

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	1870300272		
法人名	医療法人 斎藤医院		
事業所名	グループホーム 藤の都 (A棟)		
所在地	〒915-0802 福井県越前市北府3丁目7-21		
自己評価作成日	平成25年度10月15日	評価結果市町村受理日	平成26年1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	http://www.kaijokensaku.jp/18/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&jiyosyoCd=1870300272-00&PrefCd=18&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25年11月7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)】

母体が医療法人の為、持病があっても安心して生活できるよう、看護師、医師との連携を密に図っています。また同法人内に療養棟・老人保健施設・デイサービス・小規模多機能があり、本人の状態に合わせて柔軟な対応が出来るようになっていきます。当ホームでは利用者様がいつも笑って暮らせるように職員が一丸となって日々の援助を行っており、いつも笑い声の絶えない明るいホームです。併設で2ユニットある為利用者様同士の交流があったり、職員の約半数を2ユニット共通にする事で、より柔軟な対応が対応出来るように努めています。また運営者主催で定期的に研修会があり職員の資質向上に努めています。

【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)】

医療法人が運営する当該ホームは母体の医院と連携し、毎月利用者毎に日を替えての往診や随時往診を受けることができます。医院よりグループホーム専属の看護師が月～金曜日の毎日2時間前後ホームにて全利用者の体調チェックを行っています。土曜日は医院の看護師が来訪し利用者全員の体調チェックを行ない申し送りノートにて24時間、利用者の体調変化など、いつでも相談できる体制を整え、利用者・家族の安心に繋がっています。また法人と共に自治会に加入し清掃活動などは地域の一人として利用者と共に参加したり、近所の方とお裾分けのやり取りをするなど良好な関係を築き自然な近所付き合いを行っています。災害訓練では地域の自警隊にホーム内を見てもらい協力体制を築くと共に災害時に地域の方を受け入れるよう取り決めていきます。また働き易い環境が整っており職員の定着率は高く利用者との馴染みの関係を築きながら、チームワーク良く利用者の思いに沿った支援に取り組んでいます。

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)	<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)	<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と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)	<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	「明るく家庭的な雰囲気」をモットーに地域や家庭との結びつきを重視した運営を理念に掲げ、見やすい場所に掲示し、管理者・職員ともつねに理念を念頭に置き日常の業務を行っている。	職員が意見を出し合い地域密着型を意識して作られたホーム独自の理念はリビングの見やすい場所に掲示し意識づけしています。全体会議で理念について話し合う機会もあり、日々の支援が理念に沿っているかを振り返り確認しながら実践に活かしています。	
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	職員は常々、外では挨拶を交わし利用者は散歩時など挨拶を交わしている。ご近所の方よりご自宅で咲いた花や野菜を頂いたりホームで作ったおやつなどを届けたりして交流の機会を増やしている。	近所の方から花や野菜が届けられ、お返しに手作りのおやつを届けるなど自然な近所付き合いを行っています。同じ地域にある法人と共に自治会に加入し地域の清掃活動などは地域の一員として利用者と共に参加しています。また小中高校生の授業の一環として体験学習などを受け入れ子供たちとも交流の機会を持っています。	
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	運営懇談会の折、市役所や地域の方と話し合いお互いに協力し合えることを話し合っている。		
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	毎回テーマを決め、そのテーマについて出た意見を参考に資料を作成したり、検討を行い利用者へのより良いサービスに努めている。	会議は隔月に地域の区長や市担当者が出席しやすい日に開催し、利用者や家族代表などの参加を得ています。ホームの状況や防災訓練等の報告の後、意見を交換しています。意見を受けて地域の自警隊にホーム内の様子を確認してもらったり、避難誘導場所の確認などを行い協力体制作りにつなげています。会議録は分かり易くまとめられ全家族に送付し内容を報告しています。	
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	運営推進会議以外にも、判らない事や相談がある時は、市役所にいけば各担当者が話し合いに応じてくれる。	市担当者は運営推進会議に参加があり、ホームの実情を知ってもらっています。管理者は日頃から市担当者と関わる機会が多くある他、市主催の研修に参加したり、分からないことがあれば気軽に相談し協力関係を築いています。	
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	全職員が身体拘束についての研修を受け、身体拘束のないケアを心掛けている。外部からの不法侵入等の防止の為、一部玄関ホールからフロアに通じる扉にのみ施錠しているが家族に説明し理解を得ている。	法人の身体拘束に関する研修は全職員が参加できるよう2日間にわたって行われ周知しています。拘束に繋がる言葉かけなどが見られた際は職員間で注意したり、管理者が会議時などに分かり易く伝えています。防犯と安全面からユニットの出入り口は施錠していますが外出したい方には、できる限り付き添いよう支援しています。	
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	職員が虐待に関する研修を受けている。9月にも市主催の関連研修に参加しマニュアル作成にも取り組み全職員が理解を深めるように勤めている。また疑わしい事があった場合は管理者に報告するよう話し合っている。		

グループホーム 藤の都 (A棟)

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	全職員が権利擁護の研修を受けており、個々の必要性和関係者に支援できる体制があり、行っている。		
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	契約の締結時には書面を確認しながら説明、改定時にも必ず書面とともに説明を行い、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	運営懇談時や個別に話し合う機会を得て意見、要望を聞きだすようにしており、より良いサービスに繋げられるよう努力している。	家族の意見は面会時や行事に来訪の際に聞いたり、介護計画の見直しの際には個々に電話を掛け聞いています。外出希望の意見を受けて、外食ツアーなどの企画を実施しています。個別に出された意見も職員間で検討し、利用者全体のサービスの向上へと繋げています。	
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	月に一回全体会議を開き、職員からの意見を聞く機会を作る他、随時管理者や副主任に意見を言える体制になっており、反映させている。	職員は日々の業務の中でケアに関する内容や業務改善など活発に意見や提案を出しています。意見は全体会議において職員間で検討し実施に繋げたり、職員体制など意見によっては法人に上げられ話し合われています。また管理者は職員の様子を見ながら随時声を掛け、職員の意見を聞くよう努めています。	
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	職員、個々に応じて役割を決め、責任を待って業務に取り組めるように働きかけている。		
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	研修に出来るだけ参加できるようにしている他、業務上、疑問や分からない事は先輩や管理者に聞いて教えるようになっていく。		
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	福井県グループホーム連絡協議会に加入し、相互交流や研修会を行い、ホーム・職員双方の質の向上に取り組んでいる。		

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	事業所相談員と連携し情報の共有を行い入所前に見学してもらうようにしている。本人家族からの聞き取りを行う事で要望や不安の把握に努めている。		
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	聞き取りの際に不安や困り事を伺い今後のケアの参考にさせて頂くと同時に入所契約時に独自の希望要望シートへの記入をお願いし、より多くの情報が引き出せるよう努め、よい関係作りに努めている。		
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	サービス導入時、利用者にグループホームが合うか見際めを行なっている。対象外であれば他のサービス利用も検討している。グループホーム対応になった場合に情報を共有に対応している。		
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	利用者の気持ちにハリや潤いを持って頂くため職員は言葉かけ雰囲気作りを大切に本人の気持ちに共感しながら援助を行っている。人生の大先輩である利用者から学ぶ事も多く勉強させてもらっている。		
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	お仕事されている、御家族に負担がかからない程度の呼びかけ(衣類・物品の補充や行事への参加)を行ないと共に支援していく関係づくりに努めている。ホームがある事により家族の関係も良くなっている。		
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	知人との面会や馴染みの場所への外出支援。家族の協力も得ながら可能な限り行っている。子のほか葉書への返事を出す支援や季節の節目に葉書を出す支援を行っている。	友人や知人が面会に来られた際は部屋に案内し、お茶やお菓子を出してもなし、いつでも来てもらえるよう声を掛けています。自宅を見に行き近所の方と話をしたり、よく通っていた店での買い物や馴染みの美容室へ継続して通えるよう送迎を支援しています。また年賀状のやり取りができるよう準備や出来ないことを支援しています。	
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	利用者の性格を把握し座席を決めお互いに助け合う場面を作ったりしている。利用者も共同生活を送る馴染みの顔になり、時には口論やトラブルが発生するがフォローに入り心地よい関係作りに努めている。		

グループホーム 藤の都 (A棟)

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	同事業所に移動された方には職員が会いに行っている。家族には相談員との連携を密にして必要に応じて援助している。		
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	アセスメントにて以前の生活習慣や本人の希望等を聞き取り、不可能な場合にも本人本位での検討に努めケアプランに反映させている。	入居時に家族に記入してもらった生活習慣などの情報を参考に話し合い意向の把握に努めています。入居後は担当職員が日々利用者との関わりの中で聞いた意向に繋がる内容などを基にカンファレンスを開き本人本位に話し合い意向を把握しています。	
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	家族や本人、担当ケアマネより情報を得てサービス利用開始後も本人との会話などから情報を収集し把握に努めている。		
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	個別に用紙を作り、排泄パターン、バイタル、睡眠時間等を人目でわかるようにして本人の身体状況を把握し、職員全員が本人の出来ること出来ないことを見つけるように努力している。		
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	担当者が本人・家族の思いを聞き、医師の意見を参考に立てたケアプランの原案をカンファレンスにて関係者で話し合い、ケアプランの作成に努めている。本人の状態に変化があった場合にはすぐ見直しを行い一ヶ月ごとにモニタリングも行っている。	事前に聞いた利用者・家族の意向を基に担当職員が暫定プランを立て、それを基にカンファレンスを開いて話し合い、ケアマネジャーが介護計画を作成しています。カンファレンスは利用者が参加する事もあり意見を聞いています。担当職員が毎月モニタリング及び評価を行いサービスの実施状況を確認し、6か月毎に再アセスメントの上介護計画を見直しています。必要に応じて医師や看護師の意見を反映しています。	
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	個別の記録をつけ、ケアプラン・心身状態の情報を共有し職員が日々の介護・見直しに活用している。モニタリング表にて毎月の実践、結果、気づき等を記入している。		
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	同法人内に療養棟・老人保健施設・デイサービス・小規模多機能があり本人や家族の状態に応じ柔軟な対応が出来るように努めている。		

グループホーム 藤の都 (A棟)

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	介護相談員の受け入れや地域の学校の体験学習、福祉学校の研修等を受け入れている。またボランティアの受け入れも行い利用者に楽しんでもらっている。		
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	母体の斎藤医院が主治医となっているが入所時に希望病院を聞き、利用者の状態、希望に応じて最善の医療が受けられる様に支援している。	入居時に希望のかかりつけ医を聞いていますが、殆どどの利用者が24時間連絡が可能な母体の協力医に変更しています。協力医は利用者毎に日を替えて往診があり、往診時に他の利用者に体調の変化があれば診てもらうことができます。家族と外部の専門医を受診する際は紹介状を渡したり、口頭で日頃の様子を家族に伝え、緊急受診の際は職員が付き添っています。母体の病院と連携し体制を整えています。	
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	グループホーム専属の看護師がほぼ毎日来訪して利用者の状態や細かい変化を把握している。職員も変化や気づきを報告し指示を仰いで、いつでも相談連携が取れる体制になっている。		
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。	母体が医療法人の為、入院時の情報交換や連携は出来ているまた他の医療機関への場合も病院、家族と情報交換を行い受け入れ態勢を整え、早期退院できるよう援助している。		
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	重度化した場合や終末期のあり方について、入所時から希望を聞き、説明を行っている。本人の状況に合わせ、本人・家族の要望を尊重し、家族と相談しながら本人にとってより良い状況になるよう支援している。	入居時に終末期の支援についてホームの方針を説明し利用者や家族の意向を確認しています。これまでに支援の経験はありませんが、希望があれば家族の意向に沿って支援する予定です。会議時などに看取り支援の流れについて話し合ったり、看取り支援の可能性があることを職員に伝え、方向性を共有しています。	
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	急変や事故発生時のマニュアルがあり職員が適切な対応ができる様に研修も受けている。マニュアル一覧を見やすい場所に置き迅速な対応が出来るよう心がけている。		
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	年2回の火災訓練(内1回は夜間想定)と年1回の災害訓練を行っている。火災・水害時には緊急連絡網により同法人内より応援が来る体制があると共に地区の自警隊とも協力体制の取り決めがある。	訓練は年に2回昼夜を想定し、1度は消防の立会いの下に行い、独自には通報や避難誘導、消火やシートを用いた搬送などを行っています。訓練は家族に案内を出し参加してもらったり、区長や自警隊にはホーム内を見てもらいながら協力体制を築いています。また災害時には地域の方を受け入れるよう決めています。	

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
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	利用者の声かけには本人を尊重した対応を心掛けており、馴染みの関係で、職員の対応が馴れ合いになっていないか会議やカンファレンス時に再確認するようにしている。また個人情報を書かれた書類は大切に保管し保護に努めている。	接遇やマナーについては毎月の全体会議の中で、言葉が乱れたり、馴れ合いになっていないかを振り返り確認しています。また個々に合わせて利用者が分かり易い言葉使いや声掛けを行い、不適切な対応があればその都度注意しています。	
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	おやつ時間に好きな飲み物を選んでもらったり、外食時のメニュー選択。入浴時間の希望を聞く等、自己決定できる場面を設け本人が選択すること、納得する事を大切にして支援を行っている。		
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	日課として行っているレクや体操等、職員側の声かけによるものもあるが、基本は利用者がその日の気分に応じてゆったりと過ごしており職員はその支援を行っている。		
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	家族の協力を得られれば本人の好みの衣類を用意してもらっている。また利用者本人に衣類を選んでもらったり、ホームでのお茶会の際には希望者にお化粧をさせてもらったりしている。		
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	もやしのひげ取りや盛り付け、後片付け等利用者の能力に応じて一緒に取り込んでいる。また季節の食べ物を取り入れ、暖かい食事が提供できるようにしている。また嚥下機能や病状に合った状態での食事を提供している。	法人栄養士が季節に配慮したバランスのとれた献立を立て、献立に沿って毎日食材が届き、利用者にしてできる事に携わってもらい一緒に調理しています。花見や遠足などの行事の際は出前の寿司をとってホームで食事を食べていただいています。検食担当の職員や弁当を持参した職員が談笑しながら共に食卓に着いています。	
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	同法人内の栄養士に献立を立ててもらっている。本人の状態に合わせて食事形態を替え全量摂取出来るよう援助している。またチェック表により医師の指示通りに水分管理を行っている。		
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	食後に声かけを行い本人の状態に合わせて援助を行っている。		

グループホーム 藤の都 (A棟)

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	独自に個別用紙を作り本人の排泄パターンを把握してなるべく失敗なくトイレで排泄できるように援助を行っている。本人に合わせた声かけ誘導を行い各居室にトイレがあるのでプライバシーやプライドにも配慮している。	排泄記録を参考にオムツを使用し、座位が難しい方も日中はできるだけトイレで排泄できるように支援しています。また各居室にトイレがあり、利用者の失敗の軽減に繋がったり、個々に合わせて支援する中でほとんどの利用者は排泄状況や皮膚の状況が改善するなど自立に向かう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	全員の便チェックを行い水分補給時にきな粉牛乳にしたり、毎日の体操でなるべく自然排便があるように取り組んでいる。		
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	希望の時間に入浴できるようにして本人のペースで入浴してもらっているが見守りだけで入浴できる方がおらず、職員の勤務に合わせて週2回と決まっている。2ユニットある為、入浴日を換える事は可能。	入浴は週2回、曜日を決めて朝から夕食前の時間で希望を聞きながら支援しています。希望や状況によっては別日に併設の別ユニットで入ることも可能です。ゆずや菖蒲などの季節湯を楽しんでもらったり、好みのリンスなどを使う方もいます。入浴を拒む方は声掛けやタイミングなどを工夫しながら入ってもらえるよう支援しています。	
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	本人のペースに合わせてながらも、夜間ゆっくり休んでいただけるよう、日中の離床やレクリエーション・作業を進めたり入眠前に皆様とゆったりおしゃべりしたりして睡眠のリズムが整うように援助している。		
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	投薬されている薬の情報ももらい、間違いがないようノートにて投薬量、残量の確認を行っている。飲み忘れがないよう必ず時間ごとにわけ職員が管理し必ず服薬確認を行い変化があればすぐに報告している。		
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	普段から利用者個人の話に耳を傾け本人が得意とする事や昔していた事、その人なりの能力を見極め役割分担を決め、本人の自信につながる様声かけ援助を行っている。		
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	その日の希望に沿っての外出は人員配置上難しいが家族の協力を得る事で実現されるケースもある。ホームからの外出支援時には希望の場所を聞き、個人の行きたい場所に日時を決めてお連れしている。	天気が良ければ散歩に出かけたり、季節の桜などの花見に出かけています。行事によっては家族にも声をかけ一緒に出かけ楽しんでもらっています。また個々の希望を聞いて買い物や自宅を見に行ったり、家族と映画に出かける方など、家族の協力も得ながら外出できるよう支援しています。	

グループホーム 藤の都 (A棟)

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	金銭管理の出来る方には小遣い程度自己管理していただき外出時には自分で払って頂いている。その他の方は小遣い程度、家族より預かり、出納帳にて管理、本人の要望を受け職員が購入している。		
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	本人の希望にて電話をかける支援があり行っている。また葉書や手紙が出せるよう便箋等の準備があり、便りの返事を書けるよう援助している。		
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	フロアは南側が全面窓になっており、とても開放的になっている。台所には分かりやすく手作りプレートを貼り、各居室入り口にも月ごとに飾りを下げ季節感を出している。空調管理も管理され快適な設定に保たれている。	共用空間は七夕や正月などには行事に応じた飾り付けを行ったり、壁に行事の写真や利用者と共に作った季節感のある貼り絵や花を活け、季節を感じてもらえるよう配慮しています。また大きな窓から入る日差しをカーテンで調整したり、車いすの方も移動しやすいようソファなどの配置を工夫しています。フロア内は空調管理を行い、掃除が行き届き快適に過ごせるよう配慮しています。	
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	ソファとテーブル席、畳があり、各自がその時の気分にあった居場所が確保できるようになっている。台所や廊下の奥、職員テーブルの横にも椅子を置き、思い思いの場所でくつろげるようになっている。		
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	ベッド・タンス・テーブルはホームの備品が置かれているが家庭的なもので、それ以外のものが必要とするものは使い慣れたものを持ってきてもらっている。	トイレや洗面台、ベット、タンス、テーブルセットが備え付けられている居室はゆったりと広く、利用者はテレビやソファ、カウチなどを持ち込み、家族と相談しながら配置しています。孫の写真や小物類を飾ったり、使い慣れた時計や趣味のパズル、本や新聞を自室で読む方もあり、ゆっくり落ち着いて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	必要箇所(フロア・トイレ・ベッド・浴室)には手すりが設置されている。物干しが高さ調節が出来るようになっており、またはブックハンガーで室内で椅子に座り安全に洗濯物が干せるように工夫している。		