

### 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	3372500094		
法人名	医療法人 徳寿会 池田医院		
事業所名	グループホーム のぞみ		
所在地	岡山県岡山市南区彦崎2801-6		
自己評価作成日	平成28年1月27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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3372500094-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd">http://www.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3372500094-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd</a>
----------	---

**【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	岡山県岡山市北区南方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28年2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)】**

・運営推進会議は年6回開催でき、行政の参加に併せて家族の参加もできて忌憚のない意見交換ができました。  
 ・今年度も、小中学校からの慰問があり、年々男子生徒の参加が増えてきています。  
 ・今年度も家族を巻き込んでの外出ができ、両者の繋がりが深まったと思います。  
 ・地域のいきいきサロンに参加して、地元の方が「〇〇さんか！元気だったんかあ！」と言われ、利用者さまも「おお！△△さんか？」と昔の事を思い出す機会が増えました。  
 ・同じ敷地内に池田医院があることで利用者さまの急変時の対応ができ、家族からも安心ですと言われます。  
 ・ボランティアの方達も馴染みになりだし、年に2回、3回と来させてほしいと言われてもらえるようになりました。ほぼ毎月何らかのボランティアが来てくださり、外に出れない利用者さんも楽しむ事が出来ました。

**【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)】**

地域住民の医療と健康管理を目指して活動してきた母体法人の院長がグループホームやデイケアに続いて小規模多機能ホームやサ付高齢者住宅等を充実させて認知症高齢者の機能別生活を可能にした医院とグループ介護施設を選択しながら生活が続けられる『地域生活ケアシステム』が構築されるモデルになってきたのではないかと実感できる。  
 その中で最初に来たこのグループホームは14年の歴史を刻んできた。重度の認知症の人の生活を支える状態はこのホームではケアにも不便さも高く、歴代の管理者や職員が随分苦労してきたことを見せてもらってきた。今回訪問して利用者の様子がすっかり変わっていて、102歳の女性を筆頭に男女がほぼ同数、要介護度も1～3が多く、明るく振る舞える人も多く、グループホームのあるべき姿を再現していた。利用者と職員が笑顔で自分の生活が出来、狭いながらも楽しい我が家を再現していた。

**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. 全くいない
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	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	代表者・管理者より入社時にグループホームの理念について職員に印刷し渡して説明し、意識付けを行っている。 また、具体的な言葉にかえて事務所には掲示している。	男性4人と女性5人構成の利用者はそれぞれに自分を意識できる人間として生活できる状態で、職員との意思疎通も可能である。職員も管理者以下8名の編成で利用者一人ひとりの生き方と心が通じ合える関係にあり、利用者と共に生活を楽しめていた。グループホームで本来の姿を見ることが出来た。	一つのホームに対する提案ではないが、医院を中心に色々の介護施設での利用者、在宅で生活している人々の生活ぶりを総括して、この地域での包括ケアシステムのモデルが形成されている。運営推進会議の中や色々の会議で社会に発表してみてはどうかと願う。
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人として日常的に交流している	毎年、寿祭を開催し家族や地域の方々との交流している。 また、秋祭りには子供みこしの見学に参加している。	このホームは同法人が運営する別の2つのホームと隣接しており、近くの地域との付き合いと交流は、共同体として活動している。すぐ近くにある“いきいきサロン”での地域住民やボランティアとの触れ合いもあり、小学校との交流も出来るようになった。	
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	運動推進会議や家族会などで認知症ケアについて実践していて困難な事例など報告している。		
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	のぞみ・そよかぜ・わかばの3グループホーム合同で行い、行政や民生委員の方々を招いて、サービス状況の報告や意見交換している。H27年度も6回開催する事ができる。その際ご家族の参加もあったが毎月ではなかった。	隣接の3ホーム合同で年6回運営推進会議を開催して、地元の民生委員や住民代表、いきいきサロンの職員と行政(包括)の外部委員と事業所関係者で諸課題について話し合っている。地域での認知症ケアについても相談や情報交換できてきた。	運営推進会議も有益に開催できるようになった。家族の参加もあり、地域の人々にも多く参加できるよう、もう少し行事や勉強会も含めて幅広い人々に影響力のある会議に発展させてもらいたい。
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	運営推進会議において行政や地域包括支援センターの職員も参加し、そのときに利用者の現状や事業所の現状等報告し、困った事や家族からの不安な事を気楽に相談できるようになっている。	灘崎支所の担当職員や地域包括支援センター職員とも関係が堅持できており、利用者の諸問題に関して気楽に相談や指導を受けられるようになっている。岡山市本庁の介護保険や指導担当者との関係も出来ている。	
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	月1回の全体のミーティングに参加し定期的な研修を通し、職員全体でケアの実践に役立っている。	現在の利用者の状態からは拘束や虐待の行為は無縁と思われるが、介護する仕事においては安全衛生が最優先され、突発的に起こり得るリスク回避も不可欠と思う。どんな状況であろうと利用者や職員間の信頼関係が何事においても解決してくれるものと思う。	
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	管理者は研修に参加し職員全体に研修内容を資料と一緒に報告し勉強会をして虐待防止に努めている。		

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	管理者が研修に参加し、職員全体が研修内容を勉強し必要に応じて家族からの相談に対応している。		
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	契約時に一通り説明したあと、質問、疑問などに答え、納得をした上で同意をいただき、サービスを利用していただいている。		
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	意見箱を設置するとともに、毎月家族に施設での生活状況を報告する時に意見・要望を書く用紙を同封している。	家族とのコミュニケーションは毎月手紙で利用者の状況を報告しているが、今年度利用毎の写真集を作り、ホームでの生活・外出・行事等に利用者の様子がよく理解できるようにして家族に見てもらおうとした。ホームの生活で利用者が笑顔で楽しそうな様子がよく分かる。	
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	代表者と共に、毎月ミーティングを開催し参加職員が業務内容や利用者さまへのサービス内容について意見交換して運営に役立っている。	法人母体代表(院長)とグループホーム総括者、5ホームの管理者の連携が行き届いており、医院の看護師やリハビリ職員の協力もあって、利用者の精神・身体・生活上の状況の変化への対応は素晴らしい連携ができています。一人ひとりの医療・生活支援が各専門職の的確なリレーによってその人の生涯の暮らしが保障されて素晴らしい運営が出来ています。	
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	代表者は法人のミーティングに参加し、職員の状況を把握している。 職員の相談にも対応しやりがいのある職場作りに努めている。		
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	代表者は内外の研修の情報を提供し、職員や管理者が参加しやすいようにしている。		
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	毎月の法人のミーティングに参加、併せて日にちも決めて勉強会にも参加したり、外部の研修にも参加し両者の内容を職場に持ち帰り、職員全員で勉強する事でサービスの質の向上に役立っている。		

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
<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	サービス開始前にホームでどのように過ごしていくか、本人の声に耳を傾け、信頼関係を築くよう努めている。		
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	サービス開始前に家族から困っていることや要望などを聞いてから、プラン作成している。		
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	契約時に重度化した場合の対応や終末ケアについての説明を行い、その都度相談を行うようにしている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員も利用者と一緒に生活していることを認識し、一緒に作業したり相談に乗ったりしている。ときには本当の親子のように意見を言っ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	希薄にならないように定期的な家族の面会の協力・行事への参加の協力を呼びかけると同時に毎月の生活の様子を記載したお手紙の中で、翌月の行事も記載して家族が参加しやすいようにしています。		
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	地域のいきいきサロン(老人会)に参加して地元の知人に会えるように機会を設けています。	母体の医院長に診療を受けた地域の人々が、各々の病気を治療してもらう過程で生活の場を提供してもらい、色々な施設で生活する度に、それぞれの場で慣れ親しんだ人々との和が出来る。それらの場と人々が馴染みの関係を形成している。	
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	日常生活の中での簡単な作業を始め、集団でのレクリエーションやドライブ、外食などを通じて利用者さま同士の繋がりを深めています。		

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
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	他部署に移動された利用者さまの様子を見に行く事で関係性を大切にしています。		
<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	利用者ごとに職員で担当者を決め、関わりを持ち、本人の希望や要望などを聞き、サービスの改善に努めている。	担当者は利用者の日常生活をしっかりと見据えて心身状態の問題点を観察して、これからの生活にどんなことを取り入れていけば楽しくやりがいいを持っていけてホームで満足に暮らしていけるのかを考え、ケアプラン作成の最も適した基礎資料を持っている。	利用者も自分の意志表示が出来る人も多くなった。この時をチャンスとして、一人ひとりがどんな人生を、どんなことをして楽しく過ごせる生活を、どんなにして自分自身をまだ磨けるのか等、意向を作り上げていく事を期待したい。
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	個人個人の生活リズムに沿ったプランを作成し、定期的に会義を開き、職員全員に状況把握してもらい、サービス改善に役立てている。		
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	毎日、個人ごとの介護記録に生活状況やバイタル、食事量、排泄など記入し、職員全体で現状把握できるようにしている。		
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	介護記録をもとに定期的にプランの見直しを行い本人、家族からの意見を参考に次のプラン作成に役立てている。個人の日誌にプランをつけて常にプランの内容が分かるようにしている。	アセスメント、ケアプラン、モニタリング、カンファレンスの流れを適格に判断できる書式を整備しており、入所後は3ヶ月、安定時は6カ月に1回職員間でしっかり話し合い、利用者のホームでの生活の仕方を共有して日々の状況を見守っている。	
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	個々の介護記録や気づきノートに生活状況などを記入し介護計画見直しに活かしている。		
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	ケアする上で困難なことや問題が発生した場合は、職員で話し合い、家族に意見を求め、問題解決できるよう努力している。		

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	近くに公園・スーパーがあり散歩や買い物に行きやすい環境になっている。ボランティアの慰問や小中学校の慰問など施設での生活を楽しむことができる。		
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	サービス開始前にかかりつけ医の確認を行い、入所されてからも継続できるようにしている。	母体法人の医院長が中心になり、利用者の心身の状態を把握しており、その人の生活をどのようにしていくか方針が出される。各施設の管理者を中心に職員は日常生活の中で変化や問題になれば、いつでも院長と相談できる体制になり、家族も安心してここでの生活を望んでいる。	
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	看護師に利用者全員の状態を把握してもらい、必要に応じて医療的な処置や、相談などを受けてもらっている。又、受診時には情報提供をしてもらい、担当医に分かり易く説明している。		
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。	入院中には入院先へ訪問し、利用者にも面会している。看護師に状態を尋ねている。 退院日については病院側、家族の都合に合わせて決定している。		
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	契約時に、重度化した場合や終末ケアについての方針の説明を行い、同意してもらっている。状態変化と共に早急に対応できるように、日頃から状態変化に気づくよう努力している。	利用者と家族はこのホームでいつまでも生活していけることを望んでおり、日常の治療やリハビリをしながら安定した生活が出来る。多少の医療的処置をしてもらいながら、最後の状態まで出来る限りホームでの生活を続け、最期の事態になれば医院に入院できる。	
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	研修を通じて勉強はしているが、訓練を定期的には行っていない。		
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	全体での訓練をしており、その際は入居者にも参加してもらっている。消火器の使用方法や、消防への連絡の仕方など、職員全員が把握できるように、年二回訓練を行っている。運営推進会議でも報告を行っている。	避難誘導訓練は年2回実施しており非常階段も設置しているが、建物自体が古い建物なので、建物内の行動は困難もあるだろう。炊事にまだガスを使用しているの、出来れば電気式の方が良いのではと思う。	

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	利用者を尊重し、一人一人に合わせた言葉掛けをしている。 利用者のプライバシーの保護の取組みに関するマニュアル等を作成し周知を図っている。	自室にトイレと洗面所があり、プライバシー保護は保たれている。自分で下着の脱衣が出来る人も多いので問題は少ないと思うが、プライバシー保護は羞恥心を与える恐れのあるところまでの配慮をしっかりと心得ておかねばならないと思う。	ホーム全体のレクリエーションはしているが、利用者一人ひとりが、又、少人数なグループで出来る作品づくりと個人の技を磨いていけるレクも出来たら良いと思う。
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	利用者の希望を出来る限り優先し対応している。例えば入浴後の更衣用の服と一緒に選んだり、ティータイムや食事など欲しくない時は、本人の体調に合わせて対応している。		
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	個人にあった生活を把握し、その日の体調に合わせて声かけの時間をずらしてストレスのないように心掛けている。		
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	2ヶ月に1回訪問美容師を利用し、髭剃りの要望があれば対応してもらっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事量の把握、チェックを行う。 コミュニケーションを取りながら、利用者と職員が一緒に食事をしている。月に2、3回特食を考え利用者さまに食べたい物等を聞き取り入れている。料理の下ごしらえ、盛り付け、食後の片付けのときは感想を言ったりして楽しんでいる。	業者と2ヶ月に1回打合せて、献立や食材などの内容も検討している。その中で食材納入をしてもらい、下拵えと調理をホームで行い、利用者も参加してもらう。特食とか外食を組み合わせ、利用者の一番楽しい食事出来るよう心掛けている。	
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	高齢者の一日の栄養摂取量を考慮して、なるべく旬のものなどを取り入れた献立を作成できるよう努めている。食事量を個人の介護記録に記入して摂取量を把握している。		
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	毎食後全員に歯磨き、うがいを支援している。 週一回コップ、歯ブラシを消毒。 近隣に歯科医もあり、協力関係を提携している。		

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むけた支援を行っている	個人の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄に間に合うように支援している。	職員は8名配置されており、それぞれに気配りや自然な接し方の出来る人ばかりなので、安心して任せると管理者の言葉があった。実際にホームでの職員の態度は職員同士も利用者との間柄も笑顔でゆとりを持って仕事をしていた。	
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	排便チェックを記入、把握し、個人にあった排便コントロールを行っている。ラジオ体操や手足の運動等を取り入れて便秘予防をしている。		
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	希望を優先し、本人のペースに合わせて入浴を行っている。	基本的には週3回午前中に入浴する。利用者も入浴する事を楽しみにしているようだ。介護度も1～3の人が多く、以前の状態からすると職員にとってはケアしやすくなったと思う。	
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	個人の生活習慣を把握し、生活状況に応じて援助している。		
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	1人分ずつ薬ケースに入れて保管し、説明書は個人ファイルに入れ、副作用、用法、用量など確認できるようにしている。また、誤薬のないような内服時には日時・名前の確認をしている。		
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	洗濯たたみ、テーブル拭き、お盆拭きなど個々に役割を持って作業をしていただいている。年間行事(ひな祭り、節句、七夕etc)を提供して施設での生活を楽しんでいただいている。		
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	散歩の声掛けをして公園に行ったりしている。また、あまり来られない家族にも外出を声掛けし支援をしている。外食などは事前にお店の方に連絡し、場所の確保などゆっくりと過ごせるよう協力をお願いしている。	季節が良くなれば周辺や近くの公園に行ったり、近くのスーパーに行ける環境にある。家族も利用者を誘い外出や外食してくれる人もいる。現在居る利用者は散歩や外出も実行できるようになったと思う。利用者の楽しめる一つに違いない。	



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	近くにスーパーがあるので買い物に行ける人は同行する。 個別のお金を預かり、支払いの出来る人にはしていただく。		
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	希望があれば電話を使用していただいている。 年賀状に一言書いていただき、家族に安心していただけるようにしました。		
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	玄関など季節に応じて花(造花)を入れ替えたり、食堂や廊下の壁に季節感ある飾り付けをしている。 狭いながらも食堂でテレビを観たりして居心地よく過ごしていただいている。	このホームをいつも訪問させてもらっているが、その時の様子を“狭いながらも楽しい我が家”と言っていたが、今回は102歳の女性を筆頭に女性5人、男性4人と丁度男女が良い組み合わせで自分の意志も表現できる人ばかりで久々にこれぞグループホームの姿を見せてもらった。	
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	席替えをして気の合う利用者同士で過ごしていただいている。 一人になりたい方はソファに座ったり、居室に戻られる。		
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	居室には使い慣れた家具や生活用品などを持ち込んでいただいている。	広めの居住空間でトイレと洗面所があり、それぞれの人に見合った居住空間を形成している。利用者の自作品も掲示したり、家族に対する思いも漂う風景を形成していて、自分自身の生活を味わえる個人空間が保たれていた。	
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	居室の入り口には本人の名前、部屋番号を表示し、わかり易くしている。トイレ・浴室にも判りやすいように表示している。		