

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	2673300071		
法人名	はしうど福祉会		
事業所名	グループホーム いわきの里		
所在地	京都府京丹後市丹後町岩木985番地		
自己評価作成日	平成26年2月15日	評価結果市町村受理日	平成26年6月3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.kagokensaku.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=2673300071-00&PrefCd=26&VersionCd=022
----------	---

【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 市民生活総合サポートセンター
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル
訪問調査日	平成26年3月10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)】

・1つは食事です。食べられる時に色々な食材・料理を食べていただきたいという思いで、献立作りに力を入れています。勿論、ご利用者の嗜好も伺いながら献立にも取り入れています。
 また、ご利用者としっかり関わる時を作ろうということで、あえて個別ケアをする日を設けています。内容はご家族とも相談し計画を立てることで、施設入居しても家族との繋がりを継続させる役割をしています。
 生活面では一緒に生活をしていくという観点から、共に掃除・炊事等の家事ごとをしています。
 ・ご利用者の健康、安全を守る為に、毎月救急訓練をしています。心肺蘇生方法は点としての学びはこれまでからしてきましたが、一連の流れの中で練習することはありませんでした。ストーリー性を持った訓練を1ヶ月の中で2度同じ内容を行うことで概ね全職員が参加できるように工夫しています。

【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)】

理念に沿って作成された事業所の今年度の目標は、家族の繋がりを大切にしたい個別ケアと定め支援を展開しています。目標の策定にあたって職員の意見を収集しその中から3つのテーマを選んでおり、前年度の理念を振り返る機会にもなっています。職員は利用者が家族との繋がりを意識し、家族会では本音で話し合う機会を作ったり、利用者の思いを理解できるようコミュニケーションを図っています。利用者の思いを受け帰宅や行きたい所への訪問などを家族と調整しながら実現するなど、家族との関わりも含め利用者らしい生活に向けた支援に繋がる様に検討を重ねています。また、食べたいものや郷土料理等を大切に考え、重度の利用者の食欲に繋がりを取り戻された事例もあり、利用者の思いに添うことの重要性を確認しより良いサービスの提供に向けて取り組んでいます。

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		

自己評価および外部評価結果

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	・よく見える所に理念は掲げているが、どの職員も把握しているかといえば出来ていない。 よいケアの取り組みは出来ているが理念の意識は出来ていない。	理念は開設時に作成され玄関に掲示し、皆が見て意識できるようにしています。理念に沿って毎年目標を策定し、日々の支援の実践に繋がっています。今年度は特に個別ケアを目標に掲げ、家族との繋がりを大切に帰宅や行きたい所への訪問の実現など家族と調整しながら実現しています。	
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	・日常的にとまでは言えないが交流している。 ・特定の地域の方の来訪はある。また、近所を散歩する事で顔見知りになり、利用者が一人で出てしまった時に近所の方に連れてきてもらったり教えてもらった事がある。また、野菜等の戴き物もある。こちらからお寿司やおはぎ、弁当等のおすそ分けを近所等にしている。	日々の生活で近隣の方と繋がりは深く、隣人である宮大工による机の脚の付け替えや物干場の改造や畑を耕したり、植え時の声掛け、花や野菜の差入れなど近隣の方々に支えられています。秋祭りや地域の運動会に参加し、併設する事業所の利用者との交流も楽しみとなっています。また、老人会に向けた認知症の講座を企画しています。	
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	・施設での行事には地域の方も出席して頂き、利用者とは話す機会も持ち理解して頂いている。 ・運営推進会議では認知症について教えてほしいとの希望もあり実践していきたいと考えている。 ・毎年、サポーター養成講座を各地区で行っていたが今年度は概ね、回ったこともあり行っていない。		
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	・会議では利用者の生活状況も報告している。誤嚥の報告をした際、予防的な助言を頂いた。 会議の時には常に、そのような話題は挙がっている。	会議は多くの出席を得て2か月に1度行われ、スライドを使うなど事業所の状況報告を視覚でも伝え、意見交換が行われています。地元の裏山の落石などの情報から避難誘導の意見交換が行われたり、駐在員の出席の際に地域の高齢者の様子や詐欺への留意点など多彩な話題があがり、有意義な会議となっています。	
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	・運営推進会議の常時、出席メンバーでもある為、状況報告をする中で実情を理解してもらったり、助言をもらったりしている。	運営推進会議に市職員でもある保健師の出席もあり、利用者の相談や悩みなど、何かあれば密に連絡を取り合っています。管理者連絡会が役所を会場として行われており、連絡事項が伝えられたり、事業所の理解にも繋がっています。	
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	・法人内の地域密着事業所(3事業所)合同で、身体拘束についての勉強会を行った。1回目は基本について、2回目は地域密着事業所独自で『言葉の拘束』について学んだ。意識の継続を図る為に引き続き3事業所で行って行く。現場でも拘束のないケアに取り組んでいるが、本人の生命危険の視点から拘束を行うことになって慎重な姿勢は出来ている。	法人による研修があり、委員会活動の一環としてもアンケートがとられ、拘束についての理解が職員に行き渡るようにしています。否定をしない事や利用者に見えぬような言葉かけなど、日々の支援の中で繰り返し意識できるようにしています。玄関は日中の施錠はせず、出かけたがたい様子があれば可能な限り一緒に出かけています。	
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	入所系施設では、信頼関係と慣れ合いは紙一重なので、職員の対応についても日々のミーティングやケア会議等で振り返っている。言葉かけについても不適切な言葉は虐待に値する為、スローガンを掲げてチェック表も作成し意識付けをしている。 ・法人研修に参加。		

グループホーム いわきの里

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	・事業所全体での学びの機会は設けていない。現在、利用者で1名権利擁護事業を受けている。成年後見制度活用者が1名。担当者、親族と将来的な財産について等話し合うこともある。スムーズに活用できるよう常に担当者と情報共有している。		
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	・丁寧に行っている。		
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	・年2回、家族会があり総会では忌憚ない家族の意見をもらったりこちらからも伝える事で、運営やケアに生かしている。また、プラン更新時には必ず家族との話し合いの場をしっかりと持ち、プラン以外の施設に対する要望等も聞かせて頂いている。	面会時や介護計画の更新時の訪問、遠方の方には電話で意見や要望を聞いています。年2回ある家族会でも多くの意見をもらっています。職員の言葉かけや対応について意見をもらい職員間で話し合いや支援の振り返りを行い、今後の支援への姿勢を伝えるなど運営に反映しています。	
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	・日々の業務の中であったり、部署会議で討議している。 ・正職員だけでなく準職・非常勤との個人面談もおこなった。	毎月の会議で全職員が声を出せるように心がけるとともに、管理者による面談でも思いや意見を聞いています。身体拘束や食事、行事等の委員会活動の中で担当者から責任を持った意見が出され、職員間で検討したり法人にあげ、具体化するように努めています。	
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	・人事考課面接を年度中に3回は管理者より正職員は受けている。人事考課面接のない準職・非常勤についても面接を設け要望や悩み等を聞かせてもらった。		
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	・法人外研修の機会もあり。法人内の自主研修への勧めや事業所内で、介護士が持ち回りで勉強会の講師となり、普段、聞き側である職員が伝える側になる練習も兼ね定期的に行っている。また、聞き手の他職員も同僚の発表をしっかり受け止める聴く姿勢が育つ。		
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	・京丹後市内のグループホームで介護士の交換研修を1回/2ヶ月、行っている。 ・管理者も1回/2ヶ月、意見交換会を福祉事務所で行っている。今年度は各施設見学も行った。		

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
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	・不安が無いよう、担当職員だけでなく全職員で、安心できる声かけや関わりを行うようにしている。他者との関係が築けるよう職員が仲介役に徹している。		
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	・入居の段階で施設の役割、家族の役割をきちんと説明している。 ・ケアマネや担当職員が家族の面会時や電話にて状況を伝えている。		
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、想いの聞き取り、家族の想いの聞き取りを行い、プランに反映させている。		
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	・職場であっても祖父母と一緒に生活している気持ちで接する事も意識している。 ・朝の掃除は比較的皆で行っている。以降はそれぞれの得意をする事や、能力によって投げかけている。作業をしてもらう前後のねぎらいの言葉かけは忘れないようにしている。 ・午前午後のお茶の時間は可能な職員は利用者と一緒にゆっくり関われる。		
19		○本人と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	・家族会や面会時に機会があれば情報など話しをさせて頂いている。		
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	・個別ケア日を設け、地元や自宅に行ったりする機会が増えた。自宅だけでなく利用者の生家へ家族と相談し実現出来たことはとても喜ばれた。 ・馴染みの美容院へ行く方もある。	個別ケアの日を設け、家族と連携を取りながら自宅訪問時に近所の方とも交流が出来るようにしたり、馴染みの美容院から美容師が事業所に訪問してくれるようになった事例もあります。年末には年賀状を送る支援に向けて、字の稽古をするなど準備を重ねたり手紙のやり取りの支援を行うなど、馴染みや習慣の継続を支援しています。	
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	・9名の利用者であってもウマが合う合わないは当たり前のようにあり、必要に応じ職員が仲介に入ったり誤解があればとくよう関わっている。関係を把握しているからこそ、関わりに生かしている。		

グループホーム いわきの里

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	・長期治療を要する為、退居になっても申し込み先の特養への現状報告や、次の居場所について関係機関と一緒に関わっていく。 それで、退居したが再入居に繋がった方がいる。		
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	・本人の意向を出来るだけ反映するようにしている。兄弟が入院中で親族は本人の不安増強が懸念の為、控えた方がと言われたが、本人の思いを伝え面会を継続させてケースもある。本人の立場に立ち自宅や実家、施設入所している姉妹に会いに行く事も行った。	利用者や家族から直接思いや要望を聞いたり、利用者が入居によって失われたものは何かという観点から情報を収集し思いの把握に繋げています。職員は利用者の言葉や様子を観察する中から、本来のその人らしい生活に向け思いや意向を知ることができる様に検討を重ねています。	
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	・アセスメントシートにて情報を共有している。		
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	・一日のリズムや、状況によっては発作的な過呼吸状態になる利用者にはリスクを拾い上げ、安心して過ごしたり外出出来る配慮をしている。		
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	・プラン見直しの際にはケア会議という職員会議を設けている。それに行き着くまでに、ケアマネが現プランの実施状況・評価・職員の想いをまとめ家族面談を行い、家族の想いも吸い上げる。その段階を経てケア会議で最終的にまとめていく。皆で計画書を作成している。課題としては全利用者に想いが聞けていないこと。今後、強化していく予定。	アセスメントの基家族に直接面談をして意向を確認し担当者会議を行い介護計画を作成しています。6か月ごとに見直し、日々気になることはショートカンファレンスを行い随時計画の変更や見直しに繋げています。計画作成者は職員の収集した観察記録をまとめ、医療に関する情報なども反映させています。	
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	・単調な内容の記録であった為、管理者が主となり事業所内で記録の勉強会を行った。また、個別に記録の仕方の助言をしたり、疑問に思うことを皆で協議したりした。管理者から正職員3名に記録の仕方の再確認を伝え、正職員3名が準職・非常勤の記録について確認してもらっている。 ・ケアチェック表にて確認。		
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	・毎日、昼にはミーティングを行っており午前の申し送り以外に関わりについての協議(ショートカンファレンス的なもの)を行い微調整している。		

グループホーム いわきの里

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	・祭りには事業所によってもらった時に屋台の太鼓を叩かせてもらったり(生活歴より)、同地区の運動会にも参加し競技を一緒にしながら、地域住民との交流を支援している。		
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	・利用者によって主治医も在宅生活時からの延長が多くそれぞれである。基本は家族が受診対応になるが、遠方や緊急時は事業所に対応している。また、家族受診対応時は主治医宛の情報提供書を準備したり、必要に応じ同行もしている。	従前のかかりつけ医を継続し、受診は基本的には家族が付き添うこととなっていますが、日々の状況や利用者の重度化など状況によっては職員が同行の支援を行っています。事業所として医師から聞きたい事や家族に情報提供表を届けるなど結果を共有しています。緊急時や風邪などの受診支援は職員が対応し、判断に迷う時などは主任などに相談し判断を仰いでいます。	
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	・事業所には看護師が居ない為、併設の小規模多機能施設の看護師に必要な応じ相談にのってもらっている。		
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。	・地域医療連携室との調整を行っている。入院中にすべてにおいて意欲低下みられ退院の判断に病院サイドは悩んでいたが、本人と他利用者との関係から試行でも退院をと提案。少しずつ意欲向上し状態安定となった方もいる。 ・退院前の病院でのカンファレンス出席。		
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	・終の棲家ではない為、状態によっては退居もあり得る為、特養申し込みを勧めている。 ・早い段階での相談は特養申し込みが主になるが、終末期については、病院で話し合うことが多い。事業所には看護師が配属されて居ない為、終末期ケアは公には行っていないが、退院の判断が難しい方に再入院という準備も確認した上で、ホームに戻ってきて頂いたケースあり。改善がみられ再入院に至らず。	入居時には終の棲家ではないという事を丁寧に説明するとともに、状況によっては施設などへの申し込みをしてもらうなど今後の方向性を利用者の様子を見ながら判断し家族と相談して決めています。事業所としては基本的には看取りの支援は行っていませんが、長期の入院のため退居された利用者の再受け入れなどの事例があり、事業所で出来ることを検討しながら支援しています。	
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	・これまでも救急研修は事業所内で行っていたが、H25.11月の外出時の誤嚥を機に、ストーリー性を持った救急訓練をH26.1月～毎月2回ずつ同ストーリーを実施している。利用者の安全・生命は自分達が守らなければならないという意識づけはとて出来ている。実践に近い訓練を継続していく予定。		
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	・年に2回の火災避難訓練。地区の津波訓練等への参加も行っている。 運営推進会議なくても利用者の避難については適切な意見も頂いている。訓練には地域住民の協力の下、年1回行う予定。(昨年度は3月末)	消防署の立ち合いのもとに、昼夜を想定した避難訓練を年2回行っています。夜間想定には、近隣の方の参加を得て行われています。運営推進会議でも裏山の落石などの意見が挙げり市としての対応も含めて情報を得たり検討もしています。地域の災害訓練にも利用者と一緒に参加しています。	

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
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	・地域密着事業所独自で『言葉の拘束』について学んだ。『ご家族が傍で聞いていても心地いい言葉かけ』をスローガン、伴う3つの目標を掲げてチェック表も作成し意識付けをしている。	身体拘束委員会が中心になった勉強会などで接遇や尊厳を守る対応について繰り返し学び、方言であっても尊重の言葉かけを大切に否定しない支援に努めています。余裕のない時に言葉が乱れやすいという事を意識し、特に注意し合うようにしています。	
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	・誕生会や行事のご馳走を聞いたり、パーマ屋へ行きたい、兄弟に面会に行きたい、家に帰りたい等の希望が見られる。しかし、自己決定が出来るように働きかけている利用者は少ない。		
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	・職員の出勤数によっては、職員の都合等を優先してしまっている。		
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	・2ヶ月に1度の散髪以外にも、馴染みのパーマ屋への調整や毛染めの希望も行っている。 ・髭剃りを本人が要望される場合、セッティング行う。 ・衣類については職員のチョイスになっているが担当職員が主に行っている。		
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	・日常的に調理に利用者を巻き込んだり、片付けも進んでくださる事もある。ジャコの頭取りは皆が総出で行い、利用者によっては食べながらも良しとしている環境。誕生会や行事等、利用者の希望も聞き取っている。 ・セッティングや片付けに利用者を巻き込む事は十分とはいえない。	食事担当職員が利用者の声も加味しながら献立を立て、多くの食材を使い出来るだけ丹後の郷土料理を提供できるように、利用者にも聞きながら作るようにしています。大根おろしや薄焼き卵、巻き寿司など男性も含めて出来ることに関わってもらっています。外食や隣接の事業所と合同で弁当持参で出かけるなど食べる事を楽しんでもらっています。	
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	・水分を欲しない利用者には、どうしても取れない時にはゼリーや本人の好きな水菓子で対応している。逆に糖尿病で食べ過ぎにならないよう夜間に本人が、食べるものを欲した時には、事前に主治医とも相談し低カロリービスケットを準備する等工夫した。 ・水分チェック表あり。		
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	・口腔ケアについては個別でグッズも違う。毎食後、緑茶うがいを行う者・歯磨きする者それぞれあり。必要者には仕上げ磨きも。食前にはお口の体操も取り入れている。 ・病院の歯科医に検診に来てもらい、口腔内確認・相談による助言も頂いている。		

グループホーム いわきの里

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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の利用者の誘導時間もそれぞれ。利用者の排泄リズム把握に努め、パット等のコスト面も意識している。 ・退院後の尿便意が薄らいでいてもトイレ介助を設けトイレでの排泄回数を増やしている。 	排泄チェック表などを利用し、尿意がなくてもトイレに座る事から始め、少しでも自立に向かうよう支援することで退院後のオムツから紙パンツへの変更やパットの使用の減少などに繋がっています。利用者の状況に合わせた支援は、日々のミーティングで職員間で話し合っています。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・下剤だけに頼らないように、ヨーグルト、青汁、食物繊維を意識した献立。 ・ゴキブリ体操も一部の利用者には取り入れている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・あまり好きではない利用者へは誘い方にも工夫している(入るまでの気持ちを作るよう)。 ・職員の都合になりがちだが、汚染や受診前日には入浴を優先している。マンツーマンの為、マッサージをしながら様々な声かけ等を行っている。 ・夕方浴が主。夜間浴は難しい。 	午後3時半頃から夕食前までを入浴時間として、週2~3回をめぐりに入浴できるよう支援しています。毎日の希望はありませんが希望があれば回数を増やすことも可能です。拒否される方には誘導に工夫し、関わりの仕方を入浴に繋がる事例などを職員で話し合い、利用者にとって入りやすい状況を共有し入浴に繋げています。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の体調を見ながら対応している。また、利用者でも寝たい時に横になる方もいる。 ・昼寝(約1時間)は必ずしも全員する事もなく起きていたい人は、職員とともにミーティング時過ごす。(一緒にお茶を飲んだり..) 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・把握し易いよう薬ファイルを作成し、必要時すぐに確認が出来るよう担当職員が、都度差し替えをしている。 また、誤薬にならないよう服薬後のゴミの確認や服薬介助した職員の責任の所在を明確にする項目も1日表の中に作ってある。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・生活歴把握より、3~4桁計算を暗算やそろばんで行う事を日課にして頂いたり、職員との調理、囲碁、カラオケ等対応している。 ・行事に限らず日常でも嗜好を伺い取り入れることも。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・外出行事も頻繁に行っている。天気の良い日は地域を散歩もしている。 ・馴染みのパーマ屋さんへの調整。 ・実家へ行く事への調整。 ・兄弟の見舞い、面会。 	天気の良い日には近くの公民館まで歩いたり、家族の協力を得て実家へ帰宅される方もいます。また、初詣や花見等は機会を見つけて出かけています。全員での企画外出が出来にくくなり、利用者の状況に合わせて、遠方や近場など楽しめる行き先を考慮し、外出をしています。	

グループホーム いわきの里

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	・2名、ご家族よりこづかい程度預かっている。本人も納得の上で。 外出等、必要な時に金庫から出し本人に渡している。以外の方はお金を使う場面はほとんどない。		
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	・プラン等の取り組みより字の稽古をしている。家族へ手紙を書いたり、年賀状や施設たよりに一言書いてもらったり、出金依頼書への名前を書く事も続けている。 ・電話機を常時部屋に置いているのは1名。好きな時にかけている。また、家族からの小包が届いた時はお礼の電話や手紙と一緒に書いている。		
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	・季節にあった設えをおこなっている。 ・以前は利用者が通る廊下に洗濯干し場があり、手すりが使えない状況であった。外に近所の方にも協力してもらい簡易の干し場を作り移動させ、安全な歩行環境を整えた。 ・季節の花、日めくりカレンダー、室温調整。	空気清浄機の利用や換気、日々の清掃などで住環境の整備を心掛けています。ソファの置き場所など工夫をして居場所をつくったり、過ごしやすくするためにテーブルの配置を考えたり、机の高さを調節するなど工夫を重ねています。和室もあり床の間に活花を飾るなど、昔ながらの落ち着いた雰囲気となる様配慮しています。	
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	・ホールで過ごされる方が多いが、利用者が互いの部屋を行き来する事もある。 ・廊下にソファを設置。そこで横になって休息される方もいる。		
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	・入所の際、馴染みの家具を持参して頂いている。 ・9人がほとんど同じ空間の部屋だが状態に応じ家具の配置を個別化したり、コタツやソファ、昔の本人が作った作品、家族の作品等を目の着く所に置いている。	筆筒や大きな椅子など利用者が落ち着いて暮らせるように、今までの生活で使っていた物を設置するなど、家族と相談し配置しています。洋室に畳を敷くこともでき、どのような環境が利用者にとって良いのか、生活感を加味した空間作りを心掛けるとともに、動きやすさの工夫など職員間で検討をしています。	
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	・9人がほとんど同じ空間の部屋だが自立歩行だが不安定さがある利用者へは、室内の家具の配置を変えたり、夜間のトイレまでの動線を椅子で確保したり、和室の利用者への安全な履物の脱ぎ着の為の取り組み等している。		