

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	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
<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	経営理念のほかにグループホームくらしでの支援指針が定められており、「一人ひとりの想いと笑顔を大切に」を職員一人ひとりが意識して利用者に関り、実践につなげている。	法人の理念(熱意、愛情、根気)を基にしたホーム独自の支援指針があり、玄関と事務所に掲示され、契約時に利用者や家族に説明している。また、職員は事務所に掲示してある指針を確認したり、会議などで随時確認することにより、理念や指針の実践に繋げている。理念や指針にそぐわない行動が職員に見られた場合には、計画作成担当者とリーダーが事前に職員に対する伝え方などを検討してから、本人に理解を促している。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	コロナ禍で地域との交流が減ってしまったが、ボランティアの導入や地域のスーパーへの買い物、散歩に出かけ地域の方と会話をしたり、焼き芋会を開き交流ができるようにしている。	法人として自治会に加入し、自治会費を納めており、地区の情報は区長を通して文書や口頭で伝えられている。感染症の流行で地域との付き合いが減っていたが、徐々に交流が増えてきており、地域の保育園児と交流したり、運営推進会議を兼ねて焼き芋会を開催して交流している。また、年末には地域の方からしめ縄作りを学んだり、令和8年年明けには5年ぶりに開催される三九郎に参加する予定である。更に、年2回ある地域行事の道普請にもホームとしての参加を打診している。ホームには演芸のボランティアが来訪し、シンセサイザーとカホン(打楽器)の演奏会があり、利用者が大変喜ばれたという。	
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	運営推進会議などの場で、認知症についての質問や疑問があれば答えられる場を設けているが、積極的にはまだ行っていない。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	2か月に一回運営推進会議を行い、サービスの実際、評価について報告を行っている。報告事項に質問があれば答え、意見交換をし、サービスの向上につなげている。	基本的には2ヶ月に1回の開催となっており、利用者や家族、区長、民生委員、地域包括支援センター職員、ホーム職員が参加している。会議では活動報告や利用者状況の報告、感染症状況の報告などの後、質疑応答があり、活発に意見交換がされている。今年11月には焼き芋会を兼ねて運営推進会議を実施し、利用者との交流を行ったという。	
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	介護サービス相談員の来所時は普段の利用者の様子、職員の対応を見られている。社会福祉協議会とも連携し、ボランティアの導入・認知症のマフの導入に活かしている。	村の担当課や地域包括支援センターとは随時連絡を取り合い、相談や助言などをいただいている。2ヶ月に1回、介護サービス相談員が来訪し、利用者との交流後、活動連絡票にてホーム側にフィードバックしている。また、介護認定更新の際には広域連合の調査員が来訪し、家族の立ち会いや職員の立ち会いの下、実施している。	
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「介護保険法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	身体拘束廃止、不適切ケア、リスクマネジメントについて職員一人ひとりが研修を受けて理解している。玄関の施錠は防犯上夜間のみ、ベッド位置やベッド柵にも留意し、スピーチロックにも取り組んでいる。	身体拘束適正化委員会を2ヶ月に1回、隣接の老人保健施設と合同で行い、身体拘束や不適切ケアについては各職員がタブレットにて研修を受けている。現在、転倒・転落リスク軽減のためセンサーを使用している方がいるが、家族には説明し、随時アセスメントしている。また、スピーチロックについてもグループホーム会議にて話し合い、人権意識を高めている。	

グループホームくらし

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	高齢者虐待の研修を職員一人ひとりが受けて理解している。また、職員の心のケアにも配慮しストレスケアチェックを行っている。		
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	計画作成担当者が主として理解しているが、職員一人ひとりが学ぶ機会はまだ行えていない。		
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	契約前からご家族やご本人とヒアリングの時間を設け、疑問や不安に寄り添っている。質問も行えるようにしている。		
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	契約時などに意見・要望などについて説明をしている。意見があった場合は、直ちに部内で検討し改善を行っている。利用者からの要望も部内で検討し、要望に沿った改善を心がけている。	ほとんどの利用者が自分の意見や思いを表出でき、併せて職員は日常的な会話や表情、仕草などから汲み取るようにしている。また、家族からは面会時や受診の付き添い時に意見や要望を聞いている。出された意見は、それぞれ必要に応じてグループホーム会議で話し合ったり、職場代表者会議に議題として出し、日頃の支援に反映できるようにしている。法人としての広報誌「まめったい」やグループホーム新聞「くらし新聞」を季節ごとに発行し、ホームでの利用者の様子が家族に分かるようにしている。	
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	グループ会議で発言の場を設けている。また、個人的にも言いやすい環境やコミュニケーションを図り、リーダー会や職代会に挙げ、それ以外でも随時上層部に相談し提案などをできる限り実行実現している。	月1回グループホーム会議があり、情報伝達や行事の打ち合わせ、利用者の支援指針の確認などを行い、職員自らが考えて発言できるように配慮している。必要に応じて職員からの要望や意見は、職場代表者会議などに上げて反映するように努めている。また、法人として自己評価制度があり、自己評価と他者評価を行った後、年2回施設長と面談する機会がある。職員のメンタルヘルス対策として、毎年ストレスチェックも実施されている。	
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	個人の体調や力量に合った勤務表の作成、労働時間の厳守を行っている。年2回管理者との面談があり、その場でやりがいや向上心、意向について話す機会を設けている。		
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	力量や経験年数による各種研修会への参加やインターネットによる研修を行い、働きながらトレーニングできる環境を設けている。また、日々のケアについてはリーダーから直接指導を行い、レベルアップを図っている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	グループホーム連絡会に加入しており、2か月に一回集まって意見交換や研修を行っている。自設の困りごとの相談や他施設の取り組みを知ることで新たな視点が持てたり、サービスの質の向上に役立っている。	
<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	ケアマネが中心となり、まずご本人との信頼関係が構築できるよう何回か顔を合わせたり、話しやすい雰囲気を作って本人の困りごとや想いを把握できるよう努めている。	
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	事前に施設見学をしていただき、雰囲気を見てもらっている。その際、ご家族の不安や要望、想いをお聞きし状況の把握、提案をさせていただいている。電話でのやり取りも行き、随時対応できるように努めている。	
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	家族とご本人の想いを受け止め、できる限り想いに沿ったケアができるように努めている。	
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	役割を持って活動できるよう、得手不得手を見極めその方に合った、その方が行ってきたことが出来るよう職員は最低限のサポートやアシストを行っている。その際、利用者から教えてもらうこともあり、共に支え合っている。	
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	外出・外泊・通院・面会などを通し、一か月に1回は関わりを持たれている。会う頻度が少なくなった場合には、家族に協力を得ている。	
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	感染症の対策として自宅への外出や少人数での食事であれば可能という制限があるが、徐々に馴染みの人や場との関係継続の支援をはじめている。	知人の来訪はないが、随時親族の面会がある。法人の方針として感染予防のための制限があるものの、家族と自宅に帰って宿泊したり、馴染みの店で買い物をしたり、馴染みの生花店で買い物をしてホームで趣味の生け花を行うなど、馴染みの人や場との関係が途切れないように支援している。
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	相性や作業の適性を見て席の配置を行っている。利用者同士が共に支え合う生活を自身で作られていて、職員も学ぶ機会がある。	

グループホームくらし

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	退所された後もご家族の想いや現在の様子をお聞きしている利用者がいます。今後も希望があれば行っていきたくと考えています。		
<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	ご本人にお聞きしてもなかなか本心は話してもらえないことや言葉で言い表すことができないこともある為、日々の会話の中から思いを汲み取ったり、本人の立場に立って考えられるよう努めているが、職員全員が行えてはいない。	ほとんどの利用者が自分の希望や意向を表出することができるが、その方の言葉だけでなく、生活歴や家族からの情報、日々の関わりの中での気づきなどを基に吸い上げるようにしている。また、利用者一人ひとりのできることや趣味などを掘り起こし、継続できるように支援している。ある利用者は生け花が趣味とのことで、職員と一緒に花を買いに出向き、ホームで生け花を楽しんでいる。	
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	生活歴やその方の歴史を大切にしている。事前情報だけでは把握できないため、日々の会話の中から聞き取り、書きとめて情報を職員で共有し、利用者の理解を深めるように努めている。		
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	お一人おひとりの一日の様子、心身状態、有する力などは記録に残し経過が追えるようになっていく。一日の中でケース記録が一つもない状況にならないように努めたい。		
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	計画作成担当が主となり、モニタリングは各担当からの送りを受け、プランの見直しや評価はカンファレンスを開いて意見を出し合ってその方の今に見合ったものになっている。家族からも意向をお聞きし繁栄させている。	各職員が1名の利用者を担当し、居室の管理だけでなく、モニタリングも行っている。介護計画の長期目標は1年、短期目標を6ヶ月に設定し、日々実行できているかチェックする「ケアプランチェック表」や居室担当のモニタリング、ケアカンファレンスなどを基に計画を作成している。家族からは面会時や受診の付き添い時に意見や要望を聞き、計画に反映するようにしている。また、利用者の状態に変化があった場合には、随時、変更を掛けている。	
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	個別のケース記録に残している。職員はその日のケース記録にすべて目を通し把握するように努めている。実施したケアや処置が適切であったか、経過を検討し、より良いケアにつなげている。改善が必要なケースについては随時カンファレンスを行い計画の見直しを行っている。		
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	出来る限り家族やご本人の意向に応えられるように努めている。今までのやり方に固執せず、初めてのことにもやってみようというスタンスでいる。		

グループホームくらし

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	子供の勤務先であるスーパーや馴染みのあったスーパーに買い物に行く支援は行っている。利用者全員の地域資源の把握ができていない為、本人の会話などを通じて、情報を収集していきたい。		
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	在宅時の主治医を継続してもらっている。受診時は基本家族対応で行っている為、ご家族にも主治医にも分かりやすいように状況書を作成し連携を図っている。必要に応じて職員が同行する場合もある。	ほとんどの利用者が在宅時のかかりつけ医を継続している。基本的に受診の付き添いは家族対応となっており、職員が情報提供書を作成し、家族に十分説明してから受診している。職員が受診の付き添いをする場合には、受診後、家族に結果を報告して連携を図っている。隣接の老人保健施設に看護師がいるため、随時医療面での相談ができ、24時間オンコール体制も整っている。また、定期的に老人保健施設の歯科衛生士が来訪し、利用者の口腔ケアや職員へのアドバイスも行っている。	
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	職場内に看護師は不在の為、併設の老健と看護提携をしているため、必要に応じて相談や状態の確認を依頼し、ケースによっては受診につなげ支援している。		
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。	入院時は医療機関に迅速に情報提供を行い、利用者の療養に活かせるようにしている。病院MSWと連携を図り、退院に向けたカンファレンスなどにも出席し、退院後の生活がスムーズに送れるように病院・家族と連携を図っている。		
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、事業所の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	入所時に当施設では看取りを行っていないことを説明し、理解していただいている。また、経過の中で重度化された場合の住み替えの必要性も説明し、家族の意向を伺っている。体調の変化や介護度が上がった場合、主治医の指示や判断を仰ぎながら、施設でできる限りの対応を行っている。	法人としてホームでは看取りを行わない方針であり、契約時に利用者及び家族に十分説明し、理解していただいている。法人が運営する老人保健施設が隣接されているため、重度化した場合には住み替えを含めて家族と話し合い、より良い方向に向けて検討を重ねている。その際には老人保健施設医師や看護師にも相談して家族に伝えている。	
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	急変や事故発生時はマニュアルに沿って行い、応急処置は併設老健の医師・看護師が行い、または指示を受けながら行っている。実践力として心肺蘇生法やADEの取り扱いなどの訓練を定期的に行って行きたい。		
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	年に2回併設の老健と合同で防災訓練を行い、1回はGHが火元の想定で利用者と一緒に訓練をしている。併設老健が町の福祉避難所となっており、地元住民との協力体制もできている。	年2回隣接の老人保健施設と合同で防災訓練を行っている。今年度は春に水害想定、秋に火災想定とし、地元消防団や消防署員の立会いの下、実施した。法人として災害マニュアルがあり、老人保健施設には「米」「飲料水」「缶詰」「毛布」「カセットコンロ」などが備蓄されている。また、ホーム周辺では河川の増水時に水害被害が想定されるため、運営推進会議で連携体制について話し合っている。	水害を含めた防災訓練を実施したり、運営推進会議で防災時の連携について話し合いをしているが、更に、区長や民生委員をはじめとした地域住民の参加や連携について具体的に進めていくことが期待される。

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
<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	尊厳を重視し、利用者に敬意を払う、言葉遣いに注意する、排泄や入浴の場面では羞恥心に配慮することは基本的なことであり重視して取り組んでいるが、全職員ができているかという点ではない。	ホームの約款に「独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持すること」と利用者の権利が明記されており、年2回の人権に関する法定研修を受講することによって、職員の人権意識を高めている。利用者への呼びかけは苗字に「さん」付けで呼びかけ、入浴や排泄など羞恥心が伴う支援の場面においては配慮するように心掛けている。	
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	一人ひとりに合わせた声掛けを意識し、思いや希望が表現できるように心掛けている。些細なことでも本人が決められるよう、声掛けをしたり、日々の関係性の構築に努めている。		
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	施設の大まかな一日の流れはあるが、本人の気持ちや体調を観察し、できるだけ本人のペースで過ごせるよう支援している。		
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	生活歴、好み、家族の意向を把握するようにしている。また、自身で衣類の選択ができるようタンスの中を整理し、見やすく取り出しやすいようにしている。鏡を見てもらう時間を設け、本人に意識してもらっている。		
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	献立は利用者と一緒に考え、調理も共に行っている。誕生日会時には本人の希望を聞き好きな料理でもてなし、月に数回の希望献立は旬の物を生かした料理で季節を感じられるようにしている。	ほとんどの方が自立しており、中にはキザミやトロミの方もいる。献立は利用者に希望を聞いたり、食事制限のある利用者については主治医にも相談しながら決めている。食材は利用者と一緒に買い出しに行き、下ごしらえも利用者の状況に応じて一緒に行っている。また、調理レクリエーションとしてパフェ作りやおはぎ作り、七夕饅頭作り、干し柿作りなどを行ったり、ホームの畑でナスやキュウリ、トマト、ピーマン、シソなどを栽培し、採れたての旬の味を楽しんでいる。	
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	食事量・水分量の把握と記録を行っている。食事の量が少ない場合は声掛けを行い、それでも不足している場合は補助食の提供も行っている。食事の形態も個人にあったもの(刻みなど)で支援している。		
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	口腔ケアは毎食後に実施。特に自菌のある方は磨き残しなどが無いよう職員による仕上げ磨きを行っている。また、老健ライフ2の歯科衛生士と連携し随時相談・観察などを行っている。ご本人ができることをできるよう支援している。		

グループホームくらし

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	排泄の間隔や尿量などを記録に残し、排泄パターンを職員が理解し、羞恥心に配慮しながら声掛けや誘導を行うことで失禁がないよう心掛け自立に繋げている。	自立の方は三分の一ほどで、他の方は声掛けや一部介助が必要な状況となっている。タブレットに随時排泄状況を入力するため、そこから排泄間隔や状態がわかり、それらを基に排泄パターンを把握し、トイレへ誘導している。また、排泄の際には利用者の羞恥心にも配慮した支援を心掛けている。利用者のパット類の在庫が少なくなった場合には利用者と職員と一緒に買い物に行き、補充している。	
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	水分の促し、食事。体操や散歩、買い物などで身体を動かし腸が動く機会を設けている。また、個別に主治医と連携し安全性の高い浸透圧性下剤の酸化マグネシウムを服用しながら、不快のない排便に繋げている。		
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	入浴は基本毎日行っている。その中で本人や家族の希望を考慮し入浴ができるようにしている。個々の好きな湯温や時間にできるだけ配慮しながら、安全でリラックスできるような声掛けと配慮をしている。	利用者一人ひとりに合わせて支援している。自立の方が三分の一で、他の方は一部介助が必要な状況である。基本的には午後に入浴を行い、週2回以上いつでも入浴できるようにしている。また、季節によっては「菖蒲湯」「ラベンダー湯」「みかん湯」「ゆず湯」などを行ったり、随時、入浴剤を使用して、入浴を楽しんでいただけるようにしている。	
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	集団生活ではあるが、自宅の延長というスタンスで捉え本人が希望するリズムを大切にしている。消灯時間や午睡の時間はあるが、枠にはめてしまうことなく本人の状況に合わせて対応している。		
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	服薬はフェイスシートに記載し、薬情はファイルし職員が常時把握できるようにしている。服薬援助は飲み込むまでを一動作として目視確認を行っている。服薬による体調の変化は記録に残し、主治医に繋げている。		
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	個々に得意とすることがあり、一人ひとりに役割を持って生活ができるよう支援している。集団での楽しみ(花壇・畑・料理など)の他、個人で行ってきた趣味などを継続しその人らしさを大切にしている。		
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	本人の買い物は本人と行く、季節のドライブや散歩などご本人の希望に沿うよう支援しているが、感染症の蔓延する時期は施設としての制限があり、行動が狭まってしまっている。	日常的にはホーム周りを散歩したり、庭の芝生で食事をしながら外気浴をしたり、利用者と食材の買い出しに出掛けたりしている。また、年間の外出計画を立て、老人保健施設のワゴン車を利用してお花見に行ったり、紅葉狩りに行くなど、外出する機会を設けている。外出だけでなく、ほぼ毎日レクリエーションや口腔体操を行い、身体機能の維持や気分転換を図っている。	

グループホームくらし

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	個人個人のお財布は施設の金庫で管理している。買い物時は個々の能力に応じながら支払いができるよう支援している。		
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	携帯電話を持参されている利用者があるが、電話をしても良いと伝えるも必要がないと言われている。認知症による実行機能障害があつてできないのであれば支援し、家族と連絡が取れるようにしたい。		
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	活動の様子の写真を掲示したり、活け花が得意な方に花を活けてもらい飾っている。洗濯物も利用者様から見えるところに干し生活感をだしているが、気になる場合は見えないように配慮している。温湿度計を各居室ホールに設置し適温を管理。こまめな換気も行っている。	食堂兼ホールには季節の飾り付けがされ、隣接する「いこいの間」からは田園風景が見え、縁側で外気浴をすることもできる。食堂外の廊下には月ごとの行事の様子を映した写真が張り出されており、家族や利用者が見ることができる。また、空調は床暖房とエアコンで管理され、利用者の健康面にも配慮して外気との差を大きくしないようにしている。浴室は半埋め込み式の個人浴槽が2つあり、床暖房とセラミックファンヒーターで空調管理し、寒暖差のないようにしている。	
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	ホールは常に開放し、テレビを見たり談笑できるように配慮している。廊下や玄関外に椅子を置き、一人での時間が取れるようにしている。		
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	入居時にはご本人が使っていた物、馴染みのある物を持って来ていただくようご家族に依頼している。本人の希望も聞きながら居室のレイアウトも行っている。	居室には洗面台と可動式の押し入れがあり、エアコンと床暖房で空調管理している。基本的に持ち込みは自由で、昭和初期のダンスや家族が写真をレイアウトして壁に飾っている居室があったり、亡き伴侶の位牌や運動器具が設置されている居室などもあり、利用者が家庭的な環境で安心して過ごせるようにしている。	
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	バリアフリー、手すりの設置など自立した生活が維持できるようになっている。トイレの位置や入り口、各居室に大きく表示をして目に留まりやすい工夫をしている。		