

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	0270301468		
法人名	社会福祉法人 白銀会		
事業所名	グループホーム ひかる		
所在地	〒031-0821 青森県八戸市白銀5丁目8-2		
自己評価作成日	平成26年9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	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成26年10月9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)】

<p>回想法を取り入れて認知症の進行防止している。</p>

【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)】

<p>センター方式や回想法など利用者本人の想いや希望、また、その人がどういふ方なのかを理解しようと取り組んでいる。看取り介護の取り組みの実践も行っている。基本的に利用者の希望に沿うように食事、買い物、入浴等日常的な面に対応している。</p>
--

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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りや深まりがあり、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、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

[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
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	理念は「そのままを認め受け入れ支えていく。側にそっと寄り添う、あたたかく優しいケアを目指します。」と言うものであるが、その通り、自分たちの仕事は「人を支える」事であることは理解できていると思う。	実践できているのかを、その都度確認することに視点を置いて、日常的に目に見えるところに掲示し意識がなされるように工夫している。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	近隣商店への買い物や、散歩などは日常的に行えている。地域の方もだんだんと理解して下さる方が増え、ホームの前で日向ぼっこなどをしていると声をかけて下さる方も多い。	近所にコンビニエンスストアがあり、希望があるときには対応している。外出することで地域の人達に理解して貰えるようになってきている。	
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	広報誌を通じて認知症に関する情報を提供したり認知症サポーター講座を開催したりしている。		
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	ご家族を中心に毎回3～5名の参加者がある。その場で意見はなかなかでないが、ある場合は理事長に早急に報告して、改善に努めている。	家族の参加が多くあり、意見を聞くことができる。会議が終わった後でも、話がある方に対応したりしているため、運営推進会議で検討したことは法人全体としても取り組むようにしている。	
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	窓口や電話等でよく相談させてもらっている。市職員が会議に参加される際には最新の情報を提供して下さるので、ホーム側からも何かしらの情報が提供できるように会議の内容を組み立てるようにしている。	担当窓口で対応してくれたり電話で連絡することで連携を取っている。関係は良好であり気になったらその都度聞ける状況である。	
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	玄関等の施錠は夜間のみで、日中はしていない。事故防止は大事ではあるが、そのために利用者様の行動を制限するような声がけはしていない。事故防止に大事なことは、「目配り・気配り・心配り・そして愛情」だと思っている。	見守りを重視して、できるだけ鍵をしないようにしている。玄関から出るとすぐに道路があるので危険がないように心がけている。中での活動も充実させて関わり方も工夫している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待に関しての研修会や、勉強会を開いているが、実際に業務中でも、声のかけ方や接し方に、気になるところがあれば、その場で確認をするようにし、日常的に不適切な言動行動の内容注意している。		

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
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	成年後見に関しては、まだ活用の機会はないが勉強会や研修会への参加で大まかには理解できている。活用をしたいという希望があれば支援したいと思っている。		
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	契約時には契約書や重要事項説明書を用いて説明をするが、ご家族に伝わっているが途中途中で確認するようにしている。最期には必ず不安に思っている事や、確認しておきたいことをうかがうようにしている。さらに希望要望も加えて確認している。		
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並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	面会簿に意見の記載欄を設けて記入してもらおうようにしているが、書いてくださるご家族は少ない。推進会議にも参加者から意見をうかがう時間を設けているが、活発な意見交換はあまりできていない。	面会時に家族、本人、職員の同席時間を設け近況の報告などするようにしている。家族と本人のみの時間も大切にしている。	
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	トップダウンではなく、現場の声で業務改善したり、ケアの見直しをするのが理想である。失敗を恐れず、職員から出たアイデアや工夫はすぐに取り入れ実行している。	勤務形態や希望をアンケート方式で把握するようにしている。会議内でも利用者のケア内容から業務内容におけるまで、必要な意見を取り入れている。	
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	職員から勤務時間の希望や、勤務形態の希望、公休や有休のとり方等のアンケートを取っている。しかしその通りには勤務を組めず申し訳なく思うが、希望に添えるように努力している。		
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	研修計画作成の他、受講したい研修のアンケートを取ることで、興味のある研修への参加する機会を作ることができる。事例研究や実践者研修等に内容を上手に活用して、日常的に学ぶ姿勢を保てるように意識付けしている。		
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	各自で参加した研修会や勉強会でのネットワークや、法人内でのケアカフェに積極的に参加することで、他社との意見交換ができるようにしている。		

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 サービスの利用を開始する段階で、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	環境の変化に加え、知らない顔がたくさんあると、誰でも不安になり、安心できる場所に帰りたいと思うのはあたり前。帰宅願望が強いのも初期の段階なので、接する職員を同じ人にしたり、煩く声をかけることの無いよう、ご本人が自分で折り合いをつけることができるように、さりげない関わりを意識している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居日から数日は可能な限り特定の職員を担当として慣れていただくようにしているが、急遽入居が決まるときもあり、その場合は管理者が接する機会が多い。あまりうるさく声をかけないようにし		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	ご家族のこれまでの苦労を労い、お話を伺うことで、ご家族との関係性やご本人へ想いなども聞き取りできる場合があるので、堅苦しい雰囲気を作らないようにしている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	教わる事もたくさんあり、注意を受ける方が多い。時にはお嫁さんのように・・娘のように・・孫のように・・利用者様が主役でいられるホームでありたいと思っている		
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置かず、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	面会時には、少し間同席させていただき、近況の報告をしている。さらに月に一度1か月の様子写真を送付し、元気な様子を伝えるようにしている。		
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	長年お世話になっているお寺へのお布施や、お歳暮・お中元・年賀状・手紙等ご本人が長年続けてきた絆が途絶えないように継続支援させていただいている方もいる。	入居されて日が浅い方については、その方個人の長年行ってきたことを継続してできるようにしている。これを中心に本人の希望や生活歴からグループホームに馴染めるように工夫している。	
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	認知症の症状も様々であるが、それにもまして、個人個人の個性が強く、衝突する場面も多々ある。それでもあまりバラバラで過ごすよりも、お互いを分かちあう付き合い合っほしいと思うので、トラブル時には個別に対応をするが、共同で楽しめる場面を作って仲間意識が感じられるように配慮している。		

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
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	退居された利用者様のご家族が数年たった今でも、ホームを訪ねて下さる時もある。退居後他の施設で生活をされた方に関しては、ここでのサービスがどれだけ丁寧で、人間性のあるものだったのかが分かったと言って下さる方もおられる。		
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	食事の時間も「決まった時間に食べることができない方には食べられる時に提供できるように常に軽食を用意している。入浴はいつでもできるようにになっているが、バイタル値により希望に添えない時もある。	センター方式での把握にも努めている。本人が言葉に表せない場合にも、思いを汲み取れるように職員間でその都度話し合うようにしている。	
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	ご家族や、担当のケアマネ等から大体情報を得ているが、生活をするうちに、利用者様からポツリポツリとお話を伺えるので、都度アセスメントシートに書き加えている。		
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	今まで出来ていた事が、だんだん出来なくなってきた方が増えている。生活歴も大事だが、初めての事・新しい事を勧めることにより、新たな生きがいがとったり、役割と感ずることができるようになった例もあるので、何でもあきらめてはいけなさと感じている。		
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	ケアプランに関して、ご家族からの要望はほとんどないのが現状。「今まで通りで・・・」と言う方や「任せる」と言う方もおられる。そのためこちらから具体的なエピソードを用いながら今後はこうしてみたいという意見を提案するようにしている。	担当制で受け持っている職員から会議で報告し、意見を出してもらい、担当以外でも知っていることを肉付けした形で計画作成に取り組んでいる。	
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	見直しは職員会議の場や申し送りの時間を使い月に1回検討をしている。毎日のサービス内容は記録に記載し、プランの実施に関しては、番号を入れて記入することで見直しやすくなっている。		
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	デイサービスの行事に参加させていただいたり、墓参り、里帰り、買い物等の個人的な外出の支援は大事にしている。		

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
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	地域の商店での買い物や、散歩等に出かけると、地域の方が多少なりとも認知症の方への理解を示してくださり、親切にいただいている。学校や地域の文化祭にも可能な限り出かけていき、交流が途絶えないようにしていきたい。		
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	殆どの方が入居前から通っているなじみの病院へ受診している。月の半分くらいを受診介助に時間を割くようになるが、いい外出の機会でもあるので、極力訪問診療に切り替えなくて行きたいと思っている。ホームでは短い時間でも落ち着きなくソフソフされる方が、病院では1時間黙って待つことができる。	入居前からのかかりつけ医の存在を大切にしている。移動時間がかかったとしても、本人が安心して治療を受けられる医療機関に通院し、関係を重視している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	医療連携をとっていないが、他のセクションの看護師に相談をしたり、嘱託医や各主治医に積極的に相談をするようにしている。訪問診療に入っただけ下さっている場合、看護師にいろいろ相談をし情報を得るようにしている。		
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、また、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。	入院時には退院のめどを含め、細かな情報を得るために基本的には毎日病室を訪ねるようにしている。ご家族から情報を得るときもあれば、ご家族が居なくても看護師や医師に話を伺える時もある。場合によっては食事の介助を家族に代わって行う時もある。		
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	入居時にも意向の確認はしているが、毎年アンケートを取るようになっている。事業所に対応できる範囲を説明するとともに、看取りについての希望もつかうようにしている。しかし、医師が協力できないという場合には、意向に基づき、主治医の変更を行う場合もある。	家族からのアンケートで意向の確認、職員への研修を行い看取り介護に積極的に取り組んでいる。医療機関と協力すること、家族に終末期の説明を行い介護者にかかる負担、不安を管理者がフォローするよう工夫をしている。	
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	急変時の状態観察勉強会や研修会にはほとんどの職員が参加している。しかし、アンケートを取ると「急変時の対応が不安」と言う声が多い。何度でも繰り返し勉強会を開くことで安心につなげていきたい。		
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	災害時の連携に関しては事業所で災害対策委員を選出し、定期で会議を開催して情報共有している。避難訓練は、年に1回は地域の方も参加して行う。	地域住民の協力も受けて実施できている。津波については危険区域境界線上に位置しているが安全のため避難するようにしている。ハザードマップを活用し取り組んでいる。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	大事なお話の時は、必ず自室へお誘いし他の方に聞こえないように話を伺うようにしている。また排泄の音がけに関してもさりげなく誘うようにしているが、耳が遠い方や、直接的に「トイレ」と言わなければ理解できない方もおり、配慮が難しい場合もある。	自分の部屋を寝床、共有スペースを居間にいる感覚でとらえている方が多く家族的な雰囲気生活をしている。他の人が聞いて気になる言葉に配慮し対応している。	
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	自分で行動を決めて動ける方もおればそうでない方もおられる。そのような方でも、一言助言したり、方向性を示すことで自信を回復し、自分で考えて行動できるようになる場合もある。職員が一方的に話をするのではなく、利用者様が多くを語れるよう配慮している。		
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	生活リズムが整っている方がほとんどだが、気分や体調によっていつも同じではないので、お風呂は何時がいいか？食事は今食べられそうか？まだ寝ていたいのか？等の確認をして、無理やり何かを勧めるようなことはしないように配慮している。時間で行動するのも必要な時もあるが、気持ちが向くまで待つ事も大事である。		
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	ご自分で選べる方もおられるが、ほとんどの方は職員が気温に合わせて用意している。自分で選ぶ方でも、季節感にそぐわない服装の時もあるが、自尊心を傷つけないために、少しずつアプローチして温度調整してもらっている。近くの床屋さんを利用して散髪をしている。毛染めを希望される方がホームで行っている。		
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	可能な限り調理には携わっていただくようにしている。現在は男性利用者様が多いが、家事の手伝いはして下さるので、とても助かっている。	系列の事業所栄養士が作成している献立を基本にグループホーム内の状況を加味し適宜変更等を行っている。すぐ食べたいという希望にはすぐ買いに行くなど工夫している。	
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	食事・水分チェック表を見ながら、その日のうちに過不足を解消するようにしている。しかし認知症の進行により食欲がわかない方もあり、不足気味が数日続くこともある。その場合、ご家族が勧めると食が進む場合もあるため、ご家族に協力していただくときもある。		
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	毎食後の歯磨きを支援している。歯磨きの習慣もそれぞれで、可能な限り利用者様が慣れ親しんだやり方を尊重している。歯磨きが嫌な方もおられるが、食後と決めず、ご本人が納得してできるときに行うようにしている。		

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
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向けた支援を行っている	おむつを使用していない方は3名様。おむつの方でも、排泄チェック表を見て、この頃失禁がなくなってきたな～と思えば日中は布の下着に変えたり、失禁のある方でも、夏場は汗をかくので、布の下着にパットだけを使用するなど状態に合わせて変えている。	おむつが必要ないのに、在宅・入院生活で使用していた方などアセスメントし外すことができている。トイレで排泄することをすすめているが、何より本人が安心できる衣類、おむつの使用が検討されている。	
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	運動量が少ないので便秘気味の方がほとんど。食事の献立は栄養士が作成しているので食物繊維等は分量だと思われるが、好き嫌いの激しい方もおり、中には食事はほとんど食べずお菓子ばかりの方もおられるため、8割の方は下剤を服用されている。		
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、個々に応じた支援をしている	お風呂は毎日入れるように準備している。ひとまず声をかけてみて、入りたくないという場合は時間をずらしたり、希望の時間をうかがう等して気分よく入浴できるように配慮している。	基本的には1～2日おきに行っているが、突発的に入浴したいと話す方がいても、すぐに入浴に対応できるようにしている。	
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	トイレが頻回な方を除けば、夜間はしっかり眠っている方のほうが多い。夕食後から就寝前までは、大騒ぎしたりせず、静かな音楽をかけたり、お茶とお菓子でリラックスできる時間を作るようにして安眠につなげている。		
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	薬が変更になった時には、副作用の可能性を予測して、状態を観察し必要であれば薬剤師や医師に報告するなどしている。薬の変化に弱い方もおられるので、その方の薬が変わる際には、処方前に医師と相談する時もある。		
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	持てる力を生かす趣味活動や軽作業は8割の方は行えていると思われる。重度の方でも調子のいい時や、話の理解ができるときには、たたみものや簡単な手伝いができる瞬間もあるので、あきらめずにトライしていきたい。		
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。また、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	外出支援はとても大事だと感じている。里帰りや思い出の場所に出かけるほか、その時の気分であちこちドライブするときもある。受診で出かけるときには、希望により外食して来たり、ついでに買い物をして戻る等の支援をしている。	個々に対応することが多くなり、集団で行事のように取り組むことが難しくなっているが、その時々グループホームの状況に合わせた外出支援ができている。	

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
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	全ての方が個人の財布を用意している。外出時や受診時には支払をしなくとも持って出るようにしている。財布を持つことで安心される方もおれば、逆に落とすのではないかと不安になる方もおられる。紛失防止のため、ほとんどの方はホームで預かっている。		
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	ご家族や親戚、友人等に電話をしたり手紙を書く方もおられる。時には代筆を頼まれることもあるが、返信があると嬉しそうに涙ぐむ事もあるので可能な限りサポートを続けて行きたい。		
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	テレビのニュースで混乱したり、むせこんだりする方がおられるので、食事中には食堂の方のテレビを消すようにしている。ホームが狭いため大きな物音をたてないように配慮している。不快に感じるのは音や声が多いようなので、職員は声のトーンや話し方には十分注意している。	本人の居やすい場所、気持ちを優先し、その日の体調や下肢の浮腫みなども観察し適宜休息を勧めるようにしている。共有スペースの設えは家庭的であり利用者のお大半が共有スペースで心地良さそうにしている。	
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	自分の場所を決めている方もおれば、あちこち移動している方もいる。ご自身でその時の気持ちに合った居心地のいい場所を探しているようである。そのため以前は事務所であった場所も利用者様に提供して自由に過ごしていただいている。		
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	家具の持ち込みをされている方も数名おられるが、ほとんどの方がベッドのみである。普段は食堂などの共用の場所で過ごす方が多く、居室には寝るとき(昼寝も含め)に戻るとい方がほとんど。そのため、共用の場が過ごしやすい場となるようにしつらえには配慮しているつもりである。	本人が使用していた家具の持ち込みもあるが、医療機関入院等の際に家族が処分してしまった方も多く、入居してから本人の好みの物を揃えていきながら居心地のよい空間作りに取り組んでいる。	
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」や「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	居室の割り振りは、事故防止の観点から配置しているが、個人のごこだわりがあればそこも尊重するようにしている。居室の場所はほとんどの方が理解されている。トイレに関しては、使用する場所をなるべく同じにすることにより間違えずに使用できている。		