

| ホーム名：くみのき苑グループホーム  |      |  |  |   |  |
|--------------------|------|--|--|---|--|
| 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<br>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  | 法人の理念を踏まえ、地域社会に参画するという理念を掲げエレベーター横に掲示している。                                       | 4ヶ条からなるグループホームの基本理念を掲げ、「グループホーム行動指針」と共にエレベーター横に掲示している。毎朝礼時順番で声に出し、意識を高めている。理念は1・2階とも共通である。                      | 毎朝理念を声に出して言う事で、全職員がよく理解し共有出来ていると感じた。個々の項目が実践に繋がっているか、時には話題にしてみる事も大事と考える。         |
| 2                  | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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   | 地域のスーパーなどに買い物に出かけている。認知症デイサービスを同フロアで行い、地域の認知症の方にご利用いただいている。                      | 月2回の傾聴ボランティア（歌や体操も）や月1回のフラダンス等、地域の方の訪問がある。ホームでの催しには地域の方へも声かけを行い、参加頂いている。地域の清掃の日には職員が参加している。近隣の買い物を積極的に行っている。    | 自治会への加入は実現に至っておらず、今後の取り組みとなった。自治会への加入で地域の一員として益々繋がりが深まるよう、又地域貢献に繋がるよう期待している。     |
| 3                  |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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   | 認知症についての講義の依頼があれば現地まで出向き参加された方に向けて伝えている。同市内の小学校、同市内の自治会、ボランティアサークルなどの依頼があり応じている。 |   |  |
| 4                  | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実績、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                                  | 二ヶ月に一回の運営推進会議で、サービス内容や報告事を伝えている。会議で出た意見は、サービス向上に向けて取り組んでいる。                      | 家族・民生委員・介護相談員・市職員・地域包括支援センター職員の出席を得、2カ月に1度日曜日に開催されている。スライドで日々の暮らしを紹介している。家族の出席が多い。                              | 出席の無かった家族にも議事録を配付しており、会議の中身は伝わっている事と思われる。自治会への加入でより多くの地域の方を出席に繋げ、支援の向上に活かしていきたい。 |
| 5                  | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者や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。  | 市担当者や地域包括支援センターの職員と、連絡を取り合っている。認知症デイサービス利用者の紹介をいただいている。                          | 市からの委託で1階にて「いきがいデイサービスセンター」を開設しており、市との連携も多い。「認知症デイサービス」の利用者もホームにて日中過ごす日もあり、多方面で協力しながら取り組んでいる。                   | 運営推進会議へは市高齢介護課職員の出席を頂いている。会議終了後には介護の現場にも足を運んで頂き、助言や感想を賜りたいものである。                 |
| 6                  | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 法人内の職員会議やGH内の全体会議のテーマとして、身体拘束についての会議を行い周知している。                                   | 年に数回、外部講師を招いての指導やホーム内での勉強会で学習をしている。1階玄関は「いきがいデイサービス」での利用者の出入りがあり、安全面から暗証番号キーでの操作となっているが、フロアエレベータは各階自由に行き来できている。 | 日頃行っている“ロールプレイ”での演習や勉強会の中で認識を深め、正しい理解を全職員が身に付けられたい。                              |
| 7                  |      | ○虐待防止の徹底<br>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                                   | 法人内の職員会議やGH内の全体会議のテーマとして、高齢者虐待についての会議を行い周知している。                                  |   |  |

|    |   |  |  |   |
|----|---|--|--|---|
| 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>運営推進会議の際に地域包括支援センターから成年後見制度の勉強会を発信していただき、入居の方数名が後見人制度を利用されている。</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>契約時、ご家族に説明を行い、理解・納得を図っている。</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>運営推進会議や面会時に日常生活を報告し意見や要望を伺い対策に取り組んでいる。</p>  | <p>月2回、ホームの様子をブログで発信している。家族の運営推進会議や催しへの出席は多い。「意見箱」は1階玄関口に設置されており、有効に活用されている。投書での意見で改善に向かった例もあり、内容も公表されている。</p> | <p>今後も運営推進会議や来苑時に意見や要望を出し易い雰囲気作りに努め、それらを反映させながらホームの充実に繋げていって欲しい。</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>食費等の普段の買い物で使用する費用については、意見や提案を上げる機会を作っている。</p>   | <p>職員からは自発的に意見や提案が出ている。食事メニューについて・外出や遠足先・季節感のあるディスプレイを、等出された意見を運営に活かし反映させている。</p>                              | <p>職員の自発的意見は、支援の充実に大きく繋がっていく。今後も多くの提言で、より高次なものに反映していかれるよう、職員の努力に期待する。</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>代表者が、職員個々の状況把握まではできていないが、仕事の内容に着目した人事評価制度を導入して職員が今何をすべきか、何をめざしていくのかなどが明確に把握して、やりがいを持てるように努めている。</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>法人内で外部の講師を招いての研修や、既存の職員が講師を務めての内部研修が行われている。職員全員が必要と思われる研修に参加できるよう勤務調整を行っている。</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>定期的には大阪狭山市内の地域密着事業所と現状報告を行う場を設けている。その中で知り得た情報で必要なものは職員に伝えている。</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、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>入居前に面接を行い、ご本人との関係作りに努めている。また、可能であればデイサービスのご利用を勧め、入居前から他の方と馴染みの関係ができ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>入居前の面接を行い、ご家族との関係作りに努めている。入居後も、面会時に日々のご様子を伝え、以前の暮らしぶりを伺い、ご本人の安全に努めている。</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>入居前後で、それまでの生活と違う点や困ることはないか把握できるように、聞き出せるように努めている。</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>ご本人と積極的に関わり、信頼関係を築くことに努めている。他入居者との関係作りもできるように、職員が間に入り関係作りに努めている。</p>                            |  |   |
| 19 | <p>○本人と共に過ごし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>ご本人とご家族との面会時間を大切にしている。ご一緒にフロアで過ごされたり、ご家族との外出や外泊も行っている。</p>                                      |  |   |
| 20 | <p>○馴染みの人や場と関係継続の支援</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>馴染みのある方が面会に来られた場合は、ご家族の意向をお聞きした上で、なごやかに過ごして頂けるような環境作りに努めている。また、長年通っている美容院に定期的に同行させていただいている。</p> | <p>馴染みの美容院の利用やスーパーでの買い物も継続して行っている。友人が週1回、また年1回と定期的に訪ねて下さる方もおられる。</p> | <p>時には、自宅に帰られたり家族と墓参りなどをされる方もおられる。ホームで、また家族の協力で、引き続き馴染みの人や場所の関係継続の支援をお願いする。</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>ご利用者同士の関係を把握し、テーブル配置や椅子の位置など環境面を考え、良好な関係を築けるように努めている。</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>退所後も、同法人内であれば、面会することもでき、ご家族とお話できる場合はご様子などをお聞きしている。</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  | ○思いや意向の把握<br>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   | ご本人やご家族に嗜好や生活習慣、意向などを伺い、その人らしい暮らしができるように努めている。意思疎通が困難となられた場合も、以前伺ってたお話を、日常の顔の表情などを観察し何が必要であるのかを把握できるよう職員間で話し合っている。 | しっかりと入居者に向き合っているかを朝礼時や定例会議時でのロールプレイを通して再確認し、思いを汲み取る努力をしている。                       | “気づき”や“直感”も大切な要素となる。個人と向き合える時間を有効に使う事を念頭に、今後も研鑽をつまみたい。                        |
| 24                           |    | ○これまでの暮らしの把握<br>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   | ご家族に生活歴を記入していただき、生活歴や生活環境の把握に努めている。入居後は、その方からお話を伺いながら現在のデータを集めるようにしている。  |   |   |
| 25                           |    | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 個別記録に認知症状や参加されたこと、身体に関する記録を残し現状把握と、過去と違って来たことを知るように努めている。  |   |   |
| 26                           | 10 | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ご本人の様子を観察・記録し、現状把握をし、介護計画に活かしている。  | 本人の思いや要望を引き出し、家族の思いや意見も聞きながら介護計画を立て実行に繋げている。介護計画の見直しは3カ月毎に、長期目標1年・短期目標6カ月で設定している。 | 身近で達成感を味わえる様な目標設定で、入居者其々が張り合いのある毎日を過ごせるよう、介護計画を設定されたい。職員もそれらを共有し、支援にあたって頂きたい。 |
| 27                           |    | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 日々のご様子やケアの実践について記録し、情報共有をしている。特に重要な事柄については職員間の連絡ノートや日々の申し送りを活用して周知に努めている。  |   |   |
| 28                           |    | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | グループホームでの生活が困難になられた時に備えて、特養などの事前入所申し込みを促している。また、必要時には老健などの紹介も行っている。  |   |   |
| 29                           |    | ○地域資源との協働<br>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                         | 傾聴やフラダンスなど地域のボランティアの方にお越しいただき、楽しい時間を提供できるよう努めている。  |   |   |
| 30                           | 11 | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                    | 契約の際に居宅療養管理指導として内科、歯科との別契約のお話をさせていただき、合意が得られた場合は主治医となっている。別の病院を求められた場合は受診はご家族に任せますが、安心して受診が行えるように当日の準備を行っている。      | 入居者は提携病院の医師が主治医となり、青山クリニックが2週間に一度、ゆらら歯科は週に一度診察に来られる。                              | 受診結果の報告のあり方は、本人や家族の納得が得られるかたちであることを希望する。適切な医療が受けられる様、今後も個人個人に副った医療支援をお願いする。   |

|    |   |   |   |  |
|----|---|---|---|--|
| 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>特養併設の看護師に、必要に応じて入居者の方々の状態を看てもらい指示を仰いでいる。内科・精神科往診の際は看護師も立ち会って状況把握に努めている。</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>入院時には介護サマリーで情報伝達をしている。退院については、担当医・看護師・相談員と調整し、早期退院できるように努めている。また、近くの病院であれば、ご本人が安心できるように面会に伺っている。</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、事業所です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>重度化に備えて、特養の事前申し込みを促している。状態変化があった場合は、ご家族に状態や病状の説明、起こり得る事やグループホームで出来ることを相談し、介護方針を共有している。</p>           | <p>主体法人内の病院施設や特養で看取りが行われている。入浴が難しくなった時点で退所となる事を契約時に説明している。入院の度に延命措置の有無等を家族と医師とで話し合いを持っている。家族の希望で今回初めて103歳の方の看取りがなされた。</p> | <p>グループホームでの生活は広い意味でのターミナルケアともいえる為、それらの研鑽を行なうようお願いしたい。今回の看取りを今後の方針に活かせるように話し合われることを期待する。</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>緊急時の対応について、全体会議で訓練や説明を実施している。また、地区の消防隊による普通救命講習の受講を職員に促し、AED使用に関する知識を持った職員を配置している。</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>年2回の消防訓練を実施している。災害時には、併設の特養が地域の避難場所になっている。</p>   | <p>年2回消防の指導のもと、防災訓練を行っている。年1回内部での自主訓練を行っている。直近では6月19日1階より出火を想定した消防訓練を行った。近隣グループ職員の応援を要請している。備蓄品を保管している。</p>               | <p>災害はいつ何が起こるか分からない。常日頃から避難方法を身に付けておきたい。入居者の避難や安全確保を優先に願う。</p>                               |

| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |  |   |  |   |
|---------------------------|--|---|--|---|
| 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>入居者の方を尊重した声かけや対応を心掛けているが、毎月の月間目標にも掲げ、定期的に話し合う場を設けて改善に努めている。</p>            | <p>人生の先輩として得がたい人生経験を聞かせて頂いたり、常に入居者の立場に立ってサービスを提供するよう努めている。</p>   | <p>一人ひとりを尊重するために、朝礼時マナーやプライバシー等ロールプレイを行い研鑽している。それらを実践に繋げられたい。</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>ご本人の思いを聞き出せるよう声掛けの工夫を行い、認知症の状態を見ながら可能な限り選択が行えるよう努めている。</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>ご本人の思いを大切にし、無理強いすることのないように、個々のペースに合わせた支援を行っている。</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>美容院に外出したり、毎日の身だしなみに留意し、個々にあった支援を行っている。</p>                                 |  |   |
| 40                        | <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>買い物に出かけて一緒に献立を考へたり、好みを聞きだせるように、一緒に準備や食事、片付けを行っている。</p>                     | <p>認知症にも有効と言われている料理の手伝いをそれぞれ出来る範囲でしている。一対一で外食に行ったり庭でのバーベキュー、竹筒の流しそうめん、P L花火大会を見ながら軽食等様々な工夫を凝らしている。</p> | <p>持てる力を発揮して頂きながら、これからも楽しく食事を続けて頂きたい。</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、集会に応じた支援をしている</p>                 | <p>食事摂取量や水分摂取量を把握し、摂取量に応じて対応している。著しい増減がある場合は、医師や看護師に相談している。</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>毎食後、個々に応じた口腔ケアを実施している。週1回、歯科往診があるため、D rや衛生士の方のアドバイスを元にケアを行っている。</p>        |  |   |
| 43                        | <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>排泄パターンを把握できるように、排泄チェックをし、できるだけ自立した排泄ができるように支援を行っている。</p>                   | <p>一人ひとりの排泄間隔を排泄表と水分補給表で毎日チェックし排泄パターンを把握している。</p>  | <p>職員が二人一組となり排泄支援がスムーズに出来るようロールプレイを行っている。今後とも出来るところは行ってもらいながら大らかに取り組んで頂きたい。</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>便秘にならないよう、水分摂取や適度な運動に気をつけている。排便量を毎日把握し、必要時には下剤の追加を行い、便秘にならないよう取り組んでいる。</p> |  |   |
| 45                        | <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>入浴の希望があれば、できるだけその日に入ってもらえるよう配慮している。入浴の順番も、個々に合わせて配慮している。</p>               | <p>午後3：30ー5：30の間を入浴時間とし、週2回以上入浴している。高血圧の人は午前中に入ったり、今入りたいという気持ちを大切にしている。それぞれに合ったシャンプーとソープを使用している。</p>   | <p>リフレッシュ、リラックスの為に、また一人ひとりと向き合える貴重な時間として入浴を大切にしたい。</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>個々の生活習慣を知り、それに合わせた就寝介助を行っている。不眠であれば、日中休息を促している。安眠できるよう、声かけや環境に気をつけている。</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>個々の服薬の副作用や要領についての理解は、全職員となると理解力に乏しい。しかし、服薬目的や用法については、情報を共有できており、症状の変化の確認に努めている。</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>その人らしく生活できるように、個々の希望に添った楽しみごとや、生活歴などから個人を知り、張り合いのある生活支援に努めている。</p>                               |   |   |
| 49 | <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。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>個々の希望を聞きだせるよう、関わりを大切にしている。馴染みの場所への外出希望があれば、出かけられるようご家族とも協力している。</p>                              | <p>一対一で近くのスーパーや畑の中にある農産物販売所に行き、買い物をする。花見や浜寺公園、神戸の花鳥園等へ車で行き、お弁当を食べた。美容院に行く人もおられる。</p>      | <p>外気に触れ四季折々の季節感を肌で感じる事はとても大切な事である。今後とも続けて頂きたい。</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>お金の管理が難しくなっているため、ご家族に相談し、ご本人了承の上、ご家族に返却している。日々の買い物の際、レジでの支払い等が可能な方は、見守りながら施設のお金の支払いをお任せしている。</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>ご本人から希望があれば、電話をかけたがり、手紙も出していただいている。</p>  |   |   |
| 52 | <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>季節感のある装飾をしたり、居心地よく過ごせる空間作りに努めている。状態によって、居心地よく過ごせられるよう、リビングのテーブル配置を変えている。</p>                     | <p>7・8月は「リビング椅子の清潔保持」などと2カ月毎に目標をたて、計画的に実行している。大きな窓で明るく温かな雰囲気、廊下に写真や季節の飾り付けがなされていて楽しい。</p> | <p>隣接する和室と堀こたつの使用頻度が少なくなったとのことであるが、折角の和室をより有意義な場所となる様、職員の知恵が絞られることを期待したい。</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>廊下スペースにソファを設置し違う空間を作っているが、自らソファに移動されゆっくり過ごされる方もいらっしゃる活用頻度は高い。</p>                                |   |   |
| 54 | <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>馴染みの家具などで、居場所を感じることができ、落ち着いた環境になるよう配慮している。</p>   | <p>馴染みの家具や品を持ってきて、それぞれその人らしく暮らしている。一人ひとりの行動等によりベッドを床敷きに替えたり家具の配置を工夫したりしている。</p>           | <p>カレンダーと時計は認知症状の進行を防ぐ為にも、また日常生活を演出する為にも必要である。安全面の為からもビンの使用は考えられたい。</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>個々のニーズの把握に努め、安全な歩行や伝い歩きができるように家具の配置や、物を置きすぎないよう環境に留意している。</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<br>②利用者の3分の2くらい<br>③利用者の3分の1くらい<br>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<br>②数日に1回ある<br>③たまにある<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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とした表情や姿がみられている                         | ○ | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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ほぼ全ての利用者<br>②利用者の3分の2くらい<br>③利用者の3分の1くらい<br>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<br>②数日に1回程度<br>③たまに<br>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<br>②少しずつ増えている<br>③あまり増えていない<br>④全くない            |
| 66        | 職員は活き活きと働いている   | ○ | ①ほぼ全ての職員が<br>②職員の3分の2くらいが<br>③職員の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②家族の3分の2くらいが<br>③家族の3分の1くらいが<br>④ほとんどできていない  |