

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3970400218		
法人名	有限会社 青い鳥		
事業所名	グループホーム 青い鳥		
所在地	高知県南国市篠原708-1		
自己評価作成日	平成26年11月20日	評価結果 市町村受理日	平成27年3月24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)】

当事業所では、人材育成に関し力を入れているため、部内部外での研修参加、又、資格取得に関しても職員へのサポートを行い、入居者さんの生活の質向上の為に、職員のスキルアップに繋がることに関し支援を惜しむところではありません。
意識・知識・技術の向上を図り、認知症介護における生活への困りごとに関し個別的なケアを行い、改善を図り、暮らしに安心と楽しみが持てる支援を行っております。

※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.kaisokensaku.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon:true&ijyosyoCd=3970400218-00&PrefCd=39&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	高知県社会福祉協議会
所在地	〒780-8567 高知県高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ
訪問調査日	平成27年1月20日

【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)】

事業所は、幹線道路から少し離れた田園地帯にあり、通行車両の騒音もなく利用者は静かな環境で生活が出来る。事業所は、理念を介護の実践に活かすために、職員のスキルアップを重視し、外部研修への参加や内部研修に力を入れている。
利用者のケアでは、本人の希望や意思を尊重し、毎日の入浴を基本とするほか、食材の購入では2日に1回利用者と一緒にスーパーに出向き、献立から食事づくりに関する一連の作業を利用者と共に行っている。また、利用者には、教師・保育士などの経験者もいて、特技を発揮してもらい、他の利用者と共に折り紙やちぎり絵、カレンダー作り等に取り組んでいる。また、利用者にとり、役に立つ実感を得てもらうため、相互に助け合う関係作りにも力を入れている。地域との交流も大切にしており、近隣農家から野菜の袋詰めの依頼があったり、また、事業所の夏のイベントにも多くの住民が参加している。保育園児との交流、ボランティアによるお茶やお花などの支援もあり、地域に開かれた事業所づくりに取り組んでいる。

自己評価および外部評価結果

ユニット名：やいろ

自己評価	外部評価	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	入社した職員に対し、新人研修を行う際に、冒頭に理念のことを伝え、その上でケアを実施することを徹底している。また、朝礼や担当者会を通して、管理者・職員共に理念の浸透を図り、実践に努めている。	利用者の「基本的人権」、「家庭的な生活」、「生きがい」、「地域の一員」の4項目を基本理念とし、実践のための詳細な方針を定めている。朝礼や担当者会でケア内容を理念に照らして確認し、職員への意識付けを行っている。特に家族との関係を重視して支援している。	
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	近隣商店の利用や、大きな行事がある時には近隣の方々に案内を行っている。また、近隣農家の方よりの野菜の袋詰めなどの依頼(アルバイト)などを通じて日常的な付き合いができるように努めている。近隣の保育所との行き来も盛んに行っている。	町内会に加入し、一斉清掃等には参加しているが、総会への参加までには至っていない。事業所の夏祭りには多くの住民が参加し、野菜の差し入れ、保育園児の訪問のほか、近隣農家からは利用者に野菜の袋詰めなどの依頼もあり、日常的に交流を図っている。	地域交流に積極的に取り組んでいるが、今後とも町内会活動に参加し、日頃の実践のなかで住民への認知症に関する普及啓発など、地域の社会資源として役立つ活動にも期待したい。
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	運営推進会議で、地区の民生委員・市役所職員・地域包括支援専門員との情報交換を密に図っている。		
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	運営推進会議では、利用者の状況や日々の取り組み、事業所の運営状況や職員の研修参加報告などを行い、参加者全員に意見を頂くように努めている。	隣接する小規模多機能型事業所と合同で開催し、事業所の利用状況や活動報告をもとに、意見交換を行っている。出された意見や要望、苦情等は、内容などを整理・検討して、次回会議で報告している。議事録は家族や職員に周知しているが、議事録への発言の記載が少ない。	意見交換は熱心に行われているが、議事録における意見等については、委員の発言内容や事業所側の回答などを議題に沿う形で記載して、会議内容を分かりやすくするなど、記載方法の検討を期待したい。
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	運営推進会議以外でも、定期的に市役所や地域包括支援センターへ足を運び、情報の共有やアドバイスを頂いている。南国市の認知症家族の会への出席も行う予定である。	日常的に、市担当課や地域包括支援センターとの情報交換ができています。運営推進会議の場でも、行政から情報提供やアドバイスを受けている。また、グループホーム連絡会や市が取り組む「認知症家族の会」への参加等を通じて交流を図っている。	
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	運営規程にて身体拘束を禁止しており、施設玄関に掲示し、全職員が周知徹底できるように担当者なども通じ努めている。また、ケアの実践の中でも不適切なケアなどが無いように、担当者会後のアフターミーティングなどで確認を行っている。	身体拘束をしないケアについては職員に教育を徹底し、職員はその重要性を認識している。夜間等の転倒防止の為にセンサーマットの使用については、職員間で検討を重ね、家族へも説明を行い了解を得ている。日中は玄関を開放し、利用者一人ひとりの習慣や傾向を把握して、拘束にならないよう見守り等の対応をしている。	

自己評価	外部評価	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
7		○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	高齢者虐待防止教育システムを活用した研修会の実施のほか、メディアや新聞を通して報道があった事件などを周知し、職員の虐待防止の強化を図っている。		
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	研修により理解しているスタッフもいるが、職員全員が理解するには至っていない。今度、これらの制度について学ぶ機会を持ち、施設内研修などで勉強していくことに努める。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約にあたり、基本方針、重要事項の説明、退去時を含めた対応可能なことについての十分な説明及び、疑問点を尋ねた上で契約を行っている。契約後も家族会等で不明なことや不安がないか尋ね、理解・納得を図っている。		
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	利用者が意見を言って頂けるよう、普段よりコミュニケーションを深め、馴染みの関係が形成できるように努めている。出た意見については、管理者や職員間で情報共有している。又、第三者苦情相談窓口を設け、気軽に利用者や家族が相談できる体制を整えている。	家族会は年4回開催し、10人程度の参加を得ている。家族会には苦情相談員も参加しており、家族の意見を代弁することもある。家族の来訪時には必ず声をかけ、要望等を聞くとともに利用者の状況を報告している。家族等の意見、要望は職員間で共有し、対応結果を家族に報告している。	
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、反映させている	毎月のカンファレンス終了後、職員の意見交換をする場を設け、運営にも反映させている。	ユニット毎に毎月カンファレンスを行い、職員との意見交換を行っている。ケアに関すること、福祉用具や職員体制のことなど、気軽に話し合いが出来る関係を作っており、運営に反映している。また、急に協議する必要が生じた場合は、その都度話し合う時間を設けている。	
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	人事考課を年に2回実施し、職員個々の実績や取り組みに対する評価、目標の設定を行っている。勤務表作成時には、職員の希望休をできるだけ反映できるようにも努めている。		

自己評価	外部評価	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
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	職員の経験年数やスキルに合った研修への参加を行うようにしている。研修案内があった際には、職員が自発的に参加できるように回覧を行っている。また、外部講師を招き、プログラムをたて、研修を行うようにしている。		
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	宅老所・グループホーム連絡会への参加や、全国認知症ケア実践者ネットワークへの参加をすることにより、積極的に情報交換などを行うように努めている。		
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	入居前に事前調査を行い、本人も困っていることや不安がないかを聴き、生活状況についても情報を把握した上で支援に努めている。更に、本人がリラックスしてホームでも居場所ができるよう、また役割を持つ事ができるように支援している。		
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	相談時や事前調査時から家族の話をよく聴き、不安や希望を受け止めるよう努めている。利用開始後も、家族自身がストレスに感じることや不安なことが聞き出せるよう、面会時には管理者だけでなく職員皆が積極的に声をかけるようにしている。		
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	電話など、相談を受けた際は柔軟な対応ができるよう努め、早急な対応が必要な時は、他の事業所サービス(協力医療機関や施設)につながるような紹介、情報を提供し対応している。		
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	日常生活全般(家事活動)などにおいて、職員、利用者が共に行い、その中でできること、できないことも見極め、できないことに関しては特に執拗にして頂くことはしない。更に年輩者より昔からの知恵などをスタッフは教わっているというスタンスでもいる。		

自己評価	外部評価	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
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	利用者の強い希望や実現に向け、可能な範囲での電話連絡などを行い、協力に依頼、又、病院受診の付き添いも積極的に依頼し、家族と共に支え合う関係の構築を図っている。		
20	(8)	○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	家族や友人・知人が来訪された際は声をかけ、可能な範囲で、情報交換を行うなどの関わりを持っている。見送りの際は今後も関係は途切れないよう次回の面会の声掛けや自宅や馴染みの場所、思い入れのある場所などへの外出の検討も依頼している。	入居前の生活を把握して、馴染みの人や場所などを本人、家族から聞くように努めている。行きつけの美容院や喫茶店、スーパーなどの継続利用を支援し、また行きたい場所を聞いてドライブにも出かけている。家族、友人、知人の来訪時には、訪問の継続を依頼するよう心がけている。	
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	利用者の個々の想い、認知の程度、性格や好みなどを考慮し、時より仲介役となり、支援している。また、ティータイム時や行事などの機会などから互いに交流し、関係性ができるようにも努めている。同じ地域の出身の方だけで、馴染みの場所にドライブに行くなどの支援もしている。		
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	サービス終了後も、相談を頂いたり、いつでも気軽に訪問してもらう(お茶を飲みに来る、行事参加)等、関係継続に努めている。		
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	研修参加により、アセスメント能力の向上に努めるとともに、本人の話をよく傾聴し、その情報は担当者会で意見交換し、本人の意向を探っている。非言語コミュニケーションなども通じて、大切にしているものや大切にしていたものなどの把握にも努めている。	思いや暮らし方への希望は利用者一人ひとりで異なることを理解し、希望や意向を本人、家族から常に聞き取るように努めている。意思疎通が困難な利用者にはアセスメントにセンター方式を用いたりして、出来るだけ本人の意向把握に努め、意向に沿う支援を心がけている。	
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	入居前の状態に関しては、サマリーなどの情報提供書や事前調査シートを活用している。また、センター方式のシートを家族に記入して頂き、サービス利用開始されるまでの事をより詳しく状況把握できるように努めている。		

自己評価	外部評価	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
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	手を貸す介助中心ではなく、手を出さない介助の重要性を普段より配慮している。また項目23にもあるようにアセスメント能力の向上に努めている。心身の変化に関しても細かい情報を申し送りし共有し、ケアに生かしている。		
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	担当者会にて本人の意向も含め、意見交換を行っている。家族には毎月の介護計画の説明を行い、その際に、希望や意見を聞くことで、本人・家族が納得できるケアプランの作成を心掛けている。また、医療の立場からの意見も反映(往診時や訪問看護師の情報交換の中で)できるよう取り組んでいる。	担当者会で、計画作成担当者が作成した介護計画について意見交換を行い、本人・家族の意向や希望を反映しているか検討している。また、利用者の身体状況に変化があれば、医療機関と連携して計画の追加修正を行い、本人・家族が納得する計画の作成を心がけている。	事業所への家族の訪問が多いことから、担当者会等へ家族の参加を呼びかけたり、計画に家族や利用者の思いや希望をより明確に記載して、モニタリング時の実践状況の確認に活かしていくことを期待したい。
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	介護記録では専用のソフトを導入しており、詳しい状態の把握やケアプランの実践内容を記載している。記録ソフトをもとに、状態変化にもいち早く気づけるように活用している。介護支援経過記録も詳しく記載することにより、ケアプランに反映できるように努めている。		
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	隣接事業所へ気軽に行き来できる環境を作り、レクリエーションや食時會、合同行事に参加できるように柔軟な支援をしている。本人や家族の希望に添い、病院受診も対応している。		
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	ボランティアによる行事開催、お花・お茶教室など地元住民の方により支援を頂いている。地域の消防団との関係を継続したり、地域の神社のお祭りには事業所として出店し、利用者・職員共に地域住民の中での役割を担えるようにも努めている。		
30	(11)	○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	利用者、家族の希望を元に、かかりつけ医や往診にて医師による適切な医療が提供できるよう支援している。職員付き添いせずに家族のみで利用者を受診に行かれる場合は、手紙をお渡しし、相談・助言を頂き、関係性を密にとっている。	入居時に、今までの医療機関の継続の有無を確認し、希望に沿っている。内科的疾患は殆どの利用者が協力医療機関を希望し、月2回の往診を受けている。それ以外の専門医への受診は、今までの医療機関を継続し、定期的に家族又は職員が付き添っている。受診結果は専門医から提供してもらい、職員間で情報を共有している。	

自己評価	外部評価	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
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	医療連携担当医師、看護師(1～2週に一回)、訪問看護(週一回)が来所し、日々の状態や病状の変化などの情報交換を行い、連携に努めている。		
32		○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。	協力医療機関と密に連絡をとり、早期退院ができるよう、また本人や家族の希望に添った配慮をしている。本人のダメージが最小限となるよう、情報交換・相談に努めている。		
33	(12)	○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、事業所の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	重度化及びターミナルケアにあたり、今後の指針を話し合い、文書を交わす等、本人・家族の希望に基づいた支援に努めている。また、病状の変化に応じ、主治医より家族に説明及び、指針を話し合い、事業所としてできることは最大限行えるように努めている。	入居時に看取りに関する指針を説明し、重度化した場合の本人・家族の意思や要望を聞いている。利用者の状態変化に応じて本人・家族の意思の変化を確認し、常に家族や本人の気持ちを優先している。看取りの事例もあり、職員の精神的負担とサポートの必要性を理解している。	
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	各事故マニュアルや手順に関しては、事務所にファイリングもしくは目の届く所に貼り付けており、いつでも実践できるようにしている。また、施設内の勉強会にて救急時の対応方法などの周知も図っている。		
35	(13)	○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	事業所の防火管理者より、災害に対する意識を常に伝達し災害対策の意識を持つようにしている。また、定期的な防災訓練も実施している。又、災害に備え3日分の栄養補助食品、飲料水も備蓄している。	隣接の小規模多機能型事業所と合同で、年1回防災訓練を実施している。事業所単独の訓練は行っていない。防災訓練には市職員、民生委員の参加はあるが、住民へは参加を呼びかけていない。食料や水は3日分を備蓄し、消費期限の確認を行っている。	事業所独自の訓練も実施し、特に職員の少ない夜間を想定して、近隣への呼びかけや、防災マニュアルが活用できるか、避難方法の検証を行うとともに、備蓄量は県の防災パンフレット等を参考に、3日以上を目安にすることを期待したい。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	生活全般において、プライバシーに関する支援については理念にも掲げており、個人情報保護、本人を尊重した声のかけかた、声のトーンなどに注意している。	職員は、利用者の権利や人格の尊重について、理念への取り組みから理解しており、利用者に羞恥心を与えたり、誇りを傷つけるような言動をとらないように配慮してケアに当たっている。職員間で適切でない対応に気づけば、ミーティングで確認し改善を図っている。	

自己評価	外部評価	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
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	ある一定の時間設定はあるが、それに捉われずご本人の生活ペースの中から、本人の思いや望むことを追求し、自らが自己決定できるよういくつかの選択肢を提供するなど、関わり方を工夫している。入浴時間などは特に柔軟に対応している。		
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、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	個々の体調や過ごし方に注意し、可能な限り自分のペースで生活できるよう支援している。また、スタッフの毎日のルーチンワークに追われる事が決まらないように、職員同士が声をかけあっている。		
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	行きつけの理美容に継続して行けるように、入居前より調整を行っている。また、以前より使っている鏡台を自室に置いたり、服装に関しては本人が好んで着られていた衣服を持って頂けるよう、家族に依頼している。		
40	(15)	○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	毎食時、職員・利用者が共に調理しており、配膳・下膳・食器洗いなども利用者により、自らの役割を持たれている。また、外食の一環として、隣接のケアヴィレッジ(小規模)専属の厨房スタッフによる食事会(一人月2回)をしている。	毎日の食事を楽しむために、献立は利用者の要望を聞き、希望する利用者と一緒にスーパーへ食材の買出しに出かけている。食事作りは職員だけでなく、利用者と一緒に行うように心がけ、職員も同じ献立と一緒に食べて食事を楽しんでいる。	
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	食事チェック表にて少量摂取の方は、捕食などにて対応している。水分に関しては記録ソフトをもとに本人が特に好まれるものや疾病に留意したものを提供している。糖尿病の方に関しては、医師の指示により主食をやや控えめの量にしたり、油物の時等は別メニューで対応している。また、本人の活動量に応じた食事量にも注意している。		
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	個々の能力に応じ、自立支援を重視しながら、毎食後に声をかけ、必要に応じ介助の支援を行っている。また、ターミナルケアの方については看護師などに指導や助言を頂き、ケアにあたっている。		
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	なるべく、トイレで排泄ができるよう、記録ソフトをもとにパターンの把握、動作などにも目を配り、トイレ誘導を支援している。必要不可欠な場合を除き、最小限のオムツ使用にとどめるよう努めている。	トイレでの排泄を基本にし、排泄記録からパターンを把握するとともに、排泄の動作にも気をつけて、失敗しないように注意している。入居者の半数が布パンツを使用し、他の利用者は紙パンツや、布パンツとパッドを併用しており、昼間と夜間ともにトイレでの排泄ができるよう支援している。	

自己評価	外部評価	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
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	水分補給、運動量、食物繊維、乳製品の摂取を心がけ、なるべく自然排便ができるよう支援している。		
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、個々にそった支援をしている	14時頃から消灯(21時)までにかけて入浴しているが、希望があればいつでも入浴できるように柔軟に対応している。時には入られたことを忘れられてしまう方も居られるが、本人の意向に沿い、もう一度入浴したりして対応している。	入浴を好む利用者が多く、14時から21時にかけて毎日入浴できるようにしており、多くの利用者が毎日入浴している。利用者の半数はほぼ自力で入浴しているが、半数の利用者は介助を必要としている。入浴したことを忘れて再度入浴を希望する利用者にも、意向に沿った支援をしている。	
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	昼夜逆転しないよう、日中の活動量の向上に努めているが、楽しく活動できるよう、心がけている。夜間不眠傾向にある方は、入浴(就寝前)、水分補給、室内の照度、室温・湿度の調整を行うなど、支援している。記録ソフトにより、睡眠・覚醒リズムも把握している。		
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	記録ソフトを活用し、追加処方などがあるごとに管理している。服薬中止した内服薬なども同時一覧できるようになっている。		
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	洗濯物干し、たたみ、調理、米とぎ、掃除、買い物など生活していく中で、役割がもてるよう支援している。また、本人の好む趣味活動(編み物、貼り絵、お茶、お花)なども取り入れ、気分転換を図っている。		
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。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	天候が良い時は希望に応じいつでも散歩、ドライブなどができるよう支援している。花見や遠足など、その他の行事に関しても家族と共に掛けられるようにも支援している。	天候の良いときは、希望に応じていつでも散歩が出来るように支援しているが、毎日の記録からはユニットの利用者の状態によって外出に差が出ている。2カ月に1回は、基本的に全利用者の参加で、家族の協力を得て、季節に見合う場所へ外出して利用者には喜ばれている。	歩行できる利用者と同じく車椅子の利用者にも声かけして、散歩や近くの商店などに出かける機会を、日常的に作る努力を期待したい。

自己評価	外部評価	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	家族と相談の上、原則はホームにて管理させて頂いているが、買い物時や私物購入の際は本人と財布を持って行き、可能な範囲で本人が支払いできるように支援している。		
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をしている	本人と家族の関係も考慮しながら、希望に応じて電話をかけたり、手紙が届いた際は返事の手紙が出せるよう声掛けしている。		
52	(19)	○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	フロア壁には観葉植物や創作品が飾られており、また、季節折々の行事参加時の写真を貼ることで季節感を忘れず、リラックスできる空間となるよう工夫している。また、生活感がなくならないように、必要な物は取り除かず、目に届く所に置いている。	玄関を中心に二つのユニットに分かれ、居間、食堂、台所の共用スペースが広く、ゆったりしている。吹き抜け構造により、採光も良い空間になっている。利用者を中心に毎月のカレンダーを作成して壁にかけ、ボランティアによる生け花教室での花を飾って季節感と親しみのある空間にしている。	
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	フロア、廊下にはソファや椅子があり、一人でくつろぐことができる空間がある。また、畳コーナーやマッサージチェアがあり、思い思いにゆっくりとくつろぐことができるよう配慮している。また、庭にもベンチを置いており、建物の中だけの生活に留まらないように工夫している。		
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	本人の使い慣れた家具、飾り物を居室に置いている。入居後も落ち着いて過ごせる部屋を目指し、家族と調整を行っている。	入居時に馴染みの品の持参を勧め、箆箆やソファ、写真、飾り物などを持ち込み、自分の居室らしく配置を工夫している。家族へも協力を依頼し、落ち着いた生活が出来るように調整を行っている。	
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」「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	トイレに行かれる際に、迷われないように、トイレの写真や札を表示している。また、フロアで使用する椅子が回転式のため、利用者の必要に応じ、回転しないように固定している。		

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)							
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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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と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	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない

自己評価および外部評価結果

ユニット名: おおるり

自己評価	外部評価	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	職員全体で目指すものとし、共有化を図れるように玄関に掲示している。また施設内研修でも説明し、理解や実践に繋がるように努めている。		
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	地域の保育園児との交流や地域祭り・施設が行う夕涼み会などの参加も呼びかけ交流をしている。		
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	利用者家族等には経験による関わりを説明しているが、地域自治会に等には説明を行っていない。介護相談があれば電話相談に応じている。また、施設見学も受け入れている。		
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	運営推進会議での意見交換などにて、施設の取り組みとして反映し、サービスの質の向上に繋げる事ができるように努めている。		
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	市町村、保険者の主催する研修に参加し、色々な事を相談できる関係性にある。		
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	身体拘束をしないケアの実践を、要綱に基づきスタッフ間で徹底している。身体拘束重要説明書でも安全確保の為、対応せざるをえない場合には家族に説明・同意を得ることにしている。夜間に関しては防犯の為、施錠を行っている。		

7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>人権擁護研修会に参加したり、高齢者虐待やその予防に向けた取り組み等を話し合っている。職員のストレスの要因について気を配り、気分転換などをし、見守っている。</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>後見制度の活用事例もあり、司法書士とも法律の観点で話し合いをしている。権利擁護の内容全てを職員全体に周知するまでには至っていない。</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>重要事項説明書と契約書を説明し、理解や納得を得たうえで契約を結んでいる。</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</p>	<p>利用者には日常会話の中から確認したり、定期的に家族会を開催し、家族と苦情相談委員との話し合いを十分にとっている。職員間のノートにも記載し、情報の共有化に努めている。</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、反映させている</p>	<p>月2回の担当者会後にアフターミーティングを開催し、状況に応じて対応方法も検討・意見を出し合う場機会を設けている。</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>個々の資質を把握する為に自己評価を行っている。また、就業規則の改正等も、職員全体の同意を得ながら取り組んでいる。就業規則は職員が閲覧できるように事務所に置いている。</p>		

13	<p>○職員を育てる取り組み</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</p>	<p>施設内研修や施設外研修への参加をすすめている。経験年数などの段階に配慮した研修も提案している。</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</p>	<p>グループホーム連絡会や市役所が開催している研修などにも参加し、研修参加の機会を設けている。</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</p>	<p>事前面接を必ず行い、リラックスした雰囲気の中でご本人やご家族の想い・希望を引き出せるように時間をとっている。また、事前見学も受け入れている。</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</p>	<p>事前面接を必ず行い、リラックスした雰囲気の中でご本人やご家族の想い・希望を引き出せるように時間をとっている。また、事前見学も受け入れている。</p>		
17	<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>相談を受けた際は現在の状況を聞き、早急な対応が必要な場合はサービスの紹介しながら対応している。</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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている</p>	<p>個々のペースに合わせ、活動にも参加しやすい環境作りに努めている。また、日頃からコミュニケーションを図り関係を深めるように努めている。</p>		

19		<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>本人の状態を受容する事や家族と共に支え合う事を大切に、タイムリーに報告・相談している。職員はつなぎ役としての関係作りに努めている。</p>		
20	(8)	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>近所の商店を利用したり、昔の行きつけだった喫茶店にも足を運んでいる。家族の了承を得て、知人の方には訪問を依頼している。</p>		
21		<p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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</p>	<p>利用者間の関係を意識し、交流する場面を作り話題提供をしている。また、共に過ごす事ができるように行事・外食などの支援も行っている。</p>		
22		<p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p>	<p>入院等で退居した場合は、病院に面会に行き状態を確認している。相談を受けるなど、知り得る情報の提供に努めている。</p>		
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)	<p>○思いや意向の把握</p> <p>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</p>	<p>生活の希望・意向の把握に努めている。自身の思いを伝える事が難しい場合には日頃の様子を家族と話し合い、本人本位となるように検討している。</p>		
24		<p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p>	<p>生活歴や生活環境などの情報をアセスメントシートにより把握したり、担当していた居宅介護支援事業者からの情報提供で把握している。</p>		

25		<p>○暮らしの現状の把握</p> <p>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>本人の現在の状態把握や毎月の担当会議での検討を行い、細かい変化でも把握できるように努めている。</p>		
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>現場職員・医療関係者との意見交換を行い、本人や家族の思いや希望が反映された達成できる介護計画書を作成している。</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>認知症支援・要介護のケア情報や医療情報などが共有できる、クラウド型の情報共有システムを導入し、日々の記録に着目しながら情報共有している。</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</p>	<p>その時々状態や状況に応じて、サービス内容を変更し対応している。</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>消防署の指導による防火訓練、ボランティアによる華道・茶道教室などを行い、安全で豊かな暮らしを継続できるように努めている。</p>		
30	(11)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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>契約時に緊急時の連絡先や希望する病院を尋ねている。また、認知症専門病院等の受診についても家族と相談し、受診できるように柔軟に対応している。</p>		

31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>訪問看護師との連携が構築出来ており、日々の状態等について報告・連絡・相談を行い、その指示によって対応している。</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、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。</p>	<p>入院の際は情報把握に努め、病院のソーシャルワーカーから情報を得ている。退院後の生活が安心してできるものとなるように支援している。</p>			
33	(12)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</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>意向に沿った方針を共有しながら、本人や家族、医療関係者と話し合い、終末期の契約書を作成し、説明と同意を繰り返しながら慎重に終末期に関するケアも実践している。</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>緊急時に備えてマニュアル、リスクマネジメントの指針を徹底するとともに、施設内研修も行っている。</p>			
35	(13)	<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>避難の意識づけができるように、避難訓練を年2回実施している。またスプリンクラーシステムを完備し、災害時の備品も準備している。</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>プライバシーに関する支援については、理念でも掲げており朝礼などにて意識づけを図っている。また、職員間で言葉かけ等について注意し合える関係にある。</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>個別対応を行った際には表情等を感じ取るように努め、意思を確認したり自己決定してもらう場面作りに配慮している。思いを表現できない方には、表情から思いを汲み取っている。</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、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>自由に生活し過ごせるように個々のペースに合わせ、生きがいや楽しみを持って過ごせる事ができるように支援している。</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>衣類を整えたり整髪などの身だしなみには留意している。服の選択は一緒に選んだりしているが、鏡を見ながらの髭剃りやお化粧などのおしゃれについては行えていない。</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>食事の一連作業を一緒に行い、季節感を味わって頂いたり、食事への楽しみに繋げている。また、配膳や片付けは協同して行っている。</p>		
41		<p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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>職員は命の源である食事や水分摂取の重要性を理解し、意識しながら摂取に努めている。摂取の少ない方には場合によってOS1(経口補水液)摂取をすすめている。</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>口腔状態を観察し、毎食後の歯磨きや週4回の義歯の洗浄を行っている。</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</p>	<p>一人一人の排泄パターンを把握し、1～2時間を目安に誘導をし排泄の自立に向けて支援に努めている。また、排泄サインを見逃さないように心がけている。</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>個々の便秘の原因を探りながら、運動の声かけや乳製品・食物繊維(食事工夫)など日常生活の中で予防に取り組んでいる。</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、個々にそった支援をしている</p>	<p>一人一人の意向に沿い、希望時に入浴できるように支援している。楽しみとなるように入浴剤を使用したり、冬季にはゆずを入れる事でリラックスして頂ける場を工夫している。</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>日中の活動性が向上し、夜間に良質な睡眠をとられるように、生活リズムを考慮しながら活動などを通じて、昼夜逆転生活とならないように努めている。</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</p>	<p>薬に関する説明書を確認しながら、服薬情報の把握に努めている。薬の効能や用法を職員で共有できるようにしている。誤薬のないように職員間で声を出し、二重確認し服用してもらっている。</p>		
48		<p>○役割、楽しみごとの支援</p> <p>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>一人一人の生活歴や得意分野を把握し、生活活動を一緒に行いながら暮らしのマンネリ化とならないように、行事に参加し気分転換を図る場を提供・支援している。</p>		
49	(18)	<p>○日常的な外出支援</p> <p>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</p>	<p>家族の協力も得ながら計画をし、ドライブや散歩・買い物・季節に応じたもの等で外出の機会を設けている。</p>		

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>家族と相談のうえホームで管理している。可能な範囲で本人が支払いできるように支援している。</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をしている</p>	<p>事業所から、電話希望があれば家族の了解を得ている時間帯にかけるように支援している。</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)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</p>	<p>自宅の雰囲気になじめるように、使い慣れた物や好みの物を使用している。共用スペースは季節感のある飾りつけに配慮している。</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>フロアにはソファがあり、思い思いに一人でくつろいだり、仲の良い入居者さん同士で和める環境に配慮している。</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>入居時には自宅の雰囲気になじめるように、使い慣れた物や好みの物を持ちこんでもらい、それぞれ個性のあるあたたかい空間作りに工夫をしている。</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」「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>安全に配慮しながら、常に安全で自立できるように支援している。</p>		

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)							
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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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拡がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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と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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らさせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が				1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない