

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	2690300039		
法人名	社会福祉法人保健福祉の会		
事業所名	グループホーム都和のはな		
所在地	京都市中京区西ノ京小堀池町3番4		
自己評価作成日	2017年4月19日	評価結果市町村受理日	平成29年9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_2016_022_kani=true&dirvosyoCd=2690300039-00&PrefCd=26&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 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29年5月16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)】

開設後6年弱が経過○今年度はほとんど入院、看取りもなく経過した。○気候が良い時には日々散歩などできるだけ外出できるよう継続している。希望に応じて、散歩、ドライブ、買い物等に出掛けている。○同法人の特別養護老人ホームや介護老人保健施設、保育園との交流を図っている。○夜間以外は玄関を施錠せずに対応している。○2015年10月から、喫茶はなの場所を借りて月に1回、オレンジ(認知症)カフェが開催。○2016年度は、近隣小・中学校で行われる「認知症サポーター養成講座」に職員を派遣した。

【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)】

当該事業所は職員間のコミュニケーションを大切に、日頃から何でも話し合える関係性を築いており、日々のケアなどで気が付があれば速やかに話し合い、利用者のより良い支援に繋げています。職員は掃除や洗濯物たたみなど利用者のできることに携わってもらい役割を持ちながら自由にのんびりと過ごせるよう一人ひとりに合わせた支援を心がけ、日々笑って過ごせるような環境作りに取り組んでいます。看取り支援の経験もあり、重度化に伴い、家族の意向の確認を行うと共に医師や家族、職員の三者で話し合いを重ね、支援の方向性を細かく検討し方針を共有しながら看取り支援に取り組んでいます。食事は旬の物や利用者の好み、行事食等を取り入れ、利用者には豆むきや盛り付けなどできることに携わってもらい食事が楽しみなものとなるよう支援しています。

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)	○	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

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	日々、理念の“ゆっくり、楽しく、自由に”を頭に置き支援を行っている。2013年10月にはケア理念として『心にゆとりをもって』『笑顔を開き出す』『一人一人が主役になれる』ケアをしよう』を定めた。入職時には「職員読本(心構え編)」を用いて説明している。	開設時に作成された事業所独自の理念を玄関に掲示し、会議のレジュメに記載したり、新任入職時には職員読本を基に理念の説明を行うなど職員への意識づけを行っています。また、理念を実践しやすいよう具体的なケア理念を作成し、会議の中で振り返り、確認を行いながら、ゆとりを持った支援ができるよう取り組んでいます。	
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	2ヶ月に1回の運営推進会議では情報を発信し、地域の行事には積極的に参加している。そこからのつながりで2016年度も近隣児童館、幼稚園のボランティア体験を受け入れた。	散歩時に会った方と挨拶を交わしたり、運営推進会議で得た地域の情報を基に敬老会や地域の花見などに参加し、交流を図っています。児童館や幼稚園児の来訪があり、けん玉や折り紙、歌などを披露してもらうなど子ども達との関わりもあります。食器洗いや書道のボランティアの来訪の他、職員は地域包括支援センター主催の認知症学習会の手伝いをするなど、地域との交流の機会を多く持つよう努めています。	
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	2015年度10月から、喫茶はなの場所を借りて月に1回、オレンジ(認知症)カフェが開催されている。		
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	運営推進会議での地域情報をもとに地域行事に参加するなどしている。施設内で推進会議をもっている。運営推進会議の出席者を増やした(社会福祉協議会会長)	会議は自治会長、社会福祉協議会会長、地域包括支援センター職員等の参加を得て併設の施設と合同で隔月に開催しています。事業所の状況や研修、行事、事故報告等を行い参加者と意見交換をしています。食事時間について話し合ったり、地域の情報を得て利用者と一緒に参加するなど得られた意見を運営やサービスに反映するようにしています。	家族に事業所の理解をしてもらったり、家族の意見を事業所運営に反映させるためにも家族の参加を得られるような働きかけを期待します。
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に取り組んでいる	運営推進会議報告、事故報告を送付している。	介護保険上等でわからないことがあれば電話で聞いたり、市から研修案内が届いた場合は職員の希望により参加しています。地域ケア会議には参加できていませんが、今後内容によっては参加していきたいと考えています。運営推進会議議事録や事故報告書等は郵送し報告しています。	
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	玄関の施錠をしないことを基本として取り組んでいる。法人高齢者三施設(GH、特養、老健)合同学習会に参加し学習を深めている。	併設施設と合同で身体拘束に関する研修を実施し、職員へ周知しています。玄関は施錠せず、ベランダへも自由に入出入りができています。外に行きたい希望のある利用者には職員が付き添って出かけるようにしており、行動を制止しない支援に努めています。言葉による制止もほとんどありませんが、まれに見られた場合は個別に面談し注意喚起を行っています。	

グループホーム都和のはな

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	個々の事例、職員面接の中で徹底をはかっている。法人高齢者三施設（GH、特養、老健）合同学習会に参加し学習を深めている。		
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	平成27年度に1名、成年後見者がついた方がある。		
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	入居時に説明できている。改定ごとに説明書を送付し、同意を得ている。		
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	年に2回家族家族会を開催している。	月1回手紙を送付したり、年2回の家族会や面会時に利用者の日々の様子を伝え、家族から意見や要望を聞いています。出勤している職員の名前がわからないという意見を受け、玄関ホールに出勤者の顔写真と名前を貼るなど、得られた意見は速やかに検討し、反映するようにしています。	
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	隔週水曜日午後1時間をミニカンファレンス、カンファレンス、月に1回職員会議とし、業務内容についても意見を出せる機会を持っている。	月2回の職員会議や日々の業務の中で意見や提案を聞いています。法人全体の教育、社会保障などの委員会から意見が挙がることもあります。日々のケアに関する意見については都度話し合い、内容によっては会議の中で検討し、結果については申し送りノートにて全職員で共有しています。重度化に伴い、勤務時間を変更するなど出された意見は職員間で検討し改善するよう努めています。年2回の面談時には希望等を聞くようにしています。	
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	法人統一の就業規則、キャリアパス基準に基づき、労働条件の整備を行っている。		
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	法人介護事業部として教育委員会を設置し、年間計画に基づく施設内研修及び外部研修参加を促している		

グループホーム都和のはな

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	地域密着施設協議会へ参加し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	入居前面談は職員2名で行い、入居前には担当者を設定し聞き取りを行った。また開設前に決まった入居においてはセンター方式を活用し記入できる限りの情報を担当者が集めた。		
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	家族来訪を促し、来訪時には必ず職員が声をかけて入居状況や状態を報告している。		
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	カンファレンス及びミニカンファレンスで職員間が十分検討を行った後に家族へ報告及び情報を提供し支援開始を確認している。		
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	掃除・洗濯・食事づくりなどへの参加を促し、他者との協力で関係づくりが出来ている。		
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	毎月家族への手紙を作成し1ヶ月の生活の様子などの報告している。2014年度から希望される第二連絡先にも送付を始めた。ほか、外出機会には参加を促している。		
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	隣地のデイケアや老健を利用されていた方には、職員と一緒に出掛ける。また、友人の来訪には感謝し再度来訪しやすい雰囲気づくりに努めている。	友人や親戚の来訪時には居室に案内し椅子やお茶などを用意し、ゆっくり過ごしてもらえるよう配慮しています。毎月参拝していた天神参りや入居前に利用していたデイケアの利用者や職員を訪ねたりすることもあります。家族と一緒に自宅に帰ったり、墓参りに行く際は利用者の様子を伝えたり、薬や身支度等の準備をしています。また、手紙を出す際は書けないところを代筆したり、投函するなどの支援をしています。	

グループホーム都和のはな

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	関わりを大切にして食堂やリビングでくつろげるように支援している。トラブルには早い段階で対応する。		
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	入院者には定期的に病院にて面談し、看護師及び理学療法士もしくは作業療法士からの状態把握に努め、本人及び家族が不安なく退院できるように準備をしている。		
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	気づきシート、ひもときシート、センター方式を使って、本人の思いに考えをめぐらせ支援計画を検討している。	入居前に自宅や病院を訪問し利用者や家族等と面談を行い、生活歴や職歴、好み、意向等を聞きアセスメントシートに記載すると共に家族にわかることを記載してもらい、思いや意向の把握に繋がっています。入居後は日々の関わりの中で気づいたことなどシートに追記したり、介護記録に記入し職員間で検討し共有しています。	
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	面談時、カンファレンス時及び家族来訪、本人からの聞き取りをおこなっている。		
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	過ごし方や心身状態の把握に努め、収集した情報については申し送りで全職員が情報共有できるようにしている。		
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	家族にもカンファレンスに参加を促している。また、気づきシートを使ってサービス計画を検討している。ケア担当が中心となり計画を作成。日々の申し送りはノートで検討は月二回のカンファレンスで行っている。	利用者や家族の意向を基に作成した介護計画は、毎月モニタリングを行い6か月毎に見直し、状況に変化がある場合は随時見直しを行っています。見直しの際はカンファレンスを実施し家族にも参加してもらうよう依頼し、参加できない場合は事前に意向を聞いています。往診時等に聞いた医師や訪問看護師の意見も必要に応じて反映させています。	
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	看取り期には細かく食事チェックを行っている。個別に介護記録を作成し、職員間での情報共有が必要な内容については申し送りにて全員が必ず理解して介護に取り組めるようにしている。		

グループホーム都和のはな

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	月に2回、水曜日午後1時間をミニカンファレンス、カンファレンス、職員会議としている。介護内容についても意見を出せる機会を持っている。		
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	運営推進会議での地域情報をもとに地域行事に参加するなどしている。また、ボランティアの力も取り入れている。		
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	隔週での往診を受け、診察時には職員が付き添い適切な医療が受けられるように支援している。状態変化があれば、臨時往診を依頼している。	入居時にかかりつけ医を選択してもらい、全利用者が協力医に変更しています。1利用者に対して月2回の往診があり、体調不良等の利用者がいれば他利用者の往診時に診察を受けることができ、緊急時は医師、訪問看護師に連絡し指示を仰いでいます。整形外科や皮膚科などの専門医を継続している場合は家族が受診の付き添いをしており、必要に応じて職員が付き添うこともあります。	
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	毎週1回訪問看護ステーションから看護師が来訪し入居者の心身状態の把握を行い、介護職員が指示や指導を受けている。吸痰、浣腸等での臨時訪問も受けた。また、訪問看護師は主治医との連携も行っている。		
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。	入院時には病院に入院前の情報提供を行い、入院後には定期的に病院にて面談し、看護師及び理学療法士もしくは作業療法士からの状態把握に努め、本人及び家族が不安なく退院できるように準備をしている。退院時には看護サマリー及び入院時情報提供を受けている。		
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、ご質問時に説明を行っている。一昨年度に看取った方の家族とは何度も話し合いの場を設けた。	入居時に看取り指針を基にできることやできないことの説明を行い意向を聞いています。重度化した場合は家族や医師、職員の三者で話し合い、方針を共有すると共に再度意向の確認をしています。訪問看護師の訪問回数を増やしたり、家族の協力を得ながら看取り支援に取り組んでいます。今後は看取り支援についての研修を実施したいと考えています。	
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	隣接する老健で実施している救急蘇生、緊急対応学習会に参加している。		

グループホーム都和のはな

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	消防訓練を2017年2月、2017年3月実施。	年2回避難訓練を実施し、内1回は併設の施設と合同で消防署の立ち合いの下、夜間想定で通報や消火器の使い方、避難誘導等の訓練を行っており、敷地内の同法人施設との協力体制を築いています。運営推進会議で案内や報告をし、災害に備えて水や食料品を確保しています。	
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	対応できるよう職員面談を実施している。	年1回法人主催のプライバシーに関する研修に参加し理解を深めています。常に第三者がいることを意識し、利用者の人格を尊重した節度ある対応をするよう心掛けています。排泄介助の同性介助の希望にはできる限り対応しています。不適切な対応が見られた場合は都度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	選択の機会を持てるようにしている。		
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	入浴の時間や、飲み物(コーヒーか紅茶かミルクか)などの日常の些細な希望にこたえられるように取り組んでいる。		
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	各居室には洗面台を設けている。服装等は選択してもらうようにしている。		
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	毎日の食事は、入居者の好みや食べたいものを聞き取りし職員が献立を作成。入居者に協力してもらい手づくりし、器は陶器を使用。職員も一緒にテーブルについて食事をともにし暖かい雰囲気での食事に努めている。	献立は併設の施設のメニューを参考にしながら、利用者の好みや旬の物などを取り入れ調理担当者が立てています。豆の皮むきやゴマすり、盛り付けなど、できることに携わってもらい、検食担当職員と同じ食卓を囲み食事を摂っています。暦の上での行事食や外食、手作りおやつなども取り入れ食事が楽しみなものとなるよう支援しています。	
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	毎日の食事は、摂取量を記録し、食べやすいよう準備している。水分補給の機会を多く持ち、午前10時と入浴後はお好きな飲み物が選択できるようにしている。		

グループホーム都和のはな

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	各居室内洗面所には歯ブラシやコップ、その他口臭がきつい入居者は口臭予防剤を準備して口腔ケアをしている。義歯管理ができない入居者さんの義歯を預かり洗浄している。		
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	オムツ使用者や介助が必要な人へは、排泄記録を記録し排泄習慣の把握に努め、トイレ誘導をはかっている。医師と連携し、薬による排便コントロールも行っている。	排泄記録から個々のパターンを把握し声掛けを行い重度の方でも二人で介助し、できる限りトイレで排泄できるよう取り組んでいます。排泄用品や支援方法についてはミニカンファレンスで都度話し合い個々の利用者に合わせた対応をし現状が維持できるよう支援しています。また、退院後は元の状態に戻れるよう支援しています。	
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	毎朝、極力便器に座っていただく。10時にはラジオ体操を行っている。必要な方は、朝食後、おやつ・夕食前に排泄誘導をしている。水分補給を極力促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	重度化のため、夜間は入浴せず、日中に午後1時から午後3時頃まで入浴介助にあたっている。	毎日午後に入浴の準備をしており、少なくとも週に2回は入ってもらよう支援しています。できる限り毎回湯を入れ替え、ゆず湯や入浴剤を使用したり、シャンプーやボディソープなどは好みに合わせた物を使用し、気持ち良く入ってもらえるよう配慮しています。入浴を嫌う方は声掛けの工夫をしたり、職員を変更するなど無理のないよう入浴に繋げています。	
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	気持ち良く眠れるように7日～10日間に1回シーツ等を洗濯し、天日干しや乾燥機を使用して安眠できるよう準備している。また、適宜休息できるよう環境整備に努めている。		
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	処方された薬は薬剤師から副作用や用法等の指導や指示を受け、説明を受けた職員は薬情報をファイルに綴じる、申し送りを行い全職員が理解できるようにしている。錠剤が飲みづらい方には薬を粉碎いただき服薬ゼリーで服薬いただく。		
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	カンファレンスで検討し支援をしている。女性には家事、男性にも目標をもって出来るだけ家事に参加していただくなどの役割を持ってもらっている。		

グループホーム都和のはな

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	可能な限り外にでかけられるよう支援しているほか無理なら屋上に行って外気にあたっていただく。身の回りの買い物希望があれば可能な限り支援している。	ホーム周辺の散歩や地域の行事への参加の他、ドライブを兼ねて桜やコスモスなどの花見にも出かけています。天候や職員体制、利用者の体調など考慮しながら出かけるようにしています。テラスや玄関先のベンチに腰掛けたり、屋上の野菜や花を見ながら外気浴をすることもあります。	
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	本人や家族から希望があれば支援している。		
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	1名の入居者は自室に携帯電話を置き使用している。		
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	清掃を十分行い、ゴミは毎日ホーム外の収集場へ破棄している。採光、臭いには注意し、冬には加湿器を使用している。観葉植物を置くほか、季節に合わせた絵の貼り絵を入居者に作成してもらい季節を感じてもらっている。	リビングの窓からテラスで作られたトマトや胡瓜、ピーマンなどの季節野菜が眺められ、外壁のフェンスに鯉のぼりを飾ったり、雛飾りや七夕飾り、クリスマスなど季節行事に合わせた飾りつけを行い、季節を感じてもらっています。毎日利用者と職員で掃除を行い清潔保持に努め、利用者の体感も聞きながら温湿度を管理し快適に過ごせる共有空間を作っています。食卓の席も相性や状況に応じて随時変更をしています。	
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	入居者同士の関係性に配慮した席配置、誘導を行っている。		
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	入居時には自宅ですべての家具を持参してもらっている。また居室内のコーディネートは基本的に家族に依頼している。	入居前に馴染みの家具等を持ってきてもらうよう伝え、タンスや椅子、テレビ、時計、カーペット等を持参され、自宅の部屋を参考にしながら家族と配置しています。キーボードや縫いぐるみ、家族の写真等大切な物もそばに置き、掃除や換気を毎日行い快適に安心して暮らせる居室作りに努めています。生活習慣に合わせて布団を敷いて休むことも可能です。	
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	できることが自由にできるようテーブルの高さを配慮したり、高さに合わせて席を変えるなどしている。タタミのコーナーを使用していたが、身体レベル低下により、使える人は少なくなっている。		