声で私語を慎むように意識付けしている。記録等の個人情報出来るだけ目に触れないよう配慮している。	職員が忙しい時には大きな声で話してしまうこともあり、また、利用者が自分の世界に浸りこんでしまっていることもあることから、同じ目線でアイコンタクトを取りながら、静かに話しかけるほか、一日を振り返って声がけや利用者対応の自己評価を定期的に行っている。	
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	美容院への希望や、嗜好品の購入など入居者に声かけをしながら外出支援をしている。トイレ誘導やお風呂誘導も表情や間合いを取りながら納得して行動して頂くように配慮をしている。		
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	起床時間はその方の様子や体調によって、食事時間や場所は本人の望むように。他、外食・買い物・美容院への希望を聞きながら対応している。一人ひとりの状態や思いに配慮した日々の支援を心掛けている。		
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	食べこぼしや汚れなどがないように清潔なものの着衣を心掛けている。本人の希望を聞きながら毛染めをしたり、カット・パーマは画一的な借り上げヘアにならないように本人にあったスタイルを重点にお願いしている。夏祭りや敬老会などには化粧をし、浴衣や甚平を着ておしゃれをしている。		
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	職員も一緒に食事をし、一人ひとりの食事の進み具合や残食観察をしながら、好き嫌いを見極めたり、献立に活かす工夫をしている。食事の準備は材料の下ごしらえが主で、皮むき、キザミ、分別や、茶碗拭き・お茶入れ、お絞りの作りなど個々の能力に応じた手伝いをお願いしている。	刻み食やミキサー食等、介助が必要な利用者には1時間位かけてゆっくりした食事支援をしているほか、職員も一緒に食べながら好き嫌いや嚥下の状況を観察し、献立に活かす工夫をしている。食事の準備では材料の下ごしらえなど、能力に応じた役割を担い楽しく食事をしている。	
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・水分摂取状況を毎日チェックし記録をして職員が情報を共有している。食事量が少ない利用者は、家族と相談し、処方箋による栄養補助食品などを使用し低栄養にならないよう配慮している。水分摂取はお茶・水だけでなくポカリスエット・ゼリー・果物等で工夫しながら水分摂取確保に努めている。		

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
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	毎食後歯磨きの声掛けを行い、個人の能力に応じて職員が見守りや介助を行っている。就寝前は義歯の洗浄消毒をすすめるよう努めている。		
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	一人ひとりの排泄パターンや、力を把握し、プライバシーに配慮しながら気持ち良く排泄が出来る様、支援している。又、排泄チェックを行いながら、体調管理を行い、皮膚の状態や回数・量などに合った、パットやリハビリパンツ・布パンツなどで対応している	排せつパターンを把握し、日中はトイレでの排泄支援を行い、夜は、定期的に尿量に合わせパット交換し気持ちの良さや清潔を保つようにしている。なお、リハビリパンツを利用する場合、職員が実際に使ってみて、留意点を確認しながら利用者にあったものを使う工夫をしている。	
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	一人ひとり食事、排泄、活動状況等を考慮しながら水分摂取や食物等の対応をしながら出来る限り自然排便が出来るように工夫している。便秘がちな場合は指圧によるツボ・腹部マッサージ・下剤等をその人の状態に合わせて対応している。		
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	シフトの関係や2ユニットの為に2日に1回だが、好きな時間帯に入浴している。好きな入浴剤を利用したり、好みの温度にして満足していただけるように支援している。	入浴は2日に1回、午前、午後と利用者の好きな時間入浴している。ADL低下の人にリフト浴を検討したが、スキンシップや皮膚の状態等、細かな介助対応のため遅番を2人体制とし個々にそった支援ができるよう努めている。	
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	生活習慣や体調に応じ、昼寝や休息の時間に配慮している。又、昼夜逆転にならないように、日中の活動や関わりを持ち、生活のリズムが整えられ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	薬局からの服薬情報とその効能や副作用をコピーし、ケースごとにファイルして、職員が内容把握できるようにしている。また、本人の経過状態を観察しながら、医師との情報交換に努めている。		
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	りんごの皮むき、干し柿作り、食器拭き、洗濯物たたみ等、その人の生活歴等や残存機能を考慮し、持てる力が発揮できるようにしている。遠出や地域の行事等の参加は、体調や表情を見ながら一人ひとりの希望に添えるよう支援している。		

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
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	小学校の運動会・発表会や、地域の公民館祭りに招待して頂いたり、受診の際に外食をしたりしている。天候を見ながら、スロープから裏に出て、畑の収穫を見学したり、玄関に出て涼みながら歌を歌い楽しんでいる。	暖かい日は庭での外気浴や近くの神社まで散歩し、ばっけやわらび等探ったり、地域の人達と会話をしている。孫の結婚式に職員立ち会いで参加し、本人にとって楽しい思い出となる支援をしている。天気の良い日はドライブや地域行事などに出かけている。	
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	能力勘案で家族の協力を得ながらお金を持っている人も数人いる。近くのお店に食料やおやつを買いに出掛けたり、日用品の買い物にスタッフと一緒に掛ける時もある。ホームにパン屋さんや焼き芋屋さんが来て下さる機会もあり、選ぶ楽しみや、お金を渡し精算する機会もある。		
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	身内からの贈り物等があった場合など本人の能力を考慮し、電話をかけたお礼状が出せるよう支援している。また、毎年、年賀状は各自で2~3枚づつ自宅・友人知人・親戚に出せるよう支援している。		
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	茶碗を洗う音、野菜をきざむまな板の音、魚を焼く匂いなど家庭生活の五感刺激やミズキ団子作り、豆まき、ひな祭り等の行事で季節感を取り入れる工夫をしている。夜間のトイレで覚醒しないように照明への配慮をしている。	ホールや廊下の共用スペースには手作りのお雛様や行事の写真、小学生の千羽鶴、また屋内の緑のつた(ポトス)はリビングまで伸びて、落ち着いた独特の雰囲気を出している。なお夜間にはスリッパの音が響くので音がしないものを履くなど気配りをして支援している。	
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	入居者同士の間隔関係を配慮し、居間のテーブルの配置を分けたり、廊下に椅子や畳台を配置し、一人で過ごしたり、仲の良い入居者同士でくつろげるスペースをつくっている。		
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	入り口や窓の位置などを考慮し、ベッドの向き、たんすの位置、置物、壁飾りなどの配置工夫をしながらその人にとって落ち着けるような居室づくりが出来るように、入居時には家族と共に設えをしている。また、居室に仏壇を置いて供花や朝にはお水・お茶などの供物をお供えしている。	居室には、自宅で使っていた筆筒や位牌を持ち込むなど、それぞれの雰囲気の中で居心地よく過ごせるよう工夫している。なお、今年は一人ひとり異なる柄を選び職員手づくりの「のれん」を居室入り口にかけるなど廊下が華やいている。	
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	一人ひとりの「出来ること」を活かしてベッドや家具の配置を換えたり、手すりを増設している。又、「わかること」を活かして、表示を「便所」、「手洗い場」にしている。声掛けも一人ひとり「わかることば」例えば「小便」等工夫して支援している。		