

| 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  | 次に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<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  | グループホームの理念を職員で話し合い作成し、カンファレンスや研修にて、理念についての再確認を随時行っております。理念から少しでも反れそうになった場合は、管理者がそのスタッフと面談を行い、軌道修正を図っています。   | 事業所内各所に職員で作ったグループホームの理念が掲示されています。出勤時の確認業務の際に目に付くところにも掲示されています。入職時の説明や研修の際にも、理念について説明するなど、共有を図っています。                                     |                   |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している   | 地域の一員としてご入居者が地域との繋がりを継続していけるよう、地域主催の「餅つき大会」や「お祭」等に参加させていただいております。地域の自治会にも加入して、防災訓練等も一緒にこなっています。また、施設内の交流スペースの無料貸し出しを行い、地域の方に利用して頂いています。   | グループホーム内でのフラワーアレンジメントや書道などの活動も地域のボランティアの方に担って頂いています。地域のお祭りなどの行事、防災訓練などにも参加している他、地域の会合などに積極的に施設の交流スペースを使って頂いています。                        |                   |
| 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   | 高川地区の会合が定期的に行われ、グループホームの管理者が参加し、その会合で、認知症の方の理解や支援をお願いしております。また、何か介護のことで困ったときは、何でもふるるに相談していただけるよう、地域の方々に支援しています。   |   |                   |
| 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                                  | 運営推進会議を2ヶ月に1回行い、高川校区連合町会会長、豊中市老人クラブ連合会副会長、夢あるまち高川委員長、豊南校区自治会連合会長等の参加のもと、利用者様の実際の事例を議題に上げ、参加者の方から意見や改善方法を伝授して頂いています。   | 2ヶ月に1度の運営推進会議には、毎回自治会、老人クラブの代表者などに出席頂いて運営状況などの報告や意見交換などが積極的に行われています。家族等の参加については、課題として引き続き検討することとなっています。                                 |                   |
| 5           | 4    | ○市町村との連携<br>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。   | 事業所の実情やケアサービスの取組みを伝えるために、市の担当者や電話等で随時連絡を取り合っています。また、事業所の実情についても、報告し協力関係を築いています。今年度は、大災害での避難協力について取り組んでいます。  | グループホームの運営状況などの報告、行政からの情報など管理者が主になり連携を図り、協力関係を築いています。管理者から連携状況や内容を職員に伝えています。  |                   |
| 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 | 運営推進会議の開催に合わせ、身体拘束適正化委員会会議を開催し、日々のケアから身体拘束について考え、地域の方から意見をいただいています。また、管理者が「身体拘束ゼロ推進養成研修」に参加しています。身体拘束防止について、職員に対して、定期的に研修を行っています。ご入居者がしたいことを止めることがすべてが抑制であるという認識のもと日頃のケアを行なっています。 | 生活スペースや居室、各設備などで身体拘束や行動制限にあたる状況は確認できません。虐待や認知症ケアの研修が年間て計画され、全員が参加できるように3日以上に日程を分けて実施しています。併設型施設の3階に事業所があるため、エレベーターは安全上の理由から電子錠で管理しています。 |                   |
| 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                                   | 虐待防止のために、カンファレンス及び研修にて学ぶ機会を設けています。また「心理的虐待」(横柄な態度等)について特に注意喚起を行っています。利用者様への対応は常に敬語で話をし温かいケアを実践しています。また、市等への通報体制についてもマニュアル化し、虐待が見過ごされないように注意を払っています。                               |   |                   |

|    |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|
| 8  | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用<br/>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>管理者が研修等には参加していますが、日常生活自立支援事業についての職員への説明は特に行なっていません。成年後見人制度については、玄関カウンターにパンフレットを設置しております。</p>                                    |  |  |
| 9  | <p>○契約に関する説明と納得<br/>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>契約に関しては、契約書と重要事項説明書の読み合わせを行い、疑問点等がないかお聞きしております。なお、どうしても、ご入居者本人が強く拒否される場合は契約できない旨家族様にお伝えしております。</p>                              |  |  |
| 10 | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br/>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>事業所の掲示板に「苦情申し出窓口の設置」の案内を掲示し、外部者へ要望を伝えられるようになっています。重要事項説明書にも行政機関その他苦情受付機関の連絡先を記載しています。また、介護相談員の方2名が、毎月ご入居者の話を聞きに来て頂いています。</p>    | <p>毎月市の介護相談員の訪問があり、入居者等の意見などを聞いて頂き、その内容の報告を運営に活かしています。家族からは面会時や経過連絡時などの他、必ず参加頂いているカンファレンスの際などに意見を聴取しています。</p>    |  |
| 11 | <p>○運営に関する職員意見の反映<br/>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>運営に関して、職員から意見がある場合は、管理者に直接報告に来る体制ができています。もし管理者に直接言い難い事柄は、ホーム長や介護リーダーへ相談し、ホーム長や介護リーダーから管理者へ報告があります。代表者へは、管理者から報告する体制になっています。</p> | <p>職員からの意見は、月例会議などの記録から提案や検討が行われていることが確認できます。管理者との面談も年に1回以上実施しています。その他日頃から提案しやすい環境にあることが、職員や管理者の話しからも確認できます。</p> |  |
| 12 | <p>○就業環境の整備<br/>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>代表者は、管理者と定期的(週1程度)会い、管理者が向上心を持続して勤務できるように、相談&amp;話し合いの機会を作っています。また、代表者が、職員がやりがいを持って勤務できているか、定期的に(月1回程度)、現場を回っています。</p>          |  |  |
| 13 | <p>○職員を育てる取組み<br/>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>代表者は、管理者や職員が希望する内外の研修について、いつでも参加できる体制作りをしています。原則、外部研修については、管理者がスタッフに案内を告知し、希望を募り、(管理者から)代表者へ参加希望者の報告をしています。</p>                 |  |  |
| 14 | <p>○同業者との交流を通じた向上<br/>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>代表者は、同業者との交流を図るために、高川校区高齢部会や豊中市介護保険事業者連絡会への参加の機会を作っています。また、毎年恒例の交歓会にて、地域の民生委員、病院関係者、ケアマネジャーとの交流を図っています。</p>                     |  |  |

| 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<br>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   | サービスを開始する前に、事業所の見学をして頂き、その後、面談をさせて頂いています。面談では、管理者と計画作成担当者が、ヒアリングシートを元に、本人様が困っていること、要望等についてお聞きしています。                              |   |
| 16                   | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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 | サービスを開始する前に、家族様にも事業所の見学をして頂き、その後、本人様の面談時に、家族様の困っていること、不安に思っていること、要望等についてお聞きしています。  |   |
| 17                   | ○初期対応の見極めと支援<br>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          | 事前面談の段階で、認知症、身体状況を把握し、家族様と本人様の希望を確認しています。状況に応じた認知症対応型共同生活介護計画を作成できるよう努めています。   |   |
| 18                   | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                             | 職員は、ご入居者に対して、心に寄り添うケアを心掛けており、一緒にコミュニケーションを図ったり、散歩に出かけたり、一緒に食事を用意したり、暮らしを共にする「馴染みの関係」が築いています。                                     |   |
| 19                   | ○本人と共に過ごし支えあう家族との関係<br>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           | 職員は、家族様に対して、面会の際や連絡を取る際に、本人様の日頃の生活状況についての報告を行っています。また、家族様が希望を言いやすいよう居室担当を配置しています。  |   |
| 20                   | ○馴染みの人や場と関係継続の支援<br>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                           | 地域の祭りや行事に参加した際には、馴染みの方と昔話を話して楽しまれたりしております。知り合いの方や地域の方が訪ねて来られ、若かりし頃の良き時代をお互いに懐かしまれたりしています。馴染みの場所に、スタッフが車でお連れすることもあります。            | 理美容院や病院など入居以前から通っていた場所に、継続的に通っている入居者もおられます。家族以外の知人や友人の訪問があったり、馴染みの場所への個別外出なども実施しています。 |
| 21                   | ○利用者同士の関係の支援<br>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                      | ご入居者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずにご入居者同士が関わり合い、支え合えるように、職員がレクリエーションや外食レク等を通じ、仲介役をし、お互い会話がしやすい環境が作れるように努めています。                             |   |
| 22                   | ○関係を断ち切らない取組み<br>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       | サービス利用（契約）が終了したあと、同じ建物に併設している、地域密着型特養や、1号館特養に入居され、今までと変わりなく、家族様や本人様とコミュニケーションを取り、相談や支援に努めています。ご入居者が退去された後も、事業所に遊びに来られる家族様もおられます。 |   |

| 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  | ○思いやり意向の把握<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  | <p>ご入居者の想い、要望をまずはお聞きするようにしています。家族様の想いが、本人様と異なる場合もありますが、その場合は、計画作成担当者が中心となって調整や交渉に当たります。また、認知症によりご自身の想いや意向を表現しない方もおられます。その場合、家族様からこれまでの生活状況を聞き取ったり、普段の様子から本人様の想いに少しでも近づくことができるように努めています。</p> <p>新たに入居される方の生活歴や好み・意向などを、計画作成担当者やケア担当者が細かく確認する他、日常的な会話などからも意識的に把握に努めています。家族には日程調整を行い、必ず定期カンファレンスに参加して頂き、意向の確認をしています。</p> |
| 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   | <p>面談時のヒアリングシートにより、本人様と家族様に生活歴や好きな事や嫌いな事等をお聞きしています。また、入居後も、本人様とコミュニケーションを行い、これまでの生活についての情報収集に努めています。</p>  |
| 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   | <p>一人ひとりの1日の過ごし方、心身の状態については、面談時の聞き取り、及び診療情報や服薬情報を元にその現状を把握するように努めています。有する力の現状を把握し、残存能力の向上を目指しています。</p>  |
| 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 | <p>介護計画(ケアプラン)については、本人様の要望、心身状況、課題(困っていること)等を加味し、家族様や必要な関係者からもお聞きし、計画作成担当者が作成を行っています。月に1回のユニット会議で、個々のケアについてチームで話し合い、ケアプランに反映しています。</p> <p>定例会議で入居者個別の介護計画の実施内容の検討・分析・見直しなどが行われていることが細かく記録されています。計画が見直された場合の周知も共有ノートを活用して行われています。</p>  |
| 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                        | <p>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫に関して、個別記録に記入し、全スタッフが閲覧できるようにしています。また個別ファイルとは別に日々変化する事柄にすぐに対応できるように、職員間の連絡ノートも導入しています。</p>   |
| 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>ご入居者やご家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、例えば、温泉に連れて行って欲しいという場合に、職員と一緒に社用車で、スーパー銭湯等へ遊びに行ったり、外食へ行きたいという場合には、一緒に外食に行くなど柔軟に対応しています。</p>  |

|    |   |  |  |  |
|----|---|--|--|--|
| 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  | 地域資源(家族様、地域の知り合い、民生委員、自治会、ボランティア等)を把握し、本人様が安心して、楽しく暮らせる環境作りに努めています。事業所のスタッフだけで、ご入居者を支えていく事はできず、地域の方の支援が大変重要となります。            |  |  |
| 30 | 11<br>○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                                 | 今まで利用されてきたクリニック、病院をそのまま継続して利用できますし、往診医を利用することもできます。計画作成担当者がかかりつけ医とお会いし、本人様の日頃の状態をお伝えし、お互い情報交換を必要に応じて実施しています。                 | 入居する前からのかかりつけ医(眼科や内科、物忘れ外来など)に通い続けている方もあり、また入居後の受診についても家族等の意向を確認しています。                 |  |
| 31 | ○看護職員との協働<br>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                              | 介護職員と往診医とは、密に連絡を取り合い、本人様に何かいつもと違う状況が発生した場合は、協力してその対応に当たっています。受診へ行くかの判断は、介護スタッフの情報を元に、医師に連絡し判断しています。往診医は状況によって駆け付ける体制をとっています。 |  |  |
| 32 | ○入退院時の医療機関との協働<br>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         | ご入居者が入院した場合、家族様と協力して、医療機関にできるだけ早く退院ができるように働きかけを行っています。また退院時は、医療機関から情報収集、相談し、「退院に向けたカンファレンス」を開き、退院後の受入れ体制を整えるよう努めています。        |  |  |
| 33 | 12<br>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 入居後、往診医から終末期のあり方について確認しています。また、いつでも意向は変更できることを伝えていきます。終末期が近づいて来た時点で、再度、今後の対応について、往診医と家族様と施設側と話し合いを行い、方針を共有しています。             | 入居者や家族の意向をふまえて、主治医や往診医の指示などに沿って、重度化した方のケアや家族と連携・協力して終末期ケアも実施しています。今年度も看取りケアの実績が2例あります。 |  |
| 34 | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | ご入居者の急変時について、消防署による心肺蘇生講習を受講しています。施設内にAEDを設置しており、その使用方法についてスタッフに指導を行っています。また事故発生時のマニュアルの整備を行い、緊急時にすぐに対応できるようにしています。          |  |  |
| 35 | 13<br>○災害対策<br>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  | 火災のための避難訓練を、年2回定期的に行っています。ご入居者が避難できる方法を全スタッフが身につけているか随時確認を行っています。地域との協力体制について、高川地区の会合や、運営推進会議で話し合いを行っています。                   | 年に2回の避難訓練の他、地域の防災訓練への参加や地域の協力体制も整えています。地震や水害などの火災以外の災害もハザードマップに基づく対策などを整えています。         |  |

| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |    |  |   |  |   |
|---------------------------|----|--|---|--|---|
| 36                        | 14 | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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                | 毎月定例のカンファレンスや研修にて、言葉遣い(接遇)の重要性についての確認を日々行っております。「少しでも言葉遣いが崩れた」場合は、ホーム長や介護リーダーがそのスタッフと面談を行い、軌道修正を図っています。また、人権や接遇についての研修も行っています。                    | 入居者個々を尊重した関わり方や言葉遣いなど、日常のOJTでの指導や定例研修での確認、掲示物などによる周知を図っています。特に新入職員に対しては入職時の説明に加え、入職後の定期面談や声掛けなどでリーダーが状況を確認しています。 |   |
| 37                        |    | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 自己決定できるように、まずは本人様にお聞きし、ご希望を聞いた上で、決定するように心掛けています。希望の表出ができない方に関しては、職員がその方を日々良く観察し、何を求めているのかを把握するようにしています。   |  |   |
| 38                        |    | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 職員側の決まりや都合を優先するような「日課」は決めず、その時のご入居者の希望や都合、状態によって、臨機応変に対応できるように努めています。   |  |   |
| 39                        |    | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | その人らしい見だしなみやおしゃれを楽しんでいます。選ぶことができる方には、自分で服を選んで頂いています。朝必ず、寝巻きから洋服に着替えていただいています。帽子をかぶられている方、アクセサリを付けられている方等、個人によって様々です。                              |  |   |
| 40                        | 15 | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 食事に関しましては、ご入居者に、職員と一緒に配膳の準備や後片付けも手伝っていただいています。また、カレー、その他様々な料理やお菓子作りの日を決めて、ご入居者と職員と一緒に楽しみながら、料理をしています。   | 厨房で調理した食事の盛り付けや食後の片付け、おやつ作りや調理などを入居者と一緒に行っています。配膳の間違ひも職員2人で確認することで予防に努めています。                                     | 盛り付けや誤配膳防止に掛ける時間・人員配分と、適温提供への配慮及び見守りや声掛けに掛ける人員バランスについて、改めて検討されてはいかがでしょうか。 |
| 41                        |    | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 栄養摂取に関しましては、食事担当の管理栄養士が、栄養バランスの調整を行っています。食べる量もご入居者によって異なりますので、個人に合わせて対応しています。毎食、ご入居者一人ひとりの食事・水分摂取量の確認・把握を行っております。毎週メニュー表をご入居者に提示し、カロリー表示も行っております。 |  |   |
| 42                        |    | ○口腔内の清潔保持<br>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                  | 口腔内の清潔保持に関しましては、毎食後に口腔ケアを行っております。日々、口腔内の状態を観察し、口腔ケア用品や口腔ケアの方法を変えたり、必要に応じて、歯科へ相談を行っております。嚥下力が低下しているご入居者には嚥下体操やアイスマッサージ等も実施しています。                   |  |   |

|    |  |   |   |  |
|----|--|---|---|--|
| 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>排泄の自立支援のため、トイレでの排泄を基本とし、おむつにできるだけしないケアに努めています。一人ひとりの排泄時間を把握し、その前に援助を行う工夫や歩行の能力向上を図り、ご自身でトイレに行ける環境作りにも取り組んでいます。</p>                               | <p>介護計画に基づいて個別の間隔や排せつ用具の使用などに配慮したケアが実施されていることが記録からも確認できます。トイレも十分にスペースが確保されていて、車イスでも使用しやすい環境となっています。</p> | <p>入口のカーテンなど試したりしたとのことですか、排泄ケア中のトイレからの職員の出入りの時だけの仕切りなど、トイレ室の配置からも、再検討されてはいかがでしょうか。</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>便秘の方に関しては、水分摂取を促したり、ヨーグルト等の乳製品の摂取、薬の調整(医療機関との相談)、運動、マッサージ、腹部へのホットパック等、個々に応じた対応を行なっています。</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>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴時間を設定しています。そのため、入浴は朝から夕方まで対応が可能です。個浴から機械浴まで、個々に応じた入浴援助を行っています。入浴を拒まれたり、体調が悪い場合は、臨機応変に対応しています。外出レグでスーパー銭湯に出かけることもあります。</p>  | <p>午前・午後3名ずつ程度と1人ずつお湯を入替た上で、入居者と1対1で時間をかけて、ゆったりと入浴を楽しめるように配慮したケアに努めています。入居者の体調や症状に合わせた声掛けにも配慮しています。</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、心地よい刺激や活動をすることで、夜間に安眠されておられる方がほとんどです。リビングで日中ゆっくりされ、ソファで休息することもできます。居室は、冷暖房完備で、介護用ベットも備え付けていますので、気持ち良く眠られています。居室にテレビを設置し、ゆっくりご覧になることも出来ます。</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>往診医や医療機関からの処方箋を元に、薬局が作成している「薬剤情報」を個別ファイルに整備し、その方がどのような薬を飲まれているか、副作用は何かあるか、把握するようにしています。薬が変わって、心身に何か変わった事があった場合、すぐに主治医や医療機関へ相談しています。</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>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、食事の準備や調理、洗い物、洗濯、掃除、散歩や買い物等できることを継続して行えるよう、やりがいを持って取り組めるよう支援しています。職員はできる限り見守り、自分でできるよう支援しています。</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。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>一人ひとりのその日の希望にそって、天候が良ければ、職員や地域のボランティアの方々と一緒に散歩やコンビニに行っています。車でレストランや居酒屋、買い物へ出かけたり、春は桜、秋は紅葉を見に行ったりしています。また、昔よく行っていた場所をご入居者やご家族より聞き取り、ある方は梅田阪急まで買物に行くこともあります。</p> | <p>入居者個別やグループで希望の場所や希望の食事、季節などに合わせた外出支援が実施されていることが、記録や掲示物、ホームページなどからも確認できます。</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>ご入居者によりましては、お小遣い程度の現金を所持されている方もおられます。所持していない方は、買い物の際には、ユニットの小口現金より立て替えて、職員が代わりにお金の支払いを行なっています。</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>家族様の協力が可能であれば、電話をフロアからかけることもできます。自分で携帯電話を持って、好きな時に家族に連絡されることも可能です。手紙を出したいという希望があれば、職員と一緒に郵便局に出しに行けるよう支援しています。</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>共用の空間は、オープンキッチンになっており、視覚、嗅覚で料理等を感じていただけるように工夫し、生活音は大事にしています。居室、リビングの照明については、不快な光を無くすよう、段階的に調整できるようにしています。</p>  | <p>ユニット間の仕切りを開放した状態で、入居者の相互行き来も可能で閉塞感もなく、職員の協力体制も取りやすい環境設定となっています。日当たりやイスやテーブル配置などもゆったりとして、個別の居場所や居心地にも配慮しています。</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>共用の空間には、3人がけのソファを置き、お一人や気の合う者同士でくつろいでいただいています。食事の席で、気の合う者同士で塗り絵やクイズを楽しんだり、新聞や雑誌、テレビ、談話等を楽しまれています。</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>居室には、今まで使用しておられた家具等を入居時に出来る限り持ってきていただき、使用して頂いています。ご入居者の中には、フラワーアレンジメントの作品や買い物で購入したもの、レクリエーションでの作品を飾っておられます。</p>  | <p>入居者と家族が、使い慣れた家具や思い出の品物などを居室に持ち込んで、それぞれの居場所としての空間作りがなされています。室内も清潔に保たれていて、個別の症状に合わせた工夫や配慮もしています。</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>建物内部は、廊下やドアに手すりを設置しています。トイレ内や脱衣室には、様々な障がいや体格に合わせることでできる手すりを設置して、生活リハビリができるようにしています。</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                     | ○<br>①ほぼ全ての利用者の<br>②利用者の3分の2くらいの<br>③利用者の3分の1くらいの<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                       | ○<br>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                          | ○<br>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した表情や姿がみられている               | ○<br>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                         | ○<br>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                   | ○<br>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、安心して暮らしている          | ○<br>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 | ○<br>①ほぼ全ての利用者と<br>②利用者の3分の2くらいと<br>③利用者の3分の1くらいと<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               | ○<br>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 | 職員は生き活きと働けている   | ○ | 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 |