

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット2階)

事業所番号	0794800033		
法人名	社会福祉法人はるかぜ福祉会		
事業所名	グループホーム華まつばら		
所在地	松原市松ヶ丘1丁目10-61		
自己評価作成日	令和元年5月15日	評価結果市町村受理日	令和元年7月12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	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	令和元年6月20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)】

開設から8年が経過しました。開設当初からご利用頂いている方もおられれば、利用期間が1年にもならないという方もおられます。認知症の症状だけでなく、加齢の影響による体の衰え、持病の悪化などいろいろな問題を抱えての生活を送っておられます。お一人おひとり、その方が困っていることに寄り添う姿勢を大切にしながらのケア提供を心がけております。この姿勢はご家族様に対しても同じで、ご家族様のお気持ちに寄り添いともに介護させて頂けるよう日頃からお話させていただきよう心掛けております。施設という限られた空間の中ではありますが、季節を感じられる行事を共に楽しみ、日々の生活の中でもご利用者様と職員が支え合いながら気持ちよく生活して頂けるよう努めています。こういった生活の基盤となる健康管理は、協力医療機関と連携し必要な医療がいつでも受けられるよう支援しています。

【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)】

利用者の認知症の程度がまちまちなので、一人ひとりに合わせたケアがされている。職員は介護福祉士や介護支援専門員などの有資格者も多く、職員研修としてパーソンセンタードケアの勉強をして認知症を理解し、実践に結び付けようと努力している。職員も利用者目線に立ち、現状のケアの満足度を高め、できることは少々時間がかかっても本人にして貰い、できないことのみ職員が手伝って完成させ、利用者に安心感を与えるようにしている。管理者、介護主任、フロアリーダーによる管理システムが有効に働き、質の高いサービスが提供されている。月々の支払い先を敢えて窓口1本にし、家族に来て貰って一緒に話し合い理解し合う機会作っている。そのこともあってか、家族の信頼と満足度は非常に高い。

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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者の	63	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族と		
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと	
			3. 利用者の1/3くらいが					3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない					
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)	<input type="radio"/>	1. 毎日ある	64	<input type="radio"/>	1. ほぼ毎日のように		
			2. 数日に1回程度ある				2. 数日に1回程度	
			3. たまにある					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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	65	<input type="radio"/>	1. 大いに増えている		
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている	
			3. 利用者の1/3くらいが					3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない					
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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	66	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての職員が		
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが	
			3. 利用者の1/3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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	67	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が		
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが	
			3. 利用者の1/3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させている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	68	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族等が		
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが	
			3. 利用者の1/3くらいが					3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない					
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、安心して暮らさせている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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	開設時に作成した理念をスタッフルームに提示している。また、所為君との面談で理念を共有して実践できるよう努めている。	8年前の開設時に当時の職員たちが考えた理念は「慣れ親しんだ松原で、その人らしいあたり前の生活が、自然に営めるよう、ともに歩みます」というもので、事業所内各所に貼って職員間で共有しているほか、名刺の裏面にも書かれて、関係する地域社会に発信している。	
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人員として日常的に交流している	夏祭り開催のお知らせを近隣住宅にポスティングし、実際にお子様連れで参加頂いて施設を知る機会にして頂いている。また散歩等の屋外活動で出会った際は、積極的に挨拶に努めている。しかし、地域とのつながりは不十分であると感じている。	開設時からグループホームに理解がなく、自治会や民生委員から交流を拒否されている地域の中で、自治会と関係ない近所の住民を対象に、事業所の夏祭りに招待して利用者と子どもたちが一緒にゲームしたりおやつを食べたりと、できるだけ努力をしている。	地域の理解が困難な状態の中で努力を重ねていることは理解できる。地域とのつながりを強くすることは、地域密着型施設の使命であり、理念にも書かれている。事業所の周辺環境は大きく変化している途中なので、改善に向かって今後取り組みを継続していくことを望む。
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	松原市の委託事業である家族介護教室に関して、契約締結しているが昨年度は開催できなかった。 グループホーム連絡会を通じ、松原市内の老人会等の催しの依頼を受けて講演開催に協力している。	/	/
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	委員の皆様には2か月に1回の開催に協力頂いている。サービス提供状況について報告し、時に厳しい意見を頂くことでサービス提供のあり方について振り返る機会とさせて頂いている。また、出席者から他の施設の様子など情報提供いただくこともあるため、参考にしてている。	参加者に地域住民代表(自治会)がいないことは、地域の特殊性として市にも理解して貰っている。会議の内容は、運営状況から事故、要望意見、研修報告など多彩で、議事録はわかりやすくまとめられている。議事録を玄関に置いて家族に公開している。	
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取り組んでいる	主に運営推進会議への出席及び議事録の提出により運営状況を報告している。また、グループホーム連絡会でも市担当者とは懇談している。 適正運営に関しては、松原市福祉指導課に相談し助言を受けている。	運営推進会議には市高齢介護課職員が参加しているので、事業所の内容はよくわかって貰っている。法令改正後の不明点を聞くなど、必要な時は相談している。	

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
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	身体拘束をすることの弊害は理解している。身体拘束排除マニュアルを作成して定期的に研修を行い身体小機クゼロのケアに取り組んでいる。1階玄関は安全確保のため自動開閉にしているが利用者の出入りには即対応体制をとり見守りを重視している。	身体拘束適正化委員会を3か月に一度開催し、適切な検討がされていることは、会議録から確認できた。現在、身体拘束に当たる事例はないが、スピーチロックに関しては、常に職員間で注意している。	
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	毎年、系列法人と開催する内部研修や外部研修参加者からの伝達研修により、人権問題や虐待防止について学んでいる。また、身体的拘束等適正化委員会において、言葉や態度が虐待につながる恐れがないかについても話し合っている。		
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	主に、入居時の家族面談において成年後見制度に関する情報提供を行っている。研修では、人権擁護の研修内で成年後見制度について学んでいる。		
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	契約締結時には対面で読み合わせを行ない、一つひとつ内容を確認している。改定の際は、窓口にて個別に説明しご理解いただいている。		
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	窓口対応(毎月の支払い時等)やサービス担当者会議で意見聴取する機会を設けている。また、毎年開催している家族会では、運営に関する報告を行ない、ご意見を頂くようにしている。入居者の処遇に関することはすぐに職員間で検討し改善に努めている。	毎月の支払い先を窓口1本にして、家族が事業所に来る機会を持ち、できるだけ日ごろの様子を伝えるとともに、家族の気持ちも理解しようと努めている。今回の外部調査のアンケートで、家族の事業所への信頼が厚く、満足度が高いことがわかった。	

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
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	日々の報告や定期的な会議の場、面談等の機会に意見や提案を表出する機会がある。働く意欲につながる改善があったと実感できることもあった。	職員全体の会議とフロアごとの会議が定期的で開催されている。意見は活発に出て、職員間の風通しはよいとのことである。職員は個人目標をたて、その管理のために6か月ごとにフロア責任者と面談している。	
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	フロアの責任者は、少しでも職員の意欲を引き出す働きかけに努めている。面談により個々の課題を明確に出来るよう援助している。しかし人手不足を感じることもあり、人事面での課題が大きい。		
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	法人においては、系列機関と協力して年間計画に基づいた研修を実施。また、外部への研修参加機会を設け、経験に応じて参加している。		
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	管理者は松原市グループホーム連絡会に参加。連絡会では毎年研修を実施し、代表職員が参加している。今年度も救急対応の研修や意見交換会が予定されている。		
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	管理者もしくは計画作成担当者、介護主任等が本人の住まいを訪ね、お話を伺う機会を設けることで導入段階での関係づくりに努めている。		

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
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	入居申し込みから始まり、入居段階での面接や入居後の面接で「いつでもどんな事でもおっしゃってください、気付いた時にお電話でも結構ですよ」と声をかけて関係づくりに努めている。		
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	見学段階で、グループホームと他の施設サービスとの違いを説明し、より希望に合う選択が出来るよう情報提供している。また同じグループホームでも他の施設も見学を促している。面接内容によっては、ご家族様等の許可の元、担当ケアマネジャーにも連絡を取って、入居サービスの必要性を見極めるようにしている。		
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	食事準備や洗濯等で役割を持って頂ける方には一緒に取り組み、その丁寧さに感心させられる場面も多い。こういった仕事が難しい方とも、ちょっとした行動を職員と共にして頂くように努めている。		
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	いつでも面会に来て下さいと声をかけている。面会時の様子について伺い、ご家族様だからこそわかる事があり安心されている様子であることをその都度お伝えしている。 また、行事への参加をお願いし、ご本人様と共に過ごす時間を持っていただくよう努めている。		
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	ご友人の面会が続いている方もあり、ご家族様とも協力して関係が途切れないよう支援している。また、ご家族様との外出を安全に過ごして頂けるよう、出掛ける前には最近のご様子や注意して頂きたいことをお伝えしている。	入居前に自宅を訪問し、利用者のこれまでの生活や住んでいた地域を知るようにしている。利用者が自宅に一時帰宅したり、馴染みの美容院に行っている例もあるが、認知症の進行とともに困難となっていくことも多い。	

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
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	人間関係や認知症の進行程度、性格等に配慮して一緒に活動したりソファでくつろいでいたりしている。「あなたも一緒に行きましょうよ」など外出に誘ったり、おしゃべりを楽しんだりする関係が築けている方もおられる。同じ訴えを繰り返す方に根気強く付き合い、「不安だから仕方がないのよ」と職員に話して下さる方もおられる。		
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	入院中の医療機関に面会に行き、ご家族様とお話するなどして精神的な支援を行っている。また入院後他界された方もあり、ご家族様と連絡を取って最期のお別れをさせて頂き、故人との思い出話をして懐かしんだり、家族のサポートに感謝して労うなどしている。		
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	入居前にご自宅での過ごし方やこだわりなどの情報を収集している。ご本人様に確認できない場合はご家族様に情報提供いただいている。また、普段の会話から思いを汲み取るよう努め、職員間で話し合い、実現や継続に努めている。	普段の会話から利用者の思いや意向を聞きだして職員間で共有し、実現可能なことはかなえる方向で努力している。意思疎通が難しい人は、それまでの一緒に過ごした経過の中から推測して思いを知ろうとしている。	
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	入居前の面接で情報収集している。また、了解の元、担当ケアマネジャーや相談員等に情報提供を依頼している。実際の住まいに訪問することで生活環境の把握も行う。職員は、一人ひとりの生活歴の把握に努め、さらに普段の会話に取り入れる事で、これまでの人生を知りその人を利すよう努めている。		
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	ご状態や有する力に関しては、一緒に行動してみて、まずご自身でして頂くよう促したり出来そうなことを試したりすることで、持っている力や心身の状態を把握している。これらを引き継ぎや記録に残すことで職員全体で把握するよう努めている。しかし、認知症の症状により隠されてしまう力も多く、不十分な時もある。		

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
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	プラン作成にあたり、カンファレンスを実施しアセスメント内容のチェックやサービス内容を検討している。	アセスメントとカンファレンスを繰り返して原案を作成し、家族、担当職員、ケアマネジャーとでサービス担当者会議をして介護計画書を作成し、職員がサービス内容を毎日○×でチェックしている。それらをもとに計画作成者が月1回モニタリングしている。期間ごとのサービス担当者会議には家族が毎回参加し、意見を聞いている。	
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	介護記録や申し送りノート等のツールを活用して情報共有を図っている。また、カンファレンスではこれら情報を再確認することで計画の見直しに役立っている。		
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、その時々にも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	どうすれば実現できるかという視点を忘れないように努めているが、不十分になりやすい。		
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	なじみの美容室の利用をご家族様の協力を得ながら続けている入居者様もあるが、入居までにすでに地域との関わりが途切れてしまっている方も多く難しい。		
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	入居時の話し合いにより協力医療機関の往診を利用される事が多い。疾患や状態によってはこれまでのかかりつけ医への受診継続をお勧めすることもあり、受診時にはご本人様もしくはご家族様の了解の元、診察に同席することで日頃の様子をかかりつけ医に報告している。	かかりつけ医については本人や家族の意向を優先している。希望者は事業所の協力医療機関の訪問診療も受診している。協力医療機関(母体病院)には、内科、外科、皮膚科、整形外科、麻酔科、循環器科と揃っており、契約の訪問看護や職員看護師と連携もよく、家族の安心感が強い。	

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
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	契約している医療機関の看護師に日々の状態を報告し、健康管理を受けている。また、看護師の判断により受診を支援するなど、適時必要な医療が受けられるよう支援している。		
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	入院決定すれば、介護サマリーを送付し病院関係者に情報提供している。入院中のご様子について関係者と連絡を取り、スムーズな退院受け入れに努めている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期の対応については、ご家族様に対して、今の状態についての具体的な説明を医師や管理者から行い、事業所で対応可能な範囲とリスクについてご理解いただいている。しかし、早期からの話し合いを持つことがなかなかできていない。医療の提供が優先されがちである。	入居契約時に、利用者・家族に「重度化した場合の対応に係る指針」を示し、方向性を理解して貰っている。事業所も職員研修を行って体制を整えているが、重度化するとやはり苦む利用者が多く、最初は当事業所での看取りを承諾されていたが、病院搬送を望まれる家族が殆どで、まだ残念ながらホームで看取った経験は無い。	
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	研修で「嘔吐時の対応」「事故対応」「救急対応」を学ぶ機会はあるが、実践力を身に付けているところには至っていない。		
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3回の消防避難訓練で、主に夜間を想定して実際にご利用様を避難させる訓練を実施している。訓練の際は、近隣に対して文書等で避難訓練の取り組みがある事をお知らせしている。松原市の防災計画では、この地域の水害は想定されていない。地震に関してマニュアル作成しているが、訓練の実施が課題である。	ハザードマップでは、この辺りは海面より相当高く大きな川も無く、池も現在水を抜いて埋め立てている。従って水害はまず考えられないとしている。その他の災害については、避難マニュアルを策定し、年3回は近隣住民に声かけして避難訓練を実施し、職員の危機意識を高めている。	

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
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	全ての職員にご利用者様の人格尊重や人生の先輩としての敬意を持つという自覚はあり、普段は言葉かけや対応に配慮がなされている。しかし、あちらもこちらもといった状況や突発的な状況、危険を伴った状況等では、焦りが先行し不十分になりがちである。	職員は殆どが介護福祉士の資格を持っており、利用者を人生の先輩と捉え、利用者から教えて貰うこともあり、利用者目線に立って「パーソンセンタードケア」を心がけている。介護の仕事は、個人だけでは駄目で、職員のチームワークが必要なことも理解している。	
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	思いや希望を引き出すような声掛けを行っている。また日頃の様子から、その人の表情や言葉、反応を注意深く観察し、発信されている何かをキャッチできるよう努めている。		
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	どうしても職員側の都合になりがちであるが、ほとんどの職員がその事に気付いており、そうならないように声を掛け合うなど努力している。また、どのような一日を過ごしたいかということに関して、職員の働きかけが必要な方も多く、思いに気付く関わりを持つように努めている。		
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	本人の好みを把握し、入居前から行っていることはそのまま継続できるよう支援している。例えば、一緒に洋服を選んだり口紅の色を選んだり。また、共に過ごす中で気付くこだわりについても続けられるよう支援している。しかし、把握が難しい方もおられ全ての入居者様に出来ている訳ではない。		
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	テーブル拭き、盛り付け作業など食事のための準備で出来ることを一緒にやって頂く。また片付けでは、手順が分からなくなってもそばに職員が付き添い、一つひとつ声をかけながら一緒に行うようにしている。指示理解が難しい方や家事活動が苦手な方もおり、活動の好みや力に応じて行うようにしている。	食事は利用者の最大の楽しみであることを考慮に入れ、階下の厨房でデイサービスの分と一緒に業者が作って配食し、盛り付けなどのできることに利用者が参加している。食事の形態変更(トロミ、きざみなど)は、事業所で行っている。職員も声かけしたり食事介助して会話や感想を聞き出し、とにかく明るい雰囲気を出す努力をしている。	

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
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	食事摂取量や水分摂取量はシートに記入して把握できるようにしている。毎月測定している体重や医師による採血検査結果によっては、さらに厳重な栄養管理を行なうこともある。食事内容は、法人内の管理栄養士が管理している。		
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	起床時や毎食後に歯磨きや義歯の洗浄を行って口腔内の清潔を保つようにしている。歯科医や歯科衛生士の指導により、その人に合った口腔ケアを実施しており、必要な方には仕上げ磨きや歯間ブラシなどの介助を行っている。		
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	排泄記録をつけて、排泄パターンに応じたトイレ誘導と介助によりトイレでの排泄を支援している。入居前に一日中オムツ排泄であった方も日中はトイレでの排泄を介助することで「トイレに行きたい」とおっしゃる事ができるようになった。	排泄チェック表や排泄感を感じた時の利用者固有のサインを見逃さず、他人には分からないようにそっとトイレ誘導している。夜間も2～3時間ごとに声かけしているが、眠くて起床が困難な人もおり、睡眠を優先えざるを得ないケースもあるが、トイレでの排泄を基本としている。	
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	排泄や水分摂取量をチェック表に記録しており、摂取状況をみながら個別に援助している。また、乳製品の摂取などこれまで続けてきた生活習慣も継続を支援している。トイレでは、腹部をマッサージしたりして息み動作を支援することもある。		
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	ある程度予定を決めているが、入居者様の希望を優先するようしており、日々予定を変更・調整している。また毎日足浴を実施するなど、入浴以外の方法でも保清を支援している。	週2～3回の入浴を支援している。入浴拒否の人は、スタッフや日を替えている。利用者が最もリラックスされる時間帯であり、職員と楽しい会話を交わして色々要望を聞いたり、懐メロを楽しんでいる。湯音を気にする人、ぬるめでじっくり入りたい長風呂型や熱めでカラスの行水型の人もあり、できる限り好みに合わせた入浴を楽しんでもらっている。	

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
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	お一人おひとりの体調や疲労感、前日の睡眠状況等に応じて、日中に横になって休むことができるよう声掛けや介助を行っている。夜間は、イブニングケア、パジャマへの着替えなどゆっくりと眠るための準備を一緒に行い、本人のペースに合わせて休んで頂くようにしている。		
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	薬剤情報シートがいつでも閲覧できる状態になっている。また薬の変更・追加があれば情報シートと共に引継ぎを行ない、把握に努めている。		
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	食事の準備、洗濯物の片づけなどの日課をできる人にはやって頂くことで役割づくりを行っている。また手作業を提供し得意なことに取り組んで頂いている。ご家族様から好きなことや得意なことを情報提供いただき、その人の力を活かして生活して頂けるよう努めているが、本当に楽しんで頂いているかどうか分からないことも多い。		
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。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	ご自身で希望できる場合は、日程を調整して外出を支援している。例えば「お寿司を食べに行きたい」といった希望に対応している。しか、しこういった希望が表出できることはまれで、計画して外出したり、気候を見て散歩に出たりするが、本人の希望に沿ったものとは言えないこともある。	戸外に出ることは、季節感を感じる、歩行訓練、気晴らし、日光浴、外食、近隣の方への挨拶など、グループホームとしては大切な支援の一つであり、当事業所も力を入れている。遠出コースとして、長居公園のばら園の見物に出かけて利用者に喜んでもらった。利用者全員が満足する散歩コースについては、まだ検討中である。	
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	手元にお金がないと不安な方はご自身で持っておられるが、管理が出来る訳ではないので使用は難しい。実際に必要なお金は、ご家族様から預かり施設で管理している。		

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
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	ご希望があればご家族様に連絡し、お電話でお話しいただくこともあるが、希望される事が少ない。電話の取次ぎをしても理解できず、職員に受話器を渡す方もおられる。		
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	基節を感じて頂けるような作品と一緒に作って飾っている。採光や照明にも配慮し、まぶしさを感じないように注意している。窓を開けて外気に触れて頂いたり、ベランダに出て水やりをするなど花々を見て季節を感じて頂くこともある。	リビング兼食堂は広くてゆったりしている。ベランダには大きめのプランターを置き、当日はペチュニアや日日草が満開であり、季節を充分感じる工夫がある。気の合う利用者同士が話せるコミュニケーションスペースとして、大きめのソファが置かれている。壁面には利用者のレクリエーション時の笑顔や作品が掲示されている。	
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	椅子やソファなど落ち着くところに座っていただいでゆっくり過ごして頂くようにしている。ソファでテレビを観たりおしゃべりしている方もおられれば、お席で手作業をしている方、新聞を読んでいる方もおられる。「自分の席」がある事に安心したり、こだわる方も多く、ご自身の居場所というお気持ちが強い様子である。		
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	安全面に配慮しながらもご家族様には馴染の物の持参をお願いしている。ご家族様によっては「いつも使っていたから」とご持参される事もあるが、認知症の進行により使用が難しくなったり安全面に問題があることも多い。また、自宅に外出・外泊される時に必要と家に置いておかれたり、ご本人様が家から持ち出すことを拒むこともある。	居室の面積も11㎡あって広い。家族の努力で、何とか自宅での生活の延長感を出す工夫も見られる。そのために、新品は持ち込まず、使い慣れた日用品や家具、テレビなどを持ち込み、落ち着いて生活をするよう工夫が見られる。利用者の転倒防止のため、床に布団を敷いている部屋もあった。	
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	トイレの扉の色を居室扉とは違う色にしたり、廊下に手すりを設置したり、トイレや浴室にも手すりを設置して、一人でトイレに行けたり安全に歩けるようにしている。		