

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	2775300623		
法人名	社会福祉法人 福昭会		
事業所名	グループホームクレール(ユニット1)		
所在地	大阪府高石市西取石5丁目3-13		
自己評価作成日	平成23年1月6日	評価結果市町村受理日	平成23年4月7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://www.osaka-fine-kohyo-c.jp/kaiqosip/infomationPublic.do?JCD=2775300623&SCD=320
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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 市民生活総合サポートセンター
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル
訪問調査日	平成23年2月8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)】

理念にも掲げている「こころ」に寄り添う介護を重視しております。
職員について3年間に2名だけの離職で、利用者様と馴染みの関係がより深く保たれるようにはかっております。
デイサービスを併設しており、その設備を状況に応じて日常生活支援にも使用しており、広いスペースは定期的に市民ボランティアさんの成果発表の場として披露頂き、行事として鑑賞させて頂いております。
地域交流として、所在する高石市の地域密着型サービス連絡会を中心にした様々な取組みを通じて連携を深めて、地域福祉に貢献できるように取り組んでいます。

【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)】

当該ホームは、駅から近く住宅街の中に位置し、デイサービスと併設されています。理念である「こころ」を基本とし、その人らしさを尊重し、職員は日々のケアの場面で「こころ」に寄り添った介護となるように実践しています。市との連携が密にとられており、高齢者のSOSネットワーク事業への参加や認知症サポーター講座の講師を担ったり、また市内の地域密着型サービス連絡会に参加し、地域で果たす役割について話し合い、地域に根ざしたホームになるよう日々努めています。職員同士の関係は良好で何でも相談ができ、楽しく働くことで利用者の安心にもつながっています。また、家族の面会も多く、家族に来て頂く工夫や地域の馴染みの場所に行く等、利用者が外部との関係が途切れないようにも支援しています。

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、活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	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	全従業員で構築した理念を、事業所内の掲示と職員に日常的に話すことで絶えず意識して職務を行うように取り組んでいる。	理念に「こころ」を掲げ、地域の中でその人らしく尊厳をもって暮らし続けられるよう心のこもった介護を目指している。会議の中でも理念について話し合い、日々の介護の場を振り返り、利用者本位の介護となるよう支援している。	
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	自治会に参加し、定期的に公園掃除などの行事に参加。その中で交流機会を確保するとともに日常的な散歩外出の中でも挨拶や交流があり馴染みの関係が構築されている。	自治会に加入し、地域の清掃活動には職員と一緒に利用者、家族が参加したり、地域の「ふれあい夏祭り」に参加している。地域のボランティアが大正琴、日本舞踊の披露に來たり、また近所の公園への散歩やスーパーへの買物を通して挨拶をし、近所の方々と顔なじみになる等地域とのつながりを大切にしている。	幼稚園との交流を検討しており、近くに小学校もあるため、利用者と一緒に見守りをしたり、また行事や消防訓練の際に近所の方にも声を掛けホームに来てもらう取り組みを通して交流の場が広がる事が期待される。
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	管理者は認知症サポーター養成講座の講師を行い、職員もサポーター講習を受講。また高石市高齢者等SOSネットワーク事業に参加し地域の福祉活動への取り組みを行っている。		
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	年度中に2ヶ月に1回の開催に変更。参加メンバーは地域代表、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、利用者家族で構成。状況報告を行い意見を求め、サービス提供に取り入れている。	市の担当者、社会福祉協議会職員、地域代表、家族等が参加し、2ヶ月に1回開催している。ホームでの取り組みや事故、外部評価等の報告の他、防災訓練への地域との協力について話し合ったり、地域の情報を得る等、有意義な会議となっており、また会議を通して地域との連携がさらに深まっている。	
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	月例報告以外にも市の担当課との連絡相談を行っている。事業所連絡会に市の担当者が参加する場合には細かな状況報告も行っている。	市担当者とは月例の報告や日常的にも相談に行き、積極的に関わる事で連携がとれている。市担当者が参加する地域地域密着型サービス連絡会が定期的開催され情報交換の場になっている。また、市のSOSネットワーク事業にも参加し、地域中で行方不明者を捜す取り組みを行なっている。	
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	身体拘束取扱要領に盛り込み実践している。身体拘束検討委員会を設置している。階段に繋がるドアはやむを得ずロックしているが状態によっては開放している。やむを得ない場合は家族にその説明を行っている。	身体拘束委員会が設置されており、事例をもとに言葉による拘束はないか等話し合い、会議で報告している。玄関や各ユニット入り口は、家族の了解を得て施錠している。利用者が閉じこもり感を持たないように、外に出たい場合には職員が付き添って一緒に出かけている。	
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	関連した研修への参加を行っているが全職員への周知は不十分で今後の課題。また身体拘束検討委員会にて拘束だけでなく虐待についても検討し虐待防止に繋がるようにしている。		

グループホームクレール(ユニット1)

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	関連した研修に参加し、回覧や会議での報告で周知に取り組んでいるが積極的な取り組みとなっていない。		
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	入退去相談の時点で詳しく情報収集や話し合いに努め、書類手続きの際も重要事項説明書等で説明を行ったうえで契約の締結を行うこととしている。		
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	ホーム玄関に意見箱を設置。また苦情相談窓口を書面でも明確にしているが、日頃の面会時にも遠慮なくご意見・苦情など言っただけの雰囲気作りに努めている。	家族等の来訪による利用料払い込みや、面会時を利用して意見や要望を聞いており、話しやすい雰囲気作りに努めている。また、家族アンケートも実施している。得られた意見等は3ヶ月1回発行している「お便り」で知らせ、実際にあった職員の顔がわからないという意見についてはユニット入り口に職員の似顔絵や顔写真を貼り改善している。	
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	管理者は全体会議やユニット会議に出来る限り参加し、また個別面談に取り組み始めている。意見等に関してはその都度法人本部に報告を行い反映されるようにはかかっている。	1ヶ月に1回各ユニットでほとんどの職員が参加する会議を開き、出された意見や提案を全体会議で話し合っている。発言しにくい時は、管理者が夜勤時に聞いたり、個別に面談している。また、職員の意見は法人に報告し、職員の意見が活かされるようにしている。	
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	勤務査定とまではいかないが、報酬に反映される仕組みが設けてある。報酬だけではなく働きやすい職場環境作りを日頃から検討している。		
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	外部研修に出来るだけ参加できるようにしており、持ち帰って内部で勉強会などを実施しているが広く深くまでには至っていない。		
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	高石市地域密着型サービス連絡会を通して、共同で研修を受けたり、事例検討や相互研修、訪問など交流を行っている。		

グループホームクレール(ユニット1)

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	相談を受けてから、必要に応じて複数回面談を行い各種記録に残し支援に活かせるようにしている。ADLだけでなく趣味やお気持ちなど多岐に聴くことに努め、家族にいえない部分も抽出するように配慮している。		
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	相談を受けてから、必要に応じて複数回面談を行い各種記録に残し支援に活かせるようにしている。利用者の情報だけでなく今までの介護に対しての苦労やお気持ちなど多岐に聴くことに努めている。		
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	相談を受けてから、必要に応じて複数回面談を行い各種記録に残し必要とされることの見極めに努めている。その中で他の適すると思われるサービスについても意見を出させていただいている。		
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	俳句や裁縫など利用者が得意だったことをみんなで教わり、地元のこと、昔のことなど教えて頂いている。利用者から労いの言葉を掛けていただくこともあり支えあう関係が構築できている。		
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	面会しやすい環境作り、報告連絡をこまめに行うこと、ケアプランへの意見反映、これらを行い共に利用者を支えているという関係を保っている。		
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	面会時間は毎日8:00~19:00と規定しているが延長にも対応している。外泊や外出で送迎困難な場合は送迎対応も行っている。散歩外出の際、心身の状況に合わせ自宅近くや馴染みの場所に行くことも取り入れている。	家族の協力を得て馴染みの美容院へ行ったり、お墓参りに行っている。職員が法事に同行したり、利用者と自宅を見に行ったり、以前に行っていたスーパーに買物に行ったりしている。その際には以前から知り合いの地域の方と出会い話され、記憶を温められている。また、趣味を通じた友人が面会に来たり、絵手紙が友人から届く時は返事を書く支援をしたり、馴染みの人や場所との関係が継続できるよう支援している。	
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	リビングでの座席配置や好みの場所の確保など調整し、互いに和やかに生活されるように配慮している。対人関係についてカンファレンスで検討や調整をはかっている。		

グループホームクレール(ユニット1)

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	同じ地域で生活されている方として電話連絡や面談(かしまったものではなく近所での立ち話や入院中の方へ)など必要に応じて行い、情報のやり取りなど行っている。		
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	初期の相談からの面談時等における個別の情報収集、記録でその人らしさの把握に繋がるように努めている。利用されてからの経過も記録やミーティングにより職員が共有できる仕組みを取り対応している。	利用者、家族から聞いた情報をもとに基本情報やアセスメントシートに記入し、利用者の思いや希望を職員間で情報を共有している。日々の介護の場面では、表情やしぐさ、会話のから本人の思いを汲み取り、職員間で話し合いながら利用者の思いの把握に繋げている。	
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	初期の相談からの面談時等における個別の情報収集、記録でその人らしさの把握に繋がるように努めている。利用されてからの経過も記録やミーティングにより職員が共有できる仕組みを取り対応している。		
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	初期の相談からの面談時等における個別の情報収集、記録でその人らしさの把握に繋がるように努めている。利用されてからの経過も記録やミーティングにより職員が共有できる仕組みを取り対応している。		
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	GH協議会版の介護計画を使用し、暮らしの状況・心身の状況と詳細な項目別にその人らしさを捉えるようにしている。その際は職員のみならず、ご家族や本人にも聞き取りを行っている。内容についてはおよそ3ヶ月に1回のモニタリング実施。	本人、家族の意向に添ったケアプランになるよう、職員は日々の介護で気づいた事や様子をケース記録に詳細に記録し、プランに反映させている。サービス担当者会議では、家族、職員、医師、看護師の意見を聞いて話し合っている。ケアプランは基本的に3ヶ月に1回モニタリングを実施し見直され、変化がある時は随時見直しをしている。	
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	介護職員が日々記録する介護経過と計画作成担当者の支援経過を利用者ごとに記録して支援に役立てている。職員連絡ノートを活用している。		
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	通院や外出の移送支援を柔軟に対応している。市で取り組んでいる高齢者等SOSネットワーク事業の協力機関として地域福祉に取り組むをおこなっている。		

グループホームクレール(ユニット1)

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	教育機関が推進する「たかいしっこを守るお家」、「こども110番」活動、市の高齢者等SOSネットワーク事業に協力。また市民ボランティアグループと共同し、活動発表の場を利用者の余暇活動として提供。		
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し、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	入居時に本人、家族の意向を聞いてかかりつけ医を決定している。24時間対応可能な提携医による2週間に1度の往診や、週に1度の訪問看護、歯科医の往診が受けられる。提携医以外のかかりつけ医についても往診に来てもらえるよう調整をはかっている。	入居時に希望するかかりつけ医を確認している。受診は利用者の状況に応じて家族や職員が付き添っている。家族の付き添い際は、書面で情報提供し医師との連携を図っている。また、往診にきてもらえるようにも支援している。ホームのかかりつけ医や歯科医の往診、訪問看護師の訪問もあり、また緊急時は併設のデイサービスの看護師の応援もあり、安心出来る体制である。	
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	契約している訪問看護ステーションは週に1度訪問。連絡ノートにて状況報告を行っている。変化のある場合は急な要望にも対応いただいている。		
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。	入院先に訪問し、担当医師やMSW、家族との話し合いを行うとともに受け入れ態勢を整え、安心した生活が継続されるようにはかっている。		
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	入居時に重度化についてのホームの指針、看取り指針について家族に説明し同意を得ている。実際に重度化した場合等については、本人・家族の希望を確認しながら各職種で話し合い対応をはかる事としている。	重度化や看取りについては入居時に指針を説明し同意をもらっている。本人、家族の希望にそって、主治医、職員と話し合い終末期のケアに取り組み、家族が入院を希望されるまでの支援を行った経験もあります。今後も本人、家族の意向を聞きながら利用者の状況に応じて体制を整え支援していく方向である。	
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	事故予防・対応マニュアル、急変時のフローチャートを整備し取り組みを行っている。個別で救命講習に参加しているが全職員の定期的な訓練までは至っていない。		
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	年に2回消防訓練を行い、うち一回は消防署立会いのもと実施している。昼・夜間想定訓練も実施。地域への働きかけについて、運営推進会議において地域代表の福祉委員の方にパイプとさせて頂き自治会との協働も検討している。	消防署立会いの下、年に2回避難訓練を実施しており、デイサービスと合同で昼間想定を実施し、ホームのみで夜間想定訓練を実施している。現在、運営推進会議の中で話し合い、地域の協力については福祉委員を通して自治会に働きかけ頂く予定となっている。	予定している自治会への働きかけにより訓練を地域の方と一緒に実施し、協力を得る体制を整える事が今後期待される。

グループホームクレール(ユニット1)

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	一人ひとりに合わせた対応をしており、呼び方などは家族とも相談している。職員間では対応や言葉使いについてお互い注意しあうようにしている。記録類や個人情報等は施錠可能なキャビネットに保管している。	名前の呼び方など利用者の状況に合わせて、家族、職員と話し合い対応を決めている。排泄時の声かけなどの言葉掛け等について職員はお互いに注意し合い、また、自己点検で振り返り、接遇マナーについての掲示をし、一人ひとりの人格を尊重した支援となるよう意識付けを行なっている。	
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	理念や運営方針に掲げ徹底している。サービス提供マニュアルに整備し、介護する側の都合を押し付けず、本人の状態に合わせた接遇に心がけている。		
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	その人らしい暮らしを基本としており、職員の都合を優先することなくその方に合ったペースでのケアに努めている。入浴や食事の時間も出来る限り希望にそった支援に努めている。		
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	利用者、家族の意向にそって対応している。入居前からの馴染みの理容店へは家族や店と調整し継続して利用されているケース、化粧品もこだわりのものを使用いただいているケースがある。定期的に訪問理容を利用している。		
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	調理は委託業者による。盛り付けや後片付け等は出来る方に手伝って頂いている。不定期であるが、おやつや簡単な食事調理を行事として行っている。職員も一緒に同じものを食べ会話をしながら食事している。希望に添って外食する事も支援している。	調理は法人からの委託業者が行っており、給食会議には管理者が出席し、利用者の希望を伝えメニューに取り込んでもらっている。利用者はテーブルを拭いたり、盛り付けや後片付けをしている。誕生日会には手づくりケーキを一緒に作ったり、おやつにたこ焼きを焼き、買い物から調理まで一緒に行っている。食事は利用者と同じ物を一緒に摂っている。	
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	栄養バランスは栄養士が管理し、食事量は記録している。お茶はいつでも飲めるようにしている。水分摂取量は体調変化や病気の際必要に応じて記録している。食事形態は個別に刻みやミキサー食、トロミ剤の使用など対応している。体重の記録をしている。		
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	うがいや歯磨きなどの口腔ケアを利用者ごと個別に支援している。義歯の洗浄は毎日行っている。訪問歯科(週1回)と連携して口腔の状態を把握して支援できるようにしている。		

グループホームクレール(ユニット1)

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	表情や仕草を含め観察記録して、トイレの声掛け・誘導に反映している。排泄チェックリストを使用している。その方のスタイルに合わせポータブルトイレの使用も行っている。	チェック表にて一人ひとりの排泄パターンを把握している。声かけ、誘導、見守りにより日中は全員トイレで排泄ができるよう支援している。夜間は不安の解消と本人の希望でポータブルトイレを設置している利用者もいる。声かけと見守りで紙パンツから布パンツになった事例もあり、トイレでの排泄自立支援に繋げている。	
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	飲食物(乳製品や繊維質)の工夫を活動の確保とあわせ支援をはかっている。排泄チェックリストの活用と排泄内容の確認を行い医療機関と連携し対応をはかっている。		
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	利用者希望を伺ったうえ、職員が手薄になる日時をずらして入浴日を決定している。実績はないが毎日や夜間でも対応できるようにしている。拒否のある方には強制ではなく時間を空けて声掛けするなどタイミングをはかって支援。ホームでの入浴困難な場合は併設のデイの機械浴も利用可能。	基本的には週3回の入浴であるが、希望に添うように支援している。拒否される利用者には、時間をおいて声をかけ、気分転換を図る等工夫している。希望者には、同性介助や足浴をおこなうなど気持ちよく入浴を楽しめるように支援している。また利用者の状況により併設のデイサービスの機械浴も利用できる。	
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	個人の睡眠サイクルを把握した上で昼間の活動機会確保で生活リズムの安定をはかっている。シーツ交換の支援を定期的に行っている。眠りにくい方には温かい飲み物の提供や対話交流による気分転換などを実施している。室温や寝具も調整している。		
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	個人ごとに薬情報をファイルし、職員が把握できるようにはかっている。		
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	日常生活における掃除や洗濯、軽作業などは強制とならないように配慮し参加いただくことにより、自分の仕事と張り切って取り組まれる方も見受けられる。		
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支援している	ホーム近くに公園やスーパーがあり、希望に応じ、または出るのが好きでない方にも少しでも出かけられるように働きかけをしている。不定期に車輛を使用しての遠出も行っている。面会時に家族に協力を仰ぎ外出頂いている事例もある。	近くの公園を毎日散歩したり、家族と一緒に出掛けたり、また希望にそって個別でスーパーでの買い物や外出に出掛けている。季節に応じて初詣やお花見にも出掛けており、秋には遠出が予定されている。	

グループホームクレール(ユニット1)

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	本人のお気持ちに配慮して、ご家族の同意を得た上で小口を自己管理頂いているケースもある。買い物等では内容を確認し、保管場所は全職員が周知し混乱が生じないようにはかっている。		
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	本人の心身の状況に応じて対応をはかっている。手紙など本人の希望に応じて出してもらいいただけるように支援している。		
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	リビング兼食堂は日当たりがよく、自由に過ごせるソファを設置。テーブルも状況に応じて配置換えしている。手作りのものや季節の飾りをたくさんおいてある。レースやカーテンで遮光調整、TVや音楽の音も配慮している。	玄関、ユニットの入口に入った所に造花であるが花が飾られ、季節感を味わってもらえる様、季節の花を2ヶ月に1回交換している。共用の空間には手づくりの飾りやカレンダーが飾られている。またリビングは利用者の状況に応じてテーブルやソファが配置されている。職員は利用者と一緒に掃除をし、居心地よく暮らせるように配慮している。	
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	リビングスペースの机と椅子は配置換えしやすくしており、利用者の要望や気分に応じて色々な空間を作り出せるようにしている。		
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	入居時に、家で使われているものを持ち込んで頂くようお願いしている。ご家族の写真や仏壇など大切にしているものも持ち込み頂いている。ベッドに馴染みが無く布団で寝起きされている方もおられ、生活しやすいように柔軟に対応行っている。	本人の希望にそって畳のベットの持ち込みや、床にカーペットを敷いたり、畳を敷いたりしている。大切にしている仏壇や家族の写真、使い慣れた座椅子、また化粧品やぬいぐるみが飾られ、好きな帽子や衣類が本人の思うように掛けられていたり、俳句の本や三味線等も持ち込まれ趣味が活かせる等その人らしい生活感あふれる居室となっている。	
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	浴室と洗面台には滑り止め加工を施している。手すりは掴みやすい高さに配慮し各部に設置。トイレには可動式バーを備えている。居室内の家具類も生活様式にあわせ配置している。		