

### 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	3170200830		
法人名	株式会社 ヒョウゴナカムラ		
事業所名	グループホームさわやか ユニット2		
所在地	鳥取県米子市皆生温泉1-16-10		
自己評価作成日	平成28年10月24日	評価結果市町村受理日	

※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.kaijokensaku.jp/31/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3170200830-00&amp;PrefCd=31&amp;VersionCd=">http://www.kaijokensaku.jp/31/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3170200830-00&amp;PrefCd=31&amp;VersionCd=</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市米原2丁目7番7号		
訪問調査日	平成28年10月31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)】

外出(散歩、買い物、ドライブ、温泉浴)の機会を多くとり、気分転換を図っている。「楽しく元気！笑顔あふれる家」となる様、皆でのレクリエーションを行うとともに、それぞれの趣味・特技・意向を踏まえた個別ケアを行い楽しんでいただいている。

【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)】

「利用者様に我が家のように暮らしていただく」という目標の基に、職員が家族のように寄り添い、明るく接しておられました。月1回の便りでは、行事・外出等の写真や担当職員による利用者の様子をコメントで家族に分かりやすくお知らせされ、家族も安心し喜ばれています。また、皆生温泉の温泉が施設内に引かれている為、温泉浴も可能となっており、利用者の方も喜ばれておられます。職員は認知症を理解し利用者のニーズに合わせたケアを行われておられます。

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ます (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と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している (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結果

[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	「地域社会の一員として連携を保ちながら穏やかにその人らしく暮らしていけること」を基本理念に掲げ、目に触れるところに掲示し、常に意識し業務ににあたっている。	基本理念「地域社会の一員として連携を保ちながら穏やかにその人らしくいけること」を掲げられケアを実践されています。玄関、各ユニットに掲示され誰でも見ることが出来ます。職員も意識を持ちながら日々のケアにあたられています。	職員全体で理念の位置付けを再認識する機会を設けられても良いと思います。
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	毎年4月に開催する春まつりには多くの近隣住民の方が来られる。地域の公民館祭りや夏祭りに出向いたり、子供会とも年1回のペースで交流が持っている。近くの障害者作業所とも交流があり、パン販売、行事等の交流が持っている。また、近くの施設や散歩に出かけたときは挨拶をし、顔なじみになるようにしている。	毎年4月に春祭りを開催され近隣住民の方が多く参加頂き交流されています。地区公民館の夏祭りや公民館祭りに出展し、出掛けられます。子ども会は年1回夏祭りで交流されます。近所の障がい者作業所とも交流が持たれ、パン販売に来られたり、敬老会等の行事に参加して頂かれています。歌や踊りのボランティアの方も来られます、地域の方や障がい者の方、子ども会等と交流が継続的に行われています。散歩時にも挨拶を交わし顔馴染みの関係作りにも努められています。	
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	毎年4月に開催する桜まつりには多くの近隣住民の方が来られる。その時に交流だけでなく、認知症に対する理解を深めていただきたいと思うが、実施できていない。		
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	市役所職員、民生委員、地区公民館館長、利用者家族、職員で構成された会議を2ヶ月に1回開催し、日頃の取り組みを報告し、意見をいただいている。	2ヶ月に1回開催されています。市長寿社会課担当者、福生西公民館長、ふれあいの里包括支援センター職員、皆生消防署、家族代表等参加されています。入所者状況、行事報告が行われています。運営推進会議の中で自然災害についてのご意見を頂き、非常災害に対策計画について見直し整備が行われました。米子市、福生西地区ハザードマップ等の確認を職員全体で行い周知する等意見交換もされました。	
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	運営推進会議での報告、相談の他に、当施設では生活保護受給者が多いため、福祉課と情報の共有、連携を図っている。	運営推進会議にも参加頂いています。介護保険改正、インフルエンザ等流行性疾患について、情報交換や相談をされています。長寿社会課のみならず、ホームに係る福祉課等とも情報の共有、連携が行われています。	
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	身体拘束について、職員全員が正しく理解し常に心がけて業務を行っており、身体拘束は行っていません。夜間は利用者の安全上エレベーターを施錠している。	身体拘束をしないケアについての勉強会を年1回は開催され、職員は正しく理解しケアに活かされています。スピーチロックにも気を付けながら、ならないよう心掛けて、日々はリーダーを中心に常に気配りをされ、必要時は指導されています。ホームは2階にある為、夜間は利用者の安全上エレベーターを施錠されています。	

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
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	高齢者虐待についての勉強会を行い、その内容について皆で周知する機会を設けたが、心理的虐待については徹底されていない。その事実があった時には管理者、リーダーが指導している。		
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	管理者、リーダーは制度について研修等で学んでいるが、職員全員の理解には至っていない。		
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	契約内容に関しては入居前に説明し、理解を得ている。契約内容の改定の際は、書面にて家族にお知らせし、同意書をいただいている。		
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	面会や家族会時に意見、要望、苦情などないか伺っている。 出入り口付近に、意見や要望を記入できる用紙を置いている。	家族面会時、家族会年1回開会時、忘年会、クリスマス会、敬老会等家族が多く参加される時にも意見・要望を聞くようにされています。遠方で会い難い家族の方には、電話で聞くようにされています。毎月の便りを発行し、利用者の様子を知らせ、意見・要望を聞く機会とされています。	
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	月1回の会議や業務の中で、職員と意見交換した内容は記録に残し、皆が周知できるようにしている。	月1回の会議や各ユニット、業務内などで意見交換されています。内容は記録され申し送りノートで確認できる。管理者は施設長に報告され検討されています。	
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	実施できている。		
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	管理者やリーダーは職員それぞれの力量を把握し、業務分担や委員会のメンバー選出を行い、会議では毎月各員会による勉強会を取り入れている。		
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	他施設との交流の機会を設け、情報交換や参考になることは取り入れている。 相互研修はこの2年は行っていない。		

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、家族から入所前の面談と、生活歴、本人の要望を聞き取り(または用紙に記入していただく)を行い、ケア導入の参考になっている。		
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	面接時、契約時に聴いている。		
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	アセスメントの実施。 本人と家族のニーズを把握し、サービスの提供へと繋げている。		
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	家族のように接し、見守ることを心がけている、不安等の訴えがあるときには、その方が納得されるまで会話・寄り添うようにしている。		
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	家族とのコミュニケーションが継続して図れるよう、家族に対し働きかけるとともに、利用者の近況を月に1度、書面で送付している。		
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	本人の要望に応じて外出等の支援を行っており、一時帰宅等の要望も、家族に相談しながらできる限り行っている。	墓参り行かれる方は家族が行かれます。馴染みの美容院に行かれる方もあります。一時帰宅や自宅を見に帰りたい方には家族と相談し可能な限り実現させてあげられます。郵便局職員やホーム近くのコンビニに買い物に出かけ店員さん、障がい者作業所の方とパン購入時や、ホームの行事に来られるなどホームに入所されてからの顔馴染みも多くなっています。	
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	レクリエーション、作業など、拒否が無い限り集団で行い、その際に職員が司会役となり、利用者同士のコミュニケーションが図れるよう心掛けている。		
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	サービス終了後も連絡や相談、来所、訪問等することもある。		

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
<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	本人、家族から希望を伺ったり、生活歴・日常生活のアセスメントを行い、ニーズや思いを把握し、支援を行っている。 思いが言葉にならない利用者に対しては、話を傾聴・表情などから思いや意向をくみ取ることに努めている。	本人、家族からやアセスメントから生活歴や日常生活の様子等から希望、意向を把握しカンファレンスを行い支援しています。困難な方は家族や日常の様子や会話から把握し支援するようにされています。	利用者の希望・意向を実現させるために、利用者自身がどうすれば実現に近づけるか、考えて頂けるプロセスを考えられても良いと思います。
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	生活歴のアセスメントシートを利用、本人・家族からの聞き取りなどで情報収集している。		
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	申し送り、記録、連絡ノートなど職員全員が把握できるようにしている。 その都度管理者に報告を行っている。		
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	医師の意見をふまえて、アセスメント後、本人・家族のニーズを把握し、担当者とサービス作成担当者を中心に話し合い、介護計画を作成している。	医師の意見をふまえ、アセスメント実施され本人、家族の課題を把握しサービス担当者会議を行われ介護計画を作成されています。モニタリングは毎月、評価は6ヶ月に1回実施されています。変化がある時には随時計画の変更が行われています。	IADLアセスメント時に体力的に出来ないか、認知症で出来ないか職員全体で検討され課題を検討されプランに反映されることも良いと思います。
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	個人記録や、連絡ノートを活用し、気づきや工夫の情報共有に努め、意見交換を行い、介護計画の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	日常の言動からニーズをくみ取り、本人に合ったサービスを臨機応変に提供している。また、一人の利用者とじっくり関わり、その方の新たな一面の発見に努めている。		

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
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	医療機関との連携を保ち、本人が身体的に安心して暮らせるよう支援している。また踊りやピアノのボランティアの方に来ていただき、交流している。		
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	かかりつけ医に受診・往診時に本人の状態を報告している。また、電話での相談も受けていただいている。	本人、家族の希望で協力医がかかりつけ医となっており、4ヶ月に1回往診され状態等家族に報告されています。歯科も往診に来て頂けます。整形外科等他科受診は家族、若しくは職員で行われます。病院の診療時間外でも、協力医と携帯で連絡し相談が出来る体制が構築されています。	
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	週1回の訪問看護利用時に、相談をしたり処置を行っている。訪問看護連絡ノートを利用し、記録している。また、併設のデイサービス看護師にも、相談・処置を依頼することがある。		
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、退院前には、医師やその他医療関係者との面談に参加し、情報交換などを行っている。		
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	利用者家族から延命処置についての意向を同意書でいただき、家族・かかりつけ医と共通の認識を持つための面談、報告を行いチームとして支援に取り組んでいる。また家族への毎月の近況報告において、利用者の心身の状況を報告している。	入所時に重度化や終末期に向けた方針の説明をされており、延命処置についての意向を確認されます。看取りについては希望され、条件が整えば対応されています。看取りを希望された時は、家族、かかりつけ医、職員がチームとして支援されています。重度化対応のマニュアルもあります。	
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	ほぼ全ての職員が救急救命講習を受けているが、実践の場面はない。事故・急変時の対応は、マニュアルで周知し、会議でも事例を使用し模擬訓練を行っている。実際に事故が起きた時には、会議にて原因の究明・今後の予防策について話し合っている。		
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	年に2回避難訓練を行っている。夜間を想定した避難訓練も実施しているが、毎年に行っていない。今年9月、マニュアルの再検討を行った。 運営推進会議で地域の防災や避難所についての説明を受けている。	年2回避難訓練を実施され夜間想定避難訓練も行われています。熊本地震後、マニュアルの再検討も行われました。消防署より気象情報を細目にチェックしたり、雨量アプリのダウンロード等など災害時に備えることが良いと運営推進会議にて助言も受けられました。ユニットⅠ・Ⅱは2階のため火災時の避難は2階テラスで待機。津波の時は隣の法人マンションに避難する事となっています。備蓄は今後購入予定です。	

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>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	尊厳を持って対応するように心がけている。 職員教育員会を設け、利用者への対応、接遇について議題を設け、話し合っている。	利用者の人格を尊重し丁寧な声かけが行われています。 排泄時はドアを閉める、介助が必要な方は同意を得てトイレ内で介助が行われます。入浴時はドアを閉める、タオルを使用しプライバシーを損ねない支援が行われています。	
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	意志表示しやすい声掛けや雰囲気を作り、本人の希望がくみ取れるよう努力している。 また、いくつかの選択肢を挙げ、利用者が答えることができるようにしている。		
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、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	職員の人数体制などにもよるが、出来るだけ本人の希望に添えるよう臨機応変に対応するようにしている。		
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	更衣する服は、自分で選んでいただくようにしていることに加え、職員が季節や好みに合わせて提案することもある。自分で整容できない利用者は、声掛けや介助を行っている。		
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	一部の利用者と職員で食事準備を行っている。また、季節に合った食事・食材を提供している。	献立は利用者と職員で相談され作られています。おやつは月1～2回手作りされます。誕生日の利用者の方は、希望に沿い外食に出掛けられます。普段でも家族と一緒に外食される方もあります。七夕会ではI・II共にそうめん流しをされ楽しめました。ユニットIは比較的身体的にはお元気な方も多く、利用者、職員を含め終始なごやかな雰囲気でした。	
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	食事量、水分量を記録し摂取量の把握を行い、適度な量が確保できるよう声掛け等行っている。		
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	声掛けにて自立または介助で行っている。 必要に応じて歯科受診(往診)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
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	時間やタイミングを見て声掛けや案内をしている。歩行が不安定な利用者は、夜間はポータブルトイレを使用している。 ADL維持・利用者の経済的負担の軽減を目的に、リハビリパンツやパットの使用方法を検討している。	排泄チェックシートを用い排泄パターンを把握されています。それぞれの利用者に応じ、声掛け、見守り、必要時誘導が行われ、トイレで排泄を基本とした支援が行われていました。歩行が不安定な方のみ、夜間ポータブルトイレを使用されています。	
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	声掛けにて運動や水分摂取の働きかけを行っている。 主治医と相談し、必要に応じて下剤等の服薬調整を行っている。 排便状況は記録に残し、確認している。		
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	基本的に毎日入浴ができるようにしている。 温泉浴を楽しんでいただいている。 声掛けにて利用者に沿った支援をしている。	一日置きに入浴され清潔が保たれている。 毎日入浴希望の方もおられます。日によってはホームの1階にある温泉浴を利用し楽しめます。	
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	個々の体調、生活リズムに配慮し支援を行っている。		
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	内服薬は職員が管理し、飲み忘れ、飲み間違いなどを防止している。利用者の身体状況により医師・薬局に相談し、服薬調整を行う。 服薬の目的について理解し、服薬ファイルを用いて、個々の薬の内容が把握できるようにしている。		
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	本人の嗜好に沿ったレクの提供や能力に合った役割、作業の提供に努めている。		
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	日常の散歩、ドライブには出かけている。 年に数回、グループホーム I II 合同で外出行事を行っている。	ホームの周りや海浜公園に散歩に行かれたり、希望を聞きドライブに出掛けられたりされています。ホームすぐ近くのコンビニに買い物が出てら出掛けられる方もあります。障害者作業所にパンを買いに行かれる方もあります。スーパーマーケットにホームの食材購入に行く時に一緒に出掛けられる方もあります。利用者の希望に沿った外出支援が行われています。	



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
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	金銭トラブル防止のため、管理者が預り金として事務所で管理している。必要時には職員が付添いのもと本人が所持・支払いを行えるように支援している。		
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	本人の要望に応じて支援している。正月には利用者がそれぞれの家族に年賀状を出せるように支援している。		
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	季節に合わせた貼り絵、飾りを一緒に作り、飾っている。 カーテンによる日差しの調整、テレビの音量調整、室温調整を行い、不快感なく過ごしていただくよう気を付けている。	利用者と職員で季節にあわせた飾り付けや利用者の方の作品がされていました。ホールや部屋はエアコンを職員が気を付けながら過ごしやすい適温を保たれていました。廊下にソファがあり、くつろげる空間となっています。	
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	必要に応じて席替えを行っている。 共有スペースにはソファを設置し、くつろいでいただける空間を提供している。 利用者同士が楽しく会話ができるよう、職員が橋渡しとなる様努めている。		
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	本人が自宅で使用されていたもの、好みの物を持ち込んでもらっている。	自宅で使用されていたタンス、テレビ、ぬいぐるみ、家族の写真、自宅で作られた作品を持ち込まれて、自宅に近い雰囲気作りがなされていました。	
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	手すりの設置、危険物の除去を行い、安全な生活が送れるようにしている。 個人の身体状況に応じ、福祉用具の使用を検討している。		