

### 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	0370901019		
法人名	社会福祉法人 川崎寿松会		
事業所名	グループホームことぶき		
所在地	岩手県一関市川崎町薄衣字久伝26		
自己評価作成日	平成24年1月31日	評価結果市町村受理日	平成24年5月31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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0370901019&amp;SCD=370&amp;PCD=03">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0370901019&amp;SCD=370&amp;PCD=03</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	(財)岩手県長寿社会振興財団
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2月17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)】**

グループホームことぶきは、土地環境に恵まれスーパーや道の駅など歩いてすぐの所にあります。毎日の買い物で外に出る機会を持ち、店員さんやお客さんとも顔馴染みになっております。純和風作りの建物の中では、大正から昭和生まれの元気な入居者さんと大家族のように日々楽しく過ごしています。四季折々の行事やドライブにと外出したり誕生会も行っています。入浴・排泄・食事と、少しでも家庭的な環境で生活して頂くようスタッフ一同頑張っております。

**【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)】**

恵まれた環境下の法人施設の一画にあり、木材をふんだんに使った懐かしさを思い出させる暖かいホームである。年1回全職員が、「業務の反省と評価」を書面で提出し、要望や意見が法人に届く仕組みになっており、次年度の事業計画に反映されて改善されている。ホームでは毎週「言葉遣い拘束廃止」ミーティングの時間を設け、更に職員心得15か条を掲示して確認し合い、「説得ではなく納得する言葉かけ」を心がけ、自己決定しやすい言葉かけをする様に努めている。防災については、昼・夜を想定した避難訓練をホーム独自で年2回行い、地震の多い今日、強い地震の時、とっさにとるべき行動のマニュアルを作成し、スプリンクラー・火災通報装置も完備して目下、地域(隣近所)への呼びかけも検討中である。施設長と職員の信頼度も高く、それが利用者へのケアの向上に反映されている。

**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. 全くいない
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、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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	「川崎寿松会は人間尊重の立場に立って、利用者の福祉向上に努め、地域に愛され信頼される法人を目指します」を理念に、廊下等2箇所に理念を掲示し、「私たちは自由をモットーに笑顔あふれる日々を送っていただけるよう一人一人に合った生活を支援します」を職員は随時読み理念を基本に業務に当たっている。	法人全体の理念とホーム独自の理念を事務室と廊下の見やすいところに掲示し、更に職員トイレ内にも掲示し、入居者と職員が一体的になり、明るく、穏やかで、生きいきした雰囲気をかもしだす様に、施設長と職員全員が努力されている。	
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	買い物、散歩の際に声をかけていただいたり、野菜の差し入れもある。地区の行事で老人クラブ・子供会との交流で餅つきやミズキ作りに参加させていただいている。	自治会には加入していないが、当地域の自治会長や、役員が運営推進会議に出席され、様々な地域とのイベントのとりつぎを行ったり、小・中学生と老人クラブとの交流で、餅つきやみずき団子作りなどを行ったり、隣接の特養と合同で利用者家族にも参加して頂き、楽しまれている。近隣に地域公民館があり、その講話会にも参加することもある。	
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	毎月発行の「寿松会だより」を家族・地域の方へ送付し生活状況の報告と、現在少しずつ雑巾を縫い小・中学校や近隣公民館へ寄付予定。		
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	自治会長、民生委員、家族、市役所担当者、介護相談員・駐在所所長・老人クラブ会長の参加で状況説明と意見交換を実施しサービスに反映できるように心がけている。消防署長の防災講話も実施。	会議のメンバーは改めて委嘱せず、おおよその議題に沿ったメンバーを選任している。家族・利用者・市の担当者には毎回参加を頂いている。消防署長の講話も実施した。余震の多い今日、できる限り消防関係者の出席を促し、会議のメンバー全体で更なる防災についての話し合いを重ねていただきたい。	
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取り組んでいる	運営推進会議メンバーであり2ヶ月に1回参加、状況説明を実施。その他でも、相談・援助していただいている。介護相談員の訪問が年に2回、運営推進会議参加。	市の担当者が運営推進会議に出席し、市からの連絡事項や指導的な話もされている。また同様に、3か月に一度、町内の支援会議にも参加され、情報交流をしている。市から委託されている介護相談員も年2回ほど来訪され、評価を含めケアの向上に寄与されている。	
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	法人内で身体拘束委員会があり委員会への参加や研修に行ってきた方の研修発表に参加し、身体拘束しないケアに取り組んでいる。1名つなぎ着用したが現在は、廃止している。鍵の施錠は夜間のみで出かけたときは職員が随時付き添い外に出られるようにしている。	法人内で身体拘束委員会があり、代表が出席してホームの職員全員に説明して共有されている。また、理念に付随した心得15か条を事務所に掲示(説得ではなく納得させる言葉遣い)など、言葉の拘束等の注意事項も表示し、更に週に1度「言葉遣い拘束廃止」のミーティング時間をとり、互いにケアの向上に努力している。	
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	身体拘束委員会があり、身体拘束廃止研修委員の研修伝達施設内研修に参加し防止に努めている。		

岩手県 認知症対応型共同生活介護 グループホームことぶき

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	成年後見制度利用の実例はないが、地域福祉権利擁護事業(福祉サービス利用援助事業)を利用していた方がおり毎月「生活支援員」さんが来居し相談援助していたこともある。現在は、なし。勉強会はしていないが今後、実施する予定。			
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	入居時に口頭で契約書説明し署名・印いただき事業所・家族と一部つつ保管。面会時に状況報告し不安点を聞いている。介護報酬による加算の変更時には、重要事項変更し再度契約署名捺印し一部つつ保管している。			
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	玄関に投書箱を準備しておりいつでも記入できるようにしている。運営推進会議や面会時に意見聴取しているが、要望意見がないのが現状です。	利用料の精算時や通院時に家族との会話があるが、殆ど要望意見がない状態である。また、運営推進委員会に交替で家族に出席されているが、やはり意見要望は出てこない。遠慮していることも考えられるので、ホームからの更なる積極的な声掛けと、年一回のアンケートに力を入れ、ケアの更なる向上に繋げていただきたい。		
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	毎月のGH会議、法人全体の月1回の職員会議、週1の主任者会議での意見や提案の機会を設けている。	年一度、法人の理事である施設長が、ホームの全職員から「業務の反省と評価」を書面で記入して頂き、法人の理事会議で述べ、多角的な提案(例、災害通報装置設置・ホーム専用車購入・パソコン購入)などでホームの改善に活かしている。その他GH会議・主任会議・法人全体の職員会議などでも職員からの意見提案を頂き、ケアの向上に繋げている。		
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	毎年昇給、臨時・非常勤職員へのボーナス支給。夏季休暇や有給も業務に支障ないよう交代で取れるよう配慮している。			
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	法人内部外部の研修に参加できるよう努力している。			
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GH協会、ブロック定例会へ参加し復命書による報告。GH内部の会議にて報告。近隣施設との交流。GH同士の交換研修と情報交換会実施。			

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人が現在住んでいるところ訪問し、本人・家族・担当ケアマネ同席のもとに状況把握し書類作成し施設内で判定会議を実施している。		
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	本人・家族の要望、思いを受け止め施設の方針等も説明し理解していただけるよう努力している。		
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	GH入居申し込みを受け、実態調査前に他のサービス利用状況を確認し状況把握している。家族からの聞き取り調査時に要望・不安等を聞き担当ケアマネの意見聴取をする努力している。		
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	入居者一人一人の潜在能力に応じ出来る事は職員見守りの中で行っていただいている。毎月発行している寿松会だよりで各担当者から生活状況のコメントを書き送付している。		
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	家族とのつながりを大切にする為、定期受診等は家族対応でお願いし、主治医への連絡はケース記録や直接電話にて連絡するようにしている。家族へ呼びかけ外出・面会のお願いをしている。		
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	家族の面会、自宅外出、かかりつけ医の受診は家族と共に馴染みの場所との関係が続けられるよう努力している。特定されるが、友達が面会に来て下さる方もおり居室でゆっくり話が出来よう配慮している。	なるべく馴染みの場所への外出機会を設ける方針で、美容院・床屋などは、ホームに呼ばないで、出かけるようにしている。友達も頻繁に面会に来て、それぞれの居室でゆっくり歓談されている。環境にも恵まれ、近くの「道の駅」などの店員さんとも顔なじみになっている。	
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	入居者個人の性格を把握し、食事の際の席等を考慮し自然に仲間意識が持てるよう配慮している。居室での閉じこもりをなくしレクリエーションや食事の準備・後かたづけ等できる人が中心となって行っている。		

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	退居する場合、在宅の担当ケアマネへの相談や家族が心配されている事を報告をしている。他施設への移動の場合は、情報提供書にて報告。退居した家族が遊びに立ち寄ってくれたり、野菜の差し入れを頂いたりしている。			
<b>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</b>						
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	表情・しぐさ・態度等の観察を行い、本人の意向・希望を汲み取れるよう傾聴したり、日常の生活で察し出来るよう努力している。居室の衣裳ケース等の配置や使い慣れたもの等を持って来たり本人が納得するようにしている。	各入居者の長所・短所・身体的・精神的等のマイナス部分を職員は全員把握して、それをフォローする様にし、本人の意向・希望を汲み取れるようにされている。特に担当職員が家族とのパイプ役になり、意見を聞いたりして努力されている。		
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	入居前の状況把握調査時に把握しスタッフ間で報告し共有している。入居後に、会話の中や情報にて情報を増やすように努力している。			
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	食事量・水分量・排泄・バイタルチェック等で日常の行動や顔色等で本人の状況把握に努めている。家事・掃除等出来る所はして頂くよう声掛け行っている。			
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	介護保険更新時と6ヶ月毎にケアプラン作成しケアプラン会議予定。担当者からの意見、他職員からの意見聴取しプランに繁栄できるようにしている。プラン作成時には、家族・本人から意向確認している。	プラン作成時には、第一に本人・家族から電話や面会時に意向を聞き、主として担当職員の意見や他職員の意見も聞き入れ、総合的に判断してプランに反映させている。あくまでも本人・家族が主であり、ホームではできる限りの支援は行うが、家族の代理までは不可であるということを家族に意識していただいている。		
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	日誌やケース記録に記入。交代勤務でも日誌・連絡ノート・申し送りノート・ヒヤリハットノートを読むことで毎日の生活・行動がわかり情報を共有できている。			
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・家族の希望、ニーズに応えられるようその都度対応している。(介護計画の見直し。母体施設との交流。家族と共に受診同行)。デイサービスでの温泉気分の入浴を実施。又、身体レベルの低下で入浴できない方へ母体での中間浴や特浴の実施予定。			

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	地区会長、民生委員、消防署の協力依頼している。一人で散歩した方が声かけや通報。施設まで送ってくださった方もあり。図書館の利用や文化祭の見学実施。			
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	緊急受診以外は(定期受診)家族で実施。在宅からのかかりつけ医へ受診している。受診の際、日常のケース記録を持参頂き主治医に読んで頂くようお願いしている。他、主治医へ電話で直接状況報告し内服の検討をして頂いている。必要時には、家族と共に受診同行を実施。	殆どの方が在宅時からのかかりつけ医に継続受診をされている。基本は家族の対応なのだが、必要に応じて職員も同行している。受診の際には日常のケース記録を持参して頂く。尚、家族の変化(高齢化等)に伴い通院介助サービスも検討している。		
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	定時のバイタルチェックで確認し、体調変化時は母体の特養看護師に協力依頼し早めの対応を心がけている。			
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。	入院時・退院時の病室訪問し状況把握。入院時のサマリーを頂きケアが継続できるよう支援している。			
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	重度化・終末期の指針はまだ出来ていない。入居者殆どの方が特養に申し込みされており特養の順番が来るまで重度化になっても生活できるよう努力している。	殆どの方が同法人の特養に申し込まれている関係で、ホーム独自の指針作成までは至っていない。ターミナルケアに関しての法人全体での勉強会には参加している。	ホームとしてはターミナルケアまでしたい意向があり、法人全体の勉強会に参加し、意欲を示されている。法人やホームの職員たちと話し合いを重ねて、将来に向けて、機会を見てホーム独自の指針を作ることを期待したい。	
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	年に2回、普通救命講習がありそれぞれ訓練をしている。			
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	母体施設での総合防災訓練時に職員間での非常時連絡網での電話通報訓練実施。単独での避難訓練実施。スプリンクラー設置。火災通報装置設置予定で設置後、地域との連絡網を作成予定。	スプリンクラー・火災通報装置も完備し、母体施設との総合防災訓練にも参加し、日中・夜間想定ホーム独自の避難訓練も実施している。強い地震時のとっさの避難のマニュアルも作成済みである。地域との連絡網も目下検討中である。大震災後職員の防災意識が更に高まっている。		

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	自尊心が傷つかないように言葉掛けに注意している。GH職員の心得15か条に添い実施。	理念とともに掲げている職員の心得15か条に沿い、特に入居者には説得ではなく、納得して頂けるような言葉かけに注意している。法人全体の研修会で研鑽を積んでいる。	
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	自己表現できる方にはその希望が叶えるよう。自己表現できない方には顔色・表情等で利用者の思い、意向を確認する様にしている。		
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	本人のペースに合わせた生活をして頂くよう努力している。(朝寝坊の方には起きてからの食事の提供等。)		
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	入浴時の着替えや、起床時の衣類等自分で選んでいただいたり、馴染みの美容院へ家族さんが付き添ったりしている。		
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	誕生日には希望食を提供。季節毎の行事食。買い物、野菜選び、野菜切り、盛り付け、配膳、食器洗い等を声掛けで職員と一緒にやっている。外食や出前・配達弁当を取り入れ目で楽しむ食事を心がけている。	全員が普通食である。職員も一緒に食べ、常に咀嚼・誤飲をしない様に言葉(発音)などによる口腔体操もしている。テーブル拭きや片付けや野菜切りなど自発的に職員と一緒にいき、食後の口腔衛生(歯磨き・うがい)もやはり自発的に行うように指導している。	
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	母体の管理栄養士に年2回献立表をチェックしてもらいアドバイス・指導ある。		
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に、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、お茶うがい実施。人によっては、毎食後の舌をみがき介助をし職員が確認し口腔清潔に努めている。		

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
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	排泄チェック表にて排泄パターンを把握している。日中はリハビリパンツを止め、綿パンツに利用する方もいる。	排泄全介助者2名・見守り介助が6名・自立可能が1名となっており、いずれも排泄チェック表をもとにパターンを把握し、さりげなく誘導している。日中は綿パンツを利用する方もいるが、その旨は家族にも連絡している。	
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	食事量・水分量をチェックし便秘予防に努めている。起床時には牛乳を提供し、午後のおやつには手作りヨーグルト提供。医師の指示の元、下剤服用している。		
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	シャワーチェア、浴槽内イス利用し安心して入浴できるよう支援している。母体のお風呂借用し温泉気分で大きなお風呂に入ったこともあり入居者はとても満足していた。	一日おきの入浴だが、入浴拒否される方はいない。14時～17時までの入浴で全員着脱介助を行っている。風呂場は程良い広さで、安心して入れるような造りになっている。	
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	週1回リネン交換。各部屋に加湿器を置き温度調整を実施。いつでも部屋へ行き休む事が出来る。大きなコタツもあり9人全員コタツに横になることも出来るが、個々に自由にどこでも休めるよう支援している。		
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	薬の説明書を個々のケースに綴じ込みいつでも確認できるようにしている。内服一覧表で確認。状況変化時は、主治医と連絡をとり内服の指導いただいている。		
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	入居時の生活歴、共同生活をしている内に聞いた情報等を活かし役割を持って頂くようにしている。		
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	買い物・散歩・ドライブ等、季節の行事を取り入れ外出する機会を作っている。家族参加で一緒に舟下りをし行事を楽しんだ。	外出の機会を多く持たせるように、床屋・美容院などもホームに呼ばないで対応している。程良い距離に道の駅があり、店員さんたちとも知り合いになっている。道の駅でのソフトクリームは利用者の楽しみの一つになっている。日常の散歩は20分くらい行ってる。	

岩手県 認知症対応型共同生活介護 グループホームことぶき

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	おこずかいとして施設側で管理。必要に応じ職員が対応。買い物の際は、「家族さんよりお金を預っているので好きな物を買える」という事を説明している。		
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	本人から「電話をかけたい」と希望あり、番号を覚えていない人には自分でかけて頂き、番号がわからない人には、かけてあげる支援している。		
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	季節毎の花を飾ったり、活動写真・行事の写真等壁に貼り外出した時の事を思い出し楽しんでいただいている。個々に食堂のイスやコタツに自由に過ごしていただいている。	吹き抜けで太い梁の見えるホールは落ち着きと解放感と昔屋の懐かしさが味わえる。広いテーブルと落ち着いた椅子が重厚感をプラスしている。広い畳の小上がりに、2つの大きなコタツがあり、食後横になって休まれている。壁には年間のイベント時の写真が貼ってあり、小さな懐かしさが味わえる。	
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	小上がりの畳みにコタツを2つ置き、いつでも横になれるよう又、座椅子をおき寄りかかりながらテレビを見たり話をしたり出来る。		
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	入居時には、馴染みの家具を持って来て頂く様に説明している。タンス・イス・装飾品等持込み居心地よく過ごせるよう支援している。	フローリングの清潔感が漂う居室には思い思いの家具・装飾品が持ち込まれ、居室前には各自のネームが貼ってあり、迷わないように配慮されている。丸窓のある居室が二つあるが、古き良家の贅沢さをかもし出している。	
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	前面バリアフリーで歩行しやすいようにしている。自分の部屋がわからなくなる為、居室前にネームを貼って混乱しないようにしている。		