

(別紙1)

## 自己評価及び外部評価 結果

作成日 令和2年9月20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	令和2年6月10日	評価結果市町村受理日	令和2年9月24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>
---------------------------	---

### 【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	大阪府岸和田市岡山町499-1
訪問調査日	令和2年8月12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)】

当法人グループホームの理念は、「愛のある我が家のような生活を目指す」「自由な環境を創造する」「安心と信頼のホームを実現する」である。理念にそっての具体的な日常の過ごし方としては、畑仕事が好きな方に対してホームの裏庭に花壇を作成しメリハリのある生活を職員と共にあったりと、各人に応じた時間を過ごしていただき我が家のような自由な環境が提供できるよう支援している。利用者やその家族の方にはもちろん、地域の方々に対しても安心と信頼のホームを実現する為に、地域のスーパーへの買い物や地域のイベントに積極的に参加し当事業所がどのような施設なのか理解してもらえるよう心掛けている。また、高石市社会福祉協議会や高石市地域包括支援センター、高石市内の地域密着型サービス事業所などと連携を図り、高石市SOSネットワーク事業に積極的に参画し市内の認知症高齢者(徘徊の恐れのある方)などに対して安心して住める街づくりに向けて取り組みを行っている。高石市内の中学校等への認知症サポーター養成講座、小学校に福祉体験教育、他法人(NPO法人せかんど)との共同にて認知症カフェ(せかんどカフェアムール)を運営するなど他介護保険事業所と連携を図り活動を行っている。職員のほとんどは認知症サポーターとなっている。立地としては近くに公園があり高石市内にて平成25年7月に「健幸ウォーキングロード」が開通し安心して散歩ができる環境が増している。

### 【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高石では、事業所の理念に沿ったケアを心がけている。利用者や家族との信頼関係の構築を図り、話しやすい環境を整え、色々な意見を聴き取ることができるよう努めている。利用者の活動を制限することなく、安心して自由に暮らすことができるよう取り組んでいる。職員と一緒に食事の準備や買い出し、花の水やりや近隣の散歩など、利用者一人ひとりに合わせた支援を実践している。事業所はこれまでの生活習慣を大切にしており、喫茶店や美容室に出かけることや知人との関わりを大切にするなど、馴染みの関係が継続できるように支援している。地域との関わりも多くあり、認知症カフェや子ども見守り隊、地域の行事へ参加することや事業所の行事に地域住民を招待するなど積極的に交流を図っている。地域で災害対策等について話し合ったり、防災訓練に参加するなど、防災への意識を高く持っている。

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	次のステップに向けて期待したい内容
<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	全職員入職オリエンテーション時に管理者より理念の説明をしている。またホーム内に理念を掲示。全職員は名札に理念を携帯している。利用者家族には「アムールたより」に記載している。	理念については、全体会議などを通じて職員間で話し合う機会を持ち、理念の理解を深めている。利用者との信頼関係を築くことや制限なく安全に自由な暮らしができるように取り組んでいる。	
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。運営推進会議に利用者家族・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共有、イベント（地域の運動会や防災訓練等）には利用者と共に参加している。地域の配食サービスの拠点となっている。	他の事業所と合同で認知症カフェを毎月開催したり、「子ども見守り隊」や「クリーンキャンペーン（地区の清掃活動）」に参加している。その他、事業所の行事に地域住民を招くことや地域の行事にも参加するなど積極的に交流を図っている。	
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	認知症についての理解や地域になぜ事業所が密着する必要があるのか等の理解を小学校、中学校の福祉教育で認知症サポーター養成講座などを通じて促している。また、管理者などが認知症に関する講演を行っており小学生などの下校時間に合わせ「子ども見守り隊」のヤッケを着て玄関先で見守りを行ったり、認知症カフェで利用者様と地域の方に交流が持てる様支援している。		
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	事業所の空き情報や事故や苦情などの報告を行っている。外部評価の自己評価や外部評価結果を伝えている。地域のイベントごとの情報ももらい、高石市市民運動会では、地域の自治会のリレー選抜メンバーに職員数名がエントリーし利用者も応援に行っている	運営推進会議を2ヶ月毎に開催している。現在は書面での会議となっており、意見や課題などは、職員も交え全体会議で話し合いサービス向上に繋がるように努めている。	

5	4	<p>○市町村との連携</p> <p>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取り組んでいる。</p>	<p>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」にて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。</p>	<p>2ヶ月毎に開催する「地域密着型連絡会」に参加し、市の担当者と意見交換をしている。毎月、数回は事業所の空室状況や現状報告など、市の担当者と話す機会を持ち、情報の共有化を図っている。</p>	
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>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。GH協会が発行している、虐待防止の啓発ポスターを掲示している。</p>	<p>毎年、本社で研修を受けた職員が事業所で伝達研修を行っている。研修での課題や意見をまとめ、職員間で話し合い拘束しないケアの実践に努めている。出入口は夜間のみ施錠し、日中外出希望があれば職員が同行できるように工夫している。</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>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。</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>成年後見人制度の研修をしている。研修に参加した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。</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>新規契約時に、管理者より説明を行っている。随時の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        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>毎月の請求書郵送時に運営推進会議開催のお知らせ文章を同封している。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すると共に、面会簿に一言欄を設けている。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。</p>	<p>管理者は利用者の些細な変化であっても家族へ連絡を行い、信頼関係を築けるように心がけ、利用者や家族が意見しやすいような雰囲気を作っている。家族等には訪問時や電話で意見や要望を聴き取り、会議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        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、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・統括責任者）</p>	<p>管理者は普段から職員に声をかけ悩みや意見などを聴き取っている。年に2～3回程度は個人面談を実施し、思いを聴き取っている。業務マニュアルや食材の購入方法など職員の意見を取り入れている。</p>	
12		<p>○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</p>	<p>キャリアパス要件に従い、本社研修として各事業所より選抜者を募り、参加をしている。参加者は年間を通じて様々な研修を行うと共に、研修参加費用が授受される。</p>		
13		<p>○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</p>	<p>積極的に社内研修に参加を促進している。また、法人内で研修スタッフを募り月1回研修会を開催し、伝達研修として法人内研修に参加したスタッフが講師となり全体ミーティングで研修会を行っている。</p>		
14		<p>○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</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認知症介護の専門職研修や他研修会をを随時開催、参加や講師役を担っている</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 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。信頼関係が早期に構築できるよう入居当初より積極的に声掛けやその人ができる役割の発見などを行っている。</p>		
16	<p>○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</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 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	<p>○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</p>	<p>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。</p>		
19	<p>○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</p>	<p>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。</p>		

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	今までかかっていた病院や馴染みの神社へ家族様と可能な限りほぼ毎日いくようにしている。友人、知人がホームを訪れている。	利用前には利用者や家族から生活歴などを聴き取ったり、日頃の関わりから昔の話を聴き取っている。喫茶店や美容室、知人宅への訪問や自宅周辺の散歩など馴染みの関係が途切れないように支援している。地域住民や小学生と挨拶を交わしたり、事業所への訪問などもあり、新たな馴染みの関係を築いている。	
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	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。誕生日には各利用者に応じて要望を可能な限り聞いている。（寿司屋など本人の好きなものを食べに外食や買い物など）	利用者との会話を大切にし、日頃の関わりの中で意向や思いを聴き取るように心がけている。聴き取った内容は「ほうれんそうノート」に記入するなどし、職員間で情報の共有を図っている。意思疎通が難しい利用者には日頃の表情や仕草から読み取るように心がけ、家族と話し合っている。	
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	<p>○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</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、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。</p>		
26	<p>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</p>	<p>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。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。毎月1回請求書と共に「各利用者月間報告書」を担当者が作成し家族などに郵送している</p>	<p>介護計画書は3ヶ月毎にモニタリングし見直している。心身の状況等に変化があれば、その都度見直している。事前に主治医や利用者及び家族、介護職員から意見を聴取している。その後、カンファレンスを開催し、介護計画に反映している。</p>	
27	<p>○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</p>	<p>管理日誌に残し、特記事項をカルテ2号用紙に、又些細な情報は送りノートに記載し情報の共有に努めている。</p>		
28	<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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>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。</p>		
29	<p>○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</p>	<p>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、見守り隊など様々な活動へ参加している。</p>		

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  し、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>入居時に、家族の意向により、か  かりつけ医を変更する利用者が多  い。家族の付き添いでこれまでの  かかりつけ医を受診している利用  者も数名いる。家族の都合がつか  ない時には職員が付き添ってい  る。必要時に、歯科の往診を受け  ることができる。受診結果は、申  し送りノートなどに記入して職員  間で共有している。家族へは、変  化があった際はすぐに報告する  が、変化がなければ月間報告書に  記入して月1回郵送している。</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>事業所のみでの対応には限界がある為、他社会資源（往診医・訪問看護ステーションなど）と連携を図っている。終末をどこでどのように過ごしたいか、タイミングを図りながら随時ご家族等に聞いている。</p>	<p>入居時に看取りに関する指針を説明し、本人と家族の意向を確認している。職員は、日頃の会話の中でも利用者の意向を汲み取るように努めている。重度化した際は、看取り支援確認書に署名をもらい、家族や後見人と医療関係者を含めて支援の方針を決めている。年1回は看取りに関する研修を行い、職員が不安なく支援できるように配慮している。また、看取り後は必ず全職員で振り返りを行い、次に活かすように努めている。</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。また、避難訓練の際には自治会役員や地域包括支援センターの方の協力を得ている。</p>	<p>日中と夜間想定防災訓練をそれぞれ年1回ずつ行っている。他に、高石市が毎年9月に行う津波訓練にも参加している。地域住民とは緊急時の協力体制が構築できており、緊急時フローチャートでも自治会関係者が役割を担っている。緊急時フローチャートは全職員に手順を周知した上で事務室書庫にて保管してあり、いつでも取り出して電話番号の確認をすることができる。災害に備えて、食料3～5日分、カセットコンロやランタンなどを各ユニットに備蓄している。</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</p> <p>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>個人情報保護に関する研修とプライバシーに関する研修をそれぞれ年1回行っている。特に、利用者の呼び方や、スピーチロックに関する内容は日々の支援の中でも配慮を徹底するように心がけている。個人情報を含む書類は鍵付きキャビネットにて保管している。</p>	
37		<p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p> <p>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</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。利用者の要望により訪問マッサージを居室にて施術することもできる</p>		
39		<p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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もらえるよう支援している。また、ご本人と衣類を買いに行ったり障害者施設の衣類販売を6か月に1回来ていただき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</p> <p>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>管理栄養士が作った献立を基に調理している。利用者は、配膳や下膳、食器洗いやテーブル拭きなどを職員と一緒にしている。個別支援で、それぞれの利用者が月1回程度外食の機会を持っている。誕生日には、利用者の希望メニューを提供している。（新型コロナウイルスの影響により、現在は外食支援は行っていない。）</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夕食メニューを作成し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  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。漏れの無いうち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	<p>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。</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するなどしている。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>利用者の状態を見て、早めのトイレ誘導を心がけている。失禁などがあつた際には、さりげなく着替えを促し、羞恥心に配慮している。夜間オムツを使用している利用者も、日中はリハビリパンツを着用し、できるだけトイレで排泄できるように支援している。同性介助となるように配慮している。</p>	
44	<p>○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</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	<p>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</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>希望の時間に入浴ができる。夜間は、職員配置により、対応できない時もある。ほとんどの利用者は、2日に1回程度入浴している。湯は毎回入れ替えて、好みの温度で季節の入浴剤を使用するなど、入浴を楽しめるように工夫している。希望に応じて同性介助を行っている。</p>	

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。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よう持ってきてもらい管理を行っている。		
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。		
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。		
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	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、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。）	食材や日用品の購入に少人数で出かけている。日課で神社を参ったり、週1回花を買って墓参りに行く利用者もいる。これまで、公園に弁当を持って出かけたが、新型コロナウイルスの影響により、現在は外出支援はほぼできていない。	
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	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。		
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している	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。		

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>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>ダイニングテーブルの席は、車椅子を使用している利用者や、歩行の状態に合わせて動線を確認する必要がある利用者のために固定となっているが、ダイニングテーブル横のソファは自由に使える。リビングには、毎月の手作りカレンダーや、クリスマスツリー、雛人形など季節に応じた飾りつけを行っている。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</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	<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>愛用品の持ち込みをしていただいている。（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。居室にはその人が使い慣れた道具や物品の持ち込みをされている。</p>	<p>居室へは、できるだけ使い慣れた物を持ち込むように促している。枕やぬいぐるみ、また仏壇、遺影などをそれぞれに持ち込んでいる。他に、季節に応じて作った作品を飾っている利用者もいる。エアコン、洗面台、ベットが備え付けてある。</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。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に取り組んでいる。</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くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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 きている	○	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