

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2873100560		
法人名	株式会社 ユニマツトそよ風		
事業所名	グループホーム 川西ケアセンターそよ風		
所在地	兵庫県川西市出在家町22-7		
自己評価作成日	平成25年12月26日	評価結果市町村受理日	2014年3月28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.kai-go-kouhyou-hyogo.jp/kai_gosi_p/Top.do

【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福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成26年1月27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)】

共同生活住居において、家庭的な環境の下で、利用者の進行を緩和し、心身の状況に合わせ、自立した暮らしが出来るよう、適切なサービスを提供する事を目的とします。利用者の意思及び人格を尊重し、常に、利用者の立場にたったサービスの提供に努めるものとします。医療機関との連携をはかり、その人らしく暮らし続けることを、支援する地域密着型サービスに取り組んでいます。馴染みの関係、家族の思いを大切に、看取りも受け入れています。

事業所開設から11年目を迎え、利用者の重度化が顕著である。車椅子の利用者が多くなり、機械浴の設置、ターミナルの実施等、重度化への対応を、本人、家族の思いを受け留めながら進めている。職員のペースではなく、待つ時間を大切に、本人のできることをしてもらおう自立支援に努めている。職員の負担も大きいとその都度ミーティングを持ち、本人主体に検討している。また、できるだけ地域との関わりを持ってもらえるよう散歩を増やし、利用者と地域との交流にも努めている。地域との連携を深めるには、運営推進会議が有効であるが、民生委員や自治会等地域の方の参加がない状況である。会議の主旨を再度説明し、地域からの参加を得、事業所の協力者になってもらう働きかけを期待したい。

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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 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)	○	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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己 者三	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	「そよ風憲章」を企業理念とし、朝礼で唱和。地域密着型サービスを、提供しているGHの役割として、認知症になっても「大丈夫 そよ風があるから」と思って頂けるように、取り組んでいる。	事業所の「高齢社会で果たす役割の重大さを自覚し、明るく元気で健やかなヒューマンライフを支える」ことを基本理念に、利用者、家族に安心してもらえる存在になるよう努めている。利用者が地域と関わりを持ち、第二の我が家として、最期まで過ごせ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	利用者の重度化が進む中、地域との繋がりを積極的にするのは困難な状況ではあるが、開所11年目の為、地域の方との信頼度は保たれており、ボランティア等との交流にも努めている。	開設11年目を迎え、地域に受け入れられているが、利用者は重度化し、以前のように地域に出かけられなくなっている。職員は地域の人に挨拶を交わし、野菜を頂いたり、夏祭りに招待する等交流に努めている。音楽療法やちぎり絵のボランティアの訪問が継続している。
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	家族様を含め、地域の人々、ボランティア等、当センターに出入りして頂いている方々に、認知症の人の理解を得て、受け入れて頂けるよう努めている。	
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	運営推進会議を、2ヶ月に1回、開催出来るように努め、事業所の取り組み内容、課題を明らかにした上で、理解や支援を、得るようにしている。地域代表者等にも声かけをし、出席して頂ける様努めている。	地域包括、家族、職員が出席している。地域包括からの情報提供や消防署に依頼して防災について話をしてもらっている。民生委員や自治会へ声かけているが、日程が合わず、出席はなく、定期的な開催にも至っていない。
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	日頃から、連絡を密に取り、市が開催している会議に、積極的に参加している。市との、協力関係が築けていると思う。クレーム等も相談しながら、解決している。	グループホーム連絡会に市の職員が出席し、意見交換している。市の緊急受け入れの要請にも協力しており、実情も把握されている。苦情等も早めに相談している。
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	利用者の安全を確保し、自由な暮らしを支援しているが、玄関については、センター前の交通事情により、施錠している。身体拘束は、やむ得ない場合のみ、家族様に相談し、同意書もらっている。拘束の解除を実行している。	カンファレンスで事例を使いながら身体拘束について学んでいる。居室内の転倒防止のため、センサーを使用する場合もある。理念に立ち返り、心のこもったことば遣いにも注意している。玄関は安全面から施錠している。
7	(6)	○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	勉強会ミーティング等を実施し、身体的虐待、心理的虐待の防止、早期発見に努めている。利用者様の小さな変化を見逃さない様に、十分注意している。家族様からの意見を受け止め、防止に努めている。	高齢者虐待防止について学び、不適切なケアも含め防止に努めている。職員が一人で抱え込まないよう二人対応にしたり、管理者が迷っている職員に声かけしたりしている。残業しない業務の見直しも行い、働きやすい職場環境を整えている。

自己	第三	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	(7)	○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	個々の必要とされるニーズを、話し合い、情報提供出来るように、積極的に研修等に参加し、周知を図っている。成年後見人制度の必要性を理解し、活用出来るよう支援している。	成年後見制度について家族の理解を深めるため、運営推進会議で取り上げた。事業所では資料等の用意はされていないが、状況に応じて、活用の声かけをしている。	制度の活用について分かりやすく伝えることができるよう、パンフレット等を用意されてはいいか。
9	(8)	○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	契約時は、重要事項説明書の説明を、丁寧に言い、納得を頂いた上で、手続きを進めている。不安や疑問等に対応し、話し合える体制を整えている。改定等の際は、家族会を開催し、理解を頂いている。	契約前に、見学をしてもらい、質問に答え、納得を得て利用につなげている。契約時は十分時間をかけて説明している。特に利用者、家族の気になる退去になる理由や、費用等について丁寧に説明している。	
10	(9)	○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	家族会を定期的に開催し、家族等からの意見、要望があれば対応している。ミーティング等で、前向きに受け止め、ケアに活かしている。特に、新入居の方に関しては十分気をつけている。	年1回の家族会や面会時に、家族の意見、要望を聞いている。特殊な食事形態を利用する家族に食費負担の理解を求めたり、部屋の掃除や私物の入れ間違いの指摘にも、改善に取り組んでいる。	
11	(10)	○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ごとのミーティング等すべてに参加し、スタッフの意見を聞き、状況を把握し、対策を検討、サービスの向上に努めている。	職員会議等で、管理者は職員の意見を聞いて、運営に反映させている。餅つきや誕生日外出等職員から出された提案を実施し、利用者の楽しみの幅が広がっている。入浴の方法についても、職員の意見を基に検討している。	
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	日頃の努力や具体的な実績、ハードな勤務状況を把握し、有期雇用契約制度を実施。意見や要望が言える職場環境、条件に努めている。		
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	支社研修やセンター内の研修を受講する機会を確保し、働きながら技術や知識を身につけていくことを支援し、職員の育成に取り組んでいる。		
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	同業者との交流を強化。勉強会や研修、行事等で情報交換し、サービスの向上に努めている。委員会に属して、他センターとの、交流を図っている。		

自己 者 第 三	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	日頃より本人に向き合いながら、本人の気持ちを受け止めて、信頼関係を築いていくように努めているが、発語が少なくなってきたため、寄り添い、安心を確保、本人の思いをくみ取る工夫をしている。	
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	家族等の立場にたって、話を傾聴、気持ちを受け止めながら、家族の気持ちを理解し、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	家族様より本人のこれまでの生活習慣等を聞き、出来る限りの対応に努め、必要としている支援を見極めたケアプラン作成し提供、3ヶ月ごとの見直しを行っている。	
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	共生共助の精神で、安心して生活出来るように努めている。	
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	日頃の様子を、家族とも話し合える場を作り、必要なときには、家族の協力を得て、本人の気持ちを伝えながら、より良い関係を築いていけるように支援している。	
20	(11)	○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	利用者の生活暦を把握しつつ、馴染みの人に会いに行ったり、来所して頂いたりして、関係が途切れないようにしている。外出の機会を増やすよう、家族と共に支援している。	家族や在宅時のケアマネから馴染みの関係を聞いている。可能な限り利用者個々の習慣を継続できるよう、馴染みの理美容室を利用したり、ちぎり絵や野球観戦にも行っている。馴染みの人の訪問は少ない。
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	利用者同士でコミュニケーションが取れるように、席を工夫し、話題を提供したり、一緒にレクリエーションをしたり、一人ひとりが孤立しないように、職員が支援している。	

自己 第三	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	必要に応じて、本人と家族の経過をフォローし、本人の状況、習慣、好み、これまでのケアの工夫等の情報を伝える。医療・介護連携に細かく配慮を行い、スムーズなサービスに繋げている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメン				
23	(12) ○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	カンファレンスにて、3ヶ月ごとにケアプランの見直しをしている。本人の視点にたって、意見を出し合い、事前に多くの情報・希望・意向を把握し、可能な限り、プランに導入している。	利用者が一番輝いていた時はいつか、ここで楽しめることは何か等を利用者、家族から聞き取っている。利用者の表情や言葉を連絡帳に記入し、職員間で気づきを共有している。	
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	一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方を把握し、自分らしく暮らしていくことを支援している。入所の面接前に、これまでのサービス利用の経過等、情報収集をなるべく多く行っている。		
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	生活習慣やこだわりを大切にして、周辺症状への対応は、スタッフ間で、情報を共有しながら、現状の把握に努めている。		
26	(13) ○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	月に一度、ミーティング、カンファレンスを行い、ケアプランの見直し、家族の意見、要望を取り入れ作成している。居室担当のモニタリング状況の共有を行っている。可能な限り、潜在能力を引き出し自立支援の視点で計画を作成します。	医療面を重視して、訪問看護、医師の助言をもらい、ケアマネが介護計画を作成する。利用者が落ち着いて笑顔でいられるよう、3か月毎にモニタリングし、状況変化の把握に努めている。見直しは更新時や状況変化に応じ行っている。	
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	職員間で情報を共有、日々の行動を、介護記録に記入し、ケアプランの見直しに活かしている。緊急カンファレンスを行う時もある。		
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	ニーズに応じて柔軟な支援を、臨機応変に提供、地域の人々やボランティアの協力で、サービスの多機能化を進めている。		

自己	第三	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	地域の人や場の力を借りて、理美容院、買い物、喫茶店等に出かけ、安全に豊かな暮らしを、楽しむことができるよう支援している。		
30	(14)	○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	かかりつけ医の状況を把握し、本人や家族が希望する医師による医療が、受けられるように支援している。月に2回、訪問診療の利用、週1回、訪問看護師と連携をとっている。	契約時に、利用者、家族の意向を確認し、これまでのかかりつけ医の受診を優先している。必要に応じて協力医である往診医を紹介し、利用者、家族が安心して医療を受けられるよう連携を図っている。主治医との信頼関係を重視している。	
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	週1回、訪問看護師と連携をとり、日頃から、介護職と看護職の関係を密にし、一人ひとりの健康管理や医療支援が来ている。重度化の予防を行っている。		
32	(15)	○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。	病院関係者、本人、家族等との情報交換や相談に努め、本人のストレスや負担を軽減する為に、又、状況把握の為に、段階的に見舞って、早期退院を実行している。	利用者の疾病等については普段から状態確認の徹底に努め、居室での転倒にも注意し、入院もできるだけ回避するようにしている。利用者や家族の意向を優先し、医療関係者とは早めに相談、早期での退院を実践している。	
33	(16)	○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	早期から話し合いの機会を作り、方針を共有し、医療連携体制を整えて、センターで出来ることを十分に説明し、チームで支援に取り組んでいる。必要であれば、何度もカンファレンスを行い、家族の思いを大切に、看取りも受け入れている。	重度化においては、可能な限り往診医、訪問看護と連携を図り、意向に沿うよう随時話し合いの場を設けている。終末期は、家族が居室と一緒に過ごせ、家族への思いにも寄り添う支援に努めている。職員には新人研修も含め、定期的な研修を実施し、現場で指導も行っている。	
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	救命救急講習を、積極的に職員は受講し、応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実際の場面で活かせるようにしている。		
35	(17)	○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	火災に備えて、年2回スプリンクラー対応の消防訓練を実施。利用者の重度化に合わせた避難方法を話し合い、地域との協力体制をとっている。	年2回の消防訓練を利用者も一緒に行っている。昼夜想定での訓練では、避難経路の確認や夜間での職員一人体制における実際の動きについてシュミレーションし、確認している。近隣へは、日頃から協力をお願いし、訓練の見学も案内している。	近隣住民を巻き込んだ合同訓練が実施できるよう、今後も継続した地域への働きかけを期待したい。

自己 者第三	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	(18) ○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	利用者の尊厳と権利を守り、利用者主体の支援が、出来るように配慮している。個々に合った言葉かけや対応をしている。	居室入室の際のドアの開閉や、トイレのドアを閉めることなど、普段から職員に注意を促している。利用者同士の会話や目線から関係性を汲み取り、利用者を尊重した関わりに努めている。申し送り時に、その日の利用者の状況について確認、共有を図っている。	
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	利用者が言葉では十分に、意思表示が出来ない状況の中で、本人の思いや希望を把握し家族様からの要望を受容し、支援している。		
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し、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	一人ひとりの生活ペースやその日の本人の意向を把握し、利用者主体のケアを提供、希望にそって出来る限り支援している。毎日の散歩希望を実現している。		
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	訪問カットを利用し、身だしなみやおしゃれを支援、外出時は、いつもと違う本人の好みや意向で、季節や状況に合ったおしゃれをして頂いている。		
40	(19) ○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	一人ひとりの力を活かしながら、利用者と職員と一緒に食事の準備、食事や片付けをして、食事が楽しいものになるように支援している。重度の方への気配りをしている。	法人統一のメニューで、食材は配達される。利用者の好み、食べやすい食材や調理法等、一人ひとりにそった楽しめる食事を心がけている。利用者の目の前で刻むなど、見た目にも配慮している。おなががすいた時、食べたい時に食べてもらうなど柔軟に提供している。	
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	一日を通じて、必要な食事や水分が取れるように支援している。身体状況に合わせた食事形態を提供している。摂食障害のある利用者様には、栄養補助食品や飲料を提供している。		
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	口腔ケアの重要性を理解し、毎食後、一人ひとりに合わせた口腔ケアを支援し、口腔内の清潔保持に努めている。週1回訪問歯科センターの訪問診療を利用し、口腔ケアを行っている。		

自己	者 第 三	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	(20)	○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	一人ひとりの排泄状況をチェックし、排泄パターンや習慣に応じた個別の排泄支援を行っている。出来るだけトイレ誘導をしている。	個々の排泄状況からチェックポイントを見極め、適切な対応に努めている。排泄への意識の低下はやむをえないが、失禁をできるだけ少なくするようタイミングを見計らって誘導している。	
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	個々の便秘の原因に応じて水分量・運動量・食生活の工夫を行い、医療と連携をとり薬対応を行っている。スムーズな排泄が出来るように支援している。		
45	(21)	○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	利用者に無理強いをすることなく、入浴を楽しむことが出来る支援をしている。機械浴を設置し、重度化に対応している。	入浴時間や湯温等個々のこだわりや好みを十分理解し、入浴を楽しみにしてもらえるようせかすことなく、さりげない声かけに努めている。状態低下があっても、安心して入浴できるよう機械浴を設置している。	
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	一人ひとりの生活習慣や本人の活動状況を把握し、畳の使用、褥瘡予防のマットの使用等、個々の対応を実施し、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	薬剤師との連携を図り、薬の目的や副作用、用法や用量を理解し、飲み忘れや誤薬を防ぐ為の取り組みを実施。服薬の支援をしている。		
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	一人ひとりに合った役割や楽しみ、気分転換の支援をしている。家族と協力して日々の暮らしが楽しめるように配慮している。日帰り旅行・買い物・近隣への散歩を行っている。		
49	(22)	○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	本人の思いに添った外出支援を家族や地域の人々と協力しながら支援している。重度化にも対応。その人らしい暮らしを保ち、意欲や自立を保つ支援をしている。	利用者の意向を聞き取り家族と相談し、外出できるよう努めている。身内の人にも働きかけ、一緒に過ごす時間を持てるよう配慮もしている。天気のいい日には外気浴も兼ね、ベランダに出たり、近隣へ買い物や外食、散歩を楽しんでいる。	

自己 者 第三	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	個々に応じた金額を家族等と相談し合意を得てお預かりする。使途の内容を明確にし、管理方法を取りきめて支援している。月末に領収書と出納帳を確認、コピーをとり、家族様に渡して明確にしている。	
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	一人ひとりに有する力に応じて、外部との交流を支援、個別に電話を使用、読み書きできる方には暑中見舞い・年賀状・礼状を書いて頂いている。	
52	(23)	○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	自らの五感を活かし、生活観や季節感を採り入れて利用者にとって居心地よく過ごせるような工夫をしている。季節感のある装飾品や馴染みのある歌などを流して工夫している。	リビングは、四季の変化とともに、自然光を感じてもらえるよう採光には注意している。共用スペースでは、不快にならないよう、一人ひとりの居心地の良さを感じてもらう配慮にも努めている。玄関のベンチやテレビコーナー、個別に過ごせる椅子の配置など工夫している。
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	認知症の人は少人数であっても集団での生活は気持ちが落ち着かず不安やストレスの原因になるので、一人ひとりの居場所づくりに工夫をしている。気分の安定を重視している。	
54	(24)	○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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	グループホームでは一人ひとりの居室について馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる、本人が落ち着いて過ごせる為の工夫を家族と相談しながらしている。重度化対応として、安全を優先し工夫している。	居室を一人ひとりの居場所と捉え、自分の気に入った物を置いてもらうよう利用者、家族に伝え、手作り作品を掲示するなど、一緒に工夫している。室内での転倒予防を重視するとともに、車いすでの動線にも注意し、安心して過ごせるようにしている。
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	一人ひとりの身体機能の状態に合わせた環境面での工夫を行い、安全かつ出来るだけ自立した生活が送れるように、お手伝いや階段の使用を声かけている。	