

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26年10月5日	評価結果市町村受理日	平成27年2月13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.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=2671500250-00&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26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)】

○年4～5回家族会を実施し、色々な催しを通してご家族が交流していただける場を作り、利用者の現状を理解していただく機会作りを開設当初から継続している。
 ○利用者それぞれの要望等を尊重し一人ひとりの希望に応え、マンツーマンの外出を重視している。
 ○開設当初から毎年創作山子作りに取り組み、地域の名物として楽しんでいただく他、物作りを通した利用者の現存能力の維持と同時に地域の方々との交流の機会にもなっている。
 ○年2回程のペースで職員が色々な事業所や集会に参加し、少しでも認知症を理解していただくための啓もう活動を行っている。現在では多方面からの依頼もあり、職員もチームで対応している。

【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)】

開所から10年が過ぎた当該ホームは、経年の中で地域との良好な関係が築かれ地域の方から作品作りの布をもらったり、ホームの餅つきにボランティアとして来訪があり利用者と共に楽しみ、時には地域の幼稚園児が散歩途中に立ち寄ってくれるなど日常的な交流があります。更に今年度は認知症相談窓口の設置や一日認知症カフェの開催にも取り組み、利用者と共に交流すると共に地域に開かれたホームとなっています。また、利用者の歴史を大切に趣味や得意なことを発揮できるようにし、裁縫で案山子や防災頭巾等を作成したり、日常的な散歩や買い物を楽しむなど、生き生きと過ごせるよう支援しています。家族の面会が多くコミュニケーションを図り信頼関係を築き、季節の行事に参加してもらい、利用者と一緒に楽しんでもらう時間を大切にしています。

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)	○	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	独自の理念を作成して、毎日目を通すと共に、毎月一回の会議で認識を高める。	ホームの理念には、利用者の歴史や尊厳、プライバシー確保、地域交流等の姿勢が謳われており、玄関に掲示すると共に職員の名札に入れ意識できるようにしています。入職時には法人及びホームの理念について伝え、ホームの会議で理念に沿った支援となっているかを確認し、実践に繋げています。	
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	施設の行事に参加してもらう、地域の行事に出向く、又地域のサークルに参加している。	自治会の加入は困難な状況ですが、経年の中で地域との良好な関係が築かれています。地域の方から作品作りの布をもらったり、ホームの餅つきにボランティアとして来訪があり利用者と共に楽しみ、時には地域の幼稚園児が散歩途中に立ち寄ってくれるなど、日常的な交流があります。また神社の祭りや地域の福祉祭りに参加したり、利用者と地域の童謡サークルに行くなど活発に地域交流しています。	
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	毎年、認知症理解の為に中学生対象の講演を行うと共に、今年度より相談窓口を設置している。		
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ヶ月に1回会議を開催し、利用者と共に過ごしてもらったり、現状報告を伝えている。	会議は家族や民生委員、地区代表、市職員、地域包括支援センター職員等の参加を得て、隔月に開催しています。行事や家族会と兼ねて行うことも多く、写真を見てもらいながら現状報告を行い、法人の看護師による誤嚥等の勉強会をしたり、ホームで行う認知症カフェについて活発な意見交換を行うなど、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取り組んでいる	運営委員の一員でもあり、常に現状は把握してもらっている。認知カフェのオープンに備え協力を要請している。	市職員が運営推進会議に参加することもあり、ホームの状況を理解してもらっており、認知症相談窓口の設置や認知症カフェの開催に向け行政とも相談や協力を依頼したり、研修案内があった時には極力参加し、情報ネットワークの勉強会等にも出席しています。	
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	ご利用者が自分の意志で自由に過ごして頂ける環境である、又、職員も精神的拘束は絶対しない言動を徹底している。	入職時には新人研修で職員は身体拘束について学び、ホーム内では利用者自由に暮らしてもらえよう職員間は連携良く支援しています。利用者が外に行きたい理由を知り寄り添う介護に努め一緒に外出したり、毎月会議では適切な言葉掛けができていないか振り返りを行い職員間で注意し合い、拘束のない暮らしを支援しています。	
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がないように注意を払い、防止に努めている	アイリスとしての研修、対外的研修に出向き、認識を高めている。		

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	現在、成年後見人制度を活用されている利用者が2名おり、職員全員が認識している。		
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	事前に管理者・ケアマネが十分説明し、具体的な内容にも触れ、家族が安心出来る説明を果たしている。		
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	家族会等の機会を設けてご家族の意見を聞き入れ、運営委員会の反映して改善の道を作っている。	家族の面会が多く来訪時には担当職員がコミュニケーションを深くとったり、年に4～5回開催する家族会や一緒に参加してもらう行事の際に意見や要望を聞いています。感謝の声が多い中ですが、運営推進会議にも家族の参加があり意見を聞く機会が多く設けられ、出された意見があれば運営に反映できる体制を整えています。	
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	グループホームとしては、月一回の定例会を徹底している。その中で意見を聞く。又、法人全体としては週1回ミーティング会議で反映する。	毎月のホームの会議を開催し意見や提案を聞く機会があり、また設備や畑、地域交流、行事等の担当を決め職員が自主的に意見を出しやすいようにしています。管理者は少なくとも年に2回個別面談の機会を作り話を聞いたり、年度初めに個々の職員にマニフェストを作ってもらい、やりたいことや目標を明確にしています。また職員の意見箱も設置し意見を出しやすくしています。	
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	大変働きやすく、それぞれのポジションで力が発揮出来る環境を作り、又、評価表を作成し、意欲を引き出している。		
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	管理者自身も現場に入り、職員の力量を引き出せる状況の把握に努めている。		
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	京都府下のグループホーム連絡会に参加し、ネットワーク作りや情報の共有を図っている。又、近隣の同系施設とは常に連絡を取り合っている。		

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
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	面接時、本人の趣味等を尋ねながら不安な事や要望を把握。入所前には何度か施設に遊びに来て頂き、馴染みの関係作りに努めている。		
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状況を把握し、家族の要望、思い等に耳を傾け、家族の意向に配慮しながら支援方法を探り、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	本人・家族のニーズを把握し、外出、理美容サービスやインフォーマルサービスの利用を含めた最善の支援が出来るよう努めている。		
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って本人の残存能力に応じて一緒に家事やレクに参加してもらえ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	家族とは逐次連絡を取り、本人の状況の把握、家族の思いを伺っている。年4回の家族会の実施、家族と本人や家族間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	家族より、以前からの行き付けの美容室や商店等の情報を得て、外出の際に訪れる機会を設けている。	担当職員が中心に利用者の思いを聞き、遠方の姉妹に会いに行ったり、墓参りや行き慣れた美容院に職員と出かけています。また、以前住んでいた地域の敬老会への送迎の支援も行い、今までの暮らしの中の馴染みの人や場所との関係が継続するよう支援しています。ホームに友人や知人、以前の同僚等の来訪も多く、居室に案内しお茶を出したり自宅と同じように対応し、ゆっくり寛いでもらえるよう配慮しています。	
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	洗濯物たたみ、食事の準備等の家事やレクリエーション等、共同作業を通じて利用者同士のコミュニケーション作りに役立っている他、年一回共同での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	他施設等に転居した際は機会があれば訪問したり、退所後もホームに来訪してもらい、時にはホームの行事にも参加してもらうなど関係の継続に努めている。		
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	面接時、本人の思い、暮らし方、要望等を尋ねている。本人が困難な場合は家族等から情報を得て、本人本位の暮らしの支援の検討をしている。	入居時に本人や家族から希望や思いを聞き、アセスメントにそって生活歴や趣味、これまでの生活習慣等の情報を得て意向の把握に努めています。入居後は日々の関わりの中で意向に繋がる情報を記録に残すよう心がけ、ケース会議で本人の思いが汲み取れるよう検討しています。	
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	面接時、これまでの生活歴や暮らし方等を可能な限り本人に尋ねている。困難な場合や不足な部分は、家族等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、一日の過ごし方、心身の状態等を本人又は家族等に尋ね、入所前の施設の職員等と連携を行い、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	より良く暮らせるように本人・家族等関係者それぞれの意見を反映し、本人本位の介護計画の作成を行っている。3ヶ月毎にモニタリングを行い、担当職員の経過報告を中心に、関係者の意見等も踏まえ介護計画の作成を行っている。	本人の思いや家族の意向、アセスメントの基にケース会議で話し合い、介護計画を作成しています。3か月毎に再アセスメントやモニタリングを行い利用者の状況の変化を捉え、通院時の医療情報や家族の意向の確認を行い、ケース会議で検討し介護計画の見直しに繋がっています。今後、計画の実施状況が読み取れるような記録に統一していく意向です。	
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	介護計画に基づいた日々の実践、様子を観察し、経過や新たな気づきをミーティング、モニタリング時に話し合い、職員間で共有しながら介護計画の見直しに繋がっている。		
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	理美容サービス等の利用、併設の特養、ケアハウスとの合同の施設行事に参加し、交流を行っている。		

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
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	協力歯科医の口腔ケアの指導、ボランティアによるレクリエーション、地域の童謡サークルへの参加。地域の催し物の見物、又は参加など地域の方々との交流、ふれあいを大切にした支援を行っている。		
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並びに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。	入居時にかかりつけ医の希望を聞き、其々のかかりつけ医への受診支援も行っています。家族が受診に行くときには利用者の日頃の様子を伝え、受診結果を聞いています。夜間や状態の変化があった時の対応は、入居時に家族と相談しており連絡を取りながら対応しています。	
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出来るだけ毎日お見舞を兼ね病院に行き病院関係者から経過説明や退院の日程、退院後の対応等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、地域の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、入所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入転居できるように支援している。	入居時には医療的ケアが行えないことや重度の方の対応で支援できることやできないことを説明しています。重度の方の病状を医師から説明してもらい、本人や家族の希望を大切にホームとして対応できることを検討しながら、できる限りの支援をしています。また職員は看取り支援の研修を受けています。	
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2回火災訓練を実施し、ホームでも毎月1回訓練する機会を持ち、避難経路等の確認を徹底している。	併設する施設と共に行う年に2回の消防訓練では、地域の方も来られ昼夜の火災を想定した避難誘導などの訓練を実施しています。利用者と防災頭巾を作ったり、毎月ホーム独自にも、地震を想定した訓練や初期消火、避難誘導等の訓練を行っています。今年は台風のため実際に併設施設に避難した経験をし、物品や人員の整備への課題が見え、体制整備に繋がっています。	

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
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	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等の介護の際もプライバシーに充分注意している。	利用者の尊厳やプライバシーを守ることを理念に謳い、入職時や毎月の会議、毎週施設長からの朝礼の言葉があり職員の姿勢や対応が個々の利用者を尊重したものになるよう発信しています。会議で職員心得の項目に沿って振り返ったり、不適切な言葉遣いがあれば都度どのような言葉掛けが良かったかを伝えています。	
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	出来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、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、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、爪切りや髭剃りなどについても日頃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	ホームでの食事作りは週1回程度だが、その都度季節感や利用者の意見に配慮してメニューを考えている。毎食の盛り付けや配膳等の準備、片付けは利用者と一緒にやっている。	併設の施設から日々の食事は運ばれ、ホームでご飯を炊いたり盛り付け、畑の収穫物を一品加えるなどして食事を提供しています。毎月ある給食委員会で利用者の希望を伝えています。月に2~3回は利用者から希望を聞き献立を決め、買い物から食事作りを一緒に行っています。職員は弁当の人もいますが一緒に食卓に着き食事を摂り、和やかな団欒の場となっています。また希望を聞き回転すしなどの外食に出かけることもあります。	
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	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に努めている。		
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等のケアを行なっている。		

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、可能な限りトイレで排泄できるよう声かけ・案内し、リハビリパンツ・パットを使用されている利用者にも随時声かけ支援を行っている。	排泄チェック表を用いて個々の利用者のパターンを把握し、様子もみながらその方のリズムでトイレ誘導を行い失敗のないよう支援に努めています。布の下着を着用することを基本と考え、カンファレンスでパッドなどの排泄用品の使用の検討も行い、自立に向かうよう取り組んでいます。	
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、必要に応じて緩下剤の服用もして頂いている。		
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	原則1日おきに入浴日を設定し、その都度その人の希望に応じたタイミングで入浴して頂いている。 また、希望があれば夕食後の入浴にも対応している。	毎日入浴の準備を行い、週に3~4回をめぐりに通常午後の時間帯に入れるよう支援しています。希望があれば午前や夕食後の入浴にも対応したり、入浴剤を使用しゆっくり入浴を楽しんでもらっています。拒否される方には、個々にその理由を探り誘導のタイミングや言葉掛けの方法などを工夫し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	夜間は概ね2時間おきに巡回し、その時期に応じて安眠できるよう室温や照明等を調整し、また馴染みのある家具等を使用したりするなど安心できる状態を保てるよう支援している。		
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	医師の判断に基づき、申し送り・引き継ぎを始めとして職員同士の目視・発言確認等でも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	担当職員が主となり、日常生活の中で個々に応じた役割分担を作り、それぞれの力を活かせ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	日常的にはホーム周辺の散歩を日課としている他、担当職員との外出や家族との外出支援を行い、また運営推進委員の協力も得て季節に応じた外出も検討している。	毎日、利用者の身体状況に合わせて散歩コースを選び散歩に出かけることを日課になっており、季節の移り変わりを感じながら楽しんでもらっています。日々希望が聞かれた時に喫茶店等に行ったり、家族を誘い少人数で温泉に行くこともあります。季節ごとに桜やコスモス等の花見には家族も一緒に行ったり、夏祭りや童謡コンサート等にも出かけています。	

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	買い物等に同行した際、能力に応じて自分で買い物して頂く機会を設けている。		
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	家族を始め、利用者との関係者とは随時電話で連絡を受けられると共に本人の希望に応じて電話の取り次ぎ等を心掛けている。		
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等に配慮し、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行なっている。	利用者全員で過ごせる空間と少し離れて少人数で過ごせる空間が複数あり、思い思いの場所で過ごせるようにしています。周囲の景色が見渡せる置の空間には足踏みマシンや火鉢などの懐かしいものを置き落ち着ける空間となっています。玄関やテーブル等に生花や季節を感じる飾り付けや利用者で作った作品が多く飾られています。毎日の換気や掃除、室温管理を行い、心地良い空間作りに努めています。	
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他に廊下にはベンチやソファ、畳を敷いた談話室等を配置し、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。	居室はベッドやクローゼット、洗面台が設置しており、入居時に使い慣れたものを持ってきてもらうよう説明しています。家族と相談し筆筒やテレビ、棚等を配置し、好みのぬいぐるみや趣味で作ったパッチワークや木目込み、家族の写真等を飾り、その人らしい居室となっています。希望があれば畳を敷き、炬燵を置いたり、布団で休むこともできます。一緒に掃除を行う利用者もいます。	
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	トイレや浴室等は分かりやすく表示し、居室の表札も利用者に応じて大きさを変える等工夫をしている。		