

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5-3-13		
自己評価作成日	平成28年10月28日	評価結果市町村受理日	平成29年2月8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.kaijokensaku.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=2775300623-00&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 大阪府北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	平成28年12月13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)】

理念の心に寄り添う事を大切に個々のプライバシーを尊重しながら安心して日々生活が送れる様に又個々の体調に合わせた支援、出来る事のお手伝いをしながら自宅で過ごした生活と変わらない環境作りを努めています。併設のデイサービス、ユニット同士の交流や近隣の方、地域の方々とのかかわりを持ちながら生活しています。施設では地域の方々にもっと施設を知ってほしいなじみの関係作りを持ちたく近隣の散歩や買い物等には 利用者とお揃いでキャップをかぶり外出しています。

【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)】

当該事業所は開所10年が経過し、原点に立ち戻り問題意識を持ちながら振り返り日々の支援に取り組んでいます。職員は離職率も低くチームワークが良く声を掛け合い、尊厳を大切に心に寄り添う介護を意識しながら利用者や家族と関わっています。毎週近隣の公園に利用者と共に出かけ清掃を行い、地域で行われる行事やカフェには積極的に参加し地域交流を図っています。また、地域の福祉活動への取り組みにも協力し、認知症サポーター講座の講師を担ったり、地域の住民の認知症相談会に地域包括支援センター職員と共に参加しています。事業所連絡会においても事業所間の繋がりを大切に情報交換を行い、職員は笑顔で利用者や家族、地域の方々と接し、地域に根差した事業所となるよう取り組んでいます。

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	全従業者で構築した理念を、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。	開所時に職員間で話し合い理念を作成し玄関や事務所に掲示しています。常に利用者に寄り添う事で安心した暮らしが出来る様に支援を行う事を管理者は職員に伝えています。また、毎月の会議の中でも利用者との接し方について職員間で話し合い振り返り日々のケアに取り組み理念の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	自治会に参加し地域の掃除など積極的に参加し地域の一員として利用者様と清掃活動したり行事に参加していただいたり交流している。	自治会に入会し、地域の情報を得てふれあいフェスティバルやおしゃべりカフェに利用者と共に参加しています。毎週公園の清掃を行ったり、地域の定期清掃に積極的に参加し、買い物や散歩に出かけた際には近隣の方と出会い挨拶を交わし地域との関わりを大切にしています。また、玄関先の掲示板では事業所の行事の案内を行い参加を呼びかけています。音楽や踊りのボランティアの来訪もあります。	
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	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	2ヶ月に1回の開催。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。	会議は地域包括支援センター職員や校区福祉委員等の参加を得て2か月に1度開催しています。入居状況や利用者の近況報告、行事報告や事故報告を行い意見交換をしています。送迎付きで外食の出来る場所の情報提供や行事の案内もあり、サービスの向上に活かしています。家族にも声掛け案内を行っていますが参加には至っていません。	家族に会議の意義をわかりやすく説明し理解を得たり、気軽に来られるような配慮など、参加してもらえるよう工夫されてはいかがでしょうか。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	市の担当者様と様々な活動を通して関わりがあり、具体的な問題点や制度上の分からない事は直接相談やアドバイスがもらえる関係が構築されています。また、勉強会などの案内もあり参加をしています。	
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	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。階段に繋がるドアの自動ロックは行なうが開放している時は職員がしっかり利用者の動きを見守りしている。	身体拘束については年に2回以上の研修を行い出来るだけ多くの職員が参加しやすい体制を作っています。また、身体拘束検討委員会は2か月に1度担当者が集まり事例も含めた勉強会を行い、日々のケアの中でも話しをしています。不適切な言葉遣いや対応があれば個別に注意をしています。玄関やフロアは施錠を行っていますが、利用者の行動を止めることなく職員が連携して見守るよう支援しています。	

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
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。		
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。	家族の意見や要望は面会時等に近況報告を行い直接意見を聞いていますが、長期間入居されている方も多く現状のままという声が多くなっています。今後は家族とのお茶会を実施し様々な意見を引き出せる様な関わりを予定しています。利用者の要望については日々支援する中で耳を傾け聞いています。	
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	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っている。	毎月行われるユニット会議では前もって議題を提示し、参加できない職員には書面等で事前に意見を聞いています。業務の分担や内容の見直しに関する提案や各担当者より物品の購入等の意見があり、職員間で検討し改善に繋げています。悩みを抱えている職員には管理者が個別に意見や思いを聞き職場環境を整えています。	
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	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。		

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
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。		
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、家族にいけ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もらっている。		
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	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。	友人や以前住んでいた近所の方の面会があり、その際には居室に案内してゆっくり過ごせるように支援をしています。家族の協力の下自宅に戻ったり、美容院や外出に出かける方がおり、その際には準備など調整を行っています。また、年賀状のやり取りに関しても支援を行い、これまでの関係継続が出来るように努めています。	

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
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	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。		
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	同じ地域で生活されている方として電話連絡や面談（かしこ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。	入居前に利用者や家族の思いや今までの生活状況や身体状況、健康状態、趣味や好きな事等の情報を聞き取ったり、以前のケアマネジャーから情報を得て、本人や家族の意向や思いの把握に努めています。入居後は日々の会話の中から利用者の思いを汲み取り記録に残し、職員間で共通認識を持てるように利用者の思いや意向について検討しています。	
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	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	本人が今、必要としているニーズを把握し日頃のケアで支援が必要なことなどカンファレンスで話し合う、家族様にも希望を聞きケアプランに反映する。1ヶ月1回のモニタリングにてチェックする。	本人や家族の思い、アセスメントを基に一人ひとりに合った介護計画を作成しています。毎月モニタリングと評価を行い支援経過をまとめ個々の計画の再確認を行っています。変化がなければ6ヶ月毎に見直し、見直しに当たっては本人や家族の要望や意見を改めて聞き再アセスメントを行い、医師や看護師の意見を参考にして、サービス担当者会議を開催しています。	
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	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。		

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
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みをおこなっている。		
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	教育機関が推進する「たかいっこを守るお家」、「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、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。	入居時に事業所の協力医について説明し、以前からのかかりつけ医の継続も可能であることを説明し、継続している方の受診は家族が同行しています。ほとんどの方が2名の協力医の往診を2週間に1回受け、24時間連携可能な体制を整えています。また、週に1度看護師による健康管理も行われています。他の医療機関の受診は家族の協力を得ており、その際には情報提供を行い、必要時には職員が同行することもあります。	
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	契約している訪問看護事業所が週1回訪問し健康管理を行なう。1週間の本人の体調の報告を行なう。体調に問題のある方にはDrの報告、連携を取っている。		
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図っている。		
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	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。	入居時に重度化に向けての受け入れについての説明を行い、状況によりホームのできる事、出来ない事を理解してもらっています。食事が出来なくなった例があり、家族やかかりつけ医、事業所の三者で話し合いを重ね方針を決め対応したことがあります。取看取り支援の経験はまだありませんが、職員に研修を行い終末期支援に向けての体制作りを検討しています。	
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	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。		

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
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。	年に2回昼夜を想定した消防訓練を併設しているデイサービスと共に行っています。内1回は消防署の指導の下グループホーム対象に夜間想定で行われ、通報や消火器の使い方、避難誘導など利用者と一緒に訓練を行っています。訓練時には地域の方に案内し、参加を呼び掛けています。また、電気設備の漏電防止のための点検を定期的に行っています。	
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	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。記録類や個人情報は施錠可能なキャビネットに保管している。	接遇や人権、プライバシーに関する研修を年に1回行い、利用者一人ひとりに尊敬の気持ちを持って対応しよう心がけ、命令的な言葉かけや対応を行わないように伝えています。声の大きさや言葉遣い等その方に合わせた対応していますが、不適切な対応があれば管理者が注意を行っています。特に排泄支援時の声掛けは細心の注意を払うように努めています。	
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	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。	法人の調理担当者が盛り付けや後片付けまで行っています。事業所ではご飯を炊き配膳を行い、食事の時間は音楽をかけ職員も同じテーブルで見守りながら一緒に食事を摂っています。手作りおやつや年に1回の鍋パーティの時は利用者も一緒に調理等に携わっています。また、少人数で外食に出かけ食べたいものを選び楽しみとなっています。	食事の希望を聞き調理など食事作りを利用者と一緒に行えるように行事として取り入れる機会を今後増やされてはいかがでしょうか。
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。		

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
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。		
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。	一人ひとりの排泄の記録を基にパターンを把握し、個々のタイミングやサインを見逃さないようにさりげない誘導を行っています。座位がと取れる方はトイレでの排泄を基本とし、排泄が自立している方は維持が出来る様に関わっています。パッドやおむつなどの排泄用品の種類や支援方法を検討し、職員間で話し合い情報を共有する事で自立に向かうように支援しています。	
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	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。	入浴は週3回を目処にその日の体調や希望に合わせて支援しています。入浴を拒否する方は時間を変更するなど、様々な関わりを工夫し無理のない入浴ができるように配慮しています。希望があれば毎日の入浴や時間帯の変更も検討したいと考えています。脱衣室や浴室の温度管理を十分にいき歌を歌いながら入ることもあり、利用者のペースでゆっくりと入浴できるよう支援しています。	
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	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って、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。		

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
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	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。	気候と体調に合わせて近隣の公園への散歩や買い物、ドライブに出かけています。季節の行事では初詣や花見、イチゴ狩りに出掛けています。地域の認知症カフェやおしゃべりカフェ等地域の行事も含め外出の機会を持てるように心掛けています。家族の協力を得て外泊や外食に出かける事もあります。	
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	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え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。	共有空間には毎月利用者と一緒に作った季節の作品を飾り季節感を出しています。ユニット毎で利用者の状況によりテーブルやソファの配置を変え利用者の生活状況に合わせ、心地よい空間になるように工夫しています。また毎日の換気と清掃を行い、光彩にも配慮し利用者の体感を確認しながら温度管理も行う事で快適な環境を作る様に取り組んでいます。	
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	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。	入居時に馴染みのものを持ってきてもらうよう伝え自宅で使用していたテレビやタンス、プリザーブドフラワーや猫のカレンダー、好きな演歌を聞くらジカセや将棋をしていたパソコン、使い慣れた折り畳みの机等も持参して利用者の過ごしやすい居室となるように配置しています。また、自宅での生活習慣を尊重し、ベッドか布団かを選択してもらっています。	
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。		