

(別紙1)

## 自己評価及び外部評価 結果

作成日 平成27年 4月21日

### 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2791100148		
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岸和田		
サービス種類	認知症対応型共同生活介護		
所在地	大阪府岸和田市池尻町686番地の7		
自己評価作成日	平成27年2月20日	評価結果市町村受理日	平成27年5月7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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/27/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/27/index.php</a>
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	非営利法人 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27年3月23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)】

理念の一つである安心と信頼のホーム実現の為に、利用者と職員が健康的で楽しく日々を過ごしていけるよう、季節に応じた催し(餅つきや花火大会など)や2ヶ月に一度の外出(誕生日には本人の好みの食事を外出に行く事もある)等を提供するのはもちろんのこと、久米田池遊歩道への散歩や近隣の喫茶店への外出を積極的に行い、地域に対しても安心できる場所となるよう、地域の方々とのさりげない交流を図れるようになっている。秋にはだんじりが行基参りに向かう行列を目前で観覧できる立地でもあり、見物人や青年団の人々にお茶などの飲み物やトイレの提供をしている。また、地域自治会への加入や催し(町内盆踊り大会や久米田池夏祭りなど)への参加、運営推進会議を定期的に行い地域の情報やホームでの今後の方針等も話し合っている。また、岸和田市福祉政策課や岸和田市社会福祉協議会などの協力の元、障がい者や閉じこもりの方などの就労支援(除草作業や窓拭き、洗車など)や地域小・中学校、幼稚園との交流、地域自治会への福祉教育(認知症サポーター養成講座など)の場を設けることができている。グループホームの求められている認知症対応の専門機関となり地域の身近な相談場所となれるよう、オレンジプランの一つでもある、誰もが集える場所として認知症カフェを月1回開催し、日々、他社会資源や地域との連携を積極的かつ密に図れるよう努力している。

### 【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岸和田」の理念である「愛のある我が家のような生活を目指します、自由な環境を創造します、安心と信頼のホームを実現します」を基に、職員は利用者の思いを大切にされた支援に努めている。家族等が面会に訪れた際にはコミュニケーションを図り、利用者や家族等の希望や思いを把握するように心掛けていく。把握した内容はケアチェックシートに記録し、希望に沿うようなケアに取り組んでいる。職員は利用者と一緒に頻りに散歩に出掛けて、出会った人々と挨拶を交わしたり、事業所前面道路の清掃を実施するなど近隣住民と交流の機会を作っている。また、毎月第4土曜日に併設のデイサービスセンターのフロアを利用して開催している認知症カフェ「チャムール」では、職員と一緒に利用者がウェイターやキャッシャーとして活躍し、来客と交流を図っている。さらに、キャラバンメイトの資格を持った職員が講師となり、地域の小学校で認知症サポーター養成講座を行うなど、認知症の理解を深める活動を行っている。

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>				
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	全職員入職時オリエンテーション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している。全職員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を求めている。利用者家族へは広報誌「アムールたより」にて提示している。安心と信頼のホームの実現の為、地域への外出や交流、関係機関との連携が必要不可欠である事を認識し実践	各ユニットに理念を掲示している。職員は理念を記載した名札を携帯しており、日頃の支援や計画作成などで判断に迷った時には理念を振り返ることにより、その実践に努めている。
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	社会福祉協議会との連携にて、ボランティアや地域の幼、小学校などとの交流を図っている。岸和田市福祉政策課や地域自治会から認知症サポーター養成講座等の依頼もあり認知症に関する啓発活動行っている。他自治会からもホームでの認知症やグループホームの理解などの勉強会を行うこともある。	自治会に加入し、日頃は近隣の遊歩道の散歩などで地域の住民と挨拶を交わしている。利用者は家族や職員とともに、地域の花見、盆踊りなどに参加し、毎月の認知症カフェでは世話役を担っている。敬老会やクリスマス会などの事業所のイベントには、近隣の幼稚園児や地域の住民の参加もある。
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。地域の誰しもが気軽に集える場所であり、認知症の方々の活躍の場、勤務している介護従事者の更なる社会貢献の場所となるよう平成26年7月より認知症カフェ「チャムール」を開設している。	
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	構成員には、自治会長・民生委員・介護相談員・行政職員・地域包括職員などの方が参加され地域の催しの情報やホームの取り組みなどを話し合っている。また、現状の利用状況、利用者数、行事、研修報告、事故報告を行うと共に非常災害時などへの協力また問題点等の報告を行っている。現在は認知症カフェへの取り組みを運営推進会議でも報告することとしている。	2ヶ月毎に開催し、自治会長、地区福祉委員、市の高齢介護課職員、地域包括職員、社会福祉協議会職員が参加している。利用者家族にも呼びかけているが、毎回の参加には至っていない。会議では、事業所の運営状況や行事、防災訓練、外部評価結果等について、双方向の意見交換を行っている。会議録は職員間で回覧する他、利用者家族にもアムールだよりと一緒に郵送している。
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、苦情相談など相談している。スタッフの殆どが認知症サポーターとなっている。日々の認知症ケアに携わる報告会「岸和田認知症ケア報告会（KDC）」で演題発表をしており、今年度の第4回目は実行企画委員及び演題者として参加している。	市の職員とは、日頃から空床状況の報告をしたり、法改正内容などについて相談している。認知症サポーター、認知症カフェ、認知症ケア報告会などで、市との協力関係の構築に取り組んでいる。

6	5	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>体調不良時、点滴処置の際におきうる自己抜去の可能性が高い方でも、常時職員が横につき対応をしている。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ホーム内にこもりきりとならないケアを心掛けている。</p>	<p>毎年、身体拘束をしないケアについて職員研修を行い、スピーチロックや緊急上やむを得ない場合の対応などについて職員に周知している。安全優先のため家族の承諾を得て、各フロアの扉は手動開閉とし、玄関扉は概ね施錠している。利用者が外に出たい時は、職員と一緒に外出するようにしている。</p>	<p>玄関扉の施錠については、今後とも協議を重ね、職員の工夫や地域の方々の協力などにより、安全確保を図りながら利用者が自由に出入りできる環境を、偏りなく実現できる取り組みを期待したい。</p>
7		<p>○虐待防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>大阪府社会福祉協議会が主催の研修など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。ミーティングなどで虐待防止に対する意識付けや、再確認する機会を設けている。</p>		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>大阪府社会福祉協議会やファイナ財団が主催の研修などに参加し参加者が他スタッフにミーティングなどの際に研修報告を行い理解に努めている。</p>		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>新規契約時又は契約前に、管理者より重要事項の説明を行っている。法改正等の際にも説明を行い、同意を得ている。</p>		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>面会時に面会カードを渡しているが、そのカードに一言欄を設け意見を求めることができるようにしている。これは、アムール岸和田での第1回外部評価時のアドバイスを参考に実行している。また、玄関前に意見箱を設置し意見を求めている。</p>	<p>家族の訪問時に、直接家族から意見を聴くこともあるが、多くは面会カードや連絡ノートにより日常支援に関わる希望を把握している。意見箱からの意見はない。聴き取った意見などは毎日のミーティングなどで話し合い、運営に反映している。</p>	
11	7	<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>毎月全スタッフで全体ミーティングを行っている。そこでは必要に応じてホームの収支報告を行っている。また、年に1回又は必要に応じて管理者とスタッフでの個人面談を行っている。また、全職員に対して、「一改善一提案」の提出があり、優秀提案者には、表彰などされる仕組みを構築している。</p>	<p>毎日の声掛けやミーティングを密にすることで、管理者と職員が話しやすい関係ができています。管理者は、毎月の全体ミーティングや改善提案制度で、運営に関する職員からの提案を促し、サービスの向上などに反映している。</p>	
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>年2回賞与時に職員の評価を行っている。適材適所を考慮し、必要に応じて適正試験を行い事業所内及び社内人事異動を図っている。</p>		

13	○職員を育てる取組み 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	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。 OJT研修への参加を積極的に促している。		
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	岸和田市の介護保険事業所連絡会に加入しており、意見交換を行っている。岸和田市内のグループホーム8箇所にて情報交換会を開催し、グループホームの制度や現状などの情報交換を行っている。また、職員の相互研修を行い交流を図っている。		

## 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	本人の要望や生活歴、環境などを事前に聞き相談記録へ残し、ケアプランや判定会議にて全職員へ周知、利用者のリロケーションダメージが最小になるよう努力している。以前、自宅で使用されていたタンスなどを持参していただきできる限り以前のような生活を継続してもらえるように努めている。		
16	○初期に築く家族等との信頼関係 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	ご家族の思いや意向を聞き相談記録として記録に残し、また随時相談にのれることを伝えている。重要事項説明書にも記載し説明している。面会カードの一言欄や、意見箱を設置している。		
17	○初期対応の見極めと支援 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	グループホームは、長期滞在型のサービスであることを伝え、自宅での生活継続を望まれる方に関しては、小規模多機能サービス等他社会資源の説明や紹介を行っている。また、併設の通所介護や様々な社会資源の説明も行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人が必要な存在であると感じてもらえるよう調理や掃除等の手伝いを役割として行ってもらっている。また、本人の要望なども、入浴時や散歩時一人の時等にさりげなく聞き出し提供できるよう努めている。以前よりなじみの中華屋や喫茶店に個別に行くなど他者との関係づくりの支援を行っている。		
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	家族等に対して、面会や外出外泊等は可能な範囲で積極的に行っていただくよう声掛けを行っている。しかし、本人又は家族に負担がかからないような支援を行っている。またケアカンファレスに必要な応じて家族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	各利用者が以前馴染みの関係があった場所や地域等へその人らしい生活が送れるよう理解を求める声掛けや活動を行い、関係が途切れないよう努めている。携帯電話の持ち込みで外部と連絡が行えるようにしている。近隣の方との交流があった方に関しては、面会の依頼をしている。地域の馴染みの美容室や散髪屋に行っている。地域の友人などの家にて交流を図っている。	入居時に、利用者の生活歴、嗜好品、趣味、関心事などを聴き取っている。職員は利用者がこれまで馴染みにしてきた理美容院や喫茶店、中華料理店などに声掛けし、訪問しやすいように支援している。また、訪問先の中華料理店主等が事業所を訪れることもある。	
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	関係性や相性を考え、食事の際に座る位置や日中の関わりに考慮している。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れるよう支援している。必要に応じて部屋替え等を行っている。		
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	施設や医療機関へ転居、入院する場合は医療看護情報書（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けるよう何かあれば連絡が可能な事を伝えている。死去された場合は、通夜や告別式に職員で参列をしている。		

### 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ている。例えば好きなものを食べるため外食にでかけたり、意思疎通が困難な方に関しては、家族や親類から嗜好品などの情報を得ている。	利用者担当制を設け、主たる担当者が利用者の希望や意向を取りまとめて毎日（朝・夕）のミーティング時に報告し、職員間で情報を共有している。計画作成担当者はその内容をケアチェック表に記録し、主たる担当者と連携して利用者の毎日の生活や誕生会の支援に活かしている。意思疎通の困難な利用者には、言葉かけに対する表情や反応を確認しながら、把握するよう努めている。	
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	相談記録を用い利用前の段階から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（約1ヶ月経過後）に以前の担当者（ケアマネージャーなど）へ現状報告を文章にて報告している。		
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	生活状況や周辺症状について、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。本人の有する力が発揮できる場をカンファレンスなどで話し合い周知している。健康面では、受診や往診など健康状態を医療要約に記録し把握に努めている。		

26	10	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>困難なケースが生じた場合には、運営推進会議でも議題として話し合いを行いアイデアを出し合っている。家族や管理者、計画作成担当者、担当者その他関係者（居宅療養管理指導提供者など）等でカンファレンスを開催している。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。</p>	<p>利用者の希望や健康状態などを踏まえて、担当者会議を開催し、介護計画書を作成している。担当者会議には管理者、計画作成担当者、フロアリーダーと担当者が参加し、必要により看護師など医療専門職も加わる。家族にも参加を呼び掛けている。計画の見直しは3～6ヶ月毎に、健康状態などに変化がある場合は随時行っている。モニタリングは3ヶ月毎に行っている。家族が担当者会議に出席できない場合は、事前に家族の意見を把握し、会議後その結果を伝えているが、健康状態に変化がある時は、家族が出席できるよう日程調整している。</p>	
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>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、日々の健康状態を医療要約に記録し受診や往診時に適切に主治医へ連絡ができるよう把握に努めている。個別性獲得シートを用い介護計画作成に生かしている</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>就寝起床時間や入浴時間など生活リズムが乱れない範囲でニーズに答えるよう取り組んでいる。ご家族からの急な外出外泊希望があった場合でも、いつでも対応できるようご本人の状態の把握に努めている。喫茶店や外食などを行い気分転換を図れる環境を作っている。</p>		
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議に自治会長・民生委員などの方が参加され地域の催しなどの参加を依頼している。盆踊りや久米田池祭り、だんじり祭り等の催しに参加している。</p>		
30	11	<p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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（主治医）の選択は本人又は家族の希望に沿っている。訪問診療を求められる方が多く、訪問診療が可能か病院などへ相談、依頼し協力を求めている。</p>	<p>本人又は家族が希望するかかりつけ医での受診を支援している。通院は家族が同行しているが、家族の都合により職員が付き添う事もある。訪問診療を希望する利用者には、かかりつけ医に往診の協力依頼をするなど希望に沿うように努めている。また、週1回歯科、第2第4週に内科の協力医による往診もあり、こちらを受診する利用者も多い。受診結果は、ケアチェックシートに記入し職員間で共有しており、家族とも電話、面会時、郵送のいずれかの方法で共有している。</p>	

31	<p>○看護職員との協働</p> <p>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>開設時より正看護師を配置（併設通所介護と兼任）しており常に相談出来る体制を構築している。訪問看護STと契約しホームスタッフと密に連携を図っている。受診や往診時にはスタッフが付き添い主治医等に伝えている。訪問看護師による日々の健康管理バイタルチェックを行っている。日々の健康管理で気になる事があれば、訪問看護ST又はホーム看護師に気軽に相談できる関係性が構築されてきている。</p>		
32	<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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>どの状態まで回復すれば、ホームへの帰宅が可能なかを入院時にMSWなどを事前に話をしている。また、MSWや医師などとの連携により、可能な限り早期退院に向けて働きかけをしている。本人にとって環境の変化が最小限で抑えられるように努めている。入院時必要な情報（サマリーなど）を提供している。退院後の方向性について随時関係者とのカンファレンスを実施又は開催の呼びかけをしている。</p>		
33	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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>体調の悪化などで、今までと異なる介護が必要と予測される時点で、家族など関係者とカンファレンスを行っている。（胃ろうの確認・終末をどのようにするかなど）また、認知症などの進行に対する対応（精神科などの専門科受診などを検討する事）や終末期には主治医への協力を求め可能な限り、少しでも長くホームでの生活を過ごせるよう支援することを伝えている。また、必要に応じて居宅療養管理指導などを導入しチームで支援に取り組んでいる。</p>	<p>契約時に看取りに関する指針を説明している。重度化した場合は、家族、医師を含む関係者で話し合いを行い、今後の方針について文書にて同意を得た上で、チームケアを行っている。</p>	
34	<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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、（急変や事故などが発生した場合の連絡先順序などを定めている。）家族などに対して救急搬送を行うか主治医への連絡を先にするかなどの話を事前に行っている。消防の協力の元、救急救命講習を行っている。</p>		
35	<p>○災害対策</p> <p>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。緊急通報装置を設置している。避難訓練を年に2回行っている。内1回は夜間想定。運営推進会議で協力を求め、火災通報装置には地域の方等に連絡がいくようになっている。地域の方と訓練を協力しながら行っている。備蓄に関しては、水、食料、ガスコンロなど2日分程度を用意している。</p>	<p>消防署の協力による避難訓練と夜間を想定した避難訓練をそれぞれ年1回行っている。訓練の際には実際に水消火器を職員が使用したり、近隣の住民と協力して緊急通報装置の動作確認を行っている。備蓄の水や食料は、常に新しい物と入れ替わるように日常の買い物で工夫している。</p>	

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

36	<p>14</p> <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>失敗などをされている方に関しても、注意や指導をすることはなく認知症の症状として捉え、失敗した事項に対してさりげなく対応をしている。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、確認を行う際は、居室などにて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。</p>	<p>プライバシー保護に関する研修を年1回行っている。共有フロアから見えるトイレには、ドア内側にカーテンを設置し、介助のためにドアを開けた際にフロアからトイレ内が見えないように配慮している。個人情報を含む書類は鍵のかかる書庫で保管している。</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本人にてメニューを自己決定してもらう機会を増す働きかけを心掛けている。</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>食事時間や入浴時間等要望に沿って提供できるよう図っている。レクリエーション（散歩や外出）などの活動はご本人の体調や意思を第一に考え、負担にならないよう参加してもらっている。誕生日などの際には、どこに行きたいかなど聞き出すよう支援している。</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>地域の馴染みの美容室や散髪屋に行っている。また、化粧やおしゃれ（マネキュアなど）を楽しめるよう支援している。衣類などが不足している場合には、家族などに声をかけ持参してもらっている。また、必要な品に関しては、共に買物に行っている。</p>		
40	<p>15</p> <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>法人の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、調理や下膳、配膳、食器洗いなど可能な限り利用者と共にできるようにしている。時には、利用者と献立（寿司・お好み焼き・鍋など）を考え、共に楽しみながら調理や食事を行っている。この食事を食べたいと定められる方が少ない為、選択し自己決定してもらえよう、外食や喫茶店なども活用している。</p>	<p>調理や洗い物などは職員と利用者が一緒に行っている。基本メニューは法人の栄養士が作成しているが、利用者の要望を職員が代弁し、リクエストすることも可能である。また、月1回特別メニューを企画し、利用者と一緒にエビフライとタルタルソースを手作りしたり、焼きそばを焼いたりしている。自己決定を促すメニューとして、すしバイキングやおでんなども実施している。</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 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</p>	<p>毎食時後に口腔ケアを行っている。また毎食後うがい又は必要な方には歯磨きを促している。就寝前には義歯洗浄剤にて洗浄している。希望されている方は提携歯科にて月に1～4回口腔ケア（居宅療養管理指導）を実施している。</p>		

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。	トイレでの排泄を出来る限り継続していく為に、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するなどしている。おむつはその人に合ったもの（1回尿量の多さなど）を使用するようにしている。また、1日の尿量やトイレ回数を観察し定期的にさりげなく誘導している方もいる。	可能な限りトイレでの排泄が継続できるよう支援している。入院後におむつを使用するようになった利用者には特に配慮し、トイレで排泄が出来るよう支援している。排泄パターンをチェック表で把握し、夜間も一人ひとりのタイミングに応じて支援している。	
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	水分の摂取状況を把握している。毎朝ヨーグルトを提供している。必要に応じて腹部マッサージや主治医と相談し穏下剤などを使用している。また、散歩やラジオ体操や階段昇降などの運動を行っている。食前に嚥下体操を行っている		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	平均して週に2～3回程度の入浴回数であるが、何らかで汚染している際には随時入浴又はシャワーを行っている。夜間浅眠の方に関しては、就寝前に足浴を行うことがある。可能な限り同姓介助を行っている。温泉に行きスタッフと共に入浴したときもある。	週2～3回、午後に入浴しているが、希望すれば毎日入浴することも出来る。入浴を好まない利用者には歌を歌いながら誘導したり、タイミングを図るなどの工夫をしている。湯は一人ひとりで入れ替え、可能な限り同性介助を行っている。	
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	覚醒時間や睡眠時間のチェックを行っている。定期的なシーツ交換（週一回）を行っている。ご本人の枕、毛布、衣類を使用し在宅での環境を損なわないようにしている。また、夜間覚醒時には必要に応じて添い寝やホットミルクなどの提供などを行っている。		
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	薬の説明、用量、副作用は薬説明書を薬局から貰いカルテにファイルし全スタッフ周知している。必要に応じて居宅療養管理指導を導入し連携を密に図っている。		
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	利用前後に得た情報を元に、本人の楽しみや得意分野（調理・手芸・買物など）に沿った支援を行っている。アルコール類やタバコが好きな方も十分な管理の元、提供している。		
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。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	近隣には久米田寺や久米田池遊歩道があり天気の良い時には積極的に散歩に行っている。本人の希望に沿い近隣の喫茶店や店舗への買い物、季節に応じた外出先を共に検討し外出している。家族の面会時には希望に沿って一緒に散歩に行けるよう車椅子の貸し出しや、喫茶店に行けるような支援を行っている。利用者の誕生日には、スタッフと1対1にて本人希望の場所や物を提供している。	天気のいい日はほぼ毎日、近隣の久米田池遊歩道や喫茶店、理美容室等に出掛けている。家族と協力して、いちご狩りや、事業所と併設しているデイサービスセンターで開催する認知症カフェに行くこともある。	

50	<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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>家族の同意の元、自身でお金を管理されている方がいる。原則ホームにてお小遣い管理をしているが、買物に行った際など本人にて支払いが行えるよう支援している。</p>		
51	<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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家族等に出している。本人希望に応じて、家族に電話をかける際の手助けをしたり携帯電話を居室に持ち込み可能としている。</p>		
52	19 <p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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>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。ヒーリングミュージックや親しみのある歌を流している。湿度温度計をフローアに設置し適温になるよう配慮している。湿温度に関するマニュアルを作成している。居室には、家族などの協力のもと、加湿器を設置している。</p>	<p>共用フロアのテーブルやソファは、利用者同士のコミュニケーションが円滑に図れるように、また一人ずつろげるようにと工夫して配置している。フロア内には雛人形が飾っており、時期によって七夕笹やクリスマスツリー等の季節を感じられる飾りに変えるようにしている。久米田池が見渡せるテラスでは喫煙も可能である。</p>	
53	<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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があるときの空間作りを行っている。また、庭やテラスにて寛げる環境を作っている。</p>		
54	20 <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>利用前に愛用していた品の持ち込みをしていただいている。（寝具や家具、写真など）他、ホームにて必要な物品がある場合は共に買い物に行き購入している。本人が1人でのんびりと過ごすことができるように居室に机や椅子などを持ってこられている方もいる。</p>	<p>居室内には、利用者が使い慣れたものを置き、居心地のいい空間づくりを支援している。利用者は居室にテーブルやドレッサー、仏壇等を持ち込んでいる。家族の協力を得て、ほとんどの利用者が加湿器を設置している。</p>	
55	<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>ホーム内には手すり、エレベーターを設置しているが、階段昇降が可能な方は階段を使用している。ベッドの高さを個々に応じた高さに調節ができるようになっている。表示物は大きく表示し、時計は見やすい高さに設置している。各居室に表札がある。居室電気など明るさの調節が可能となっている</p>		

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	○	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	○	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	○	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	○	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	○	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	○	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	○	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	○	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	○	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	○	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