

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	外部評価		
			自己評価 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	理念の中にある「利用者本意」を特に意識できるように日常のケアの中で「生かされている理念」を目指すことを心掛けている。新人スタッフにも理念の意義を入社時に説明し、実践に繋がられるように重要なものと捉えてもらっている。	法人全体のパンフレットに「私たちスタッフの基本理念」が記載されており、各事業所共通の理念となっている。それを基に当ホームでは各ユニット毎に具体的な目標を掲げ、日々のケアで実践している。理念にそぐわない言動があれば管理者が注意を促したり、勉強会で話し合うこともある。ケースによっては施設長が直接指導することもある。職員は基本理念を自分の言葉で語る事ができた。基本理念の一つひとつの意味をより深く理解するため、研修会が予定されている。	
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	自治会費を支払うことで回覧板を回してもらい、地域の中で行われている事や参加できるイベントはないかを意識している。こちらからもホームで行われるイベントへの参加を呼び掛けている。「夏祭り」等への参加も回覧板にチラシを入れ地域の方の参加を呼び掛けている。地域の中で行われている踊り・腹話術等の趣味の発表の場をこちらのイベントに合わせ披露して利用者とのコミュニケーションも図っている。	回覧板や地域住民から情報を得て利用者が地域に出掛ける機会を積極的に設けている。公民館主催のしめ縄作りには例年参加し住民とも交流している。ホームの夏祭りは天候に恵まれず住民の来訪は多くはなかったが、職員の出し物以外にアコーディオンやコカリナ等の演奏、腹話術など、地域ボランティアが大勢訪れ利用者で交流している。サマーチャレンジボランティアの一人の高校生がホームでの体験から「将来はここで働きたい」と自分の進む方向性を見いだし話してくれたという。	
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	電話での問い合わせや見学に立ち寄って頂いた際には、相談を受けアドバイス出来る範囲で行っている。運営推進会議などでも民生委員からの質問や相談などに対し、こちらの実践の中から事例を挙げて話している。		
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	2か月に1回のペースで開催出来ている。家族代表・市や地域包括の職員・区長・民生委員の参加のもと、ホームでの支援状況・問題点等を報告し、意見・情報交換を行っている。この内容を他職員にも紙面にて報告しており、職員間でも話し合いの場を持ちサービスの向上に繋げている。	奇数月に開催し利用者状況やサービス提供状況を報告し、参加者と意見交換している。利用者には生活への不満の有無を確認し、家族からも意見・要望を伺い、地域や行政からは情報や助言を頂いている。避難訓練に参加した区長からは住民の訓練参加は難しいが火災時には住民の協力が得られるよう大勢に声を掛けているとの報告があり、市担当者からは日頃から地域との関係を築いていく必要性などの助言もあったという。また、民生委員からは子供との交流について利用者が保育園を訪問したら良いのではないかと助言も頂くなど、毎回有意義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	運営推進委員会に参加してもらったり、認定調査で来訪した際にはホームでの取り組みなどを伝えたりと良好かつ協力関係に取り組んでいる。	市主催の介護保険改正説明会や保健所主催の食中毒や感染症等の研修には出席している。事故報告が必要な時には市担当者や相談したり書類を提出している。介護認定更新申請は家族の依頼を受け代行している。区分変更に関しては家族と相談の上、申請している。認定調査が行われる時には多くの家族が同席している。ボランティアに関しては社協のボランティアコーディネーターに相談している。あんしん(介護)相談員の訪問の依頼を一年以上待っているが、現状では来訪はなく心待ちにしている。	
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	全ての身体拘束は排除している。何故拘束をしてはいけないのかを全スタッフが理解し、ケアを振り返れるよう勉強会を行っている。	マニュアルとして「身体拘束ゼロへの手引き」を使用し、身体拘束禁止その他、利用者の行動を制限する具体的な行為(11項目)を理解している。法人として年間の研修計画に身体拘束等に関する研修が組み込まれている。ユニット入口は開錠している。外出傾向の利用者や利用開始後間もないため帰宅願望のある利用者に関しては職員が付き添い外出している。利用者が自由に安心して過せるように拘束に頼らないケアを実践している。	

グループホームみわ・さくらユニット

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	ミーティング時を利用し、虐待について学ぶ機会を持ち自己を振り返れるようにしている。日常生活の中で、言葉による虐待と思われる時にはその場で注意をしたり、ミーティングで話し合ったりしている。		
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に支援している	成年後見人制度の利用を開始していた利用者がおり資料を用意して職員がいつでも閲覧できるようにしている。個々の学びから活用・支援できるように繋げていきたい。		
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	契約時には、書面を使用し説明している。説明後に不安や疑問をこちらから問いかけて、十分に理解して頂けるように努めている。		
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	利用者からの「運営」に関する意見は聞かれていない。家族からも利用者の状況を報告する際に要望など聞いているが、現在までのところ反映に至る意見は聞かれていない。普段から家族とのコミュニケーションを密にし聞き取った内容や要望は必ず記録に残し、職員間で周知徹底を図っている。意思疎通が出来る利用者には、カンファレンス・ミーティングにも参加して頂き自由に意見してもらっている。	利用者一人ひとりへの問いかけの工夫(二者択一など)や関わり方を職員は共有しており、利用者のほぼ全員が意思表示できています。カンファレンスやミーティングに利用者が常時3名参加している。家族会はないが夏祭りや敬老会には多くの家族が集り、家族間、家族と職員間で交流できている。家族は少なくとも月に1回以上来訪し、職員ともその都度話をしている。家族から意見等があった場合には会議で報告し改善に努めている。家族向けのグループホームみわ通信は年4回(春、夏、秋、冬号)発行し暮らしの様子、行事などを写真や文書で報告している。	
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	月2回のミーティングには、代表者も参加している。職員の意見や提案を聞く機会を設け、出来る範囲での意見反映に努めている。	合同職員会議の後、各ユニットに分かれてミーティングがあり利用者のことやケアについて検討している。さくらユニットではホールでミーティングが行われている。合同職員会議・ユニット会議どちらも意見を言い易い雰囲気であり、熱心に話し合っているという。かねてから来訪者が駐車に不便していたのを見たり、入口の側溝の蓋の音も気にしていた職員や幹部もいて、職員駐車場を移動し来訪者の駐車スペースを拡大した。また、側溝の蓋も修理された。職員は目標を立て業務に励み定期的に自己評価し、代表者・施設長と面接し提案や要望を伝え、また、相談もしている。	
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	月1回本部で行われている全体会議にてリーダー及び管理者からの報告により代表者は状況を把握している。またミーティングには必ず参加し職員の声に耳を傾けている。		
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	職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、それぞれに合った研修に参加出来る様機会を確保している。		
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	グループホームねっと会への参加をし勉強会や同業者との情報交換や意見交換の場を設け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	自宅や利用施設に訪問し、直接本人と会い、話をすることで不安な事や要望等を聴き、気持ちを受け止めるよう努めている。ホームの方への見学もして頂き少しでも安心して頂けるような機会を設けている。		
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	申し込みの時点でおおよその話を聞き更に自宅へ訪問した際や、家族が希望したときすぐに相談にのれるようにしている。		
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	本人の意向を尊重しながら家族の現状を把握し、ケアマネージャーや今まで利用していた事業所から情報を得る等をし、見極めを行い他のサービス利用も含めた対応に努めている。		
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	暮らしを共にする一人の人として、本人のやりがいや出来る事、出来そうな事の把握をし日常的に出来る様支援している。		
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	来所時には本人の状況を伝えると共に、本人のケアについての相談やアドバイスを頂く事で、共に本人を支えていく関係を築いている。また行事への参加の呼びかけや、本人からの面会希望を伝えたりと、連携を取っている。		
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	会話の中や家族の話から馴染みの人や場所を引き出し、希望があれば家族に依頼し連れて行って頂いたり職員でサポートを行ったりと関係が途切れないように努めている。	お盆やお正月など節目の折には家族が送迎し外出している。家族以外には友人や知人、近所の方が面会に見えている。来月から毎、日曜日、教会に通い顔なじみの方と会う予定の利用者もいる。家族から郵便物が届く利用者は職員に手伝ってもらいながらお礼の手紙を書いている。また、電話で家族と話す利用者もいる。友人や知人もお互い歳老いてきており来訪の回数も少なくなってきたが、家族、親族との関係が今後も途切れることがないよう支援に努めている。	
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	日常生活活動の中で、職員も一緒に関わり行うことで利用者同士が関わり支え合うような支援に努めている。常に一人で居て孤立することがないように配慮している。		

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	入院により契約が終了する利用者がいたが、見舞いに行ったり、必要に応じて家族と連絡を取ったりしている。今後も出来る範囲での相談や支援に努めていく。			
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	日々の関わりの中で意向・要望を聞きだす努力をしている。想いを伝えることが困難な方には行動や言葉、表情などから思考展開シートを活用し本人本位となるよう検討しケアを行っている。	利用者の多くは言葉で意思表示が可能であり、直接、意向や希望を聞いたり、会話の中から汲み取ったりしながら一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。難しい場合にはひもときシートを活用し、本人が求めていることや感じていること、表現できない思いや心の内などについて理解に努め、本人本位に検討している。		
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	入居時にキーパーソンとなる家族にセンター方式を利用し必要な項目に記入して頂き、これまでの暮らしの把握に努めている。また会話の中からも引き出したりわからないことは家族に確認をするなどをし情報を得るようにしている。			
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	その日の利用者の心身の状態を把握し、想い想いの一日を過ごして頂くよう努めている。有する力に関してもミーティング等で職員間で話し合い、現状の把握をするよう努めている。			
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	日頃から家族や利用者の想いや要望を聞きミーティング時に職員全員で課題とケアの在り方について話し合いプランに反映させている。	利用者・家族の生活に対する意向を基に本人らしい生活が送れるよう介護計画が作成されている。暫定プランをケアマネが作成しカンファレンスで職員の気づきや意見を参考に介護計画を完成させている。出来上がった計画書は本人、家族に説明し、確認印を頂いている。利用者によっては自ら署名捺印している方もいる。3~6ヶ月で見直しが行われ、状態等に変化があれば修正や新しいものに作り変えるようにしている。モニタリング表があり、定期的に評価し遂行状況を確認している。		
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	経過記録以外にも共有するべく情報を連絡ノートに記入したり、毎日行う日中ミーティングの中で、日々の様子や気づき等職員間で情報を共有している。また月2回のミーティングでも今の課題や支援の在り方について話し合いを行っている。			
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	共に生活していく場所として、本人のその時の様子・状況に合わせた支援を心掛け、柔軟な支援が出来るようにしている。			

グループホームみわ・さくらユニット

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	行事の時など地域のボランティアを招き共に楽しめるようにしている。区長・民生委員との意見交換など地域資源を活かし関わりを大切に暮らすを楽しむことができるよう支援している。		
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	入居前からのかかりつけ医に受診や往診してもらっている利用者もあり、本人や家族の希望を大切にしている。利用者の状況に応じて他の専門医を勧めたり、主治医に相談し紹介をして頂く等支援している。受診時には連絡帳を用意し、かかりつけ医との情報交換・相談も行っている。	専門医の受診については家族に付き添いをお願いしている。緊急時は職員が付き添い、受診前後の連絡や報告は管理者が行っている。受診に関しては連絡帳で医師と連絡を取りあっている。協力医は月に2回往診している。看護師が月に17日～18日は有料老人ホームに常駐しているの何かあれば相談している。協力医とは24時間連絡、相談が可能である。	
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	定期的に情報交換を行っており生活情報を把握できている事もあり、専門性が必要な時は正しい判断をしてもらう等適切に支援している。		
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。	利用者が入院した際には、身体状況やホームでの様子を病院関係者に伝え情報交換や相談に努めている。		
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	入居時に本人・家族に現在の想いや終末期をどうありたいのかの確認を行っている。入居後もさりげなく想いを聞き、家族と十分な話し合いを行い可能な限り、本人の意向に添った終末期を迎えられる様な支援に努めている。	「重度化及び看取りの基本理念」が作成されている。利用契約時に事業所の方針を家族に伝え、終末期の意向を確認している。ホームは本人・家族の意向があり医療行為がない場合は最期まで受け入れる方針である。終末期をホームで過ごしながら医療機関に移り最期を迎えたケースがある。平均年齢88.4歳、90歳以上が半数以上を占めており、家族には状態が急に変わることも有り得る旨を伝えている。家族からは「そういう時期が来たんですネ」との声も聞かれるという。	
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	ミーティング時に看護師による急変時の対応や、事故対応の勉強会を行っている。急変時に冷静に対応出来る様実践力を身に付けている。		
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	年間を通して災害時に迅速に避難誘導出来る様通報・避難・消火訓練・緊急連絡網の伝達訓練等を行っている。ミーティングでの反省会を行い次回に活かせるようにしている。それぞれの利用者に対する避難のしかたも話し合い、身につけるようにしている。	防災訓練は年2回消防署の協力の下、昼・夜想定で行われている。区長や地域の方も参加している。各階の利用者は表札を首から下げて職員に誘導されながら非常階段から、また、車椅子の利用者は毛布に包まれ職員と非常滑り台から避難している。表札がないのは避難した「印」である。表札には本人のADLはじめ個人情報裏面に記されている。緊急連絡網の伝達訓練は年2回、突発的に実施している。職員は夜勤帯に一人で9名を見るということよりも「体調を崩したら、事故が起きたら」というアクシデントに対する不安はあるが、研修や勉強会で訓練も行われており、いざという場合の連絡方法や対応手順を理解している。	

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
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	常時「一人の人」として関わり尊厳を大切にされた言葉掛けや対応をするよう心掛けている。利用者の全てを受け入れられる様ミーティングで話し合いを行っている。	利用者一人ひとりの人格、尊厳を大切にしながら対応している。利用者の呼びかけは苗字や名前に「さん」を付けている。利用者の中には苗字や名前では反応が薄い「おとうさん」と呼ばれると反応が良いので家族の承諾の上「おとうさん」と呼んでいる方もいる。呼びかけや声かけで気分を害すことはないが話し掛けで急に陰険になる利用者もあり、利用以前の情報から本人の気持ちを知り、本人の人格やプライドを大切に接したことで今では明るく穏やかに生活できている方もいる。	
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	日々の生活の中で何が良いか、どうしたかを本人の意志で自己決定出来るような声掛けを工夫している。		
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	利用者一人ひとりのペースに合わせて、その日にどのように過ごしたいのかを確認し、希望に添った支援をしている。外出・買い物も希望時に出来る限り出来る様にしている。		
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	起床時や入浴時等本人のダンスから服と一緒に選び気に入った服を着てもらっている。定期的に馴染みの美容室に行ったり訪問整容サービスを受けている方もいる。		
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	メニュー決めから始まり調理・盛り付け・配膳等職員と一緒にやっている。一人ひとりの有する能力に合わせて、無理のない範囲で行っている。	冷蔵庫にあるものや野菜などを見て当番の職員が利用者と相談しながら献立を決めている。今年は裏の空き地に「みわ農園」を整備し、ナス、ミニトマト、キュウリ、アオジソ、南瓜、さつま芋などを育て、収穫した夏野菜料理が食卓に並んだ。誕生日には好きなメニューを皆と食べたり、職員と外食に出かける利用者もいる。食事の準備に殆どの利用者が参加し、自力摂取の方が多い。一部介助の方もいる。テーブル毎でおしゃべりしながら和やかに食事をしている。ペラダで「青空昼食会」を楽しむこともある。	
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	利用者それぞれに合わせた量で提供している。野菜中心のパラエティーに富んだメニューに心掛けている。食事・水分摂取の少ない方には、必要に応じ記録を取り把握出来る様にしている。		
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	毎食後に利用者の能力に合わせた支援をし清潔保持に努めている。		

グループホームみわ・さくらユニット

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	個々の習慣や行動パターンの把握をトイレでの排泄が出来る様支援している。日中は、利用者の状況にもよるが出来るだけおむつ使用ではなく布のパンツで過ごして頂いている。	夜間はリハビリパンツに変わる方もいるが日中は全利用者が布パンツで過ごし、トイレで排泄している。夜間のみポータブルトイレを使う方が各階に1名ずついる。自立している方が一部いるが多くの方が声がけや誘導されている。失禁がストレスになるため、職員は一人ひとりの排泄パターンや仕草、行動を共有し排泄支援している。	
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	個々の排便状況の把握を行い、日頃から飲食物の工夫をし野菜や水分の摂取また味噌汁に寒天を使用したり等の配慮をしている。状況によっては医師と相談し便秘薬の使用もしている。		
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	希望により毎日入浴できる体制にはなっているが夜間帯での入浴は人員不足により出来ていない。入りたくない人には無理強いせず、自然に入れるよう工夫している。	週2回以上を基本としている。入浴時間は 午後1時過ぎから と決まっているが、利用者には入りたい時間に入浴できるよう支援している。職員とユックリ話が出来たため長湯する方もいる。拒む方には午前中から気分を盛り上げ、お風呂に入る気分させている。全員が何らかの介助を受けている。全介助の利用者が各階に半数いる。更に重度となった場合には1階の有料老人ホームのミスト浴槽を借り 入浴することもある 。日帰り温泉に出かけたり季節湯(菖蒲、柚子)や入浴剤も使っている。	
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	利用者一人ひとりが思い思いに過ごせるように配慮している。安心して気持ちよく眠れるよう本人に確認をしながら快適な環境作りを行っている。		
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	薬情報の一覧のファイルを作り職員全員が薬についての目的や副作用等の内容を理解するように努めている。内服薬の変更や状態の変化は職員全員が把握出来る様連絡帳や申し送りにて情報を共有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	本人の生活歴や出来る事・出来る可能性のあることを理解しそれぞれに合わせた役割をして頂いている。		
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	一人ひとりのその日の希望に添って日常的に買い物やドライブ等行っている。また季節に合わせて外出外食も行っている。年1回のバス旅行を企画し家族にも参加の声掛けをし参加してもらっている。	日常的な散歩は近辺を散歩し住民とも挨拶や言葉を交わしている。個別外出支援が全利用者対象に年1回行われており職員と2人で本人の行きたい所(外食、自宅、紅葉狩り、おやつを食べに公園など)へ出かけている。お花見は 古戦場 へと出かけている。ユニット合同での外出では飯綱高原へ出かけ新緑の季節を満喫したという。家族を誘ってのミニバス旅行は上越へと出かけ、ホテルで昼食をとり、海を見たり、水族館も楽しんできた。外出時は車椅子使用者が半数と多くなるため法人の他施設から毎回1名の職員が応援に来ている。	

グループホームみわ・さくらユニット

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	家族の了承のもと自己管理の出来る方には所持して頂いている。買い物時には、好きなものを選び財布から支払いが行えるよう支援している。		
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	利用者の希望があればいつでも自由に出る様支援している。		
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	心地良く過ごして頂くように、季節に合ったものや花を飾っている。利用者一人ひとりに合わせ、確認をしながら不快な音や光がないか等注意をしている。	2階、3階がグループホームであり、階段とエレベーターで各ユニットが繋がっている。居間、食堂、オープンキッチンがワンフロアとなっており広く開放感がある。壁には外出や行事別に写真が飾られている。居間には大型テレビを囲むようにドットとしたソファがある。食堂のテーブルを囲みおしゃべりしたり、ソファでくつろぎながらテレビを見ている。時々笑い声も聞こえる。居室はフロアの片側に並んでいる。大きなガラス窓からは明るい秋の陽差しが差し込んでいた。	
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	食卓やソファ等それぞれが自由に過ごしたりくつろいだり出来る様な環境作り心掛けています。		
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	本人や家族と相談し、使い慣れた物や好みの物や馴染みの物を持ってきてもらい本人が居心地良く過ごせるようにしている。	自宅で使っていたベッドやタンス、衣装ケースが持ち込まれている。旅行好きな方の居室には大きな世界地図が貼られている。在宅と同じ生活スタイルを続けている方はベッド代わりにマットレスも敷いている。利用者一人ひとり自分の一番の居場所として安心し、気分良く過せるようになっている。どの居室も整理整頓されて明るくきれいだ。	
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	トイレや浴室は分かり易く表示をしている。食卓のテーブル・ソファの場所も出来る限り移動はせず混乱なく自立出来る様支援している。		