

## 地域密着型サービス自己評価票

- ・ 指定小規模多機能型居宅介護  
(指定介護予防小規模多機能型居宅介護)
- ・ 指定認知症対応型共同生活介護  
(指定介護予防認知症対応型共同生活介護)

(よりよい事業所を目指して・・・)

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 記入年月日   | 平成19年11月30日         |
| 事業所名    | グループホームたけのこ 88 番地   |
| 事業所番号   | 2372001418          |
| 記入者名    | 職名ユニットリーダー 氏名 山下 宏雄 |
| 連絡先電話番号 | 0532-45-6213        |

(様式1)

## グループホームたけのこ88番地自己評価票

| 項目                 | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)<br>※記述の中にある×③の表記は、自己評価で同じ意見が3名いたを表している。          | ○印<br>(取組んでいきたい)   | 取組んでいきたい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)  |
|--------------------|--|--|---|
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |  |  |   |
| <b>1. 理念と共有</b>    |  |  |   |
| 1                  | ○地域密着型サービスとしての理念<br><br>地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている       | 「いつまでも普通に暮らせるノーマライゼーションを基本とします」1.利用者の自己決定を尊重いたします。2.利用者の自立支援を図ります。3.利用者の個別性を大切にします。4.身体拘束・抑制はしません。5.利用者の権利擁護を図ります。6.家族との連携を大切にします。7.地域との連携を大切にします。8. we must not let them down (寝たきりにさせてはいけません) ×③。理念にはスタッフの意見やアイデアも取り入れている。   | ○生活計画Ⅱで個々の利用者と地域との関わりについても深く話し合っていきたい。地域に理念を浸透させたい。   |
| 2                  | ○理念の共有と日々の取り組み<br><br>管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる                          | 毎朝の申し送りの最後に、法人の理念を全員で復唱し共有している×④。職員が理念の具体的なイメージを持っているのか疑問である。仕事の中で、利用者への不適切な対応があるときは、その場で理念に反していることを指導、注意する。利用者が周辺の作物を盗ってきてしまうことについては、利用者の行動制限より、地域への理解協力で対応する視点を大切にしている。記録で「暴力・暴言」などの専門用語を使用したときには、「事実のみを記載するよう」に指導している。普通に暮らすとは、どういうことか。日々の生活支援から、行事、毎日の職員と管理者が交換日記を通し話し合っている。 | ○運営理念を具体的なものに変換してもよいのではという意見も出ている。理念の見直しについても検討していく   |
| 3                  | ○家族や地域への理念の浸透<br><br>事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえるよう取り組んでいる | 玄関に理念を明示している×③。たけのこ新聞(1/2か月)。たけのこ写真館(8/年)配布している。自主制作絵本「くものはなし」販売。毎年校区の市民館にて利用者の作品を集め「ささやか展」を開催している。運営推進会議で報告している。開設周年祭(第4回目)、夏祭り(盆踊り)を行っている。グループホームの手引きとパンフレットに法人の理念や運営方針など細かく記載している。「地域との連携を大切にします」「家族との連携を大切にします」を理念にあげ、来訪される方に説明や配布している。                                      | ○積極的にイベントを開いたり誘って参加してもらったりすることを今後も続けていきたい。  |
| <b>2. 地域との支えあい</b> |  |  |   |
| 4                  | ○隣近所とのつきあい<br><br>管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている  | 散歩や買い物など近所の人と会ったら笑顔で挨拶し、少しずつ理解してもらうよう努力している。迷い込んだりしてご迷惑をかけた家へは利用者と共にお詫びのあいさつに行っている。盆踊りには近隣へ広報活動をし足を運んでくれた地域の方もいた。隣接した陶芸工房で地域の方に呼びかけ土、日は陶芸教室を開き、英会話教室も行ってた。×③。子ども110番の家として開放している。町内回覧板を回している。   | ○散歩のときは、挨拶をしているが、それだけでは足りない。教室などをもっと開くといいという意見がある。近隣の方に認知症について深く知ってもらう為に認知症についての勉強会などを行いたい。 |

|                              |   |   |   |   |
|------------------------------|---|---|---|---|
| 5                            | ○地域とのつきあい<br>事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている               | 本宮神社のお祭りに参加。初詣。趣味の作品展。保育園の敬老会の参加×③。地区作品展への参加や地元介護専門学校への訪問や、近所の神社での餅投げに参加×③。開設4周年記念、七夕会、夏祭り等、家族や、教室の先生、ボランティアの協力を得て地元の方々の参加もあり楽しんでいる。  | ○ | 地区の総代さんに相談し学区の運動会への参加ができないか検討をしていただく。地域の活動を把握。老人会に入った方がいいと思う。町内にない盆踊り大会は、今後も、家族、ボランティア、近隣の多くの人々といっしょに楽しんでいけるよう続けていきたい。                                |
| 6                            | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>利用者への支援を基盤に、事業所や職員の状況や力に応じて、地域の高齢者等の暮らしに役立つことがないか話し合い、取り組んでいる        | 19年7月より3名定員で通所を引き受けることとし、地域での高齢者に役立っていただけたらと考える。一方、利用者の方、デイの利用者への対応でいっぱい地域まで手が回らない×③。又、事務長は人として支えあう生き方について学習会の講師とし出かけることが多い。  | ○ | 運営推進会議にて相談。地域へ目を向ける。ゲートボールの参加の呼びかけ。盆踊りの参加の呼びかけ。草取り、囲碁など行っていきたい。陶芸、気功、歌、フラダンスの各教室への参加呼びかけ、運動場が出来たのでそこの遊びの誘いなどしていきたい。                                   |
| <b>3. 理念を実践するための制度の理解と活用</b> |   |   |   |   |
| 7                            | ○評価の意義の理解と活用<br>運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる                 | スタッフ一人ひとりの自己評価の圧縮版をスタッフに配布。評価後、内容についてのミーティングを行っている×③。前回の評価を玄関にかけてあり、見やすい。改善策が見つけれない点もある。たけのこに勤務している全てのスタッフが自己評価に取り組み、解らない事、聞きたいことなど、課題をみんなであげ見直し、改善していく過程にある。   | ○ | リーダーミーティング、ユニットミーティング、生活計画Ⅱで課題等を取り上げるようにする。自己評価で終わらず、各自が1テーマずつ「こだわりの改善点」について改善案を出し、改善をしていくたけのこ改造計画に着手している。  |
| 8                            | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | 利用者の各月の状況を数字にしたものを各ユニットリーダーが説明報告、委員の疑問、評価を頂き話し合いをしている。又映像を通し活動報告をしている。活動報告は行えているが、運営推進委員の中から具体的な意見提案が出てこない事が多い。職員から委員への提案や相談も少なく。活発な意見交換ができていない。運営推進会議では、日常の出来事から、外出、行事等の報告、新しい取り組みなどを話し意見交換を二ヶ月に一回行っている。外部の方の意見や指摘を聞き、参考にしている。参加者の多くが一年単位で変わってしまうため、具体的な話に進みにくい。 | ○ | スタッフは前もって委員の方へ意見、要望を用意する。会議不参加の人にも内容をわかるようにする。各ユニットのそれぞれの利用者の数字で示す状況報告は事業者や、家族にとっては、興味深い。他、地域住民の委員には眠たいだろうと気が引ける、このまま若いリーダーを育てる為に続けるべきか相談しながら進めていきたい。 |
| 9                            | ○市町村との連携<br>事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる                  | 駒方町総代さんに頼み、ささやか展、盆踊りの際は公民館の駐車場を借りる事ができた。歩いていける範囲の方は、封書ではなく書類は持参し、お会いできるようにしている。運営推進会議は、土、日、なので市役所の職員は出たくても出ることが出来ない。勉強会のお知らせもしているが、音沙汰無しです。市介護保険課より介護保険法が改められる時、(医療連携加算、運営推進会議、通所介護)GH事業者への説明、疑問点等話し合う場所が設けら、有意義な時間であった。  | ○ | 幼稚園などの行事にはよく参加させてもらっているが、さらに行き来する機会を増やしていきたい。今後も市役所と一緒に考えながら進められるよう、話し合いの場を設けて頂きたい。市の担当者が運営推進会議に出席して頂けるにはどうしたらよいか。市役所の職員自身が運営推進会議の状況をまとめるのも良いだろうか。    |

|                        |   |  |   |                                   |
|------------------------|---|--|---|-----------------------------------|
| 10                     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、地域権利擁護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、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している | 地域権利擁護事業1名、成年後見制度1名。管理者や職員はよく話しあって必要な人には本人の一番いい方法を考えている×③。詳しい研修はまだ行っていない。冊子での説明は行っている。   | ○ | 成年後見制度や地域権利擁護事業などについても研修を行っていきたい。 |
| 11                     | ○虐待の防止の徹底<br>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          | 法に関しての知識は浅い。理念にも、拘束や抑制をしないという項目があり、意識してケアしている×④。男性職員の卑猥な言葉があっても注意できていないときがある。管理者及び実践者研修者など4名は講習を受けている。開放された所内での支援である。職員には日々の業務ノートになんでも書いてもらい、同じ日でも忙しさや疲れの状態がスタッフによって違うことがわかり、その都度話し合いが必要と考えている。                              | ○ | 虐待についての研修を行い、知識の共有化を行いたい。         |
| <b>4. 理念を実践するための体制</b> |   |  |   |                                   |
| 12                     | ○契約に関する説明と納得<br>契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                            | オーナー、事務長が行っている。重要事項説明書には入退居基準など権利・義務を記載し、それを提示し説明を行い、理解納得して頂いている。利用契約を行う場合には、実際にグループホーム内での利用者の生活や、設備を見ていただきながら説明している。  |   |                                   |
| 13                     | ○運営に関する利用者意見の反映<br>利用者が意見、不満、苦情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                           | 普段の生活の中での訴えはスタッフが記録表に記し、スタッフ、家族が見る事ができる。生活記録をもとに生活計画Ⅱを行っている×③。利用者の苦情はその都度、リーダー、管理者に伝えている。日記を書いている利用者より、御飯が硬くて食べられませんでした。もう少し柔らかく炊いてください。各教室の後に先生を囲みお茶を飲みながら、お話する機会を作っている。事務所に苦情係がいつもいるようにしている。1回月に一度介護相談員が訪問して自由に利用者と懇談している。 |   |                                   |
| 14                     | ○家族等への報告<br>事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている                         | 毎日の生活記録表、活動報告、金銭管理表を月1度まとめて送付し、家族がサイン捺印し、生活記録への意見感想の返信をお願いしている。たけのご新聞(4/年)、たけのご写真館(8/年)配布×③。事業所内のことや新入社員はたけのご新聞で知らせている。退職者に関してあまり伝えていない。受診時や急変時に家族へ連絡している。   |   |                                   |
| 15                     | ○運営に関する家族等意見の反映<br>家族等が意見、不満、苦情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                           | 生活記録表にアンケート用紙を添えて意見を書いて返信してもらうようになっている×③。個人ファイルに意見を挟みスタッフが見ることができるようになっている×③。来訪時には利用者の近況を伝え家族の意見をうかがっている。運営推進会議にも参加していただいている。  |   |                                   |
| 16                     | ○運営に関する職員意見の反映<br>運営者や管理者は、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                                       | 交流ノートに意見を書く事でオーナーが目を通し運営に反映できるようになっている×④。リーダーミーティングを月一回以上行っている。朝の会と夕方の会議があり、意見を言う場がある×③。各ユニットごとにユニット会議を、月1～2回行い、職員は、運営面の意見も出している。  |   |                                   |

|                    |  |   |   |  |
|--------------------|--|---|---|--|
| 17                 | ○柔軟な対応に向けた勤務調整<br>利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている                      | 外出時や行事やデイサービスの多いときはスタッフを多く配員している×③。15時以降パートさんがいなくなってから人手が少なくなってしまう日もある。パートタイムに関しては職員の異動はない。各ユニットリーダーがユニット会議で職員と時間を調整している。利用者の状況に合わせ、勤務時間や、人数の調整をしている。事務長及び、管理者は補佐役に回っている。                                     | ○ | パート(9時～15時)のため、利用者が落ち着かなくなる時間にスタッフの人数が減ってしまっている。変更が必要。話し合いをして検討していく。 |
| 18                 | ○職員の異動等による影響への配慮<br>運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている | 利用者が混乱しないよう利用者へ説明を行っている。退職した職員も行事などに顔を出している。職員がユニットを異動する場合は、一人ずつなど利用者へのダメージを防ぐ配慮は出来ている×③。運営者兼管理者は、事務所に出来る限り居る様に勤めている。職員は、朝夕のミーティングで、引継ぎを行い、生活に支障を起こさないようにしている。  |   |  |
| <b>5. 人材の育成と支援</b> |  |   |   |  |
| 19                 | ○職員を育てる取り組み<br>運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、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              | 事務長による社内研修が2/月で行われる。スタッフからどんな研修をしたいか聞いている。社員、パート職員にも社外研修の機会がある×③。本年は実務者研修2名、管理者研修1名、又、県GH協会主催の研修講習を4名受講している。又、ユニット会議、リーダー会議、運営推進会議、所内研修等、所内においても、情報交換、勉強会、発表会等行なえるよう、計画を立て勤務表を調整し実行している。                      |   |  |
| 20                 | ○同業者との交流を通じた向上<br>運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、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    | グループホーム連絡協議会の研修委員として参加している。研修に来ていただいたり、行ったりしている。一度、他のグループホームの方とスタッフを一人ずつ交代したことがある豊橋市事業者連絡会や愛知県GH連絡協議会、全国GH協会等に加盟し、研修に参加している。県GH協会では研修委員となり他事業者と連携をとり活動に取り組んでいる。事故対策として東京火災海上指導員を外部講師として招き交通事故発生から解決までの講義を受ける。 | ○ | 他のグループホームの状況を知れる機会があれば、情報交換ができ、勉強になるのではと思います。                        |
| 21                 | ○職員のストレス軽減に向けた取り組み<br>運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる                                       | ユニットリーダーを配置し、スタッフの調整を行えるようにしている。管理者は職員との間で交流ノートを交換しスタッフの悩み事を聴き返事や対応をしている×③。外出時には職員の配置を多くし、外出を社員旅行のように楽しめるように心がけている。休憩時間は利用者から離れ休むことが出来るよう陶芸工房も使用できるようにした。ストレスを強く受ける職員は、パートとして体調を見ながら自由に出勤できる体制もとっている。         |   |  |

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| 22                                      | <p>○向上心を持って働き続けるための取り組み</p> <p>運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている</p>                             | <p>今回はホームヘルパー取得者3名全員介護福祉士に合格した×③。介護福祉士は支援専門員を目指して働らこうと声を掛け合っている。職員は順番に行事委員になり行事に取り組み楽しんでいるように感じます。花見、記念祭、うなぎパイ見学、盆踊り、学園祭参加等、段々に職員間の連携や記録の残し方が上達している。バザー等の収益は職員も楽しみとするが、利用者を手伝いをする人にならないよう、ミーティングで話しをしている。</p> |  |   |
| <p><b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b></p>       |   |   |  |   |
| <p><b>1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応</b></p> |   |   |  |   |
| 23                                      | <p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている</p>                  | <p>利用開始2週間は、1対1で職員が付き添い、細かく状態や言動を記録する方法を取っている。そのデータを職員が共有することで、心から不安を受け止められるよう努力している。×④。ひとり一人に十分に時間をとれないことが多く、悲しい思いをさせてしまっていることも多い。利用前は残念であるが、本人に相談を受けることはなかったように思う。</p>                                      |  |   |
| 24                                      | <p>○初期に築く家族との信頼関係</p> <p>相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている</p>                       | <p>事務所で管理者、相談担当の事務長との相談が多い。入居見込みの段階で、重要事項に沿った話し合いを進める。必要な情報は職員にミーティング時に伝えている×②。電話で相談を受ける。来訪され見学と相談にこられるよう進める。相談されることは良く聞き、一緒に考えるようにしている。</p>  |  |   |
| 25                                      | <p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>相談を受けた時に、本人と家族が「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</p>                               | <p>オーナー、事務長が主に行っている。認知症と判断できる相談を受けた場合、入居を希望の場合は、利用申込書に記入していただくだけでなく、ほかのグループホームも訪問できる様、連絡先等を知らせている。</p>  |  |   |
| 26                                      | <p>○馴染みながらのサービス利用</p> <p>本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している</p> | <p>数回来所していただき、ホーム内の雰囲気を見てもらっている。相手が少しでも不安にならないように、家族とスタッフ住みやすいように話し合っている。利用者が今まで馴染んできた家具や、持ち物、衣類など、利用しようとしている居室に持参していただいているが、本人にはサービスをいきなり開始している×③。</p>   |  | <p>共用型デイサービスを開始したので、デイサービスを利用して場所や職員となじみになって、互いによく知り合っ<br/>て入居に移行することが可能となったので、活用をしていく。</p> |

| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援 |   |  |  |
|---------------------------|---|--|--|
| 27                        | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながらか喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている | 食事の献立会議や調理。戦争体験の話。職員の悩み事を利用者にも相談×③。利用者さんから教えてもらうことが多くあり、一緒に勉強の毎日である×②。ともに感動を味わい、悲しみ支え合っている×②。若いスタッフのおかずは正直言ってまずい、利用者は黙って食べてくれますが。私がまずいということそんなこと言うものではないとにらまれます。そんな行儀も教えてくれます。   |  |
| 28                        | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている            | ささやか展の受付当番。家族が気楽に面会に来れるような雰囲気作り。各行事に参加していただき、同じ時間を共有している×②。職員は利用者の毎日の生活状態を、記録表に記入し、毎月1回家族に情報提供します。情報を元に家族は想いや感じたこと、家ではこうしていた等提案してくれる。行事、ケア会議、運営推進会議などGH訪問の機会を増やしている。気楽に訪問できるよう玄関は開放している。外食、外出、外泊は家族の状況に合わせて出かけている。   |  |
| 29                        | ○本人と家族のよりよい関係に向けた支援<br>これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している                | 利用者の事をストレスに感じている家族もいる。来所回数が少ない家族と本人のとの関係をどう結び付けていけばよいか、戸惑うことがある 悪い場面でなく、よい場面も伝えるようにしている。それぞれの立場を考えお話ししている。利用料は引き落としではなく、振込みか持参をしていただくようにし、訪問の機会としている。  | ○ よりよい関係性をスタッフの間で考える。                          |
| 30                        | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                  | 馴染みの喫茶店。家具屋。美容院。朝市。お寺。お墓参り、選挙への参加等を行っている×④。  | ○ 本人や家族から聞き、生活計画Ⅱで取り上げる。                       |
| 31                        | ○利用者同士の関係の支援<br>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、支え合えるように努めている                 | 食事のテーブルの配席や外出時の配車、集まったときに利用者が嫌な思いをしないように配慮している×③。利用者の人間関係を大切にしながら、スタッフの介入を減らしている部分もあります(例、体操のこえかけ、行事参加のこえかけなど)×④。おのおのが輝く場面作り(料理、歌)を行っている。生活しているあらゆる場面で支えあいは見られます。食事やおやつ時、介助者にお菓子を割ってあげたり、スプーンで介助してあげたり、泣く人を慰めたり、トイレに案内していたり、買い物、洗濯たたみ、食事作り、掃除など生活は常に支えあっている。 | ○ 利用者同士で喧嘩になってしまうことが多い。それをとめるのではなく、何か共通のものを探す。 |
| 32                        | ○関係を断ち切らない取り組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている    | 退所された方とは疎遠になってしまっている×③。退所した家族から、利用者、職員宛にはがきを頂いたり、来所され、お話ししたり、包丁の研ぎ方をスタッフに教えてくれたりしている。  | ○ サービスの終了した利用者家族にもたけのこ新聞や行事への招待状を送ることを検討。      |

| 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    |  |   |  |
|--------------------------------|--|---|--|
| 1. 一人ひとりの把握                    |  |   |  |
| 33                             | ○思いや意向の把握<br>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                                       | 家族から聞いている事、本人から聞いた事、スタッフが見ていて気づいたことを生活計画Ⅱで取り上げている×③。日頃の、何気ない会話を、聞き取ることを大切にしているが、十分に時間がとれなかったり、解決しきれないことも多い。又、本人にケア会議に参加していただき、希望、意向を聞いている。自分だったらどうするか、どうして欲しいか常に考えるようにしている。家族と本人の思いが対立している場合もあり、家族介護者の意向が優先をしてしまうこともある。 | ○ 家族の思いと利用者の思いの間を調整していけるようにしたい。                  |
| 34                             | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                   | 得意な事を生かし暮らしてもらっている。得意な事を他の利用者にとられてしまうケースもある。家族の協力を得て、バックグラウンドアセスメントを行い、生活歴・馴染みの暮らしを把握している×③。その他のことで知りたいことなどは、家族来所時に聞くようにしている心がけている×②。利用されるときに、ケアマネ、家族、病院などから書類と話を聞き把握に努めている。  | ○ 全ての利用者が有意義な時間を過ごせるように考える。                      |
| 35                             | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている   | 生活記録表へ記入している。訴えの多い方や行動障害の多い方の記述が多く残り、状態の変化の少ない利用者の記録が少なくなってしまう×③。生活記録表の継続的な記録や、朝、夕の会議、18日ごとのケア会議などで家族の意見、本人の言い分をお聞きし現状を総合的に把握するようにしている。   | ○ 関わった記録は確実に残していく、関わりの少ない方は、記録以前に関わりを増やしてしていきたい。 |
| 2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し |  |   |  |
| 36                             | ○チームでつくる利用者本位の介護計画<br>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た介護計画を作成している    | 本人、家族と共に介護計画を作成できている方もいる×③。中には会議に参加したくない利用者もいる。ケアの中には利用者本位というよりは生活で欠かせない内容も含まれる。東京センターのCシートを活用し、それぞれの立場から本人がよりよく暮らす為に意見アイデアを出し合い計画作成している。   | ○ さらに多くの家族もケア会議に参加してもらい話し合うといいと思う。               |
| 37                             | ○現状に即した介護計画の見直し<br>介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画作成している | 各利用者の生活計画Ⅱの検討を毎日行っているため、変化に対応できている×④。利用者自身の急を要する変化のあった場合、優先して見直しを行っている(痙攣や急な筋力の衰え) 本人、家族、主治医と話し合い新たな計画作成している。   |  |

|                                    |  |   |   |  |
|------------------------------------|--|---|---|--|
| 38                                 | ○個別の記録と実践への反映<br>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、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    | 日々の様子などは個別に記録しスタッフ間で情報は共有できている。その記録を生かして介護計画の見直しをしている×②。ケアに対してどのような反応が返ってきたのか書くようにしているが記入漏れがある。また、毎日同じことで変化が見られないことは書かなくなることも多い。毎日たけのこ独自の生活記録表に個別記録し朝、夕のミーティングで引き継ぐ、全職員、家族、必要な関係者で情報を共有しながら生活計画の見直しをしている。 | ○ | 職員の関わりを記録に残すことの大切さを繰り返し伝えていく。                              |
| <b>3. 多機能性を活かした柔軟な支援</b>           |  |   |   |  |
| 39                                 | ○事業所の多機能性を活かした支援<br>本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている              | 本人の体調を見ながら、家族に時間のあるときは日中、家に帰り、夕方帰ってきたり、家族と食事、温泉に出かけたり、又、ホームの本人の部屋に泊まって行ったりしている。近所の方が急な用事ができたときには、1日通所を利用してもらった。   | ○ | 緊急時のショートステイやデイサービスを受け入れが可能なように市が融通性を利かせてくれるよう、引き続き働きかけていく。 |
| <b>4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働</b> |  |   |   |  |
| 40                                 | ○地域資源との協働<br>本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している             | 民生委員、ボランティアの訪問があったり、大きなイベント事の祭にはボランティアを募っている×②。年に1・2回消防署の方が来られ防災訓練を行っている。運営推進会議の委員に、近所のくだもの、野菜を毎日取ってくる利用者の相談をし地域に理解、協力して頂いた。地域社協の趣味の作品展への誘いをうけ参加している。迷い人の手配など協力して頂いている。                                   |   |  |
| 41                                 | ○他のサービスの活用支援<br>本人の意向や必要性に応じて、地域の他のケアマネジャーやサービス事業者と話し合い、他のサービスを利用するための支援をしている  | 東三河の相談会に参加。通所サービス利用者のケアマネジャーとはサービス担当者会議を定期的に出席している。   |   |  |
| 42                                 | ○地域包括支援センターとの協働<br>本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している | 運営推進会議に参加してもらっているが、具体的な活動は進んでいない。運営推進会議に参加して下さり話し合いを持つようになった。   |   |  |
| 43                                 | ○かかりつけ医の受診支援<br>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 | かかりつけ医の意見をよく聞いて本人や家族と話し合い適切な医療をしている。グループホームの申請時をお願いをした近隣の2名の協力医院で医療の支援を主にしているが、医師が1名で開業している為往診に思うように来てもらえない。入居以前に通院していた病院のある方については、希望すればそのまま主治医となっている方もいる。  |   |  |

|    |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|
| 44 | ○認知症の専門医等の受診支援<br>専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している  | 成田記念病院(川端先生)。受診時に助言を頂いている。  | ○ | さらに職員が相談できる関係を築く。   |
| 45 | ○看護職との協働<br>利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている   | 1週間に一度の訪問看護に利用者の状態などを相談しているが、いざというときには頼りにならない×②。ホームには非常勤の看護師が週3日勤務している。   | ○ | 国に医療連携体制加算の費用対効果についてグループホーム連絡協議会や外部評価機関などをおして再検討を働きかけていく。 |
| 46 | ○早期退院に向けた医療機関との協働<br>利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、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連携している                      | 職員は利用者の長期入院が認知症の進行を早めたり、寝たきりになる可能性のある事を理解している。スタッフが交代でお見舞いに行くようにしている。家族と連携し、退院の見通しなどについて協議をしている。職員の全体には、病院へ早期退院の相談ができていないのか伝わっていない。   |   |   |
| 47 | ○重度化や終末期に向けた方針の共有<br>重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している                                   | 事前指定所の書類に現時点の気持ちを記入して頂いている。×③。病院受診について、医師から入院を勧められた場合、終末期を受ける場所について、口から食べることが困難になった場合の対応について、急変時の処置について、お亡くなりになられた場合について等。口から食べることが困難になると主治医と家族、職員で事前指定所を振り返りながら現段階の気持ちを確かめ方針を決めた。3月4月2名。 | ○ | 利用者全員の事前指定書の定期的な更新をしていく。                                  |
| 48 | ○重度化や終末期に向けたチームでの支援<br>重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている | かかりつけ医による問診、点滴。記録は24時間シートに細かく記入。家族への状況報告×③。毎日の生活記録表より、食事量、水分量、排泄、睡眠、バイタルサインの記録を医者に情報提供し、病院では検査をしていただきその結果について、先生、家族、ホームで今後について話し合っている。  |   |   |
| 49 | ○住み替え時の協働によるダメージの防止<br>本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている                      | グループホームで安心して暮らせる為に家族から聞いた話などを参考にその人にあったケアをスタッフの間で考えている。利用者にも参加を促している×②。昨年住所地の特養に移動した利用者さんに関して、できること、できないことの情報提供をした。   | ○ | 家族から以前の暮らしを伝えてもらうため、アセスメントシートを活用していく。                     |

| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援    |  |  |   |   |
|------------------------------|--|--|---|---|
| 1. その人らしい暮らしの支援              |  |  |   |   |
| (1)一人ひとりの尊重                  |  |  |   |   |
| 50                           | ○プライバシーの確保の徹底<br>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない                     | 写真などを外部で使用する場合に家族へ連絡するようになっている。記録等は個別でファイリングして管理している×②。時々失礼な物言いをしている場合があるが、その都度ミーティングで自分のお母さんにして欲しいかと話しあうようにしている。  | ○ | だんだんとなれなれしくなり、次第に友達のようになり、そして見下すようになるので、初心を常に忘れないように話し合うことを続けていく。                   |
| 51                           | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている | 献立会議にて好きな献立を決めてもらう。簡単な説明に努めている。個人に合わせた質問の仕方では本人の思い、希望を聞いている×③。日々の暮らしにおいて、行事の参加などでは、その方の意見を尊重して、参加、不参加を決めている。ケア会議に参加していただき本人の希望をうかがっている。  |   |   |
| 52                           | ○日々のその人らしい暮らし<br>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       | 時間にとらわれることなく個人のペースにあわせ生活できるように支援している。おおよそその一日の流れがあるものの、利用者の気分、状況に合わせて、行いたいことを行っている。例えば、昼寝、外出、入浴、散歩など×②。気功、歌、フラダンス、陶芸、教室は、好きな方が参加出来るようになっている。入浴は好きな時間に、食事は皆で力を合わせて次第食べ始め、昼寝をしたり、散歩に行ったり、過ごしている。 | ○ | 車で買い物へいけるが、気軽に歩いていけるところにお店がなくショッピングが思うように出来ないため、歩いていける距離に、映画のセットのように、お店を作ることも考えている。 |
| (2)その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援 |  |  |   |   |
| 53                           | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている                  | なじみの理容・美容院へ行けるようにしている×③。お化粧品などをする利用者もいる アクセサリーをつけていたりする。ホーム内でも美容師が居る為家族本人が希望する方は、1000円美容師さんにお支払いして散髪している×③。身だしなみがきちんと整えられていないこともある。  | ○ | 顔を洗ったり、髪を整えたり、つめを切ったり、汚れた服を着ないなど基本的なことは必ず出来ているよう時々、支援する側から見て話し合うことがある。              |
| 54                           | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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           | 利用者から調理の仕方を教えてもらったり、その人の力に合わせた仕事を割り振って行っている×②。食事作りや食器の片付けなどは職員と一緒に交代で行っている×③。朝の献立会議でおおよその献立は新聞広告を見ながら決定になります、買い物に行く人が良い品を選んできて、皆で協力し料理します。利用者は味付けは上手なので楽しみです。                                  | ○ | おいしいと言うと張り切って一人で作りたくなるようで、皆で料理していくにはどうしたら良いか当番制にしてみたりと検討している。                       |

|                              |   |  |   |   |
|------------------------------|---|--|---|---|
| 55                           | ○本人の嗜好の支援<br>本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、好みのものを一人ひとりの状況に合わせて日常的に楽しめるよう支援している           | 糖尿病、肥満等の理由で提供することを控えなければならない利用者が多く、職員の目を盗んで食べていることがある。喫煙されている方もいる。本人が望めば買い物と一緒に好きの物を買うことができる 固いものが食べれない方にはやわらかいものを(コーヒー、紅茶、緑茶、牛乳、サイダー、プリン、ジュースなど)自由に楽しめるように支援しているが、たばこを吸う場所だけは固定している×③。  | ○ | おやつ等の管理を考え直し、本人への説明方法の検討。おやつが楽しめるように食事量を調節する。       |
| 56                           | ○気持ちよい排泄の支援<br>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、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している       | 個々の排泄パターンを把握し、トイレ案内が必要な方には別紙で記入している×③。日中は、布パンツ+パッドを使用している方が多く、紙パンツは夜間のみ使用。しぐさなどにも注意し声かけや、トイレ案内などしている×②。  |   |   |
| 57                           | ○入浴を楽しむことができる支援<br>曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、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支援している   | 朝10時頃から夜9時までには浴槽にお湯があり、その間利用者は入浴することができる×④。入浴剤などを使用することもある 通所をはじめたため、利用者があまり入れない日もある×②。入浴チェック表があり、2日以上連続で入っていない利用者がいれば職員の声かけによって入っていただいている。入浴できない場合、清拭や足浴を行っている 入りたい人が重なる為トラブルとなることもある×③。  | ○ | 入りたい人が重ならないよう朝から配慮していきたい。                           |
| 58                           | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している                    | 睡眠の妨げにならないように、夜間はトイレの声かけを最小限に抑え紙パンツを着用している利用者がいる。職員の都合でくつろいでいる利用者の邪魔をしないようにしている。疲れたときは居室などで横になり休んでいただいている夜間も安心して眠れるように見回りを行っている。夜間は、時間単位での記録をし、生活のリズムの把握に努めている。夜起きてしまう利用者には話をしながら安心していただき、本人が眠たくなったら寝ていただいている。好きな時間にお部屋に行き休んだり、スタッフルームソファで眠ったり、事務所で眠ったり、休んだりしている。  | ○ | 毎年スタッフルームにコタツを置く為畳を4畳ほど敷いている。                       |
| (3)その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援 |   |  |   |   |
| 59                           | ○役割、楽しみごと、気晴らしの支援<br>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、楽しみごと、気晴らしの支援をしている | 利用者の個性を大切に、生活計画Ⅱを作成している。利用者の中で力関係の調整が課題となっている。一人一人が得意とすること(料理・洗濯物たたみ・畑仕事など)趣味などが生かせるように支援をしている。書道や編み物などをされている方も居る。自分の楽しいと思ったことをスタッフも一緒に行っている。ラジオの好きな方は、居室でラジオを聞いて過ごされている。居室でほとんど過ごされる方もいる。居室にて、本人の興味のあるスポーツなどの話をしていく×②。気晴らしに、散歩や、外出、ドライブに出かけている。ゲートボールの好きな方が入居した為、草をとり、石ころを取り3ヶ月掛けて運動場を作った。利用者がお金を稼ぎたいと言うので地域の方に呼びかけバザーを行う8月、専門学校祭10月、中京ハウジング祭10月など参加し利用者の作品を販売した×②。 | ○ | グループ内で弱い立場にある利用者にも役割を持てるように考える。販売に意欲あるため、年間を通じ販売したい |

|                |   |  |   |   |
|----------------|---|--|---|---|
| 60             | ○お金の所持や使うことの支援<br>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         | 家族の了解を得て一人千円持つことができるようにしている。管理ができない人は事務所に預けてある。個人のお金で購入した物がわかるようにレシートを記録表に貼っている。行事など外出時に一人ずつ個別にお金を持って行き本人に好きなものを選ぶよう声かけしている(たつぶく祭など)×②。ホーム内でもたまにヤクルトなど購入していただいている。金銭管理できる方は、預かり金をお渡しし、領収書を持ち帰っていただく。 | ○ | 個人で自由に金銭を使えるようにすることは問題はないが、隠して見つからなくなったり、他の利用者に盗まれたりすることがリスクとなっているため、金額を1,000円に限定している。  |
| 61             | ○日常的な外出支援<br>事業所の中だけで過ごさずに、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している                           | 買い物や散歩に行きたいという希望を聞き、一緒に出かけている×③。散歩だけでなく、月に一度は戸外に出かける計画を立てて外出している。急に家に帰りたくなってしまった場合にはドライブなどをして、気分転換をしている。また、玄関は日中は自由に出入りができるようにしている。単独外出を1日のうち3回程度しているが、作物や果実を取ってくるのが問題である。                           | ○ | 作物を取ってくる人の相談を運営推進会議でした。出荷するものではなく実害がないため、心配はないと助言を受けた。近隣には、ご挨拶と、作物のお礼を3,000円商品券年2回お渡しすることになったが、受け取って頂けない方にはクッキーを作ったときにおすそ分けして、外出への理解を求めている。 |
| 62             | ○普段行けない場所への外出支援<br>一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している        | 家族との温泉旅行。動物園。海。あじさいの里。工場見学。各ユニットごとに外出の予定を利用者と話し合いながら決めている×③。週に一度家族さんのもとへ帰られる方も居れば、旅行へ出かける利用者もいる。市内のお祭りや、夜店や、お寺参り、などにでかけている×③。毎年、家族で決まった料亭に行き宿泊することを楽しみにしている方がいる。家族で本人の兄弟の家に行ったり色々な場所に出かけ楽しまれている。     |   |   |
| 63             | ○電話や手紙の支援<br>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している                                   | 年賀状や手紙を書く支援をしている。字を忘れないためにも手紙を書いたりし、生活記録表と共に送っている。電話を掛けたいといわれる方には家族さんの協力が許せる限り電話して頂いている×③。贈り物などであると御礼の手紙を書き送るよう支援する。以前は家族さんに毎日のように手紙を書き交換し合っていたが体調の加減で、書くことを拒んだり、体調を崩したりとそれぞれの理由から職員が支援を怠るようになっていく。  | ○ | 家族との手紙の返信を書くことをしっかりと行っていくための取り組みを行う。  |
| 64             | ○家族や馴染みの人の訪問支援<br>家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している                   | 来所時は、スタッフが家族に近況報告をしている。近況報告後は席を外し家族でいる時間を大切にしている×③。他の利用者もよく他の利用者さんの家族さんと話をしているときもある。利用者の家族や、知人、友人等、毎日誰かは訪問され居室などで、お茶を飲んで、過ごされたり、一緒に外出したりしている×③。  |   |   |
| (4)安心と安全を支える支援 |   |  |   |   |
| 65             | ○身体拘束をしないケアの実践<br>運営者及び全ての職員が「介護保険法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、身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束、抑制はしません。と運営理念にあり、職員は理解している。やむおえず身体拘束の必要になる場合は家族への了解を得る事になっている。自由に行動できるように身体拘束は行っていない。その代わりに職員それぞれで協力しながら誰がどこにいるか把握できるように努めている。玄関にも夜間以外は鍵をかけていない×③。  |   |   |

|    |   |  |   |  |
|----|---|--|---|--|
| 66 | <p>○鍵をかけないケアの実践</p> <p>運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる</p> | <p>職員は鍵をかける事による弊害を理解している。ユニットの利用者の状態に応じて、日中でもリビングのドアや玄関の鍵をかける事がある×②。他ユニットでは、セコムを利用している方がいる。全体としては日中は玄関の鍵や居室の鍵、中庭へ出る窓などの鍵は開いており自由に出入り出来る×②。門は9時から夜9時まで開放し玄関は朝7時から夜9時まで家鍵を閉め安全対策をしている。</p>   | ○ | <p>必要がないときにも鍵をしていることがあるので、開けるとき、閉めるときのメリハリをしっかりと持って行っていけるようにする。</p>  |
| 67 | <p>○利用者の安全確認</p> <p>職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している</p>          | <p>職員は自分の仕事に追われ、全ての利用者を見れていない事がある。利用者の所在を確認し、必要に応じて他スタッフに報告し把握できるようにしている。行方不明になりやすい方などは、ミーティングなど目の届く範囲にいていただいている×②。外に出て家に戻れない利用者やトイレの場所が見つからない方など様子、仕草など把握し安全に配慮している。</p>  | ○ | <p>職員は利用者の所在、様子等を業務の動きの中で伝え合い把握できるように努める。</p>  |
| 68 | <p>○注意の必要な物品の保管・管理</p> <p>注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている</p>    | <p>安全等の理由で寂しい居室になっている利用者がある×②。刃物などは一定の場所に保管し、使用後はすぐにしまうようにしている。注意の必要な物品を使用する際はスタッフが必ず付き添っている。家から持参した鏡、タンス、ベットと居室を賑やかに使用していたが、転ぶことが多くなり1つずつ物品を減らすことになった方も居る。本人は、入っても怒らない人の部屋に入りその部屋の方と一緒に寝ていることが多い。</p>   | ○ | <p>利用者それぞれの居室について改めて考える。床にねそべったり、座ることが多くなったので、畳を敷く方向で対応を考えている。絨毯は暖かいが転倒しやすい場合もある。つまづかないような床のあり方を検討したい。</p> |
| 69 | <p>○事故防止のための取り組み</p> <p>転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる</p> | <p>消防士を招き、救急救命講習を行った。4名の職員が防火管理者の資格を持っている。行方不明に備えマニュアルが作成してある。避難訓練を月に2回以前は行っていたが、今は行えていない。転倒などが起こった場合は報告書に記入をし再発を防ぐためミーティング時など話し合いをしている。転倒が多いが、その人の状況に合わせ、設備の変更や介助方法の変更をしている×②。行方不明のリスクの高い人に関しては、セコムや常に所在確認を行っている。誤薬については、間違いがないか確認しながら、薬を提供している。はっと思っことはヒヤリハットにつけ、ミーティングには報告し情報を知り、注意しあっている。居室で転倒しそうな方においてはトイレや入り口まで椅子を置いておく、トイレにはその人なりの手すりを2件つけなおした。</p> | ○ | <p>避難訓練を以前のように月2回行えるように体制を整える。</p>   |
| 70 | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている</p>           | <p>9月に消防署職員により事業所内で職員利用者の25名が救急救命の3時間講習を受け、応急手当の講習を受けている。マニュアルを作成している。見やすい場所(スタッフルーム)に連絡網を掲示してある。</p>  | ○ | <p>救急救命講習を年に一回のペースで行えるようにする。</p>   |

|                           |  |  |   |  |
|---------------------------|--|--|---|--|
| 71                        | ○災害対策<br>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身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている   | 今年の夏以前は行えていたので職員は避難方法を身につけている。が、現在、避難訓練ができていない状況。地域の方への働きかけはできていない。消防士の方に消火器の使い方、通報の手順などを教わっている。訓練の際「行きたくない」とおっしゃる方もおり、実際に災害が起きたときの対応が心配である。災害に対しての、訓練は利用者と共に、行いましたが、昼間だったので、夜間の対応については、身につけていません×②。 | ○ | 定期的な避難訓練の実施。運営推進会議で地域の方の参加しての避難訓練について相談する。夜間を想定とした訓練も検討して実施していきたい。 |
| 72                        | ○リスク対応に関する家族等との話し合い<br>一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている | 職員は利用者の変化にあわせケア、対策を考え家族への連絡を行っている×②。食事の際詰まりやすい方、転倒の危険がある方の見守り、その方にあつた靴を選び対応している。入浴時、ドアに鍵を掛け入浴する利用者や、居室に鍵をかける方など居る為、災害時、転倒時など助けが遅れるのではと家族に相談しているが解決できないでいる。   |   |  |
| (5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援 |  |  |   |  |
| 73                        | ○体調変化の早期発見と対応<br>一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている           | マニュアルに「利用者の変化に気づいたらバイタルチェックをし、異常が見つかり次第管理者、家族へ連絡する」ことを記載している×③。スタッフ間では、申し送り、連絡帳で情報共有する事になっているが完全ではない。顔色、調子の違いを見て情報交換、報告をしている。  | ○ | 職員連絡帳の確認サインのチェックを強化する。体調不良者が一目でわかるような工夫(情報が伝わっていないこともある)を検討する。     |
| 74                        | ○服薬支援<br>職員は、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       | 処方された薬の説明書を記録表にコピーし職員は見る事ができる×③。受診ノートを記入して全スタッフが共有できるようにしている。飲み間違いがないように日付を記入している。血圧の薬を服用している方に関しては血圧測定をしている×②。  | ○ | 薬についての理解を深めるため、勉強会を企画していきたい。                                       |
| 75                        | ○便秘の予防と対応<br>職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる         | 毎朝、スキムミルクヨーグルトの提供×③。便秘の利用者には個別のケア計画がある。毎日のラジオ体操、散歩、買い物などの働きかけをしている×③。出そうで出ないときなどは、腹部や臀部のマッサージを行ったりする。水分を1500から2000cc取ることが出来るよう利用者ばかりではなく職員にもすすめている。  |   |  |
| 76                        | ○口腔内の清潔保持<br>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力に応じた支援をしている                    | 嚥下困難な方などに関しては注意をむけているが、それ以外の利用者へは注意を怠っている。入れ歯の人は、毎週月、木にポリドントを行っている。口臭のする方は、うがい薬を使用している方もいる。利用者によって、入れ歯や歯を磨けるところまで、自分で磨いてもらい洗い残しなどは、介助で行なうなど利用者にあわせた、口腔ケアを行なっている。入れ歯をはずすのが嫌な人への支援の行い方が、難しいです×③。       | ○ | 入歯を外すことを嫌がる方への介助方法を検討していく。   |

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| 77  | <p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>                                   | <p>食事量の少なくなっている利用者へは記録表とは別紙に食事に関する表に細かく記入している。水分摂取の目標を1日1500～2000CCの摂取としているができていない×③。食事をあまり食べなかった時にはバナナ、プリン等、一人ひとりの好きなものを提供し、少しでも食べていただけるようにしている×②。少食の方には、牛乳などを提供している。カロリー計算は行っていない。食が細くなって来た利用者に関しては、個別に食品名、摂取量、水分量を記入し医療との連携をとる様になっている。</p> | ○ | <p>細かな水分補給を心がけ、摂取量の把握をするための方法を検討する。</p>                   |
| 78  | <p>○感染症予防</p> <p>感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)</p>   | <p>感染症になった利用者の洗濯物は他の利用者と一緒にならないように漂白し同じ洗濯機で洗わない事になっている。感染者の体液、排泄物には直接手を触れないように使い捨てゴム手袋がある×③。感染症マニュアルがスタッフルームにあり、それに基づいて実行している。手洗い、うがい、の励行、(料理前、食事前、排泄手伝い後、外出後)各感染症が発生した場合は、医師や、保健所の指示に従うようになっている。</p>   | ○ | <p>共用タオルを廃止したほうがよいか、手すりやテーブル等人が触れやすい所への消毒方法についても検討する。</p> |
| 79  | <p>○食材の管理</p> <p>食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている</p>  | <p>気づいた職員が漂白等を行っているが、取り決めはない。利用者が食器、調理器具の片付けをしたそのまま次で次の食事へとそれを使う事がある。夏場はゴキブリが大量に発生していた。布巾は毎日洗濯漂白している×②。食中毒の出やすい季節に気をつけ、生ものには注意している×②。毎日買い物に行き、古いものは早めに破棄している。</p>   | ○ | <p>調理器具の衛生管理を徹底するためのマニュアル作りを検討する。</p>                     |
| <p><b>2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり</b></p> <p>(1)居心地のよい環境づくり</p> |  |   |   |   |
| 80  | <p>○安心して出入りできる玄関まわりの工夫</p> <p>利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、安心して出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている</p>                              | <p>子供110番の家に指定されており、旗と看板を立て子供の避難場所としている。日中玄関の鍵は開いている。玄関には花や利用者の写真等が飾られている×②。ベンチや椅子を置いている。門にシーサーの置物を飾っている。</p>   |   |   |
| 81  | <p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光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</p> | <p>夏場、日差しの強く入ってくる居室へはすだれを掛けている。玄関にある出入りを知らせるチャイムに驚く利用者がいる。季節に応じて花など飾り付けをかえている。必要に応じてカーテンを使用している。夏場は、よしずやすだれを使用していた。七夕の際には笹を飾りました。家族が持参した風船がずらで日よけをつくったり楽しんでいる。季節感はあまりないように思う。</p>   | ○ | <p>行方不明防止への対策を考え、チャイムをできるだけ使われないようにするための方法を検討する。</p>      |

|                        |   |   |   |   |
|------------------------|---|---|---|---|
| 82                     | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中には、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            | スタッフルーム、事務所、玄関、陶芸工房に居場所があり利用されている スタッフルームにソファなどひとり一人思い思いの場所でくつろいでいる。玄関には職員が作った木の椅子を3箇所置き黄色の椅子と呼ばれて親しまれている。事務所には、黙って眠りに来る人や、お茶を飲みに来る人、話に来る人とにぎわっている。中庭で草取り(芝生)をして過ごす利用者もいる。  | ○ | さらに居心地をよく過ごす為の工夫を考える。   |
| 83                     | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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 | 家族との話し合いで手すりやベットの取り付けをおこなっている。利用者の多くの方が以前使用していた家具を使用しているが、個人差は大きい×③。家族の写真や花等を飾っている方もいる。それぞれの家族と利用者が好みで使いやすいさを考えながら、職員に相談を持ちかけながら又反対の時もあるが居室を整えている×③。  |   |   |
| 84                     | ○換気・空調の配慮<br>気になるにおいや空気よどみがないよう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないよう配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている         | 朝の掃除時間には窓を開け換気を行っている×③。リビングに室温計がありエアコンで温度調整を行っている×②。加湿器はあるが広いリビングでは効果が少ない。夏は窓を開けておくことが多いが、寒い冬は掃除の時以外は締め切っていることも多い。各居室には加湿器はないので、風邪のときは共用の加湿器を使用している。  | ○ | 三食の煮炊きによる加湿効果もあるのではないかと。建物内の空気の流れ、空気の溜まりやすい場所の把握。湿度を保つ方法を考える。一人一人の利用者に合わせて加湿器の必要なときには家族と相談して購入を検討する場合もある。 |
| (2)本人の力の発揮と安全を支える環境づくり |   |   |   |   |
| 85                     | ○身体機能を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの身体機能を活かして、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                 | 段差のない平屋作りになっており手すりが各所に設置している×②。洗い終わった食器を利用者が片付けやすいように食器棚を設置している。洗い場で喧嘩にならないように台所に洗い場を2つ設けている。必要な方にはトイレの手すりを増設した。便器に腰掛ける時深く腰掛けられるように手すりの位置を変えた。靴の履き替えに座って履き替えられるよう椅子の位置を変えた。椅子、机の高さで、利用者に合っていないものもある。洗濯物たたみや調理をリビングの机で行っているが衛生的ではない。 | ○ | 机や椅子などを個人に合わせて変更を検討する。休める場所としてたみスペースを検討したい。調理場所が狭いので調理スペースの確保を検討したい。食卓を様々な作業台として使うことについて検討をしたい。           |
| 86                     | ○わかる力を活かした環境づくり<br>一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している                           | 各居室まったく同じ扉のため各居室に表札を設置して、各々の部屋が分かりやすいように改良した(5月)×③。暖簾をつけてよりわかりやすくしてある居室もある。トイレの戸に「トイレ又は便所」と表示してある。分からないことはゆっくり説明し、安心していただけるようにしている。できること・できないことを理解し必要以上に手を出さないようにケアしている×③。家族と電話連絡を取ることで安心をする方もいる。                                   |   |   |
| 87                     | ○建物の外周りや空間の活用<br>建物の外周りやベランダを利用者が楽しんだり、活動できるように活かしている                                   | 敷地内に畑があり、作物を作り収穫している×④。花が好きな方は、ベランダの前に鉢を置いたり、花を庭に植えベンチに座って楽しんでいる×②。ベランダからも出入り出来、ゲートボールを観戦したり、草むしりなどが出来る。庭で夏祭りをし近所の方たちと楽しむことが出来た×②。  |   |   |

(  部分は外部評価との共通評価項目です )

# 平成19年度 グループホームたけのこ(88番地)自己評価

|          |                 |
|----------|-----------------|
| 自己評価期間   | 平成19年10月10日～31日 |
| 自己評価参加者  | 9名              |
| 集計発表     | 平成19年11月10日     |
| 結果責任者    | ユニットリーダー 山下 宏雄  |
| 結果検討     | 11月11日～30日      |
| 運営推進会議提出 | 11月24日(土)       |
| 評価期間提出   | 12月7日           |
| 外部評価実施日  | 12月21日(金)       |



| V. サービスの成果に関する項目 |  |        |                             |    |    |  |    |  |  |  |  |
|------------------|--|--------|-----------------------------|----|----|--|----|--|--|--|--|
| 項目               |  | 9名の職員中 | 取り組みの成果<br>(該当する箇所を○印で囲むこと) |    |    |  |    |  |  |  |  |
| 88               | 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                      | 1名     | ①ほぼ全ての利用者の                  | 1名 |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 5名     | ②利用者の2/3くらいの                |    |    |  | 5名 |  |  |  |  |
|                  |  | 2名     | ③利用者の1/3くらいの                |    | 2名 |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 1名     | ④ほとんど掴んでいない                 | 1名 |    |  |    |  |  |  |  |
| 89               | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある                         | 5      | ①毎日ある                       |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 3      | ②数日に1回程度ある                  |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 1      | ③たまにある                      |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  |        | ④ほとんどない                     |    |    |  |    |  |  |  |  |
| 90               | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている                            | 5      | ①ほぼ全ての利用者が                  |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 3      | ②利用者の2/3くらいが                |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 1      | ③利用者の1/3くらいが                |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  |        | ④ほとんどいない                    |    |    |  |    |  |  |  |  |
| 91               | 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                 | 2      | ①ほぼ全ての利用者が                  |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 5      | ②利用者の2/3くらいが                |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 1      | ③利用者の1/3くらいが                |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  |        | ④ほとんどいない                    |    |    |  |    |  |  |  |  |
| 92               | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている                           | 4      | ①ほぼ全ての利用者が                  |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 2      | ②利用者の2/3くらいが                |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 3      | ③利用者の1/3くらいが                |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  |        | ④ほとんどいない                    |    |    |  |    |  |  |  |  |
| 93               | 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                     | 5      | ①ほぼ全ての利用者が                  |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 2      | ②利用者の2/3くらいが                |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 2      | ③利用者の1/3くらいが                |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  |        | ④ほとんどいない                    |    |    |  |    |  |  |  |  |
| 94               | 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            | 5      | ①ほぼ全ての利用者が                  |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 4      | 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                    |    |    |  |    |  |  |  |  |
| 95               | 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ます | 2      | ①ほぼ全ての家族と                   |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 5      | ②家族の2/3くらいと                 |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 2      | ③家族の1/3くらいと                 |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  |        | ④ほとんどできていない                 |    |    |  |    |  |  |  |  |
| 96               | 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                 | 2      | ①ほぼ毎日のように                   |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 3      | ②数日に1回程度                    |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  | 4      | ③たまに                        |    |    |  |    |  |  |  |  |
|                  |  |        | ④ほとんどない                     |    |    |  |    |  |  |  |  |

| 項目  |   | 9名の職員中 | 取り組みの成果<br>(該当する箇所を○印で囲むこと) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|---|--------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 97  | 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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている | 7      | ①大いに増えている                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   | 1      | 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                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 98  | 職員は、生き活きと働けている  | 4      | ①ほぼ全ての職員が                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   | 3      | ②職員の2/3くらいが                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   | 2      | ③職員の1/3くらいが                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |        | ④ほとんどいない                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 99  | 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      | ①ほぼ全ての利用者が                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   | 4      | ②利用者の2/3くらいが                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   | 3      | ③利用者の1/3くらいが                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   | 1      | ④ほとんどいない                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 | 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                       | 2      | ①ほぼ全ての家族等が                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   | 5      | ②家族等の2/3くらいが                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   | 2      | ③家族等の1/3くらいが                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |   |        | ④ほとんどできていない                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(自己評価に参加した職員が記述したものをそのまま掲載してあります。)

入居者の個別性を大切にしていきたい。

個人個人の色々な意見や気持ち、一人一人がどんな事をしたいのか、何を思っているのか大切にしていきたいと思っている。

陶芸工房がある。

入居者の希望に合わせて、いろんなところに一緒に出かけている。

畑で季節に合った、野菜を育て収穫している。

毎日行われる生活計画Ⅱで入居者の変化に合わせたケアを考えている。

毎日、ケア会議を実践して、入居者理解、生活支援の向上に努めている。

献立会議を毎日行い、季節の献立、天気などによって、その時に入居者が食べたいものを皆で作るようにしている。

職員の協調性がある、人に優しくし、自分の嫌なこと、して欲しくないことは他の人にはしない。自分の父母、祖父母にして欲しくないことは利用者にして欲しくないことを大切にしている。年寄り職員で生活を支えている。