

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	2671500250		
法人名	社会福祉法人アイリス福祉会		
事業所名	グループホームかたらいの家		
所在地	京都府南丹市八木町西田早田3番地		
自己評価作成日	令和元年10月1日	評価結果市町村受理日	令和2年1月30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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2671500250-00&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 大阪府北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	令和元年11月8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)】

毎日の散歩、外の空気を吸って頂き肌で季節を感じて頂く、体操や歌や脳トレ等脳の活性化に繋がるように努めている。
 創作活動で案山子作りは開設来から続けており、認知症カフェも継続し地域の交流を深めている。

【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)】

当該ホームは利用者の思いを大切にし職員間で意見が出しやすいよう日々の業務や利用者の対応についてどのように思っているかをメモに書いてもらう等の工夫を行い毎月の会議で話し合っています。長く勤めている職員が多く馴染みの関係を築きながらも慣れ合いにならないよう利用者を尊重した言葉掛けや対応に努め、利用者の力が発揮できるよう関わり、楽しみ事や役割のある暮らしに向け支援しています。地域交流では月に2回開催している認知症カフェの中で相談窓口を設けたり必要に応じて地域の方の送迎も行い多くの参加者を得ており交流の機会になっています。また家族との関係も大切にしており、日々の面会時のコミュニケーションの他、年4回行う家族会はホームの行事と兼ねて行い意見や要望を得たり利用者と一緒に楽しんでもらう機会となるよう取り組んでいます。

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)	○ 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)	○ 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

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	地域の行事や催しには参加したり、日常の散歩など挨拶は欠かさず、特に認知症カフェなど、職員も地域に繋がっている。又毎月行っている会議でも必ず周知徹底を確認している。	開設時に作成されたホーム独自の理念は、玄関に掲示したり小さなメモに印刷し職員全員に配り常に意識できるようにしています。毎月行う会議で理念にある生活歴を大切にしたい支援やプライバシーの保持、利用者は人生の先輩であることを念頭においた対応等について話し理念の実践に繋がっています。	
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	地域の行事には必ず参加している。又近隣の喫茶店などにお邪魔したり、他の事業所との交流も行っている。	月に2回開催している認知症カフェはイベントを実施したり相談窓口を設け開催し、必要に応じて地域の方の送迎も行い多くの参加者を得ており交流の機会になっています。地域の夏祭りや収穫祭、音楽祭、他事業所で行われる夏祭りに参加し利用者は楽しんでます。日々散歩で会った方と挨拶を交わしたり、民生委員が時折様子を見に訪れる等、日常的な交流を行っています。	
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	認知症を理解して頂くために地域での講話や認知症カフェ、認知症相談窓口を実施している。		
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カ月に1回の運営推進会議を実施して現状を報告し、実際にも行事への参加協力を通して来訪して頂き、生活の様子も見て頂いている。	会議は家族代表や市職員、地域包括支援センター職員、民生委員、他事業所管理者等の参加を得て隔月に開催しています。ホームから利用者の状況や行事、事故・ヒヤリハット事例等の報告を行い、意見交換を行っています。認知症カフェについての質問が出され答えたり、災害時の避難出入り口についてアドバイスをもらい実行する等、会議はホームを知ってもらう機会となり、また得られた意見は運営に反映するよう努めています。	
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	大きな行事には必ず協力して頂いている。また、運営委員にも行政や社協、民生委員の方にも参加して頂き、地域との協力関係に繋がっている。	市の担当者に運営推進会議に出席してもらったり認知症カフェを見に来たこともあり良好な関係を築いています。福祉用具のこと等わからない事などがあれば電話で相談したり、手続きに窓口へ出向いた際に聞いています。研修案内があればできる限り参加し地域ケア会議に出席しています。	
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	日常生活の中でご利用者の思いや気持ちに沿った生活リズムを心掛けている。ソフト面ハード面の身体拘束なしを心掛けている。	法人の身体拘束についての研修を受けた職員がホームで伝達を行い、言葉のかけ方についても行動を止めないよう具体的な言葉を伝えていきます。職員の体制と利用者の状況に応じて玄関を施錠するかを決め、外に行きたい様子があれば寄り添い一緒に外に行くこともあり拘束感のないよう支援しています。法人では身体拘束委員会やホームでは身体拘束適正化委員会を実施しています。	

グループホームかたらいの家

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	毎月1回会議での反省の中で必ず確認する。 また、入浴時に全身チェックをし、どの様な傷も見逃さずご家族に信頼される体制作りを心掛けている。		
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	既にご利用者の中にも制度を利用されている方も居られる。ご家族の方もしっかり勉強して下さっている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約に関する事項と同様にグループホームでの生活をより具体的に理解して頂けるよう、口頭と同時に文書でも解りやすくまとめ、説明している。		
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	意見箱を置くなどしてご家族からの疑問・質問や要望など募集し、家族との心の距離感を縮められる様にマメな電話連絡を行っている。	利用者との関わりの中で聞かれた要望は個別の内容が多く都度応えるよう努めています。家族からは面会時や年に4回行う家族会等の機会に意見や要望を聞いています。家族の意見から玄関の鍵をかけていることについて意見をもらい、施錠について説明しインターホンを新しくするよう取り組むなど、得られた意見を運営に活かしています。	
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	各会議時や職員アンケート等によりそれぞれに応じた相談の機会を設定されているが、往々にして消極的である。	日々の業務や利用者の対応についてどのように思っているかをメモに書いてもらい、それを基に毎月の会議で話し合っています。会議に出席できない職員には事前に意見を聞き会議後に報告しています。職員の意見を受けて業務改善を行ったり、測りやすい体重計の購入に繋がったこともあります。また年に2回個人面談を行い個々の意見や思いを聞いています。	
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回個別に自己評価票を設定し、色々と工夫し努力しているが、後は個人の課題の実践と思われる。		
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	現場でのトレーニングや研修など知識技術向上の機会等を設け、繰り返し指導も行っているが、向上心は個々其々であり成果もおれに準じている。		

グループホームかたらいの家

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	グループホーム連絡会に参加したり定期的 に近隣のホームと連絡を取り合い情報交換 を行っている。		
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	面接の時に本人の希望、要望、不安等に傾 聴し、ホームを見学もして頂き、本人に安心 して頂ける様にしている。		
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、家族による介護が困難な事情を把握し、本人・家族の意向を尊重した支援方法を探り、信頼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	本人・家族のニーズを把握し、自施設での対応が不可の場合は他のサービスも含めた最善の支援が出来る様に務めている。		
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	本人の残存能力に応じ、意向も聞きながら家事、レクリエーションに参加して頂けるに支援する。		
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	不定期ながらご家族へご利用者n状況を連絡している。また、家族会を実施して本人・家族間での交流の場を提供し、絆を大切にしている。		
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	在宅中の頃に交流されていた方には、ホームにも自由に来訪して頂き、折を見て馴染みの美容室に出向くなど、既存の関係が途切れない様に支援している。	親戚や友人の面会があった時にはお茶やコーヒーを出し居室等でゆっくり過ごしてもらえるよう配慮し、必要に応じて職員が中に入ることもあります。初詣に個々の利用者の馴染みの神社へ出かけたり、地域の行事に参加した際に知人と会うこともあり、また年賀状の返事を出せるよう支援する等馴染みの関係が継続できるようにしています。家族の協力を得て墓参りや法事、馴染みの美容院に行く方もいます。	

グループホームかたらいの家

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利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	家事やレクリエーションなど常に複数のご利用者と一緒にして頂き、利用者間のコミュニケーション作りを図っている。		
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	訪問したり、電話や来訪して頂き、相談や支援に努めている。		
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	本人の思いやりや意向を大切に心地よい暮らしの支援、困難な場合は本人の思いを把握して支援の検討をしている。	入居前に自宅や病院、施設等に出向き面談を行い、生活歴や希望、思い等を聞いたり、事業所からサマリー等の情報を得て利用者の思いの把握に繋がっています。入居後は日々コミュニケーションを図り思いを知ることができるよう関わり、筆談や表情から汲み取り、カンファレンスで本人本位に話し合っています。	
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	本人や家族より、生活環境、サービス利用の経過などは入所以前の介護支援専門員から情報を得て、これまでの暮らしの把握に努めている。		
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	介護職員、特に担当者から情報を収集し、見守りレクなども一緒に行い、一人、一人の一日の過ごし方、心身の状態など、現状の把握に努めている。		
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	定期的な3ヶ月ごとのモニタリング、本人に状況、状態に変化が見られる時など、また、状態に変化が見られる時は、医師に相談、意見、指示に基づき、本人、家族の意向をふまえ、介護職員と話し合い、現状に即した介護計画を作成している。	本人や家族の思い、心身の状況を踏まえたアセスメントの基、カンファレンスを行い介護計画を作成しています。日々実施状況を記録に残し、3か月毎にモニタリングを行い見直しをしています。見直しには本人や家族から意向を再確認し、通院時に医師から意見を聞いた上でカンファレンスで話し合っています。	
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	計画に基づいたケアの実践の結果、日々の様子を個別に記録し、新たな気づきや情報を共有し話し合い、介護計画の見直しを行っている。		

グループホームかたらいの家

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	利用者や家族も施設行事などに参加をして地域や併設の施設と交流。利用者は他施設の行事に参加するなどインフォーマルサービスにも取り組んでいる。		
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	理髪、ボランティアの訪問行事、地域の行事などに可能な限り参加の支援を行っている。		
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	家族の意向を汲み、必要に応じて受診の支援を行っている。	入居前のかかりつけ医を継続することを基本としています。かかりつけ医の無い方には紹介しており、専門医も含め受診は家族が付き添うことを基本とし口頭で情報交換していますが、送迎や家族が行けない時には職員が同行する等の支援をしています。体調の悪い時には状況に応じて判断し、かかりつけ医へ連絡を取ったり救急病院へ受診しています。また、半年ごとに理学療法士によるアドバイスを受けています。	
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	利用者の状態に変化などが見られる時は、併設の看護師に相談し、指示を受ける。		
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。	入院時にはすぐ介護サマリーを持参、入院中は出来る限り病院に行き、病院関係者と情報交換を行い関係作りに努めている。		
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	終末期医療には対応していないが、入所時に家族から終末期医療における希望や意向を尋ねている。終末期医療の整備された病院の情報などを紹介している。	入居時に看取りの支援はしていないことを説明し、徐々に重度化する中で家族とも話し合いを重ね、他施設への転居や病院への入院を紹介する等の支援をしています。少しでも長くホームで暮らせるようにできる限りの支援をしています。	
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	急変や事故発生に備え、定期的に初期対応の訓練を行っている。		

グループホームかたらいの家

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	火災や地震等の災害に備え、定期的に訓練を行っている。台風接近時などは併設の施設職員に応援を依頼して、早めに避難を行っている。	年3回行う消防訓練は昼間を想定し火災時の通報や初期消火、避難誘導を行い、隣接する施設と合同で行う訓練は消防署の立ち会いの下行っています。土砂災害の恐れがあり、実際に隣接する施設への避難を行い、また地域の方の避難の受け入れも行っています。職員が地域の訓練に参加しています。	訓練を多く行い災害に備えられています。が、夜間想定訓練を行っていないため職員の少なくなる夜間を想定した訓練を実施してはいかがでしょうか。
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	常に接遇やマナーについて注意を払い「～です」「～ます」での言葉使いを基本に着替えやトイレ誘導等の際もプライバシーに十分配慮している。	法人の接遇マナーの研修に参加した職員がホームで伝達研修を行い伝え、毎月行う会議の中でも利用者を尊重した言葉遣いや対応について話しています。敬語を基本とし丁寧な対応を心がけ、入浴時の同性介護やトイレへの誘導時には直接的な言葉を使わないよう配慮しています。	
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	本人の自己決定を出来る限り優先し、自己決定が困難な利用者には職員がコミュニケーションを図りながら納得できるように支援している。		
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し、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	入浴やレクリエーション、食事等日常生活の中で本人のペースを見守りながら支援している。		
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	外出の際など本人の意向を尊重し、主に担当職員と一緒に洋服を選び爪切り、髭剃り等についても日ごろから気を付けている。		
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	ホームでの食事作りは月に1回程度だが季節感や利用者の意見を考慮してメニューを考えている。また夕食の盛り付けや配膳は利用者と共にしている。	隣接する施設の厨房で作られた食事が運ばれてきており、ホームで盛り付けや配膳を行い夕食は職員も一緒に摂っています。年に2回アンケートを行ったり毎月給食会議を行い希望を反映し、おせち料理や巻き寿司等の行事食も提供しています。月に1度旬のものや希望を聞き献立を考え食事作りを行い、利用者は食材を切る等できる事に携わってもらっています。ホットケーキや水無月、ビスクレットに生クリームを使用してトッピングを行うなど、手作りのおやつを楽しんでいます。	
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	主治医の指示に基づき併設特養の管理栄養士と相談の上必要に応じてカロリーや塩分コントロールをしている。		

グループホームかたらいの家

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	歯科医から指示の上、利用者ほ口腔ケアを行い、また能力に応じてうがい等のケアを行っている。		
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	排泄チェック表に基づきトイレで排泄できるよう声かけを行い、夜間もリハビリパンツ、パットを使用しトイレでの排泄を基本に支援している。	全員の利用者の排泄チェックを行いパターンを把握し、個々のタイミングでトイレに行けるようにリズムやサイン等を見逃さないよう支援しています。その人に合った支援方法や排泄用品の種類の選択は、利用者の状況を観て都度職員間で話し合い自立に向かうよう取り組んでいます。夜間は睡眠状況に応じてトイレでの排泄を支援したりパッド交換をする等個別の対応をしています。	
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	補水表などを活用して水分摂取量を確認しながら可能な限り自力排便を促しているが、慢性的な便秘症の方には必要に応じて緩下剤を使用している。		
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	一定期間ごとに入浴日を設定し、それぞれタイミングを計り入浴の案内を行っている。また、希望があれば時間をずらしたり夕食後の入浴にも対応している。	入浴は曜日を決めず少なくとも週に2回午後の時間帯に入ってもらよう支援しています。希望があれば午前中の中の入浴も対応し、ゆず湯を行い季節を感じてもらったり好みのシャンプーを持って来ている方もおり、一人ずつコミュニケーションを取りながらゆっくりと入浴を楽しんでもらっています。拒否される方には時間を変えたりタイミングを見て声をかける等の支援をしています。	
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	およそ2時間おきの巡回を行い、室温・照明の状況を確認し、安眠できる環境づくりに努めている。		
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	医師の診断に基づき、指定の通りに服薬できる様配置と送送りを行い周知徹底を図っている。		
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	担当職員を主として利用者それぞれの趣味や楽しみ等を把握し、個別に支援している。		

グループホームかたらいの家

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	ホーム周辺の散歩を日課として、担当職員との季節に応じた外出等を実施している。また、家族との外出支援を行っている。	ホーム近くの観音様までの散歩やホーム前のベンチでの外気浴が日課になっており日常的に外に出ています。初詣や桜の花見、コスモス園や紅葉狩りの外出行事など季節を感じられる外出支援をしています。また、音楽祭や夏祭などの地域の行事への参加や近隣の施設の収穫祭に出かけるなど、外出の機会を多く作っています。	
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	受診に行った際、能力に応じて支払い等をしてもらう機会を設けている。		
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	本人の希望に応じて電話の取次ぎ等を行っている。		
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	共用の空間には温度や照明などに配慮し、壁画も季節に応じた飾りつけをしている。	木の温もりが感じられる共有空間は、利用者の関係性に配慮しテーブルの配置や座席を決め、リビング以外にも廊下の端等にテーブルやベンチ、ソファを複数個所に置き思い思いに過ごすことができるようにしています。利用者で作った壁絵を飾ったり生花を活け季節を感じられるように配慮し、温湿度計を置いたり利用者の体感を聞きながら温湿度管理に努めています。また毎日換気や掃除を行い清潔を保っています。	
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	居室に戻られる利用者には目的や用途を把握し心地よい居場所づくりをしている。		
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	利用者が自宅で使用していたコップや食器等を施設でも利用して頂いている。	入居時に馴染みの物を持って来てもらうように伝え、籐の引出しや机、椅子、テレビなど持参した物を本人や家族と相談しながら安全に過ごせるよう配置しています。家族や昔の自身の写真や習字などの作品を飾ったり、好きな化粧品やぬいぐるみ、本などを傍に置きその人らしい居室となっています。毎日換気や掃除を行い可能な方は自身で掃除する方もいます。	
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	自力でできる事を極力自力で行って頂き、安全に配慮しつつ声かけや見守りに徹して自立した行動を促している。		