

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	0970102000		
法人名	社会福祉法人恩賜財団済生会支部栃木県済生会		
事業所名	グループホームとちの木荘		
所在地	栃木県宇都宮市徳次郎町2632-1		
自己評価作成日	令和元年11月14日	評価結果市町村受理日	令和2年2月5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	www.wam.go.jp/wamapp/hvoka/003hvoka/hvokanri.nsf/aHvokaTop?0
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 栃木県社会福祉士会		
所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階 (とちぎソーシャルケアサービス共同事務所内)		
訪問調査日	令和元年11月28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)】

宇都宮市の北西部の自然豊かな田園地帯で入居者様が穏やかに落ち着いて過ごしていただきその人らしく生活していただけるよう支援させていただいております。また、同一敷地内に併設する特別養護老人ホーム、ケアハウス、デイサービスの各事業所と連携し日常生活支援、交流、緊急時、災害時の応援体制も整っております。地域密着型サービスとして地域の中に社会資源としてグループホームとちの木荘が存在することを地域の皆様に周知していただきたいと考え昨年はプチ祭り、今年は高齢者ケアセンターフェアを開催しました。

【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)】

・当事業所は敷地内に高齢者ケアセンターや特別養護老人ホーム、ケアハウス等、多くの福祉施設が併設されている。グループホームは「こすもす」「ひまわり」「なのはな」の3棟がある。
 ・職員は毎朝ひまわり棟に集合して朝礼を行っている。職員が運営理念を読み上げ、「一日どなたのために仕事をするのか」を確認し支援に取り組んでいる。理念に反し不適切な対応をしてしまう職員には、管理者が理念の重要性や理念に沿った職員に育てて欲しい願いを伝え、指導し、理解してもらえらるまで話し合いを重ねている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	朝礼で介護員が事業所の運営理念を読み上げている。介護員が理念を共有しその時々理念に立ち戻りケアを行っている。	毎日の朝礼で職員が運営理念を読み上げ、職員全員で「一日どなたのために、この仕事をするのか」を確認する時間となっている。適切でない対応をする職員には管理者が運営理念に沿った人材となって欲しいことを伝え、指導している。リーダー会議や棟会議でも必要に応じて話し合いを行っている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域で開催するお祭り等に参加している。センターで企画した夏祭り、イベントにも地域の方がに参加していただいている。	地域のお祭りには利用者の作品を出展し利用者や家族も参加している。ケアセンターのイベント時には地域の方が参加されており事業所を見てもらう機会となっている。定期的にかたりべや園芸等のボランティアや中学生の訪問があり交流が行われている。	
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	入居相談時などに悩みを傾聴し入居の協力や助言をさせていただいている。		
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1回会議を開催している。施設内の様子、地域での事件、防犯、地域行事等の情報交換の場になっている。意見はリーダー会議で検討しケアに反映している。	2ヶ月に1回、会議を開催している。議題に応じて会議の場所をケアセンターの会議室や事業所内で実施する等、工夫している。会議で出した意見はリーダー会議で検討し運営に反映している。議事録は事業所の玄関に置いて家族が面会に来た時に見ることができるようにしている。	
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	運営推進会議の場を利用し地域包括支援センターと情報交換し施設運営に反映している。	地域包括支援センターとは日頃から連絡を取り相談しやすい関係を構築している。家族とのやりとりで判断に迷う時はアドバイスを貰っている。法律関係で分からない時は市に電話をかけて聞くようにしている。	
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	朝礼時、事例等を提示し職員へ周知させている。年2回、身体拘束の勉強会を開催している。安全・安心して過ごしていただける様意識してケアをしている。	昨年度より身体拘束適正化の指針を作成し、身体拘束をしないケアを心がけている。夜間自室から外に出て行ってしまう利用者があり、やむを得ず家族の同意を得て窓が開かないように対応している。ケアプランにもあげて本人が何か夢中になれることはないか模索している。	
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等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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	朝礼時、事例等を提示し職員へ周知させている。年2回、身体拘束の勉強会を開催している。安全・安心して過ごしていただける様意識してケアをしている。		

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
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	拘束、虐待の研修のうちに権利擁護について話をしている。実際に利用者が成年後見人制度を利用している。必要がある利用者には制度の説明ができる体制がある。		
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	面談にて契約内容を家族へ詳細に説明している。説明後も疑問点があれば丁寧に説明している。		
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	回答出来る事についてはその場で回答する。検討を要するものについてはリーダー会議で検討し運営に反映している。必ず家族に結果を伝えている。	家族の訪問時等に運営に対する意見を聞いている。利用者の体調悪化時の受診支援の希望があるが、職員体制が十分ではない為今は対応できないことを理解してもらっている。利用者からも職員が要望を聞いて、希望に対応できるよう努めている。	
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	職員用の意見箱を設置し月1回、所長が確認して業務改善、運営に反映している。様会議(月1回)委員会で話し合われた内容はリーダー会議において議案として取り上げ結論付けていく。解決できない場合には運営会議で検討している。	敷地内にあるプレハブ棟に職員用の意見箱が設置されている。月に1回、ケアセンター所長が投函された意見を確認し業務の改善に努めている。意見の内容によってはリーダー会議や運営会議で検討されている。	職員の業務負担軽減のため、敷地内にある他の福祉施設の管理栄養士等の専門職に協力をお願いし、献立の作成等の業務負担軽減が図れることを期待します。
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	人事考課シート作成時、職員から仕事についての不安、不満について話を聴き職場環境の改善に役立てている。		
13		○職員を育てる取組み 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	人事考課シートを用いて本年度を目標と上司と面談し決める。それに向かって取り組んでいく。職場内研修に参加するよう介護員に呼びかけている。		
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組みをしている	栃木県認知症高齢者グループホーム協会に加入しており情報交換や研修会に参加している。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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、利用者とコミュニケーションを図りアセスメントシートの内容を把握し利用者を「知ろう」とすることに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族の面会時には挨拶をかわし入居にあたって心配されていることや困っている事を伺い対応している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居面接時、本人をアセスメントし入居時にケアプランを提示している。その際、本人が生活で困っている問題に対して他のサービス利用も考えながら必要なケアを提示している。		
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	本人からの訴えがあった場合、話を伺い対応しているがまれに、業務に追われ本人が混乱している時、気持ちに寄り添えないこともある。		
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	家族が面会に来た時、利用者の生活の様子を伝えている。外出支援時には、家族に参加してもらっている。定期的に日用品の不足品を家族に持参してもらっている。		
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	友人が来荘した際、ゆっくりと会話ができるよう談話室で会話してもらっている。昔の友人から電話がかかってくる時には交流ができるよう家族へ連絡している。	入居期間が長くなると、友人との交流も途絶えがちだが、面会に来た時は、談話室でゆっくり過ごしてもらっている。馴染みの美容院へは家族が連れて行き関係を継続できるよう努めている。	
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	余暇活動を通じて利用者同士が関わりができるよう会話出来るよう介護職員が間に入っている。介護職員が普段の生活の中で利用者同士が関わりが持てるよう間に入り支援している。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	回数は少ないが住み替えをした利用者の様子伺いに面会に行くことがある。居室クリーニング終了の連絡をする際、利用者について家族から様子を伺うことがあるが相談までにはいたっていない。	
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)	○思いやりや意向の把握 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	意向把握についてはケアプラン提示時、家族が面会で来荘した時、利用者とは普段の会話の中で伺っている。困難な場合は稟会議で話し合っただけで家族に相談している。	自分から訴えが出来る利用者には、よく話を聴くように心がけている。意向の把握が困難な場合は支援過程で感じたことを家族に相談・確認し、できる限り本人の意向を把握できるよう努めている。
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	入居前面接で本人、家族からこれまでの生活について把握している。習慣としてあることはここで生活に活かしている。	
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	申し送り、申し送りノート、ケース記録から情報を収集、共有し把握している。日常生活の観察から「いつもと違う」等の心身の状態を把握している。	
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	アセスメントを実施し本人を捉え課題を抽出している。介護員、看護師、家族、本人から意見を聞き計画書を作っている。モニタリングは本人、家族、介護員、看護師から評価をもらい計画書を見直し作成している。	介護計画はケアマネージャーが作成するが、本人の現状を把握している現場の職員や、本人・家族の意見を反映させたものとなっている。最新の介護計画はファイルの目にしやすいところにとじてある。
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	計画書にそってケアを提供している。実施結果や気づきについてもその都度、話し合い、情報を共有し見直ししている。	
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	同じ敷地内に特別養護老人ホームがありその専門職から「食事相談」「感染症」等の助言を受け運営に反映している。DSから演芸へのお誘いがあり心の安定が図られている。	

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	運営推進会議を通じて自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員から地域資源についての情報提供がある。情報を運営に反映している。		
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し、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	入居前からのかかりつけ医に適切に受診できるよう受診の際は、職員が「生活支援経過要約表」を作成し家族に渡している。外来受診が難しくなった利用者は往診を利用している。往診の際、はグループホームの看護師が同席し情報を提供している。	かかりつけ医の受診は事業所で作成した「生活支援経過要約表」を家族に渡し受診して貰っている。受診後は家族からの情報を記録している。重度化し外来受診が困難になった場合は往診を利用するが、必ず家族にも同席して貰っている。事業所の看護師も同席し、情報を共有している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	日常の関わりの中で利用者について気づいたことはその都度看護師へ状況報告し対応している。		
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、また、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。また、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。	早い時期に入院前の情報を口頭もしくは生活をまとめたものを入院先に提出している。退院前、入院先を訪問し本人の身体状況、治療状況を病院関係者から聞き取りをしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	看取りを実施する体制がとれない為、実施していない。身体機能や認知症の重度化が進んでもすぐに住み替えをしなくても良いように重度化ケアに対応できるように、また、看取りを意識し勉強会等を開催している。	重度化に対しては勉強会を開催する等して対応しているが、職員体制が不十分なため看取りは行っていない。	
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	職員が入職した際、急変時の対応について指導を行っている。緊急時対応マニュアルにそって行動している。事故発生後、原因、経過、対策について話し合い情報交換・共有し事故防止をしている。利用者の生活の質を低下させないよう注意している。		
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	消防訓練は月1回実施している。センター全体の消防訓練は年1回実施している。センターとして防災のマニュアルがあり定期的に見直しをしている。	事業所では、毎月、夜間想定消防訓練を実施しているが火災の想定のみである。敷地内に福祉施設が併設されていて避難場所や応援職員も敷地内で対応可能となっている。	火災だけでなく、自然災害に対する訓練の実施や、地域密着型の施設として、地域と協力して災害対策の避難訓練をする機会を検討することを期待します。

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
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	利用者が混乱している時には何が原因で混乱しているか原因を探し対応し声かけている。	利用者の呼名は基本的に苗字で呼んでいる。家族の希望で「○○ちゃん」と呼んで欲しい場合にはケアプランに記載し職員間で共有している。利用者への言葉かけが不適切な職員には管理者が個別で指導している。	
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	自己決定が出来るよう支援している。例えば入浴の際入浴しないと話された時には体調等を確認し入浴出来る状態であれば入浴を勧めている。本人が入浴しないという時には本人の意思を尊重している。		
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	利用者のペースで生活行為が出来るよう時間的な配慮しているが職員の都合や他の利用者の都合で利用者のペースを乱してしまうことがある。		
39		ga その人らしい身だしなみやおしやれができるように支援している	着衣する洋服を利用者に選んでもらい着衣してもらっている。くしを利用者に渡し自分でとかしてもらっている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の咀嚼、演芸に合わせて食材を食べやすいように切っている。副食が単色にならないよう彩りに気を付けている。テーブル拭き、下膳、食器を拭いてもらっている。	食事のメニューは食事委員会が作成している。旬の果物や野菜を取り入れ季節感を味わえるように工夫している。敬老会やクリスマス等の行事では豪華な弁当や炊き込みご飯等を提供している。食事の盛り付けや片付けができる利用者は職員と一緒にやっている。	
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	食べられない利用者を見守り声かけている。食事量が取れない利用者には食べられそうな物を提供し、家族に相談し栄養補助食品を持参してもらっている。バイタル表に食事量、水分量を記載し利用者の摂取状況の把握に利用している。		
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	1人ひとりを観察している。歯磨きの仕方、義歯の取り扱い方がわからない利用者にはわかるよう具体的にやり方を伝えている。何度か声かけて難しい時には介助している。		

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向けた支援を行っている	自分でトイレに行った時には様子を見汚れていた時には介護員が交換している。長時間トイレに行かない人には声かけし案内している。衣類の上げ下げ出来ない人は介助、パッド類も装着が出来るかどうか確認し声かけ介助している。	利用者一人ひとりの排泄状態を観察し自立できるように支援している。一人ひとりの身体能力や意向に応じた支援を職員間で検討し支援している。便秘対策としては、水分摂取量の確認や適度な運動の実施、繊維質の食品の摂取を心がけている。	
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	食事を作る時に野菜多目に取れるよう工夫している。味噌汁に根菜を取り入れ、水分をとってもらったり排泄物の確認をしている。便秘の利用者へ腹部マッサージを行うことがある。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	無理強いせず利用者と話をして入浴に誘っている。利用者によって入浴を最後に希望されている方もいるので、それに応じて対応している。入浴する方の入浴時間を考え入浴する順番を決め支援している。	週2回の入浴を行っている。それ以外は清拭で対応している。本人の希望に沿い、ゆっくり入りたい方は最後にする等、入浴の順番を考慮している。職員と会話をしながらゆっくり入浴できるように一対一で対応している。	
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	入室に戻りベッドに端座位になりテレビを鑑賞している利用者もいる。その人の過ごし方として認めているが健康面に配慮し「時間だから寝ましょう。」と声かけている。		
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	医学的把握はしていないが一般的なポイントを押さえて服薬介助している。服薬後、身体の状態を確認している。変化がある時には看護師に報告・相談している。		
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	集団の余暇活動を好む方もいるが苦手に思っている方もいる。その場合、個人で出来るもの、楽しめるものはないかを考えて提供している。		
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	年2回外出支援を実施している。日常の中で利用者から話を伺い「行ってみたい場所」を選定、決めていく。家族に外出支援実施について知らせ参加を募っている。日常の中で散歩が難しい時もある。その際、棟の前にあるベンチで日光浴をすることがある。	天気の良い日は敷地内を散歩したり、庭のベンチに座って日光浴をしたり、敷地内のカフェでお茶やケーキを食したり、体調をみながら気分転換ができるよう支援している。	

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
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	普段はGH側で預かり金(小遣い)を管理しているが外出支援の時には利用者に預かり金を渡し外出先で買い物ができるよう支援している。		
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	利用者が手紙や電話のやりとりができるよう支援は整っている。		
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	1日の大半を過ごすホールには四季にあった絵を目につくようにかけている。ホールに隣接する台所で職員が作る料理をみたり香りで生活感を感じとられる。	室内は木のぬくもりが感じられ、華美な装飾もなく自宅で過ごしているような安心感がある。共用のホールは庭に面しており、また吹き抜けの構造により圧迫感がなく開放的である。一日中BGMが流れていて心の安らぎを感じられる。	
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	利用者間の関係を考え、またその時の状況にあわせテーブル配置(座席)を考えている。		
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	入居前のタンス等使い慣れた物をそのまま持ち込み使えるようにしている。	入居の途中で居室の移動はなく同じ場所で安心して生活を送ることができる。ベッドや家具など本人が自宅で使い慣れたものを持ってきてもらい、自宅で暮らすように過ごしてもらえるよう工夫している。	
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」や「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	環境整備し利用者が出来ることを妨げるような障害物を置かないようにしている。		