

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	3091800080		
法人名	社会福祉法人 皆楽園		
事業所名	グループホームといろ(もえぎユニット)		
所在地	和歌山県岩出市中迫66-3番地		
自己評価作成日	令和元年9月1日	評価結果市町村受理日	令和元年12月18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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/30/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3091800080-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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 市民生活総合サポートセンター		
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	令和元年10月15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)】

理念に沿った「誰もが利用したいと思えるグループホーム」を職員で共有し、グループホームならではの家庭的な雰囲気大切に笑顔と思いやりのある温かいグループホームづくりを実施しています。その人らしさを大切に、ご自宅におられた時のように過ごしてもらい、日常生活の中で自分の出来ることを発揮して頂けるよう支援し、ご本人が安心して暮らせるよう、ご利用者一人ひとりに寄り添うケアを心がけています。月一回のご家族参加型の食事をを行い、ご家族と共に支える支援を目指しています。また、ボランティアによる音楽療法・絵手紙教室は、生活の中での楽しみに繋がっています。

【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)】

当該ホームは法人や法人内グループホームの理念を基に年間目標を立て、笑顔と思いやりのある温かいホームづくりをチーム一丸となって目指しています。今年度より年1回の家族会に加え、毎月家族と一緒に行事や食事作りを行い様子を見てもらいながら共に利用者を支え、家族と密な関係を築く事で貴重な意見や要望を得られる機会となっています。散歩の際の挨拶や地域の店の利用、ボランティアの訪問、中学校への職場体験への働きかけの他、定期的に地域向けに介護教室等介護相談が出来る場を設ける等地域とのつながりを大切にしています。職員は利用者との関わりを重視し、利用者へ家事等の役割や得意な絵、趣味の編み物等に関われるよう支援し、また毎日の食事は利用者の希望を聞きながら内容も工夫し、また個別で外食に行く等笑顔や楽しみに繋がっています。

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)	<input type="radio"/> 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)	<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. 全くいない
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)	<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、活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)	<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		

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
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	事業所独自の理念を毎朝の申し送り時に唱和を行い、業務の中で話し合う機会を持ち、理念に向けて取り組んでいる。	法人や法人内グループホームの理念の基年間目標を立て、ホーム内に掲示すると共に毎朝唱和し意識付けを行っています。毎月のミーティングの中で思いやりなど大切にしている事を話し合い方向性を確認し、チームで連携良く支援が出来るように取り組んでいます。目標は半期に一度振り返り、実践状況の確認を行っています。	
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	自治会に加入し、買い物や散歩に出掛けた際には積極的に挨拶を交わし交流を持っている。	散歩や買物、外食に出掛けた際には地域の方と挨拶し、利用を通して馴染みになっています。敬老会行事や消防団から秋祭りの案内があり今後参加を検討したり、また回覧板で3か月に1回のホーム主催の地域向け介護教室等の案内をしています。定期的なボランティアの受け入れや中学校の職場体験の働きかけを行う等地域との交流に努めています。	
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	運営推進会議時に、認知症の人の理解や支援について話している。		
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	ご家族・地区役員・民生委員・市役所職員の参加を得て実施している。利用者の状況報告や研修・行事報告を行ない、意見をもらいサービスの向上に活かしている。	会議は隔月に家族や地区の会長、副会長、民生委員、市職員、地域包括支援センター職員の参加を得て開催し、利用状況や行事、事故やヒヤリハットの内容や対応、研修等について報告し意見をもらい、利用者の様子は写真を見てもらっています。地域に向けたイベントについて話し合ったり、災害の際の避難場所の確認等会議は有意義なものとなっています。	
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取り組んでいる	運営推進会議の際、利用者・ホームの状況を伝え、連携を図り相談している。	ホームの現状や活動等については運営推進会議時に伝えており、介護制度等について不明な点があれば電話で聞いています。市から注意喚起や研修の案内が届き、研修には出来るだけ参加をしています。	
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	外部研修に参加したり、各ユニット内でも定期的に研修を行い、身体拘束についての理解をし取り組んでいるが、自施設が国道に面している為、やむをえず玄関の施錠をしている。入居者が希望される時は、職員が付き添い外出して頂ける様支援している。	運営推進会議の中で身体拘束適正化委員会を行いミーティングの中で落とし込みをすると共に年3回ホーム内で勉強会も行っています。言葉による行動制止についても伝え、不適切な場面があればその都度話しています。安全確保のため家族の了解を得てセンサーマットを使用している利用者については毎月ケース会議で必要性を検討しています。玄関の鍵は施錠していますが、外出希望があれば一緒に出掛けたり、玄関先で外気浴をし気分転換を図っています。	

グループホームという(もえぎユニット)

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	外部研修や事業所で定期的に話し合い、虐待防止、不適切なケアの防止に努めています。		
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、権利擁護を利用されている方はいない。内部・外部研修に参加し制度について学ぶ機会を設けている。		
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	契約時には、入居者・ご家族に入居に対する不安や、疑問を訪ね、時間を掛け説明し同意を得るようにしている。また、改定時には、説明し同意捺印を得ている。		
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	入居者・ご家族との信頼関係を築くことを大切にし、意見や不満が言いやすい関係作りを行っている。	利用者の要望は日々の関わりの中で聴き、食べたい物があればその日の献立に反映したり、外出に出掛けています。家族からは面会や毎月の食事会、サービス担当者会議や運営推進会議、年1回の全家族が集まる家族会の際に要望を聞いています。利用者の状況を見てもらいながら家族と共に利用者を支える支援を行い、散歩の要望があればホームでの支援を伝えたり家族と一緒にしてもらったり、対応についても見直す等家族の意見を大切にしています。	
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	ミーティングなど、日頃から意見を出しやすい雰囲気を作り、職員間での意見交換を行い反映させている。また、個別に面談を行った際も、聞きとりを行っている。	毎月常勤による全体会議とユニット毎の会議、ケース会議があり職員は意見や提案を出し合い話し合っています。利用者の状況の考慮や関わりを重視し、出勤時間の変更や業務の見直しを行ったり、介護計画に沿った記録がしやすくなるよう色分けで工夫する等意見を運営に反映しています。管理者による年に2回の面談の他、職員の表情を見ながら声掛けをし話をするようにしています。	
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	年2回の人事考課等や職員がやりがいを持てるよう努めている。また、職員個々がやりがいを持ち力を発揮できる職場作りに努めている。		
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	法人内研修や外部研修に参加できる機会を持ち、研修後はミーティング時に研修内容をフィードバックしている。		

グループホームという(もえぎユニット)

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
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4事業所の交流会を行い、各行事に参加しご利用者同士の交流・職員同士の交流も深めている。リーダー会議を開催し自施設の取り組みを報告したり、問題点を提議し意見や提案を話し合ったり、お互いのケアを見直す機会を設けている		
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	入所時、入所後は特に本人様の様子観察や声掛けをしっかりと行い、安心して暮らして頂けるよう支援を行っている。		
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	入所前の見学、契約などの時に家族様に聞き取りを行い、気持ちに寄り添った支援が出来るよう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	ご本人や家族の思いや状況を把握し、必要とされているサービスを見極め、サービス利用の様々な形を提案・相談しながら対応している。		
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	昼食は利用者様、スタッフが一緒に摂り、コミュニケーションを取るようになっている。また、本人様のやる気や状態に応じて、洗いや洗濯畳み、調理などをスタッフと一緒にやるようになっている。		
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	家族様には状態報告をこまめに行い、常に現状を把握して頂けるようになっている。受診は家族様の行ける時はお願いし、外出や外泊などは気軽に出掛けて頂ける様声掛けをしている。		
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	訪問されるお客様には気軽に来て頂ける様声掛けを行っている。また、入所前に行っておられた美容室やスーパーなどに出掛けられるよう外出支援を行っている。	以前近所に住んでいた方や弟子だった方等の訪問があった際は居室やソファスペースに案内しお茶を出す等ゆっくり過ごしてもらえるよう配慮しています。馴染みの美容院への送迎やスーパーへの買物を支援し、家族の協力を得て通院や自宅に帰ったり、葬儀への参列や親戚が集まる場等に行く際には外出がスムーズに出来るよう薬や服装等準備の支援を行っています。また年賀状や絵手紙を書く利用者もおおり葉書の購入や投函の支援もしています。	

グループホームという(もえぎユニット)

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
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	利用者様同士が関係を構築できるよう、スタッフが間に入り支援するようにしている。席の配置や話題作りなどに気を配るようにしている。また、隣のユニットとも合同行事(交流会)を計画したり、お喋りをしに行けるような環境にしている。		
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	次の入所、入院先の施設には情報提供を行い、情報が途切れないように支援している。また、スタッフが訪問し顔を合わせる事で、本人様、家族様に安心して頂ける様取り組みを行っている。		
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	本人様に直接お聞きできるようコミュニケーションをしっかりと取り、観察によりその方の希望や意向を汲み取れるように努めている。また、困難な場合は出来るだけ本人様のためのケアを行えるよう今までの暮らしなどについての情報を活用するようにしている。	入居前に自宅や病院、施設に出向き本人と面談を行い、ケアマネジャーから情報をもらい、家族にはその方をより深く知るためのツールであるセンター方式を記入してもらい基本情報をはじめ、暮らし方の希望や習慣、得意な事、意向等を聞いています。入居後は知り得た情報は個人記録や申し送り帳で共有し、把握が困難な場合は家族に聞いたり、ケース会議で本人本位に検討しています。	
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	利用時に家族様に基本情報シート作成して頂き、把握に努める。入所された後も、本人様、家族様、ケアマネージャーなどに生活歴などを聞き取り、ケアに役立てるようにしている。		
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	毎日の記録や連絡ノート、口頭での申し送りにより、一人ひとりの心身、身体状態の把握に努めている。3ヶ月に一度「できること、できないことシート」を個別に作成し、現状の能力を確認するようにしている。		
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	家族様、本人様の希望を聞き取るようにしている。また、ケース会議で話し合った結果や、毎日の記録を活用し、介護計画を作成するようにしている。	利用者や家族の意向やアセスメントを基に介護計画を作成し、初回は1ヵ月、その後は6ヵ月を基本に見直し、状態に変化があればその都度見直しをしています。毎月のケース会議では全利用者について話し合い、3ヵ月毎に再アセスメントとモニタリングを行い、見直し時のサービス担当者会議には出来るだけ家族の参加を得て、必要があれば医師や看護師の意見を反映しています。日々の介護記録には課題番号を記入し、計画にそった記録がよりしやすくなるよう色分けし工夫しています。	
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	毎日の様子を個別記録につけ、月に1度ケース会議を行い利用者様のケアについて個別に検討するようにしている。また、その結果を介護計画の見直しに活用している。		

グループホームという(もえぎユニット)

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
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	ご本人や家族のニーズに出来るだけ柔軟に対応している。		
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	区長、副区長、民生委員、市役所職員などと情報交換を行い、地域資源の把握に努めている。		
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	本人様、家族様の希望に沿ってかかりつけ医を選択し、出来るだけ家族様に受診して頂ける様にしている。受診時は家族様、かかりつけ医に状態報告をこまめに行い、適切な医療を受けられるように	これまでのかかりつけ医をほとんどの利用者が継続しており、希望や状況に応じて協力医を紹介し往診してもらっています。受診は基本家族対応ですが状況によってはホームで支援し、受診時の情報は書面を渡したり直接医師に電話や場合によっては同行する事もあります。また専門医への受診も基本的に家族対応となっており、整形外科や歯科は必要に応じて往診を受けている利用者もいます。	
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	受診時や病院へ電話し状態報告する際に、状態変化や気づきをこまかく報告し、適切な医療が受けられるよう支援している。		
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。	入院された場合は、こまめに面会に行き、本人様の状態把握と気持ちの安定に努める。また、病院関係者、家族様と情報交換を行うようにしている。リハビリが必要な場合は、事業所に戻るまでの目標について話し合い、出来るだけ早く退院できるよう努めている。		
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	契約の時点で、重度化した場合どのような対応が出来るか説明し、相互理解に努めている。入所されてからも、こまめに状態報告を行い、今後の生活に向けての方針を共有している。	入居前の見学時や契約時にホームでの看取り支援は行わない事を説明し、食事を取る事や入浴時に湯船に入る事が難しくなった場合は早い段階で相談する事を伝えています。重度化した場合は2人介助での入浴支援等利用者の状況を見ながらホームで出来る限りの支援を行い、転居先についても家族の希望を聞きながら相談を重ねスムーズに移れるよう支援しています。	
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	スタッフは施設内研修で非常時の対応について学ぶことにしている。また、消防が実施している応急手当の研修を受け、フィードバックする事でスタッフ全員で知識、技術を共有するようにしている。		

グループホームという(もえぎユニット)

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
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	避難訓練を定期的実施し、利用者様、スタッフ両方が避難方法を実践、確認するようにしている。また、避難訓練時は地域の消防団の方に参加して頂き、災害時に連携が取れるようにしている。	年2回消防訓練を行い、1回は地域消防団立ち会いの下夜間想定で通報や初期消火、利用者と一緒に避難誘導を行い、1回は避難経路の確認やビデオでの研修を行っています。訓練の際は家族や区長等の参加を得ており、新たに作成した災害時マニュアルは市に内容を確認してもらっています。また水や食料、備品等備蓄をしています。	
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	トイレや入浴時などは、特にプライドに配慮して声掛けをするよう努めている。また、権利擁護の研修に参加し、施設内研修も行う事でスタッフ全員が意識共有するようにしている。	接遇マナーや認知症、尊厳やプライバシーに関する勉強会をホームで行っています。トイレ誘導の際の声掛けに注意したり、希望に応じて同性介助に配慮し、呼称は基本苗字ですが希望や場面に応じて対応しています。馴れ合い等の言葉掛け等不適切な場合があればその場で注意したり、ミーティングの中でも話し合うようにしています。	
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	出来るだけ本人様の希望や思いを引き出せる様、コミュニケーションをこまめに取りるようにしている。自分から決定するのが難しい方には、いくつかの選択肢の中から選んで頂くようにして対応している。		
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	その日の状態により、居室でゆっくり過ごして頂く、散歩に出掛ける、ホールでレクリエーションを一緒に行うなど、お好きなように過ごして頂いている。		
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	着替えを用意する際は、利用者様と一緒に選んで頂くようにしている。希望される方には、地域の美容室へ顔剃り、カットに出掛ける。また、訪問理容に来てもらいヘアカラーを行う事もある。		
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	好みに合わせて代替の料理を用意したり、食べたい物を聞いて献立を作ったりしている。また、野菜の下ごしらえや盛り付け、洗い物などを利用者様、スタッフが一緒に行っている。	利用者の希望を聞きながら献立を決め、朝食も習慣に合わせて選択が可能です。利用者は野菜を切ったり、下拵えや盛り付け、下膳等出来る事を行い、職員も談笑しながら同じ物を一緒に食べています。庭で育てた野菜が食卓に上ったり、お節料理や巻き寿司等季節に合わせた食事や庭でバーベキューをする等食事を楽しみ、梅ジュースやおやつも一緒に作っています。また少人数で外食に行ったり、月1回家族と一緒に調理も行う食事を開催しています。	
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、水分摂取量を記録し、スタッフが把握できるようにする。体重や診察結果により食事量を調整したり、アクエリアスゼリーの提供、夜間の水分補給などを行っている。また、3ヶ月に1度栄養士に献立を確認して貰い、栄養バランスをチェックしている。		

グループホームという(もえぎユニット)

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
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	起床時、夕食後に居室で歯磨きをして頂いている。必要な方にはスポンジや義歯用歯ブラシを使用し口腔ケアを行い、ご自分で出来る利用者様には見守りにて対応している。		
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	記録をとり排泄パターンを把握し、出来るだけトイレで排泄して頂ける様支援を行っている。可能であれば、布パンツの使用を検討している。	日中はできるだけトイレでの排泄を支援し、利用者一人ひとりの排泄記録からパターンを把握しサインも見ながら支援しています。支援を継続することにより紙パンツとパッドを使用していた方が布の下着とパッドに改善したケースもあり、また夜間のみポータブルトイレを使用する等一人ひとりに合った支援方法や排泄用品の選択についてはケース会議の中で話し合っています。	
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	排便状況を記録し、朝食時に牛乳やヤクルトをお出しし、状態に応じて繊維の多い食品等を提供している。また、トイレ誘導を行いウォシュレットを行う、便秘予防の体操などを行っている。		
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	その日の体調や希望に応じて、入浴の順番や時間等を決めて誘導している。入浴前に着替えを自分で選んで頂いたり、スタッフと一緒に選んで頂くようにしている。	入浴は毎日準備し週に3回入ってもらえるように支援し、時間は午前中から夕方までの間で利用者の希望や状況に合わせています。季節の柚子湯や入浴剤を使用したり、マンツーマンでゆっくりその方のペースに合わせた支援をし、拒否がある場合は声のかけ方を工夫したり職員を変更し、無理のない入浴につなげています。	
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	不眠の方には眠くなるまでホールでゆっくり過ごして頂き、ぐっすり眠れるよう支援している。昼夜逆転しがちな方には、天気の良い日は散歩して頂いたりしている。お昼寝の習慣がある方は、居室でゆっくりして頂く時間を作っている。		
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	受診記録と処方箋をファイルにとじ、すぐに確認出来るようにしている。薬の変更があった際は申し送りを行い、状態変化に注意している。薬の準備をする際と配薬する時は服薬管理表を使用し、毎回2名でチェックするようにしている。		
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	本人様、家族様とコミュニケーションをとり、趣味や生活歴を探っている。食器洗いや調理、洗濯物畳み等を習慣とされていた方には取り組んで頂き、買い物や顔剃りなどが習慣の方には近くのスーパーや美容室へ外出支援を行っている。		

グループホームという(もえぎユニット)

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
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	買いたい物がある場合は、外出支援を行い一緒に買い物をして、ご自分で選んで頂いている。また、希望時はスタッフと一対一で外出し、外食やお茶などを行っている。	気候の良い時期には出来る限り散歩に出掛け、買物や外食に行く他、玄関先での外気浴や新聞取りを日課にしたり、中庭の花や野菜の水やりをしています。初詣や桜の花見、紅葉を見にドライブに出たり、定期的に法人内グループホーム交流会に参加しています。また家族の協力を得ての外出も支援しています。	
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	家族様と本人様が希望される場合は、ご自分でお金を持って頂き、買い物時などに使って頂けるようにしている。		
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	希望される利用者様には家族様から携帯電話をお預かりし、家族様に電話できるよう支援している。それ以外の利用者様も、固定電話を利用して家族様と連絡をとれるよう支援している。手紙のやり取りは行ってないが、年賀状は出来るだけ本人様に書いて頂き、出している。		
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	利用者様の希望により、ホールに遮光カーテンを取り入れた。また、ホールや玄関には観葉植物を飾り、花や野菜を植えている。室温計を設置し、こまめにエアコンを調整している。冬季は加湿器を使用し、乾燥しないよう配慮している。	玄関には小物や鉢植えを置き、リビングには利用者や季節毎に木の絵に飾りを付け、テーブルにはコスモス等の生花をさり気無く飾っています。リビングは広くソファコーナーがあり、テーブル配置は利用者の関係性に配慮しています。毎日夜勤帯で掃除し、2時間に1回程度定期的に換気をし、温湿度計を確認しながら利用者の体感を確認したり、大型の空気清浄機の設置や冬場は加湿器を置き快適な空間となるよう努めています。	
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	仲の良い利用者様同士で楽しく過ごして頂ける様、ソファや食事テーブルの配置を行っている。また、1人で過ごされたい時は居室でゆっくりして頂いている。		
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	本人様が使いなれた家具や電化製品(冷蔵庫やテレビ、扇風機)、季節に応じて好みの寝具(毛布やタオルケット、枕)を使用させて頂き、居心地良い空間になるよう支援している。	入居時になるべく使い慣れた物を持ってきてもらうよう伝え、入居後も必要な物があれば追加をお願いしています。居室には洗面台とタンス、ベッドが備え付けられており、利用者は使い慣れたテレビやテーブル、椅子、冷蔵庫、小物入れ、時計等を持ち込み家族と相談しながら配置しています。大切な家族の写真を飾ったり、居室で趣味の編み物や塗り絵をしたり新聞を取り読む等居心地良く過ごせるよう配慮しています。	
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	ヒヤリハット、センター方式を活用し、環境整備に努めている。リスクを減らしつつ本人様の力を引き出せるよう、家具の配置などを行っている。		