

(別紙1)

## 自己評価及び外部評価 結果

作成日 平成 28 年 4 月 25 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28年3月10日	評価結果市町村受理日	平成28年5月6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	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番地
訪問調査日	平成28年3月28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ヶ月に一度の夕食(誕生日には本人の好みの食事を夕食に行く事もある)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している。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(チャムール)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)】

職員は「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」の理念のもとに、利用者が我が家のように安心して過ごせるよう、生活の支援と環境作りに取り組んでいる。月に一度は、夕食に出掛けたり、事業所内での特別メニューを利用者と一緒に考える等、食事を楽しめる工夫をしている。

運営推進会議で災害対策について協議を重ねた結果、緊急時に消防署だけではなく、地域福祉委員や近隣住民、介護相談員にも連絡が入るようになり、利用者の見守り等の協力体制ができている。毎月第4土曜日に開いている認知症カフェ「チャムール」には、地域住民の訪問や高校生のボランティアを受け入れ、利用者にはスタッフとして活躍できる場を作っている。また、職員は小学校で開催される「認知症サポーターの養成講座」で講師などを担当し、地域で認知症ケアの理解を深めるための役割を継続して担っている。

事業所前には整備された久米田池公園と遊歩道があり、散歩時には地域住民と挨拶を交わしている。久米田寺祭りでは桜の花見で賑わい、秋のだんじり祭りでは、事業所前を休憩所として開放し、利用者が職員と一緒に飲み物を振る舞うなど積極的に交流している。

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
<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している。	入職時の研修で理念を説明し、事業所の目標を共有している。名札の裏に理念を記載し、いつでも理念を意識したサービスが提供できるように心掛けている。各フロアに理念を掲示し、「アムールたより」にも理念を掲載することで、利用者や利用者家族と職員が、「愛のある我が家のような生活」「自由な環境」「安心と信頼のホーム」を目指した関係作りを行っている。	
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、ボランティアの導入や、地域の幼稚園、小学校などとの交流を図っている。また、久米田池まつりやだんじり祭りなどの地域行事にも参加している。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	利用者と職員は散歩時等に、近隣住民と挨拶を交わしている。地域の盆踊りやだんじり祭りに参加し、休憩所を設置して利用者が飲み物を提供するなど地域の一員としての役割を担っている。クリスマス会や餅つきに地元の幼稚園児や小中学生を招待するなど、交流を図っている。自治体から認知症サポーターの講師の依頼があり、「アムールさん」と呼ばれるような顔見知りの関係ができています。	
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	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る認知症カフェ「チャムール」では、専門性を活かし、認知症介護をしている地域の方の相談場所にもなっている。		
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	構成員には、利用者家族・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、認知症カフェへ報告を行い、その際出た意見をもとにサービスの向上に努めている。	2ヶ月毎に開催し、自治会長、地域福祉委員、市の高齢介護課職員、介護相談員、地域包括職員、利用者家族が参加し、活発な意見交換が行われている。事業所からは利用状況や行事報告、認知症カフェの取り組みについての報告を行っている。そこで出た意見や情報は、サービスの向上に繋がっている。	
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。また、現在全スタッフ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「岸和田市認知症ケア報告会（KDC）」では今年度の5回目も実行企画委員として参加している。	日頃から市の担当者には事業所の現状報告を密に行っている。認知症サポーターの養成や認知症カフェの開催など、市と連携し認知症ケアの向上に努めている。2ヶ月に1度、市の福祉政策課主催の「認知症ネットワーク会議」に出席し、協力関係を築ける様取り組んでいる。	

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>毎年全体ミーティングにて身体拘束に関する勉強会を行っており、身体拘束マニュアルを常時確認出来る様にしている。玄関ドア施錠も身体拘束にあたることを周知しホーム内にこもりきりとならないよう外出の機会を増やし、開放的に暮らせるケアを目指している。</p>	<p>年1回身体拘束に関する研修を実施し、全体ミーティング時に全職員で勉強会を行っている。身体拘束マニュアルを作り、スピーチロックや玄関の施錠が身体拘束に当たることを周知している。職員の配置により施錠する時間もあるが、日中はフロアの出入り口は手動にし、外出したい時には職員が付き添って出掛けられるよう努めている。</p>	<p>玄関の施錠については、引き続きの課題とし、地域や家族の協力と理解を得て、安全を確保できる体制を整え、利用者が自由に出入りできる環境作りを期待する。</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>毎年全体ミーティングにて虐待防止に関する勉強会を行い、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。また、介護職員がメンタルヘルスの研修へ参加し、精神面での負担の緩和を行えるよう努めている。</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>大阪府社会福祉協議会やファイン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、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>面会時に職員が家族から意見を聴き取るよう努めている。また面会カードや意見箱を利用して、気軽に意見を出しやすい環境作りも行っている。運営推進会議で出た家族の要望で、職員の名札を写真入りにする等、聴き取った意見を実践している。</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。毎回「月間目標」を定め（外出する機会を増やす等）ケアの質の向上に努めている。また、必要に応じてホームの収支報告を行っている。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。</p>	<p>毎月フロアごとに職員が意見を出し合っており「月間目標」を決めている。月1回の全体ミーティングでは管理者と職員がそれぞれの目標について話し合い、サービスの質の向上に繋げている。日頃から管理者は職員が意見を出しやすい関係を作り、聴き取った意見は運営に反映できるよう努めている。</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	<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。</p> <p>法人事業所間での相互研修を行っている。</p> <p>OJT研修への参加を積極的に促している。</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>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、合同での勉強会や交流会を行っている。</p>		
<p><b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b></p>				
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>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。</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。</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>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。</p>		
18	<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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>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、入浴時や散歩時等の話しやすい時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。</p>		

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	本人又は家族に負担がかからないような範囲で、家族等に対して、外食や遠足などの行事や面会、外出外泊等、積極的に行っていただくよう声掛けを行っている。またケアカンファレンスに必要に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。チャムールにて地域の友人との交流を図っている。	入居時、家族から馴染みの人や場、生活習慣等を聴き取り、馴染みの関係が継続できるよう支援している。以前行きつけにしていた食堂の店主と再会し、面会に訪れる関係ができた利用者もいる。認知症カフェに地域の友人が訪ねてくれることで、定期的な交流ができています。家族の要望で自室に携帯電話を持ち込んでいる利用者には、家族との連絡が自由にできるよう支援している。	
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	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、可能な範囲で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、それぞれの生活歴や趣味活動などの把握に努めている。また、日々密接に関わる中で、不意に現れる言動等からも希望や意向をくみ取れるよう心掛けている。意思疎通が困難な方に関しては家族や知人から嗜好品等の情報を得ている。	入居時に家族から生活歴や希望等を聴き取り、利用者の意向の把握に努めている。入居前の生活環境を把握し、個々のこだわりや思いが途切れない環境作りを心掛けている。職員は、日々のケアの中で利用者から出た言葉から要望や意向を汲み取り、申し送り時に職員間で共有している。担当職員は利用者の情報をとりまとめ、ケアの検討や計画の見直しに繋げている。	
----	---	---	--	--

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活用していた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 ○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	日々の中で課題が見つければ、その日の朝礼、終礼の時間を使いカンファレンスを行い、早期解決に努めている。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。	基本的に介護計画は6ヶ月ごとに見直しを行っている。日々のケアの中で利用者の状況を把握し、フロアミーティング時にカンファレンスを行い、見直しをしている。家族の意向は、事前に聴き取り、主治医とのカンファレンスの必要があれば、家族の参加を呼び掛け開催している。	事業所内でのサービス担当者会議開催前にも、家族等に参加を呼び掛けていくことが望まれる。
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	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。記録を基にミーティングで情報の共有を行い、ケアプランに反映している。		
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、その時々にも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	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。		
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	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。地域ボランティアと交流により刺激のある暮らしの実現に努めている。		

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 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（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>医療機関は本人及び家族等の希望に沿った 受診ができている。通院の支援は原則家族 が同行し、難しい場合は事業所が行ってい る。受診結果は、医療関係の記録（医療要 約）に記録し、家族等に報告が必要な場合 は電話で連絡している。希望があれば内科 医・歯科・薬剤師の居宅療養管理指導や必 要な場合は訪問看護を利用している。</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>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。看護職員と相談した内容は受 診や往診時にスタッフが付き添い主治医等に伝 えている。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  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>それまでのホームでの生活状況や、認知症状の 対応方法などを記載したサマリーを入院先に提 供し、どの状態まで回復すれば、ホームへの帰 宅が可能なのか入院先に事前に話をしている。 また、MSWや医師などと連携を図り、可能な限 り早期退院できるよう相談を行っている。退院 後の方向性を定めるため随時関係者とカンファ レンスを実施又は開催の呼びかけをしている。</p>		
33	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>契約時に看取りに関する指針の説明を行い、重 度化した場合、速やかに家族等と連携を図る よう努めている。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。終末 期には主治医への協力を求め、少しでも長く ホームでの生活を送れるよう支援することを伝 えている。</p>	<p>入居契約時に「看取りに関する指針」の説 明を行っている。重度化した場合は、家族 等、医師を含む関係者でカンファレンスを 行い、記録している。看取りを行う場合は 同意書にサインを貰った上で、チームケア を行っている。昨年は、2名の看取りを 行った。その際、職員には個別に緊急時の 対応方法のフローチャートを作成し説明し 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>消防の協力の元、救急救命講習を行っている。 また、家族などに対して、緊急時の連絡体制の 説明を行い、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た緊急時対応マニ ュアルを作成し事務所に掲示している。</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。緊急通 報装置を設置している。避難訓練を年に2回行 なっている。内1回は夜間想定。非常ベルと火 災通報装置は連動しており、自動的に地域の方 等に連絡がいくようになっている。火災時には 外に避難した利用者様の見守り等の協力を仰い でいる。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>避難訓練は、消防署の協力によるものと夜 間を想定した訓練をそれぞれ年1回行っ ている。火災時には、近隣住民と地域福祉委 員及び介護相談員に連絡が入ることになっ ていて建物の外に避難した利用者の見守り 等の協力を依頼している。備蓄の飲料水や 食料は、常に新しい物と入れ替えられるよ 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	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>プライバシー保護に関する研修を年に1回行っている。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内部研修を年1回行っている。個別のケアに際しては、利用者の近くで穏やかに話しかけながら、さりげなくかつ丁寧な対応ができるように心がけている。個人記録等、個人情報を含む書類はカギ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努めている。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>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	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>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。昼食は一部湯煎調理のおかずを取り入れ、盛り付けを利用者様と行っている。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。天気のいい日は屋外でお弁当を食べたり、約2カ月に1回、地域の飲食店への外食を行っている。</p>	<p>基本メニューは法人の栄養士が作成し、朝夕はホームで調理している。昼食は給食事業者から調理済みのおかずを購入し、温めて提供している。毎月1回、外食又は利用者と相談しながら作る特別メニューを取り入れるなど食事がより楽しくなるための工夫をしている。盛り付けや配膳等は職員と利用者が一緒に行っている。</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考案したメニューを基に1500～1600Kcalの摂取量とした献立を作成している。1日の水分摂取量の合計を毎日記録している。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>毎食後その方の自立度に応じた方法で口腔ケアを行っている。入れ歯を使用されている方は就寝前に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。トイレ回数や排泄時間を記録し、排泄パターンを掴みトイレ誘導することで失敗を減らせるよう支援している。	排泄パターンと水分摂取量等を記録し、個別に把握することで一人ひとりのタイミングに応じた支援ができています。可能な限りトイレでの排泄が継続できるように支援している。夜間は、パット交換やトイレ誘導を個別に行っている。便秘気味の利用者には牛乳、ヨーグルトを摂る事や毎日の運動を心がけている。	
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	便秘予防に牛乳を提供したり毎朝ヨーグルトを提供している。また、水分の摂取状況を把握に努めている。必要に応じて腹部のマッサージや散歩やラジオ体操や階段昇降などの運動を行っている。		
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	その方の好みに合わせたシャンプーの使用や入浴時間、湯加減の調整を行っている。喜んで入浴してもらえよう、その日の健康状態や気分配慮するよう努めている。可能な限り同性介助を行っている。温泉に行きスタッフと共に入浴した事もある。	基本的には3日に1回の入浴だが、利用者の習慣や好みに合わせて回数や湯の温度等を調整している。湯は一人ひとり入れ替えていて、可能な限り同性介助を行っている。入浴を好まない利用者には歌を歌いながら誘導したり、タイミングを計るなど工夫している。	
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	希望があればご本人の枕や毛布の使用して頂き、これまでの生活環境を損なわないよう配慮している。毎日の睡眠時間のチェックを行っている。週一回シーツ交換を行い、汚染があればその都度交換し、清潔を保つよう努めている。就寝、起床時間は個々に合わせて促している。		
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。内服薬の変更があれば、必要に応じて家族様に対して変更した目的や薬の効果などの説明を行っている。		
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の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。本人の希望に沿って近隣の喫茶店や店舗への買い物に出かけている。季節に応じた外出にはご家族にも参加の呼びかけを行い、海遊館などの遠足と一緒に参加して頂いている。	春・秋の季節は週3～4日外出している。近隣の久米田池遊歩道や買物、喫茶店、理美容室等に出かけている。また、ドライブでハンバーガーやドーナツを食べに行ったり蜻蛉池公園や松尾寺、リサイクル公園等に外出している。	

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。本人の希望に応じて、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。フロアでは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。湿度温度計をフロアに設置し適温になるよう配慮している。フロアの共用部分には毎月の写真を掲示している。</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、また一人でもくつろげるようにと工夫して配置している。フロア内には、利用者家族が書いた絵画や雛人形など季節が感じられるディスプレイをさり気なく飾っている。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</p>	<p>ご自宅で愛用していた品の持ち込みをして頂いて。（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、居心地の良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テレビ、仏壇、家族の写真等を持ち込んでいる。家族等の協力を得て、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広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