

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 | 0390500148 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 石鳥谷会 | | |
| 事業所名 | グループホームいしどりや荘 1号館 | | |
| 所在地 | 岩手県花巻市石鳥谷町好地14-10 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年11月5日 | 評価結果市町村受理日 | 平成25年4月26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/03/1/index.php?act=on_kouhyou_detai_2012_022_kani=true&ji_gyosyoCd=0390500148-00&PrefCd=03&Versi_onCd=022 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|---------------------------------|
| 評価機関名 | (公財)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24年11月15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)】

同じ敷地内に同法人の特別養護老人ホームいしどりや荘などがあり、日常的に介護面・医療面などバックアップ可能な体制が整っている。利用者の介護度が高くなり、身体介護の必要性が大きくなった場合などは、希望により優先的に特別養護老人ホームへの入所が出来るようになっており、馴れた環境で住み続けることが出来ることで、本人や家族共に安心感がある。
スタッフのうち、特別養護老人ホーム(従来型・ユニット型)やデイサービスなど経験のあるスタッフが多くの介護経験や認知症の知識を生かし、中心となって日々利用者の対応にあたっている。また、地域の介護教室講師や地域の施設などへの技術指導などへも積極的に行っている。

【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)】

当グループホームは、社会福祉法人石鳥谷会に属し、介護老人福祉施設、通所介護事業、認知症対応型デイサービスセンター等が同一敷地内に併設されている。今年4月からは2ユニットになった。職員は経験年数1年目の方から10年以上まで幅が広く、常に利用者の立場に立ったケアを模索、追及している。昨年度の震災を経験して、備蓄のあり方を検討し、今年からは法人管理から、ホーム独自で保管、管理し発電機も購入するなど意識向上に努めている。

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) | <input type="radio"/> | 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ます (参考項目:9,10,19) | <input type="radio"/> | 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) | <input type="radio"/> | 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) | <input type="radio"/> | 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) | <input type="radio"/> | 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) | <input type="radio"/> | 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) | <input type="radio"/> | 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) | <input type="radio"/> | 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) | <input type="radio"/> | 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 | <input type="radio"/> | 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) | <input type="radio"/> | 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 | <input type="radio"/> | 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) | <input type="radio"/> | 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 | 法人の「経営理念」「行動指針」を基本として、スタッフの共通目標として作成したGHの「介護方針」の実践を目指している。 | グループホーム独自で「介護方針」をスタッフ会議で作り上げた。法人の「経営理念」「行動指針」と一緒に玄関に掲げ、困難事例や迷いが生じた時に理念に立ち戻れるところとして共有している。 | |
| 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 | 法人全体の行事において、町内の保育園・小学校・中学校・高校、地域の方々の踊りやボランティアなどにより交流がある。 | 自治会には法人として加入しており、地域の情報は得られている。法人全体の行事に参加することが多く、ホーム独自としての取り組みは今後の課題としている。 | 利用者がホームで暮らし続けるために、普段の暮らしの中での近所づきあいや、地元の活動、地域住民との関わりを積極的にもつよう望みたい。 |
| 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 | 地域の方々や隣接する特養入居者の家族などの見学を受け入れしている。今後は実習の受け入れや職場体験などの受け入れも行っていきたい。 | | |
| 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践、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 | 2か月毎に定期開催している。現在の状況や行事実施報告している。運営会議での助言や意見をスタッフ会議で報告し、改善につながるように活かしている。 | 構成員として、地区公民館長、包括支援センター職員、元老人福祉施設職員、市民サービス課職員、家族となっている。2ユニットになり、新しく入られた利用者や職員の人事異動によって、利用者の不穏状態、帰宅願望等の対応について、今後のケアの向上に活かされるよう介護技術のスキルアップしたい意向である。 | 会議には、利用者、その家族や課題に応じた職種の人材の活用(オブザーバーとして)など積極的に関わりながら、今後も意見交換の場として活用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に取り組んでいる | 運営推進会議に毎回、市担当者および地域包括支援センターのケアマネに参加して頂き、意見交換している。 | 運営推進会議の委員に市の担当者にも参加して頂いている。ホームの運営やケアの在り方には理解されており、意見や助言を頂いている。(例 利用料、相談苦情の取り扱い等)包括支援センターからの要請で介護教室の講師として出向している。利用者の認定、更新の手続き等家族が出来ない場合は職員が支所に出向いており、行政との連携も良好といえる。 | |
| 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 | 夜間は防犯のため玄関の施錠を行なっているが、日中は行なっていない。法人全体として「身体拘束ゼロを目指して」を玄関に掲げている。また、法人として身体拘束委員会を設置し、GH職員もメンバーとして参加している。 | 法人の身体拘束委員会にホームの職員も出席し、スタッフ会議で報告している。個々によるレベルの違い、男女の違い、ことばによる拘束等グループホームとしての方向性を見出しながら取り組みしている。特に利用者に対する「ことば」は職員同志注意し合いながら個々の行動についても理由を理解しながら、注意をそらしたり一緒に行動をとるなど工夫しながら支援している。 | |
| 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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている | 普段から、言葉遣いなどを気をつける配慮をしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 現在必要とされる方がいませんが、制度として必要な時に活用できるようにしている。 | | |
| 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 | 重要事項説明書などの資料を用いて説明を行っている。 | | |
| 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 | 利用者の想いを傾聴し、不満・苦情を受け止め改善に取り組んでいる。ご家族とは面会時などにお話するように心がけている。電話等での苦情・相談にもしっかり耳を傾け、対応できることは十分に検討している。 | 利用者の意見、要望は、居室やスタッフルームで話される事が多い。中には部屋を変えてほしいとの要望はあるが現在検討中である。家族からは、スタッフの名前が分からないとのことで、2ユニットの玄関に写真と名前を掲示した。 | |
| 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 | 法人で毎月定期開催の経営検討会議の中で、各事業所からの状況報告・意見・提案がある。法人全体での提案制度を実施しており、提案事項は十分検討され、施設運営などに生かされている。グループホームとしても、月1回のスタッフ会議を開催し、各スタッフからの意見交換を行っている。 | スタッフ会議を毎月1回は開催し、勤務体制について等、諸問題を検討し、試行錯誤しながら実施している。1ユニット増えたことによる職員の増加で、利用者が不穏状態になったり、帰宅願望が強くなったりした。今後、人事について法人へ相談を申し出したいと考えている。外部評価の取り組みで、目標達成についてスタッフ会議で話し合っている。 | |
| 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 | 人事考課制度に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 各種研修会に適任者を参加させ、専門的に業務に従事できるよう努めている。また、グループホームとしても、認知症・介護技術の勉強会を実施している。 | | |
| 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 | グループホーム研修会などへ積極的に参加することが必要と思われるが、実施にまでには至っていない。3か年計画で全職員対象に県外への施設視察研修を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 日常から本人の状態や思いを聴くようにしてコミュニケーションを密にし、その情報は職員間で共有しながら、状況把握や関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 本人の状態や家族の困っていることをゆっくり聴いている。施設内を見学し、GHの生活を見てもらい、生活上の不安なことをよく聞いて、理解するように心掛けている。 | | |
| 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 | サービスの必要性などを説明し、十分に理解、納得して頂くことでサービスを開始している。サービス開始後も家族の不安解消に努めるため、電話や面会時の相談にも柔軟に対応している。 | | |
| 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 | 調理の下ごしらえや後片付け、掃除などの家事全般、個々の能力に応じて出来る事を、利用者の状況を見ながら、役割分担し一緒に行ったりしている。 | | |
| 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 | 夏祭りなどのご案内をお送りしており、参加していただけるように法人全体で取り組んでいる。また、面会時に、日々の様子や気づきなどを伝えたり、個々のケース記録を毎月郵送している。 | | |
| 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 | 馴染みの物は持参頂くように説明している。知人や友人の面会は、周囲に気兼ねなく過ごしていただけるように努めている。 | 入居されるときに、家族から情報を得ている。特に面会については、親族以外の方には注意してほしいなどの要望もある。お盆の墓参りには家族の了解を得ながら一緒に出かけたり、通院の帰りに自宅へ寄ったり、又 美容院に行くなど家族との交流を図れるようにしている。 | |
| 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 | 互いに食事や散歩などに誘い合ったり、出来ること出来ないことを助け合いながら生活できるように、スタッフそれぞれが理解し、常識にとらわれずに支えていくように努めている。 | | |

| 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 | 併設の特養や居宅支援事業所など、法人全体でフォローできる体制を整えている。退所後、同法人特養への入所の際は、情報を提供し本人が新たな生活により早く適応できるように努めている。 | | |
| 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 | 普段から傾聴の気持ちで、利用者が話しやすい雰囲気作りに努めている。困難ケースに関しては、日々の表情や行動などを汲み取り、ご家族からの情報提供や、主治医への相談などで本人に合わせた対応が出来るように努めている。 | 一人ひとりの症状、行動、表情、レベルなどの違いを職員が共有しており、更に家族からの情報、又は主治医のアドバイスで本人の思いに関心を寄せながら対応している。 | |
| 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 | 入所の際、家族より情報を得ており、入居後も、面会時や電話などで連絡を取り合っている。また、本人との会話の中から読み取れることも多いので、記録に残したりしている。 | | |
| 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 | 毎日、業務日誌に1日の様子を時間ごとに記録している。 | | |
| 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 | 日々のミーティングや月1回のカンファレンスなどで話し合い検討している。家族参加はできていないが、面会時や電話連絡時に話や意見をいただくようにしている。 | ケアマネジャーと利用者の担当職員、家族からの意見や情報、そしてケース記録を参考にしながら、介護計画を立てている。ケアプランは3か月ごとのスパンで見直しをし、継続して行われており、毎月のスタッフ会議で検討されている。 | |
| 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 | 日々の様子を個別に記録しており、その内容を基にケアプランの見直しや日々のケアに生かすようにスタッフ間で情報を共有し、話し合いを行なっている。 | | |
| 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 | 本人の希望によって、買物や外出、ドライブなど柔軟に対応している。また、法人内の認知デイや特養など他事業所の協力も得ながら対応している。 | | |

| 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 | 地域の協力を得ての避難訓練など法人全体での協力を得ている。 傾聴ボランティアの受け入れを毎月行っている。 | | |
| 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 | 入居前からのかかりつけ医への受診を継続し、症状に合わせて受診調整を家族と連絡しながら行なっている。必要に応じてスタッフの付き添い、主治医と直接相談することもある。 | かかりつけ医の受診と、家族からの要望で緊急時の場合を考慮し、協力医へ変更になった利用者もいるが、兼務している看護師と医師との連携が図られており、受診後はホームの様式にて報告を受けている。 | |
| 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 | 看護師を兼務する当グループホームのケアマネが中心となり、介護職も利用者の健康管理に積極的に対応している。また、併設された他事業所の看護師の協力を得る体制も整っている。 | | |
| 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。 | 協力病院とは連携をとりながら、情報交換を行なうことができるように連携に努めていきたいと思っている。 | | |
| 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 | 重度化した場合は、優先的に法人内の特養に移ることも出来ることを説明している。 | 契約時に重度化や終末期に向けた方針を説明しているが、医療行為が生じた場合(事例:骨折して全介助や、食事が摂取できない等)や、家族からの要望で法人の特別養護老人ホームへの申し込みが出来る事としている。職員間での勉強会や、技術向上を目指し、共有できるよう今後の課題としている。 | |
| 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 | 消防署主催の「上級救急救命講習」等に参加し、その内容をもって、事業所内で研修を開いたりしている。グループホームとしても急変時の対応に関する勉強会の実施を検討している。 | | |
| 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 | 火災発生用に緊急警報装置やスプリンクラーを設置している。年1回の避難訓練を消防署・地域住民・地元消防団の参加により法人全体で実施している。 | 法人全体としての避難訓練で、グループホームには消防署員が1名配置して実施されている。地元消防団や、婦人消防協力隊との体制づくりが築かれている。震災後の備蓄はホーム独自で管理、保管されている。発電機も購入した。通報訓練、避難訓練を行っているが、夜の訓練は実施されていない。 | 景色が暗くなり、足場の違いに適切な判断と対応が出来るよう職員自身が体得していくことが大切である。地域の方々の協力が具体的な支援方法につながるよう期待したい。 |

| 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 |
| 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 | 一人一人の関係を大切に、プライバシーに配慮しながら、得た情報は外部には漏れないように各スタッフに指導している。また、言葉掛けも馴れ馴れしくなり過ぎないように配慮するように努めている。 | 入居前に生活してきた環境、生活歴の尊重を大切にしている。外出傾向の強い方の理由を知ることになっている。例えば畑に行く事を日課としていた方、庭の花を毎日見に行っていた方、その行動を理解しながら支援に取り組みしている。一人ひとりの名前の呼び方、言葉づかいにはスタッフ同士で注意し合っている。 | |
| 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 | 他人にとっては意味のない行動でも、本人にとっては意味のあることだと理解するように努め、その行動を抑えることなく、本人と関わるようにしている。 | | |
| 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 | スタッフ側の都合で押し付けることなく、出来る限り本人が希望する生活を支援するように努めている。また危険が伴う希望の場合などは、代替の方法を提供し、説明するようにしている。 | | |
| 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 | 自発的におしゃれや身だしなみが出来るように支援している。(整髪、髭剃りなど) | | |
| 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 | 食事の下ごしらえや後片付けに関しては、スタッフと一緒にこなしているが、調理に関して、現在は調理員による食事提供により、おいしく、安全な食事提供を心がけている。 | 献立は特養のメニューを基本にし、職員が利用者の要望を入れながらホームらしい献立としている。利用者みんなで出来る事を手伝っている。毎月1回お楽しみでホットプレートで料理したり、お花見、紅葉狩り等家族と一緒に楽しく食べるための工夫がなされている。畑の野菜も大いに活用している。おせち料理には職員手作りで一人ひとりに折箱で提供されている。 | |
| 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 | 食事量や水分量は、毎食チェックし記録している。献立に関しては、特養の管理栄養士の作成したものをベースにグループホームに合わせた食事を提供している。 | | |
| 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 | 特に希望がない限り、みんなで誘いながら出来るようにリビングの洗面台に歯磨きセットを常備して行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 排泄記録表を使い、個々の排泄パターンを把握するように努めている。また、便尿意のサイン(表情や行動)に気付くように心がけ、誘導等を行なっている。 | 排泄チェック表により、個々のパターンを把握し、声掛けや誘導が適切に行われている。トイレに行く事の意識付けを大切に、居室にポータブルを置いてる方もおり、日中も使用してる方、夜間のみ使用する方、さまざまではあるが、便座に座る工夫とトイレトペーパーの使い方を工夫するなど支援に努めオムツからリハパンになった方もいる。 | |
| 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 | 排便を促す食べ物や飲み物の摂取に取り組めるように考えているが、現在は薬に頼る部分が多くなっている。 | | |
| 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 | 決められた入浴時間はあるが、希望があれば柔軟に対応している。 | 週2回で時間は決められているが、夏はシャワーや足湯など柔軟に対応している。現在は夜の希望はない。浴槽も青森ヒバを使用したお風呂で、手すりも、縦、横、高さなど、掴まるところが自由に出来るように工夫されたものが設置されている。バイタルの基準の判断は、かかりつけ医や、協力医からの血圧管理手帳で実施されている。 | |
| 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 | 利用者がリラックスして過ごせるようにリビングにソファを置いている。また、小上がりの畳のスペースがあり、昼寝をする方々が利用している。日中、居室で過ごされる方もいる。 | | |
| 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 | 毎日、服薬箱に薬をセットしている。「薬の説明書」をファイルし、内容確認がすぐできるようにしている。薬の変更があるときには、日誌に記録するほか、申し送りノートに記入し、全スタッフが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 | 一人一人の得意な仕事や趣味などが発揮できるような支援に努めている。元看護師の方には、脈を取ってもらったりしている。 | | |
| 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 | 本人希望があれば、食材の買い物へ同行していただいている。また、自宅への外出や墓参りなど家族への協力を得ながら外出できるようにお願いしている。 | 外出希望する方が優先的になる状況である。スーパーおやつの買い物、本屋、などに出かけていく。日常的な散歩は、ケアプランの中に盛り込まれ、法人内の散歩を支援している。皆さんで外食したり産直に行くなど、気分転換にもなるよう心がけている。 | |

| 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 |
| 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 | 基本的には、預かり金として管理しているが、本人の能力に応じて日常的に所有している人もいます。ただ、希望されて所有されている方でも紛失の心配のある方には、家族への説明と理解を求めると同時に、スタッフが日々確認して紛失を防いでいる。 | | |
| 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 | 電話の取次ぎを行なったりしている。家族からの贈り物の礼状を書いてもらいFAXしたり、電話を掛けたりしている。 | | |
| 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 | 利用者にとって不快な音や光がないように配慮している。夜間の照明には特に気を使っている。 | 居間と食堂が兼用で台所と対面式となっており、利用者の行動や表情が把握できるようになっている。トイレの建てつけを工夫したり、トイレの向きを変え、立ち上がりやすくなるようにした。ソファやマッサージ機が置かれており、実際に気持ちよさそうに使われている方がいた。外の景色も見る事が出来、季節、天候を感じる事ができる。 | |
| 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 | 座る場所や、椅子、テーブルなど自然に定位置となり、個々に馴染んで過ごしている。それぞれ思い思いに新聞や雑誌、テレビなどを見たり、ソファで横になったりして過ごされている。 | | |
| 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 | 入居の際に、自宅で使い慣れた馴染みのベット、タンスを持ち込んでもらうことの意義を家族に理解協力してもらっており、実際に持ち込んでいただいている。 | それぞれの居室づくりが行われている。ベットも電動式介護用、一般用と利用者に合わせて使用している。テレビ、整理たんす、ハンガー、衣装ケース等居心地良い空間を各々が作られているように感じた。 | |
| 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 | 施設内部は全てバリアフリーになっており、トイレや浴室の手すりは介護士の経験上、利用者が使いやすい物を取り寄せて設置している。ベッドは体型に合わせて立ち上がりやすい物を購入した。 | | |