

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	2690600081		
法人名	株式会社 ケア21		
事業所名	グループホーム たのしい家 静市 1号館		
所在地	京都市左京区 静市市原町743-4		
自己評価作成日	令和2年1月7日	評価結果市町村受理日	令和2年3月19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&kyosyoCd=2690600081-00&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2年2月4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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・地域との関わり。地域のボランティアの方に来所して頂き、催しを開催して頂いています。運動会等行事に、参加させて頂いています。 ・平屋造りの特徴を活かした閉塞感がなく開放的な環境の中で、穏やかに過ごして頂く事ができます。
--

【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)】

<p>当該ホームはこれまでに培ってきた地域の方との交流を継続し、地域の運動会に利用者と競技に参加したり、ホームの秋祭り際には地域の方を招待すると共に地域の方にボランティアで参加してもらい、また毎月ホームで「お楽しみ会」を開催してもらう等利用者の楽しみにも繋がっています。現在人員体制が厳しい状況ですが、職員は協力し合いながら日々の支援にあたり、利用者の思いに寄り添い、これまでの馴染みの場所への付き添いや習慣に合わせ喫茶店に行く等個別での支援に出来る限り取り組んでいます。また介護計画見直し時のサービス担当者会議の際には家族の参加を得ると共に医師や看護師、薬剤師等の意見も照会しチームで支援に取り組む、医療との連携を図りながら利用者や家族の希望にそって看取り支援にも取り組んでいます。</p>
--

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、安心して暮らさせている (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	午前中に、経営理念・行動指針の読み合わせを行っている。理念を共有することにより、よりよい利用者本位のサービスを提供できるよう努めています。	ホーム独自の理念は玄関に掲示しており、法人の経営理念と行動指針と共に読み合わせ等を行い意識付けを行っています。会議の中で管理者から経営理念について伝えたり、日々の中ではホームの理念にそって明るい雰囲気作りに努め、来客の際には笑顔での対応や家族には近況を伝える事を徹底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	地域の方にボランティアで来て頂き、交流を図れています。	町内会に入会し、広報誌で地域の情報を得たり、地域の運動会の誘いがあり利用者と一緒に職員も競技に参加しています。ホームの秋祭りには近所の方を招待したり、地域の方にボランティアに来てもらう等交流を図っています。また傾聴や「お楽しみ会」等ボランティアの定期的な来訪もあり、利用者の楽しみに繋がっています。	
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	地域での徘徊ネットワーク会議に出席し、地域の方々と一緒に勉強させて頂いています。		
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	運営推進会議にて頂戴した意見や助言を次回開催時までには調べて、サービスの向上に努めています。	会議は隔月に開催し、家族や民生委員、老人委員、地域包括支援センター職員等の参加を得ています。利用者の状況や職員の入れ替わりについて報告、ヒヤリハットや事故の報告も行い、内容や対応についても詳しく説明し具体的なアドバイスももらっています。会議の中で地域情報を得たり、参加者にホームの秋祭りにボランティアとして関わってもらう等有意義な会議となっています。	
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に取り組んでいる	ご入居、退居の報告等、確実に行っています。今後も報連相を徹底していきます。	制度上で不明な点があれば基本的に法人に聞いていますが、事故報告等で窓口に出向いたり、電話で確認する事もあります。市から注意喚起のポスターが届いたり、研修の案内があれば職員に閲覧しています。	
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	玄関ドアに関しては施設前の道路の交通量が多いこともあり、施錠しています。ユニット入口のドアは基本開錠していますが、人員配置の薄くなる時間帯(夜間・早朝)は安全確保のため施錠しています。今後も身体拘束研修の理解の浸透に努めています。	身体拘束についての研修を年に2回資料を基に行ったり、質問形式で拘束に当たるかなど具体的な内容について話し合っています。また言葉による制止があった場合は利用者の気持ちを先ず考える事や待ってもらう時は具体的な内容を伝えるように話をしています。玄関の鍵は施錠していますが、ユニット入口は開いており平屋の建物で自由に行き来が可能で、また外に行きたい様子があれば出来る限り一緒に付き添っています。	

グループホーム たのしい家静市 1号館

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	社内研修にて虐待防止関連法を学び、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	社内研修で学ぶと共に、職員各々が自己研鑽に努めています。		
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	契約時には契約書、重要事項説明書を十分に説明し、納得した上で契約を締結して頂いています。		
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	意見要望に関しては、職員間で情報共有に努めています。運営推進会議にて家族様に参加、発言を頂き、地域へ発信しています。	利用者の要望は日々の関わりの中で聞いており、これまでの習慣の継続等は計画にあげて外部ヘルパーを利用し地域の集会や買物に行っています。家族からは毎月の個別の便りや来訪時に日頃の様子を伝える中で聞いたり、サービス担当者会議に参加を得た際や年1回法人が実施する満足度調査アンケートでも聞いています。職員間の連携について等得られた意見は、ヒアリングを行い全体会議の中で職員と対応について話し合い改善点を家族に伝えていきます。	
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	会議の場だけでなく、随時聞く機会を設けています。ユニットの事に関しては、ユニットリーダーを中心とし、ユニット職員で提案、改善していくように指導しています。	月に1回全体会議とユニット毎の会議があり職員は意見を出し合い話し合い、参加出来ない職員の意見は事前に聞いています。また日々の支援の中でもその都度意見を出し合い連絡ノート等で共有しています。職員の意見により利用者の状況によってタイムスケジュールを変更する等意見を運営に反映させています。また年に2回管理者による面談があり、日々の中においても話を聞く機会を設けています。	
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回人事考課があり、給与に反映しています。職員募集の工夫等色々な意見を反映させて、働きやすい職場になるように努めています。		
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	入社時に4日間本社で研修を受けます。その後も6か月目、12か月目等定期的に研修を受講して、スキルアップに繋げています。		

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
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	法人内ではありますがエリア内での研修等を通して介護の知識を勉強し、サービスの向上に繋げています。		
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	入居前のアセスメント情報を共有し、利用者様のニーズの把握や信頼関係の構築に努めています。		
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	家族様が何を疑問に思っているかを確認して、不安を払拭してから入居してもらえるように努めています。コミュニケーションを取り、信頼関係を築いています。		
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	アセスメントで知り得た情報を基に、どのようなサービスが妥当かを話し合い決定しています。		
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	家事を一緒に行う等で自信をもって頂き、レクリエーション等を通してなじみの関係が築けるようにしています。		
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	利用者様の状況が変わりましたら家族様へ連絡したり、常に利用者様の状況が分かるようにしています。		
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	家族様と外食されたり、親類やご友人からの電話や手紙のやり取り等の支援を行っています。	友人や教え子、親戚の来訪があった際は椅子やお茶を出し居室でゆっくり過ごしてもらえるよう配慮しています。職員の付き添いでこれまでに通っていた教会に継続して通ったり、墓参りに行っています。家族の協力や外部ヘルパーの利用で自宅に帰ったり、親戚の集まりへの参加や馴染みのスーパーへ買物に行っています。また電話の取り次ぎや葉書のやり取りをしている方もおり、準備や投函の支援等馴染みの関係が途切れないよう努めています。	

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
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	日々の生活の中で、利用者様同士の相性を 把握しています。レクリエーションやフロアで の席に反映し、皆様の居心地がよくなるよう 努めています。		
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	必要に応じて情報提供を行っています。		
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	本人様の思いを尊重し、その人らしい過ごし 方が少しでもできるよう努めています。	入居前に自宅や施設、病院等へ訪問し、利用者 や家族から思いや希望、生活歴等を聞きフェイス シートにまとめアセスメントを行い、以前の事業所 などの情報ももらっています。入居後は利用者との 日々の関わりからの気付きや発した言葉を介護 日誌に記録し、意思疎通が困難な場合は家族 へ相談したり、職員間で本人本位に検討し思いや 意向の把握に努めています。	
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	本人様以外でも、家族様や病院関係者等から 情報を受ける事があります。集まった情報は職員間 で共有しています。		
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	申し送りや記録を確認する事で、その方の 生活リズムを把握しています。心身の状態 は往診や訪問看護にて、情報を共有してい 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	サービス担当者会議で本人様、家族様、訪 問看護等の意見を反映して、よりよい介護 計画を作成しています。	利用者や家族の意向を基に介護計画を作成し、 初回は2~3か月で見直し、その後は利用者の状 態に変化がなければ3か月毎に職員の意見を収 集しながらモニタリングを行い、6か月毎に見直し を行っています。見直しの際にはケアチェック表で 再アセスメントを行い、家族の参加を得てサービ ス担当者会議を開催し、事前に医師や看護師、歯 科医、薬剤師等の意見を聞いて計画に反映して 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	個別の記録や申し送りノートを活用して、職 員間の情報共有に努めています。		

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
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	個々の生活や心身状況に応じて、必要な支援が日々発生します。その中でできる限りの対応が出来るように、努めています。		
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	社協を中心としたボランティアの方々、地域での行事に参加させて頂いています。		
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	入居時に本人様、家族様に提携医の説明を行っています。月2回の往診があり24時間対応可能。ただし持病の都合で今までの主治医を希望される時には情報を頂き、医師や看護師と連携をとるように努めています。	入居時にこれまでのかかりつけ医の継続が可能な事や協力医の説明を行い選択してもらい、現在は全員が協力医による往診を月2回受けています。緊急時は医師の指示を仰ぎ、随時の往診も受ける事もあります。専門医の受診は家族が付き添い、情報提供は文書や口頭で行い結果を報告してもらっています。訪問看護師による健康チェックを週に1回受けて、また精神科の往診や訪問歯科や訪問リハビリは希望や必要に応じて受けています。	
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	日々の気づきを情報シートに記入しておき、定期訪問時に活用しています。主治医からの指示もその際に伝えていきます。		
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。	入院されたらできるだけ早く、情報提供を行っています。そうする事で病院側がスムーズに把握でき、早期退院に繋がります。病院の相談員の方と連携を深め、今後に活かしています。		
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	入居時に本人様、家族様に説明しています。実際に看取りに近づいてきたら主治医より説明を行ってもらい、本人様、家族様の意向を尊重して方向性を決定しています。	入居時に重度化対応・終末期ケア対応に係る指針について説明し、ホームで出来る事や出来ない事を伝えていきます。これまでに看取りの経験があり、重度化した際には医師から家族に話をし、意向を確認し方針を決めています。医師や訪問看護師から助言を得たり、家族には面会を増やしてもらう等の協力を得ながら何度も話し合いを重ね看取り支援に取り組んでいます。また年に1回看取り支援の研修をホームで実施しています。	
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	社内研修にて学んでいます。発生した今までの記録を基に、振り返りを行っています。		

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
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	消防計画を作成し、年2回消防訓練を行っています。また運営推進会議にて地域の方と相談、報告を行い、協力体制を構築しています。	消防署立ち会いの下年に2回消防訓練を実施し、通報や可能な利用者と避難したり、水消火器の使い方の訓練を行いアドバイスをもらっています。水害に備え近くの川の情報を市に確認したり、地域の徘徊ネットワーク会議での繋がりで地域消防団の方に協力を依頼しています。また3日分の水や食料と懐中電灯や電池等を備えています。	
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	社内研修にて個人の尊厳やプライバシー保護の理解を行っています。	年に1回接遇や認知症に関する研修をホーム内で行うと共に半年に1回自己チェックし管理者と面談を行っています。言葉遣いに留意し、不適切な場面があった場合はその場で注意したり、会議で話し合うようにしています。また入浴時等希望があれば同性介助を行い羞恥心に配慮しています。	
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	自己決定の出来にくい方に対しては選択できるような方法を取り入れて、自己決定できるように支援しています。		
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	利用者様がやりたい事にNOとは言わず、まず受容しています。そこで迷われた際にお声掛けさせて頂き、本人様のお気持ちを汲み取り自己決定できるように努めています。		
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	衣類の選択をして頂いたり、本人様の希望を尊重しています。		
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	食器洗いやお盆拭きといったその方ができる事をして頂き、やりがいや自信をもって頂けるよう努めています。	献立にそって業者から届く食材で朝食を作り、昼と夕食は温めて提供出来る食事となっており、季節を反映した献立や月に1度は選択出来る献立もあります。利用者にはテーブル拭きや食器洗いや拭きに携わってもらい、職員も検食を兼ねて利用者と一緒に食べています。おやつを時々手作りしたり、少人数で喫茶店に行く事もあります。	
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	自力摂取ができない方には介助を行っています。介護記録にて水分量を把握し、少ない方には提供しています。水分にトロミをつけて飲み込みやすくしたり、お一人おひとりの状態を把握して摂取して頂けるように努めています。		

グループホーム たのしい家静市 1号館

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	毎食後口腔ケアを行っています。歯科医師指導のもと個々の状態に応じてスポンジブラシを使用して、清潔保持に努めています。		
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	各利用者様の排泄間隔を把握し、必要に応じて声かけ、ご誘導を行っています。	排泄状況は個人記録にチェックし一人ひとりのリズムを把握し、サインも見ながらトイレへの誘導を行っています。立位が保てる場合は日中は基本トイレでの排泄を支援し、おむつを使用している方も利用者の状況を見ながら2人介助で支援する事もあります。パターンを把握し支援を継続する事によって紙パンツから布の下着に改善した方もおり、夜間のみポータブルトイレの利用等個別の支援方法についてはその都度話し合い自立に向けた支援を行っています。	
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	朝食時に牛乳や野菜ジュースを飲んで頂いています。排便コントロールが難しい方は、主治医と相談して内服薬を処方して頂いています。		
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	曜日や時間は最低限度の予定はしていますが、体調の把握や本人様の意向の確認をとってから入浴して頂いています。	入浴は週に2回日中の時間帯に体調を見ながら声を掛け入ってもらっています。強い拒否のある方はいませんが、時間を変えたり声かけの仕方を工夫し無理の無い入浴に繋げています。湯は毎回入れ替え、一人ひとりのペースを大切にマンツーマンでコミュニケーションを図りながら支援しています。	
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	消灯時間を決めておらず、その方が寝たい時に入床して頂くように努めています。		
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	内服薬が変更になれば、職員に周知しています。内容に関しては薬性を職員各自で確認、把握するようにしています。		
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	散歩が好きな方、歌が好きな方といった個々に合わせた楽しみごと等、できる限りできるように心がけています。		

グループホーム たのしい家静市 1号館

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	喫茶店や散歩等その方の希望を聞き、外出して頂いています。	日頃は広い庭に出て外気浴で気分転換してもらったり、季節毎の初詣や桜の花見、地域の運動会、また家族も一緒に植物園に出掛けています。思いを知った際には個別で喫茶店等希望の場所に行ったり、家族の協力や外部ヘルパーの利用を通して自宅に帰ったり、地域の集いやスーパーへ買い物に行っています。	
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	お預かり金以外に、自身でお金をもっている方もおられます。自動販売機で飲み物を購入されたり、その方の思いを少しでも尊重できるように支援しています。		
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	電話や手紙を送られたり、必要に応じて支援しています。		
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	季節を感じて頂く館内の飾りつけや室温調整等、快適に過ごして頂けるよう行っています。木造建築の特徴である温かみやぬくもりが感じられるように、照明等も工夫しています。	リビングには季節毎の飾りや季節の花の塗り絵やちぎり絵、写真を貼る等温かい雰囲気作りに努め、平屋の2ユニットで間にある玄関フロアにはソファや自動販売機があり利用者がひとりになったり、交流出来るスペースになっています。テーブルや椅子の配置は利用者同士の相性を考慮し、毎日朝と夜間の掃除を徹底し可能な利用者と一緒に掃き掃除を行い清潔保持に努め、また加湿空気清浄器を置いたり、脱衣所の温度差にも配慮し快適に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	事務所前の共有空間にソファを置く事で他者と距離を置きたい方や、各号館の利用者様同士が談話されたりよい空間になっています。		
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	ご自宅で使用されていた馴染みの家具や家電を持参して頂き、居心地よく過ごして頂けるようにしています。	入居時に馴染みの物を持ってきてもらうよう伝え、自宅に面談に行った際に部屋を見せてもらいながらホームでの居室作りに活かしています。使い慣れたタンスやテレビ、テーブル、大切にしている位牌や遺影、家族の写真等の他、編み物の道具を側に置いたり、好きな歌手のCDを居室で楽しむ利用者もいます。可能な利用者と一緒に掃除をする等快適に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	トイレの場所がわかるように床に模様がついていたり、居室前の名札の下には自身の作品や季節のものを飾っています。		