

平成 24 年度

事業所名 : グループホーム いわいずみ

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 | 0393000047 | | |
| 法人名 | 医療法人 仁泉会 | | |
| 事業所名 | グループホームいわいずみ | | |
| 所在地 | 岩手県下閉伊郡岩泉町尼額字下坪41-2 | | |
| 自己評価作成日 | 平成24年 7月 2日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年 9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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0393000047&SCD=320&PCD=03 |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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 24年 7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)】

山や川など自然に囲まれホームの中から四季の移り変わりを思い思いの場所から眺める事が出来穏やかに過ごしています。入居者と職員のコミュニケーションを大切に散歩や買い物に出かけたり、自宅まで衣類等を持ちに出かけたり知人宅や美容院に出かけたりと、一人ひとりのペースで生活が出来ます。地域の方々にも避難訓練や行事、災害時の安否確認等に来所して頂き安心して生活が出来ます、また、ホーム周りの草刈りや雪かき等定期的に行っていただき支えられ、地域にも入居者と職員が出かけ行事や炊き出し訓練等参加し協力体制が出来ております。

【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)】

国道455号線から少し入ったところに位置し町の中心部からやや離れているが、まとまった下坪集落の中に事業所はあり、近隣の方々の理解と協力のもと生活を送っている。地域住民との共生を実現しようとする当事業所の暮らし振りは、地域に密着したグループホームのあり方として理想的である。また法人内4グループホーム合同の運動会を開催し家族も含め多くの参加者が集い、楽しみなっていたり、合同の勉強会を開催するなど単独での事業所運営以外に広域的な連携を取っていることが特徴的である。職員の資格取得にも勤務を考慮するなど積極的に支援している。

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、活き活きと働いている (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 | | | | |

【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 いわいずみ

| 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 | 理念は目に付く所に掲示し、部署目標も全職員で話し合い決定し共有し実践に取り組んでいる。 | 部署目標を毎年度職員全員で定め、それに基づき職員個々の目標を定めるなど、具体的実践に努めている。部署目標は事務所内に掲示され職員だけではなく利用者や家族等もいつでも目にする事ができる。 | 部署目標はあるもののグループホームの理念は開設当初のものでありその思いも変化しており職員全員で再検討することにより新たに意思統一できることを期待したい。 |
| 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 | 自治会に加入し行事等参加しコミュニケーションを図り顔なじみになり、日常的に交流を深めている | 130世帯が居住する地区自治会に加入し、草取りなどの清掃活動や諸行事に積極的に参加している。事業所主催のバーベキュー大会には地域の人が食材を持参して参加するなど地区住民との双方向の交流が出来る。 | |
| 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 | ホームの広報を年4回発行し地域や町内の施設等にも配布し回覧している。 | | |
| 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 | 意見交換活発に出来ており取り入れている。ホームの活動や現状も報告できている | 行政を始め民生委員や消防団以外にも近隣住民が参加し看板設置など有益な提案が出されている。利用者家族の参加を目的に開催時期は変則的とはなっているが活発な意見交換がなされている。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者とは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 | 地域ケア会議に月1回参加し町の動向を聞いたりホームの推進会議に参加頂き協力関係を築いている。 | 地域包括支援センターが窓口となり書類の提出や様々な相談先となっている。月に1回、地域ケア会議に参加するなど協力関係が築かれ日常的に報告、連絡、相談等の連携関係が構築されている。 | |
| 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 | 身体拘束廃止委員会を立ち上げ全職員で意識をもち取り組んでいる。 | 昨年度法人内の県内4グループホームで「身体拘束禁止委員会」を設け、身体拘束ゼロを目指した勉強会を定期的に開催している。特に言葉による拘束に気を付けており、禁句を全員で確認、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 | 委員会に参加しカンファレンスや勉強会を開催し虐待防止に取り組んでいる。 | | |

| 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 |
| 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 | 勉強会等開催している。現在、利用者が利用しており、関係者等と話し合い支援出来ている。 | | |
| 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 | 入居時や制度の改定に伴い個々に説明しホームに来所出来ない家族には電話で説明し理解納得を得られている。 | | |
| 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 | 面会時やケアプランの見直し時期には電話等で意向を伺ったり、推進会議や避難訓練等でも意見、要望を聞き反映している。 | 利用者家族からの意見が多くはないことより家族とのコミュニケーションを頻回に持つことを心がけ何気ない言葉から意見を汲み取っている。広報に家族の希望や相談ごとを載せる欄を設けるなど、意見等の聴取に努めている。 | 家族からの意見を聞くために、定例としているアンケートの設問内容を工夫することでより率直な家族の意見を表せることができることを期待する。 |
| 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 | 個別面談や業務会議等で意見や提案を取り上げ反映している。 | 法人として取り入れている「目標管理制度」の中で個別面談(一次評価面接)を行い職員の意見等を把握している。月一回の業務会議では物干し場への屋根設置など職員からの提案により改善された事項も多い。 | |
| 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 | 個別面談で意見を聞き個人目標を設定し常に向上心を持って業務に取り組んでいる。物品や備品の定期点検し業務がスムーズに行われている。 | | |
| 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 | 外部研修や交換研修も年間計画に取り入れ質の向上の為に研修の機会を確保できている。 | | |
| 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 | 交換研修や親睦会・会議等に参加し外部ホームとの情報や意見交換しサービスの質の向上に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入居前の調査等により意向を確認し信頼関係を築けるようすすめ入居後は、日常の会話の中で不安・困りごとなど聞きとり、全職員で共有し担当者もご家族とのパイプ役になり不安が無く過ごせるよう信頼関係を築いている。 | | |
| 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 | 常に家族と連絡をとり状態報告し要望を聞き相談し合い関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 今必要な事にご家族職員と相談し臨機応変に対応出来ている。 | | |
| 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 | それぞれ出来る事を見つけ出来ない事は一緒に笑い顔を引き出せる関係を築いている。 | | |
| 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 | ホームでの様子や外出・病院等の情報を伝えたり面会時ご家族との関係を支援し、来所できないご家族には電話等で話し、つながりが途切れないよう大切に支援している。 | | |
| 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 | 入居者が希望されたときに自宅や知人宅に電話や外出し面会時等の支援も行っている。又馴染みの美容院に出かけられる支援も行っている。 | 家族からの情報収集を中心に人間関係や友人、知人を把握したり本人との会話から具体的名前が出ることも多い。これらの人達との関係が途切れないよう配慮し、自宅帰省や知人訪問等には積極的に支援を行っている。 | |
| 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 | 難聴の入居者には仲介をしたり座る位置も聞こえる側の方に入居者や職員が座り配慮しトラブルにならないよう入居者同士の関係を支援している。 | | |

| 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 |
| 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 | 退居された入居者が入院された場合でも家族・病院等、連絡調整を取りパイプ役に勤めた。 | | |
| 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 | 担当職員はご家族の思いや意向を面会時や電話等で伺い問題等あるときはその都度検討し対応している。 | 担当職員が中心となり日常的に利用者の話や行動より意向を把握している。拒否的態度がある時に本人の思いが何であるかを再度確認しながら対応している。把握した意向等は職員全員で共有を図っている。 | |
| 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 | 自宅に戻り馴染みの物や入居時いつも使っているものなど持ってきたり、一人ひとりの生活歴をセンター方式を活用し把握してプラン等にも取り入れている。 | | |
| 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 | 日常の様子や毎日の記録を活用し体調に気を付け現状把握している。 | | |
| 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 | 家族や関係者からの希望や本人の訴えをくみ取り日々変化する現状に毎月の業務会議の中で意見交換しスタッフ全員で検討しプランを作成している。 | 収集した情報等はセンター方式のアセスメント表にまとめその内容を基にケアマネが介護計画を作成し、担当者会議で検討している。毎月モニタリングを行い3ヶ月ごとに見直しを行っている。 | |
| 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 | 日誌や個人記録・チェック表で情報共有し評価表も回覧し全職員で計画の見直しをし共有出来ている。 | | |
| 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 | 本人や家族の要望に応じ身体状況の変化に柔軟に対応しその都度、支援に取り組んでいる。 | | |

| 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 |
| 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 | 外出する事で地域の方々から声を掛けられ、地域の方がホームに来て頂くことで、元気になるし楽しく安全に暮らしている。 | | |
| 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 | 家族や本人の希望により医者を選択・希望し家族の意向に沿ってかかりつけ医の適切な医療を受けている。 | かかりつけ医は済生会岩泉病院が中心で、定期受診の援助は職員が行っている。主治医と相談し、極力投薬を少なくするよう日常生活や食生活に気を使いながら支援している。 | |
| 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 | 受診時に様子や症状を伝え情報交換や相談し病院関係者とも連携が取れている。 | | |
| 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。 | 主治医との情報交換・相談し安心して治療出来ている。 | | |
| 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 | 入居時には、重度化終末期に向けた家族の意向やグループホームの意向を伝えスタッフ全員で支援に取り組んでいる。 | 契約時に入浴が困難になるなど重度化した場合、看護職員がいないため終末期に係る医療的な対応ができない等事業所としてできること、できないことを本人、家族に伝え了承を得ている。 | 終末期等の対応は医療との関係が深く事業所のみで対応していくことには限界があると考え。地域ケア会議等で地域医療地域看護等等についての話題を提供することも一考である。 |
| 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 | AEDをホームに設置してあり消防署の講習会や勉強等で実践し身につけている | | |
| 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 | 避難訓練は日中や夜間想定で実施し問題点等改善し、地域の方々や消防団の方にも参加頂き推進会議では実際に入居者の現状やホームの間取りなど見ていただき地震や大風の時駆けつけて頂き協力体制を築いている。 | 年二回消防団の指導を得、火災避難訓練を実施している。近隣には訓練のお知らせを行い、誘導や火災報知機の音の確認等を依頼するなどの協力を得ている。また夜間の地震に備え、震度4以上の場合は全員出勤することを決めている。 | |

| 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 |
| 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 | プライド等傷つけないような声かけや注目をされないような気配りをした対応をしている。 | 利用者の生活歴や思い等を把握することにより利用者個々の誇りとしていることを確認し、それに応じた言葉かけを心がけるなど職員は画一的な対応にならないよう気を配っている。 | |
| 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 | 自己決定が出来るよう、もしくは選択出来る希望を叶えられるような言葉かけをしている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの体調やペースを大切に無理のないように支援している。 | | |
| 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 | 季節にあった服装が出来るよう支援し家族の購入して頂いた服や靴を履いていただけるよう支援している。 | | |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 季節・行事に合わせたメニューを考え実践し入居者の好みのものをメニューに入れ利用者とスタッフで下ごしらえし食事片付けが出来る。 | 利用者全員が積極的に食事の準備、後片付けを手伝い、お客様になっている人はいない。職員も含め全員参加の食事は楽しい雰囲気が進む。 | 3年前までは、専門店の料理人に来てもらい出前調理によりラーメンやお寿司を楽しんでいたものの復活したい考えがあり今後食事の楽しみが増えることを期待したい。 |
| 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 | チェック表や記録等で一人ひとりの水分量や食事摂取量を把握し、むせる人にはトロミをつけたり、食べやすい大きさや食器にも配慮し支援している。 | | |
| 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 | 毎食後口腔内のチェックや一人でする人は見守りをし足りない所は声かけや手伝いの支援をしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 一人ひとりの排泄チェック表で確認し早めの声がけでトイレで排泄できるように支援している。 | 尿とりパット等は使用しているが全員が日中はトイレでの排泄である。排泄チェック表を活用し、利用者の状況や時間に応じた声かけ等を行うなど排泄の自立が継続できるよう支援している。 | |
| 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 | 排泄の有無をチェックし水分や食材で個々に対応し工夫している。体操をし体を動かし予防にも努めている。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 一人ひとりの希望や体調もみながら入浴支援し、入浴が嫌いな入居者にはタイミングをのがさず支援している。 | 入浴時間は14時30分から16時までとなっている。楽しみにしている人がいる一方、嫌う人もおり、誘導に工夫を凝らしている。季節のゆず湯や菖蒲湯は利用者には好評である。 | |
| 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 | 一人ひとりの状況に合わせて、こたつやエアコン・扇風機や湯たんぽ等使い、照明にも一人ひとり工夫し安眠でき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 | 薬の副作用や説明等個人のファイルにはさみ常に目に見える所にあり、医者とも相談し症状の変化の確認を行っている。 | | |
| 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 | 一人ひとり好きなことや得意な事を継続出来るよう支援し気分転換の散歩や買い物、電話や面会等支援している。 | | |
| 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支援している | 一人ひとり自宅や知人宅への外出やドライブ・外食・花見ドライブ等、家族にも参加頂いき思いの所に出かけられるよう支援している。 | ホーム近辺の散歩、買い物、知人訪問等利用者の希望に沿って支援している。広く自然豊かな岩泉町内の四季に応じて紅葉狩やお花見のドライブは好評である。 | |

| 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 |
| 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 | 家族希望で事務所で管理して把握している。外出時本人に渡し欲しい物を購入できるように使いすぎに注意しながら支援している。 | | |
| 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 | 家族からの電話を取り次ぎ、本人が家族と会話が継続できるよう間に入ったり、郵便物を代理で預かり対応している。 | | |
| 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 | 季節の花を飾ったり貼り絵や工作や、家族の写真を居室に貼ったり直射日光が当たる事がないようカーテンやすだれで工夫し心地よく過ごせるようにしている。気の合う入居者が座れるようソファの位置を工夫している。 | 建物全体が木造の柔らかさに包まれ、吹き抜けの天井は高く天窓から自然の光が差し込んでいる。食堂の椅子、ホールのソファなど余裕を持って配置されている。七夕の笹に願い事を書いた短冊が飾られるなど季節感に満ちた雰囲気づくりを工夫している。 | 震災支援で法人にピアノが寄贈され、ホール中央に置かれている。利用者も音を出したりしている。今後ピアノ教室の子ども達の演奏会も予定され、ますますの活用が期待される。 |
| 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 | ベンチや椅子・ソファを色々な所に置き思い思いの所で気の合う入居者同士過ごせるよう工夫している。 | | |
| 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 | ベットの位置は本人と相談し家族の写真や頂き物のぬいぐるみ・仏壇やお位牌等入居者の好みの部屋になっている。 | 本人や家族の希望を入れながら、プライベートな部屋づくりを工夫している。位牌、遺影、家族写真等が飾られ、利用者本位の落ち着いた部屋になっている。総じてシンプルで清潔感のある居室が多い。 | |
| 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 | トイレや居室を分かりやすくしている。食卓や下足にも、迷う事がないように、入居者のために名前をつけている。 | | |