

# 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	3790600021		
法人名	社会福祉法人 津田福祉会		
事業所名	グループホーム さわやかハウス		
所在地	香川県さぬき市津田町津田2205番地		
自己評価作成日	平成23年8月12日	評価結果市町受理日	平成22年12月15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?JCD=3790600021&amp;SCD=320&amp;PCD=37">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3790600021&amp;SCD=320&amp;PCD=37</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人香川県社会福祉協議会		
所在地	香川県高松市番町一丁目10番35号		
訪問調査日	平成23年9月17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)】

三つの介護理念が実践できるよう、利用者との日々の関わりを大切にしている。センター方式を用いて、本人から発せられた言葉や、表情、仕草を記録に留めている。また、家族の協力を得て、その人の生活歴の把握に努めている。その人らしさが表せるように、自宅で生活されていた頃の家具等を持ち込んでいただき、居室内環境の整備にも力を入れている。地区介護予防ボランティアサポーター会員の協力を得て、社会性の維持を目的にした施設内外の行事や、外出・外食レクリエーションを積極的に取り組んでいる。

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

理念三項目は、利用者と共に生活をする場として、実践に活かせる具体的な事業所の目指すものとなっている。介護計画書にセンター方式を取り入れ、利用者の思いや願い、暮らし方の意向などをつかみ、職員間で話し合いながら、成果を積み上げる努力をしている。そのため、利用者の言動や振る舞いが自然であり和やかである。また、聞き取りから職員間・利用者の家族とのコミュニケーションに努めており、双方の連絡や相談がスムーズであるよううかがえた。運営推進会議を通して、地域のボランティアの協力が得られ、外出、外食レクリエーション活動に取り入れている。

## 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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 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. 全くいない
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、生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
<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	3つの介護理念をフロアに掲示している。また、業務研修会等で、その理念の共有を確認している。センター方式を活用して、個々の利用者の理解に努めている。	事業所のめざすサービスの在り方を、全職員で言語化した理念である。理念の共有には、業務研修会等で話しあい、具体的ケアについて意見統一を図っている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	季節ごとの地域行事への参加や、外出レクリエーションを積極的に企画、実施することによって、立地条件の不利を、解消しようと心がけている。	学校・地域の行事など積極的に参加し、地域の交流に努力をしている。また、法人の広報誌は、地域の全戸に配付し、理解を得て、前進する糸口としている。	
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	運営推進会議内での取り組み報告や、認知症家族会「しゃぼんだまの会」への運営協力も行っている。		
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	非常災害対策として、地元自治会の自主防災組織会議への出席を打診された。次回の会議に代表者が出席することになっている。	2か月ごとに開催し、情報の提供・意見交換を図り、サービスの向上に努めている。その一例として、介護予防サポーターの方が、ボランティア活動として、外食や外出サポートに参加いただけるようになり定例化している。	
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取り組んでいる	市介護保険課担当者とは、常に連絡を取り、意見交換やサービス提供に関する確認を行っている。また、運営推進会議内で意見や提案をいただいている。	市町とは常に連絡、相談、報告等図れている。敬老事業には、今年度、クッションと写真立て(スナップ写真を入れて)を準備した。地域包括支援センター事業(しゃぼん玉の会)を当ホームで実施し、認知症を理解する学習会とした。	
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	施錠を含めた身体拘束は行っていない。身体拘束の禁止や拘束を行う場合の諸条件等は、職員全体会議内の研修で得ている。	法人全体で年間2回職員研修を実施して、職員の意識向上と身体拘束をしない介護実践に取り組んでいる。そのため職員の拘束に対する意識が高い。	

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
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	高齢者虐待に関するアンケートを実施、分析し、職員全体会議内で検討が行われたことは、職員の意識向上につながっている。		
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	職員全員が、日常生活自立支援事業や成年後見制度への理解は十分ではない。今後とも研修会を積極的に行っていきたい。		
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	主に入居前に、契約書や重要事項説明書を用いて、分かりやすく納得していただける説明を懇切丁寧に行っている。		
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	「さわやか介護サービス苦情解決制度」の運用の啓発に努め、寄せられた意見や希望、要望をサービス提供の改善に結びつけるようにしている。	利用者には、日々寄り添い知るチャンスにつなげ、家族の意見要望を、面会時などに聞き、サービスにつなげている。	職員の家族の接し方や聞き取りが自然で、検討が必要なことは職員間で話し合っているが、記録をしていない。チーム間の共有化のためにも記録として残し、活用化することを期待する。
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	業務の見直しや改善点をサービスステーション会等で話し合っている。また、運営面等に関しては、半年ごとに行われている自己評価の中で、意見や提案を受付けている。	職員は、半年ごとに既定の用紙で自己評価をし、管理者が面接の機会に、職員からの意見や情報を取り入れ、一緒に話し合いながら調整している。	毎月、一人の職員をスポットに「よいところは見習おう」と全職員から提案し、本人に伝えている。改善点は、管理者から面接し指導している。双方に効果があり、一時中止しているが再開を期待する。
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	キャリアパス制度を取り入れた新給与規程の運用により、職員のスキルアップが報われるシステムが整備されている。		
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	各種研修情報を、サービスステーション会等で知らせている。申し出のあった職員の勤務を調整し、受講できるようにしている。県認知症実践者研修には、毎年職員を派遣している。		

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
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	さぬき市内のグループホーム4事業所に、3か月ごと持ち回りで、計画作成担当者会が開催されている。毎回、作成担当職員が参加し、情報交換等を行っている。		
<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	担当介護支援専門員や利用中のサービス事業者から情報提供をいただいた後、事前訪問調査において、本人や家族からの要望や希望、実情を伺って、サービス提供プランに盛り込んでいる。		
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	第1に事前訪問調査時、第2に利用契約時、第3に入居後1か月経過した際に、要望や希望を伺い、プランを更新、作成し、信頼していただける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	利用相談時に、グループホームの特徴等を説明したうえで、利用の必要性・切迫性を見極め、担当介護支援専門員への報告や、同一法人内関係事業所への紹介や斡旋等を行っている。		
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	三つの介護理念のもと、日々の業務を遂行しているが、年度初めに法人内の異動で、新たに配属された職員への浸透は、十分ではなく、職員間の意識統一を図っている段階である。		
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	入居されている利用者の家族は、非常に協力的である。計画作成担当者や看護職員をも含めた全職員が、それぞれ利用者ごとの担当者となり、家族とのコミュニケーションも十分に図られている。		
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	各担当職員が、利用者それぞれに生活史の聴き取り等により、馴染みの人や場所を把握することはできているが、その人や場所への個別外出支援は、十分に行えていない。	利用者に寄り添い、見守りや聞き取りを行い、その関係を断ち切らないように努めている。十分とは言えないが、家族やボランティアの協力もあり行っている。	

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
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	日頃の利用者同士の関係については、毎日の申し送りや業務日誌、介護記録等を通じ、全職員が把握することができている。体調不良時等を除き、毎日の集団レクリエーションや家事等で、利用者同士の交流支援を行っている。		
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	昨年度は、同一法人内の特別養護老人ホームへ2名の方が、異動退居となったが、本人への面会や家族とのコミュニケーションは続けられている。		
<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	日頃の関わりの中から、本人の思いや希望、要望を察したり、本人が語った言葉をそのまま記録することで、意向の把握に努めている。意志表示が困難な方については、担当者会議で話し合い、本人に代わり意見を出し合っている。	理念に沿い、利用者に寄り添いつかむ努力をしている。そして、職員間で本人の視点に立って話し合っている。	
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	センター方式のアセスメントシートを活用して、生活歴や馴染みの暮らし、関係等の把握に努めている。また、利用者ごとに担当者を決め、本人が語る内容を追加記入している。		
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	今、できている、行えていることを職員全員で見つけ出せるよう努めている。また、本人のペースに合わせた過ごし方を支援している。		
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	サービス担当者会議を、サービスステーション会等で開催し、担当職員だけでなく意見の集約・反映をプランに盛り込んでいる。これにより、ケアプランの実施に対する共通の理解・意識が持てている。	定期的サービス担当者会議には、家族の意見も含め、担当者以外の意見を集約してプランに反映している。これをもとに、ケアプランの共通の理解・意識が持てている。	
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	本人が語った言葉や行動・仕草を介護記録や実施点検表に記入することで、アセスメント・モニタリングシートに移行でき、サービス担当者会議やケアプランの見直し時に活用できている。		

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
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	同一敷地内にあるデイケアセンターや特別養護老人ホームとの交流や連携を図っていることで、本人や家族からの要望や意向に対して、その都度、柔軟な支援が行えるように努めている。		
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	地区介護予防ボランティアサポーターとの相互協力によって、各種レクリエーション・行事をすすめている。		
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	かかりつけ医との関係が継続できるよう受診の送迎援助、看護職員の同行受診を行っている。家族による受診を希望された際にも、看護職員が日常生活状況等の報告書を作成し、持参してもらっている。また、緊急の受診時は、できるだけ看護職員が同行している。	家族や利用者の意向に沿って受診を進めている。いずれのケースにおいても、それまでの経過や受診後の方針や結果を、職員と家族で話しあい、共有している。	
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	看護職との伝達や申し送りは、口頭もしくは業務日誌等の記録にて行っている。受診援助は、両職種協力のもと行っているが、看護職からの指示や要望については、十分な協働がとれるよう、その都度、意見をすり合わせて行っている。		
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。	入退院時には、家族と一緒に必ず職員が同行し、医療機関との情報伝達・交換を行っている。かかりつけ医や従事関係者とは、通常受診時や、電話・書類にて、日常生活状況やケアについて意見を伺うなど、医療と福祉の連携に努力している。		
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	利用者の状態が重度化した場合や、家族が看取り介護を希望された場合に、主治医との連携を図りながら、事業所内で行える支援については、検討している。往診を行ってもらえる医師の確保はできたが、終末期のターミナルケアについての勉強会は、まだ十分ではなく、介護職の看取り介護技術等の習得に課題が残っている。	すでに利用者から希望者がいるため、早急に職員の知識・技術のレベルアップをはじめ、体制の確立を進めている。	高齢者は抵抗力が弱く症状の変化も早いと、利用者や家族はもちろんのこと、職員が安心して対象者を見守る体制づくりに期待したい。

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
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	法人内の新人研修や、全体職員研修会、事業所内の業務研修会等で、定期的に応急手当の方法やAED使用の心肺蘇生法講習等が行われている。		
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	地元自治会との災害協力関係が結ばれているが、相互の防災訓練への参加は、まだ行われていない。今秋に予定されている地区防災行事への参加を検討している。	マニュアルに従って年間2回防火訓練を実施している。地域との協力体制は、一步一步縮める努力をしている。	高齢者は行動に移る際に、時間を要し、すばやい動きができない。災害訓練に合わせて、利用者個々の行動能力と援助方法が、誰にでも分かるシステムづくりを期待する。
<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	全職員が利用者の人格を尊重した声かけや尊厳に配慮した接し方、対応を心がけている。利用者の重度化に伴い、夜勤帯でのトイレ介助等で、安全性を確保するうえで、プライバシー保護が、十分に配慮できかねている時もある。	利用者一人ひとりを大切に見守り、暖かく接して穏やかな日々が送れるように心がけている。夜間帯は、職員一人のためトイレ介助中も他の利用者のことも気にかけて、両者に配慮している。	
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	日頃の関わりの中から、本人の思いや希望を記録に残したり、本人のペースに合わせ、自己決定が表せるように支援している。		
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、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	職員側の都合や業務優先の風潮もなく、利用者のペースに合わせた介護が行われている。サービス担当者会議等においても、利用者一人ひとりごとに、その人らしい生活の支援を話し合っている。		
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	自己決定が行える方には、衣服の選択等において、できるだけ自分で決めてもらっている。決定が困難な方には、家族からのアドバイスを得て、準備したものを着用してもらっている。毎朝起床時の整容は、利用者全員への支援が行えている。		

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
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	毎日の食事については、管理栄養士と相談しながら、好みや病状に応じた食事が提供できている。また、毎月「楽しみな食事」として、料理レクリエーションを企画、開催している。調理等が可能な方やケアプランに挙がっている方には、声かけをして参加していただいている。	法人全体の管理栄養士による献立で、食材を準備している。その一部を利用者と共に調理し、職員も共に同じテーブルで見守り、会話しながら楽しく食べる雰囲気づくりに努めている。後片付けも、能力に応じた役割発揮ができるように声かけをしている。	
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	各利用者様ごとに、1日の食事・水分摂取量を記録し、状態の把握に努めている。咀嚼や飲み込みが悪くなった時には、トロミ剤の使用や粥食・キザミ食の提供を行っている。体重の増減、体調や食事療法の指示があった場合は、食事量や質を、必要に応じて工夫し提供している。		
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	法人内他事業所の歯科衛生士に、口腔内の状態を報告し、指示やアドバイスを得ている。また、毎食後の口腔内の観察と本人のペースに合わせた口腔ケアの援助、夕食後に義歯の洗浄を行っている。		
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	排泄チェック表を活用して、排泄パターンを見つけ出せるようにしている。日頃の行動や気分変動の把握に努め、自尊心や羞恥心に配慮したトイレ誘導を心がけている。	水分と排泄チェック表を活用して排泄を見守り、観察支援をしている。リハビリパンツ着用者2名、パット利用者2名の状況である。陰部の清潔保持はシャワーなどで対応している。	
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	毎日、利用者別に排泄状態を記録、チェックし、便秘傾向にある方には、アップルファイバー(りんご果実由来のプルプを粉末化したもの)やオリゴ糖を提供している。また、水分量を1200~1800mlと定め、摂取していただくようにしたうえで、体操や室内歩行の援助を行い、自然な排泄を促している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことのできる支援 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	利用者の希望を尊重しながら、週3、4回、午後2時以降に入浴をしていただいている。会議等で話し合われたが、入浴時間の個別対応の実施は、検討中で実施には至っていない。	檜造りの一人風呂に、隔日には入浴している。ただし、希望があれば毎日の入浴も可能である。反対に拒否する方には、呼びかけを工夫して対応している。	

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
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	一人ひとりの体調や状態、状況をみながら、休息援助は行っている。寝具についても、できるだけ自宅で使用していたものを、持ち込んでいただいている。また、定期的在天日干しを行い、清潔に努めている。		
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	看護職員が利用者個々の服用薬が理解できるように、一覧表を作成して、飲み忘れや誤薬の予防に努めている。また看護記録に、利用者一人ひとりの状態や、経過の記録を行っている。		
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	一人ひとりの能力や生活習慣からできることを把握し、共同生活の中で、食事作りや洗い物、洗濯や清掃活動等に、参加できるものから取り組んでもらっている。外出レクリエーション等を積極的に企画し、気分転換が図れるように支援している。		
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	集団外出レクリエーションは、地域のボランティアさんの協力を得て、毎月行っているが、個別外出については、家族の協力のみ頼っている状況である。遠方であったり、仕事等の都合により協力度合いの違いもみられることから、個別外出援助については、なお検討が必要である。	定期的に計画した外出やレクリエーションは実施しているが、個別の日常的な外出ができにくく、家族やボランティアの協力を得ながら、利用者の希望に沿えるよう努めている。	
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	利用者全員から預かり金の依頼があり、個別に管理している。外出レクリエーションや買い物に出かけた際には、自らが会計で支払いができるように支援している。		
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	利用者の希望があった際には、電話をかけたり取り次ぐ援助は行っている。年賀状等は、できるだけ利用者の自筆で書いてもらっている。		

グループホームさわやかハウス

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
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	共用の空間は、湿度・温度に注意を払うと共に、採光や換気を行い、快適に過ごせるように配慮している。行事予定を掲示したり、季節に合った壁画作りを行い、季節感を取りいれている。	木の温もりと、全体が柔らかい温かみのある色調から安心した落ち着き感がある。長い椅子にも白い清潔なカバーをつけ気持ちよく座れている。室温採光もよく、壁には共同作品が季節を取り入れ、調和よく掲示されている。	
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	食堂、フロア等、共用する場所には、テーブルやイス、ソファを設置し、思いおみの場所で過ごせるように配慮しているが、その空間内で一人で落ち着いて過ごせる場所の工夫は、十分ではない。		
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	家族には、自宅で過ごされていた時に使用されていた家具等の物品を、できるだけ持ち込んでいただけるように依頼している。身近な物を持ち込むことによって、家庭との環境の変化、空間の落差の解消に努めている。	理念からもその人らしさを尊重とあるように、各室には生活歴と好みに合わせ、大切にしたい思い出のものを家族と相談して持ち込み、本人が落ち着ける環境をつくりだしている。	
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」「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	共用するスペース(食堂、居間等)には、テーブル・イス・ソファを設置し、気の合う利用者同士が寛いだり、歓談できるように、また、個別で事由に過ごせるように配慮している。		