

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7-25		
自己評価作成日	平成29年 9月 1日	評価結果市町村受理日	平成29年12月27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/18/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&dirvosyoCd=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29年10月25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専任の看護師が日曜日を除く毎日ホームにて2時間程度、利用者様の状態観察を行い、医師との連携を密に図っています。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り日々の援助を行って、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もあります。職員は常勤13名パート1名でユニットごとに固定の職員を配置し馴染みの関係を築いています。職員の8割が5年~20年と介護経験が長く、その内7割が介護福祉士を有しています。職員中11名が夜勤をし利用者様の昼夜の状態を把握し元気に楽しく暮らせるよう援助を行っています。また同法人内に療養型病棟・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)】

当該事業所は、職員間で様々な意見を出し合い利用者本位に検討しながら介護計画を立て、その計画に沿って日々の利用者支援に取り組んでいます。またアセスメントシート等の各種の書式を整え、記録を充実させたくえで支援に取り組むことで職員のスキルアップに繋がっています。運営推進会議には地区長や民生委員等、地域の方の参加を得て情報を得る機会となり、また職員が地域の認知症徘徊模擬訓練に参加して認知症に関する情報を提供したり、事業所の納涼祭で作った食事を近隣へ届ける等、地域との関わりを多く持てるようにしています。食事は出来るだけ季節の物を取り入れ、林檎を炊いたりプリンアラモード等のおやつを作って提供する等、食事が楽しいものとなるように努めています。職員のチームワークの良さが事業所の明るさと利用者の多くの笑顔にも繋がっています。

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 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)	○	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、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している (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
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。	事業所開設後に作成した独自の理念をリビング掲示し職員への意識付けを行い、職員の入職時にも理念に込められた思いを説明しています。個々の利用者の思いに寄り添い穏やかに過ごせるように日々の支援に取り組み、全体会議で笑顔で暮らしているかを振り返ることで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	ご近所の方とは職員は日々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を頂いたり、ホームで作ったおやつを届けたりして交流の機会を増やしている。	散歩では挨拶を交わし花をもらったり、事業所の行事で作った寿司などを差し入れ近隣の方と相互に交流しています。地域の認知症徘徊模擬訓練に職員が参加したり、夏祭りの際の子供神輿の来訪、毎月法人内の他事業所に利用者と訪問して楽器の演奏を楽しむ等、地域との交流を深めることで利用者へのサービスの向上に繋がるように努めています。	
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、市役所職員、区長、民生委員、家庭相談員の方々と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	二ヶ月間のホーム内での活動や利用者状況を報告して行政や家族、民生員、家庭相談員の方から意見を聞き情報を交換しながらサービスの向上に努めている。	会議は2か月に1回家族代表や区長、生活相談員、地域包括支援センター職員等の参加の下開催し、活動や利用者の状況の伝達、事故報告を行い意見交換をしています。センサーマットの使用について意見をもらい、拘束に関する事例を説明して使用しないことに理解を得る等、会議を運営に活かすように努めています。会議の議事録は全家族へ送付し内容を伝えています。	
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	運営推進会議以外にも、判らない事や相談がある時は、市役所、長寿福祉課の各担当者が話し合いに応じてくれる。	運営上の報告や相談で市の窓口を訪問しています。行政から研修の案内が届き可能な物には出席し、地域ケアネット会議では市の職員と意見交換する等で行政との協力関係の構築に努めています。	
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	全職員が身体拘束についての研修を受け、マニュアルも作成し身体拘束のないケアを行っている。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。	身体拘束についての研修は法人の年間計画に基づき実施されており、職員代表が受け事業所で伝達研修を行い知識を身に付けています。拘束の事例を時々職員に伝え、理解が深まるようにしています。防犯上フロア入口は施錠していますが、外出希望の利用者には体制等もみながら散歩に出掛けたり会話で気分転換を図り閉塞感のない支援に努めています。	

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
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	虐待防止に関するマニュアルがあり職員も研修も受けている。また疑わしい事があった場合は管理者やフロア責任者に報告する事になっておりすぐに話し合いの機会を作る事になっている。		
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	職員は権利擁護の研修を受けており、個々の必要性と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すべて説明を行っている。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	運営懇談会の時や面会時には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がられるよう努力している。	家族の意見や要望は面会時や電話、メール等で聞いています。家族から利用者を自宅に連れて行って欲しいと要望があり職員と一緒に出掛けたり、運動能力が落ちないようにとの要望を受け、出来るだけ利用者全員で体操をするようにする等、意見を個々のサービスや運営等に反映させています。毎月事業所から送る便りで利用者の様子を伝え意見を得やすいように工夫しています。	
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、随時管理者に意見を言える体制になっている。理事への報告も行っている。	毎月実施する全体会議や日々の中で随時に職員の意見を聞いています。物品購入の希望を聞き内容に応じて法人に上げて購入する等、意見を運営に反映しています。職員には介護計画や給食等の業務担当があり、担当として意見を聞くと共に、年1~2回法人理事との個別面談の機会があり広く意見を聞くように努めています。	
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、責任を待つて業務に取り組めるように働きかけている。外部の研修へも仕事として参加してもらい意欲の向上に努めている。		
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管理者や先輩に聞いて技術の向上に努めている。		

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
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、相互交流や地区部会・研修を通じて情報交換を行い、地域、職員双方の質の向上に取り組んでいる。		
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	利用者にグループホームが合うか健康診断も含め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は情報を共有し対応している。		
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	利用者に笑顔で暮らしてもらう為、職員は言葉かけ雰囲気作りを大切にしながら本人の気持ちに共感し援助を行っている。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	御家族の状態に合わせ、衣類・物品の補充や行事への参加等を行ないと共に支援していく関係づくりに努めている。外出支援や受診等、家族の協力も多い。		
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	家族が遠方の方は職員が家の様子見や親戚への訪問を援助している。また手紙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。	知人や友人、親戚等の来訪時には居室やリビングに案内し椅子やお茶を出してゆっくり過ごせるように配慮し、利用者の普段の様子を伝えることでコミュニケーションが円滑に取れるように努めています。冠婚葬祭等に家族と出掛ける際には服装や薬等の準備を支援し、手紙や年賀状の作成や投函を手伝うことで馴染みの人との関係継続の支援を行っています。	

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
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	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職員がフォローにより良い関係作りに努めている。		
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	同事業所に移動された方には職員が会いに行っている。またホームを退所されても家族には継続して相談員との連携を密にすると共にメールでも気軽に相談して頂ける様に話しをしている。		
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行っている。認知症により意見が言えない場合にも本人の立場になって考えケアプランを検討している。	入居時にはアセスメントを行い利用者の状態を把握すると共に、思いや意向を聞いています。入居後1週間は集中的に利用者とのコミュニケーションを図りながら支援し、思いや意向の把握に繋がっています。日々の何気ない会話や様子からも思いを汲み取り、困難な場合でも家族に相談する等本人本位に検討して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	本人や家族より情報を得てサービスを開始。事前の生活歴の調査や利用後も本人との会話、家族などから情報を収集し把握、職員が共有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生活パターンを把握し、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原案をカンファレンスにて本人・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。	アセスメントを基に作成した介護計画は毎月モニタリングを行い、3か月毎に評価を実施し6か月毎を基本とし見直しています。見直し前には再アセスメントを実施してサービス担当者会議を開き事前に聞いた家族や看護師、医師の意見も反映して利用者の現状に即した介護計画となるよう取り組んでいます。日々の介護記録には計画の実施状況を記載しています。	
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。		

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
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	同法人内に医療型療養棟・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。		
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が、利用者と共に地域の行事には参加できていない。		
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	母体の斎藤医院の医師が主治医となっているが入所時に緊急時希望病院を聞き、利用者の状態、希望に応じて適切な医療が受けられる様に支援している。	入居時に今までのかかりつけ医を継続可能であることを説明して協力医に変更するかを選択してもらい、現在は全員が協力医の診察を利用者の状態に応じて月2回の往診受けたり月1回受診をしています。協力医は24時間連絡や随時の往診も可能であり、眼科や整形外科等の受診も支援しています。毎日訪問看護師による健康チェックも受け協力医とも連携ができています。	
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、母体への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、文章と共に説明を行っている。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。	入居時に指針を基に重度化した際の事業所の方針を説明し、利用者の状態が進んだ際に改めて医師から家族に説明してもらい方針を決め、1週間ごとに家族から意向を確認しながら看取り支援に取り組む方向にあります。これまで看取り支援の経験はありませんが、法人内で連携し利用者に適切な対応が出来る施設を検討し紹介しています。また看取りの研修への参加も検討しています。	
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。誤嚥時の対応は定期的に行っている。		

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
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2回それぞれ昼夜の火災を想定して行い、内1回は消防署立会の下で利用者も参加して通報や避難誘導、水消火器を使用した初期消火の訓練を実施しています。また年1回水害や原発事故を想定した訓練を行い、近隣の法人施設に備蓄をしています。地域の自警隊と災害発生の際の避難時における協力関係を構築しています。	
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	利用者の声かけ、本人を尊重した対応を心掛け馴染みの関係から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している。本人の居室で話を聴くなどしてプライバシーや自尊心を尊重するよう支援を行っている。	プライバシーに関する研修は、入職時研修で伝えると共に毎年法人の研修に職員代表が参加し、事業所で伝達研修を行い知識を身に付けています。目上の方への敬意を持ち馴れ合いにならないように心掛け、苗字での言葉かけを基本としています。声の大きさに注意しプライベートな話は居室で行い、排泄支援時はカーテンを閉める等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	おやつの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。入浴時の時間や服の希望を聞く等、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、職員側の声かけにて行っているが、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本人の状態に合わせて作業などを組み込み、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	家族に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、入浴後の眉書きなど本人が大切にしているおしゃれを把握し支援している。		
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胡麻すり、盛り付けや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。	献立は昼と夜は法人の管理栄養士の立てた献立に沿って材料が届き、朝は事業所が決められています。利用者は下拵えや盛り付け等に参加し、職員も一緒に同じ物を食べています。おせち料理等季節の食事を作ったり、行事の時には献立を止めてバイキングを実施したり、利用者の誕生日会に好きなおやつを買いに行ったり、月に1度は外食に出掛ける等食事が楽しみなものとなるよう支援しています。	
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い、食材の提供も受けている。摂取カロリーを守り本人の状態に合わせて食事形態に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。		

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
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	食前にうがい手洗いの声かけ、食後に声かけを行い利用者の状態に合わせて口腔内が清潔に保てるように援助を行っている。		
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	個別シートによ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っている。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されている。	利用者個々に排泄の記録を取り排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせた声かけや案内を行っています。職員間で利用者に応じた支援の方法や排泄用品を検討し、排泄支援を継続することで失敗が減ったり、紙パンツから布の下着に変わる等排泄状況の変化の中で自立に向かい皮膚の状態が改善した利用者もいます。	
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看護師、医師との連携を密にすると共に本人の状態に合わせ、水分補給時にお茶を、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、体調に合わせて入浴日を換える事は可能である。	フロア毎に曜日を決めて週2回を基本に、外出した時や体調も見て変更しながら入浴を支援しています。入浴拒否が見られる場合は、日時を変えたり声をかける職員を代える等工夫して無理のない入浴に繋げています。好みのシャンプーの持ち込みも可能で、ゆず湯や菖蒲湯を実施する等、ゆっくりと会話も楽しみながら入浴してもらっています。	
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ながらも、夜間ゆっくり休んでいただけるよう、日中レクリエーション・作業を勧め離床を促している。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	薬剤情報をもらい、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関係職員が管理し必ず服薬確認を行っている。変化があればすぐに報告して主治医と連携を行っている。		
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	普段から利用者個人の話に耳を傾け、趣味の時間を作ったり、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本人の自信につながる様な役割分担を決め、声かけ援助を行っている。		

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
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。	体制に応じて出来るだけ日々の散歩や買い物に出掛けるように努め、職員と一緒に自宅や親戚の家に出掛ける利用者もいます。年3回の全体での外出行事では花見や遠足、菊人形展等に出掛け、また、家族との外出を楽しむ利用者もいる等、出来るだけ外出の機会を作るように支援しています。	
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	外出時には預かり金の中からその都度、手渡し自分で支払い出来る方にはして頂いている。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住所の把握や便箋等の準備があり、便り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。台所には手作りプレートを貼り、各居室入り口に月ごとに飾りを下げ壁には季節の貼り絵や歌などを貼って季節感を出している。空調も管理されており快適な室温に保たれている。	共用空間にぬいぐるみを飾ったり、利用者が書いた習字や貼り絵等の作品を掲示して温かい雰囲気を作っています。利用者同士の相性に配慮して机や椅子を配置し、温湿度計を設置して利用者の体感も考慮して室温調整を行っています。毎日清掃や換気を実施して快適に過ごせる共用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	ソファとテーブル席、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。台所や職員テーブルの横にも椅子を置き、思い思いの場所でおしゃべりしたり、くつろげるように配慮している。		
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・ダンス・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自宅から持ってきてもらって使用している。	入居時に馴染みの物を持ってきてもらうよう家族に伝えテレビやぬいぐるみ、家族の写真等の持参したものを職員が配置し、入居後の生活や希望に合わせて変更しています。編み物の道具や本を持ち込み楽しんでいる利用者もいます。掃除は利用者もモップ掛け等出来ることに携わりながら毎日行い、快適にその人らしく過ごせる居室作りに努めています。	
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。洗濯物はブテックハンガーで室内で椅子に座り安全に干せるように工夫している。居室に迷う方には大きく目印をつけるなど工夫している。		