

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	2795000070		
法人名	株式会社 孝生会		
事業所名	グループホーム フォレスト4F		
所在地	大阪府東大阪市若江東町4-2-5		
自己評価作成日	令和2年1月9日	評価結果市町村受理日	令和2年4月23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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JikvovsCd=2795000070-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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	令和2年2月18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)】

医療機関に付属しており、医師、看護師、PTの意見を取り入れADLの維持向上、体調管理を行っています。またデイケアの協力を得て大浴場でゆっくり入浴を楽しんで頂く日を設けています。認知機能維持の為の取組として、ジェンガ、点つなぎ、計算、漢字、ナンプレ、塗り絵、クイズ等のプリントやパズルを提供し、皆さん交流を持ちながら集中して取り組まれています。その他、季節感、雰囲気味わってもらえるような外出や行事を企画しています。また、利用者退所後も家族様から申し出を頂き、ご厚意で敬老会でのピアノ演奏会を開催するなど家族様との関係も密になってきています。運営推進会議の委員でもある地域の方からご紹介を頂き、たんじりを当苑に停留してもらって、地元の秋祭りを見学したり、毎年地元の神社へ初詣に行き、地域交流が継続できるよう努めています。【介護理念】私たちは「あたたかい心」、「明るい笑顔」でその人らしい活気とゆとりのある生活環境を提供します。

【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)】

--

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 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<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	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)	<input type="radio"/> 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)	<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	66 職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<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	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	<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
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)	<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	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	<input type="radio"/> 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)	<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

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	「法人理念」「介護理念」「フロア理念」を作成し、理念に沿ったケア、自立支援に努めている。「フロア理念」を職員の目につきやすい所に掲示して落とし込みを図っている。		
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	運営推進会議に民生委員や校区の福祉委員の方に参加してもらっており、委員の方の協力を得て、地元の神社でのお祓いやだんじりの見学等参加している。また、地域の自治会に入っている。		
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	協力医療機関、併設他事業所と連携し、認知症関係の相談等があった際は対応を行っている。また、Run伴に利用者様もランナーとして走って頂き、認知症の理解の啓発に参加している。		
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	開設より継続して2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、活動やサービスの現状報告を行って、意見や情報交換し、運営に役立っている。また、疑問点などを質問して他事業所での取り組みなどを聞いて運営の参考にしている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営や介護保険に関する事で、分からないことがあれば、その都度連絡を行って指導を仰いでいる。		
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	基本となる「抑制防止マニュアル」を作成しており、新人研修時に落とし込みを図っている。エレベーターは構造上、外部からの不審者を確認できないため、使用者の制限を行っている。その他、各フロアで勉強会を行ったり、身体的拘束等適正化のための指針を整備し、「身体的拘束判定、廃止委員会」にて身体拘束について検討する体制を整えている。		
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逃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	高齢者虐待防止に関する資料を準備し、新人研修時に落とし込みを図っている。いつでも閲覧できるよう各フロアで保管すると共に、勉強会を行って虐待防止に努めている。		

グループホーム フォレスト4F

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	成年後見制度を利用されている利用者様が2名おられるので身近な制度になっている。家族様から相談があった際は、相談窓口へ繋げている。		
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	契約前に重要事項説明書、契約書を用いてサービス、利用料、契約、解約、その他内容の説明を行い、一度家族様に持ち帰って熟読してもらっている。契約時に不明な点、質問に対応し、納得した契約を行って頂けるよう努めている。		
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	普段の会話から利用者様の意見、要望を引き出したり、サービス計画書作成時に希望を聞いたりしている。また、家族様の面会時、サービス計画書の説明時に意見、要望を受けている他、意見箱も配置している。意見・苦情があった際は、会議等で苦情内容の報告を行い、反映できるよう取り組んでいる。		
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	会議前に提案書を設け意見や提案を記入してもらい、管理者参加のもと会議で話し合っ反映できるよう取り組んでいる。また、代表者や他部署の管理者も交えて会議を行い、職員の意見を聞く機会を設けている。法人で取り組む必要がある際は、長会議で議案としてあげている。		
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	長会議やグループホーム運営会議などで出た意見や要望を受けて、新しい手当の創出や休憩場所の確保など待遇面や職場環境の改善に努めている。		
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	年に2回程度面談を行い、個々に合った目標を管理者と一緒に設定し、取り組んでもらっている。また、各フロアで1ヶ月に1回勉強会をフロア会議の中で行っている。		
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	居住系地域密着型サービス事業者部会で行なっている勉強会に参加し、他のホームと意見・情報交換を行っている。定期的に関催される介護保険事業者連絡協議会の交流会にも参加を促して、交流を促進している。		

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	利用前に現在の居住場所での面談を行い、現在の生活・身体・精神的状況を確認。また、不安が取り除けるよう、当ホームでの支援体制を説明している。		
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	利用前に家族様等に施設見学をして頂き、その際に併せて面談行って、現状や不安に感じている事、困った事を聞きとって不安を取り除けるよう利用時の対応の説明を行っている。		
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	利用前の情報を基に、職員間で状態・ニーズの共有把握を行い、入居時に対応できるよう努めている他、事前に各事業所等へ情報提供を行っている。また満床などで受け入れできない時は他の介護サービスなど情報の提供、助言を行っている。		
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	アセスメントを基に、できる事はできるだけ本人に、又は一緒にしてもらえよう働きかけている。できない時や意欲のない時でも精神面にも配慮しながら、なるべく本人の力が引き出せるような声掛け、対応に努めている。また入居者同士と一緒に作業に取り組めるよう雰囲気を作って共同生活での絆作りに努めている。		
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	面会時に近況報告や家族の生活に対する意向を確認したり、自宅での生活の様子を聞き取りながらホームでの支援に繋げられるよう努めている。また、家族様にも行事や外出企画等に参加して頂き、共に支えていけるような場が作れるよう取り組んでいる。		
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	今まで付き合いがあった友人や親戚、近所の方に面会に来て頂いている他、月一回のフロア便りや年賀状などで、近況をお知らせしている。また、趣味で行っていた場所や通っていた美容院などにも出掛けて頂いたり、今までの関係性が継続できるよう努めている。以前入居していた方の家族や知人が入居したりなど地域とのつながりも徐々にできている。		

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
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	家事作業を行う際に利用者同士で話し合い、協働してもらったり、レク等にも一緒に参加してもらってコミュニケーションが取れるよう配慮している。折り合いが悪い場合は職員が間に入って一緒に行ったり、席に配慮するなど孤立せず、良好な関係が築けるよう支援している。また、入居者同士で居室で一緒に過ごすような機会も持ってもらっている。		
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	契約終了後は、必要に応じてご連絡し、現状把握に努めている。また、相談があった際は、対応可能なサービスへ繋げている。元入居者家族にボランティアに来ていただいたり、契約終了後も関係が継続できるよう努めている。		
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	ケアプランを見直す際など定期的にご本人から生活に対する希望を聞き取る他、ご家族からも希望を聞き取り、ケアプランや過ごし方に反映できるよう留意している。また、普段の様子や言動などから気になっていることなどの把握に努め、安心して暮らせるよう本人の視点で考えるようにしている。		
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	日々の会話の中でご利用者ご本人から聞き取ったり、以前利用していた居宅介護支援事業所やサービス事業所等からの情報提供や家族様から今までの暮らしぶりを伺ったり、面会者など近い人達から話を伺って情報の把握に努めている。		
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	定期的に行うアセスメントを通じて今できること、できないことの把握に努めると共に、一日の暮らしぶりを観察し、記録に残すことで職員間で情報の共有化を図っている。また、朝夕に行う申し送りで一日の状態についての情報集約を行っている。		
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	本人や家族の希望も聞きながら介護計画の作成に取り組んでいる。また、毎日行うモニタリングの他、定期的に行うモニタリングとアセスメントにて課題を抽出し、カンファレンスを行い、介護職員の情報や意見が介護計画に反映できるよう努めると共に家族様にも面会時等に意見を伺っている。医療など他職種から意見を得て、介護計画の参考にしている。		

グループホーム フォレスト4F

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
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	毎日個別記録へ日々の様子やケアの実践を記載し、モニタリングの際に参考にしている。職員の気づきを記載することで、職員個々の気づきを共有したり、介護記録に記載することで介護計画の落とし込みを図っている。又見直しの際に気づきや意見を計画に取り入れている。		
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	併設しているデイケアでの行事等に参加している。またその時々に合わせて居宅療養管理指導や訪問看護等のサービス、定期的な往診、訪問看護による健康管理、訪問歯科の口腔衛生管理などのサービスを利用して頂いて。必要な時は他科受診(通院)して頂き、置かれた家庭環境に合わせて柔軟に対応している。		
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	デイケアと連携し、地域の方々等を招いた行事へ参加したり、近所のスーパーや飲食店を利用するなど交流を図っている。季節に応じて近隣へ桜や銀杏並木を見に出たり、地元の神社に初詣に行くなど地域資源を活用している。		
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	契約時に説明、同意を得てホームの協力医療機関を利用して頂いている。希望や必要があれば、他の医療機関へ柔軟に対応している。受診前後には、家族へ状態、結果等の報告を行っている。		
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	毎週訪問看護による健康管理を行っている。気になる症状や対応の相談を記録し、訪問時確認してもらって、助言を得て職員間で情報共有している。診察が必要な際は訪問看護から、主治医へ状態報告もしてくれている。		
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。	入院時には、主治医の紹介状、介護サマリー等で情報を医療機関へ提供している。退院前には、家族様、医療機関から得た情報と面会へ出向いた際に得た情報を基にニーズを把握し、ホームでの生活にスムーズに移行できるように対応している。		
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	契約時に提供できる医療の範囲とターミナルケアの説明を行い重度化、終末期の対応の確認を行っている。また、状態の低下時と終末期にも再度意向の確認を行っている。日々の状態を定期的に面会、電話連絡時に報告している。		

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
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	マニュアルに沿って対応が行えるよう整備するとともに緊急時の対応について勉強会を行っている。事故後には、カンファレンスを行い、対応の見直しや予防策の検討を行っている。普段からひやりハットを記録し1ヶ月毎に集計し、職員間で報告を行っている。		
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	自衛消防隊を配置し、年2回避難、消防訓練を実施している。水害時の避難確保計画を整備すると共に、フロアに防災ハザードマップを掲示し、職員に注意喚起を促している。また、運営推進会議でも防災対策などを議題にあげて委員の方の意見を伺っている。		
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	ホーム内の個人情報保護規定に沿って職員に周知徹底を行っている。本人の目線で話を聞いたり、プライベートな部分は個室で話すなど配慮している他、職員間で連携して支援できるようカンファレンスなどで声かけや対応の仕方などについて話し合い、情報の共有や接遇の改善を図っている。		
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	自ら思いを語られない方には普段の暮らしの中での発言や態度等から本人の思いを汲み取れるよう観察したり、話を聞く際は思いを表しやすいように環境に配慮している。自分で判断できない方にもまずは本人の意思を窺って、自己決定を尊重するようにしている。		
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	一人ひとりのペースに合わせて、行動的な方には好みのレクリエーションを提供したり、家事に参加していただくなど活動していただき、そうでない方には本人のペースでゆっくり過ごせるよう配慮している。外出など希望される際はできる範囲で希望に添えるよう努めている。		
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	行事の時などにお化粧品をして頂いたり、好みの洋服を選んでもらう等、おしゃれを楽しんで頂けるよう支援している。又白髪が目立たないように定期的に髪を染めたり、家族との外出時に好みの服を持って来ていただくなど家族と協力して支援している。		

グループホーム フォレスト4F

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
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	自分の食べた食器を下げてもらったり、できる方には食事の下ごしらえや盛り付け等に参加してもらって、一人ひとりの出来る範囲で家事に参加して頂き、その人の力を活かせるよう支援している。		
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	個々にあった食事形態、食事量を提供し、毎食摂取量を確認している。糖尿病の方には摂取カロリーや体重にも注意し、栄養バランスの面から配食サービスも取り入れて献立を考えている。また水分摂取量が不足している方には好きな飲み物を提供したり、こまめに水分摂取を促すなど水分量の確保にも努めている。		
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	起床時と毎食後に口腔ケアを声掛け、必要に応じて、消毒液を入れたり、歯磨き粉をつける等の援助を行っている。磨き残しが多い方やご自分で口腔ケアができない方に対しては介助を行い、口腔内の清潔保持に努めている。又週1回訪問歯科の口腔衛生指導にて、その方にあったケアの仕方等指導を受けている。		
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	排泄状況や間隔をチェック表で把握し、尿意・便意が曖昧な方に対しては定時にトイレ誘導し、失敗やおむつの使用軽減に努めている。個々に合った声掛けや排泄確認等を行い、失敗の予防に努めている。又夜間は必要に応じてポータブルトイレを設置し、自立支援に努めている。		
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	毎日出来る範囲で個々に応じた体操やレク、家事等で体を動かす機会を持って頂いている。又水分摂取量が不足しやすい為、注意して提供している。便通に良い食材を取り入れて提供し、便通剤でも調節している。必要に応じて腹部マッサージやホットパックなど施行し、便秘予防、便通の改善に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	できる範囲で希望に添えるよう努めている。入浴剤を使用したり、雰囲気工夫して、季節を感じながらゆったり入浴を楽しんで頂けるよう配慮している。保湿や保温に配慮して個々に合った声掛けや入浴方法を実施している。また、デイケアの協力を得て、隔週で広い浴槽や機械浴でゆっくり寛いで頂けるよう支援している。		

グループホーム フォレスト4F

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	個々に合わせた時間帯で入床して頂いているが、体調や状態に応じて入床介助を行っている。浅眠な時はフロアで落ち着くまで過ごしてもらったり、ホットミルク等を飲用してもらって入眠を促している。居室で本を読まれたり、眠気が出るまで過ごしてもらって安眠できるよう心掛けている。個々の体調や状態に応じて生活リズムが崩れない程度に日中臥床、休憩時間を設けている。		
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	個々の服薬情報をファイルし、すぐに閲覧できるようにしている。変更時は記録を残し、症状に変化があれば医療に報告、指示を仰いでいる。飲み忘れの無いようチェック表を用い、飲み込めるまで見守りをしている。又錠剤を粉砕したり、ゼリーを使用する等飲みやすいよう工夫し、医療や薬剤師と相談しながら、用法、副作用についても把握に努めている。		
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	個々に出来る事、得意なことをして頂けるよう支援に努めている。グループでする際は交流が図れ、なるべく楽しみながら、家事やレク等をしてもらえるよう声掛けや対応に配慮している。又個人での活動を好まれる方には、個別で取り組んで頂いたり、新聞とり、ゴミ捨て等習慣になっている事を役割分担して行ってもらい、気分転換にも努めている。		
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	出来る範囲で希望に添えるよう外出支援に努めている。グループや個人で近くの飲食店に行ったり、近隣のスーパーへ買物に行く等の他、季節毎に外出行事を企画している。職員人員等により外出困難な時もあるが、ローテーションでゴミ捨てや周辺散歩、新聞取り等に行き、外の空気や季節を感じてもらえるよう努めている。家族様と相談し、馴染みの美容院やお中元、お歳暮を送りに百貨店へ行かされている入居者もいる。		
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	家族様と相談し、希望される方にはお財布に少しお金を持って頂いて、安心してもらえるよう対応している。買物時に必要以上に購入されないよう家族様と協力して声掛け、確認など行い、なるべく本人の希望に添うように支援している。ほとんど管理の難しい方は、事務所でお預かりし、必要に応じて対応している。		

グループホーム フォレスト4F

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	希望される方にはホームの電話を使用してもらっている他、年賀状やお手紙等でやり取りできるよう支援している。届いた手紙や荷物等は直接又は家族様に手渡し、必要な際は了承を得て、職員が代読し、本人に聞いてもらっている。返事についても書ける方には書いていただき、難しい方には代筆など必要な支援を行って、良好な関係が継続できるよう努めている。		
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	生活感や季節感を感じてもらえるように、外の景色と一緒に眺めたり、入居者様の日常の写真やレクで作られた作品、季節毎の貼り絵を作成して壁に飾っている。共用空間で落ち着いて心地よく過ごせるよう本棚やソファ等の配置を考えたり、明るく暖かい雰囲気を作るために馴染みの音楽やビデオ等を流して雰囲気づくりに取り組んでいる。		
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	寛げるソファを数か所配置し、ぬいぐるみやクッションを置いたり、本棚にアルバムを置き、その時々でゆったりと、個々の過ごしたい場所で思い思いに過ごせるよう環境に配慮している。また、居室、フロア以外でも独りになれるよう、少し離れた場所にも椅子を配置している。共用空間で交流の場が持てるよう努めているが、トラブルや口論になりそうな時は、職員が仲裁できるよう常時見守りしている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	なるべく使い慣れた物、馴染みのある物を家族様と相談し、可能な限り持参していただき、過ごし慣れた環境で今までの生活が続けられるよう配慮している。その他、入居者が作られた作品や家族写真、お気に入りの物を居室に飾り、馴染みの環境になるよう取り組んでいる。		
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」「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	居室やトイレの入り口に名札や写真、表示を貼って位置が分かりやすいようにしている。認知機能の低下に伴い、トイレや自席等が分かりにくくなってきている方には都度、声掛けを行っている。また共用の台所では自分で食器などを片付けられるよう表示を付けて分かりやすくし、できることに応じて自信をもって家事等を一緒に行ってもらえるよう取り組んでいる。		