

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

	項目数
理念に基づく運営	11
1. 理念の共有	2
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を实践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を实践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	2
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	1
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	6
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	2
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	1
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	2
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	11
1. その人らしい暮らしの支援	9
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	30

事業所番号	1473800447
法人名	株式会社 横浜福祉研究所
事業所名	株式会社 横浜福祉研究所 附属グループホーム夢観
訪問調査日	平成20年7月25日
評価確定日	平成20年10月13日
評価機関名	社団法人かながわ福祉サービス振興会

項目番号について
 外部評価は30項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。
 番号に網掛けのある項目は、地域密着型サービスを実施する上で重要と思われる重点項目です。この項目は、概要表の「重点項目の取り組み状況」欄に実施状況を集約して記載しています。

記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [取り組みを期待したい項目]
 確認された事実から、今後、さらに工夫や改善に向けた取り組みを期待したい項目に をつけています。
 [取り組みを期待したい内容]
 「取り組みを期待したい項目」で をつけた項目について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

1. 評価結果概要表

作成日 平成20年10月21日

【評価実施概要】

事業所番号	1473800447
法人名	株式会社 横浜福祉研究所
事業所名	株式会社 横浜福祉研究所 附属グループホーム夢観
所在地 (電話番号)	神奈川県横浜市都筑区荏田南3-14-1 (電話) 045-914-7001

評価機関名	社団法人かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区本町2-10 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成20年7月25日	評価確定日	平成20年10月13日

【情報提供票より】(20年 7月 7日事業所記入)

(1) 組織概要

開設年月日	平成 15月 3月 1日		
ユニット数	3 ユニット	利用定員数計	27 人
職員数	25 人	常勤	22人, 非常勤 3人, 常勤換算 17.8人

(2) 建物概要

建物構造	木造準耐火造り
	2階建ての 1 階 ~ 2階部分

(3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	100,000 円	その他の経費(月額)	55,000 円	
敷金	有() 円		無	
保証金の有無 (入居一時金含む)	有()2,000,000円)	有りの場合 償却の有無	有) 無	
食材料費	朝食	450 円	昼食	700 円
	夕食	700 円	おやつ	150 円
	または1日当たり 2,000 円			

(4) 利用者の概要(7月 7日現在)

利用者人数	26 名	男性	7 名	女性	19 名
要介護1	2 名	要介護2	4 名		
要介護3	10 名	要介護4	8 名		
要介護5	2 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 81.56 歳	最低	68 歳	最高	91 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	メディカルケアコートクリニック、東京女子医科大学病院、横浜総合病院、ほうゆう病院、昭和大学藤ヶ丘病院
---------	--

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

<p>この事業所は、東急田園都市線江田駅から徒歩15分の閑静な住宅地にある。事業所では、利用者一人ひとりの生い立ちを理解し、尊厳を保ち、家族と地域の協力を得て安らぎのある生活を支援している。住環境としては、南仏リゾート風の建物で、アトリウム、池・園路のある中庭、屋上庭園などがあり、ゆったりしている。また、クリニック、レストランを併設している。</p> <p>医療面では、事業主体の横浜福祉研究所および併設クリニックとの連携により、医師・看護師の24時間支援体制で健康管理が行われている。また、認知症専門医師の支援のもとターミナルケアにも取り組み、看取りが行われている。</p> <p>利用者は四季折々の年間行事を楽しみ、地域の夏祭り・手芸教室に出かけている。法人と共催で、ボランティアによるコーラス・演奏会、介護教室には地域の人を招いて交流を深めている。</p>
--

【重点項目への取り組み状況】

重点項目	<p>前回評価での主な改善課題とその後の取り組み、改善状況(関連項目:外部4)</p> <p>前回の評価で「取り組みを期待したい項目」に挙げられた運営推進会議の活用については、会議を通じて災害時の避難訓練に自治会役員・地域住民・家族の参加が得られた。外部研修内容を全職員で共有することおよび災害時の備蓄については、継続課題である。</p>
	<p>今回の自己評価に対する取り組み状況(関連項目:外部4)</p> <p>自己評価は全職員が分担して作成し、各ユニットのホーム長と管理者がまとめた。評価結果は家族に連絡し、運営推進会議でも報告している。ホーム長会議で課題を検討し、スタッフと話し合い改善に向けて取り組んでいる。また、自己・外部評価結果共に、誰でも見られるように各ユニットのスタッフカウンターに置いている。</p>
重点項目	<p>運営推進会議の主な討議内容及びそれを活かした取り組み(関連項目:外部4, 5, 6)</p> <p>運営推進会議は2ヶ月ごとに開催している。自治会長・民生委員・地域包括支援センター・利用者・家族・法人代表・管理者・スタッフの参加により計6回開催した。会議では、運営内容・行事・事故の報告や避難訓練の協力要請を行い、地域との良好な関係を築きサービスの向上に活かしている。</p>
重点項目	<p>家族の意見、苦情、不安への対応方法・運営への反映(関連項目:外部7, 8)</p> <p>家族の意見・要望は定期的に毎月のカンファレンス時に聞いている。利用者ごとに担当制をとり、家族から信頼されるよう努め、意見が出された時は職員間で話し合っ対応している。苦情・相談窓口は重要事項説明書に明記し、契約時に説明している。</p>
重点項目	<p>日常生活における地域との連携(関連項目:外部3)</p> <p>自治会に加入して、お祭り・運動会・手芸教室に参加している。ボランティアがホームでコーラス・演奏会を開いたり、近隣の高校生・小学生が体験学習に訪れている。敬老の日には幼稚園児童の訪問がある。介護教室を開催したり、法人が経営する隣接のレストランでは利用者が友人や近隣の人々と一緒に食事を楽しむなど地域との交流を深めている。</p>

2. 評価結果(詳細)

(部分は重点項目です)

取り組みを期待したい項目

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
. 理念に基づく運営					
1. 理念と共有					
	1	地域密着型サービスとしての理念 地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている	法人が運営するグループホームの共通理念「正直・勤勉・親切」を運営の柱としている。 利用者一人ひとりの生い立ちと尊厳を尊重し、事業主体横浜福祉研究所・クリニックの支援と、家族や地域の人々の協力を得て、認知症高齢者のケアに取り組んでいる。		
	2	理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	理念は、各ユニットの壁面に額に入れて掲示している。 毎朝の申し送り、ワーカー会議、カンファレンス、内部研修で話し合いの機会を持ち理念の共有を図り、日々の介護に活かされている。理念に対して共鳴する職員が多く、定着に繋がっている。		
2. 地域との支えあい					
	5	地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている	自治会に加入して、お祭り・運動会・手芸教室に参加している。ボランティアがホームでコーラス・演奏会を開いている。近隣の高校生・小学生の体験学習を受け入れたり、敬老の日には幼稚園児童がホームを訪れている。介護教室を開催したり、法人が経営する隣接のレストランでは利用者が友人と一緒に食事を楽しむなど地域との交流を深めている。		
3. 理念を実践するための制度の理解と活用					
	7	評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる	自己評価は全職員が分担して作成し、各ユニットのホーム長と管理者がまとめた。評価結果は家族に連絡し、運営推進会議でも報告している。ホーム長会議で課題を検討し、職員と話し合い改善に向けて取り組んでいる。自己・外部評価結果共に、誰でも見られるように各ユニットのスタッフカウンターに置いている。		
	8	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	運営推進会議は2ヶ月ごとに開催している。これまで自治会長・民生委員・地域包括支援センター・利用者・家族・法人代表・管理者・スタッフの参加により計6回開催した。会議では、運営内容・行事・事故の報告や避難訓練の協力要請を行い、地域との良好な関係を築きサービスの向上に活かしている。		

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
6	9	市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	都筑区役所の担当者には日常的に事業の報告・相談・連絡を行っている。介護教室は毎年受託し、併設のクリニック講義室を使用して実施している。認知症高齢者を地域で支え合うことを目的に都筑区が本年4月に立ち上げた「認知症サポート連絡会」に賛同し、参画している。地域の人からの介護相談も受けている。		
4. 理念を実践するための体制					
7	14	家族等への報告 事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている	利用者の生活状況は、毎月定期的に行うカンファレンス時に家族に報告し、意見・要望を聞いている。金銭管理は、小遣い使用支援のため、預かり金方式と立て替え方式を併用し、出納帳を添付して家族に確認してもらっている。ガイア棟では家族ボランティアによる「ガイアホームニュース」を月1回発行している。		
8	15	運営に関する家族等意見の反映 家族等が意見、不満、苦情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	家族の意見・要望は、定期的には毎月のカンファレンス時に聞いている。利用者ごとに担当制をとり、家族から信頼されるよう努め、意見が出された時は職員間で話し合っており対応している。苦情・相談窓口は重要事項説明書に明記し、契約時に家族等へ説明している。		
9	18	職員の異動等による影響への配慮 運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている	職員の異動・退職時は引継ぎ期間を2週間～1ヶ月とり、その期間に新しい職員と利用者の信頼関係を構築し利用者の不安解消に努めている。また、職員には、均一なケアが出来るように月2回の研修を行っている。職員の定着を図るため、個別面談によるメンタルケア、計画的な研修により業務の理解とモチベーションを高めている。		
5. 人材の育成と支援					
10	19	職員を育てる取り組み 運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、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	勉強会の年間プログラムがある。職員は各自の勤務シフトに合わせ「認知症の治療とケア」と「看護・介護学」の勉強会に毎月2回参加している。外部研修にも参加しスキルアップを図っているが、受講内容を他の職員と共有する取り組みは十分でない。利用者の安眠が良いユニットには「良眠パーティ」(食事会)を開き職員を労っている。		外部研修の受講内容を、全職員が共有できる仕組み作りを期待する。
11	20	同業者との交流を通じた向上 運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、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	グループホーム協議会(国、県、横浜市)と横浜市グループホーム連絡会に加入し、研修・意見交換を行いサービスの向上に取り組んでいる。また、地域のケアマネージャーとの情報交換会、グループホーム間での交換研修を行っている。法人研究所および当事業所は多くの学会に所属し、同業者と一緒に活動している。		

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応					
12	26	<p>馴染みながらのサービス利用</p> <p>本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐徐に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している</p>	<p>入居面談の際にホームの説明を行っている。利用者・家族には、入居前に行事を見たり、ショートステイでホームの雰囲気を体験してもらい、馴染んでから入居してもらっている。落ち着くまでは家族に訪問の協力をお願いしている。</p>		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援					
13	27	<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、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている</p>	<p>職員は、利用者がその日のように暮らしたいかを把握して、利用者寄り添い、頼られる存在になることを心がけている。職員と利用者が一緒に食事を作ったり、職員が利用者から中庭のハーブ園でハーブの育て方を教わるなど、利用者と職員は互いに支え合って喜怒哀楽を共にしている。</p>		
.その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
1. 一人ひとりの把握					
14	33	<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>入居時に、利用者と家族の思いや意向をアセスメントで把握している。</p> <p>入居後は利用者の日々の行動を観察して、声かけを行い、傾聴して、一人ひとりの意向を共感的に理解し把握している。把握した意向は、毎月のカンファレンスで話し合い、全職員が情報を共有している。</p>		
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し					
15	36	<p>チームでつくる利用者本位の介護計画</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た介護計画を作成している</p>	<p>カンファレンスでは利用者・家族の意向を聞き、管理者・ホーム長(計画作成担当者)・居室担当職員が中心となり介護計画を作成している。法人研究所の医師・認知症研究員・管理栄養士などの専門家の意見を取り入れている。介護計画は家族に説明し、同意をもらっている。家族がカンファレンスに同席する場合もある。</p>		
16	37	<p>現状に即した介護計画の見直し</p> <p>介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している</p>	<p>毎月1回介護計画を見直ししている。全職員でモニタリングを行い、法人研究所・クリニックの医師・看護師とも連携している。また、状態の変化を察知した場合は、随時カンファレンスを開催して見直しを行っている。経過記録には介護計画に沿って経過が記録されている。</p>		

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
3. 多機能性を活かした柔軟な支援					
17	39	事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている	事業主体横浜福祉研究所および併設クリニックとの連携により、医師・看護師の支援体制で健康管理が行われている。このほか、法人の認知症専門医師の支援を受けたり、接骨院・鍼灸院を利用している。隣接のレストランでは利用者が家族や友人と食事を楽しんでいる。		
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働					
18	43	かかりつけ医の受診支援 本人及び家族等の希望を大切に、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	利用者のかかりつけ医は、入居前からの医師か、事業所と契約している医療機関かを選択してもらっている。協力医療機関との連携により、内科は月2回、歯科衛生士は週に2回の往診がある。医療連携体制があり、看護師・准看護師の職員を4名配置している。利用者の毎日の健康状態は法人の研究所でデータ管理されている。		
19	47	重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	終末期の対応については、入居時に尊厳死を重んじたターミナルケア方針を家族に説明している。重度化した場合は家族・医師・看護師・職員で最善策を話し合い、重度棟に移ってもらい、介護計画に沿って看取りを行っている。ターミナルマニュアルがあり、職員研修を行っている。		
. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
1. その人らしい暮らしの支援					
(1) 一人ひとりの尊重					
20	50	プライバシーの確保の徹底 一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない	利用者・家族には入居時に個人情報の取り扱いを説明している。職員には採用時に個人情報保護規程を説明し誓約書を取り交わしている。重要書類は事務室に施錠保管している。職員は利用者の尊厳について学習し実践している。訪問調査日の職員態度・言葉使い・トイレ誘導は穏やかであった。		
21	52	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	利用者の出来ること、出来ないことを見極めて、その人なりの暮らしを見守りながら支援している。食事時間・就寝時間も自由であり、晩酌・喫煙にも家族と医師に相談しながら対応している。レクリエーション、散歩、入浴も利用者の希望に沿って支援している。気が合う人同士で歌を歌うなど、笑顔の絶えないホームである。		

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
(2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援					
22	54	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	食卓には生花が飾られている。食事中は、利用者と職員が会話をしながら食卓につき、同じものを食べている。管理栄養士が利用者の希望を聞き献立を作る。中庭のハーブ園やプランターの野菜が食卓に上がっている。利用者は調理、配膳、下膳など出来ることに参加している。職員は介助が必要な利用者の隣に座り介助している。		
23	57	入浴を楽しむことができる支援 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、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支援している	入浴を楽しんでもらうため、浴室に花を飾ったり、菘蒲湯にするなどの工夫をしている。浴槽はユニットバスのほか、枯山水をあしらった坪庭つき檜風呂、重度の人が入浴しやすい形式(パーカーバス)が用意されている。入浴は毎日可能である。入浴しながらいない人や重度の人でも週2～3回は入浴している。同性介助も行われている。		
(3) その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援					
24	59	役割、楽しみごと、気晴らしの支援 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、楽しみごと、気晴らしの支援をしている	利用者の張り合いある生活を維持するため、一人ひとりの能力を生かして、ラジオ体操の指導役・行事の挨拶役をしてもらっている。日常的な調理・散歩・手芸・習字・歌謡・ピアノ演奏・外食などの仲間づくりと活動を支援している。利用者は、事業所の年間行事に参加したり、他のユニットとの交流や寿司の外食を楽しみにしている。		
25	61	日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさずに、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している	職員が付き添い、気晴らしや外気浴のため、買い物・散歩に週2～3回出かけており、生活リハビリになっている。地域の手芸教室、初詣・花見・ピクニック・墓参りなどに出かけている。このほか四季折々のバスツアーや年間行事があり、家族も参加し楽しんでいる。		
(4) 安心と安全を支える支援					
26	66	鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	外来者が多いので、ホームの主玄関のみ防犯のため施錠しているが、他の玄関や共有空間のテラス・中庭は見渡しが見守りで見守りに対応している。各ユニットのスタッフカウンターを玄関脇に配置して、利用者の出入りを見守りしやすく工夫している。居室は、内側から鍵を掛けられるようになっているが、外から開けられる。		
27	71	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身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	年に1回消防署と自治会役員・地域住民・家族も参加して避難訓練を実施している。 非常用食料・飲料水・備品の備蓄はない。		昼間の訓練に加え、夜間を想定した訓練の実施についても期待する。 非常用食料・飲料水・備品の備蓄が求められる。経費・スペースの観点から、法人系列事業所全体で確保することも考えられる。

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援					
28	77	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	利用者一人ひとりの摂食量・水分摂取量を記録している。 管理栄養士が利用者の嗜好を把握し、栄養バランスやカロリー(1日1,500~1,600キロカロリー)にも配慮して献立を作っている。一人ひとりの状態に合わせて、刻み食・ミキサー食などが提供されている。		
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり					
(1) 居心地のよい環境づくり					
29	81	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)は、利用者にとって不快な音や光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	共用空間は広く、家具・照明は高級感のあるものを揃え、住環境を整えている。リビングにはテレビ・生花・写真、利用者が作った切絵・習字などが飾られている。また、中庭が見渡せ回遊できる。リビングでは仲の良いグループが三々五々居心地よく寛いでいる。和室・家族室があり、家族との面会・宿泊に利用している。トイレや洗面台は広く、車椅子に対応している。		
30	83	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	入居時の説明で使い慣れた愛着のある家具などの持ち込みを勧めている。入居前の利用者の居住環境の見取り図を参考に、家族と相談して再現を図っている。居室には馴染みのベッド、整理だんす、テレビ、電子ピアノ、人形、写真などが持ち込まれ、居心地よく過ごせる工夫をしている。		

自己評価票

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
. 理念に基づく運営			
1. 理念と共有			
1	地域密着型サービスとしての理念 地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている	「正直・勤勉・親切」を理念とし、入居者や地域の方々に関わっている。また、介護セミナーを行っている。介護者教室の開催や附属のレストランがあり、地域の方から電話や来所で相談、見学を行っている。また、利用者とその家族が時間を共有できるスペースを作り、一般のレストランのお客様と入居者の食事場所を同じにして認知症への理解を深めている。	
2	理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	会社理念が常にスタッフの目の届く場所に掲示されている。また、スタッフ指導で理念の意識づけを重視している。定期的にワーカー会議や勉強会を開いている。その際、統一ケアをしていくために基盤となっているのが理念であるということを教育している。	
3	家族や地域への理念の浸透 事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえよう取り組んでいる	附属レストランや介護者教室の開催や介護セミナーを行い認知症を理解していただける様に努めている。運営推進会議を行い、家族には主にケアプラン説明時に情報を交換している。	
4	隣近所とのつきあい 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている	附属レストランがあり利用者や近隣の住人が同じ場所で食事ができる環境がある。行事には近隣の住人に参加の呼びかけを行い、近隣との交流を深めている。地域で行っているイベントにできる限り参加していきたいと思っている。	
5	地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている	地域の方がボランティアで楽器演奏・コーラスなどの企画を定期的にしてきている。ボランティア係・企画係などを設定し、地域交流できる機会を増やせるように努めている。	

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
6	<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>利用者への支援を基盤に、事業所や職員 の状況や力に応じて、地域の高齢者等の暮 らしに役立つことがないか話し合い、取り 組んでいる</p>	<p>入居者が地域に出向くことによって、在宅で介護 されている方の話を聞く機会も多いため、積極的 に外出できるように工夫を行い実施している。</p>		<p>各担当者がいて地域交流に取り込んでいるも担当 者のみの間で行われている。スタッフへの周知が 必要。管理者が中心となり地域の行事への参加を 呼びかけているも重度認知症入居者には参加が難 しい行事が大半である。そこをどう工夫していく かは今後の課題である。</p>
3. 理念を実践するための制度の理解と活用				
7	<p>評価の意義の理解と活用</p> <p>運営者、管理者、職員は、自己評価及び 外部評価を実施する意義を理解し、評価を 活かして具体的な改善に取り組んでいる</p>	<p>自己評価・外部評価だけでなく、入居者の家族・ ボランティア・見学者等から意見やアドバイスが ある際には改善に向けて積極的に検討し取り組ん でいる。</p>		<p>指摘されたり見学などの予定が理解されている際 には意識が高まるが、日々の周知が不足する時 だけの対応になりがち。スタッフの意識改革が必 要。</p>
8	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議を2ヶ月に1回実施。地域と当施設の 情報交換を行い、地域との良好な関係を高めるこ とを期待すると共にサービスの向上に努めてい る。</p>		
9	<p>市町村との連携</p> <p>事業所は、市町村担当者と運営推進会議 以外にも行き来する機会をつくり、市町村 とともにサービスの質の向上に取り組んで いる</p>	<p>書類や施設運営等で不明な点は、市町村担当者に 報告・連絡・相談を随時行うようにしている。</p>		<p>管理者が主に対応しているため、スタッフの情報 共有が必要。</p>
10	<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、地域権利擁護事業や成 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、必要な人 にはそれらを活用できるよう支援している</p>	<p>初回ケアプラン説明時に家族へ確認を行ってい る。また、事業所としては入居者の背景を考え、 必要に応じて活用を検討している。</p>		<p>希望者に対応しているも事業所側から積極的に は行っていない。中間管理職の理解不足もあるため 学ぶ場や機会が必要。</p>
11	<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 事業所内で虐待が見過ごされることがない よう注意を払い、防止に努めている</p>	<p>定期勉強会がある。気配り、気づき、気働きの指導を 行っている。また、会社の研修にて共感的理解の指導 により利用者の立場に立ち思考することを常に学んで いる。会社では、認知症に関する書物を希望者に貸し 出できるようにしており、スタッフがより認知症ケ アについての専門性を高めるようにしている。</p>		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
4. 理念を実践するための体制			
12	<p>契約に関する説明と納得</p> <p>契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の不安、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>		
13	<p>運営に関する利用者意見の反映</p> <p>利用者が意見、不満、苦情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>認知症重度入居者のため意見を述べることは難しい。そのため、表情・態度などによる観察を行い今後もケアプラン等に反映していきたい。</p>
14	<p>家族等への報告</p> <p>事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々に合わせた報告をしている</p>		
15	<p>運営に関する家族等意見の反映</p> <p>家族等が意見、不満、苦情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>		
16	<p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>運営者や管理者は、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>		
17	<p>柔軟な対応に向けた勤務調整</p> <p>利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている</p>		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
18 職員の異動等による影響への配慮 運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている	現場の状況、影響を配慮するため時間をかけ必要な情報収集をして異動を行っている。現場主任のケアリーダーが中心となり現場の情報や状況をまとめ現場責任者のホーム長に、ホーム長は管理者に報告、連絡、相談を行う。これらの情報が反映された人事異動内容になっている。		
5.人材の育成と支援			
19 職員を育てる取り組み 運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、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	認知症・看護介護技術と定期的に勉強会がある。外部や内部研修により、自らの介護を振り返る機会を設けている。また、現場の中ではケアリーダーを中心にOJTを実施している。勤続年数や勤務内容の状態を考慮し、段階的な研修を行い、会社理念の意識つけや技術向上を図っている。		
20 同業者との交流を通じた向上 運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、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	外部研修・交換研修をおこなっている。		GH協連絡会や介護者教室などにより、他施設との交流を深め、もっと交流の機会を増やしたい。
21 職員のストレス軽減に向けた取り組み 運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる	納涼会や忘年会を始め、BBQパーティーやゴルフクラブを作るなど会社内の交流と共にみんなが楽しめる場を作っている。チームワークで良いケアに繋がった際には、随時パーティーを行っている。		
22 向上心を持って働き続けるための取り組み 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている	報告・連絡・相談のしくみが整っているため、運営者に確実に伝わっている。また、ケアや行事・環境整備など、運営者も一緒に加わっているため、コミュニケーションを取りやすい状況を作ってくれている。話しやすい環境作りをしてきているため、スタッフはより素直に自分の意見や気持ちを伝えやすくなっている。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
安心と信頼に向けた関係づくりと支援			
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応			
23	<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている</p>	<p>会話や声掛けを中心とし、その他行動観察、睡眠・排泄パターンなどのアセスメントを行っている。本人のバックグラウンドから家族のアセスメントなど細かく情報収集している。</p>	
24	<p>初期に築く家族との信頼関係</p> <p>相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている</p>	<p>1ヶ月に1回のペースで家族の要望や利用者の身体状況、精神状況を説明する機会をもうけている。来棟された際にはコミュニケーションをよくとり家族が気持ちを話しやすい環境作りをしている。</p>	
25	<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>相談を受けた時に、本人と家族が「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>入居希望者には担当者が相談を受け、面接した上でその方にあった棟を入居担当者・看護師・栄養士・管理者など多角的に見て査問会で決定している。担当者が本人の希望や家族要望などすべての方向から情報収集を行っている。</p>	
26	<p>馴染みながらのサービス利用</p> <p>本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している</p>	<p>家族と相談しながらなじみやすい様に居室の環境を整えたり、他者との交流が円滑に行えるように支援している。重度棟なので利用者の意志決定が難しい。家族の意見を主に聞いて対応している。</p>	
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援			
27	<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、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている</p>	<p>家族のように何でも言い合えて、一緒に笑い合える関係を築けるように働きかけている。信頼関係を築くためにも入居者と向き合いケアを行うように指導されている。気持ちのこもったケアを心掛けている。</p>	

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
28 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、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている	家族の意見や相談をプランに繁榮させている。家族も一緒にケアしてもらえよう介護の理解を深め支援している。入居者ケアはもちろんとして家族ケアにも取り組んでいる。その時々家族の気持ちや要望がより理解しやすくするためにコミュニケーションを積極的に図っている。また、家族が頻繁に来棟できる環境や雰囲気作りをしている。		
29 本人と家族のよりよい関係に向けた支援 これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している	家族と本人の関係が良く築けている。家族からそういう声を聞いている。面会の規制をせず、家族と本人の時間を大切にしている。家族と本人の架け橋的な存在になれるように心がけている。		
30 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	馴染みの人の面会は常に受け入れている。		馴染みの場所に関しては、あまり要望が聞かれていない。家族希望があった際に具体的支援をしており、こちらからは積極的に行っていない。家族からの情報収集などをして本人に必要であればプランに反映させ実施していきたい。
31 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、支え合えるように努めている	重度棟ということもあり利用者同士の関わり合いが少ない。グループワークよりもケースワークが中心となっている。家族間の関わり合いはできている。		重度棟なのでコミュニケーションが本人同士では難しい。スタッフが間に入るような形での支援をしていきたい。
32 関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている	退居された入居者の家族がボランティアで来てくれている。行事のお知らせや参加呼びかけをしている。退居された家族が気軽に来棟できるように声掛けや雰囲気作り、信頼関係を築けるように関わりを深めている。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
・その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント			
1.一人ひとりの把握			
33	<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>アセスメントをし、配慮したプランを作っている。バックグラウンド、認知症の進行状況の分析、現在の問題行動、家族の要望など色々な方面からアセスメントを行い配慮してプラン作りをし統一ケアに努めている。カンファレンスを行いモニタリングを行っている。</p>	
34	<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>なじみのある生活環境にするため居室の環境整備を行ったり家族や友達の面会を規制せず行っている。バックグラウンドをなどから情報収集しケアプランに反映させ統一ケアを行っている。</p>	
35	<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、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている</p>	<p>家族、本人のアセスメントをして配慮したプランを作成している。バックグラウンド、認知症の進行状況の分析、現在の問題行動、家族の要望など色々な方面からアセスメントを行い配慮してプラン作りをし統一ケアに努めている。</p>	
2.本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し			
36	<p>チームでつくる利用者本位の介護計画</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た介護計画を作成している</p>	<p>定期カンファレンス、CW会議での情報をケアプランに反映させている。定期的に3カンファレンスを行いモニタリングを行っている。</p>	
37	<p>現状に即した介護計画の見直し</p> <p>介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している</p>	<p>状態変化に応じてカンファレンスを行い、プラン変更を行っている。</p>	

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
38 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、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	連絡帳や申し送り表で情報共有している。13項目を利用しSOAPとしてケア記録を入力。これらを元にMDS2.1にてアセスメントをするため情報を共有した上でのアセスメントとケアプランの作成が行えている。		
3. 多機能性を活かした柔軟な支援			
39 事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている	医療的フォローをしながらもグループホームとして支援ができています。また、レストランや専門スタッフによるアロマセラピーやハーブの飲用、鍼灸マッサージなど多角的に支援している。専門医師や看護師による医療的なフォローと共に介護的な視点からの支援を行っている。		
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働			
40 地域資源との協働 本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している	本人の情報がわかりやすくしたシート作成をし、警察署に置いている。また、タクシー会社などにも協力体制が仰げるようにしている。		
41 他のサービスの活用支援 本人の意向や必要性に応じて、地域の他のケアマネジャーやサービス事業者と話し合い、他のサービスを利用するための支援をしている	専門スタッフが主に行っている。その他、地域の情報を収集し、地域活用ができるものを企画している。担当者が主に行っているため、入居者に必要なサービスを計画作成者が担当者に伝えることで分かるしくみになっている。		
42 地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している	専門スタッフが主に行っている。入居者の在宅での様子や家族の意向などの情報を提供してもらうことにより、リロケーションダメージを少なくし本人や家族への安心感へと繋がっている。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
43 かかりつけ医の受診支援 本人及び家族等の希望を大切に、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	医療連携体制をとっている。他に希望により他科受診やセカンドオピニオンも行っている。適切に診断をしてもらった上で、薬物療法や非薬物療法を行っている。		
44 認知症の専門医等の受診支援 専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している	精神科・脳神経内科・脳神経外科の専門医と連携を取り、認知症診断を行っている。脳診断を行った上で、適切な介護計画を立案している。		
45 看護職との協働 利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている	医療連携体制ができており、常に看護師がいる。本人の生活を24時間支えている介護職員から、状態を看護師に申し送りを行い健康管理をしている。		
46 早期退院に向けた医療機関との協働 利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、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。あるいは、そうした場合に備えて連携している	医療連携体制が確立しており、医療が充実している。できる限り入院しなくてもよいように医師と看護師、家族、介護者と相談をし医療的なフォローと指針を決定している。入院が必要な場合は、病院との連絡を密にし、入居者の状態を把握すると共に早期退院に努めている。		
47 重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	初回ケアプラン説明を始め、終末期に対しての家族の意向を確認している。また、状態の悪化に伴っての家族説明、終末期が近づいた際の家族説明と何度も繰り返し行っている。また、終末期の家族説明の際には、今後の家族の意向によりケア方針を決めている。		
48 重度化や終末期に向けたチームでの支援 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている	会社全体でターミナルケアを推進しており、医療と介護が連携している。「ターミナルケアの対応マニュアル」を読み、スタッフもバーンアウトしないように家族の意向やケアの方針、これからの予測される状態などの説明を行っている。また、重度の入居者の楽しみや笑顔が引き出されるように、アセスメントプランが作成されている。マニュアルを主体に情報収集を行い、本人と家族を支援できるプランを心掛けている。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
49 住み替え時の協働によるダメージの防止 本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている	リロケーションダメージを最小限にするため、入居中の情報を全て開示し次のケアマネや介護職員などに引継ぎを行っている。他に移っても同じケアの環境が保たれるように介護サマリーの他、ケア記録・ケアプラン・認知症診断・健康状態などを情報提供書として渡している。		
・その人らしい暮らしを続けるための日々の支援			
1. その人らしい暮らしの支援			
(1)一人ひとりの尊重			
50 プライバシーの確保の徹底 一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない	ケースファイルなど個人情報は事務所で管理している。		
51 利用者の希望の表出や自己決定の支援 本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている	本人の状態に合わせ、声掛けの工夫を行っている。また、対応の方法はケアプランで統一し誰が介護しても混乱がないようにしている。認知症の進行具合に合わせてケアプラン上で具体的支援内容を組んでいるが、重度者ということもあり意思表示が難しい場合にはバックグラウンドや家族の意向を重視している。		
52 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	1日の流れを作る時は、入居者主体で考える様にしている。		重度棟で意志表示が少なく、業務に追われてしまい職員の都合になってしまっている日がある。職員のスキルアップに努めたい。
(2)その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援			
53 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、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている	本人が今まで着ていた馴染みの服や家族に用意して頂いた本人に似合う服を着用してもらっている。重度棟で本人の意志が確認しづらいため家族の意向で髪染めなどしている。ケアプラン上にてメイクケアも取り込んでいる。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
54 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	入居者の状態から準備や片付けを一緒に行うことが困難。食卓を華やかにするために花を飾ったり盛り付けを工夫している。ミキサー食などでも盛り付けの際の彩りにを気をつけたり、雰囲気作りのため音楽をかけたりしている。		
55 本人の嗜好の支援 本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、好みのものを一人ひとりの状況に合わせて日常的に楽しめるよう支援している	希望によりプランに組み込み、行っている。食べ物に関しては管理栄養士指導のもと、嗜好品を取り入れたり栄養療法的一种として取り入れている。		
56 気持ちよい排泄の支援 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、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している	排泄パターンを分析し、気持ちよい排泄の支援をしている。重度棟であり、おむつの使用軽減や排泄失敗の軽減は難しいが排泄パターンの分析により本人に合わせた定時トイレ誘導を行っている。		
57 入浴を楽しむことができる支援 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、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支援している	曜日は決めず毎日行っている。拒否が見られた際は翌日に見送りをしたり、気分転換をしている。意思表示ができる方は配慮ができていますが、意思表示が苦手な方に関してはその日の健康状態や気分の状態を把握し実施している。		
58 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、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している	排泄パターン、睡眠パターンの分析をしてプランに取り入れる。分析によりアロマセラピーを使用したり、照明、室温の調整している。		
(3)その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援			
59 役割、楽しみごと、気晴らしの支援 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、楽しみごと、気晴らしの支援をしている	アセスメントを行い、プランで取り入れている。その方のバックグラウンドなどで情報収集し、役割取得が必要な際は具体的な作業をプランに乗せ作業療法として行っている。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
60 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	おこづかいとして預かっている。自棟の入居者のADL・認知状態ではお金に対する訴えがない。本人の訴えがないため家族の意向で使用している。		
61 日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさずに、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している	希望があったりその人を支援するために必要であれば外出や外泊をしている。ケアプランとして具体的に支援していくも、現入居者では該当者はおらず。日々の生活の中での散歩などは、スタッフだけでなく家族にも協力を得て戸外へ出る機会を増やしている。		
62 普段行けない場所への外出支援 一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している	家族の希望や協力を得て、自宅・別荘などへの外出支援をプランを取り組んでいる。現在の入居者では該当者はおらず。以前の実施例として、退居された方に外出プランを組んでいた。		
63 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	本人の希望時やその人に必要であればプランを組んでいる。現入居者では該当者はいないが、季節に応じて年賀状など職員が働きかけて名前だけでも書いてもらうように支援している。また、家族から頂いた手紙はファイリングしている。		
64 家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している	面会時間に規制がない。久しぶりの面会時に隣接しているレストランにて食事をされたりすることもある。気軽に立ち寄れるような雰囲気作りやコミュニケーション作りに努めている。		
(4)安心と安全を支える支援			
65 身体拘束をしないケアの実践 運営者及び全ての職員が「介護保険法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、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に取り組んでいる。しかし、身体拘束をしないことを職員は理解しているものの全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」の内容を知っているとは言えないため、今後伝えていく場を設ける必要がある。		ホーム長会議やワーカー会議で「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を伝え身体拘束について、理解を深めると共にスタッフがケアに当たる上で一度話し合う機会を設ける。身体拘束を行っていないが車椅子に40分以上乗りっぱなしの場合もあるため改善していきたい。

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
66 鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	医薬品が保管している場所以外は日中施錠していない。医務的物品の在庫管理場所の医務室には施錠が必要と判断している。閉鎖的にならないように、また拘束しないよう玄関の施錠はしていない。		
67 利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している	安全に配慮し見守りの徹底をしている。常にスタッフが入居者の見守りができる場所に配置している。		
68 注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている	入居者のレベルに合わせて行っている。転倒防止のため障害物がないようにしているが、馴染みのものも置くなどして入居者の居室などを配慮している。また、医薬品に関しては使用時以外は施錠し、誰もが開けられないようにしている。		
69 事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	医療的なことに関しては看護師による勉強会を依頼したり、随時説明を受けている。また、その他はヒヤリハットを始めとして、再発防止に努めたりワーカー会議を開催するなどしてスタッフの周知と確認を行っている。避難訓練の実施を行っている。		
70 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、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている	看護師による指導あり。避難訓練にて救急隊からの指導もあり。		
71 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身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	避難訓練の実施。消火器の設置場所の確認、非難経路の確認をしている。運営推進会議を通して、地域の方に呼びかけ協力を得ながら実施している。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
72 リスク対応に関する家族等との話し合い 一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている	MRI撮影し今後考えられる症状や(転倒など)起こり得るリスクなどをケアプランにて家族説明している。リスクを十分に説明した上で本人の意思や家族の意向をふまえてプランを立案している。		
(5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援			
73 体調変化の早期発見と対応 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている	体調変化により早く気付ける様に毎日バイタルチェック、体重測定、水分、食事量、排泄チェックしている。検査にて異常がみられた方には個人的にバイタル測定回数をふやしたり、尿量の計測などをして医師や看護師より指示をもらっている。		
74 服薬支援 職員は、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	薬の作用、副作用が分かる様に掲載し職員が目を通せる場所にファイルしている。どのような疾患がありどのような理由で服薬しているかを把握できるように情報を共有している。		
75 便秘の予防と対応 職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる	排泄状況を毎日チェックし運動療法、温熱療法を取り入れている。排便困難者は頓服の下剤を投与し便秘解消に努める。勉強会にて便秘の原因や影響を勉強している。また、ハーブティーの飲用や鍼灸にて便秘の緩和に努めている。		
76 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力に応じた支援をしている	毎食後、口腔ケアを実施。誤嚥性肺炎の予防のため、食事をされていない方も定期的に行っている。口腔ケアの必要性を勉強会にて理解して業務に取り入れている。また、定期的に歯科衛生士による口腔ケアの往診が実施されている。		
77 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	管理栄養士指導のもと行っている。食事量、水分量のチェックを毎日行っている。毎日のチェックにより嚥下障害などで摂取困難な方は形態を代えたり、栄養補助食品の使用、点滴加療をおこなったりと迅速に対応できている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
78	感染症予防 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)	感染予防マニュアルがある。感染予防マニュアルを職員が常に観覧できる場所に置いて管理している。		
79	食材の管理 食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている	管理栄養士指導のもと行っている。管理栄養士指導のもと、定期的に冷蔵庫の清潔を確保していると共に温度チェックをしている。		
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり				
(1)居心地のよい環境づくり				
80	安心して出入りできる玄関まわりの工夫 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、安心して出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている	ガーデンや玄関まわりに草花を植えたり切花を飾っている。ガーデンや玄関まわりに草花を植えたり切花を飾っている。		
81	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)は、利用者にとって不快な音や光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	照明は高齢者の目に優しい照度が設定されている。また、温度調整は夏は冷房28度、冬は暖房23度に設定し居心地の良い空間を配慮している。季節の花などを飾っている。		
82	共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中には、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	共用空間で落ち着けない方がおられる場合は、愛用品などを取り入れて居場所作りを積極的に行っている。自宅より昔から愛用されていたソファを持参していただき、共用空間でも安心して過ごせるスペース(居場所作り)を行っている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
83	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	家族と相談し使いなれた家具の導入や配置場所を考え空間作りをしている。入居される際に家族へ説明し、住み慣れた部屋を再現していただけるようにしている。また、居室には家族の写真やアルバムを持ってきていただいている。		
84	換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のだよみがないよう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないよう配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている	各場所に温度計を設置して快適な温度調整をしている。室温調整 冷房28度 暖房23度に設定。また、冬には加湿器設置し加湿にも努めている。		
(2)本人の力の発揮と安全を支える環境づくり				
85	身体機能を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの身体機能を活かして、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	生活リハビリのために最低限の手すりになっている。これまでの生活を継続し、ベットの方や布団の方などそれぞれのADLの状態によって支援している。現入居者のADLでは手すり使用者がならず、また介護を要する方が多いため全員がベットを使用している。		
86	わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	認知状態に応じて、メモリアルボックスを工夫。自分の居室の表札代わりとしている。入居者のADLや認知状態によって目印などの配慮を行っているが、現入居者のADL・認知状態では介助面が多くそれによって自立した支援は難しい。		
87	建物の外周りや空間の活用 建物の外周りやベランダを利用者が楽しんだり、活動できるように活かしている	外出が体力的に不可能な入居者でも楽しめるように広々としたガーデンや室内にアトリウムがある。家族と入居者の交流の場にもなっている。ガーデンやアトリウムで五感の刺激を促している。		

( 部分は外部評価との共通評価項目です)

. サービスの成果に関する項目		取 り 組 み の 成 果 (該 当 する 箇 所 を 印 で 囲 む こ と)
項 目		
88	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	ほぼ全ての利用者の 利用者の2/3くらいの 利用者の1/3くらいの ほとんど掴んでいない
89	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	毎日ある 数日に1回程度ある たまにある ほとんどない
90	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
91	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	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
93	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	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
94	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	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
95	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ます	ほぼ全ての家族と 家族の2/3くらいと 家族の1/3くらいと ほとんどできていない
96	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	ほぼ毎日のように 数日に1回程度 たまに ほとんどない

項 目		取 り 組 み の 成 果 (該 当 する 箇 所 を 印 で 囲 む こと)
97	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	大いに増えている 少しずつ増えている あまり増えていない 全くいない
98	職員は、生き活きと働けている	ほぼ全ての職員が 職員の2/3くらいが 職員の1/3くらいが ほとんどいない
99	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	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
100	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	ほぼ全ての家族等が 家族等の2/3くらいが 家族等の1/3くらいが ほとんどできていない

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(この欄は、日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入してください。)

グループホームでのターミナルケアを実践しています。入居者にとってADLの低下や認知状態に伴って、ターミナルは避けては通れないものです。家族や医療スタッフ、介護スタッフとで尊厳死やターミナルケアのあり方を考え、話し合い、個々に合わせた介護を行っています。本人が最後まで「その人らしく」を大切にチームケアで取り組んでいます。

自己評価票

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
. 理念に基づく運営			
1. 理念と共有			
1	<p>地域密着型サービスとしての理念</p> <p>地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている</p>	<p>「正直・勤勉・親切」を理念とし、入居者や地域の方々に関わっている。また、介護セミナーを行っている。介護者教室の開催や附属のレストランがあり、地域の方から電話や来所で相談、見学を行っている。事業所の方針が明確にされていることで、統一した介護ができています。</p>	
2	<p>理念の共有と日々の取り組み</p> <p>管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる</p>	<p>会社理念が常にスタッフの目の届く場所に掲示されている。また、スタッフ指導で理念の意識づけに重視している。理念についての意義や必要性を勉強会やワーカー会議などを通して理解を深め、実践している。</p>	
3	<p>家族や地域への理念の浸透</p> <p>事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえよう取り組んでいる</p>	<p>附属レストランや介護者教室の開催や介護セミナーを行い認知症を理解していただける様に努めている。ケアプランの説明時など家族との話し合いの中で、理解していただける様に伝えている。</p>	
4	<p>隣近所とのつきあい</p> <p>管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている</p>	<p>附属レストランがあり利用者や近隣の住人が同じ場所で食事ができる環境がある。夏祭りなどのイベント時には隣近所に声をかけ参加を呼びかけている。</p>	
5	<p>地域とのつきあい</p> <p>事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている</p>	<p>地域の方がボランティアで楽器演奏・コーラスなどの企画を定期的に行っている。また地域で行っている活動に参加している。その際、まずは職員が下見をして、地域の方に認知症の理解を深めていただけるように働きかけている。事業所で「はつらつシニアプログラム」を実施。介護予防事業も行っている。</p>	

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
6 事業所の力を活かした地域貢献 利用者への支援を基盤に、事業所や職員の状況や力に応じて、地域の高齢者等の暮らしに役立つことがないか話し合い、取り組んでいる	入居者が地域に出向くことによって、在宅で介護されている方の話を聞く機会も多いため、積極的に外出できるように工夫を行い実施している。現在は限られた入居者が地域交流として、地域活動に参加している。		
3. 理念を実践するための制度の理解と活用			
7 評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる	自己評価・外部評価だけでなく、入居者の家族・ボランティア・見学者等から意見やアドバイスがある際には改善に向けて積極的に検討し取り組んでいる。		自己評価・外部評価であった改善点に対しては見直し・改善をはかっている。その他、見学者より環境整備に対する指摘が上がることもあるも、その場で改善をしてもスタッフ全員が共通の意識の中で持続して維持していくことができていない。意識の変化に対する工夫を今後の課題としていきたい。
8 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2ヶ月に1回実施。地域と当施設の情報交換を行い、地域との良好な関係を高めることを期待すると共にサービスの向上に努めている。		
9 市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	書類や施設運営等で不明な点は、市町村担当者に報告・連絡・相談を随時行うようにしている。		管理者が主に対応しているため、スタッフの情報共有が必要。
10 権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域権利擁護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、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している	初回ケアプラン説明時に家族へ確認を行っている。また、事業所としては入居者の背景を考え、必要に応じて活用を検討している。		希望者に対応しているも事業所側から積極的にには行っていない。中間管理職の理解不足もあるため学ぶ場や機会が必要。
11 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	定期勉強会がある。気配り、気づき、気働きの指導を行っている。また、会社の研修にて共感的理解の指導により利用者の立場に立ち思考することを常に学んでいる。		定期勉強会や研修において、自らの介護を振り返る機会が得られており、介護技術やケアにたいする専門性を高めている。また、常日頃より身体的・精神的虐待がないように身体的ケアだけでなく声掛けに配慮し、スタッフ同士で指摘をし合えるようにしていきたい。

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
4. 理念を実践するための体制			
12 契約に関する説明と納得 契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約の際には、1つひとつ説明を行うと共に、不明な点がないかを確認しながら進めている。また、月1回定期的に計画作成者からケアプラン説明を行って理解頂いてからプランの同意を得ている。その場で家族の意見や要望を聞いている。入居前に必ず専門のスタッフが面接や説明を行い、理解を得ている。		
13 運営に関する利用者意見の反映 利用者が意見、不満、苦情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。	居室担当者を中心とし利用者の思いを吸い上げ、現場統括のホーム長が管理者へ報告・連絡・相談をするシステムになっている。また、面会時など家族に入居者が訴えられた場合は、家族よりスタッフへと話しやすい場作りを行っていると共に、月1回そのような機会を設けている。利用者から意見があった場合には、家族へ伝えるとともに施設長に報告をして早急に対応し反映させている。		
14 家族等への報告 事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々に合わせた報告をしている	月1回定期的に入居者の健康状態や精神状態の報告をしており家族からの相談を受けている。異常な検査結果などは随時報告、相談し介護の方針を決めている。より毎日の生活が家族に伝わりやすいようにケア記録を添付、また毎日の健康チェックのデータを分析し説明したのも添付している。		
15 運営に関する家族等意見の反映 家族等が意見、不満、苦情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	契約の際に施設の苦情受付係を紹介するだけでなく、市や国保連の連絡先を伝えている。また、月1回計画作成者との話せる機会を設け、家族の意見や要望を言いやすいようにしている。そこで聞かれた意見や相談は管理者に報告し経営者、管理者から説明している。介護セミナーなどで管理者と家族との交流の場がある。		
16 運営に関する職員意見の反映 運営者や管理者は、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	役員による職員面接・オピニオンサーベイを実施し、職員の意見を聞き、反映している。また、ホーム長会議などにて、職員からの情報を収集したり、管理者にワーカー会議に出席してもらい意見交換を行っている。その際に、職員の意見や提案を報告し対応を行っている。また、日頃からケアリーダーを中心に現場の意見をホーム長に報告するようになっている。		
17 柔軟な対応に向けた勤務調整 利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている	各棟責任者から現場の状況を管理者にその都度、報告、連絡、相談をして人員など補整されている。イベント時は、勤務の調整を行い出勤者を増やし安全の確保をしている。また、スタッフの健康状態に応じて、緊急を要する場合は早急な対応を行っている。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
18 職員の異動等による影響への配慮 運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている	現場の状況、影響を配慮するため時間をかけ必要な情報収集をして異動を行っている。職員の異動があった際には引継ぎを行い同様の支援を行えるようにしている。また、家族への説明も行っている。		
5.人材の育成と支援			
19 職員を育てる取り組み 運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、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	認知症・看護介護技術と定期的に勉強会がある。外部や内部研修により、自らの介護を振り返る機会を設けている。また、現場の中ではケアリーダーを中心にOJTを実施している。勤続年数や勤務内容の状態を考慮し、段階的な研修を行い、会社理念の意識づけや技術向上を図っている。また、業務の中での疑問に思った事はケアリーダーに相談している。		
20 同業者との交流を通じた向上 運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、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	外部研修・交換研修をおこなっている。担当の職員がいてネットワーク作りを行っている。		GH協連絡会や介護者教室などにより、他施設との交流を深め、もっと交流の機会を増やしたい。
21 職員のストレス軽減に向けた取り組み 運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる	納涼会や忘年会を始め、BBQパーティーやゴルフクラブを作るなど会社内の交流と共にみんなが楽しめる場を作っている。定期的に職員同士がスポーツなどをおこなっている。チームワークで良いケアに繋がった際には、随時パーティーを行っている。		
22 向上心を持って働き続けるための取り組み 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている	報告・連絡・相談のしくみが整っているため、運営者に確実に伝わっている。また、ケアや行事・環境整備など、運営者も一緒に加わっているため、コミュニケーションを取りやすい状況を作っている。職員の疑問に思っている事などを質問しやすい環境であり、対応方法などを勉強会で教えてもらえる。棟内でも分からない時はそのままにせず、気軽に聞ける環境作りを心がけている。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
安心と信頼に向けた関係づくりと支援			
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応			
23	<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている</p>	<p>会話や声掛けを中心とし、その他行動観察、睡眠・排泄パターンなどのアセスメントを行っている。また、居室担当をつくり、頼れる関係をつくるように努めている。家族や本人から好きな事や過去の楽しみなどをアセスメントをしている。</p>	<p>楽しみや趣味を活かせるような、環境、フォローをもっと介入して積極的に行なって行きたい。</p>
24	<p>初期に築く家族との信頼関係</p> <p>相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている</p>	<p>1ヶ月に1回のペースで家族の要望や利用者の身体状況、精神状況を説明する機会をもうけている。</p>	<p>家族との親睦の関係に個人差があるため、より家族にとって信頼関係ができるようにコミュニケーションを多く図り深く交流が図れるように努めていきたい。</p>
25	<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>相談を受けた時に、本人と家族が「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>専門職員が面接した上でその方にあった棟を入居担当者・看護師・栄養士・管理者など多角的に見て査問会で決定している。担当者が本人の希望や家族要望などすべての方向から情報収集を行っている。</p>	
26	<p>馴染みながらのサービス利用</p> <p>本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐徐に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している</p>	<p>家族やスタッフ同士が相談しながらなじみやすい様に居室の環境を整えたり、他者との交流が円滑に行えるように支援している。</p>	<p>他入居者同士の関係など、まだまだ工夫を要する点があるので、ケアプランの実施に努め対応方法も検討していきたい。</p>
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援			
27	<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、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている</p>	<p>当施設で推進しているKyomation Careを中心に職員自身の自己覚知・共感的理解・無条件の肯定的尊重にて行っている。勉強会や宿泊研修などで認知症について勉強を行い理解を深めており、これらを心がけてケアに当たっている。</p>	

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
28	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、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている	家族の意見や相談をプランに繁榮させている。家族も一緒にケアしてもらえるよう介護の理解を深め支援している。ケアプラン時に入居者の状態を伝えるだけでなく、プランの内容や方法を詳しく伝えることによって、面会に来られた際に家族も協力していただけている。		
29	本人と家族のよりよい関係に向けた支援 これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している	家族の方々は週末など普段から面会に来られることが多く、これまでの関係をより良く継続できていると感じている。今後も家族・入居者・職員と一緒に楽しめる企画を増やしていきたい。		
30	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	友人等の面会などをいつでも受け入れている。昔の同僚と一緒に隣接しているレストランで食事をしたりなどの機会をもたれている。		
31	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、支え合えるように努めている	毎日グループワークや遊びリテーションをしている。他棟との交流の機会を増やし、同じ趣味をもっている入居者の交流を増やしていきたい。		
32	関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている	退居後にも隣接しているレストランに食事に来られたり、交流を継続させている。イベント時に呼びかけを行って希望者の参加を募っている。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント			
1. 一人ひとりの把握			
33	<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>居室への家具等の持ち込み、アセスメントによって本人の生活パターンに添うようにプランを作成している。居室担当者を中心に希望や意向の把握に努めている。</p>	
34	<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>入居前で本人や家族よりアセスメントをする機会を持っており、それらを継続できるように努めている。入居前の生活などを家族に専用の用紙に記入していただいている。また、居室の環境整備を行ったり安心して暮らせるようにしている。</p>	
35	<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、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている</p>	<p>日々の様子、バックグラウンド、認知症の進行状況の分析、現在の問題行動、家族の要望など色々な方面からアセスメントを行い本人の状態に合ったプランの作成を行っている。</p>	
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し			
36	<p>チームでつくる利用者本位の介護計画</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た介護計画を作成している</p>	<p>入居者、家族、職員の意見を反映できるようにケア記録をSOAP形式で入力しMDS2.1によるアセスメントとケアプランの作成をしている。</p>	<p>個々の状態に合った日課スケジュールを作成しているがさらに本人の意見を反映できるようなプランを立案していきたい。</p>
37	<p>現状に即した介護計画の見直し</p> <p>介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している</p>	<p>月1回に定期的なケアプランの見直しのほか、状態変化に伴ってその都度プランの見直しや変更を行っている。</p>	<p>状態変化に伴い各方面の関係者とカンファレンスを行いプラン変更しているが、今後定期的なプランの見直しの際もワーカー会議などスタッフみんなでのモニタリングを含めたカンファレンスを定期的に行っていきたい。</p>

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
38 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、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	13項目を利用しSOAPとしてケア記録を入力。これらを元にMDS2.1にてアセスメントをするため情報を共有した上でのアセスメントとケアプランの作成が行えている。		
3. 多機能性を活かした柔軟な支援			
39 事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている	クリニック、接骨院、鍼灸、レストランなど研究所が母体となり柔軟な支援をしている。必要と思われるサービスはケアプランに加え、家族に説明し同意を得た上で実施されている。その他、自由に家族が利用もできるようになっている。		
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働			
40 地域資源との協働 本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している	徘徊シート作成をし、警察署に置いてあったり、タクシー会社などにも協力体制が仰げるようにしている。また、近くの小学校など個別ではあるが展覧会などの催し物に参加している。		ボランティアとの協働を活発にし、入居者の生活の充実を図りたい。
41 他のサービスの活用支援 本人の意向や必要性に応じて、地域の他のケアマネジャーやサービス事業者と話し合い、他のサービスを利用するための支援をしている	専門スタッフが主に行っている。その他、地域の情報を収集し、地域活用ができるものを企画している。担当者が主に行っているため、入居者に必要なサービスを計画作成者が担当者に伝えることで分かるしくみになっている。		
42 地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している	専門スタッフが主に行っている。入居者の在宅での様子や家族の意向などの情報を提供してもらえることにより、リロケーションダメージを少なくし本人や家族への安心感へと繋がっている。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
43 かかりつけ医の受診支援 本人及び家族等の希望を大切に、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	医療連携体制をとっている。他に希望により他科受診やセカンドオピニオンも行っている。適切に診断をしてもらった上で、薬物療法や非薬物療法を行っている。		
44 認知症の専門医等の受診支援 専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している	精神科・脳神経内科・脳神経外科の専門医と連携を取り、認知症診断を行っている。脳診断を行った上で、適切な介護計画を立案している。		
45 看護職との協働 利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている	医療連携体制ができており、常に看護師がいる。本人の生活を24時間支えている介護職員から、状態を看護師に申し送りを行い健康管理をしている。		
46 早期退院に向けた医療機関との協働 利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、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。あるいは、そうした場合に備えて連携している	医療連携体制が確立しており、医療が充実している。できる限り入院しなくてもよいように医師と看護師、家族、介護者と相談をし医療的なフォローと指針を決定している。入院が必要な場合は、病院との連絡を密にし、入居者の状態を把握すると共に早期退院に努めている。		
47 重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	初回ケアプラン説明を始め、終末期に対しての家族の意向を確認している。また、状態の悪化に伴っての家族説明、終末期が近づいた際の家族説明と何度も繰り返し行っている。終末期の家族説明の際には、今後の家族の意向によりケア方針を決めている。		
48 重度化や終末期に向けたチームでの支援 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている	事業所全体でターミナルケアを推進しており、医療と介護が連携している。「ターミナルケアの対応マニュアル」を読み、スタッフもバーンアウトしないように家族の意向やケアの方針、これからの予測される状態などの説明を行っている。マニュアルを主体に情報収集を行い、本人と家族を支援できるプランを心掛けている。また、状態に応じて重度棟への移動も考慮している。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
49	<p>住み替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている</p>		
<p>・その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</p>			
<p>1. その人らしい暮らしの支援</p>			
<p>(1) 一人ひとりの尊重</p>			
50	<p>プライバシーの確保の徹底</p> <p>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない</p>	<p>ケースファイルなど個人情報は事務所で管理している。会社でも個人情報守秘の誓約書などを取ってプライバシーの確保を意識付けている。</p>	
51	<p>利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている</p>	<p>本人のペースに合わせ声掛けを行い、傾聴や共感的理解により意思を引き出し自己決定していただいている。ケアプランで対応方法を掲載し、ケアを統一するようにしている。</p>	
52	<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>職員の仕事の流れを決める際には、入居者の生活を中心に考えている。生活のリズムをつけるため、1人ひとりケアプランにて1日の流れを作成している。これらを実行し、その日の状態や意思の決定で変更をしている。</p>	
<p>(2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援</p>			
53	<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、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている</p>	<p>家族付き添いで行き付けの美容院まで外出したり、月1回美容の日を設け美容師の資格をもった職員がパーマや髪染めなど本人の好きな髪にしている。散歩に出かける前など、日ごろから化粧を行ったりおしゃれや身だしなみに心がけている。</p>	

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
54 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	食事の下ごしらえや食器の後片付けなど職員と一緒にしている。管理栄養士に喫食状態や入居者からの感想を伝え、常に食事が美味しく楽しめるように改善を図っている。また、季節の食事をこころがけ献立表に取り入れている。		
55 本人の嗜好の支援 本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、好みのものを一人ひとりの状況に合わせて日常的に楽しめるよう支援している	希望によりプランに組み込みを行っている。管理栄養士と相談の上、本人の嗜好を継続して楽しめるように実施している。		
56 気持ちよい排泄の支援 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、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している	排泄パターンや睡眠パターンを分析することによって、1人ひとり適切な時間で定時誘導を行っている。少しでも不快な思いを取り除いていくよう、排泄チェックを実施しパターンを理解するようにしている。		
57 入浴を楽しむことができる支援 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、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支援している	本人の希望により、毎日同じ時間に入浴されている方もおられる。また、入浴が嫌いな方も声掛けにより、最低週に2～3は入浴ができるようにしている。		入浴の時間など、入居時に比べてADLに変化がみられていることにも関係しているが、職員の都合によって介護されていないかなどもう一度再確認をし、本人の意見を尊重できるように今まで以上に工夫をしていきたい。
58 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、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している	今までの生活の状態をアセスメントすると共に、入居後の睡眠パターンをアセスメント、分析することにより1人ひとりの睡眠パターンを把握している。寝付けないときには、傍に付き添ったりなど安心して休めるように働きかけている。		
(3)その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援			
59 役割、楽しみごと、気晴らしの支援 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、楽しみごと、気晴らしの支援をしている	アセスメントを行い、プランで取り入れている。手芸やラジオ体操・絵など、今までの趣味を継続できるように心がけている。また、これまでの職業を考慮して声掛けや呼び方を工夫している。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
60	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	お小遣いとして預らせていただいている。本人がお金を所持することで安心される場合は、自ら財布を持たれている。普段お金を使う場面はないが、外出企画などを立案することで意図的に入居者がお金を使うような場面設定や支援をしている。また、食事後などにお金を支払おうとされる場合は、そのまま預かることでお金を使った感覚を感じていただいている。		
61	日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさずに、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している	散歩や企画にて行っている。また、個人の趣味に合わせ、近隣のサークルに通っている。		手芸を主としたサークルに参加しているが、一部の入居者への支援なので、今後他の入居者でも希望に添って外出の機会を増やしていきたい。
62	普段行けない場所への外出支援 一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している	初詣や花見、ピクニックや回転寿司など企画にてバスツアーを行ったりしている。企画の参加を呼びかけ、家族を交えて外出を行っている。		
63	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	本人が希望に添って実施している。手紙は気軽に出されているように感じる。電話は本人の状況をアセスメントした上で管理者と相談し、家族と連携を取りながら必要時に利用している。また、携帯電話を持参されている方もおられる。		
64	家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している	面会時間に規制がない。久しぶりの面会時に隣接しているレストランにて食事をされたりすることもある。面会時間を規制していないため、いつでも気軽に来ていただけるようにしている。また、スタッフも気軽に来ていただけるような雰囲気作り心がけている。		
(4)安心と安全を支える支援				
65	身体拘束をしないケアの実践 運営者及び全ての職員が「介護保険法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、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に取り組んでいる。しかし、身体拘束をしないことを職員は理解しているものの全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」の内容を知っているとは言えないため、今後伝えていく場を設ける必要がある。		勉強会にて理解を深めケアプランにてケアを実施。見守りを強化することで取り組んではいるが、ホーム長会議やワーカー会議で「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を伝え身体拘束について、理解を深めると共にスタッフがケアに当たる上で一度話し合う機会を設けたい。

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
66 鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	玄関には鍵が掛かっているがその他の箇所には掛けておらず、職員同士声掛けで入居者の所在を明らかにしている。外部の方の出入りが多い玄関のドアのみ常時鍵をしているが、他は施錠していない。テラスやガーデンなど自由に行き来が出来る環境なので施錠による精神的な圧迫は減少されている。		
67 利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している	表情や態度などを通して行動パターンを様子観察している。安全に配慮しながら見守りを徹底している。また、職員同士の声掛けで入居者の所在や様子を確認し合っている。		
68 注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている	主に刃物は職員が預かっているも、個々の状態にて見守りで使用している。また、居室内は転倒防止のため障害物を少なくするなどの環境作りをすると共に、その人らしい空間作りを家族と一緒にやっている。個々に合った能力を活かしながら、扱いや使用に気を付けている。		
69 事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	医療的なことに関しては看護師による勉強会を依頼したり、随時説明を受けている。また、その他はヒヤリハットを始めとして、再発防止に努めたりワーカー会議を開催するなどしてスタッフの周知と確認を行っている。食事形態を変えたりして食事に対しての事故防止にも取り組んでいる。避難訓練の実施を行っている。		
70 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、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている	看護師による指導あり。また、勉強会にてバイタル測定の手順を勉強している。避難訓練にて救急隊からの指導があった。また、緊急時のマニュアルがあるので、定期的にワーカー会議などで確認することで救急対応方法を理解し身につけていきたい。		
71 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身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	定期的に避難訓練を行っている。消火器の設置場所の確認、非難経路の確認をしている。運営推進会議を通して、地域の方に呼びかけ協力を得ながら実施している。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
72 リスク対応に関する家族等との話し合い 一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている	MRI撮影し今後考えられる症状や(転倒など)起こり得るリスクなどをケアプランにて家族説明している。リスクを十分に説明した上で本人の意思や家族の意向をふまえてプランを立案している。		
(5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援			
73 体調変化の早期発見と対応 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている	体調変化により早く気付ける様に毎日バイタルチェック、体重測定、水分、食事量、排泄チェックしている。日々の状態と変化があった際には、看護師に連絡し医療的な相談をして連携をとっている。		
74 服薬支援 職員は、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	薬の作用、副作用が分かる様に掲載し職員が目を通せる場所にファイルしている。薬テストなどをして誰がどんな薬を飲んでいるかなどを職員が確実に理解しているように努めたい。		
75 便秘の予防と対応 職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる	日中、ストレッチや散歩などをして身体を動かす工夫をしている。排便 - 3日以下で下剤を服用しているがなるべく服用しなくてもいいように、日中活動や腹部マッサージなどを行っている。		
76 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力に応じた支援をしている	口腔ケアを実施し、誤嚥性肺炎の予防に心がけている。定期的に歯科衛生士に口腔ケアの往診を実施している。		入居者全員が毎食後に口腔ケアが出来ているとはいえないため、意識的に入居者への声掛けを行い口腔ケアを促していく。
77 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	管理栄養士指導のもと行っている。食事量、水分量のチェックを毎日行っている。水分摂取が苦手な方には、声掛けと共に嗜好を取り入れたり、形態をゼリーやかき氷にしたりなどして工夫して脱水やせん妄予防に努めている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
78	感染症予防 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)	手洗い・うがい等の実施。インフルエンザ等の予防接種。感染予防マニュアルにて理解を深めている。		外出から戻った際の手洗いを強化したい。
79	食材の管理 食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている	冷蔵庫内の温度チェック(朝・夕)や清掃を行っている。毎日調理用具を消毒し、食材等も毎日業者に届けてもらっている。		
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり				
(1)居心地のよい環境づくり				
80	安心して出入りできる玄関まわりの工夫 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、安心して出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている	ガーデンや玄関まわりに草花を植えたり切花を飾っている。ガーデンや玄関まわりに草花を植えたり切花を飾っている。		
81	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)は、利用者にとって不快な音や光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	照明は高齢者の目に優しい照度が設定されている。また、温度調整は夏は冷房28度、冬は暖房23度に設定し居心地の良い空間を配慮している。照明の工夫をしている。季節の植物を飾るなどをしている。		
82	共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中には、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	共有空間には、いつでも寛げるように椅子やソファが配置されている。テラスやソファなどを活用し、気持ちのよい時間を提供できるように心がけている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
83	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	本人や家族の思うままに家具や調度品を入れる事ができる。電話もひけるようになっている。備え付けのタンス以外は全て持ち込んでいただき個人が過ごしやすい環境を作っている。		
84	換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のだよみがないよう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないよう配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている	各場所に温度計を設置して快適な温度調整をしている。室温調整 冷房28度 暖房23度に設定。また、冬には加湿器設置し加湿にも努めている。		
(2)本人の力の発揮と安全を支える環境づくり				
85	身体機能を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの身体機能を活かして、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	生活リハビリのために最低限の手すりになっている。これまでの生活を継続し、ベットの方や布団の方などそれぞれのADLの状態によって支援している。自ら布団の上げ下ろしをされたり、見守りを強化することで残存能力を活かしより自立した生活をしていただけるようにしている。		
86	わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	認知状態に応じて、メモリアルボックスを工夫。自分の居室の表札代わりとしている。トイレが分かるように表示を作成している。失見当識が強い方には、居室の中などに表示を行い、自立ができるように支援したり、不安を軽減するようにケアプランを立案している。		
87	建物の外周りや空間の活用 建物の外周りやベランダを利用者が楽しんだり、活動できるように活かしている	テラスやガーデンは自由に利用できるようにし日課活動やくつろぎの場として活かしている。リビングの前にほぼ同じ広さのテラスがあり、日課活動で運動や遊戯、ピクニック気分が天気の良い日には昼食を摂ったりしている。		屋上ガーデンが整備中のため、利用ができていない。整備が完成した後、有効に利用していきたい。

( 部分は外部評価との共通評価項目です)

. サービスの成果に関する項目		取 り 組 み の 成 果 (該 当 する 箇 所 を 印 で 囲 む こ と)
項 目		
88	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	ほぼ全ての利用者の 利用者の2/3くらいの 利用者の1/3くらいの ほとんど掴んでいない
89	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	毎日ある 数日に1回程度ある たまにある ほとんどない
90	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
91	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	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
93	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
94	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	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
95	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ます	ほぼ全ての家族と 家族の2/3くらいと 家族の1/3くらいと ほとんどできていない
96	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	ほぼ毎日のように 数日に1回程度 たまに ほとんどない

項 目		取 り 組 み の 成 果 (該 当 する 箇 所 を 印 で 囲 む こと)
97	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	大いに増えている 少しずつ増えている あまり増えていない 全くいない
98	職員は、生き活きと働けている	ほぼ全ての職員が 職員の2/3くらいが 職員の1/3くらいが ほとんどいない
99	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	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
100	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	ほぼ全ての家族等が 家族等の2/3くらいが 家族等の1/3くらいが ほとんどできていない

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(この欄は、日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入してください。)

地域との交流や外出の企画に力を入れています。地域で活動しているサークルに行き、入居者の方の趣味が継続することができるようにしています。また、地域の方にも認知症への理解が深められるように働きかけをしています。

自己評価票

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
. 理念に基づく運営			
1. 理念と共有			
1	地域密着型サービスとしての理念 地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている	「正直・勤勉・親切」を理念とし、入居者や地域の方々に関わっている。また、介護セミナーを行っている。介護者教室の開催や附属のレストランがあり、地域の方から電話や来所で相談、見学を行っている。事業所の方針が明確にされていることで、統一した介護ができています。	
2	理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	会社理念が常にスタッフの目の届く場所に掲示されている。また、スタッフ指導で理念の意識づけに重視している。理念が常に見える位置にあるので、随時理念の確認ができ怠らないように意識付けがされている。また、ワーカー会議や勉強会、またケアプラン立案の際にも理念が基盤となっていることを伝えている。	
3	家族や地域への理念の浸透 事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえよう取り組んでいる	附属レストランや介護者教室の開催や介護セミナーを行い認知症を理解していただける様に努めている。家族には、主にケアプラン説明時に、地域の方々へは運営推進会議にて伝えている。	
4	隣近所とのつきあい 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている	附属レストランがあり利用者や近隣の住人が同じ場所で食事ができる環境がある。企画の際は近所にポスターを配布するなどして、近隣の方への参加を呼びかけたり、地域の交流に取り組んでいる。	
5	地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている	地域の方がボランティアで楽器演奏・コーラスなどの企画を定期的に行ってくれている。自治会に入会している。	さらに地域交流が深められるようにボランティア係などを中心に働きかけたい。

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
6 事業所の力を活かした地域貢献 利用者への支援を基盤に、事業所や職員 の状況や力に応じて、地域の高齢者等の暮 らしに役立つことがないか話し合い、取り 組んでいる	入居者が地域に出向くことによって、在宅で介護 されている方の話を聞く機会も多いため、積極的 に外出できるように工夫を行い実施している。介 護教室を開いたり、近隣の自治体が主催している サークルに参加し地域との交流を深めている。		
3. 理念を実践するための制度の理解と活用			
7 評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び 外部評価を実施する意義を理解し、評価を 活かして具体的な改善に取り組んでいる	自己評価・外部評価だけでなく、入居者の家族・ ボランティア・見学者等から意見やアドバイスが ある際には改善に向けて積極的に検討し取り組ん でいる。		外部評価や見学者の意見・結果を聞いて改善に向 けているも、今まで意識の持続が困難で時間が経 過すると同じことを指摘されていることが多い。 意識の働きかけの工夫を今後検討していきたい。
8 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回実施。地域と当施設の 情報交換を行い、地域との良好な関係を高めるこ とを期待すると共にサービスの向上に努めてい る。		
9 市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議 以外にも行き来する機会をつくり、市町村 とともにサービスの質の向上に取り組んで いる	書類や施設運営等で不明な点は、市町村担当者に 報告・連絡・相談を随時行うようにしている。		管理者が主に対応しているため、スタッフの情報 共有が必要。
10 権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域権利擁護事業や成 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、必要な人 にはそれらを活用できるよう支援している	初回ケアプラン説明時に家族へ確認を行ってい る。また、事業所としては入居者の背景を考え、 必要に応じて活用を検討している。		希望者に対応しているも事業所側から積極的に は行っていない。中間管理職の理解不足もあるため 学ぶ場や機会が必要。
11 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 事業所内で虐待が見過ごされることがない よう注意を払い、防止に努めている	定期勉強会がある。気配り、気づき、気働きの指 導を行っている。また、会社の研修にて共感的理 解の指導により利用者の立場に立ち思考するこ とを常に学んでいる。定期勉強会や研修において、 自らの介護を振り返る機会が得られており、介 護技術やケアに対する専門性を高めている。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
4. 理念を実践するための体制			
12	<p>契約に関する説明と納得</p> <p>契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の不安、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>		
13	<p>運営に関する利用者意見の反映</p> <p>利用者が意見、不満、苦情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>		
14	<p>家族等への報告</p> <p>事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々に合わせた報告をしている</p>		
15	<p>運営に関する家族等意見の反映</p> <p>家族等が意見、不満、苦情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>		
16	<p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>運営者や管理者は、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>		
17	<p>柔軟な対応に向けた勤務調整</p> <p>利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている</p>		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
18 職員の異動等による影響への配慮 運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている	現場の状況、影響を配慮するため時間をかけ必要な情報収集をして異動を行っている。職員の異動があった際には引継ぎを行い同様の支援を行えるようにしている。また、家族への説明も行っている。		
5.人材の育成と支援			
19 職員を育てる取り組み 運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、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	認知症・看護介護技術と定期的に勉強会がある。外部や内部研修により、自らの介護を振り返る機会を設けている。また、現場の中ではケアリーダーを中心にOJTを実施している。勤続年数や勤務内容の状態を考慮し、段階的な研修を行い、会社理念の意識つけや技術向上を図っている。		
20 同業者との交流を通じた向上 運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、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	外部研修・交換研修・介護者教室の開催・交換研修をおこなっている。		GH協連絡会や介護者教室などにより、他施設との交流を深め、もっと交流の機会を増やしたい。
21 職員のストレス軽減に向けた取り組み 運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる	納涼会や忘年会を始め、BBQパーティーやゴルフクラブを作るなど会社内の交流と共にみんなが楽しめる場を作っている。疑問や心配事は、ケアリーダーに上げ相談を行っている。また、チームワークで良いケアに繋がった際には、随時パーティーを行っている。		
22 向上心を持って働き続けるための取り組み 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている	報告・連絡・相談のしくみが整っているため、運営者に確実に伝わっている。また、ケアや行事・環境整備など、運営者も一緒に加わっているため、コミュニケーションを取りやすい状況を作ってくれている。定期的な面接がある他、その都度相談をあげやすい環境になっている。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
安心と信頼に向けた関係づくりと支援			
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応			
23	<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている</p>	<p>会話や声掛けを中心とし、その他行動観察、睡眠・排泄パターンなどのアセスメントを行っている。また、居室担当をつくり、頼れる関係をつくるように努めている。入居前の面接でのアセスメントを参考に把握した上で、家族や本人から好きな事や過去の楽しみなどを再度アセスメントをしている。</p>	
24	<p>初期に築く家族との信頼関係</p> <p>相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている</p>	<p>1ヶ月に1回のペースで家族の要望や利用者の身体状況、精神状況を説明する機会をもっている。主にケアプランで行っている。その他、入居して間もない際には、家族へ1日の様子を報告している。</p>	
25	<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>相談を受けた時に、本人と家族が「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>入居希望者には担当者が相談を受け、面接した上でその方にあった棟を入居担当者・看護師・栄養士・管理者など多角的に見て査問会で決定している。担当者が本人の希望や家族要望などすべての方向から情報収集を行っている。</p>	
26	<p>馴染みながらのサービス利用</p> <p>本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している</p>	<p>家族やスタッフ同士で相談しながらなじみやすい様に居室の環境を整えたり、他者との交流が円滑に行えるように支援している。食堂の席の考慮や居室に昔から使っていた道具を置き安心感を与えるなどの環境整備を行っている。</p>	
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援			
27	<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、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている</p>	<p>職員自身の自己覚知・共感的理解の尊重・無条件の肯定的尊重にて関係を築いている。理念に基づき、信頼関係の構築を心がけている。</p>	

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
28 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、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている	家族の意見や相談をプランに繁榮させている。家族も一緒にケアしてもらえるよう介護の理解を深め支援している。外出（墓参り・美容院）など家族が積極的に行っていただいております、今までの生活の継続を施設だけがやっているわけではなく共に支えてくれている。		
29 本人と家族のよりよい関係に向けた支援 これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している	面会時やケアプラン説明の際だけでなく、企画参加を呼びかけ入居者と家族と一緒に楽しめる機会を作っている。夏祭りやクリスマス会など入居者や家族にも好評な企画が定着してきている。		
30 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	ケアプランで取り入れている。家族の協力を得て、外出の機会をプランにいれ実施されている。		
31 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利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている	日々のグループワークを通し利用者同士が交流し合えるように努めている。グループワークや遊びリテーションなどを通じて、関わり支えあっている。		
32 関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている	時折退居された家族の方に連絡をし、本人の面会に行かせていただいたりしている。企画の際、イベントのお知らせと共に参加を呼びかけることでボランティアに来てくださったりする。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント			
1. 一人ひとりの把握			
33	<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>できる限りコミュニケーションを取り本人からの言葉を引き出している。また、情報をワーカー同士で共有し意向を把握できるよう努めている。要望をケアプランに取り入れ実施している。</p>	
34	<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>コミュニケーションを取る際、一人ひとりのケースファイルを基に生活歴を把握して話題を提供し、さらに本人を通して深く把握できるように努めている。また、家族からのアセスメントも行っている。バックグラウンドや本人の趣味嗜好の把握に努めている。</p>	
35	<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、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている</p>	<p>常にケア記録に目を通すことにより、複数のワーカーの情報が共有され、スタッフ全員で体調や精神状態・言語等を確認している。日々の様子をケア記録に入力することにより、適切なアセスメントができ本人の状態を組み込みケアプランを作成することができている。</p>	
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し			
36	<p>チームでつくる利用者本位の介護計画</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た介護計画を作成している</p>	<p>スタッフが全員SOAP形式にてケア記録を入力することにより、入居者の状態を把握しやすくなっている。また、家族からの意見も反映させケアプランの立案を行っている。プラン立案時に他業種も含めたカンファレンスを行っている。</p>	
37	<p>現状に即した介護計画の見直し</p> <p>介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している</p>	<p>月1回に定期的なケアプランの見直しのほか、状態変化に伴ってその都度プランの見直しや変更を行っている。状態変化に伴い各方面の関係者とカンファレンスを行いプラン変更している。</p>	

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
38 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、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	SOAPを使用したケア記録の入力がアセスメントに活かされている。また、特変などあった場合は連絡帳を活用し情報を共有している。ケア記録に記入し情報共有と共にこれらを基に適切なアセスメントとケアプラン立案を行っている。。		
3. 多機能性を活かした柔軟な支援			
39 事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている	クリニック、接骨院、鍼灸、レストランなど研究所が母体となり柔軟な支援をしている。必要と思われるサービスはケアプランに加え、家族に説明し同意を得た上で実施されている。その他、自由に家族が利用もできるようになっている。		
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働			
40 地域資源との協働 本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している	徘徊シート作成をし、警察署に置いてあったり、タクシー会社などにも協力体制が仰げるようにしている。また、近くの小学校など個別ではあるが展覧会などの催し物に参加している。ボランティア係や専門スタッフが中心に行っている。		
41 他のサービスの活用支援 本人の意向や必要性に応じて、地域の他のケアマネジャーやサービス事業者と話し合い、他のサービスを利用するための支援をしている	専門スタッフが主に行っている。その他、地域の情報を収集し、地域活用ができるものを企画している。担当者が主に行っているため、入居者に必要なサービスを計画作成者が担当者に伝えることで分かるしくみになっている。		
42 地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している	専門スタッフが主に行っている。入居者の在宅での様子や家族の意向などの情報を提供してもらえることにより、リロケーションダメージを少なくし本人や家族への安心感へと繋がっている。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
43 かかりつけ医の受診支援 本人及び家族等の希望を大切に、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	医療連携体制をとっている。他に希望により他科受診やセカンドオピニオンも行っている。適切に診断をしてもらった上で、薬物療法や非薬物療法を行っている。		
44 認知症の専門医等の受診支援 専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している	精神科・脳神経内科・脳神経外科の専門医と連携を取り、認知症診断を行っている。脳診断を行った上で、適切な介護計画を立案している。		
45 看護職との協働 利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている	医療連携体制ができており、常に看護師がいる。本人の生活を24時間支えている介護職員から、状態を看護師に申し送りを行い健康管理をしている。		
46 早期退院に向けた医療機関との協働 利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、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。あるいは、そうした場合に備えて連携している	医療連携体制が確立しており、医療が充実している。入院が必要な場合は、病院との連絡を密にし、入居者の状態を把握すると共に早期退院に努めている。また、「緊急時入居者情報」シートを作り入院しても継続したケアができるようにしている。医療連携体制が整っているため、できる限り入院しなくてもよいように医師と看護師、家族、介護者と相談をし医療的なフォローと指針を決定している。		
47 重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	初回ケアプラン説明を始め、終末期に対しての家族の意向を確認している。また、状態の悪化に伴っての家族説明、終末期が近づいた際の家族説明と何度も繰り返し行っている。終末期の家族説明の際には、今後の家族の意向によりケア方針を決めている。		
48 重度化や終末期に向けたチームでの支援 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている	事業所全体でターミナルケアを推進しており、医療と介護が連携している。「ターミナルケアの対応マニュアル」を読み、スタッフもバーンアウトしないように家族の意向やケアの方針、これからの予測される状態などの説明を行っている。マニュアルを主体に情報収集を行い、本人と家族を支援できるプランを心掛けている。また、状態に応じて重度棟への移動も考慮している。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
49	<p>住み替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている</p>		
<p>・その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</p>			
<p>1. その人らしい暮らしの支援</p>			
<p>(1) 一人ひとりの尊重</p>			
50	<p>プライバシーの確保の徹底</p> <p>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない</p>		
51	<p>利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている</p>		
52	<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>(2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援</p>			
53	<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、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている</p>		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
54 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	嫌いな食物でもメニューによっておいしく食べられるようにしたり、食形態も個々によって工夫し刻んでも見た目が綺麗になるようにしている。食器洗いや調理にも参加していただいている。		
55 本人の嗜好の支援 本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、好みのものを一人ひとりの状況に合わせて日常的に楽しめるよう支援している	食べ物の嗜好品は管理栄養士と検討し、プランに取り入れ支援している。タバコは管理させていただいているが、本人の好むときに出して楽しんでもらっている。また、お酒は適量を主に夕食時に出している。		
56 気持ちよい排泄の支援 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、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している	排泄パターンや睡眠パターンを分析することによって、1人ひとり適切な時間で定時誘導を行っている。羞恥心や本人の状態・家族の意向を配慮して、トイレ誘導の工夫や排泄用具の使用を行っている。		
57 入浴を楽しむことができる支援 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、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支援している	浴室を清潔に保ち、花や置物で楽しい空間を作り支援している。1人ひとりのニーズを把握し、入浴時間や湯温などできる限り本人の希望に添った入浴をしている。		
58 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、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している	今までの生活の状態をアセスメントすると共に、入居後の睡眠パターンをアセスメント、分析することにより1人ひとりの睡眠パターンを把握している。アロマテラピーを使用したり、スタッフが添い寝を行い安心して眠れるようにしている。また、音楽をかけたり居室にてテレビをみれるようにしている。		
(3)その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援			
59 役割、楽しみごと、気晴らしの支援 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、楽しみごと、気晴らしの支援をしている	これまで行ってきた生活に密着した役割を中心に食器拭きやアイロン掛け、洗濯物などを入居者と一緒に行っている。囲碁や将棋、楽しい外出などを行っている		。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
60	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	基本的にお小遣いはスタッフにて預かっている。普段お金を使う場面はないが、外出企画などを立案することで意図的に入居者がお金を使うような場面設定や支援をしている。		
61	日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさずに、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している	散歩や企画にて行っている。プランにてスタッフと買い物や散歩を行っている。また、家族の協力も得て、外出の機会を多く保っているようにしている。		
62	普段行けない場所への外出支援 一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している	家族対応の外出の際に介助に不安があれば、職員が付き添うなどの支援を行っている。		家族を交えた外出企画など、機会が少ないので今後取組んでいきたい。
63	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	家族や本人の希望で支援している。年賀状や手紙を書いている。また、携帯電話を持参されている方もおられる。		
64	家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している	面会が頻繁に行われている。面会時間の制限がなく、気軽に来ていただけるような雰囲気作りを心がけている。		
(4)安心と安全を支える支援				
65	身体拘束をしないケアの実践 運営者及び全ての職員が「介護保険法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、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に取り組んでいる。しかし、身体拘束をしないことを職員は理解しているものの全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」の内容を知っているとは言えないため、今後伝えていく場を設ける必要がある。		理念に基づき行っているため、そのような行為はないが、ホーム長会議やワーカー会議で「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を伝え身体拘束について、理解を深めると共にスタッフがケアに当たる上で一度話し合う機会を設けたい。

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
66 鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	見守りを強化することで鍵を掛けないケアを実践している。見守りにてガーデンなど自由に外に出れる環境にある。		
67 利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している	常時見守りをし、安全の配慮を行っている。スタッフが声を掛け合い入居者の所在確認を行っている。		
68 注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている	刃物など危険なものには注意をはらい管理を徹底している。個人の能力に合わせ、危険予測を行った上で見守りの上で刃物などの使用をしている。		
69 事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	利用者一人一人の状態を把握することで危険予測をしっかり行い事故防止に取り組んでいる。医療的なことに関しては看護師による勉強会を依頼したり、随時説明を受けている。また、その他はヒヤリハットを始めとして、再発防止に努めたりワーカー会議を開催するなどしてスタッフの周知と確認を行っている。1度何かあったら全員で話し合い2度と起こらないよう内容に注意をして危険予測を行っている。 <u>避難訓練の実施</u>		
70 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、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている	看護師による指導あり。また、常時看護師と緊急電話連絡ができる状態を作っている。防災訓練などで消防員の方から応急救護の講習をうけている。		
71 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身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	年に数回避難訓練を行っている。消火器の設置場所の確認、非難経路の確認をしている。運営推進会議を通して、地域の方に呼びかけ協力を得ながら実施している。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
72 リスク対応に関する家族等との話し合い 一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている	MRI撮影し今後考えられる症状や(転倒など)起こり得るリスクなどをケアプランにて家族説明している。リスクを十分に説明した上で本人の意思や家族の意向をふまえてプランを立案している。		
(5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援			
73 体調変化の早期発見と対応 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている	毎朝バイタル測定を実施し特変者を全員で把握した上で、再度バイタル測定をしている。日々の状態と変化があった際には、看護師に連絡し医療的な相談をして連携をとっている。		
74 服薬支援 職員は、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	一人一人の服薬状況を书面化し職員が薬の効能と副作用を理解するように努めている。どのような疾患がありどのような理由で服薬しているかを把握できるように情報を共有している。		
75 便秘の予防と対応 職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる	できるだけ薬を使わないように腹部マッサージ・腹圧をかけている。薬物療法だけに頼らず、ハーブティの飲用も行っている。		
76 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力に応じた支援をしている	毎食後、歯磨き・イソジン消毒液で口腔ケアを実施。残存機能を活かし、自分で自ら口腔ケアをおこない出来ないところは介助を行い、歯科衛生士による往診、口腔ケアを定期的に取り入れ清潔保持に努めている。		
77 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	管理栄養士により、バランスのとれた献立ができています。健康状態や既往歴に応じて食事形態を変えたり、糖尿食・減塩食など用意している。栄養補助食品等も取り入れている。毎回食事・水分の摂取量をチェックし、栄養の低下・脱水にならないように努めている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
78	感染症予防 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)	感染症対策マニュアルに従い感染症の予防に努めている。手洗い・うがい等の徹底を行っている。また、夏場には、食中毒などに充分気をつけている。		
79	食材の管理 食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている	毎日調理用具を消毒し、食材等は毎日新鮮で安全なものを届けてもらっている。調理を行う前に器具の消毒を行い再度夜勤者も同様に消毒をしている。また、冷蔵庫の温度チェックを行っている。		
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり				
(1)居心地のよい環境づくり				
80	安心して出入りできる玄関まわりの工夫 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、安心して出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている	ガーデンや玄関まわりに草花を植えたり季節の飾りを設け、親しみやすく安心感をもって頂けるよう工夫している。		
81	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)は、利用者にとって不快な音や光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	照明は高齢者の目に優しい照度が設定されている。また、温度調整は夏は冷房28度、冬は暖房23度に設定し居心地の良い空間を配慮している。季節の花を飾ったり、カレンダーなどをおいている。		
82	共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中には、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	共有空間には、いつでも寛げるように椅子やソファが配置されている。ソファの座る位置が自然と入居者同士の中で決まっている様子。そこに座って落ち着き、新聞を読んだり他入居者との会話を楽しんでいる様子が伺える。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
83 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	居室にはタンス等使い慣れた物を持ち込めることができ本人・家族の意向を考慮している。本人の意向で居心地の良いものを用意し、居室に置いていただいている。		
84 換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のだよみがないよう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないよう配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている	各場所に温度計を設置して快適な温度調整をしている。室温調整 冷房28度 暖房23度に設定。また、冬には加湿器を設置し加湿にも努めている。そして、季節に応じ適正換気を行っている。		
(2)本人の力の発揮と安全を支える環境づくり			
85 身体機能を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの身体機能を活かして、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	生活リハビリのために最低限の手すりにしている。これまでの生活を継続し、ベットの方や布団の方などそれぞれのADLの状態によって支援している。残存機能を低下させない様に最大限の能力が活かされるように心がけている。		
86 わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	混乱の兆しが見られた際には、すぐにケースワークを実施している。また、認知状態に応じて、メモリアルボックスを工夫し自分の居室の表札代わりとしている。表示や目印・カレンダー・掲示物を使って、リアリティオリエンテーションを実施。声掛けや確認により、自己決定を促すと共に安心して生活ができるようにしている。		
87 建物の外周りや空間の活用 建物の外周りやベランダを利用者が楽しんだり、活動できるように活かしている	大きなハーブガーデンがあり利用者が花を摘んだり散歩・体操等をして活動的に過ごせるように整備している。身体を動かしながら、五感の刺激を促している。		

( 部分は外部評価との共通評価項目です)

. サービスの成果に関する項目		取 り 組 み の 成 果 (該 当 する 箇 所 を 印 で 囲 む こ と)
項 目		
88	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	ほぼ全ての利用者の 利用者の2/3くらいの 利用者の1/3くらいの ほとんど掴んでいない
89	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	毎日ある 数日に1回程度ある たまにある ほとんどない
90	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
91	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	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
93	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
94	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	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
95	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ます	ほぼ全ての家族と 家族の2/3くらいと 家族の1/3くらいと ほとんどできていない
96	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	ほぼ毎日のように 数日に1回程度 たまに ほとんどない

項 目		取 り 組 み の 成 果 (該 当 する 箇 所 を 印 で 囲 む こと)
97	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	大いに増えている 少しずつ増えている あまり増えていない 全くいない
98	職員は、生き活きと働けている	ほぼ全ての職員が 職員の2/3くらいが 職員の1/3くらいが ほとんどいない
99	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	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない
100	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	ほぼ全ての家族等が 家族等の2/3くらいが 家族等の1/3くらいが ほとんどできていない

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(この欄は、日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入してください。)

環境整備に力を入れています。入居者の方がお散歩に行くとガーデンの草花を摘んで来られ、常に生花が絶えない環境作りをして棟内を明るくしています。また、檜風呂では、季節のお花を飾り楽しく入浴をしていただくと共に認知症の失見当識へのアプローチを行っています。