

### 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	平成23年10月13日	評価結果市町村受理日	平成24年2月6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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JGD=2671500250&amp;SCD=320&amp;PCD=26">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JGD=2671500250&amp;SCD=320&amp;PCD=26</a>
----------	---

**【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	平成23年11月14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)】**

四季折々に移りゆく景観が心をいやす立地条件の中で開設当初より4つの柱を基本に特色ある運営を展開しています。1 家族会 年4回～5回を基本に実施し、ご家族にも楽しみにしていただき信頼関係を深めています。2 地域交流 運営委員をパイプとし、近隣住民の方々と日常的交流が深まってきました。地域の行事には必ず参加してグループホームの存在をアピールしています。特に毎年出展する創作案山子は案山子コンテストで今では名物となり地域の方々から楽しみにしていただくまでになりました。3 メディア発信 年4回のホーム便りは勿論の事、地域新聞やケーブルテレビに日常の取り組みや行事の様子を提供し、ホームへの理解や地域の認識を高めています。また職員自ら認知症への理解というテーマで講演に向かっています。大変好評で学校関係や各事業所から依頼があります。4 回想法 利用者の日常生活の中に、昔を思い出していただく機会を取り入れ、認知症進行防止に努めています。以上、この4つの柱を当ホームの特色として年々創意工夫し、継続しています。

**【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)】**

当該ホームは開設以来8年が過ぎ、徐々に築かれてきた地域との関係が良好に保たれ、日常的にホームに来てもらえ、行事の際にもアイデアをもらったり参加や協力を得ています。ホームでは、利用者の自由な暮らしと、できる事の継続で楽しみのある生活ができるよう、職員は利用者が今まで生きてきた歴史と関わりを持つことを心がけています。毎年ホーム全体で案山子作りに取り組み、個々の利用者が製作の過程の何かに携われるようにし、出来上がったという達成感と喜びに繋がっています。また、利用者が出掛ける機会を多く作り、日常の散歩に加え、以前住んでいた懐かしい場所へ行ったり、友人宅へ行き来できるよう支援するなど、その人の生活歴も大切に活気ある暮らしを支援されているホームです。

**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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、その時々々の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
<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	独自の運営理念を作成し、事務所内に掲示するとともに、勤務中も携帯サイズの理念を持ち、常に理念を意識し、実践できるように心がけている。	開設時に職員間で考えられた理念に、地域密着型サービスの意義を加えられ、現在の理念となっています。ホーム内の掲示やカードケースに入れて職員が携帯するなど理念を周知し、管理者は会議で理念にそったケアになっているかを問いかけ、振り返っています。	
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	クリスマス会やバーベキュー、餅つきなど、ホームの行事には地域の方にも参加していただき、交流を図っているほか、ふくしまつりなどにも出店している。	日々の散歩では挨拶を交わしたり、近くにある観音様へのお参りに地域の方と一緒にいたり、日常的に交流されています。家族会を兼ねたホームの行事への参加や、地域の方が中心となってよもぎ餅をホームで作るなど良好な関係が築かれ、地域との関わりが徐々に深まっています。	
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	依頼があれば、管理者・職員が出向き、認知症の講演(寸劇など)を行い、認知症への理解につなげている。		
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か月に一度、ホームの利用状況、活動内容などを報告するとともに、施設行事の見学などを通じて様々な意見やアドバイスを受けている。	会議は家族や民生委員、地区の代表、行政など多くの参加者を得て、2か月に1回開催されています。ホームの活動や予定等を報告し、参加者から行事のアイデアや意見をもらっています。参加者が協力的な姿勢であり、今後は議題などを工夫し、更に会議を有意義なものにしたいと考えています。	運営推進会議の内容は出席していない家族にも伝える機会をもったり、ホームの課題を議題として挙げるなど、参加者から意見が言いやすくなるような取り組みをされてはいかがでしょうか。
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	市の担当者とは運営推進会議だけでなく、必要に応じて質問や相談できる関係を築いている。	市の担当者には、分からないことがあれば、電話をかけたり直接出向き相談したり、行政の現状の取り組みを聞いています。市の主催の認知症の講演に講師として依頼されることもあり、協力関係が築かれています。	
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	施設内・外の研修などを通じて、身体拘束に対する理解を深め、ホーム内でも身体拘束に該当するかどうかの話し合いや、身体拘束しない工夫などを話し合い、実践している。	法人内の研修に参加し、全職員が身体拘束をしないケアについて学んでいます。ホームの会議ではケアの中で拘束につながっていないかを検討したり、玄関の施錠はせずにケアの方法を工夫するよう話し合うなど、具体的に取り組んでいます。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	虐待防止に関するマニュアルなどを用意し、虐待が発生する背景などについて話し合う機会を設けている。		

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
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	権利擁護に関する資料を用意しているが、具体的な事例などについて話し合う機会はあまりない。		
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	入所の際、契約内容については懇切丁寧に説明を行い理解を得るとともに、何らかの変更などがあれば、その都度納得が得られるように説明している。		
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	利用者、家族などからの意見や苦情については、直接又は意見箱を通じて受け付け、その都度適正に処理し、サービス向上につなげるようにしている。	意見箱を設置したり、家族が面会に来られた時に意見や要望を聞いています。出された意見は、ささいなことでも速やかに対応できるよう職員間で申し送り、必要に応じて会議で話し合い対応しています。年に4～5回家族会を開き、家族が来訪する機会も多くあります。今後、直接言いにくいことなどとも言える機会としてアンケートも行いたいと考えられています。	
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	月に1回職員会議を開催し、接遇やマナーの見直し、日常のケアや行事などについて話し合う機会を設け、業務に反映させている。	ホームの会議で職員は意見や提案できる機会があり、直接言いづらいことは管理者がヒアリングする機会を設け、話を聞いています。個々の職員の得意な分野に担当者として責任を持って取り組んでもらい、職員主体で業務を行っています。	
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	就業規則に基づき、勤務体制や勤務条件、職場環境を整備している。		
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	法人内の教育委員会が行う施設内研修及び施設外研修などに対象となる職員を参加させているほか、日常の業務の中でも気付いたことをその場で話し合うようにしている。		
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	京都府のグループホーム連絡会に加入し情報交換を図るとともに、職員研修会や行事を通じて親睦を図り、相互のサービス向上に努めている。また、他のホームの行事にも参加し、交流を図っている。		

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
<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	面接時に本人の希望や要望、不安などを傾聴し、必要であればホームに見学を兼ねて来てもらい、馴染める関係づくりを行っている。		
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	面接時に介護が困難な事情を把握し、その上で本人と家族の意向を照らし合わせながら支援の方法を探り、信頼関係の構築に努めている。		
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	面接後に最優先される課題を見極め、当ホームで対応が困難な場合は、他のサービス利用を含めた最善の支援ができるように努めている。		
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	担当職員が中心となり、本人の残存能力に応じて、一緒に家事やレクなどに参加できるように支援している。		
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	家族には事あるごとに連絡し、本人の状況を伝えている。また、年に4回は家族会を実施し、様々な行事を通じて家族と本人、家族同士の交流を図っている。		
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	主に家族から昔から行きつけの美容院や買い物する店などの情報を得て、外出の際に訪れる機会を設けるようにしている。	以前に住んでいた場所や墓参りに行ったり、個別の外出支援をしています。友人の家にったり友人がホームに来たりするなど、関係が継続できるように支援しています。また、家族へ電話をかけたたり葉書のやり取りができるよう取り組んでいます。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	洗濯物や食事準備等の家事やレクリエーションなどの共同作業を通じて、利用者同士のコミュニケーションづくりに役立てているほか、年に1回共同で案山子作りにも取り組んでいる。		

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
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	他施設などに転居した際は、機会があるたびに訪問したり、退所後もホームの行事に継続して参加してもらい、関係を継続している。		
<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	意思疎通が可能な限り本人の意向や思いを大切に、困難な場合は本人の思いを考慮しながら、心地よく暮らせる支援を検討している。	入居時に家族から生活歴や好みを聞き、入居後は担当職員が中心となりコミュニケーションを取り、思いや意向を把握しています。言葉で表現できない方には、日々の関わりの中での表情や行動から思いを汲み取っています。	
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	面接時のアセスメントにおいて、可能な限り本人から生活歴や今の暮らしの状況を聞き、不足な部分などは家族などから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	面接時に家庭での過ごし方、利用しているサービスの職員などからも情報を集め、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	本人の意向を最優先に考え、3か月ごとにモニタリングを行い、担当職員を中心にした経過報告、家族の意向、担当医師の指示や意見などを踏まえて計画を作成している。	独自のアセスメントを行い、本人の思いや意向、心身の状況、通院時に得た医療的な情報をまとめ、それを基に担当者会議を開催し介護計画を立てています。家族にも出席できるように会議の日を伝えていきます。日々の記録に実施状況を記載し、3か月ごとにカンファレンスを行い見直しにつなげています。	カンファレンスで話し合われた内容が十分な記録として残っていないため、全職員が共有できるように記録の方法を工夫されてはいかがでしょうか。
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	介護計画に基づいた日々の実践と様子を記録し、経過や新たな気づきを3か月に一度のモニタリングで話し合い、介護計画の見直しにつなげている。		
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	併設している特養、ケアハウスとの合同の施設行事や理美容サービスなどを利用し、交流を図っている。		

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
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	美容講習や理髪、協力歯科医の口腔ケア指導など、ボランティアの協力を得るとともに、地域の行事にも可能な限り参加している。		
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	かかりつけ医は本人及び家族の希望を最優先し、必要に応じて職員も受診に同行し、医師からの指示や状態の説明を受け、適切な医療との連携を図っている。	今までのかかりつけ医の継続も可能であることを説明しています。家族又はホームの職員が受診支援を行い、状況に合わせて往診に切り替えて利用者ごとに適切な医療が受けられるようにしています。隣設する施設から医師が週に2回来訪しており、体調不良の利用者がある時には不定期であっても診てもらったり、夜間も連絡できる連携体制が整えられています。	
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	利用者の状態に変化等があれば、併設の特養の看護師に相談し、指示を受けられる体制にある。		
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。	利用者が入院した際は、できるだけ毎日お見舞いをかねて病院に行き、病院関係者から経過説明や退院の目途、退院後の対応などについて情報を得るようにしている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	現在、医療連携加算は取得しておらず、終末期医療には対応していないが、入居時に家族から終末期医療における希望や意向を聞き、その際には終末期医療の整備された他施設へ転居できるように支援している。	入居時に法人の方針としてホームでは看取りの支援は行わないということを説明しています。重度化した利用者には、家族や医師とホームで話し合いを重ね、方針を共有して支援に当たるとともに、次の施設の申し込みなどの支援も行っています。	
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	救急救命講習を全員が受け、ホーム内でも救急時のマニュアルを用意し、定期的に訓練を実施している。		
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	法人全体で年に2回火災訓練を実施し、ホームでも独自に訓練する機会を持って、避難経路などの確認を徹底している。	年に2回の施設の消防訓練は、消防署をはじめ運営推進委員等の地域の方々の参加を得て行われています。次回は運営推進会議を兼ねて救命講習会と一緒に行う予定となっています。	

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
<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	接遇やマナーについては常に注意を払い、「です」「ます」での言葉遣いを基本に、着替えやトイレ誘導などの介助の際も、プライバシーに十分注意している。	法人内のプライバシー研修に参加したり、ホーム内の具体的な勉強会で理解を深めています。利用者の立場に立ち、排泄時のプライバシーの配慮についてや声の大きさに気を配るよう心がけ、不適切な対応があれば、管理者が注意をしています。	
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	できるだけ本人の自己決定を優先し、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、食事など日常生活の中で、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	外出の際などは、本人の意向を尊重しながら主に担当職員と一緒に衣服を選び、爪切りやひげそりなどについても日ごろから気をつけている。		
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	ホームでの食事づくりは月3回程度だが、その都度季節感や利用者の意見を配慮してメニューを考えている。また、毎食の盛り付けや配膳などの準備・片付けは利用者と一緒にやっている。	食事は隣接する施設から運ばれ、ホーム内で利用者と一緒に盛り付けをしたり配膳し、共に食卓を囲み楽しい食事の時間となっています。1か月に3回程度はホーム内でメニューから考え食事づくりをしたり、ホームの畑で採れた野菜を食材として使うなどの楽しみを作っています。また、時には外食にも出掛けています。	
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	医師の指示に基づき、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	歯科医から指示を受けた利用者は毎食後口腔ケアを実施しており、その他の利用者も能力に応じてうがいなどのケアを行っている。		



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
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に声かけ、案内し、夜間もリハビリパンツ、尿とりパッドのみの使用にして、トイレでの排泄を基本に援助している。	個々の排泄状況を排泄チェック表等から把握し、その人に合ったタイミングでの排泄支援に努めています。入居当初、一度はおむつ類を外し、検討を重ねながら必要であればその人に合ったパッドやおむつを選び使用しています。徐々に失敗の回数が減っている利用者もあり、自立に向けた支援となっています。	
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	水分補給や運動などにより、出来る限り自然排便を促すようにしているが、慢性的に便秘症の方には、必要に応じて緩下剤を服用している。		
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	基本的に1日おきに入浴日を設定し、その都度、入浴のタイミングを見計らって案内しており、希望があれば夕食後(就寝前)の入浴にも対応している。	毎日、入浴の準備をして15時頃から20時までの間で希望の時間に入ってもらっています。週に3~4回を目途としていますが、夏にはシャワーと入浴を交互にするなど、状況に応じた対応をしています。ゆず湯や入浴剤を入れるなど楽しんで入れるよう支援しています。	
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	夜間はおおむね2時間おきに巡回し、室温や照明などを確認し、その都度安眠できる状態を保てるようにしている。		
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	医師の診断に基づき、服薬に関する指示も申し送りを通じて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	主に担当職員が利用者個々の趣味や楽しみなどを把握し、個別に支援している。		
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	日常的にはホーム周辺の散歩を日課にしているほか、担当職員との外出や家族との外出支援、花見や紅葉見物など、季節に応じて外出している。	毎日の散歩は日課になっており、近くの観音様や少し離れた河原などに出かけたり、週に1度は利用者と一緒に買い物に行っています。季節に応じてコスモス園や紅葉狩りなどの外出の折には、家族にも声をかけ一緒に出かけています。地域の運動会への参加には運営推進委員の協力が得られています。	



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
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	買い物などに同行した際には、能力に応じて自分で買い物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	家族をはじめ関係者とは、随時電話で連絡を受けられる体制を築いており、本人の希望に応じて発信したり、電話の取り次ぎをしている。		
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	共有部分については、照明や音量などに配慮し、玄関には季節に応じた草花を生けたり、壁面にも季節に応じた飾り付けをしている。	天井が高く、広いリビングには天窓があり、明るさや換気の調整を行っています。季節の草花や利用者で作った貼り絵を飾ったり、和室には足踏みミンや和ダンス、囲炉裏など懐かしい家具を置き、落ち着ける空間があります。また広い廊下にもソファや応接セットを置き、少人数で過ごせるよう工夫しています。	
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	居間兼食堂の共有空間のほかに、廊下にはベンチやソファ、畳を敷いた談話室などを配置し、くつろげる環境整備に努めている。		
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	室内には自宅で使い慣れた家具や寝具を可能な限り持参してもらい、落ち着ける環境の中で暮らせるように工夫している。	入居時に使い慣れた物を持って来てもらうよう説明し、家族とともに家具の配置を考えてもらっています。テレビやテーブル、ダンスなどを置き、花やぬいぐるみ、写真などを飾ってその人らしい居心地の良い居室となっています。	
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	トイレや浴室などはわかりやすく表示し、居室の表札も利用者に応じて大きさを変えるなどの工夫をしている。		