

(別紙1)

自己評価及び外部評価 結果

作成日 平成 24年 8月 4日

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2775300524		
法人名	株式会社ライフパートナー		
事業所名	グループホームアムール高石		
サービス種類	認知症対応型共同生活介護		
所在地	大阪府高石市加茂2丁目6-6		
自己評価作成日	平成24年6月9日	評価結果市町村受理日	平成24年8月21日

【事業所基本情報】

介護サービス情報の公表制度の基本情報を活用する場合	http://www.osaka-kaigohoken-kohyou.jp/
情報提供票を活用する場合	(別添情報提供票のとおり)

【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 評価機関あんしん
所在地	大阪府岸和田市三田町1797
訪問調査日	平成24年6月26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)】

「愛のある我が家のような生活」「自由な環境の創造」「安心と信頼のホームの実現」を理念としている。各利用者にスタッフが担当制をとっており、各々に応じたケアや趣味や関心事を聞き取りやすい環境をつくり全スタッフに周知している。生活(衣食住、遊)を可能な限りご本人たちが出来るよう支援し、自由でのびのびとした生活が出来るよう配慮している。各々の居室を本人の自宅になるよう愛着のあるもの等を配置するようにしている。誕生日などの機会を捉え、本人の興味関心のある事を担当者が聞き要望に答えるようにしている。利用者とスタッフは家族のような関係を築けるよう居室にてコミュニケーションを図ったり、個別での対応を重要旨している。利用者が重篤化(認知症の悪化、終末期など)した場合であっても、ホームでの生活を望まれるのであれば可能な限り対応できるよう努力している。地域の地域密着型サービス事業所と連絡会を発足し情報の共有や意見交換、相互研修などを行い連携を密に図っている。地域密着できるよう自治会への参加を地域推進会議で議題に上げ、自治会に準会員として参加している。それに伴い可能な限り地域の催し物(地域の運動会・校区小学校のイベント・地域の防災訓練・地域の美化活動など)への参加を行っている。

【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)】

「グループホームアムール高石」は南海本線高石駅から徒歩約10分の住宅地にあり、小規模多機能型ホームを併設した2ユニットからなるグループホームで、近くには市役所、公民館、公園、学校、ドラッグストア、コンビニエンスストアがある。事業所の前の道路には桜並木とベンチのある遊歩道が整備され、春には多くの利用者が花見を楽しんでいる。玄関前には木製のテーブルセットを設けたオープン・テラスがあり、天気の良い日には食事やおやつを食べる寛ぎの場となっている。玄関を入ると、事業所内は木目調の家具で落ち着いた雰囲気があり、利用者は談笑したり、塗り絵等自分の好きなことをしながら、ゆったりと過ごしている。管理者は地域との交流に努め、地域でのイベント情報を利用者に提供し、利用者は近隣の小学校の運動会・盆踊り・だんじり祭り等の見物に管理者や職員と共に出かけている。職員は利用者が安心して楽しく暮らせるように取り組み、重度化したり終末期を迎えた場合も、希望があれば関係する医療機関と連携し、看取る努力をしている。市介護保険課、社会福祉協議会、地域包括支援センター、市内の同業種の事業所等とも積極的に交流し、地域の認知症高齢者に関わる研修の講師や見守り活動で地域に貢献している。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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としての意義を踏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	全職員入職時に管理者から理念を説明している。またホーム内に理念を掲示全職員は名札に理念を携帯することにより、職員への周知及び理解はもちろん利用者家族へも公開している。	理念を玄関に掲示し、職員は名札の裏側に印刷して常時携帯し、ミーティング等で再確認し、日々の支援の中で実践に努めている。管理者は全体会議で理念の説明をしている。月1回発行している広報誌「アムールだより」にも理念を記載し、利用者の家族に周知している。	
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	自治会の準会員に属し回覧板を回している。運営推進会議に自治会役員・地域包括支援センターなどの方が参加され地域の催しや情報などを貰い、利用者とともに参加している。	管理者は、地域からイベント情報を受け、利用者や職員と共に、近隣小学校の運動会・盆踊り・だんじり祭り等の見物に出かけている。地域の清掃活動、ラジオ体操、火災予防夜回り等の地域活動には管理者が参加している。また、台風来襲の後には、地域の住民が利用者を気づかって訪問することもある。	
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	運営推進会議を通して認知症についてや地域になぜ密着する必要があるのか等理解を促している。地域の講演会で管理者などが認知症に関する講演を行っている。また、高石市の見守り支援事業の運営推進を行っている。		
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	ホーム状況や現利用者数、行事また問題点や事故報告などの報告を行っている。意見交換や地域との交流や情報共有を行っている。また、外部評価の結果や自己評価を随時見てもらい意見を貰っている。	地域福祉委員長、自治会副会長、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、利用者家族の代表及び職員が参加し、2ヶ月毎に開催している。会議録を職員に回覧し共有している。会議では事業所の行事、事故及び利用状況の報告の他、地域のイベントや新施設情報等について、活発な意見交換が行われている。	
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。	空床情報、入居相談、困難事例等報告、事故報告など相談を行い助言など貰っている。必要に応じてホーム利用者の事例を「地域包括ケア会議」にだし地域の関係機関などからアドバイスや協力を得て計画を作成している。	市の職員とは連絡を密に取り、空床情報の提供、困難事例等の相談をしている。市介護保険課が主催する地域包括ケア会議には困難事例を報告し助言をもらっている。市地域密着型事業所連絡会議では、共同で広報誌を作成し病院や高齢者施設他に配布し、認知症高齢者等の地域での見守り支援活動に関わる意見交換をしている。	

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しないケアに取り組んでいる	身体拘束マニュアルを常時確認出来る様にしている。 ・玄関ドア施錠、行動の制限を含めて身体拘束にあたることをミーティングで話し合い拘束しないケアを心掛けている。	管理者は身体拘束をしないケアの実現を目指しているが、玄関の施錠は改善していない。また、身体拘束をしないケアの研修は行われていない。玄関は施錠しているが、利用者が外出を希望した場合は、見守りもしながら職員と一緒に外出している。	身体拘束をしないケアの研修を毎年実施し、玄関の施錠について職員で検討を行い、開錠に向けて具体的な取り組みを期待したい。
7		○虐待防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所ない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	研修に参加し参加者が他スタッフに研修報告を行い防止に努めている。		
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人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	研修に参加し参加者が他スタッフに研修報告を行い防止に努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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	新規契約時に、管理者より説明を行っている。法改正等の際にも説明を行い、同意を得ている。本年4月の介護報酬改定時には、運営推進会議で説明を行い、出席されなかったご家族には文書と口頭による補足説明を行い、サービス継続の同意を頂いている。		
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並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	ご家族に家族代表として運営推進会議への参加を促している。玄関に意見箱を設置している。またケアプラン更新時などの機会を捉え、利用者、ご家族の意向を確認している。	意見箱や家族面会カードの意見欄からの意見は出てこないで、職員が家族の訪問時に積極的に意見や要望を聴き取っている。訪問の少ない家族には、季節ごとの衣替え時に訪問を依頼する等により意見を聴く機会を設けている。聴取した意見や要望は「報連相ノート（職員連絡帳）」及び毎日のミーティングで職員間で共有し、月1回の全体会議等で事業所の運営に反映するようにしている。	
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、それらを反映させている	・毎月、スタッフ会議（ユニットでのミーティング）、併設小規模多機能ホームと合同での全体会議（全スタッフ）を行っている。必要に応じてリーダー会議（各主任・管理者）また、必要に応じて代表者との面談機会を設けている。	月1回のスタッフ会議と全体会議等で職員の意見や提案を聴く機会を設け、運営に反映している。管理者は日頃から声かけを行って話し易い雰囲気を作っている。職員からの意見により、食事介助の方法や入浴補助具の改善等に繋がっている。管理者は年1回個人面談を実施し職員の意見を把握している。	

12	<p>○就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>キャリアパス要件に従い、各自の目標設定、自己評価、管理者は日頃から声かけを行って話し易い機会を持っており、ユニット責任者は。</p>		
13	<p>○職員を育てる取組み</p> <p>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際の力量を把握し、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</p>	<p>積極的に社内勉強会や社外研修への参加を促進している。 法人事業所間での相互研修を行っている。 また、法人内で研修スタッフを募り月2回研修会を開催している。</p>		
14	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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、相互訪問の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている</p>	<p>高石市の地域密着型サービスで連絡会を開催しその中で意見交換や相互研修を行うと共に地域密着型の広報誌「ふれあいたかいし」を年4回発刊している。</p>		

II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援

15	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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、関係づくりに努めている</p>	<p>ご本人の意向を聞き相談記録として残し、ケアプランや判定会議の資料として用いている。</p>		
16	<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている</p>	<p>ご家族の意向を聞き相談記録として残し、ケアプランや判定会議の資料として用いている。また随時相談に乗っている。</p>		
17	<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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</p>	<p>利用相談時には、自グループホームの利用だけに限定せず、必要に応じて他のグループホームを含む他のサービスの説明も行い、ニーズに合ったサービスの紹介を行っている。</p>		

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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ご本人のニーズを傾聴し支援に努めている。 他利用者との関係づくりの構築ができるよう支援を行っている。 調理等の手伝いを共に行うことにて役割を持ってもらい過ごしている。		
19	○本人と共に過ごし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置かず、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	ご家族と連携を密に行い、コミュニケーションを図る努力を行い協力し話し合いながらご本人の支援を行っている。また必要に応じてご家族にカンファレンスへの参加を促している。		
20	8 ○馴染みの人や場と関係継続の支援 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	ご家族、ご友人の面会を積極的に進めている。また、毎月の支払いをホームでもらい面会の機会を増やし、状況の報告が出来るように配慮している。	馴染みの人や場所の情報は主に家族から聴き取り、アセスメントシートや報連相ノートに記録し職員で共有している。利用者は馴染みの理美容室や近所のドラッグストア等での買物、近くにある墓参り等、職員と一緒に出かけている。また、家族の協力で、石切神社、浜寺公園等馴染みの場所にも出かけている。夏季や年末には、馴染みの人との関係が途切れないように、暑中見舞いや年賀状を書く支援もしている。	
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	食事時の座る位置等に考慮している。 食事、おやつ、ラジオ体操など、リビングに出てきていただくよう声かけし、利用者同士の交流の時間が増えるよう援助している。利用開始時にはスタッフが間に入り利用者同士がコミュニケーションを図りやすくなるよう支援している。		
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	施設、医療機関などへ移られた場合はサマリーなどにて情報提供を行っている。 退去後も必要に応じて面会を継続している。 退去後も家族が相談し易い関係を築いている。		

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 ○思いやり意向の把握 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	ご本人に一人ずつ担当者を設け、各々の生活歴や趣味活動などの把握に努め提供している。	職員は日常の支援を通して利用者の思いや希望等をくみ取り、毎日の朝・夕のミーティングで申し送り、報連相ノートに記録している。更に思いや意向を利用者別に整理の上、アセスメントシートや相談記録に記入し職員間で情報を共有し毎日の支援に活かしている。	
----	--	---	--	--

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る	・利用前に必ず本人に会い、本人、ご家族、ケアマネージャー等からこれまでの経過を確認し、相談記録に記載し生活歴や社会資源などを把握する事に努めている。また、入所後にも以前の担当者（ケアマネージャーなど）へ現状報告をしている。		
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	毎朝血圧・検温・脈などを測り熱計表として記録している。また、生活状況や周辺症状については、カルテ（2号用紙）に記入し心身の状態を把握周知するようにしている。健康面では、受診や往診や健康状態を医療要約に記録し把握に努めている。		
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	カンファレンスを管理者、計画作成担当者、担当者その他関係者とで開催している。ご本人が何を求めているか、望んでいるかなど担当者が日々のコミュニケーションを通して把握し必要に応じて代弁している。申送りノート、電話連絡を行い意見交換やケアの統一が図れるよう工夫し計画を作成している。	介護計画の見直しとモニタリングは3ヶ月に1回行っており、利用者の状態に変化があった場合には随時見直している。カンファレンスには、管理者、介護支援専門員、担当者等が参加し、利用者の状態に応じて法人内の看護師も加わっている。職員は、カンファレンスの前に家族に参加の声かけを行い、参加の難しい家族には事前に家族の訪問時や電話にて利用者の状況等について意見交換している。	
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	管理日誌に残し、特記事項をカルテ2号用紙に、又些細な情報は申送りノートに記載し情報の共有に努めている。		
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、既存のサービスにとられない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご家族、ご本人と相談しその時々に応じた可能な限りの関わりを一緒に検討している。		
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	自治会等の協力を得、文化祭、市民運動会、小学校の運動会、防犯パトロール、清掃活動、見守り隊など様々な活動へ参加している。		

30	11	<p>○かかりつけ医の受診診断 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</p>	<p>かかりつけ医はご本人ご家族の希望に沿っている。協力医療機関へは必要な方に対して定期的な受診や健康診断を行っている。必要に応じてかかりつけ医に往診を依頼している。</p>	<p>殆どの利用者が以前からのかかりつけ医を主治医とし入居後も継続して受診している。通院時は家族同行が基本であるが、職員が同行する時もある。主治医による往診を月2回受けている利用者もいる。服薬も含めた受診データの管理と記録は法人内看護師が管理者を補佐して行っている。管理者は家族への受診結果の連絡を行い、毎日の朝・夕のミーティングで職員に周知している。</p>	
31		<p>○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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支援している</p>	<p>契約の訪問看護ステーション職員や地域の訪問看護ステーション、併設小規模多機能ホームの看護師と密に連携を図り健康管理に努めている。</p>	/	/
32		<p>○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、また、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。又は、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</p>	<p>医療機関のMSWや医師と密に連携を図り、本人の状態を伝え、環境の変化が最小限で抑えられるように努めている。また、可能な限り早期退院できるように連絡を密にとるよう努めている。 入院時必要な情報を提供している。 退院後の方向性について必要に応じ医師、機能訓練員等との面談を実施している。</p>	/	/
33	12	<p>○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</p>	<p>主治医、ご家族とのカンファレンスを実施し対応方法、方向性を決めている。必要に応じて随時カンファレンスを実施しできるだけ本人、ご家族の意向に沿った対応方法を検討している。</p>	<p>重度化した場合や終末期の在り方に関わる事業所方針を文書化している。利用者の状態の変化に合わせ、早い段階から利用者や家族等との話し合いを持ち介護支援経過表に記録している。利用者が重度化したり、終末期に入った場合は、職員は主治医、家族等と協議し、家族の希望を聴き取った上で、終末期ケア等の進め方を決めている。これまで2名の看取りを行っている。</p>	
34		<p>○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</p>	<p>緊急時対応マニュアルを作成し、周知している。</p>	/	/
35	13	<p>○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</p>	<p>緊急時フローチャートを作成している。又緊急通報装置を設置しており火災の場合などは自治会役員や地域包括支援センターへ連絡が入るよう応援体制を構築している。</p>	<p>年2回の消防避難訓練を利用者と共に行っている。また、緊急時に正しい手順で行動が取れるようにフローチャートを作成し、職場に常備している。緊急通報装置を設置し、消防署、自治会長等地域の関係者に自動的に連絡が入り地域の協力が得られる体制ができている。本年1月に市が開催した防災避難訓練にも参加している。食料品や水を3～4日分備蓄している。</p>	

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

36	14	<p>○一人ひとりの人格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</p>	<p>排便等ご本人の羞恥心を損なう可能性のある事柄に関してはの確認を行う際は、居室などご本人が一人になった時など周りに気づかれないようさりげなく行うよう心がけている。また、呼び名を愛称で行う場合は、事前にご本人、ご家族に了解を頂いている。</p>	<p>トイレ誘導時や排泄の失敗時に、さりげなく声をかけている。着替えが必要な場合には、利用者の自尊心を配慮して居室で行い、利用者の気がすまない場合には、無理強いせず、しばらく間を置いたり、別の職員から声かけを行うなど利用者の気持ちを尊重した言葉のかけ方を工夫している。年に1回プライバシーの確保に関する研修を実施している。記録類は事務所の鍵のかかる書棚に保管している。</p>	
37		<p>○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</p>	<p>日常生活（入浴など）はもちろん、外出や外食等においてもご本人にてメニューを決定してもらうなど働きかけている。</p>		
38		<p>○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</p>	<p>食事時間、入浴時間等可能な限り要望に沿ったサービス提供を図っている。</p>		
39		<p>○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</p>	<p>馴染みの美容室や散髪屋に行っているよう支援している。また、ご本人と衣類を買いに行くなど好みの衣類を購入していただいている。</p>		
40	15	<p>○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</p>	<p>栄養士が基本的なメニューを作成し栄養管理を行っているが、利用者の要望によりメニューを変更することがある。食事やおやつは可能な限り共に調理できるようにし、下膳や配膳なども可能な方に関しては行ってもらっている。</p>	<p>法人内の栄養士が献立を作成し、職員が交替で調理している。利用者の希望があれば、献立を変更する時もある。利用者は持っている力を活かし、配膳、下膳等を手伝っている。職員は利用者と一緒に会話を交わしながら食事をしている。誕生日の利用者には希望により職員と一緒に外食に出かけ、その後全員でおやつを食べながら誕生日を祝っている。おやつにホットケーキを作ったり、テラスで焼き芋を作ったりして楽しんでいる。</p>	
41		<p>○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</p>	<p>栄養管理は栄養士がメニューを作成し1日約1500～1600Kcalの摂取量としている。1日の水分量をチェックしている。月1回、体重測定を行っている。</p>		

42		<p>○口腔内の清潔保持</p> <p>口の中の汚れや臭いが生じないように、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</p>	<p>義歯は義歯洗浄剤にて洗浄している。毎食後うがい又は必要な方には歯磨きを促し介助している。漏れの無いうにチェック表にチェックを行っている。希望される方や必要に応じて歯科受診や提携歯科にて口腔ケアを実施している。</p>		
43	16	<p>○排泄の自立支援</p> <p>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向けた支援を行っている。</p>	<p>いつもと異なる動きなどの変化に気づいた場合はさりげなくトイレ誘導などしている。おむつはその人に応じたもの(1回尿量の多さなど)を使用するようにしている。また、1日の尿量を観察し必要に応じて定期的にさりげなく誘導している方もいる。</p>	<p>排泄チェック表で、利用者の排泄パターンを把握し、一人ひとりに応じた誘導を行い、トイレでの排泄ができています。利用者一人ひとりの尿量の違いに合わせて、尿取りパッドの種類も変えています。夜間のみポータブルトイレや、テープ式紙おむつを使用する利用者が数名いるが、その他の利用者は昼間と同様にトイレで排泄している。</p>	
44		<p>○便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>水分の摂取状況を把握している。必要に応じてホットパックの使用、腹部マッサージ、主治医と相談し穏下剤などを使用している。また、散歩やラジオ体操などの運動を行っている。</p>		
45	17	<p>○入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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、個々に応じた入浴の支援をしている</p>	<p>各々の利用者に応じて、時間の融通を行っている。要望に沿って入浴剤の使用している。また、可能な限り同姓介助を原則としている。</p>	<p>1週間に2,3回入浴している。利用者の希望により、午後以外に午前でも寝る前でも入浴でき、浴槽の湯は一人ずつ交換している。入浴を拒む利用者には、無理強いせず時間帯を変えて入浴を勧める等工夫している。気分転換のため、時々入浴剤を使用する。男性職員が少ないため、同性介助できない場合があり、事前に利用者の了解を得ている。</p>	
46		<p>○安眠や休息の支援</p> <p>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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</p>	<p>覚醒時間や睡眠時間のチェックを行っている。寝具・ベッドは提供しているが、随時のシーツ交換、定期的なシーツ交換(週一回)を行い、希望のある方にはなじみの寝具や衣類を使用していただけるよう持ってきてもらい管理を行っている。</p>		
47		<p>○服薬支援</p> <p>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や要領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</p>	<p>薬の説明、用量、副作用は全職員に周知している。又薬説明書をカルテにファイルしている。</p>		

48		<p>○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</p>	<p>家事を中心に出来る事への支援を行っている。各方の楽しみに沿った支援（食材の買い物、植物の世話、等）を行っている。また、そろばんによる計算、塗り絵、カラオケなど、一人ひとりに合わせた楽しみを見つけ提供している。</p>		
49	18	<p>○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。また、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支援している</p>	<p>ご本人の希望に沿った外出を支援している。（普段は近隣の喫茶店や店舗への買い物や近所の散歩、季節に応じては、地域の夏祭り、運動会、いちご狩りなどへの外出を行っている。）</p>	<p>日常的には、近所のドラッグストアやカスタラ製造会社の店舗・喫茶店等にも買い物や喫茶のため、利用者が職員と一緒に出かけている。また、季節の行事として10名程度で花見、イチゴ狩り、祭りの見物、栗拾い等に出かけている。さらに、家族の協力を得て、利用者が外食を兼ねてドライブに出かけることも多い。</p>	
50		<p>○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</p>	<p>可能な方は家族の同意の元、ご本人にてお金を管理されている。ホームにて金銭管理の方も出来るだけ本人の意思に沿った使い方が出来る様支援している。</p>		
51		<p>○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している</p>	<p>年賀状等季節の挨拶を出している。希望に応じてホームの電話を自由に使用している。又介助が必要な時は支援をしている。</p>		
52	19	<p>○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）は、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</p>	<p>リビングには光の調節が出来るライトを設置している。テレビや音楽の音量は不快に感じない音量にて行っている。</p>	<p>玄関前には食事や喫茶を楽しむ木製のテーブルセットがある。その横に設けられたプランターには季節の花が植えてあり、周囲の自然環境と調和が取れている。リビングは窓も大きく開放感があり、木目調の家具と、レトロ調のシーリングファンと照明がよくマッチし、気にならない音量で音楽が流れ、壁にはカレンダーや時計が掛けてあるなど落ち着いた雰囲気の中であらゆる場所となっている。</p>	
53		<p>○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</p>	<p>ソファを置くなどして一人で過ごしたい時間や気の合った方で過ごせる空間作りを行っている。また、外にはテラスを設置しており思い思いの空間で過ごしていただけるようにしている。</p>		

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	愛用品の持ち込みをしていただいでい る。(タンスや仏壇など) 他必要な物品がある場合は一緒に買い物 に行き購入している。空調の温度設定や 入り切りは、できる方には操作をお教え し、管理の困難な方は、本人と相談して 支援している。	居室内はフローリングでベッドが設置され ているが、希望によりカーペットを敷いて布団 で休むこともできる。使い慣れたタンスや小 物類を持ち込み、仏壇を置いている利用者も いる。持ち込み品の少ない利用者は希望によ り、職員と一緒に好みの品を買いに行ってい 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」 や「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	ホーム内には手すり、エレベーターを設 置している。また、可能な方に関しては 階段の使用などもスタッフ見守りを行っ てもらい、日々自信が持てるような事 を取り組んでいる。		

V アウトカム項目

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	②	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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	①	①毎日ある ②数日に1回ある ③たまにある 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	②	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが 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し た表情や姿がみられている	②	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	③	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	①	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない

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	②	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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聞いており信頼関係ができています	①	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない
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きている	②	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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	②	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全くない
66	職員は生き生きと働いている	②	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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	②	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
68	職員からみ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	②	①ほぼ全ての家族が ②家族の3分の2くらいが ③家族の3分の1くらいが ④ほとんどできていない