

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3F		
所在地	東大阪市若江東町4-2-5		
自己評価作成日	平成 29 年 12月27日	評価結果市町村受理日	平成30年4月11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.kaizokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigvosvoCd=2795000070-00&PrefCd=27&VersionCd=022
----------	---

【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30年2月6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、P.Tの意見取り入れ、ADL、体調の維持向上を行っている。また、行事、外出の機会を増やすため、近くのスーパーへ週3回以上買物へ行ったり、外食、外出の機会を設けている。デイケアで行事がある際は参加し交流を図っている。毎年、地元神社へ初詣に行き地域交流できるよう支援。日常では、毎日の食事作り、体操、創作活動等に参加して貰っている。【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)】

当該事業所では利用者がその人らしく意欲をもって生活する事や笑いが飛び交い家族の様に暮らす事などの思いを込めた理念を作り支援しています。会議に向けて職員に事前に意見を募ることで会議がスムーズに進行し意見を言いやすい状況を作り、業務改善やサービスの向上に繋げています。職員は利用者が出来る事を見つけ、多くの役割を作り利用者の活発化に繋げ、共同で作る食事はリハビリの一环と位置付けテーブルを囲んで共同作業で作られています。また終末期に向けて段階を踏んで家族から意向を聞く仕組みを作ったり、転倒防止アセスメントを行い利用者の状況を医師の意見と共に家族に伝える事で支援内容へのより深い理解に繋げています。職員は利用者の生き生きとした生活の支援について家族と思いを共有することで明るく笑顔の見られる日々の暮らしを支えています。

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 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している (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

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。利用者様・職員の入れ替わりがあった為「フロア理念」の見直しを予定している。	事業所では法人の理念のもとにフロアごとの理念を作成し、年度末に職員は理念に沿った支援となっているかを振り返っています。利用者や職員の入れ替わりなどの変化があった今期は理念を再度見直し、職員間で話し合いフロアの状況に合わせた新たな理念をつくり実践に繋げています。	
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	運営推進会議へ校区福祉委員等の方に参加して貴い情報を得え、地元の神社でお祓いやだんじりを見に行く等してもらっている。	校区福祉委員や民生委員等の運営推進会議への参加もあり祭りなど様々な地域情報を得て、参加出来る行事に行き楽しんでいます。近くのスーパーでは、従業員と顔見知りになったり、知人に会い挨拶をするなどの交流があります。また認知症キャンペーンの「ラン伴」には今回雨で参加は出来ませんでしたが、見学応援をするなどは恒例行事となっています。	
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のがあった際、対応を行っている。又、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へ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践、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1回開催。活動やサービスの現状を報告し意見や情報交換を行い運営に役立てている。	運営推進会議は2か月に1度校区福祉委員、地域包括支援センター職員等の参加を得て行われています。会議では写真を見ながらホームの活動状況の報告を行い、多くの質疑や意見が交わされています。地域の祭りの情報から事業所前の駐車場にだんじりの立ち寄りが実現するなど交流を深めるきっかけになっています。また家族にアンケートを取り運営推進会議への参加を依頼しています。	
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	運営や介護保険に関する事で、分からない事があれば、その都度連絡を行い指導を仰いでいる。	管理者は役所からの火災への注意喚起など様々な情報を受けたり、居住系地域密着型サービス事業者部会の役員を持つと同時に参加を得ている市職員とも協力関係を築いています。また研修に参加したり、事例検討会で発表することもあり、その際には情報交換を行い理解を得ています。	
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行っている。又、開設から現在まで身体拘束事例はありません。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為、使用者の制限を行っている。又、各フロアで勉強会、を行っている。	年間計画にそって身体拘束について研修を行い、新人には入職時に法令順守も含めて伝えていますが、玄関やエレベーターは安全上施錠していますが、利用者が外に出たい様子があれば散歩やゴミ出し、買い物に出かけるなど、気持ちに寄り添い支援をしています。転倒リスクが多くなりセンサーの使用を検討する場合には家族と相談し、職員間でも使用の可否について検討を重ねています。	

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
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	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行っている。いつでも回覧できるよう各フロアで保管し虐待防止の努めている。又、勉強会も行っている。		
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	成年後見人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って、一度家族様に持ち帰って熟読して貰っている。契約時にご不明な点、ご質問に対応し、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、要望を引き出し対応している。又、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。又、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。	家族の来訪時にはコミュニケーションを図り意見を聞くようにし、フロア内で対応できる意見には職員間で検討しています。家族からは個々の利用者への思いが多く要望に対しては介護計画に反映するなど、意見や要望がサービスに活かされるよう取り組んでいます。また、日々利用者とのかかわりの中で要望を聞くように努めています。	
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貰ったり、職員個々に案の確認を行い、管理者参加のもと会議で話し合い反映できるよう取り組んでいる。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。	会議にあたって職員は事前にも提案や意見を出せるようにし、会議では業務改善や利用者の支援に向けて意見交換が行われています。多くの意見が積極的に出される中で、月々に行われていた全体外出を利用者の状況などを考え個別外出を組み入れる事や、設備面でトイレの壁面に緩衝材を貼ることで利用者の安全に配慮するなどの工夫が意見として出され、サービスの向上に繋がっています。	
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	職員個々に、業務担当、行事企画を主で遂行して貰えるよう勤務調整している。又、自己啓発出来るよう、必要の際は情報の提供、勤務の調整も行っている。		
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設定し取り組んで貰っている。又、各フロアで1ヶ月に1回勉強会をフロア会議に入れ込んで行っている。		

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
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。		
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を行う。現状や不安に感じている事、困った事を引き出し不安を取り除けるように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。又、事前に各事業所等へ情報提供を行っている。		
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	炊事、洗濯、掃除など生活の場面で行う家事について、できることに参加してもらい、できない方には作業の輪に入ってもらい、雰囲気を感じて貰ったり、交流が図れるよう配慮している。各入居者間で役割が分担ができるよう支援している。		
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	現在の生活の近況を面会時やフロア便り等で報告している他、年間行事や外出にも参加して頂き、活動に対する協力を賜っている。また、家人から情報提供を得て、支援に繋がったり、問題解決に協力を頂いたり、家族との連携を図っている。		
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	親戚や近所付き合いがあった方に面会に来て頂いたり、今まで住んでいた地域を訪ねて、昔馴染みに挨拶に行ったり、これまでの関係が継続できるよう支援している。近隣の理髪店など入居以降に新たに馴染みの場所ができた入居者もいる。	家族や友人の来訪時には落ち着いて喋れるよう場所を選んでもらい、以前近所に住んでいた方の来訪時などには再訪に向けて声をかけ関わりが継続するように支援しています。スーパーでの買い物で知り合いと出会うなど日々の生活の中で今迄の付き合いが継続されたり、年末には行き馴れた美容院でパーマをかける方がいるなど、慣れ親しんだ関わりを大切に支援しています。	

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
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	仲の良い入居者同士と一緒に家事やレクなどの作業をしてもらい、役割分担することで協力して作業できるように配慮している。また、利用者間で声掛けしてもらおうなど利用者同士での会話を促して関係作りができるように支援している。		
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、必要時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。		
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	本人の話や言葉の中から希望を汲み取るほか、家人からも話を伺って、できるだけ本人の希望に近づけるように総合的な援助の方針を立てている。状態に変化があった場合はその都度本人や家族に意向を確認している。	入居時に家族から思いや暮らし方の希望を聞き、また、入居以前の利用事業所からの情報等も反映し、思いや意向の把握に努めています。日々の暮らしを支援する中で職員は利用者との会話や気付きなどを話し合い、思いの把握が困難な利用者の思いもくみ取れるよう取り組んでいます。	
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	入居者本人や家族様から情報収集し職員間での情報共有、現在の援助に反映できるよう努めている。入居時には本人や家族、他事業所から情報を収集して、リロケーションダメージを小さくできるように努めている。		
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	各入居者の日々の様子を観察し、毎日の記録と申し送りにより入居者の状態を職員間で共有できるようにすると共に、定期的なアセスメントによる評価を通して各入居者ができることを日々の活動に取り入れられるように努めている。		
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	モニタリング表で介護計画の実践状況を毎日確認し、PTやNSの意見や定期的なカンファレンスで介護職員の意見を取り入れて介護計画の見直しを図っている。家族様にも介護計画の説明時や面会時などで意見を伺っている。	介護計画は利用者や家族の意向、アセスメントを基に作成しています。往診時に聞き取った医師や看護師からの情報も加味し、職員間で検討した利用者の出来る事や意欲の見られることが実施できるように考え計画に反映しています。書式の工夫で日々の支援状況を振り返りが行われると共に、3か月に1度職員はモニタリング会議で意見を交わし評価に繋げています。	
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	援助内容を支援経過記録に印刷して職員で共有できるようにすると共に、援助した際の内容や気づきを記入して職員の意見が反映できるようにしている。記録につけることで情報を共有して実践や介護計画の見直しの際に役立っている。		

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
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	訪問歯科の口腔衛生管理、往診、訪問看護による健康管理のサービスを利用いただいている。又、必要に応じて併設の医院P. TやデイケアP. Tからの助言を貰っている。		
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や週3回以上買い物でスーパーの利用。近所の飲食店を利用するなどし交流を図っている。		
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。	入居時にあたって今迄のかかりつけ医の継続も可能であることを伝え、家族から希望を聞いています。協力医による週1回の往診があり24時間の対応が可能であると共に、他の医師への診察時には医師からの紹介があり、家族にも同行を得て受診しています。訪問看護や希望に沿って歯科医師の往診もあり医療体制を整えています。	
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	週2回の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い助言を記録し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、医療機関からの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出来るように対応をしている。		
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。又、日々の状態を定期的に面会、電話連絡時に報告している。	入居時には医療指針に沿って終末期に向けた対応などを説明し家族から意向を聞いています。入居後は身体機能の低下時や重度化し終末期になった時、それぞれに家族からその意向を聞いており、急変時や終末期の対応や希望、終末期支援に向けた家族の思いと意思確認を行っています。職員はターミナルケアに向けた対応など研修機会があり学んでいます。	
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普段から閲覧できるようしている。又事故後には、カンファレンスを行い対応の見直しその後の対応をおこなっている。普段からひやりハットを記録し1ヶ月毎にまとめスタッフ間で報告を行っている。		

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
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、消防訓練を実践している。	災害対策に向けて、法人の併設施設と合同で自衛消防隊を作り訓練を行っています。また、事業所独自の訓練では、夜間の火災を想定した通報や避難訓練が行われ、利用者も出来る方には参加を得て実施し、運営推進会議でも報告しています。	
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。又、普段から個々の行動障害、精神症状に合わせた言葉掛けを心がけ対応を行っている。	人権とプライバシーについては、年間計画に沿った研修が毎年あります。利用者それぞれに合わせた声掛けを行い、馴れ合いになり過ぎない範囲で伝わりやすい言葉かけを心掛けています。利用者の出来る事と出来ない事を職員間で共有し、利用者が役割を担う事でその人を尊重し生き生きとした生活になるよう支援しています。	
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	自己決定が難しい利用者様には選択肢を用意して希望を聞き出せるよう働きかけている。前提として職員側で判断し、決めてしまうのではなく、まずは入居者の意見を訊くようにしている。		
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	個々のペースで日々を過ごしてもらっている。居室に引きこもりがちな方や身体的行動障害がある方でも、作業レクや家事、外出などの声を掛け、興味の持てるものに、個々に応じ方法で参加していただき、入居者間での交流も図っている。		
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	訪問理容を利用しているが、希望のある方には個別に望む店に行けるよう対応している。その他、更衣の際に着る服を一緒に選んだり、化粧をしたり個人の選択を尊重している。		
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	個々ができることを活かして、できるだけ一緒に調理を行っている。出来ない方にも雰囲気を感じてもらえるよう食卓で行っている。参加されない方にも、いつでも参加いただけるよう言葉掛けを行い、普段から皆でやることを意識し準備している。	食事は配食サービスも利用しながらリハビリを兼ねた作業と位置づけ、作る時には買い物や下ごしらえから調理まで利用者が関わっています。経年の中で困難な状況の中でも、ハサミを利用して刻んだりホットプレートテーブルに置き共同で作るなど利用者の出来る事を見つけ、役割を担うことで利用者の積極性を引き出しています。利用者と共に食卓を囲み会話を楽しみながら食事し、また外出時にも外での食事を楽しんでいます。	
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	個々の水分・食事摂取に応じた量、形態、配膳時間の調整、主食の変更等を行い配膳している。1日の摂取量が少ない方には、栄養剤を摂取していただいている。また、栄養バランスを考え、夕食は外部の配食サービスを利用している。		

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
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	自立されている方には言葉掛けでケアを促しており、介助の必要な方には毎食後の口腔ケアを行っている。その他、週に1回歯科より口腔衛生指導を受け、口腔内の状態をみてもらっている。		
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	記録を基に、排泄リズムの把握に努め支援している。尿意・便意が曖昧な方については2～3時間毎に言葉掛けし、誘導を行っている。拒否がある方には、時間を置き再度促している。布パンツへの変更は個々の力に合わせて柔軟に行っている。	利用者の排泄状況をチェック表で知り、表情やしぐさなども観て声掛けや誘導で失敗の無いように支援しています。布の下着の方には継続が出来るように心がけ、パッドなどの利用で不安感を少なくするように配慮しています。トイレでの排泄が出来る方でも、夜間ふらつきのある方にはポータブルトイレの使用で安心に繋げています。	
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	毎朝体操を行っているほか、水分摂取が自己管理出来ない方については別に水分を用意し、一日の水分摂取量を明確にし必要な分量が摂れるようにしている。また、主治医と連携し、必要に応じて服薬調整を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	本人のペースを尊重した入浴をこころがけている他、拒否がある方に対しては言葉掛け・職員を変えて、その都度、工夫をしている。また敏感肌の利用者には弱酸性の洗剤を使用、保湿剤を使用し痒みの軽減に努めている。	週2回を目途に利用者に声掛けを行い、希望に沿った入浴の支援を行っています。拒否される方には時間や職員が変わってタイミングを見ながら声掛けをし入浴に繋げています。介護度の高い方にも暖かくなるよう工夫をしたり、入浴剤や季節のゆず湯やしょうぶ湯なども利用し入浴が楽しみとなるような支援を心がけています。	
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	消灯時間は特に設けておらず、個々のタイミングで就寝されており、眠れないようであれば共同スペースで過ごして頂き、状況によって柔軟に対応している。		
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	医師の指示の下に服薬管理を行い、必要な場合はすぐに常備薬より服薬ができるよう準備している他、処方箋を個人別にファイルに綴じて目的、副作用が確認できるようにしている。服薬拒否がある方は形態を変え支援している。		
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	家事を一緒に行い、入居者が得意なことや出来ることが役割獲得につながるよう援助している。手芸等の作品作りに参加して頂き、作業の成果を通してやりがいを感じてもらえるよう努め、希望の創作活動にも積極的に支援を行っている。		

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
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	ほぼ毎日、日用品や食材の買い物に入居者と出かけるほか、グループ外出や全体外出などで季節に応じた外出を行い、外出の希望をされない入居者にもその機会を提供している。また、買い物、外出企画以外にも普段から個別でホーム周辺の散歩に出かけていただいている。	日々の買い物に利用者と共に出かけ、天気の良い日には散歩やゴミ捨て新聞の取り込みなど時間を見つけて外気に触れる機会を見つけています。年間で外出計画を立て、桜の花見や長居植物園、海遊館など季節毎の全体外出に加え、グループや個別外出で行きたいところを聞き出かけています。	
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	自己管理が可能な方には本人が安心できる程度の額を家族様了承のもと管理していただいている。また、購買欲のある方に関しては本人管理の金銭から支払いをしていただくが、必要以上に購入されないよう支援している。		
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	本人より希望があった際は、電話での連絡が取れるようしている他、近隣からの面会も来ていただき今までの人間関係を継続出来るよう援助している。年賀状を書ける方には書いて頂き送付している。		
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	共用空間に入居者が分かるような入居者一覧の写真や外出した際の写真の掲示したり、季節・イベントに合わせた飾りつけや花を生けたりして季節が分かるように支援し、聞き慣れた音楽を流したりしている。トイレには大きく入居者が見える位置に張り紙をして、見当識の援助を行っている。	日差しがよく入るリビングは、カーテンで調整したり温湿度に留意し、ソファや椅子をいくつか並べつるげる居場所作りを心掛けています。外出時の写真の掲示は会話の弾むきっかけとなっています。また清掃業者の導入で隔々にわたる清掃が行われ清潔保持がなされています。	
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	エレベーターホールへの椅子の配置や食堂のテーブル横にソファセットを設置し、集団の中でも一人で休める場所を提供している。		
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	備え付けの収納の他に、個々でテレビやラジオ持ってこられて使用していただいている。居室内に収まる範囲であれば、特に制限はなく使い慣れたものを持参いただける。	居室は洗面台やチェストが配置され、入居に当たっては家族の声も反映しながら個々に応じた居室作りを心掛けています。短期記憶に苦慮する利用者には日記の記載を進める中で習慣化され継続できるような環境を作り配慮しています。似顔絵や習字や塗り絵など自ら作った作品、思い出の詰まった写真や家族写真を傍に置き、利用者の安心につながるよう支援しています。	

グループホーム フォレスト3F

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
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	トイレや居室が分かりにくい方に対しては居室前とトイレ扉に看板や写真を掲示し、特定ができるよう工夫している。又随時声掛けで誘導行っています。		