

## 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	3372700678		
法人名	三喜 株式会社		
事業所名	グループホーム ぶどうの家		
所在地	岡山県倉敷市船穂町船穂1711-6		
自己評価作成日	平成30年10月1日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

### 【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 ライフサポート		
所在地	岡山市北区南方2丁目13-1 県総合福祉・ボランティア・NPO会館		
訪問調査日	平成30年11月26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)】

特に大切にしていることに、ご家族や関係者宛に毎月ご本人の様子をお知らせする手紙を出している。これを通じてご本人の思いやご家族の思いを共有したいと考えている。また、毎月約300件の地域住民にお便りをポスティングしており、事業所の活動をご近所に知らせること、入居者が地域の一員にして頂くことを目指している。散歩中に声を掛けてくださり、もちつきや祭り等地域交流のために開催している行事にも参加して下さる方が増えている。また、事業所も地域行事に参加している。

### 【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)】

法人代表者が大切にしている「目の前のその人を支える」という理念が職員に浸透している。どの職員も利用者の方と会話している時は、視線を合わせ、優しい笑顔添えて対応している。建物も畳を使った居住スペースと窓が多いため、明るい日差しが入り暖かい雰囲気を一段と醸し出している。利用者はほぼ90才代ではあるが、皆さん肌の艶も良く、又笑顔が多い。「ここはええ所よ。みんな優しいし、あんたも遊んでいかれえ」と私達にも声を掛けてくれる姿を見ると、利用者にとってもそれぞれの居心地の良い居場所になっていることが伺える。  
次にこのホームが優れていると思われる点は、2006年の介護保険制度改正で「認知症の人が住み慣れた地域での生活を・地域密着型サービスを」の見直しに添って営々と努力してきた事である。決して楽な道りではなかったと思うが、地域とのつながりへの試みは数多く結実している。この為の忍耐力と実践力は「ぶどうの家ならではの事」と思う。

## 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)	○	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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	外部評価		
			実践状況	実践状況 次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	・事業所を立ち上げた思いや目的に基づき、理念を作っている。 ・職員採用時に理念を話し、理解してもらう。 ・日々の申し送りや利用者との会話などを通して確認する。	「目の前のその人を支える・在宅にこだわる・どんな風に暮らしたいか一緒に考える・自分達の都合で投げ出さない」この理念は十数年も前から、今だにぶれる事なく引き続けられている。例えば「あなたも〇〇さんと一緒に食事したら？ペースも分かるから」とその場で新人職員と共有するようにしている。	代表が「目の前のその人を助けたい」との思いでこの事業を立ち上げたと聞いているが、7月の大災害後にも「このホームのおかげで救われた」と感謝している人の話を耳にした。まさしく、この理念の実践の証しだろう。
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	・挨拶をする。・地域の祭りに参加する。 ・花壇の草取り、水やり ・地域の方に事業所に来てもらい、一緒に楽しめる行事を行う。(祭り、もちつき)	地域とのつきあいは色々あるが、「町民の皆さんの買い物支援」「近くの子供達がたくさん来てくれる駄菓子屋」や又、最近は地域の環境フォーラム(地域のイベント)にも何回か呼んでもらい参加している。今年は豪雨被害もあり、地域の公民館の被災者にお風呂の提供を行い交流している。	
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	・幼稚園、小学生にも分かり易いお便りの作成 ・地元中学生のボランティアを受け入れている。 ・掲示板の作成 ・中学校にて出張認知症講座の開催。 ・認知症サポーター養成講座の開催		
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	・行事への参加・協力 ・広報誌配布の協力 ・地域の学校行事等の情報交換 ・外部評価	運営推進会議には行政(倉敷市介護保険課・包括)民生委員・コーディネーター・地域住民・家族・職員と参加者は多い。運営推進会議議事録には話し合いの内容が詳しく記載されていた。職員だけでなく、家族や地域の発言が活発に出ていた。	「企業主導型保育園計画申請中」という報告に対しても「この取り組みはすごい。地域に根付いた形となり、育てた子供がまたここに関わるかも」といった声も見られた。この様な会議を活かした取り組みを今後も期待している。
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	・事業所内のケアに関する実情や悩みを行政担当者に相談。 ・協会が主催する研修会の情報提供を行う	市町村が紹介した研修会に参加したり、情報提供及び情報交換をしている。行政に相談したケースとしては、生活保護の方で入退院を繰り返すと、経済的に苦しくなることの相談をし、後見人を付けるなどのアドバイスを受けた。	
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	・基本的に日中は玄関に鍵をかけない。 ・身体拘束をしないため、ベットから布団にするなど工夫する。	日中は玄関に鍵は掛けていない。運営推進会議議事録からも「危ないから」と言って止める事や、「良かれと思ってすることでも適量を超えると『拘束』になることがある。」との記載もあり、職員の声掛けにも参考になっていると思う。	日本建築の良さを踏襲して建てたこのホームでは身体拘束の場面はあまり考えられない。身も心ものびのびとしたこのホームの心地良さを今後も継続して下さい。
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	・事業所にて勉強会を行った。 ・研修に参加し、他職員に研修報告をしている。		

自己	外部	項目	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	・必要に応じて制度を紹介している。		
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	・管理者が、重要事項説明書を使い、説明を行う。 ・契約時、要望を聞きながら、本人・家族と共に介護計画をたてる。		
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	・要望や不安を聞くようにしている。 ・家族会の企画、お誘い ・行事、サマリーなどを通して家族の意見を聞く	毎月1か月間の利用者の様子と担当者の思いを伝えるお便りを出している。家族の面会も多く、その都度家族の思いも確認している。系列の認知症カフェ「茶々遊亭」(月2回実施)に声掛けし、数名の参加がある。夏祭りやもちつきなどの行事にも参加・手伝いをしてもらい交流をしながら意向を聴くようにしている。	
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	・職員ミーティング ・月1回の全体ミーティング ・リーダー会議 ・引継ぎ帳の活用 ・昼の申し送り	今年は西日本豪雨で、関連施設の被害もあり「今までの様には出来ていない」と聞いているが、ミーティングの場面や申し送りノートの活用や、夜勤専門の職員のための日中申し送りノートなどを駆使して情報共有や提案をしている。例えば、利用者の衣類の名前の書き方について本人や面会に来た家族の立場から見て「この書き方はどうか？」等の提案相談なども話し合われ記載されている。	
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	・勤務時間、日数の調整		
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	・法人内外での研修の参加の確保 ・外部の講師を招いて、勉強会を行う ・他の事業所への実地研修(交流)を行う ・外部研修のお知らせ		
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	・他の事業所へ研修に行く ・事業者連絡会に所属している ・見学・研修を受け入れる		

自己	外部	項目	外部評価		
			実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
<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	・利用するにあたって「何がしたいか」「何を求めているか」「これからどのような生活を送りたいか」を聞く。 ・本人に合わせてサービスをすすめる。 ・直近で入居した新規の方には以前利用していた事業所から情報収集をした。		
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	・本人とキーパーソンとなる家族等に話を聞く。 ・家族側の問題や思い・不安・要望を聞き、本人の思いと家族の思いを合わせて考えながら、ともに計画を立てる。		
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	・どんな支援が必要か、本人と家族と共に考え、ライフサポートプラン、介護計画を作成する。 ・以前利用していた事業所職員に支援のアドバイスもらった。		
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	・食事の準備、掃除を誘う。 ・洗濯物干し、洗濯物たたみ、買い物を共に行う。 ・イベントの企画に誘う。		
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	・家族ができること、事業所ができることを互いに確認しながら、一緒に計画を考える。 ・毎月お便りやサマリーを通じて、情報交換、意思確認を行っている。 ・家族会にて交流・行事への参加を促す。		
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	・外出支援(買い物・散髪等) ・自宅へ帰る。(希望があれば計画する。) ・かかりつけ医への受診同行。	以前の利用者で、豪雨被害に遭った方を受け入れる等柔軟な対応をしている。又、認知症の症状が進み筋力低下の方で外出が難しくなると、家族に面会回数を増やしてもらったり、馴染んだ近場へ気軽に出掛け、近隣の方との関係継続を支援している。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	・交流の見守り ・関係を把握し、座る場所、落ち着く場所をセッティングする。 ・洗濯物をたたんだり、掃除等同じ役割を持つてもらう。		
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	・入院された場合も面会に行き、カンファレンスに参加する等関係を大切にしている。 ・家族会参加の声掛け		



自己	外部	項目	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>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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1対1の対応(特に入浴、外出、夜間等)</li> <li>・実現するための打ち合わせ</li> <li>・家族への連絡、相談、協力依頼</li> <li>・困難な場合話し合い、方向性を確認する。</li> <li>・介護計画、サマリー、ライフサポートプラン、24時間シートの活用。</li> </ul>	お花を生けることが大好きなAさんには季節の花を楽しんでもらう。裁縫が得意なBさんには縫物のチャンスを。野菜のしょうやくで張り切るCさんには職員が願うなど、それぞれの思いを大切にしながら暮らしている。	今まで長年このホームの職員のように働いてきたDさんは「今はなんもできん。楽させてもらっている」と満足そう。これからも幸せな人生を送られることを願っています。
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会話、聞き取り(家族・本人・知友人)</li> <li>・24時間シート、サマリー、介護計画の活用。</li> <li>・担当者を決め、利用者と深く関わる。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会話、聞き取り(本人・家族)</li> <li>・表情、バイタルサイン、動作等の観察、チェック</li> <li>・食事量や排泄、体重等のチェック</li> <li>・受診時の同行、往診時の同席。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初めの介護計画は契約時に本人と家族から話を聞きながら作成し、内容を説明する。</li> </ul>	最初は家族や本人からの聞き取りの基で介護計画を立てているが、会話の少ない方は質問をし表情から汲み取り計画をたてている。しかし、その計画が合っていない時は、途中で変更する場合も含め、家族にその都度相談している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個々の情報はケース記録に記入し、職員の気づきや思いは随時のミーティングで相談し、に記入して、情報や思いを共有し、実践や見直しを行う。</li> <li>・日々のミーティングや記録の充実。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・答えられる方であれば本人の希望を聞いて、家族や友人等に相談、支援してもらいながら実行していく。(故郷巡り、お墓参り、旅行等)言葉にならない人には推測して実行する。</li> </ul>		

自己	外部	項目	外部評価		
			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	・民生委員・駐在さん・近くの畑を貸してくれる方など運営推進委員になってもらっている ・幼稚園、小・中学校と交流。訪問 ・地元のお店の活用 ・パン屋さん、ヤクルトさんに来てもらう		
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	・これまでのかかりつけ医への受診を基本としている ・受診に同行したり、訪問診療時に主治医と関係を築く努力をしている	訪問診療(内科)は2週間に1回～1か月に1回とその人毎に診てもらい、風邪や急病の時は往診で対応してもらっている。これまでのかかりつけ医の場合は、家族に同行してもらい受診している。しかし、緊急時は職員が対応している。	
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	・バイタルサインチェックを行い、異常の早期発見ができるように相談している ・利用者の状態等の報告 ・訪問看護ステーションと契約、事業所内の看護師との連携 ・医療機関とこまめに連絡をとる		
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。	・面会時に情報交換や相談に努めている ・カンファレンスに参加する ・入院時は面会に行き、家族・病院関係者との情報交換する		
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	・終末期のケアについて勉強会を行っている。 ・看取りに関する指針を定めている。 ・終末期に関するアンケートを実施。	入所時に看取りについてのアンケートを実施し、終末期のあり方についても話し合うが、思いが変わることもあるので、その都度確認している。今年度は施設での看取り1名と、最初は看取りを希望していたが、病院に入院したケースもあった。今後も看取りの勉強会を実施して支援していくつもりである。	
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	・3年に1回、救急講習を受けている ・事故時の対応マニュアルの作成 ・検索マップ作成・訓練 ・徘徊訓練 ・連絡網の作成 ・徘徊訓練に駐在さんや家族などにも参加していただく		
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	・2か月に1回、避難訓練を実施している・避難場所経路の確認・避難用グッズのリスト作成 ・近所の方には、火災等緊急時には避難の協力をお願いし、緊急連絡網にも記載している	消防署の方にも来てもらい、火災時の避難訓練をしている。時には、抜き打ちで避難訓練を行い職員に慣れてもらっている。訓練では2人態勢で移動し、全介助の方はシートで運ぶ等している。水害時は、作陽大学に避難を考えているがまだ具体的に話は進んでいない。備蓄品は、今までは水のみであったが、今後は食料等も考える予定である。	

自己	外部	項目	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>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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライベートに配慮したトイレ介助・入浴介助(一人ひとりの入浴)など行っている。</li> <li>・名前の呼び方は事前に確認する</li> </ul>	「トイレに行こう」「おしっこに行こう」等大きな声では言わないようにしている。排泄後の報告にも各個人のプライバシーに配慮しながら対応している。又、声掛けの時の工夫では「ざっくばらんがオーバーにならないように気を付けています」との事である。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日頃から希望が自由に言える関係づくりを大切にしている。例えば、買い物や食事に行く時には、チラシやカタログを見て、一緒に考えたり決めたりしている</li> <li>・出来る人には支払いを自分でしていただく</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・その日の天気や気候、季節感ある情報を提供する。</li> <li>・その日に実行できないようなことは長期的支援を行う</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の行きつけの美容院、洋服屋に行く</li> <li>・美容ボランティアの活用</li> <li>・日々の衣類の自己選択</li> </ul>		
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食事をしている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嗜好の把握(聞き取り・観察など)</li> <li>・食べたいものの確認</li> <li>・外食に出かける</li> <li>・体調、病状にあった食事の提供</li> </ul>	三食全て手作り。利用者皆さんは、食欲旺盛で食べやすい食器や形態を考えて提供している。全介助の方以外は箸を使いご自分のペースで食事をしている。お茶碗が持てない方は、おにぎりにして自分で食べれるように工夫している。配膳・下膳も自分で台所まで運んでいる。利用者皆で恒例のばら寿司作りをすることもある。卵焼き担当・混ぜる・仰ぐ係など楽しんでいる。	以前のように利用者が料理人として主役で働ける状態ではないが、一人ひとりに合わせた配慮が完食につながる。普通なら介助が必要と思われる人も自力で上手に食べる。「余計な手出しはしない」が自立を支援していて、生活全般にもこのメッセージが感じられる。
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヤクルトを個々に購入している。</li> <li>・必要時に高カロリー食栄養補助食品の導入。</li> <li>・買い物に行き、本人が好きなものを選んで食事を購入するときもある。</li> <li>・いくつかの種類を準備し、飲みたい物を聞き、状態に応じてトミ剤や寒天ザリーを用意する。</li> <li>・水分把握のためチェック表を記入している。</li> </ul>	qq	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎食後、職員が見守り・介助を行い、口腔ケアを行う</li> <li>・訪問歯科を利用したり、歯科受診に同行する。</li> </ul>		

自己	外部	項目	外部評価		
			実践状況	実践状況	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄の時間、量を記録し、パターンの把握に努める(排泄チェック表の記入、排泄の兆しを確認する職員の声かけ)</li> <li>・パット、パンツ等の検討(随時)</li> </ul>	1名の方のみ尿意があり、それ以外の人は紙パンツとバットを使用し、声掛けしトイレ誘導している。日中は居間から一番遠いトイレを使用し、歩行訓練も兼ねている。トイレへの声掛けも、耳元で声掛けし、顔く等意思を確認してから立ち上がりを促していた。便秘をしないように調整。訪問看護にチェックしてもらうため便秘のトラブルはない。	次のステップに向けて期待したい内容
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・水分摂取や食物繊維が摂れるよう工夫している。</li> <li>・ヤクルト、牛乳等の活用。</li> <li>・起床時に牛乳を飲用。</li> <li>・トイレでしっかり腹圧をかけて頂く。</li> <li>・薬の調整</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライバシーにも気を配る</li> <li>・1対1の対応でコミュニケーションを楽しむ</li> </ul>	浴槽には、どんな人でも浸かってもらうようにしているとのこと。その方の状態に合わせて入浴用の車いすも用意している。入浴の時間帯も特に決めていない。その時の様子と本人の意向に沿って対応している。入浴を強く拒否する人はいない。その日に拒否があれば、翌日に声掛けをし入浴してもらっている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅と同じように炬燵、畳、長椅子、ベット等それぞれに落ち着ける場所を作っている。</li> <li>・利用者の状況に応じた就寝時の寝具の準備。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一人ひとりの薬情報を整理している。(薬ファイルの作成。)</li> <li>・個別の薬袋を作り、そこに毎回の薬を整理する。</li> <li>・薬を準備したスタッフの氏名と服薬を確認したスタッフの氏名を記入する。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・掃除、調理、買い物等の支援</li> <li>・本人の思いに添った外出の計画。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ドライブ、外食を行う。</li> <li>・故郷巡りやお墓参り等家族や友人と打ち合わせをし、協力してもらいながら行った。</li> <li>・日中、玄関に鍵をしないので、出かけた時は職員が付き添って外出する。</li> <li>・日帰り旅行ができた。</li> </ul>	今年の日帰り旅行に、レスポワール藤が鳴へ行った。家族も数名参加し、利用者は全員参加した。利用者の状態によってバスや車を使い、対応した。「お天気がよければ」「気が向いたら」といった「思いたったら外出」が以前ほど多くはないが、このホームの特長の一つである。	



自己	外部	項目	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	・お小遣いは預かり金として事業所が管理しているが、買い物時は出来る人は支払いを利用者自身でしていただく ・預かり金は出納帳をつけており、家族、代理人に確認してもらっている		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に手紙のやり取りができるように支援をしている	現在手紙を書ける方はいない。		
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	・一般家庭と同じような住宅 ・一見雑多に見えるが、生活感はある	昔ながらの畳を使用し、誰もが懐かしい昔の暮らしを思い出される造りとなっているし、ここの居間は利用者も職員も常に近い距離で相対している。料理をする生活音や匂いなど「ここがグループホーム？」と、施設とは感じられない空間となっている。	改装した民家での暮らしから今のホームに移っても、居心地の良さだけでなく、可能な限り自立した生活に有効な空間を、今後も新人職員に大切に引き続いたケアを期待している。
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	・襖があったり、ソファやその他の家具の配置を工夫することで、他者の視線を気にせず過ごせる ・利用者は落ち着いて過ごせる居場所を自分で探して過ごしている		
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	・使い慣れた家具や布団、写真を持って来てもらっている	自宅で使用していたソファを持参し、〇〇と名前のついたお人形と一緒に寝ている。又昔犬を飼っていて、犬が大好きとのことから家族が犬のぬいぐるみをたくさん持ってきてくれている。その方の大切なものがある。このように、その人が生きてきた証しや、以前の暮らしの繋がりが感じられる居室になっている。	夜眠れない人に夜勤の職員がするりと添い寝し易いのは、やはりベッドではなく畳の上に敷いた布団の上。母親を思い出して安らかに眠りに就ける事だろう。こんな一コマを増やして欲しい。
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	・利用者の自宅と同じような普通の家であり、段差もある。利用者が自宅と同じように段差を意識し、自宅と同じように過ごしてもらうため、あえて段差を活用している ・手すりを設置・滑り止めの使用		