

平成 30 年度

# 1 自己評価及び外部評価結果

事業所名： グループホームぽっかぽっかの家

## 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0372500447		
法人名	社会福祉法人やまどり福祉会		
事業所名	グループホームぽっかぽっかの家		
所在地	岩手県胆沢郡金ヶ崎町六原坊主屋敷36番地3		
自己評価作成日	平成30年12月25日	評価結果市町村受理日	平成31年3月11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)】

入居者の出来るところはしていただきながら、楽しみのある生活が出来、入居者の好み、意向、体力に考慮し生活スタイルに合わせた支援に心掛けている。その日の天候などを見ながら、臨機応変、柔軟な対応し、散歩やドライブ等屋外への外出支援を行いストレスの解消を図っている。畑の作物の収穫、散歩がてら山菜取りし食卓に出す、四季折々野菜、柿の皮むきし干し柿作り、菊の花のむしり頂く。積極的に屋外の活動を増やし、各種体操やモップ掛け、掃き掃除、テーブル拭き等で体を動かし活動量を上げ、身体機能の維持を図る。脳トレを意識したレクに力を入れている。季節ごとの行事、正月の餅つき、節分、お花見、夏祭り、敬老会、クリスマスなど併設の特養施設と共同で行い、ボランティア、団体のイベント、毎月の認知症カフェへ参加し、地域の方々の参加もあり交流されている。地域の文化祭への出品、参加、幼稚園への運動会、学習発表会等の見学や参加し地域交流を図っている。

※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.kai.gokensaku.mhl.w.go.jp/03/i/ndex.php?act=on_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;Ji_gyosyoCd=0372500447-00&amp;Pr_ofCd=03&amp;Ver_si_onQd=022">http://www.kai.gokensaku.mhl.w.go.jp/03/i/ndex.php?act=on_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;Ji_gyosyoCd=0372500447-00&amp;Pr_ofCd=03&amp;Ver_si_onQd=022</a>
----------	---

## 【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 いわたの保健福祉支援研究会
所在地	〒020-0871 岩手県盛岡市中ノ橋通二丁目4番16号
訪問調査日	平成31年1月23日

「ぽっかぽっかの家」は、田園風景と散居の景観が広がる自然豊かな地域に立地し、後に開設された特別養護老人ホームとともに、高齢者福祉施設の拠点としての役割を果たしている。特別養護老人ホームの地域交流スペースで、毎月開催される認知症カフェや地域の百歳体操グループの活動に、利用者も定期的に参加し、地域の方々との交流機会となっている。また、地元の幼稚園や小学校とは、行事への参加、ボランティア部の活動受け入れ等、長く交流が続いている。理念の共有や実践のための研修を充実させ、職員は24Hシート等の作成に取り組みながら、一人一人の違いを尊重した「本人中心」、「自己実現」のケアを目指し、日々努力している。

## 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)	<input type="radio"/> 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)	<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 利用者や職員が、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)	<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、生き活きと働けている (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、その時々々の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)	<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		

平成 30 年度

事業所名 : グループホームぽっかぽっかの家

2 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
<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	法人の基本理念「笑顔あふれる家」、「心豊かな生活」、「まごころ」がある。定期的に振り返りを行い、理念に沿ったサービスとなっているか確認している。	開設時の法人理念を、3年前に職員で見直し、「笑顔あふれる家」などの二つのキーワードを玄関に掲示し、併せて、理念実現に向け理念ガイドも作成している。全職員に配布している職員手帳にも明記し、半年に1回理念の振り返りを行なっている。	
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	地域行事秋祭り、文化祭(作品の出品)、地元の幼稚園、小学校行事に出かけ参加する。慰問やボランティア活動の受け入れがあり交流を図っている。	地域のニツ森神社の例大祭や北部地区文化祭へ参加し、隣接する特養ホームでの百歳体操グループとの交流等々、積極的に取り組んでいる。また、幼稚園や小学校とは、各種行事への参加、ボランティア部児童との注連縄(しめなわ)交流などがある。	
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	毎月隣接の特養ホームで「認知症カフェ」が開催され、利用者が参加し、勉強会の開催、脳トレクを地域住民と一緒にされ交流されている。家族や地域住民に広報誌やポスター等の配布をしている。		
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ヶ月に1回運営推進会議を開催している。運営状況や利用者の動向、状況を報告意見交換を行い貴重なアドバイスや情報を頂いている。金ヶ崎町自治体関係者、民生委員、介護相談員、地域自治会役員、利用者家族の代表が出席している。	会議では、利用者や運営の状況、行事等の活動に加え、食中毒や熱中症予防、外出支援の充実等の課題への取り組みの結果や反省等の報告に対し、各委員から意見や助言を頂き、活発な会議となっている。	
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	毎月金ヶ崎町介護相談員2名の訪問あり利用者、職員と和やかに交流されている。自治体の会議や研修に参加、福祉センター、社協から入所者についての相談や情報を頂いている。	運営推進会議に金ヶ崎町職員が参加し、また、地域ケア会議や研修及び各種申請事務等にも、指導・助言を得ている。町委託の介護相談員が来訪し、利用者・職員と交流している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	法人で身体拘束防止委員会があり、定期的に検討会を開催し確認を行っている。職員間でも注意喚起しその都度検討事項が生じたときなどは常に話し合いを行い、他の方法を検討し梗塞はしないように取り組んでいる。	法人で身体拘束廃止検討委員会を設置し、定期的に開催している。身体拘束適正化のための指針を作成し、職員手帳にも掲載して周知を図っている。職員研修では、特にスピーチロックについて学び、ホーム内会議やミーティングで振り返りながら拘束のない支援に取り組んでいる。	

[評価機関 : 特定非営利活動法人 いわたの保健福祉支援研究会]

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
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	具体的にどのような事が虐待かについて資料を参考に、注意喚起を行っている。日常のケアでの言葉や態度についても、話し合いをその都度持ち、振り返りを行っている。		
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	現在成年後見制度を利用されている方は1名いる。研修に参加し学んできた職員もいるが、制度や個々の必要性については今後の自立支援に向けての課題として理解を深めていきたい。		
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	契約前、契約時に十分な説明をし、家族と話し合いを行い疑問点を伺い納得して頂いている。規約や料金について改定等あるときは文書で通知し同意を頂いている。		
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	意見、要望等家族が来所された折にお聞きしている。施設玄関にご意見箱を設置しており、また外部機関や管理者等職員にも相談できることを説明している。運営推進会議等においても意見や指導を頂いている。	意見箱の利用は無く、面会時や会議時等の機会に声掛けし、意見や要望を聴くようにしている。新聞に掲載された事業所の記事を掲示したり、広報に併せて利用者の近況報告を郵送し、家族との話題のツールとしている。	
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	何時でも気軽に話せるような環境づくりを心がけ、聞いている。毎日のミーティング、毎月の法人内の会議もあり、事業所内でも毎月会議を開催、連絡ノート等、自由に意見交換が出来ている。	毎日のミーティングや連絡ノート、法人内会議で職員意見の把握に努めている。職員トイレの増設や施設の修繕等の他、特養の看護師との連携の在り方について意見があり対応している。	
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	キャリアパスを作成し、職員が個々に具体的な目標(介護福祉士免許等資格の取得)をもって働き、アドバイスや、資格取得後は費用負担の支援もしている。それらも考慮し人事考課制度を取り入れている。		
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	職員個々の状況や、家庭環境に応じ相談にのったり、新人職員には先輩職員が講師となり、じっくり取り組んでいる。また職員に応じた研修等の機会を設けている。		

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
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	外部研修に参加し、情報交換や交流している。グループホーム協会の定例会にて情報交換や勉強会を行っている。隣接の特養施設でのカフェに他施設の職員の参加もあり情報交換や交流している。		
<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	入居前に本人の事前調査や面談を行い、本人、家族、他施設職員から情報収集し、サービスに反映させている。入所後は十分な観察と傾聴に心掛け、丁寧な言葉がけに留意し安心して頂けるように心がけている。		
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	和やかな雰囲気づくり、話しやすい雰囲気づくりに心掛け、気軽に面会に来れる環境（何時でも、特に時間の制限も設けない、前もって連絡でいない時、急な面会も大丈夫）づくり、入所前から説明しているし、折に触れ心掛けている。		
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	本人の十分な観察を行い心身の状態、病状の有無、状態、内服、生活歴等の情報収集をし、多職種からの意見交換し連携し本人、家族の意向をもとに判断し見極める。		
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	利用者個々の出来る力を見極め、その方の状態、本人の意向に沿った暮らし方が出来るように支援している。家事手伝いモップ掛け、洗濯物たたみや畑仕事、他入居者との仲立ちや見守り、職員に知らせてくれるなど相互関係を築いている。		
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	家族の来所時は本人の心身の様子、生活の様子等報告し、本人家族の意向を確認共有している。定期通院を原則家族とし面会の機会を増やす、ランチやお盆年末年始の外出や外泊を勧めている。毎月外泊し家族と過ごす方もいます。		

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
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	なじみの人が気軽に訪問できる環境づくりに心掛け、老人会の案内や広報の配達がある。なじみのスーパーへ買い物、地域の行事へ出席、初もうで、ドライブでなじみの景色を眺める等を行っている。地域の理髪店に毎月来ていただいている。	ホームには、ほぼ毎日のように家族や友人が来訪している。友人2、3人が、定期的に訪れる利用者もいる。訪問理容のほか、会報を届けてくれる地域の老人会の方や特養での認知症カフェ、百歳体操の仲間が新たな馴染みになっている。	
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	心身の状態、認知の状態には個人差もあり、職員が間に入り、説明し見守っている。利用者間で、声掛けし、助け合う場面もある。		
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	契約終了後も気軽に相談できるよう努めているし、その後の方向性の説明やアドバイスし相談にのっている、他施設への橋渡しや、説明、問い合わせ等し家族支援を行っている。		
<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	日々の生活の中での会話や表情、しぐさ、行動のパターンや病状、睡眠、起床、排泄、入浴、食事等観察しながら対話、触れ合いの中で本人の気持ちに配慮して努めている。	排泄や入浴時、夜勤の際に思いを話してくれる場合が多く、丁寧な対応を心掛けている。思いを言葉で伝えられない利用者が2名おり、態度や表情、仕草等を観察しながら把握に努めている。	
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	家族、親戚、地域の方(ご近所)、それまで利用していたサービス事業所から情報収集し、本人、面会時等積極的にコミュニケーションを取るなどし努めている。		
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	毎日のバイタルチェックを行い体調管理し、心身の状態を把握し職員間で共有している。日々の観察の中でその方の出来るところ、思いを受け止め把握に努めている。		
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	毎日のミーティング、看護師、Drへ報告し、指示、アドバイスを頂いている。家族へ連絡し、確認、希望、意向をお聞きしケア計画に反映させている。連絡ノートの活用、定期的なケース検討会を開催し情報共有している。	連絡ノートや居室担当者の気づきノート、家族、協力医、看護師の意見を確認しながら、職員会議で検討して介護計画原案を作成し、利用者や家族に説明のうえ同意を得て決定している。また、アセスメントとモニタリングを繰り返しながら、3カ月毎に見直しをしている。	

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
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	日々の様子はPCに記録している。その他「気づきノート」を設置し気が付いたことや、変化あるとき、アイデアなど記入してもらい介護計画や見直しに活かしている。		
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	短期利用型共同生活介護、医療連携体制の指定を受け、自治体等からの緊急要請に応じる等その時のニーズに応じた支援をしている。家族の状況に応じての通院介助や送迎受診対応等している。		
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	保健所との連携(感染症等の研修や講師に招く)社協、自治体からの情報提供、相談、研修、介護相談員の協力、消防署の連携、研修等活用している。他周辺地域の特徴を把握しドライブや散策等に生かしている。		
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	本人、家族の希望、病状、病気の種類等検討しかかりつけ医、施設医の受診に柔軟に対応して。受診時は普段の状態をお伝えし、必要時は書面やバイタル表をお渡す、施設Ns、Drに連絡報告し受診にいかしている。受診に同行支援もある。	かかりつけ医受診は家族対応としているが、家族の都合により、職員が同行することもある。週1回、併設の特別養護老人ホームの嘱託医が診察している。皮膚科医の訪問診療利用者もいる。健康医療情報は、家族・医療・ホームともに健康管理手帳で共有し、適切な受診と健康管理の支援が行なわれている。	
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	隣接の特養施設の看護師と連携し、常時体調に変化あるとき、急変時は報告し指示を頂き、他か受診の指示やDrへ報告がある。24時間オンコール体制をとっている。		
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。	入院や退院時は病院へ出向き看護師やDr、医療相談室(ケースワーカー)との情報交換、情報共有し、本人、家族と面接し希望を伺い、その後の方向性について検討し本人、家族の支援を行っている。		

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
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	重度化や終末期、急変時の対応についてサービス開始時に説明し、ご家族の希望をお伺いしている。他、実際に重度化、急変状態の変化時は再度説明し意向を伺い対応している。終末期はさらに連絡体制を強化し、看護師、栄養士、Dr等多職種連携をし、家族への連絡、連携を強化している。	開所以来、4名の看取りを経験している。重度化、終末期対応は特養での実践を参考に「医療等連携指針」としてまとめている。職員研修によるスキルを高めながら利用者の状態変化に応じ、かかりつけ医や協力医、看護師との連携の下、家族の意向に沿った対応をしている。看取り後は、利用者も玄関までお見送りしている。	
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	事故による怪我、骨折、感染症、救命等について外部や内部研修を行い、初期対応や手順を書面にし、見えるところに設置している。職員は全員救命講習をうけている。		
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	消防や自治体、地域の協力を得ながら隣接する特養と協力し定期的な防災訓練を実施し、夜間帯の協力体制を図り反省し、今後に向けて意見交換をしている。緊急時の連絡体制を書面にし確認できるようにしている。	地震や火災・集中豪雨を想定して、年2回防災訓練を行い、1回は消防署立会いのもとで実施している。地域自治会や消防団と災害協定を結び、地域の防災訓練にも参加している。隣接する特養の宿直員や夜勤職員との連絡協力体制が出来ている。夜間の避難訓練は今後の課題としている。	避難訓練として、告知なしの招集訓練等を夜間に行うことは、課題把握の機会として効果的と思われ、取り組まれることを期待する。
<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	その方個人の特徴や好み、希望を確認、十分な観察により、把握し、支援の方法を検討している。寄り添い、傾聴に心掛け言葉かけや態度については振り返りを行いながらミーティング等でも話し合い、配慮するようにしている。	ケアマネジメントや個人情報保護法について学び、利用者本位を念頭に、丁寧な対応を心掛けている。居室に入る時は「お部屋に入りますよ」と断って入室し、トイレ誘導の際は、「いいところに行きませんか」と声掛けを工夫している。不適切な対応には、職員同士で注意しあっている。	
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	十分な観察、傾聴、会話、しぐさ、表情、行動、態度、利用者間の関りの中から、より良い関係づくり、話しやすい環境づくりに取り組み、わかりやすい問いかけ等で表出できるように、くみ取るなどしている。		
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	生活歴、日々の本人の様子、他者との関わり具合、体調、心身機能に応じ、希望を伺いながら、本人の出来ることを見極め、居室で休まれる方等その方のペースに沿った支援としている。		

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
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	化粧やマニキュア、衣類の好み、飾りなど本人のいいように見守りをしている。毎月理容師が来所するため希望を聞き毎回散髪する方、本人の好みの髪型でカットしたり顔そり等している方もある。		
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	利用者と食材の買い出しに出かける、散歩しながら山菜を採って処理をしたり、施設前の畑の野菜を育て収穫し、食卓に出る楽しみがある。季節感を感じていただき、菊の花のむしり、柿の皮むきし干し柿をつくり、デザートや料理に提供している。	献立は、隣接する特養ホームの管理栄養士の助言を得ながら、当番職員が当日の食材をみて決めている。食材は、近くのスーパーに利用者と買出しに出掛けている。また、ホームの畑の豊富な野菜や散歩時に採った山菜も活用している。おやつの手作り雁月、クリスマスのバイキングや正月のお餅、寿司の出張ボランティアは好評である。	
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、水分量は毎日把握し記録、申し送りをする。本人の個別性に応じ、病態や体調も考慮しながら、栄養や水分不足の予防をしている。必要に応じ電解質入りにしたり、とろみをつける、好み物に変える、調理方法を工夫する等している。		
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	本人の習慣に配慮しながら、状態を見て、義歯の洗浄や、消毒の支援し、声掛けや誘導している。できない方へは職員が介助する。歯科医の往診があり指導を受けている。義歯の問題もあるときなどは家族とも相談しながら対応している。		
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	個々の排泄状況を観察し把握している。記録や申し送りし、食事や水分量、運動、体調等で自然な排泄を促し、全員トイレで排泄、リハビリの使用も出来るだけ減らすようにし、4人の方が下着利用している。	トイレでの自力排泄をモットーとして、一人ひとりの排泄パターンを記録し、体調を確認しながらトイレ誘導している。自立の方4名、リハビリパンツ、尿取りパット等使用し、日中夜間とも全員トイレを利用している。おむつの使用者はいない。	
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	栄養、水分、食物繊維の多い食材に留意し、その必要性について説明し、個々に応じた支援を行っている。活動量を上げるための体操や散歩、モップ掛け、食器のかたづけに動いて頂く等工夫し取り組んでいる。		



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
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	入浴時間や曜日、本人の体調や意思の確認を行う、職員の男性、女性対応の希望等出来る限り希望に沿い個浴でプライバシーに配慮した対応としている。	入浴は、毎日午後の個浴を基本としている。浴槽は、個浴のソファ型バスを導入している。週3回から4回入浴できている。同性介助希望者にも配慮している。入浴を拒否する方はいない。	
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	生活歴、習慣を考慮し居室で過ごしたい方、昼寝をしたい方など自由にしている。冷暖房、寝具、本人の持ち物や居室の飾りなど本人の意向に沿った環境づくりをし、就寝時間の考慮もしている。		
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	薬を複数の職員で確認し、さらに服薬直前複数の職員で確認し、本人に説明、声掛けし、飲み終わるまで確認し、納得して頂いている。服薬による影響などについても職員間で情報共有し変化等に留意し、Ns、Dr、家族に報告相談している。		
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	生活歴、好み、心身の機能レベル等鑑みながら、本人の自由意思に任せ、レクも皆さんで同じものをやるのではなくめいめい興味のある事、散歩等、したいことをやる。家事手つだい出来る方、したい方等、変化のある暮らしに心掛けている。		
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支援している	年間の行事を立て普段行けない所、出来ない事の支援、天候を見ながら臨機応変に外出支援し山菜、花摘み、景色を眺めながら気分転換を図っている。家族と相談し自宅への外出、外泊や家族との食事などの協力をお願いしている。隣接の特養に行く機会も多い、地域資源の活用もある。	毎日のように散歩しており、春はタラの芽・蕎麦・わらび、秋は畑シメジ・栗等を採りながら、自然の中で気分転換が出来ている。隣接の特養の行事に参加する機会も多い。四季折々のドライブでは胆沢ダム、温泉、産直めぐりを楽しんでいる。郷里めぐりや外食ツアー（年4回程度、回転寿司等）などとして積極的に外出している。	
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	現金は預り金として管理している。利用者の状態に応じ現金を渡し自動販売機からジュースを買う、買い物時に買っていただくこともある。		
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	何時でも本人の求めに応じ電話をかける、遠方の家族との連絡時に本人と会話していただく等、毎年直筆のメッセージを添え、年賀状を送っている。		

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
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	ホール、居室から四季折々の景色が眺められ畑の様子も見え、ホッと空間になっている。季節や行事等に合わせ飾りを一緒に作成し飾り付け、みずぎ団子、七夕願い事を書き飾りを作成、ツリーを飾る。利用者の写真入りのカレンダーを設置している。	3方向に回廊式の居室があり、共有スペースを中心にテーブルとソファが置かれた居間兼食堂になっている。小上がりの和室には、広い掘りごたつが置かれ、開放的で温かい空間になっている。利用者と一緒に作成したみずぎ団子や木の実で作った壁掛け、ちぎり絵が飾られてある。	
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	ホールにはソファを設置し自由に座り思い思い会話やTVを見る、居眠りをするなど。談話室は畳の掘炬燵があり自由に利用され、本を読んだり、畳に横になり陽を浴び気持ちよく過ごされている。		
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	自宅からは本人のなじみの家具やTV、趣味の物等自由に持ちこむことができ、位牌の持ち込みやレクで作成した物を希望者は持ち込み飾るなど本人の希望に合わせてセッティングしている。	居室は、ベッド、タンス、洗面台、机、椅子、エアコンが備え付けられている。持ち込まれたテレビ、写真、趣味の本、位牌が置かれ、自分の部屋らしくしている。居室ドア近くに格子戸の小窓があり、窓越しに話すことなど和風で温かい印象を受ける。掃除は、利用者と一緒にしている。	
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	場所が分からない方の為、名前以外に飾りや分かりやすい物を配置する等の工夫、廊下に利用者の写真入りのカレンダーや日めくりの手作りカレンダーを設置している。ゴミが落ちていればゴミ箱に入れる等要所所にゴミ箱を置いている。		