

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	4207021801		
法人名	有限会社 RAIMU		
事業所名	グループホーム来夢	ユニット名	1ユニット
所在地	長崎県佐世保市日野町732番地		
自己評価作成日	平成年月日	評価結果市町村受理日	平成29年1月24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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般財団法人 福祉サービス評価機構		
所在地	福岡市中央区薬院3-13-11 サナ・ガリアーノ6F		
訪問調査日	平成28年12月26日	評価確定日	平成29年1月19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)】

施設内に閉じこもるのではなく、散歩や外でのおやつ食べ、買い物、外出等外へ出る機会を多くしている。室内犬が居ることで、アニマルセラピーにもなっている。
--

【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)】

“グループホーム来夢”は馴染みの職員が勤務している。管理者の優しさもあり、職員全員の個性や背景を大切にしながら結束を深めている。“人(命)”を大切に思う代表の思いを職員も共有し、“入居者本位”“自立支援”を大切にしたり関わりを続けている。入居者の方々の「できる能力」を把握するように努め、包丁を使って“じゃがいも”の皮むきをして頂いたり、買い物に行き、食べたい物を選んで頂いている。家族との交流の機会も作られ、バーベキューと一緒に楽しむことができた。地元の小学生との交流も継続し、小学生から「介護士になりたい」と言う言葉を頂く事もでき、職員も嬉しく思っている。28年から法人全体を統括する施設長を配置し、職員個々の相談に応じたり、職員の更なるレベルアップのための研修強化が行われている。今後も「生活歴」「有する能力」「できそうなこと」「介助が必要な原因分析」「各活動の要望」等を丁寧に記録すると共に、職員全員で検討を続ける中で、更なる本質的ケアマネジメントの実践に繋げていく予定である。

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広がったり深まり、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	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	「らしく いきよう むげんに。そのらしさを大切に生きがいを持った生活が送れるように継続して支援をします。」という、理念の下、入居者一人ひとりのできることなどを把握し、職員は手助けをしていくように心がけている。	25年に職員全員で理念の検討が行われた。ホーム名「来夢(らいむ)」を大切にしており、「らしく」には“ご本人らしく”、「いきよう」には“命・生き生き”、「むげんに」には“継続して”と言う意味が込められている。職員全員で“有する能力”を把握し、役割や楽しみを増やすように努めている。	
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	外での納涼祭(バーベキュー)や、地域と触れ合える行事等を行い、参加していただき、入居者の顔を知っていただけようになりたい。散歩等で外へ出ることで挨拶などから顔作りをしていく。	入居者と家族参加の納涼祭が行われ、地域の方も参加して下さった。日野小学校の高齢者疑似体験の講師を務めたり、ホームでの交流も年2回あり、小学生とクイズや歌を楽しまれた。小学生から「介護士になりたい」と言う感想文を頂いたり、散歩の時に小学生から挨拶をして下さっている。	
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	以前は、街頭相談等行なっていたが、最近では地域貢献と言うことはしていない。散歩や買い物等で外に出ることで、声を掛けてくれる方は増えている。		
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回おこなっており、現状等を報告している。行事は写真つきで報告するようにした。	入居者の状況報告や外出行事、研修報告等も行われている。事故報告も行われ、ホーム内を透明化する機能を果たすと共に、職員の事故予防への意識づけにも繋げている。外へ出られる事(離設)が続いた時は、警察の方などに参加をお願いした。	今後も会議内容の検討を続けていく予定である。過去と未来(今後)を含めて変化している地域であり、子供達から高齢者を含め、今後の地域の「未来像」をテーマに、参加者の方々と「地域に必要なもの」等を考えていきたいと考えている。
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	新規の問い合わせや、書類提出時に話をしている。また、ケアマネ協議会の事務局をしているので研修等のお願いで連絡を取ったりはしている。	運営推進会議の議事録や事故報告を持参している。管理者が市役所に不明点を確認しており、市の担当者は親身に対応して下さっている。代表は認知症介護指導者として長崎県下の地域包括会議に参加し、地域や地域力、町作りのアドバイスをしている。	
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	基本的に身体拘束はしないよう心がけている。ただ、ソファが深めで立つのがやや困難だが、立とうとする行為が見られたときなどは、手を貸したりして拘束にならないようにしている	代表が佐世保市の虐待防止委員であり、検討会(研修会)の講師も務めている。法人内でも身体拘束(虐待)の内部研修を毎年行い、日頃のケア状況等を代表が確認している。「身体拘束はしない」事を徹底し、対応策の検討も続けており、今後も原因分析を深めていく予定である。	
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逃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	社内研修等で虐待について勉強したりしている。又、代表が市の虐待防止委員をしているので、情報を得ている。		

自己	外部		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、1名の方が安心センターの利用をしている。ほとんど、法人の事務長に対応していただいているので、GHの職員で対応することはほとんどない。		
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	入居時に、解約の方法等も話している。説明時に質問等ないか尋ねており、また、面会時等でも話を聞くようにしている。		
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	面会時に何か困ったこと、気づいたことなどを聞くようにしている。苦情は言いにくいと思うので、入居時の契約時に佐世保市や、国保連のことも伝えている。	家族にホーム便りを郵送しており、職員が日頃の暮らしぶり等を手書きしている。25年度から家族会を行い、28年はバーベキューを楽しまれた。面会時や電話で要望を伺っており、「歩かせてほしい」等の要望を頂いている。今後も有する能力を詳細に把握し、短期目標を設定していく予定である。	
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	毎月1回以上職員会議をしており、施設長も参加していただけているので、相談もしやすい。	長く勤務している職員が多く、調理や買物、外出等を含め、業務内容の意見を職員に確認している。代表と職員は「利用者の暮らし」という思いを共有できており、業務変更(リーダーを毎日決める等)に伴う多少の混乱を含めて、代表と施設長、管理者等と一緒に検討している。	
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	代表は多忙の為、毎日ではないが来られる日は顔を出していただけている。よく、声を掛けてくれるので、相談もしやすい。不在時は施設長を通じ、連絡を取り合っている。		
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	毎月1回、職員持ち回りで、社内研修をしており、皆で、勉強をしている。もちろん、代表が講師を行なうこともある。社外研修も、できるだけ参加していただくよう、職員で話し合いをしている。		
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	グループホーム協議会、ケアマネ協議会、介護福祉士会などに職員が入っている。ネットワークも代表を中心に行なわれている。		

自己	外部	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	入居前に事前訪問し、本人の希望等を事前に職員に伝えたりしている。それを基に職員も本人様に話しかけている。		
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	入居前の事前訪問で、家屋の要望等も聞いて職員に伝えるようにしている。		
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	入居の必要が無く、自宅で、他サービスを使って生活できるのであれば、対応する。実際に家ですごせると判断し、退居し、自宅で生活した方もいる。		
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	一緒に買い物に行き、おやつ等食べたいものを一緒に選んだりしている。また、茶碗拭きや、テーブル拭きなど、様々なことをお願いしたりすることもある。		
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	面会時に状態の報告や、月に一回、広報誌に近況報告を書いたりして状況を伝えている。また、本人様の状態によってだが、家族様にお申し、決まった曜日に電話をしていただいたりしている。		
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	買い物等で馴染みの方とお会いすることはある。お寺やお墓参りなど家族様の送り迎え等で行くことはある。	年賀状作成時は、入居者に書ける範囲で書いて頂き、家族に送っている。受診時や買い物の時に近所の方から声をかけて頂いたり、行事(外食)の時に馴染みの方と再会する事もある。馴染みの公園(パールシー)を職員とドライブしたり、家族と外泊される方もおられる。	家族構成や生活歴、病歴などを把握するようにしているが、今後は更に生活歴を深め、馴染みの場所や馴染みの方、幼少期の遊びや好きだった事などの話に発展させていくと共に、アセスメント記録に残していく予定である。
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	一人の入居者様のお部屋に仲がいい方が一緒に入り、写真を見せ合ったりしている。		

自己	外部	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	問い合わせや相談等があれば、対応しているが、こちらから連絡はほとんどしていない。入院等でやむを得なく退居しないといけなくなる場合の、今後の行き先等は、入居先を探したりしている。		
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	天候や当日の体調にもよるが、本人の希望に出来る限り添えるように声掛け等行い、買い物等にもいけるようにしている。	入居者とゆっくり話す時間を大切にしている。入居者から「お部屋に来て下さい」等の要望があり、「帰りたい」「家族の心配」等を伺う事も多い。意思疎通が難しい方もおられ、表情から喜怒哀楽を察知している。家族との話し合いも行われ、入居者の思いを叶える方法を検討している。	
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	過去の生活歴や今まで暮らしてきた生活等を事前に家族や本人等に聞いている。また、自宅にあった大切なものや写真等を持ってきていただくようにしている。		
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	毎朝バイタルチェック等で心身の健康状態を把握。調理でも、包丁を使っていたりできる方等の見極めをしておこなうようにしている。		
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	ケアプランの作成は管理者が行い、その後、皆で職員会議等で検討している。実行表も作成し、記録にも残すようにしている。	入居者の要望や職員の意見も踏まえて計画を作成している。お盆拭きや茶碗拭き、洗濯物干しや洗濯物たたみ等、ご自分でできる事をして頂いている。ご本人の計画として、今後も計画内の表現を見直すと共に、24時間全般のケア内容を3表等に網羅する予定である。	計画に繋がる24時間全般のアセスメント項目(認知能力・意思決定能力・歩行能力等)の記載方法を検討すると共に、介助が必要な原因、要望、できそうな事(目標設定)等を検討し、計画の根拠記録(アセスメント)を充実させる予定である。
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	記録の時間等とはらず、できるだけ、あったそのときに記録を残すようにしている。リーダー制をとるようにし、記録兼、見守り、フロアリーダーとして全体の把握に努めるようにしている。		
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	外への外出や、その方にあったプランになるように一人ひとり違うプランを心がけている		

自己	外部		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	買い物等も毎回ではないが、その方が行っていたスーパーや近所のスーパー等にも行くようにしている。		
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	基本的に協力病院に主治医をお願いしているが、その他に、希望される病院等があれば、そちらの病院でもいいことを伝えている。現在、1名のみが以前からの病院を引き継いでおり、往診をお願いしている。	往診や訪問看護(毎週)を受けている。ホームの看護師にも相談でき、24時間体制で協力医療機関と連携が取れている。必要に応じて他の協力医との連携も行われ、家族と受診結果を共有している。職員の観察力も深くなり、早期対応に繋がっている。	
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	現在、看護師の資格を持った職員が介護士兼看護師として常勤でいていただいている。また、1週間に1度、訪問看護ステーションに来ていただいて健康チェックをしていただいている。		
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。	病院のケアワーカーさんとも密に連絡を取り状況等の把握に努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化すると、病院への救急搬送や医療が必要な方は、対応ができる施設等への紹介等をしている。現在の職員での力量や入居者様の介護等を考えると、目が話せない方々も増え、ターミナルケアをしていく体制が十分とはいえないので家族さんにも緊急時は搬送する旨を伝えている。	契約時に方針を説明し、家族などの意向を伺っている。終末期ケアの経験はないが、職員は緊急対応等の研修を受講し、急変時等に備えている。ホームの看護師にも相談でき、訪問看護師からもアドバイスを頂いている。24時間、医師への連絡はできるが、夜間は必要に応じて救急車搬送を行っている。	
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	事業所にはマニュアルを作成している。出来る職員で応急手当やすぐに看護師、または、契約している訪問看護ステーションの職員に連絡するようにしている。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている	現在は、年に2回の消防訓練しか実施していないが、毎月1回、避難訓練だけでもしようかという意見が出ている。寒い時期が終わり、外に出かける前等に避難訓練を兼ねてやろうと思っている。	スプリンクラーを設置している。年1回は入居者・消防署員・消防団と一緒に訓練を行い、自主訓練もしている。災害に備えて水や食料を準備し、隣接の他事業所との協力関係もあり、合同訓練に向けた話し合いを続けている。地滑り危険区域であるが、補修工事は完了している。地域の避難場所も確認しており、雪対策もマニュアル化する予定である。	

自己	外部			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		何らかの理由があって行動されていると思うので、まずは、職員一人ひとりが気づくことが出来る能力が不可欠となると思う。	認知症になられても、人生の先輩として対応するように心がけている。言葉遣いに配慮しているが、語尾が強くなったり、大きな声になる時もあり、職員自身が気づき、反省する機会も増えている。ご本人の意思決定も大切にしており、質問形式で声かけし、ご本人に選んで頂いている。	
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		本人様の意向をしっかりと尋ね、できる限り対応できるようにしていきたい。出来ることは出来る限り自分で。出来ないことをこちらで対応するようにしている。		
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		パーソンセンタードケアを目指しているが、まだ、スタッフ中心のケアになっている。入居者様の希望に出来るだけ沿うようには心がけているが、職員の都合で入居者様にお願ひすることも見受けられます。		
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		身だしなみは自身でお願いしているが、おしゃれに関しては、十分とは思えない。同系列のGHでは、ネイルアートを行ったりしているが、同ホームは日程の都合で出来なかった。		
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		行事食の盛り付けをくふうしたり、家族様も参加して外でお食事をしたりしている。	3食ともホームで調理しており、朝食は職員も一緒に食べている。入居者も“もやしの根切り”やお盆拭き、包丁でじゃがいもの皮むき等をして下さり、職員の庭で採れたツワの皮むきもして下さる。干し柿作りも楽しまれ、柿の揉み方等のアドバイスをして下さっている。	
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		一人ひとりで食事量も調整している。入居して体重増加もみられ、本人、家族と話して、食事量を減らしている方もいる。水分量も必要な方は夜間もお部屋に水分を準備している人もいる。		
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		毎食後、必ず口腔ケアをしている。また、希望者やこちらで必要と思った方は歯科衛生士にお願いし、口腔ケアをしていただいている。		

自己	外部		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	本人から、言われる方はその時に対応し、言われない方は、昼間は食事前、入浴前等の他に、間隔を見てトイレ誘導している。夜間は、ポータブルトイレの設置等や、トイレまで、時間を見てトイレ誘導している。	排泄が自立している方が多い。排泄チェック表を付けており、2人だけ個別誘導している。トイレでの排泄支援を続けており、夜もトイレに起きられている。食事や運動療法で自然排便を促しているが、下剤が必要な方もおられ、服用後の便失禁対応も迅速に行い、周囲に気づかれないように努めている。	
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	排便コントロールは、独自で表を作成し、内服等も含め行なっている。また、歩行訓練等も兼ねて行い、排便できるような運動を行なっている。		
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	曜日等は決めず、表にして長くは入れていない方等を入れている。時間帯も午前中もあれば、午後からもはいついていただいている。夕方は職員も減っているので足浴、手浴のみ行なっている。	お風呂好きな方が多く、湯船に浸かり、職員との会話を楽しまれている。シャワー浴を希望する方もおられ、足浴をしながら保温に努めている。菖蒲湯も生まれ、夕食後に足浴を行う時もある。できる範囲は洗って頂き、同性介助も行われている。計画にも入浴支援を盛り込む予定である。	
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	内服も含め、夜は出来る限り静かな雰囲気休めるようにしている。豆電球を暗めにしていたりしている。		
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	薬の勉強会を開催したり、一人ひとりの薬の情報を事務所の入り口に置いており、すぐに見れるようにしている。		
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	ケアプランに反映しており、プランに沿ったケアをしている。本人様の希望等を聞くように信頼関係を築き、コミュニケーションを多くとるように心がけている。		
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	グループホーム周辺の散歩等は時間があれば、一緒に回っている。買い物等も一緒にいっているが、遠い場所や時間がかかる場所(お墓参りや、お寺など)は家族にお願いしている。	天気の良い日は外の庭でお茶会を生まれ、歌も聞かれている。毎月の外出(花見・パルシー・平戸の足湯・浅子地区の海を見学)以外に、木曜と日曜はデイがお休みのため、大型車でドライブしたり、お弁当を持って公園に出かけている。近所のスーパーで商品を選んで頂いたり、近くの豆腐屋まで散歩し、おからドーナツや豆乳等を買われている。	

自己	外部	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	現在、小額のお金は本人様でもたれることはあるが、ほとんど使うことはない。買い物等でGHのお金を渡し、お支払いをしてもらったりしている。		
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	携帯電話を持っている方もいるが、夜中に自身で取りに行こうとして転倒される事があり、現在はこちらで夜中だけ預かり、着信があれば、本人さんに直接渡すようにしている。昼間は本人に渡している。また、家族様からのGHの電話にかかってきた場合は、取り次ぐようにしている。		
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	季節的な壁面を作成したり、飾りをおこなっている。温度、湿度は特に気を使い、風邪が蔓延しないように気をつけている。	玄関で愛犬(龍君)が出迎えて下さる。職員が自宅から持参した季節の花を活けており、入居者の方がお花の生け方を教えて下さっている。加湿器を活用し、洗濯物を干して加湿に努めると共に、窓を開けて換気をしている。ソファーに座って団欒し、窓から青空を眺める事もできている。	
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	仲の良い方々同士でお部屋で話をされたりしている。買い物も職員と一緒にしたりし、楽しんでいただけていると思う。		
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	家族の写真や本人様の写真は室内に貼っている。入居時に写真や思い出のある品を持ってきてほしいことをお願いしている。	筆筒や手鏡、お琴、遺影など、大切な物を持ち込まれている。写真や人形等も飾られており、居室のレイアウトを家族と一緒にしたり、筆筒の整理整頓をして下さる方もおられる。入り口には顔写真を飾っているが、居室がわからない方は職員が誘導している。	
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	ほぼバリアフリーだが、完全ではない。自宅に帰ることもあるので、完全なバリアフリーにしないという代表の考えもあるので、どうしても出来ないことも出てくる。出来ることは本人と相談し行なってもらっている。		