

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	2371501111		
法人名	株式会社 ひかり倶楽部		
事業所名	グループホーム うたたね		
所在地	愛知県名古屋市長区高針2丁目2101番地		
自己評価作成日	平成26年9月6日	評価結果市町村受理日	平成26年11月14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.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigvosyoCd=2371501111-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市長区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成26年9月21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)】

当施設は認知症が強く介護困難な方や、精神の障害を持った方が高齢となり介護を要するようになった場合の終の棲家としての色合いが濃く、希望があれば看取りも行う。そのため、行き場を失った他の施設では受け入れ困難なケースも積極的に入居していただいている。また、そのようなケースは単身者であったり、ご家族も疎遠となっており、本来ご家族が担うべき役割も果たせないため、職員が日常の生活の援助だけでなく、生きていくことすべてに関わっている。

【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)】

他の介護事業所で受け入れが困難である重度の方や精神疾患の方の受け入れも行っており、介護の負担が続いていた家族や親族にとっては、貴重な介護事業所でもある。家族アンケートでも、ホームへの感謝の言葉が寄せられており、ホームの取り組みが、社会的に必要な役割を担っていると言える。さらに、管理者が看護師であることや運営法人が訪問看護を開設していることもあり、ホームで過ごしている利用者には、医療面の支援も柔軟に行われている。また、運営推進会議には、福祉分野の学識者が出席しており、ホームの取り組みに対して、専門的な見地からの助言も行われている。なお、当ホームは、平成27年に新築の建物に移転し、新たに2ユニットのホームとして再出発することになっている。現ホームの取り組みが活かされ、利用者のより良い生活の実現に期待したい。

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 (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、活き活きと働いている (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せている (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、安心して暮らしている (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
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。	玄関に理念を掲げてあり、常に見ながら共有を心がけている。また、日々のカンファレンスを通して理念に反しないようケアの在り方を検討している。	法人の運営方針をホームの玄関ホールに大きく掲示しており、管理者から職員への周知にも努めている。また、管理者より、精神疾患の方を受け入れているという現状と合わせて理解するように伝えている。	
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。	積極的とは言えないながらも機会を設けては地域の行事に、参加している。しかし、昨年の夏祭りでは車椅子の参加は遠慮してくれと断られた。	利用者の状況等もあり、地域の方との交流は限定的ではあるが、町内会より地域の行事の案内を頂く情報交換は行われている。また、中学生の職場体験を受け入れており、地域貢献にも取り組んでいる。	
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。	特別な講習会などは開催していないが、入居租横断の電話があれば、事情をゆっくり聴いて(時には1時間くらい)いる。定員がいっぱいのため受け入れはできないが、介護保険システムを説明したり相談先や申請の手順を伝えたりしている。		
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。	年に6回、ほぼ定期的で開催しており、報告に対してのご意見もいただいている。それを職員に還元し、対策を講じたり、納得の上で現状を維持するという判断の基になっている。	会議には、福祉の学識者の参加が得られており、専門分野の立場からの意見や助言も行われている。また、会議は夜間に開催されているが、地域包括支援センター職員の出席も得られている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	運営推進委員会にいきいき支援センターの職員が参加されており、入居者が全員生保なので地区の生保ワーカーとも連絡が取れている。困難事例があったが、いきいき支援センターから区役所への報告もして頂き安心してケアできている。	現状、利用者全員が生活保護を利用している。親族からの支援が困難な方が多いため、管理者から市担当者との情報交換等を通じて、必要な手続き等を行っている。また、虐待事例等の情報交換にも努めている。	
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。	転落・転倒防止の為車椅子の安全ベルトとベッド柵の利用はしている。個々に拘束の同意書は頂いている。あくまで拘束は最終手段という認識で行っている。利用者の特性で玄関の施錠をしないと安全の確保が出来ない状況である。	ホームでは、精神疾患の利用者の方も受け入れている状況もあり、やむを得ない場合には身体拘束を行うことがある。そのような状況であっても、カンファレンス等を通じて、日常的な注意喚起にも取り組んでいる。	
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。	マニュアルを作成している。また日々のカンファレンスの際に、検討している。むしろスタッフから虐待になりかねないと声が出てくる状況であり、認識はできている。		

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
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。	身寄りのない利用者が多く、入居時にお勧めしているがご希望が少ない。また生保受給者ばかりなので経済的な負担があると利用できない。		
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。	入居時に必ず書面を渡して説明しているが、利用者単独の場合もあり理解できていない面もある。		
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。	ご家族からは面会時や電話時にお聞きしている。利用者様のご希望は、カンファレンスして実現可能なものは取り入れている。	現状、家族が疎遠になっている利用者が多い。そのため、家族が集まる行事は行われていない。また、意見箱の設置やホーム便りの作成も行われていない。	次年度より、2ユニットのホームとして再出発することになっている。家族との交流が可能な方については、定期的な交流の機会をつくることや、ホーム便りの作成にも期待したい。
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。	日々、カンファレンスを行い意見を吸い上げ、職員と一緒に考えるシステムができあがっている。	派遣で受け入れている職員を、正規職員として運営法人で雇用しており、自覚と責任感を持ってもらうように取り組んでいる。その上で、カンファレンス等のミーティングの際には、意見等を出してもらうように取り組んでいる。	
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。	あまり現場には来ないが、個々の職員と立ち話しながらも、気持ちを聞いたり努力はしている。困った時には相談はいつでも受けつけている。		
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。	定期的な社内の勉強会の開催や研修への参加に対して、時間の確保や受講費用の負担などしてくれている。受講の為のシフトの協力体制はできている。		
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。	社内の事業所は、鍵の管理をしていることもありいろんな職種の職員は訪問するので交流機会は十分ある。しかし社外の同業者となると個々の研修参加時くらいしかない。		

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
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。	入居時に必ずお聞きしている。そしてできることとできないことをきちんとお伝えしたり、代替方法を提案したりしている。		
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。	基本的に同居の家族がいない利用者ばかりで入居時に一緒に来て下さることが殆んどない。電話やご面会の際には要望をお聞きしている。「施設において下さい」ばかりで施設への協力が全くない方がほとんど。		
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。	グループホームの為、サービスの内容には限界があるが、可能な事は対応している。むしろ入居時に以前の情報が内服薬程度しかわからないケースが多く、手探りで必要性を見極めている。		
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。	ご本人ができることはして頂いている。御手伝いもリハビリや生きがい対策的にお願いしている。共に何かをする時間を大事にして、していただいたら必ずお礼やいたわりの声を掛けることを心がけている。		
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。	同居の家族はいない。単身者が多い。ベースに精神疾患がある利用者が多く、そのため家族関係が崩壊している。面会のみで施設に全てまかせっきり。		
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。	病院や施設から行き先がなく入居して来られた方ばかりのため、地元の方は1名のみで支援が出来ない。地元の方は一緒に買い物にスーパーに行くレジの職員さんや知人から声をかけてもらい喜ばれている。	現状、利用者の過去の状況が不明な方も入居しており、馴染みの関係が途切れている方も多い。そのような状況であるが、友人の訪問等で、馴染みの関係を継続している方もいる。	利用者の生活歴が不明な方が多い現状で限界もあると思われるが、次年度以降に向けて、利用者の馴染みの関係が維持できるような取り組みに期待したい。
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。	レクや日課など一緒に過ごす時間を設け、話題を振ったりしているがレベル的交流は難しい。それでもたまに認知症でほとんどしゃべらない人が挨拶したりすると他の入居者も笑顔になっているので無駄にはなっていない。		

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
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。	死亡により退去するケースがほとんどの為誤嚥は切れてしまう。が、現在も運営推進委員としてかかわってくださっている家族がある。		
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。	お聞きして可能な物は実現できるように支援している。が、「ここを出て働きたい」とか明らかに実現不可能な希望が多い。また失禁していてもトイレ拒否など、意向に沿うとネグレクトになりかねないケースが多く頭が痛い。	職員間で情報の共有ができるように、ホームでは、毎日のようにカンファレンスの時間をつくるように取り組んでいる。また、介護記録を色分けすることで、情報の共有を円滑にできるような工夫も行っている。	
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。	自宅から入居ケースがなく病院や施設からの入居であるためサマリーによる情報のみ。コミュニケーションをかねて、ご本人が話せる時に伺っている。		
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。	日課には参加できるように援助しているが、個々の過ごし方は全部違った対応をしております。		
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。	毎日カンファレンスしているので、方向性や具体的な方法に関しては決定は早い。実行も早いですが正式な文章化は遅れがち。	介護計画の内容を基本6か月毎に見直ししており、一人ひとりの支援内容を細かく記載しながら、職員の日常の支援につなげている。また、モニタリングについては、利用者の変化に合わせて実施するようにしている。	
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。	カルテや申し送り簿を利用しており、実践できている。		
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、その時々にも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。	とにかく家族がいないのと変わらない状況なので、すべて職員が家族の代行をするしかなく、既存のグループホームと違い、多岐にわたるサービスを提供している。		

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
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。	地域の資源を利用できるレベルの入居者がいないため訪問美容を除き利用していないが、レベル的に可能な方があれば要請はしていく。ボランティアや体験学習の受け入れ協力はしている。		
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。	遠方からの入居が多く、かかりつけ医との関係が途切れてしまいがちだがやむを得ない。新しくかかりつけ医となった医療機関とは受診・往診・電話での相談など行っており、心身の変化に対しては相談できる関係ができています。	協力医による月2回の定期的な訪問が行われている他に、時間外にも対応できる関係をつくっている。また、協力医療機関への受診支援の他にも、利用者の状態等に合わせながら、市外の専門医への受診支援も行われている。	
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。	管理者が看護師の為。常に報告や相談ができています。		
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。	サマリーを送ったり家族の代わりに衣類などの補充を行ったり努力しているが、肝心の疾患の説明は個人情報保護の為入院中は家族ではないとの理由で情報提供してもらえないことが少ない。退院が決まってからしか情報提供はない。かかりつけ医の病院ではない為限界がある。		
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。	入居の時点である程度の希望を確認し文章化してある。また、病状の悪化があれば具体的に家族や医師と話し合ってたターミナル対応を個別に文章化したものを作っており共有できている。	ホームでは、身寄りのない方も生活している現状もあり、利用者の状態等にも対応しながら、看取りに向けた取り組みが行われている。また、法人の訪問看護の他に、管理者が看護師でもあるため、職員への必要なサポートにも取り組んでいる。	
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。	カンファレンスの際に口頭ながら、考えられる急変に備えてレクチャーしている。学習会は少ないながら機会は設けている。		
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。	定期的に避難訓練はしている。また機会を設けては雑談的に災害時のイメージトレーニングをすることもある。地域とは文章化した協力体制はないが以前の火事で自主的に消火作業に近所の方が駆けつけてくれたので安心している。	年2回の避難訓練の際には、夜間想定訓練や通報装置の使用方法等の説明も行われている。また、備蓄品については、利用者一人ひとりに小分けして確保されている。	地域の方との連携や協力が充分に行われていない現状がある。ホームの移転後には、地域の方との交流が生まれることを期待したい。

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
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。	心掛けていますが、一部職員の口調が荒いと直近のスタッフ会議でも話題になり改善に取り組んでいる。下着を上げないままトイレから出てくる入居者がいるため他から見えないようにしている。	管理者自身が他人の声を聞き取り難い状況でもあり、職員からも確認を行いながら、利用者への適切な対応が行えるように指導に努めている。また、外部研修等の機会があれば、職員が参加するように取り組んでいる。	
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。	簡単な内容は自己決定できるが、難しいことはできないため援助が必要。また、病的にわがままの暴走もありセーブしなければならない方が多い。		
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。	移乗に3人の介助が必要な入居者が半数くらい状況で、安全確保が優先されている面は否めない。また本人の希望通りだとずっと寝ていたい寝たきりになるため希望だけ優先も出来ない。何とか落とすところを探して対処している。		
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。	爪切りや髭剃り、頭髪などは整えられるが、衣類や身の回り品になると経済的理由(生保)があり、あるもので対処するしかない。衣類をご寄附頂くとその方に似合いそうなものを一緒に選んだりしている。		
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。	入居様のレベル的に無理があり、配食のため限界があるが、テーブルを拭いて頂いたり食器を拭いて頂いたりできることを職員と一緒にやっている。	食事については、外部業者からの配達により提供されているが、ご飯と味噌汁はホーム内で調理している。現状、用意された食事による摂取が困難な方については、ベビーフードを利用する等、ホームでできる工夫を重ねている。	
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。	食事に関しては一番力を入れている。摂取量の把握が難しいと、24時間チェックを行ったりもする。嚥下や咀嚼能力に応じて、刻み、ミキサー、トロミ、分割食と入居者のレベルに応じて対応している。ケアプランへも取り込んでいる。		
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。	行っている。ケアが難しい方は1日2回のケースもあるが、食後にお茶を飲んで頂くなど工夫はしている。		

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
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。	誘導時間や、場所、介助方法等完全に個別の対応を行っているが、レベルの低下がありおむつの方が増えている。	現状、多くの方が排泄に介助が必要な状況であるため、全員の排泄状態の記録を残しながら、職員間でカンファレンスを実施するように取り組んでいる。また、ゼリーを活用する等、適切な水分摂取にも取り組んでいる。	
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。	配食のため、メニュー的には難しいが、水分の摂取量・運動・腹部のマッサージで対応している。それでも効果がないケースは、医師と相談して日々の状態をみながら下剤を与薬している。		
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。	1人で入浴できる入居者様がないためむしろ2人から3人で介助を要するケースが多く、人員が多い時間で対応せざるを得ない。医学的に制限を受けているケースもあるが、湯の温度等、問題の無い範囲で本人の希望に沿って行っている。	ホームでは、毎日入浴の準備を行いながら、利用者は1日おきに入浴している。浴槽は、リフト等がない個浴であるため、重度の方が多い現状で職員配置を考えながら、職員複数体制で実施するようにしている。	
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。	体調をみながら、自分でサインを出せない方には休息して頂いている。日中はソファーに寝転んでいる方もいる。日課に支障のない範囲で、ご自分のペースで休息できるようにしている。		
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。	服薬に至るまで、数回の確認を行う手順の中で、理解できている。医学的に重要な副作用は、カンファレンスで症状を徹底しておき、異常があれば報告を受け看護職員が対応する等している。		
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。	主に室内外のレクリエーションや散歩、買い物外出等行っている。喫煙者には1日に3回までだが、外で吸って頂いている。月に1回は希望者には遠くまで外出し買い物を楽しんで頂く事もある。		
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支援している。	身体的なレベルの問題があり、散歩等できる範囲で行っている。ご家族がいない方がほとんど、面会があっても月に1回程度で、外出されることがほぼない。	ホームでは、現状、利用者の外出の機会は限られているが、利用者の希望等に合わせながら、ホーム周辺の散歩やグループで喫茶等に出かけている方がいる。また、季節の花見に出かけることもある。	今後、外出に必要な職員を確保しながら、外出の機会が増えていく取り組みに期待したい。

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
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。	生活保護受給中で使えるお金に制限があり、自己管理能力がなく、自己管理による外の方が多いレベルの為、預かって希望時に一緒に外出して購入援助したり代理購入したりしている。		
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。	希望時には援助している。勝手に自分の携帯電話で110に電話してパトカーが出動してきたことも、ここ1年の間に2回ある。(本人の電話は制限せず、警察には別電話で事情をお伝えした)		
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。	エアコンや扇風機(冬場はヒーター)、による各居室の室温コントロール、カーテンによる遮光、テレビの音量、排泄介助後の悪臭の除去等、できる範囲で行っている。	ホームは、民家を改装しているため、利用者にとっては、住み慣れた住居の環境でもある。また、ホーム内のリビングと居間が壁と扉で隔てられているため、精神状態が不安定な利用者同士が離れて過ごすことも可能である。	
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。	個々の入居者様ごとに定位置があり、ひとりになりたいとソファーに移動している。		
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。	長期精神科入院後、直接 病院からグループホームに退院して来られるケースがほとんどで家具を持っていない。空の段ボール箱を利用して収納ケースと一緒に作ったりしている。	ホーム1階の居室は仕切りがある部屋であるが、2階の居室は完全な個室となっている。居室には、利用者が入居前から持っていたものを持ち込んでいる方もいる。また、マットに布団を敷いて過ごすことも可能である。	
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。	各居室に入居者様の名前の張り紙をしたり、トイレの張り紙をしたりしている。室内の段差解消はできている。車椅子やベッドは動いて危険なケースは床に座って頂く等工夫して、個別に対応している。		