

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	2193200041		
法人名	社会福祉法人 新生会		
事業所名	グループホーム もやいの家瑞穂		
所在地	岐阜県瑞穂市本田2050番地1		
自己評価作成日	平成24年1月15日	評価結果市町村受理日	平成24年3月30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	情報提供票をご覧ください
----------	--------------

【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 ぎふ福祉サービス利用者センター ビーすけっと		
所在地	岐阜県各務原市三井北町3丁目7番地 尾関ビル		
訪問調査日	平成24年2月8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)】

2ユニットの間仕切りを最小限にすることで、利用者が選択できる小さなリビング等の環境を複数設えている。天井高も工夫し、日本家屋にならった1.8mと低い部分を設える事で家庭的な雰囲気を出し、1つの空間が集団的な支援になる事を防いでいる。窓からは、田園風景、山並みが伺え、景色を眺めながら季節を感じる事が出来る。生活を楽しむための支援として、個別の生活リハ実施、1F利用者と共にレクリエーションへの参加、また、地域交流スペースを活用し、健康教室を実施し、地域住民、社会資源と交流を実施しながら、社会参加と地域に根ざしたGHを目指し取り組んでいる。

【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)】

静かな田園の中にある、2階建て、新設のホームである。外観はモダンな洋風であるが、内装は木目を活かした和風で、心がなごみ、ゆったりとくつろげる空間が広がっている。事業所は、利用者が健康で生活を楽しめるように「生活リハビリ」を取り入れた独自のケアを行い、効果を上げている。1階には地域交流スペースとデイサービスがあり、日々、馴染みの人々と交流し、楽しく日常生活が送れるように支援している。母体は社会福祉法人として、広域に福祉事業を展開しており、そのネットワークを活かしながら、地域に根差し、地域に必要とされる事業運営に取り組んでいる。

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	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. 利用者の2/3くらい				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらい				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	
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	部門会議にて、施設長、管理者、リーダーが理念、方向性を共有。職員会議で職員と共有する。行動規範のサンビレッジマニュアルも配布され、読み込みを行っている。また、家庭的な環境づくり、生活リハビリ、地域との交流を踏まえた事業所理念を掲示し共有している。	地域との交流を深めながら、家庭的な環境づくりと、生活の中にリハビリを取り入れた、独自の理念を掲げている。職員会議で理念を共有し、健康を維持しながら、その人らしい暮らしができるように、ケアの実践に繋げている。	
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	開設後より、徐々に地域への買い物、散歩を始めている。1F地域交流スペースでは、10月より1/Mで健康教室を開催。自治会長に了承のもと、地域へチラシを配布し、参加してもらいながら、地域住民との交流を行っている。	1階の地域交流スペースは地域に開放され、多様な世代が集う場となっている。自治会の協力を得て、地域住民を対象にした健康教室を開催したり、公民館の作品展に出品している。中学の福祉体験を受け入れ、保育園の運動会へも招待を受け、出掛けている。	
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	1F地域交流スペースで健康教室「認知症講座」を開催。地域、高校生ボランティア、研修生、中学生職場体験を受け入れながら理解を働きかけている。		
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	家族代表、行政、自治会長、福祉施設等を運営推進委員とし、利用者の生活状況、変化を報告しながら、意見交換をしている。委員である近隣福祉施設職員と協力し、手作り菓子の販売も調節中である。	会議は、家族代表・自治会長・近隣関係者、広域連合・地域包括支援センター職員など参加し、隔月に行っている。事業報告に対する評価や、防災対策、地域交流の取り組み等について討議し、サービスの向上に活かしている。	
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	地域包括支援センター、広域連合職員とは運営推進会議にて利用者の状況報告をし、健康教室のチラシ配布をしている。また、利用者の声を聞き、介護サービスの質の向上を目指し、平成24年4月より介護相談員が1/M来所予定。	行政担当者が運営推進会議に参加しており、事業所運営の実情やサービスの現状を伝えている。地域のボランティア情報や行政手続きなど相談し、協力関係を築いている。	
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	日中は、玄関、裏口施錠せず、出入りは自由にできる。利用者は自身で選んだ環境へ自由に行ってもらい、日々の生活を過ごしてもらっている。	身体拘束をしないケアを、法人の方針として徹底している。玄関や裏口も施錠せず、自由に出入りができるようにし、見守りに努めている。	
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	会議、ミーティングで虐待防止についてのマニュアルの読み込みをし、日々の実践につなげている。		

岐阜県 グループホームもやいの家

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	行政資料により、ミーティングにて共有し、利用者やその家族、また、外部からの相談に対応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	契約の際には契約書に基づき説明し、署名、捺印の前に、不安や疑問点を問い、解消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	重要事項説明書の相談窓口、第3者評価の説明を契約時に行い、玄関に意見箱の設置をしている。利用者においては、日ごろの会話の中より、思いを聴く様にしている。	ほとんどの家族は、月に1回は訪問しており、その時に、利用者の様子伝え、家族の要望を聞いている。出された意見・要望は、出来ることから、日々のケアに反映させている。	ホームの取り組みを分かりやすく家族に伝え、本音や思いをすくいあげる働きかけに、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	1/M全体会議、2/Mミーティングを通じ、職員の意見や提案を聞き、利用者の立場で物事を考え、チームで合意し実践しながら、運営に反映させている。	月1回の全体会議や月2回のミーティング時に、職員の意見や提案を出す機会がある。自分の居室を認識できない利用者には、顔写真を活用する提案があり、速やかに改善している。	
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	定期面接の実施、年度末自己分析行い、人事や勤務条件、日頃の思いや考えている事を個別で聞く時間をつくり、ストレスケアに努めている。		
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	年度末に自己分析と管理者側の評価を行い、代表者に報告している。他事業所研修や法人内外の研修の参加に取り組み、スキルアップに努めている。		
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	複数事業所連携事業を活用し、他事業所職員との合同研修、グループワークによる意見交換、事業所間職員交換に取り組んでいる。		

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	事前訪問による本人の強み調査、嗜好調査により本人、家族より聞き取りを行い、GHでも現在までしていた生活リズムを変えないように努めている。		
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	入所相談時に心身状況、入居に至る経過の情報収集をおこない、契約時にGHでの生活の説明をした上で、家族のニーズを聞き、介護計画に反映させている。		
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	近くの同法人特養生活相談員、一般デイ生活相談員と連携を取りながら、相談やサービス調整に努めている。		
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	昼食調理、洗濯たたみ等本人が現在まで活かしてきた能力を発揮できる機会を働きかけ、生活リハを実施。地域交流スペースやハードを活かした1F利用者、地域住民との交流をしながら、メリハリのある生活を送れるよう努めている。		
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	面会時、外出時等、家族が来所されるときには、近況を報告し、健康状態を含めた生活の様子を伝え、情報交換している。		
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	家族との外食、ドライブ、面会等が途切れない様、1か月に1度は関わりが持てる様、支援している。	知人や地域の人が1階の地域交流スペースに遊びに来て、利用者と共に過ごしている。デイサービスのレクリエーションに参加し、顔なじみになり、毎日の生活を楽しむ事が出来るように支援している。馴染みのスーパーへの買い物や、近くの公民館に出かけている。	
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	複数の利用者が関わる時に、利用者同士の関係を観察し、人的環境に配慮している。利用者同士が声を掛け合い、支え合いながら、食器拭き、洗濯たたみ等生活リハをしている。		

岐阜県 グループホームもやいの家

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	契約終了者は現在1名(近隣同法人特養移設後、逝去)であるが、近隣同特養移設後もGHでのアルバムを渡したり、その後の様子を見に行ったりしながら、家族と交流した。		
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	サロン、リビングに本人の気分、したい活動に応じ居場所が選択できるよう配慮している。食事や家事等の生活リハ時には本人の思いを理解し、強みを支援している。	日々の会話や行動から思いや意向を拾い上げている。困難な人は表情から汲み取っている。個々の思いや希望に沿う暮らし方を、自分で選択できるように配慮している。	
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	初回面接時や強み調査票にて他サービス利用状況、生活習慣を把握し、個別の支援を提供している。		
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	生活歴、家族背景を把握し、ニーズに即したケアプランの作成に努めている。ケースカンファレンス時に評価をし、その人の生活の質の向上に向け取り組んでいる。		
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・家族の意向をもとに、他職種が連携、協働し、多面的に課題をとらえ、介護計画に反映させている。また、必要に応じ、随時、少なくとも3か月に1度は見直しをしている。	利用者や家族の意向や要望に基づき、担当者や法人の作業療法士・言語療法士を交えて、サービス担当者会議を行い、介護計画を作成している。3ヶ月に1回は見直しを行い、現状に即した介護計画の作成に繋げている。	
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	介護ソフト「ちょうじゅ」へのパソコン、Iポット、Iパットから記録を入力し管理している。職員はパソコンから随時、情報共有できる状態であり、情報をもとに、ケアの提供、介護計画の見直しに努めている。		
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	日々の楽しみや、趣味活動の継続のための支援として1F利用者と共にレクリエーション参加、また、2Fへ1F利用者が訪問する等、併設している環境を有効に活用。買い物や、通院にも外出同行介助を行い、ニーズに対応している。		

岐阜県 グループホームもやいの家

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	ボランティアによるオカリナ、ハーモニカ等は生活の楽しみにつながっている。今後、防災訓練時に運営推進委員、地域住民参加を促し、協力体制をとっていきたい		
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	入居時、本人、家族に主治医の選択をしてもらっている。定期での往診の他に、協力医療機関での診察も可能にしている。	以前のかかりつけ医との関係を継続している。定期受診は基本的に家族が行い、依頼によりホーム職員が行っている。週に2回、定期的の訪問看護も利用でき、かかりつけ医の往診も可能である。	
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	訪問看護と契約し、定期的な訪問での体調管理、随時の相談、夜間緊急体制を整えている。施設内の看護師とも随時、相談、連携している。		
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	利用者入院の際には、現在の健康状態、基礎疾患、服薬状況等情報を提供し、医療機関との情報交換、相談に努めている。入院期間中は定期的に家族、医療機関に連絡し、現在の状況、退院の目途について情報収集している。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時、事前指定書にて終末期の支え方、意向を確認、状態に合せてのケアの提供に合意をもらっている。また、重要事項説明書に協力医療機関を明記しており、契約時、協力が得られることを説明している。	利用開始時に、重度化・終末期の方針について説明し、事前指定書により意向を確認している。ホームで対応可能な医療行為までとしているが、その都度、家族やかかりつけ医師と連携しながら支援に繋げている。	
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	急変時には、訪問看護、主治医と連携し対応している。緊急対応時の連絡先、救急搬送先病院を記入してもらっている。緊急時に備え、研修に取り組んでいる。		
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	災害マニュアル、消防計画を作成、地震、火災等を想定した誘導訓練、通報訓練を実施。設備として自動通報装置を設置。連絡体制として緊急連絡網を作成している。	マニュアルや消防計画を作成し、年2回の避難・誘導・通報訓練を行っている。関係機関や地域協力者への自動通報装置や緊急連絡網も整えている。備蓄品も食料・水・薬等3日分を用意してある。	

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	
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	理念を基に利用者主体のサービス、個を尊重する言葉掛け、対応をしている。出来ないことはさりげなくサポートし、良い面を引き出す援助に心掛けている。ケースファイル等個人情報の保管や表札、写真の掲載は同意を得て行うなど取り扱いに留意している。	利用者主体を理念に盛り込み、個を尊重したケアを実践している。できないことを強要せず、良い面に働きかけるような言葉かけで対応している。	
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	その日の服装、食事のメニュー、行事やレクレーションへの参加など提案し、選択肢を広げ、利用者と共に考え決定している。買い物等本人の決定したことが出来る限り実現できるよう支援している。		
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	利用者の心理の理解に努め、常に利用者の立場になり考え、ペースに合わせた援助を提供している。職員は心に余裕をもち、利用者のペースで行ってもらっている。		
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	家族と協力し、その方らしい服装やお洒落を支援している。定期訪問の理美容を利用、楽しみの一つになっている。行事に合わせた服装、色のコーディネート、小物を事前に利用者と相談しながら支援している。		
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	食事を楽しむために、近くの店へ地域住民との交流する為や、季節を感じる為、旬の食材を購入。畑で収穫した野菜を時々使用。盛り付け、配膳、片付け等役割を担い行っている。イベント時には寿司の出前をとるなどしている。併せて、生活協同組合を活用しながら注文時、食材を選択する楽しさを支援している。	食事は、利用者の嗜好に添った献立にして、調理専門の職員が調理している。利用者と共に、料理の写真集を見ながら食材を選択する楽しみを支援している。ホーム前の畑で収穫した旬の野菜を取り入れたり、五平餅・プリン等のおやつなども作っている。	
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	嚥下、咀嚼状態に応じ食材の大きさや調理法を工夫、代替え、トロミの提供をしている。食事量、水分量は介護ソフト「ちょうじゅ」に入力し管理している。		
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	個々のアセスメントを実施し、必要に応じ、声掛け、見守り、介助をしている。口腔内の観察も随時行い変化がある場合は、家族、訪問歯科、言語聴覚士に相談し対応している。		

岐阜県 グループホームもやいの家

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	排泄チェック表に記入、排泄間隔把握と一連の排泄行為のアセスメントを行い、援助の必要な部分をサポート。夜間は睡眠状況に配慮しつつ、個別の対応を行う。失禁時は、必要な備品を手早く準備し、本人の負担感が少なくなるよう実施。	排泄行為のアセスメントを行い、チェック表を活用している。排泄時の失敗が減少することで、利用者が安心感を得られるよう支援している。夜間はポータブルトイレを使用し、利用者が自力で排泄出来るように配慮している。	
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	朝食時、牛乳、ヨーグルトの提供、個別では食物繊維イージーファイバー、漢方を服用。散歩、体操レクリエーションで体を動かす機会をつくっている。		
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	入浴チェック表を確認、利用者の気分を聞き入れながら、入浴時間、湯温、に配慮している。1人～2人ずつの入浴のため、他者を気にせず、ゆったり入浴してもらっている。羞恥心を伴うため、本人の能力をアセスメントし、極力介入は控え必要に応じさりげなくサポートしている。	週2回の入浴を基本としているが、希望者には、3回の支援を行っている。利用者の状態に合わせて、1階にある個浴と機械浴を柔軟に活用している。拒否のある人にはタイミングを工夫し、心地よさを味わえるように介助している。季節のゆず湯なども提供している。	
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	日中の家事作業や1F利用者との交流や散歩等の活動を充実することで生活にメリハリをつけ、安眠に繋がるようにしている。身体状況やニーズにより居室で休養したり、サロンのソファで休息する時間を設けている。		
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	ケースファイルに薬剤情報綴り、いつでも見られるようにしている。服用の中止、処方の追加は介護ソフト「ちょうじゅ」に入力し、職員間の共有に努めている。		
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	生活歴を理解し、役割を依頼しながら、負担なく継続できることを「強み」と捉え、援助している。畑仕事、家事作業、手芸、歌おう会、読経、談話会等多様のメニューで、楽しみとゆとりのある暮らしが送れるよう心掛けている。		
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	他者との交流が自由に出来、生活の幅が広がるよう積極的に外出の機会を作っている。1Fデイセンターの利用、スーパーへの買い物、季節ごとのドライブに出かけている。また自宅に週末に帰る、家族とのドライブ、外食、買い物等外出を支援している。	ホーム前の庭や周辺を日々散歩したり、ベランダで日光浴を兼ねた食事会やティータイムを楽しんでいる。季節に合わせたドライブ、公民館の作品展や椿展の鑑賞等、地域との交流の機会を捉え、家族と共に外出を支援している。	

岐阜県 グループホームもやいの家

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	管理能力をアセスメント、本人、家族の要望を聞き、相談しながら買い物、使い道等の支援も行っている。預かりの利用者は、外出時に自分でお金を持ってもらう等の対応をしている。		
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	近くのコンビニエンスストアにポストがあり、要望があれば、外出介助にて手紙が出せる様にしている。電話は中央キッチンに置いてあり、利用者也希望に応じて使用している。家族からの電話を楽しみにしている人もいる。自分でかけられない利用者に対しては、電話をかける援助をしている。		
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	鉄骨造りではあるが、全体的に木目調の落ち着いた造りになっている。小さなリビング、サロンが複数あり陽ざしを取り込み、外の景観が見渡せるようになっている。また、天井高にも工夫をし、1.8mと低い部分も設える事で、集団的なケアや支援にならない様配慮している。四季が感じられる花、絵画、置物など家庭的な環境作りに留意している。	共用の空間は、天井が高く開放的である。木目調の棚に書籍・置物・日本人形等を飾り、家庭的な環境づくりを工夫している。複数ある応接室やサロンは、日当たりがよく、外の景色も見渡せる。利用者は、居ながら四季を感じ、思いのままに過ごしている。	
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	皆が主にくつろぐリビングの他、サロンもあり、利用者が居室、リビング、サロンの空間を相性、活動、気分に応じて自由に使い分けが出来るよう配慮している。家族の面会時には居室、サロンでゆっくり話が出来るよう誘導している。		
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	入居時に家族に協力を得て、自室と認識しやすいような空間づくりを依頼している。これまで使用していた馴染みの家具(タンスや茶筆筒、仏壇、ドレッサー等)や小物、写真などを持ち込み、安心できる生活空間が作れるよう取り組んでいる。	家族の協力を得ながら、居室・空間作りを行っている。思い出の写真、孫からもらった手紙や抱き人形等を持ち込んでもらい、自分の部屋であるという安心感が得られるように工夫している。	
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	利用者が持つ力が活かされるよう、作業療法士と連携し、必要な部分、場所に手摺りを設置。自助具、歩行器を活用し安全に配慮している。職員、利用者同士の働きかけにより、生活リハビリを継続しながら身体機能の向上、維持に努めている。		