

## 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
I. 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. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
II. 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
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	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
IV. 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	1470200955
法人名	社会福祉法人 若竹大寿会
事業所名	グループホーム わかたけ西菅田
訪問調査日	平成21年1月31日
評価確定日	平成21年2月28日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

#### ○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

【評価実施概要】

事業所番号	1470200955
法人名	社会福祉法人 若竹大寿会
事業所名	グループホーム わかたけ西菅田
所在地	221-0864 横浜市神奈川区菅田町108 (電 話) 045-478-0700

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 SYビル2F		
訪問調査日	平成21年1月31日	評価確定日	平成21年2月28日

【情報提供票より】(平成19年12月28日事業所記入)

(1)組織概要

開設年月日	昭和・平成 16 年 4 月 1 日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	22 人	常勤 10 人, 非常勤 12 人, 常勤換算 12.4 人	

(2)建物概要

建物構造	軽量鉄骨造り		
	1 階建ての	1 階 ~	1 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)	65,000 円	その他の経費(月額)	46,000 円
敷 金	有( 円) (無)		
保証金の有無 (入居一時金含む)	(有)( 300, 000 円) 無	有りの場合 償却の有無	(有)／無
食材料費	朝食	円	昼食 円
	夕食	円	おやつ 円
	または1日当たり 1300 円		

(4)利用者の概要(12月28日現在)

利用者人数	18 名	男性	2 名	女性	16 名
要介護1	2 名	要介護2	4 名		
要介護3	3 名	要介護4	5 名		
要介護5	4 名	要支援2	名		
年齢	平均 84.9 歳	最低 73 歳	最高 96 歳		

(5)協力医療機関

協力医療機関名	鴨居病院、大口東総合病院、牧野記念病院、西菅田歯科医院
---------	-----------------------------

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

経営母体は社会福祉法人 若竹大寿会で、福祉関連の大きな組織であり、グループホームの他、特養、老健、在宅介護支援センター等を持ち、確たるポリシーを持ってケアを展開している。マズローのニーズ5階層に基づく理念と玄関に鍵はかけないケアを大前提として介護を展開している。建物の間取り及び設備については、設立時に統括責任者が各グループホーム経験のノウハウを取り入れて設計・施工したので各所に画期的な工夫が為されケアの力となっている。良い点を列举すると、①若竹大寿会の理念、あるべき姿の中に「地域の信頼を得て、地域を支え、地域に支えられる法人」と地域密着がうたわれその実践。②マズローの理念をベースとした職員教育による職員のスキルアップ。③介護計画を改善し、身体のみでなく心のケアを加味したものへのバージョンアップ。④食事介護の一環として前もっての献立は決めず、その都度メニューを考えて、利用者と一緒に買い物を実施している。⑤介護は職員、家族、利用者の三位一体の精神での取り組み。⑥ここにいれば職員が学べると云う環境作り。などに取り組んでいる。

【重点項目への取り組み状況】

重点項目①	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)
	この1年間はリスクマネジメントに於けるヒヤリハットと介護計画の改善に取り組んだ。(ヒヤリハットについては「わかたけ小机」をご参照下さい。)介護計画の改善の大きな骨子はマズローのニーズ5階層に基づく計画「私が自分らしく輝いて暮らすための計画」を2に分け基礎2層をADL表に、上位3層を心のケアの部分として独立させ、アセスメントシートをフリーペーパーとして気付きを自由に記入して計画に組み込むようにした。センター方式のA,Bをご家族に記入してもらい三位一体の介護計画を推進している。
重点項目②	今回の自己評価に対する取り組み状況(関連項目:外部4)
	マズローのニーズ5階層の欲求を満たす為の活動をベースとして、全ての介護業務に於いてPDCAを回すことを活動の根幹とし、ケアそのものもPDCAを回す組み立てが出来ている。自己評価も当然、その一環としており、目標の再認識、自己及びホームの改善点の明確化に活用している。
重点項目③	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)
	運営推進会議の前提としての自治会への加入については、地域の関連性の問題で、加入した自治会は南町自治会、ホームとの関連性で運営推進会議への参加は南町自治会長のお勧めで西菅田団地自治会長と事務局長に参加して頂くこととなり、地域の情報を教えて頂くなどご協力を頂いている。運営推進会議は2ヶ月に1回ペースで開催し、それ以外のメンバーはご家族4名と事務局であり、オブザーバーとしてケアプラザ(地域包括支援センター)の主任ケアマネが加わっている。ケアプラザからは介護予防の情報などお聞かせいただいたりしている。
重点項目④	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)
	ご家族は良く訪問してくれる。また家族会は毎月1回開催している。基本的に利用者は家族に会えないと淋しい、ご家族には利用者に会う以外にもグループホームを知っていただき、介護計画の作成にも参画して頂くための家族会とし、理解と役割分担をお願いしている。家族会としてバーベキューパーティのようなイベント、お茶飲み会などを行い、家族、利用者、ワーカーが三位一体で支えあう体制が固まっている。これは第1回家族会開催以来の歴史により積み重ねられた信頼関係の賜物である。
重点項目⑤	日常生活における地域との連携(関連項目:外部3)
	①自治会への加入(前述)、②幼稚園にはお散歩時におじゃましている、中学生の体験学習を受け入れている。③神奈川県の介護予防事業への協力として、老人クラブへ認知症予防の健康教育を開催している、④菅田ケアプラザと協力し支援マップを作成している、⑤ボランティアの受け入れではフラダンス、活け花、自治会からのご紹介による子どものバレエ(ダンス)、区社協からサマースクールで学生のボランティアの受け入れなど行っている。

## 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)
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1. 理念と共有					
1	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	「自分らしく輝いて暮らせるホームを目指す」という理念のもと、認知症の方の欲求をマズローの5段階欲求に照らし合わせて満たしていくこと、日々いかに入居者のメッセージに気づけるかを意識して取り組んでいる。ホームとして地域へ向けてさらに理念を元に認知症のケアを多くの人へ伝えていく。	○	理念を日々の自分の行動に添ってしっかり意味づけをして指導できる職員をさらに増やして行く。ホームとして地域へ向けてさらに理念を元に認知症のケアを多くの人へ伝えて行く。
2	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	休憩室に理念を掲示していつでもすぐに見られるようにしている。問題や課題に対して理念のパネルを活用してOJTをしている。理念をもとに日々カンファレンスをして職員間で共有し個々のケアプランへつなげている。	○	現状に満足せず、意識だけでなく毎日のカンファレンスをより充実させ、その人の意思を大切にした個別ケアを実践するように取り組んでいる。
2. 地域との支えあい					
3	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	自治会に加入してより活動への参加ができるようになった。ケアプラザ主催の住民見学会、ボランティア学習会・介護教室の実施をして地域の理解に努めている。ホームページもある。地域主催の盆踊りや夏祭り・防災訓練等へ参加して地域の方との交流をはかっている。	○	認知症のケアでの相談ができる場所として地域でのホームの役割を果たしていけるようにする。地域に向けた講習会や勉強会の充実。
3. 理念を実践するための制度の理解と活用					
4	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	自己評価をすることで目標の再認識、自己の改善点が明確になる。個人・チームとしてどのように取り組んでいくかを話し合っている。さらに自分たちの目標や課題を明確にして、職員間で共有していく。日々のケア・取り組みを理念に展開して考えられる職員を増やしていく。PDCAサイクルを回していく。		今後も継続して実施して行く。
5	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	2ヶ月に1回、地域の代表者として西菅田団地自治会長と事務局長、利用者家族が参加。地域包括支援センターからオブザーバーとして出席してもらい開催している。地域の防災対策や地域活動の情報提供をもらい、ホームのサービスにつなげている。地域にホームが還元できることを地域の人の意見も聞き、取り組んで行く。		今後も継続して実施して行く。

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	区主催の徘徊高齢者支援事業、認知症サポーター養成講座等で市町村担当者とは連絡を取りあい、地域へ向けた認知症の理解を深めるための取り組みを共にしている。区内のG Hが運営推進会議を設置することが困難な状況があった時、積極的に行政と連携を取り解決に取り組んだ。	○	神奈川区や地域ケアプラザから認知症の理解や予防のための講演会・勉強会などを依頼されるなど、認知症を理解してもらうための連携をとっている。認知症サポーター養成講座を開く為の講師役の勉強会をホームが主導を取り月1回実施している。
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	家族会を月に一回実施している。日々の様子・健康状態や職員間で話し合いを行った内容を記録用紙に記載し来所時や家族会に報告をしている。個人記録を利用者代理人がいつでも閲覧でき、定期的に家族へ報告している。緊急を要することは電話やFAXも活用している。		今後も継続して実施して行く。
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	家族会はホーム側からの一方的な話しの場にせず、家族の意見も聞ける環境にしている。お茶会、食事会、スライドショー等、様々な形式を取り、話しやすい雰囲気作りをして家族同士の交流の場にもなっている。家族の意見も反映させる取り組みをしている。ホームの玄関に苦情相談窓口（神奈川区や国保連）を掲示し外部へ表出してもよいことを伝えている。		今後も継続して実施して行く。
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・退職に対して入居者や家族へ影響ないように配慮、調整している。説明が必要なときには個別に対応している。多数の職員が継続的に従事しており、離職も軽減している。入居者と顔馴染みの関係ができている。働きやすい環境づくりにも配慮して取り組んでいる。		今後も継続して実施して行く。
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	職場内はあらゆる機会を使いOJTしている。リーダー会も教育の場になっている。法人全体での教育プログラムがあり、管理者・リーダー・中堅・新人等、段階に合わせた研修に参加している。外部の研修にも職員の能力に合わせて参加している。		今後も継続して実施して行く。
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	法人内の勉強会や他G Hとの交換研修を行って、交流を持っている。他施設と交流を持つことで、良い所はホームに持ち帰り、質の向上に繋げている。各ユニットの入居者の状況を勘案し、不利益にならないように積極的に実習生を受け入れている。教育的な関わりをしている		今後も継続して実施して行く。

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)
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	○馴染みながらのサービス利用 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	契約に至るまでの間も個別に考え、必要に応じて入居面談での職員と他入居者との関わりを持てるように回数や面談時間等、工夫している。家族の希望もふまえて利用してもらっている。さらに職員間で情報を共有し、新しい職員や、できていない職員へ指導していく。	○	さらに職員間で情報を共有し、新しい職員や、できていない職員へ指導していく。
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	○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、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	入居者の出来ることの発見の喜びを職員間で共有し、継続出来るように取り組んでいる。家事や来客のおもてなしなど、持っている力を発揮できるきっかけづくりをしている。一緒にお茶飲みをしながら会話をし、その方の思いを理解するよう努めている。嬉しい事、辛い事を共にして、支えあって生活をしている。		今後も継続して実施して行く。
<b>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</b>					
1. 一人ひとりの把握					
14	33	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	ホームでどのように暮らしたいか、本人・家族の希望をケアプランへ反映させながら、理念の自分らしく輝いて暮らせるよう支援している。個々の力に合わせて可能な限り制限なく、ひとりでの外出や食べたいものを食べられるという生活ができるように取り組んでいる。	○	カンファレンスの場をさらに充実させて、職員間で個々の持っている情報を共有し、より入居者が自分らしく輝いて暮らせるよう支援していく。
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	○チームでつくる利用者本位の介護計画 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	入居者が自分らしく輝いて暮らせるように日々職員間で話し合いをし、アセスメント・立案・評価を行っている。アセスメントシートは誰でもが記入できるように書きやすいものに改善した。また、家族とも話し合いをし、家族の意見も聞きながら作成している。生活を主体のケアプランを充実させるために、課題分析しケアへ結びつけている。		今後も継続して実施して行く。
16	37	○現状に即した介護計画の見直し 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	本人の状態に変化があった場合には職員間で話し合いをし、適宜タイムリーに変更している。カンファレンスは入居者の様子・フロアの状況を考慮しながら出来る限り毎日実施している。その日の出勤者で、常勤も非常勤も参加して見直しを行っている。意見も活発に出ており情報交換・共有しケアに生かしている。		今後も継続して実施して行く。

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(事業所及び法人関連事業の多機能性の活用)					
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	入居者一人ひとりの変化に対して、法人内との連携を持ち対応している。管理栄養士からのアドバイスや機能訓練での理学療法士のアドバイスなど得ている。認知症対応型共同生活介護として限界もあるが、入居者の生活が困らないように、必要なサービスを検討し支援している。		今後も継続して実施して行く。
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域支援との協働					
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	医療連携をとっている病院だけではなく、ひとり一人利用したい医療が使えるように支援している。現在希望に合わせ内科医3人、歯科医2人の先生に往診をして頂いている。		本人・家族の希望を第一にして、入居者にとって適切な医療が受けられるように話し合っている。地域の医療機関の情報を得ていく。往診可能な医院や連携機関の歯科医院についてはホームの状況を理解してもらっている。連携医療機関への受診は夜間でも対応してくれる。
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	家族から入院はさせずにできるだけここで最期を過ごさせたいという入居者について家族・かかりつけ医・職員で話し合いの場を多く持ち取り組んでいる。重度化・終末期のホームの指針も示して理解を得ている。。実際に、看取りまで行うという事で、医師、家族、ホームで話し合い連携がとれている方もある。終末期に対応できるクリニックとの連携を強化していく。	○	今後も継続して実施して行く。
IV. 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	リビング・居室でのプライバシーに個別に対応している。他者への情報提供も代理人と話し合い許可するかの否かの意思確認を適宜行い徹底している。FAXも個人情報送信していない。		今後も入居者・家族へのプライバシー保護に徹底して努める。
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	入居者個々に合わせて今までの生活リズムで暮らしている。起床就寝時間もひとり一人の希望に合わせている。それに合わせて食事の時間も一律ではない。入浴も夕食前と夕食後対応できるようにして入居者に合わせている。職員中心に進めると、入居者に伝わりケアが大変なることを職員が理解しており相手に合わせてケアしている。		今後も継続して実施して行く。

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	ひとり一人の力に合わせて、調理や下ごしらえ、盛りつけ等を職員と一緒にやっている。職員が感謝・労いの言葉を述べることで、自分の役割や充実感を持ってもらえるようにしている。一緒に食事を楽しむための雰囲気作りをしている。旬の野菜や果物を取り入れて季節感を味わえるようにしている。個々の誕生日も好きな物でお祝いしている。	○	食事介助の必要な方が増えてきており、介助方法の技術指導を行っていく。
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	入浴は好きなときに入れて、夕食前、夕食後も対応できるようにしている。入居者のタイミング・希望に合わせて入浴してもらえるよう職員間で連携をとっている。身体的に重度な方の入浴について、時間帯や介助方法を話し合い、より安心して入浴できるように取り組んでいる。		今後も継続して実施して行く。
(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	一人ひとりが力の発揮が行えるよう、出来ること、興味があることを探り、きっかけ作りをしている。家事や掃除、おやつ作りなど活発に場面作りをし、最初の関わりはいいが、最後まで見届ける前に職員が介入してしまうため教育が必要。	○	日々の関わりの気づきを通じて色々な活動を検討していき、力を発揮する場の提供を行っていく。こちらがやってあげてしまうことがケアではなく、ここまでならば入居者ができるといことを意識して関わる。来ていない職員には個別にて指導・教育を行っていく。
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	入居者のその時の状態や気分を考慮し、買い物へ出かけている。買い物を楽しめるように、普段から職員が買い物に追われないような状況にしている。食品以外も近隣のお店に買い物へ出かけている。入居者によってはバスなどの交通機関の利用も可能。買い物・外食等の支援行っていく。		今後も継続して実施して行く。
(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	基本的に夜間帯以外は施錠は行っていない。施錠はせずに本人が好きなきに、自由に出て行けるという環境作りをしている。そこに伴うリスクも職員は理解し、所在確認を徹底している。安心で落ち着けるように日々の生活を整える事で、施錠しなくても対応は可能である。	○	今後も継続して実施して行く。
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	月一回、防災訓練を行っている。それに基づいてマニュアルも改訂している。地域の防災訓練にも参加し繋がりを持っている。緊急避難場所、備蓄品の情報も得ている。実際に起きたときに地域の協力が得られるかが今後の課題であり、地域の方々と情報交換をしている段階。今後具体的な取り組みを検討。		今後も継続して実施して行く。

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	個別に水分摂取量、食事摂取量の表で把握している。また嚥下・咀嚼が困難になっている方には、個別にミキサー食・刻み食・水分にはとろみをつける等、行っている。職員が必ず一緒に食事をし、楽しい食事に心がけている。献立はホーム職員の管理栄養士に確認してもらい傾向と対策を考えている。		今後も継続して実施して行く。
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	落ち着けて、家庭的な雰囲気を感じることが出来る空間づくりをし、一般家庭で使用する備品や調度を入れている。音楽・TVの音量も大きくせず配慮している。また、玄関には正月飾りや果物等を置き、季節を感じられるようにしている。	○	職員間での会話の声は、入居者にとっては不快を招くため、声のトーンを職員に意識付けする。出来ていない職員に対しては、適宜指導している。慣れにより、意識が薄くなることもあるため、お互いのケアを振り返る必要がある。
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	入居される前に使用していたなじみの物を入居時に持ってきてもらって本人・家族と相談して環境作りをしている。居室に置いてある物は仏壇、鏡台、家具等、居室によって様々である。エアコン、蛍光灯以外は個人で準備するようになっている。		今後も継続して実施して行く。



# 自己評価票

- 自己評価は全部で100項目あります。
- これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。
- 項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。点検は、項目の最初から順番に行う必要はありません。点検しやすい項目(例えば、下記項目のⅡやⅢ等)から始めて下さい。
- 自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。
- 自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かして下さい。

## 地域密着型サービスの自己評価項目構成

	項目数
I. 理念に基づく運営	22
1. 理念の共有	3
2. 地域との支えあい	3
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	5
4. 理念を実践するための体制	7
5. 人材の育成と支援	4
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	10
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	4
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	6
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	17
1. 一人ひとりの把握	3
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	3
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	10
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	38
1. その人らしい暮らしの支援	30
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	8
V. サービスの成果に関する項目	13
合計	100

## ○記入方法

### [取り組みの事実]

ケアサービスの提供状況や事業所の取り組み状況を具体的かつ客観的に記入します。(実施できているか、実施できていないかに関わらず事実を記入)

### [取り組んでいきたい項目]

今後、改善したり、さらに工夫を重ねたいと考えた項目に○をつけます。

### [取り組んでいきたい内容]

「取り組んでいきたい項目」で○をつけた項目について、改善目標や取り組み内容を記入します。また、既に改善に取り組んでいる内容・事実があれば、それを含めて記入します。

### [特に力を入れている点・アピールしたい点](アウトカム項目の後にある欄です)

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。

## ○評価シートの説明

評価調査票は、プロセス評価の項目(No.1からNo.87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(No.88からNo.100)の2種類のシートに分かれています。記入する際は、2種類とも必ず記入するようご注意ください。

事業所名	社会福祉法人若竹大寿会 グループホームわかたけ西菅田
(ユニット名)	太陽ユニット
所在地 (県・市町村名)	神奈川県横浜市神奈川区菅田町
記入者名 (管理者)	下山 博美 大地 未佐子
記入日	平成 21年 1月 15日

## 地域密着型サービス評価の自己評価票

( ☐ 部分は外部評価との共通評価項目です )

取り組んでいきたい項目

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>I. 理念に基づく運営</b>				
<b>1. 理念と共有</b>				
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	「自分らしく輝いて暮らせるホームを目指す」という理念のもと、認知症の方の欲求をマズローの5段階欲求に照らし合わせて満たしていくこと、日々いかに入居者のメッセージに気づけるかを意識して取り組んでいる。	○	理念を日々の自分の行動に添ってしっかり意味づけをして指導できる職員をさらに増やしていく。ホームとして地域へ向けてさらに理念を元に認知症のケアを多くの人へ伝えていく。
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	休憩室に理念を掲示していつでもすぐに見られるようにしている。問題や課題に対して理念のパネルを活用してOJTをしている。理念をもとに日々カンファレンスをして職員間で共有し個々のケアプランへつなげている。	○	現状に満足せず、意識だけでなく毎日のカンファレンスをより充実させ、その人の意思を大切にしたい個別ケアを実践するように取り組んでいる。
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るよう取り組んでいる	家族へ入居時の説明・その後も日々の様子報告・ケアプラン説明から理念を理解してもらえるよう取り組んでいる。見学者や入居相談、介護者教室などでも地域へ理念を通してホームのケアを伝えている。	○	さらに認知症の方々が自分らしく暮らすために日々ホームで取り組んでいることをより多くの人たちに知ってもらえるように外部へもっと発信していく。
<b>2. 地域との支えあい</b>				
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	日中は門扉を開放しており、入りやすい雰囲気をつくっている散歩中など、こちらから挨拶をするように心がけている。地域の方が鈴虫やお裾分け、行事の知らせなどで立ち寄ってくれる。	○	気軽に立ち寄ってもらえるような場とする為、地域行事での交流の中で、積極的なきっかけ作りを行っていく。
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	自治会に加入してより活動への参加ができるようになった。ケアプラザ主催の住民見学会、ボランティア学習会・介護教室の実施をして地域の理解に努めている。ホームページもある。地域主催の盆踊りや夏祭り・防災訓練等へ参加して地域の方との交流をはかっている。	○	認知症のケアでの相談ができる場所として地域でのホームの役割を果たしていけるようにする。地域に向けた講習会や勉強会の充実。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り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	地域で認知症高齢者を抱えた家族や介護で困っている方へアドバイスをしたり、認知症で道に迷った方を保護したりしている。また講師として地域へ向けて認知症の講習会・勉強会も行っている。職員間でも地域についてホームとしてできることを話し合うことがある。	○	認知症のケアでの相談ができる場所として地域でのホームの役割を果たしていけるようにする。自治会などと連携しより地域のニーズによりあった講習会や勉強会の実施。
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	自己評価をすることで目標の再認識、自己の改善点が明確になる。個人・チームとしてどのように取り組んでいくかを話し合っている。	○	さらに自分たちの目標や課題を明確にして、職員間で共有していく。日々のケア・取り組みを理念に展開して考えられる職員を増やしていく。PDCAサイクルを回していく。
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	地域の代表者として西菅田団地自治会長と事務局長、利用者家族が参加。地域包括支援センターからオブザーバーとして出席してもらっている。地域の防災対策や地域活動の情報提供をもらい、ホームのサービスにつなげている。	○	月二回の実施を継続して地域との連携を深めてホームのケアに活かしていく。また、地域にホームが還元できることを地域の人の意見も聞き、取り組んでいきたい。
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	区主催の徘徊高齢者支援事業、認知症サポーター養成講座等で市町村担当者とは連絡を取りあい、地域へ向けた認知症の理解を深めるための取り組みを共にしている。区内のGHが運営推進会議を設置することが困難な状況があった時、積極的に行政と連携を取り解決に取り組んだ。	○	神奈川区や地域ケアプラザから認知症の理解や予防のための講演会・勉強会などを依頼されるなど、認知症を理解してもらうための連携をとっている。認知症サポーター養成講座を開く為の講師役の勉強会をホームが主導を取り月1回実施している。
10	○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域福祉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	地域権利擁護事業や成年後見制度について職員がいつでも見られるように資料がファイリングされている。職員間でも情報交換を日々している。周知がされているかの確認として各自職員がサインをしている。家族へも必要時、情報提供している。	○	現状の取り組みを継続していく。全職員が内容を理解しているわけではないので、学ぶ機会を用いる。理解を深めた上で、ホームでのケアの中で展開して考えられるようにしていく。
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	法人理念ホームの理念に虐待防止を徹底している。事務所に高齢者虐待防止関連法のファイリングしたものがあり閲覧できるようになっている。カンファレンスの場を活用して、身体拘束・虐待防止についての職場内研修を実施している。	○	日々のケアを振り返りながら、より実践的な身体拘束・虐待防止についての職場内研修の場を多く設けていく。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り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	入居前に契約書・重要事項説明書を渡して説明し理解してもらうように代理人と話し合っている。ホームの理念、方針、ケアについて理解した上での契約をしている。退居時もそれぞれ個別であり、その方の不利益にならないよう、本人、入居者代理人、職員で十分に話し合っている。	○	入居途中で医療連携体制加算等、利用料が変更になる事もあるので、家族会等の機会を利用し説明をしている。今後も、家族会の場を活用しながら説明と同意を行い、理解してもらうことに務める。
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	職員は入居者一人ひとりの意思を尊重し日々ケアをしている。意思の表現ができない方であっても家族と情報交換してその人にとって良い環境づくりをしている。	○	ホームの玄関に苦情相談窓口（神奈川区や国保連）を掲示している。利用者の思いについて家族から情報を得るようにしている。家族が利用者の思いに気づけるように支援が必要である。
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あわせた報告をしている	日々の様子・健康状態や職員間で話し合いを行った内容を記録用紙に記載し来所時や家族会に報告をしている。個人記録を利用者代理人がいつでも閲覧できるようにしている。	○	家族会を月に一回実施しており、定期的に家族へ報告している。緊急を要することは電話やFAXも活用。ケアプランを通して日々の生活を伝えて理解を得ている。家族への報告の仕方がよりわかりやすく適切にできる職員を増やしていく
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	家族会はホーム側からの一方的な話し合いにせず、家族の意見も聞ける環境にしている。お茶会、食事会、スライドショー等、様々な形式を取り、話しやすい雰囲気作りをして家族同士の交流の場にもなっている。家族の意見も反映させる取り組みをしている。ホームの玄関に苦情相談窓口（神奈川区や国保連）を掲示し外部へ表出してもよいことを伝えている。	○	苦情としてはあがっていないが、日々の訪問時にご家族から改善事項があがったときには、早期の対応に心がけている。家族とケアプランやホームでのその方の暮らし方、など個別に話し合っている。来所時にも職員と話しやすい環境をつくっている。
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	日々のカンファレンスの場に参加してホームの運営（勤務体制・入居者の受け入れ等）についても職員間で話し合っている。	○	職員の意見から改善につながることはたくさんあり、一人ひとりがホームの質を上げるために意識を持って取り組んでいく体制をさらに整えていく。
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	必要に応じての勤務変更がスムーズにいくよう調整している。職員一人ひとりが勤務変更に関心を持って柔軟に対応している。	○	勤務での調整が必要なときも職員間での話し合い・協力体制で解決している。
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・退職に対して入居者や家族へ影響ないように配慮、調整している。説明が必要なときには個別に対応している。	○	多数の職員が継続的に従事しており、離職も軽減している。入居者と顔馴染みの関係ができています。働きやすい環境づくりにも配慮して取り組んでいる。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
5. 人材の育成と支援				
	○職員を育てる取り組み	職場内はあらゆる機会を使いOJTしている。リー		社内外の研修には参加できずとも調整してい

19	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	リーダー会も教育の場になっている。法人全体での教育プログラムがあり、管理者・リーダー・中堅・新人等、段階に合わせた研修に参加している。外部の研修にも職員の能力に合わせて参加している。	○	法人内外の研修には参加できるように調整している。職員個々に研修が意義あるものになるよう段階を踏まえて参加を勧めている。現場でのOJTがトレーニングになっている。
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	法人内の勉強会や他GHとの交換研修を行って、交流を持っている。他施設と交流を持つことで、良い所はホームに持ち帰り、質の向上に繋げている。各ユニットの入居者の状況を勘案し、不利益にならないように積極的に実習生を受け入れている。教育的な関わりをしている	○	他施設と交流することで自分たちの良いところ、課題が明確になり、質の向上につながっている。これからも多くの研修生を受け入れ交流する機会を増やしたい。そして、ホームのケアを伝えることで自分たちの学びにつなげたい。
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	職員間での勤務時間内外を問わず、話し合いの場を多く持ち、個別にも話し合いをする機会を作っている。働きやすい環境づくりをしている。交流の場として職場外でも話せるように会合なども企画している。	○	職員の表情や様子の変化に気づき話し合う場を設ける。今後も外部にスーパーバイズできる人を確保していくようにする。
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	職員一人ひとりの力量を日々の働きから評価している。個々に役割を明確にして得意なことは伸ばしていき、課題に対しては改善していく。	○	職員自身が質の高いケアを行っているという思いがあり、それがモチベーションにつながっている。個々に評価した時に努力して向上していく職員へのモチベーションを下げないための体制づくりの強化。

## Ⅱ.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	○初期に築く本人との信頼関係 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	入居前にはホームへ来てもらい一緒にリビングで過ごし、その方の思いや不安など話を聞く機会をもっている。また入居当日は、ホームが安心できる場であるよう環境づくりをしている。慣れない場に突然来ることの不安を無理に説得はせずに受けとめている。	○	入居初期のケアは特に重要でありホームの環境・職員との関わりが穏やかな生活をするために必要である。そのことを職員全体で理解しそのことをリーダーシップ取れる職員を増やしていく。
24	○初期に築く家族との信頼関係 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	見学・面談を通して家族の思いを理解するよう思いを聞き話し合いを重ねている。家族の思いも個々に違い個別に対応している。入居前に家族の思いを十分に表出してもらい相談に応じていることが、入居後の信頼関係につながっていることも多い。	○	入居者で毛ではなく家族も不安や困っていることがあることを理解し、話しやすい環境をつくっている。職員一人ひとりが家族とのコミュニケーションを大事にしている。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
25	○初期対応の見極めと支援 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	入居相談を受けたとき、必ずしもGHへ入居ではない場合もあり、その方の現在の状態や環境、経済面も考慮しながら何を一番に支援すればよいのかを考えながら応じている。ホームへの入居の場合もその後の生活について話し合っている。	○	理念に基づき地域の人であってもその人にとって一番良いことを第一に考え対応している。

26	○馴染みながらのサービス利用 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	契約に至るまでの間も個別に考え、必要に応じて入居面談での職員と他入居者との関わりを持てるように回数や面談時間等、工夫している。家族の希望もふまえて利用してもらっている。	○	さらに職員間で情報を共有し、新しい職員や、できていない職員へ指導していく。
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援				
27	○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、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	家事や来客のおもてなしなど、持っている力を発揮できるきっかけづくりをしている。一緒にお茶飲みをしながら会話をし、その方の思いを理解するよう努めている。嬉しい事、辛い事を共にして、支えあって生活をしている。	○	職員一人ひとりが感じている、入居者のできることの発見の喜びを職員間で共有して、継続できるように取り組んでいく。
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	職員と家族は入居者を主に、ホームでの生活について思いを共有している。持てる力の発揮、入居者の表情が穏やかになっていく様子など、家族と共に喜びや悲しみを共にして関係を築いている。	○	さらに職員一人ひとりが感じている、入居者のできることの発見の喜びを家族へ伝えていける職員を育てていく。家族の思いを引き出し受け止める支援を強化していく。
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	気軽に訪問できるようにするのは、ホームの方針である。インターホンは鳴らさずに、いつでも入って来られる環境にしている。家とより近い環境づくりをし、家族ももう一軒の家のように過ごして下さっている。実際に在宅で親子関係が悪く交流が途絶えていた方が、入居後の支援によって関係が修復できた人もい	○	家族にとってもホームに来やすい環境を継続し、それぞれの思いを受け止めながら、より良い関係作りの支援を行っていく。
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	今までの関係が継続できるように個々に合わせて支援している。友人が来訪したり、手紙を送られてくる。家族との関係も以前よりも良好になったという声もあがっている。	○	継続できる環境を今後も提供していく。
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	入居者様同士の関係性を考えながら、リビングの席の配置を決めている。入居者同士の関係が、生活に影響を与えるため、場面設定やきっかけづくりをしている。自立度の高い入居者同士の家事や洗濯など、個々に力を発揮できるよう、役割分担を職員がかなり調整している。	○	入居者様同士の関わりがお互いのストレスになってしまふことがあるため、入居者様の言動に職員は常に配慮し、ストレスの軽減に努める。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	退居後も必要に応じて、家族からのその後の相談や経過報告を受けている。本人の様子を見に面会に行くこともある。	○	退居については入居時に文書で説明をしている。退居時は、十分ご家族の希望を聞きながら支援をしている。

### Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント

#### 1. 一人ひとりの把握

33	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	ホームでどのように暮らしたいか、本人・家族の希望をケアプランへ反映させながら、理念の自分らしく輝いて暮らせるよう支援している。個々の力に合わせて可能な限り制限なく、ひとりでの外出や食べたいものを食べられるという生活ができるように取り組んでいる。	○	カンファレンスの場をさらに充実させて、職員間で個々の持っている情報を共有し、より入居者が自分らしく輝いて暮らせるよう支援していく。
34	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人・家族からの情報収集を行ったり、入居後も、必要に応じて家族から情報収集しケアに活かしている。	○	一人一人の力を日々の会話や行動から引き出すトレーニングを実施。出来ていない職員には、個別にて指導・教育が必要。
35	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている	食事、排泄、睡眠状況等を個別に記録し、そこから得た情報をアセスメントすることで、現状の把握をしている。できることに気づき、その力を発揮できるようにきっかけづくりをしている。	○	生活リズムは個々に違いそれに合わせて、職員は日々ケアしている。家事が得意な方、外出が好きな方、一人でゆっくり過ごすのが好きな方など、様々である。

#### 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	○チームでつくる利用者本位の介護計画 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	入居者が自分らしく輝いて暮らせるように日々職員間で話し合いをし、アセスメント・立案・評価を行っている。アセスメントシートは誰でもが記入できるように書きやすいものにしている。また、家族とも話し合いをし、家族の意見も聞きながら作成している。	○	生活を主体に考えさらにケアプランを充実させるために、複数の記録用紙を使用しながら、課題分析しケアへ結びつけている。
37	○現状に即した介護計画の見直し 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	本人の状態に変化があった場合には職員間で話し合いをし、適宜タイムリーに変更している。	○	カンファレンスは入居者の様子・フロアの状況を考慮しながら出来る限り毎日実施している。その日の出勤者で、常勤も非常勤も参加して見直しを行っている。意見も活発に出ており情報交換・共有しケアに生かしている。

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り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	職員はケアに生かすために記録をよく読んでいる。日中・夜間で色分けし見やすく・わかりやすく具体的に記入している。個別に用紙も違っており、その方に合わせた情報が得られるようにしている。	○	記録のみでは理解できないこともあるため、口頭にて確認し合うことを、さらに積み重ねる必要がある。

3. 多機能性を活かした柔軟な支援				
39	<p>○事業所の多機能性を活かした支援</p> <p>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</p>	<p>入居者一人ひとりの変化に対して、法人内との連携を持ち対応している。管理栄養士からのアドバイスや機能訓練での理学療法士のアドバイスなど得ている。</p>	○	<p>認知症対応型共同生活介護として限界もあるが、入居者の生活が困らないように、必要なサービスを検討し支援している。</p>
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	<p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>生け花、フラダンスのボランティアなど地域の方に来所してもらっている。防災訓練も地域の消防隊に参加してもらいアドバイスを受けている。地域のスーパーや郵便局の窓口の方も顔なじみであり気にかけてくださる。</p>	○	<p>地域資源をホームとしてさらに活用できるように、運営推進会議などで情報収集していく。</p>
41	<p>○他のサービスの活用支援</p> <p>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</p>	<p>ホームへ在宅で認知症で困っているケースの相談を受けることが多く、アドバイスをしている。ホームとしても他事業者と連携を図り、今までの生活とホームでの様子の変化を評価している。</p>	○	<p>常に輝いて暮らすために必要なサービスがないかと検討している。今までの在宅での様子を知るケアマネジャーが訪問し、ホームで落ち着いて生活できているという言葉が多い。それが理由で実習生の依頼も受けている。ホームがケアの学びの場として外部に発信できる体制づくりを考えていく。</p>
42	<p>○地域包括支援センターとの協働</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議でのオブザーバーとして参加してもらい、ホームの運営に協力を得られている。地域の活動にも情報交換をして取り組んでいる。認知症サポーター養成講座・勉強会の会場の提供や、お知らせの協力もしてもらっている。</p>	○	<p>地域の問題（徘徊認知症高齢者・認知症ケア）について今後もホームとして相談・アドバイザーとして共に協働していく。</p>
43	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>医療連携をとっている病院だけではなく、ひとり一人利用したい医療が使えるように支援している。現在希望に合わせ内科医3人、歯科医2人の先生に往診をして頂いている。</p>	○	<p>本人・家族の希望を第一にして、入居者にとって適切な医療が受けられるように話し合っている。地域の医療機関の情報を得ていく。往診可能な医院や連携機関の歯科医院についてはホームの状況を理解してもらっている。連携医療機関への受診は夜間でも対応してくれる。</p>
項 目		<p>取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)</p>	(○印)	<p>取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)</p>
44	<p>○認知症の専門医等の受診支援</p> <p>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</p>	<p>基本的にかかりつけ医を重視。緊急時などには、協力医療連携機関や往診してくれる内科のクリニック、精神科の専門医に相談して指示・助言を得ている。法人内の精神科医のアドバイスも受けている。</p>	○	<p>法人内に認知症の専門医がいるため、必要時相談できる状況にある。連携をとりながらよりその人にあった医療の選択をしていく。</p>
	○看護職との協働			



45	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	統括責任者が看護師であり日々の健康管理の支援をしている。24時間連絡体制をとっており、日々の様子の変化や特変時にはアドバイスや指示をもらっている。かかりつけ医との連携も行っている。	○	医療連携体制加算を算定した。入居者一人一人の事を考えながら、看取りのケアをホームで行っていく予定。
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	入院時にはアセスメントシートを使って、その方の情報提供している。また、家族から入院後の様子について連絡もある。早期に向けて必要時、病院へ統括責任者（看護師）、ホーム長が出向き、医師と家族と話し合っている。	○	
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	家族から入院はさせずにできるだけここで最期を過ごさせたいという入居者について家族・かかりつけ医・職員で話し合いの場を多く持ち取り組んでいる。重度化・終末期のホームの指針も示して理解を得ている。	○	現在も終末期に向けた取り組みに取り組んでいて家族・医師・職員間での連携は密に取っている。実際に、看取りまで行うという事で、医師、家族、ホームで話し合い連携がとれている方もある。終末期に対応できるクリニックとの連携を強化していく。
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	ターミナルケアを行うことに対しての職員の不安・悩み等をカンファレンスで話し合っている。言語化することで、チームとしての方向性も明確になり、不安を抱えながらケアする負担の軽減をしている。本人・かかりつけ医・看護師・家族ともチームとしてケアプランにのせて取り組んでいる。	○	考えられる身体的な変化、生活のリズム、食事形態等、個々に終末期でも違い一律ではない。その人にとって今、必要なケアは何かを見極めていく職員の育成。
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	環境の変化は混乱を強めるため、今までの生活環境とあまり変化がないように家族にも協力を得ている。入居後も適宜必要に応じて、家族と相談の上、ケアしている。家族の存在も落ち着ける生活に重要であることも伝えている。	○	環境の変化に対しての入居者の不安感への理解をさらに深め、できていない職員へは指導・教育が必要。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>				
1. その人らしい暮らしの支援				
(1)一人ひとりの尊重				
	○プライバシーの確保の徹底	リビング・居室でのプライバシーは個別に対応してい		

50	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	リビング・居室でのプライバシーに個別に対応している。他者への情報提供も代理人と話し合い許可するかの否かの意思確認を適宜行い徹底している。FAXも個人情報は送信していない。	○	今後も入居者・家族へのプライバシー保護に徹底して努める。
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	入居者の意思に気づく大切さは職員にかなり浸透している。しかし職員すべてが入居者全員にいつもできているとはいえない。さらに入居者の自分らしい生活の支援を目指す。	○	職員へ「入居者の意思に気づくために」ホーム監修の教育DVDを使用している。誰でも借りれる様にしており、新しい職員にもわかりやすく指導できる。
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、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	個々に合わせて今までの生活リズムで暮らしている。起床就寝時間もひとり一人の希望に合わせている。それに合わせて食事の時間も一律ではない。入浴も夕食前と夕食後対応できるようにして入居者に合わせている。	○	入居者中心に日々生活している。職員中心に進めると、入居者に伝わりケアが大変になることを諸君が理解しており相手に合わせてケアしている。
(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	なじみの美容院へ出かけて、白髪染めやパーマもされている。身体的に重度でも、地域の訪問理美容を使い、定期的に身だしなみを整えている。お化粧品やマニキュアが好きな方にはきっかけをつくり支援もしている。	○	おしゃれを通してもっとその人らしさの表現ができるようにご家族、本人と相談する。今までの生活でのその方のおしゃれができるようにする。できていない職員へは適宜、指導していく。
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ひとり一人の力に合わせて、調理や下ごしらえ、盛りつけ等を職員と一緒にやっている。職員が感謝・労いの言葉を述べることで、自分の役割や充実感を持ってもらえるようにしている。一緒に食事を楽しむための雰囲気作りをしている。	○	旬の野菜や果物を取り入れて季節感を味わえるようにしている。個々の誕生日も好きな物でお祝いしている。個々の好みも把握し活かしているが、献立を立てる上で、入居者の食事バランスを考えながら、皆の意思を反映させるのは難しいときもある。食事介助の必要な方が増えてきており、介助方法の技術指導を行う。
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	買い物では、入居者に好きな物を選んでもらって購入している。お菓子の籠をテーブルの上に置きいつでも好きなときに好きなものを食べられるようにしている。また晩酌を楽しんでいる方もいる。食事会の時には、入居者が得意とする料理を振る舞うことが出来た。	○	一人一人の好みを日々の会話や行動から引き出すトレーニングを実施。できていない職員には、個別にて指導・教育が必要。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	失敗を減らせるように、日々の排泄パターンから一人ひとりに合わせた言葉かけ、誘導時間を考え実践している。また、入居者の排泄サインを見逃さないように取り組んでいる。	○	個々に合わせて排泄の声かけは自尊心・羞恥心を傷つけないようトイレだとわからないような表現で工夫している。排泄ケアの専門家と共に個々に適した物を職員と一緒に尿測を行いモニタリングし取り組んでいる。
	○入浴を楽しむことができる支援	入浴は好きなタイミングで入浴できる。夕食前、夕食後に対応できるようにしている。		

57	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	入浴は好きなときに入れ、クマも、クマ後にも対応できるようにしている。入居者のタイミング・希望に合わせて入浴してもらえよう職員間で連携をとっている。	○	身体的に重度な方の入浴について、時間帯や介助方法を話し合い、より安心して入浴できるように取り組んでいる。
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	眠れない場合には、排泄・空腹・口渇からくるものか、日中の活動と休息のバランスはどうだったのか等、眠れない原因が何かを探り、原因の解消に努めている。	○	眠れないときには職員と一緒に茶を飲んだりリビングでTVを見たり、不安ごとがないか話しをするなどして過ごす。
(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	一人ひとりが力の発揮が行えるよう、出来ること、興味があることを探り、きっかけ作りをしている。家事や掃除、おやつ作りなど活発に場面作りをし、最初の関わりはいいが、最後まで見届ける前に職員が介入してしまうため教育が必要。	○	日々の関わりでの気づきを通して色々な活動を検討していき、力を発揮する場の提供を行っていく。こちらがやってあげてしまうことがケアではなく、ここまでならば入居者ができるとことを意識して関わる。出来ていない職員には個別にて指導・教育が必要。
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	希望に応じて、個人で金銭を所持しており、買い物に行った際にはご自分で支払いをする機会を作っている。お金を所持する事での混乱・不安もあり、何が必要なのか、改めて検討の必要あり。	○	本人が自己管理されている方はいる。職員と一緒に買い物に行き、欲しい物を選び支払いをされる。購入後の支援にて、より満足のいくものとする必要がある。
61	○日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさず、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	入居者のその時の状態や気分を考慮し、買い物へ出かけている。買い物を楽めるように、普段から職員が買い物に追われないような状況にしている。食品以外にも近隣のお店に買い物へ出かけている。	○	入居者によってはバスなどの交通機関の利用も可能。買い物・外食等の支援行っていく。
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	外出に制限はなく、墓参りや初詣、床屋など、個々に合わせた訪問が可能である。そのための家族との情報交換をしている。個別に外出支援のできる人員の居ないことが多く、持っている能力を活かせないことあり。	○	外泊や旅行へ出かける方もいる。継続できるよう家族と共に支援していく。日々の変化により、混乱を招くこともあり、目的等十分な話し合いの場を設ける。日常的に外出・外食を楽しめる入居者もおり、楽しめる機会を設けたい。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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、知人からの手紙は自由である。電話は各自が部屋に設置できるようになっていて、現在繋いでいる方もいる。必要があれば、事務室の電話も取り次ぐ。手紙を通しての親しい人とのやりとりの支援足りない事あり。	○	手紙や小包など喜ばれており、贈られてきた旬な食べ物や他入居者と振舞って楽しめることで、その方にとって充実感が得られている。届いた手紙への返信のきっかけを逃さず、支援をする。
	○家族や馴染みの人の訪問支援	入居者様の不利益になる場合や代理人様が許可されな		行事のイベントの企画を依頼したり参加されてい

64	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	い場合以外は、訪問可能。また、訪問時、居心地良く過ごしてもらえるよう入居者様と家族の間に入り、会話の繋ぎを行うようにしているが、来所時十分に時間がとれず、職員の介入出来ないこともある。	○	行事のイベントの企画を依頼したり参加されている。月1回開催している家族会では、家族の方も積極的に準備の手伝いをして下さる。職員によっては、家族支援の教育の必要あり。
(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	身体拘束は行っていない。施錠もしていない。職員も身体拘束しないことへ合意している。	○	法人理念ホームの理念に虐待防止を徹底している。事務所に高齢者虐待防止関連法のファイリングしたものがあり閲覧できるようになっている。カンファレンスの場を活用して、身体拘束・虐待防止についての職場内研修を実施している。
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	基本的に夜間帯以外は施錠は行っていない。	○	日中は施錠していない。施錠はせずに本人が好きなときに、自由に出て行けるという環境作りをしている。そこに伴うリスクも職員は理解し、所在確認を徹底している。安心で落ち着けるように日々の生活を整える事で、施錠しなくても対応は可能である。
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	共有スペースの中でも、個人の空間を持てるように、空間作りをしている。施錠はしていないため、所在確認は職員間で意識を持って行っている。ノックをする、声のかけ方など、プライバシーも配慮している。夜間も同様である。	○	オープンキッチンにしているため、状況を把握しやすい。カンファレンスや記録を入居者のところで行っている。
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	環境づくりはケアの一つと捉えている。全て取り除くのではなく、その行動に対しての要因を探り解決に取り組んでいる。	○	危険物になり得る物には十分注意を払っている。ただ、入居者の安全を保つ能力のアセスメントをする。
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	職員間で入居者一人ひとりの状態を話し合い、ケアプランにももせて事故防止に繋げている。もし、起こってしまった場合には、その時の状況等を検証し再発防止に取り組んでいる。	○	緊急時のマニュアルがある。職員に理解してもらえるように個別に関わっている。ただすべての職員ということではないため教育が必要。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	緊急時の対応マニュアルを作成している。家庭で行う程度の対応をする事になっており、何かあれば、看護師（統括責任者）へ連絡を入れるという体制になっている。職員によっては、不安を抱えている状況もあり。	○	高齢、認知症、身体疾患のある方もいるため、職員の不安軽減としてOJTとしておこなっている。誤嚥や褥瘡の対策にも取り組んでいる。不安に感じている職員やできていない職員には個別での教育・指導を実施していく。定期的な訓練を行う必要あり。
	○災害対策	日一回、防災訓練を行っている。それ以外で		

71	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	月一回、防災訓練を行っている。それに基づいてマニュアルも改訂している。地域の防災訓練にも参加し繋がりを持っている。緊急避難場所、備蓄品の情報も得ている。	○	実際に起きたときに地域の協力が得られるかが今後の課題であり、地域の方々と情報交換をしている段階。今後具体的な取り組みを検討。
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	ヒヤリハットの記入を徹底し、それを見ながら、再度起こさないために、職員や家族の意見を交え、対策を考えケアプランへ連動させている。	○	ヒヤリハットの記入件数が増えており、リスクに対する意識が強くなっているため、今後も継続していく。
(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	些細な行動の変化身体的変化に注意を払い、必要時バイタルサインの測定をしている。普段から変化に意識しているためすぐ対応できている。	○	判断に困ったときには、看護師へ連絡となっており、職員の不安軽減になっている。すばやい対応を今後も継続するため、気づける職員の育成に努める。
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	薬が追加・変更があった場合には口頭や医療連携記録を使い伝達して服薬管理できている。服薬一覧表も作成しミスが無いよう徹底している。また、状況に合わせて個人記録を24時間表記の用紙に変更し、状態の変化の確認・共有を行っている。症状の変化に留意している。	○	職員全体で意識付けをし、ミスの無いように心がける。出来ていない職員には、個別での指導・教育が必要。
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	普段から便秘にならないよう食事を工夫したり、好みの飲み物を出したりして取り組んでいる。散歩・活動等で体を動かして頂くよう心がけている。	○	家族・かかりつけ医師等と薬の調整や情報提供など連携を取りながら便秘対策をしている。さらに職員の意識を高めるため、適宜指導は必要である。
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、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	できる方には本人の様子を見ながら、時間がかかっても、できることはやってもらっている。拒否がみられる場合には時間を置いたり職員を代えて対応している。	○	歯磨きという行為自体の理解ができずに必ず実施することが難しい場合もある。歯科医師と連携をとって口腔ケアをしている方もいる。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	個別に水分摂取量、食事摂取量の表で把握している。また嚥下・咀嚼が困難になっている方には、個別にミキサー食・刻み食・水分にはとろみをつける等、行っている。	○	職員が必ず一緒に食事をし、楽しい食事に心がけている。献立はホーム職員の管理栄養士に確認してもらい傾向と対策を考えている。
	○感染症予防	休憩室に感染症予防ファイルを作成・保管しており、		

78	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)	感染症に感染しないよう予防策を講じているが、いつでも見られるようになっている。また、年一回インフルエンザ予防接種を入居者、職員が行っている。手洗いも職員、入居者共に徹底している。マニュアルもある。わかりやすいように洗面台に貼っている。	○	予防や対応の取り決めがあり、マニュアルも作成し、OJTにて職員に教育しているが、すべての職員ではなく指導・教育が必要。
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	その日に使用した布巾・まな板等を夜勤帯にハイター消毒をしている。食材の管理も感染症についての対応も衛生管理マニュアルもあり、管理に努めている。	○	さらに賞味期限や在庫管理を徹底するために職員一人ひとりの意識付けをしていく。
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	周辺の段差がなく出やすい環境ではある。ホーム認識は定着してきている。花や季節のものを飾り環境づくりをしている。	○	日中、門扉を開放し玄関は施錠していない。玄関に絵を飾り、ホーム周囲には草花を植え、家庭的な雰囲気づくりをしている。
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	落ち着けて、家庭的な雰囲気を感じることが出来る空間づくりをし、一般家庭で使用する備品や調度を入れている。音楽・TVの音量も大きくせず配慮している。また、玄関には正月飾りや果物等を置き、季節を感じられるようにしている。	○	職員間での会話の声は、入居者にとっては不快を招くため、声のトーンを職員に意識付けする。出来ない職員に対しては、適宜指導している。慣れにより、意識が薄くなることもあるため、お互いのケアを振り返る必要がある。
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	リビングとTV前のソファ、和室、中庭と空間をしっかりと区切り、個々に好きな場所で過ごせるようにしている。入居者の変化に伴い、自分の居場所として落ち着けない状況もみられる。	○	穏やかな環境づくりを心がけ、意思を尊重し、欲求を妨げる事なく生活を過ごして頂く事により、自然なご入居者同士の交流もある。それぞれが落ち着けるような居場所作りの必要あり。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り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	入居される前に使用していたなじみの物を入居時に持ってきてもらって本人・家族と相談して環境作りをしている。居室に置いてある物は仏壇、鏡台、家具等、居室によって様々である。	○	今までの生活からあまり環境の変化がないように、居室は個別な物を持って来て、環境づくりをしている。エアコン、蛍光灯以外は個人で準備するようになっている。
	○換気・空調の配慮	適宜、居室・リビングの換気をしているが、時折排泄物のにおい、ゴミのにおい、ホコリ、環境によって風通しが		

84	<p>気になるにおいや空気のだよみがないう換気に努め、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</p>	<p>物のにおいか気になることある。環境として風通しか良く、冷暖房はあまり使用せず自然に近い温度を意識している。職員の体感温度と入居者では感じ方が違うことを意識している。入居者に合わせた室温調整を行っている。</p>	○	<p>必要時の対応のみにて明確な基準がない為、換気・室温調整のマニュアル作り。汚物処理法の徹底をする。</p>
(2)本人の力の発揮と安全を支える環境づくり				
85	<p>○身体機能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身体機能を活かし、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>バリアフリーになっている。床の素材は柔らかめのもので使用して衝撃が少ないようにしている。歩く時の支えが多くあり（手すり・いす・テーブル等）自分で支えながら歩ける環境にしている。</p>	○	<p>身体機能が低下した状況でも対応できるように、手すりの設置、車いすでも使用できるトイレや洗面台を設置している。</p>
86	<p>○わかる力を活かした環境づくり</p> <p>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</p>	<p>トイレ・風呂場の表示を見やすく、わかる言葉にしている。時計やカレンダーの位置を入居者の目線の高さにしている。洗濯物の干し方や茶碗の洗い方など、不備があってもその場で訂正はせず、後から職員がその方が気づかないようにフォローして失敗感をなくしている。</p>	○	<p>さらに職員間で情報を共有し、新しい職員や、できていない職員へ指導していく。</p>
87	<p>○建物の外周りや空間の活用</p> <p>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</p>	<p>施錠はせずに好きな時に自由に散歩ができる。車いすでも外周を回れるように散歩道の幅も車いすが通れるよう配慮している。菜園・プランターを用意して園芸も楽しんでいる。中庭でのランチやお茶会・また役割として洗濯物、布団を干すなど活用している。</p>	○	<p>季節感を感じ、意欲がわいたり安らげるような空間作りとして、定期的な整備を行っていく。</p>

## V. サービスの成果に関する項目

項 目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
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	○	①ほぼ全ての利用者の
			②利用者の2/3くらいの
			③利用者の1/3くらいの
			④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	○	①毎日ある
			②数日に1回程度ある
			③たまにある
			④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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての家族と
			②家族の2/3くらいと
			③家族の1/3くらいと
			④ほとんどできていない



項 目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
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	○	①ほぼ毎日のように
			②数日に1回程度
			③たまに
			④ほとんどない
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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	①大いに増えている
			②少しずつ増えている
			③あまり増えていない
			④全くいない
98	職員は、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が
			②職員の2/3くらいが
			③職員の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての家族等が
			②家族等の2/3くらいが
			③家族等の1/3くらいが
			④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。)

・理念「自分らしく輝いて暮らせるホームを目指す」という考えのもと、入居者の欲求をマズローの5段階欲求に照らし合わせて欲求を満たしている。 ・入居者ひとり一人の意思表示を職員が日々気づき解釈して、職員間でその気づきを共有してケアにつなげている。そのサイクルを繰り返し行っている。 ・入居者が「ここは良いところである」と感じられる環境・雰囲気づくりに配慮している。施設はせず、自由に出たいときに外へ出て行ける環境である。共用スペースでも個人の空間が持てるようにソファや和室で区切って工夫している。平屋であり中庭にも出て行けて、洗濯物・布団干しなど役割を持って生活している。 ・一律のスケジュールは無く、個々のペースで生活している。起床就寝時間も食事、入浴時間も個人で違い、今までの生活スタイルを継続できるように支援している。 ・認知症ケアについて統括責任者の指導のもと、行動障害の激しく、他施設で断られた方や在宅で大変だった方々の受入をしている。理念に添ってケアしていくことで、行動障害が軽減していき、穏やかに生活できるようになる。そのプロセスに職員も喜びや充実感を持ち、ケアに対して向上心が高まっている。 ・家族とのコミュニケーションを大事にし、月1回の家族会や来所時の連携で、その方のホームでの生活を共に考えている。ケアプランにも参画してもらい、ホームでどのように暮らしていきたいかの話し合いをしている。 ・地域に向けて認知症の理解やケアについて、認知症サポーター養成講座・介護者教室、介護者の集い等で講師をして、ホームとして地域で役立てることを取り組んでいる。 ・医療連携体制加算の取得。 2ヶ月に1回、運営推進会議の実施している。

# 自己評価票

- 自己評価は全部で100項目あります。
- これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。
- 項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。点検は、項目の最初から順番に行う必要はありません。点検しやすい項目(例えば、下記項目のⅡやⅢ等)から始めて下さい。
- 自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。
- 自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かして下さい。

## 地域密着型サービスの自己評価項目構成

	項目数
I. 理念に基づく運営	22
1. 理念の共有	3
2. 地域との支えあい	3
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	5
4. 理念を実践するための体制	7
5. 人材の育成と支援	4
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	10
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	4
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	6
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	17
1. 一人ひとりの把握	3
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	3
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	10
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	38
1. その人らしい暮らしの支援	30
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	8
V. サービスの成果に関する項目	13
合計	100

## ○記入方法

### [取り組みの事実]

ケアサービスの提供状況や事業所の取り組み状況を具体的かつ客観的に記入します。(実施できているか、実施できていないかに関わらず事実を記入)

### [取り組んでいきたい項目]

今後、改善したり、さらに工夫を重ねたいと考えた項目に○をつけます。

### [取り組んでいきたい内容]

「取り組んでいきたい項目」で○をつけた項目について、改善目標や取り組み内容を記入します。また、既に改善に取り組んでいる内容・事実があれば、それを含めて記入します。

### [特に力を入れている点・アピールしたい点](アウトカム項目の後にある欄です)

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。

## ○評価シートの説明

評価調査票は、プロセス評価の項目(No.1からNo.87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(No.88からNo.100)の2種類のシートに分かれています。記入する際は、2種類とも必ず記入するようご注意ください。

事業所名	社会福祉法人若竹大寿会 グループホームわかたけ西菅田
(ユニット名)	月ユニット
所在地 (県・市町村名)	神奈川県横浜市神奈川区菅田町
記入者名 (管理者)	下山 博美 太田 哲也
記入日	平成 21年 1月 15日

## 地域密着型サービス評価の自己評価票

( ☐ 部分は外部評価との共通評価項目です )

取り組んでいきたい項目

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>I. 理念に基づく運営</b>				
<b>1. 理念と共有</b>				
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	「自分らしく輝いて暮らせるホームを目指す」という理念のもと、認知症の方の欲求をマズローの5段階欲求に照らし合わせて満たしていくこと、日々いかに入居者のメッセージに気づけるかを意識して取り組んでいる。	○	理念を日々の自分の行動に添ってしっかり意味づけをして指導できる職員をさらに増やしていく。ホームとして地域へ向けてさらに理念を元に認知症のケアを多くの人へ伝えていく。
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	休憩室に理念を掲示していつでもすぐに見られるようにしている。問題や課題に対して理念のパネルを活用してOJTをしている。理念をもとに日々カンファレンスをして職員間で共有し個々のケアプランへつなげている。	○	現状に満足せず、意識だけでなく毎日のカンファレンスをより充実させ、その人の意思を大切にした個別ケアを実践するように取り組んでいる。
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るよう取り組んでいる	家族へ入居時の説明・その後も日々の様子報告・ケアプラン説明から理念を理解してもらえるよう取り組んでいる。見学者や入居相談、介護者教室などでも地域へ理念を通してホームのケアを伝えている。	○	さらに認知症の方々が自分らしく暮らすために日々ホームで取り組んでいることをより多くの人たちに知ってもらえるように外部へもっと発信していく。
<b>2. 地域との支えあい</b>				
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	日中は門扉を開放しており、入りやすい雰囲気をつくっている。散歩中など、こちらから挨拶をするように心がけている。地域の方が鈴虫のお裾分け、行事の知らせなどで立ち寄ってくれる。	○	近隣の方がおすそ分けを持ってきてくれるような関係を継続することで、よりホームをいつでも立ち寄りやすい場所にしていく。地域の行事に積極的に参加し、交流を深めていく。ホームとしても地域へ貢献できるよう努める。
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	自治会に加入してより活動への参加ができるようになった。ケアプラザ主催の住民見学会、ボランティア学習会・介護教室の実施をして地域の理解に努めている。ホームページもある。地域主催の盆踊りや夏祭り・防災訓練等へ参加して地域の方との交流をはかっている。	○	認知症のケアでの相談ができる場所として地域でのホームの役割を果たしていけるようにする。地域に向けた講習会や勉強会の充実。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り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	地域で認知症高齢者を抱えた家族や介護で困っている方へアドバイスをしたり、認知症で道に迷った方を保護したりしている。また講師として地域へ向けて認知症の講習会・勉強会も行っている。職員間でも地域についてホームとしてできることを話し合うことがある。	○	認知症のケアでの相談ができる場所として地域でのホームの役割を果たしていけるようにする。自治会などと連携し、より地域のニーズによりあった講習会や勉強会の実施。
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	自己評価をすることで目標の再認識、自己の改善点が明確になる。個人・チームとしてどのように取り組んでいくかを話し合っている。	○	さらに自分たちの目標や課題を明確にして、職員間で共有していく。日々のケア・取り組みを理念に展開して考えられる職員を増やしていく。PDCAサイクルを回していく。
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	地域の代表者として西菅田団地自治会長と事務局長、利用者家族が参加。地域包括支援センターからオブザーバーとして出席してもらっている。地域の防災対策や地域活動の情報提供をもらい、ホームのサービスにつなげている。	○	月二回の実施を継続して地域との連携を深めてホームのケアに活かしていく。また、地域にホームが還元できることを地域の人の意見も聞き、取り組んでいきたい。
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	区主催の徘徊高齢者支援事業、認知症サポーター養成講座等で市町村担当者とは連絡を取りあい、地域へ向けた認知症の理解を深めるための取り組みを共にしている。区内のGHが運営推進会議を設置することが困難な状況があった時、積極的に行政と連携を取り解決に取り組んだ。	○	神奈川区や地域ケアプラザから認知症の理解や予防のための講演会・勉強会などを依頼されるなど、認知症を理解してもらうための連携をとっている。認知症サポーター養成講座を開く為の講師役の勉強会をホームが主導を取り月1回実施している。
10	○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域福祉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	地域権利擁護事業や成年後見制度について職員がいつでも見られるように資料がファイリングされている。職員間でも情報交換を日々している。周知がされているかの確認として各自職員がサインをしている。家族へも必要時、情報提供している。	○	現状の取り組みを継続していく。さらに権利擁護について理解を深めていき、ホームでのケアの中で展開して考えられるようにしていく。
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	法人理念ホームの理念に虐待防止を徹底している。事務所に高齢者虐待防止関連法のファイリングしたものがあり閲覧できるようになっている。カンファレンスの場を活用して、身体拘束・虐待防止についての職場内研修を実施している。	○	研修や勉強会を継続して理解を深めていく。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り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	入居前に契約書・重要事項説明書を渡して説明し理解してもらうように代理人と話し合っている。ホームの理念、方針、ケアについて理解した上での契約をしている。退居時もそれぞれ個別であり、その方の不利益にならないよう、本人、入居者代理人、職員で十分に話し合っている。	○	入居途中で医療連携体制加算等、利用料が変更になる事もあるので、家族会等の機会を利用し説明をしている。今後も、家族会の場を活用しながら説明と同意を行い、理解してもらうことに務める。
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	職員は入居者一人ひとりの意思を尊重し日々ケアをしている。意思の表現ができない方であっても家族と情報交換してその人にとって良い環境づくりをしている。	○	ホームの玄関に苦情相談窓口（神奈川区や国保連）を掲示している。利用者の思いについて家族から情報を得るようにしている。家族が利用者の思いに気づけるように支援が必要である。
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あわせた報告をしている	日々の様子・健康状態や職員間で話し合いを行った内容を記録用紙に記載し来所時や家族会に報告をしている。個人記録を利用者代理人がいつでも閲覧できるようにしている。	○	家族会を月に一回実施しており、定期的に家族へ報告している。緊急を要することは電話やFAXも活用。ケアプランを通して日々の生活を伝えて理解を得ている。家族への報告の仕方がよりわかりやすく適切にできる職員を増やしていく
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	家族会はホーム側からの一方的な話し合いにせず、家族の意見も聞ける環境にしている。お茶会、食事会、スライドショー等、様々な形式を取り、話しやすい雰囲気作りをして家族同士の交流の場にもなっている。家族の意見も反映させる取り組みをしている。ホームの玄関に苦情相談窓口（神奈川区や国保連）を掲示し外部へ表出してもよいことを伝えている。	○	苦情としてはあがっていないが、日々の訪問時にご家族から改善事項があがったときには、早期の対応に心がけている。家族とケアプランやホームでのその方の暮らし方、など個別に話し合っている。来所時にも職員と話しやすい環境をつくっている。
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	日々のカンファレンスの場に参加してホームの運営（勤務体制・入居者の受け入れ等）についても職員間で話し合っている。	○	職員の意見から改善につながることはたくさんあり、一人ひとりがホームの質を上げるために意識を持って取り組んでいく体制をさらに整えていく。
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	必要に応じて勤務変更がスムーズにいくよう調整している。その時々状況を理解した上で、職員一人ひとりに協力が得られていることで柔軟に対応している。	○	勤務での調整が必要なときも職員間での話し合い・協力体制で解決している。
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・退職に対して入居者や家族へ影響ないように配慮、調整している。説明が必要なときには個別に対応している。	○	多数の職員が継続的に従事しており、離職も軽減している。入居者と顔馴染みの関係ができています。働きやすい環境づくりにも配慮して取り組んでいる。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
5. 人材の育成と支援				
	○職員を育てる取り組み	職場内はあらゆる機会を使いOJTしている。リー		社内外の研修には参加できずとも調整してい

19	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	リーダー会も教育の場になっている。法人全体での教育プログラムがあり、管理者・リーダー・中堅・新人等、段階に合わせた研修に参加している。外部の研修にも職員の能力に合わせて参加している。	○	法人内外の研修には参加できるように調整している。職員個々に研修が意義あるものになるよう段階を踏まえて参加を勧めている。現場でのOJTがトレーニングになっている。
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	法人内の勉強会や他GHとの交換研修を行って、交流を持っている。他施設と交流を持つことで、良い所はホームに持ち帰り、質の向上に繋げている。各ユニットの入居者の状況を勘案し、不利益にならないように積極的に実習生を受け入れている。教育的な関わりをしている	○	他施設と交流することで自分たちの良いところ、課題が明確になり、質の向上につながっている。これからも多くの研修生を受け入れ交流する機会を増やしたい。そして、ホームのケアを伝えることで自分たちの学びにつなげたい。
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	職員間での勤務時間内外を問わず、話し合いの場を多く持ち、個別にも話し合いをする機会を作っている。働きやすい環境づくりをしている。交流の場として職場外でも話せるように会合なども企画している。	○	職員の表情や様子の変化に気づき話し合う場を設ける。今後も外部にスーパーバイズできる人を確保していくようにする。
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	職員一人ひとりの力量を日々の働きから評価している。個々に役割を明確にして得意なことは伸ばしていき、課題に対しては改善していく。	○	職員自身が質の高いケアを行っているという思いがあり、それがモチベーションにつながっている。個々に評価した時に努力して向上していく職員へのモチベーションを下げないための体制づくりの強化。

## Ⅱ.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	○初期に築く本人との信頼関係 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	入居前にはホームへ来てもらい一緒にリビングで過ごし、その方の思いや不安など話を聞く機会をもっている。また入居当日は、ホームが安心できる場であるよう環境づくりをしている。慣れない場に突然来ることの不安を無理に説得はせずに受けとめている。	○	入居初期のケアは特に重要でありホームの環境・職員との関わりが穏やかな生活をするために必要である。そのことを職員全体で理解しそのことをリーダーシップ取れる職員を増やしていく。
24	○初期に築く家族との信頼関係 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	見学・面談を通して家族の思いを理解するよう思いを聞き話し合いを重ねている。家族の思いも個々に違い個別に対応している。入居前に家族の思いを十分に表出してもらい相談に応じていることが、入居後の信頼関係につながっていることも多い。	○	入居者だけではなく家族も不安や困っていることがあることを理解し、話しやすい環境をつくっている。職員一人ひとりが家族とのコミュニケーションを大事にしている。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
25	○初期対応の見極めと支援 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	入居相談を受けたとき、必ずしもGHへ入居ではない場合もあり、その方の現在の状態や環境、経済面も考慮しながら何を一番に支援すればよいのかを考えながら応じている。ホームへの入居の場合もその後の生活について話し合っている。	○	理念に基づき地域の人であってもその人にとって一番良いことを第一に考え対応している。

26	○馴染みながらのサービス利用 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	契約に至るまでの間も個別に考え、必要に応じて入居面談での職員と他入居者との関わりを持てるように回数や面談時間等、工夫している。家族の希望もふまえて利用してもらっている。	○	さらに職員間で情報を共有し、新しい職員、できていない職員へ指導していく。
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援				
27	○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、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	家事や来客のおもてなしなど、持っている力を発揮できるきっかけづくりをしている。一緒にお茶飲みをしながら会話をしたりし、その方の思いを理解するよう努めている。嬉しい事、辛い事を共にして、支えあって生活をしている。	○	職員一人ひとりが感じている、入居者のできることの発見の喜びを職員間で共有して、継続できるように取り組んでいく。
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	職員と家族は入居者を主に、ホームでの生活について思いを共有している。持てる力の発揮、入居者の表情が穏やかになっていく様子など、家族と喜びや悲しみを共にして関係を築いている。	○	さらに職員一人ひとりが感じている、入居者のできることの発見の喜びを家族へ伝えていける職員を育てていく。
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	気軽に訪問できるようにするのは、ホームの方針である。インターホン鳴らさずに、いつでも入って来られる環境にしている。家とより近い環境づくりをし、家族ももう一軒の家のように過ごして下さっている。実際に在宅で親子関係が悪く交流が途絶えていたが、入居後の支援によって関係が修復できた人もいる。	○	家族にとってもホームに来やすい環境を継続して、入居者との関係を保てるように努める。
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	今までの関係が継続できるように個々に合わせて支援している。友人が来訪したり、手紙を送られてくる。家族との関係も以前よりも良好になったという声もあがっている。	○	継続できる環境を今後も提供していく。
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	入居者同士の関係性を考えながら、リビングの席の配置を決めている。入居者同士の関係が、生活に影響を与えるため、場面設定やきっかけづくりをしている。自立度の高い入居者同士の家事や洗濯など、個々に力を発揮できるよう、役割分担を職員がかなり調整している。	○	入居者様同士の関わりがお互いのストレスになってしまうことがあるため、入居者様の言動に職員は常に配慮し、ストレスの軽減に努める。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	退居後も必要に応じて、家族からのその後の相談や経過報告を受けている。本人の様子を見に面会に行くこともある。	○	退居については入居時に文書で説明をしている。退居時は、十分ご家族の希望を聞きながら支援をしている。

### Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント

#### 1. 一人ひとりの把握

33	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	ホームでどのように暮らしたいか、本人・家族の希望をケアプランへ反映させながら、理念の自分らしく輝いて暮らせるよう支援している。個々の力に合わせて可能な限り制限なく、ひとりでの外出や食べたいものを食べられるという生活ができるように取り組んでいる。	○	カンファレンスの場をさらに充実させて、職員間で個々の持っている情報を共有し、より入居者が自分らしく輝いて暮らせるよう支援していく。
34	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人・家族からの情報収集を行ったり、入居後も、必要に応じて家族から情報収集しケアに活かしている。	○	一人ひとりの力を日々の会話や行動から引き出すトレーニングを実施。出来ていない職員には、個別にて指導・教育が必要。
35	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている	食事、排泄、睡眠状況等を個別に記録し、そこから得た情報をアセスメントすることで、現状の把握をしている。できることに気づき、その力を発揮できるようにきっかけづくりをしている。	○	生活リズムは個々に違いそれに合わせて、職員は日々ケアしている。家事が得意な方、外出が好きな方、一人でゆっくり過ごすのが好きな方など、様々である。

#### 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	○チームでつくる利用者本位の介護計画 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	入居者が自分らしく輝いて暮らせるように日々職員間で話し合いをし、アセスメント・立案・評価を行っている。アセスメントシートは誰でもが記入できるように書きやすいものにしている。また、家族とも話し合いをし、家族の意見も聞きながら作成している。	○	生活を主体に考えさらにケアプランを充実させるために記録用紙を変更して現在取り組んでいる段階である。できていない職員には、個別にて指導・教育が必要。
37	○現状に即した介護計画の見直し 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	本人の状態に変化があった場合には職員間で話し合いをし、適宜タイムリーに変更している。	○	カンファレンスは入居者の様子・フロアの状況を考慮しながら出来る限り毎日実施している。その日の出勤者で、常勤も非常勤も参加して見直しを行っている。意見も活発に出ており情報交換・共有しケアに生かしている。

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り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	職員はケアに生かすために記録をよく読んでいる。日中・夜間で色分けし見やすく・わかりやすく具体的に記入している。個別に用紙も違っており、その方に合わせた情報が得られるようにしている。	○	できていない職員には、個別にて指導・教育が必要。



3. 多機能性を活かした柔軟な支援				
39	<p>○事業所の多機能性を活かした支援</p> <p>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</p>	<p>入居者一人ひとりの変化に対して、法人内との連携を持ち対応している。管理栄養士からのアドバイスや理学療法士からの機能訓練でのアドバイスなど得ている。</p>	○	<p>認知症対応型共同生活介護として限界もあるが、入居者の生活が困らないように、必要なサービスを検討し支援している。</p>
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	<p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>生け花、フラダンスのボランティアなど地域の方に来所してもらっている。防災訓練も地域の消防隊に参加してもらいアドバイスを受けている。地域のスーパーや郵便局の窓口の方も顔なじみであり気にかけてくださる。</p>	○	<p>地域資源をホームとしてさらに活用できるように、運営推進会議などで情報収集していく。</p>
41	<p>○他のサービスの活用支援</p> <p>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</p>	<p>ホームへ在宅で認知症で困っているケースの相談を受けることが多く、アドバイスをしている。ホームとしても他事業者と連携を図り、今までの生活とホームでの様子の変化を評価している。</p>	○	<p>常に輝いて暮らすために必要なサービスがないかと検討している。今までの在宅での様子を知るケアマネジャーが訪問し、ホームで落ち着いて生活できているという言葉が多い。それが理由で実習生の依頼も受けている。ホームがケアの学びの場として外部に発信できる体制づくりを考えていく。</p>
42	<p>○地域包括支援センターとの協働</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議でのオブザーバーとして参加してもらい、ホームの運営に協力を得られている。地域の活動にも情報交換をして取り組んでいる。認知症サポーター養成講座・勉強会の会場の提供や、お知らせの協力もしてもらっている。</p>	○	<p>地域の問題（徘徊認知症高齢者・認知症ケア）について今後もホームとして相談・アドバイザーとして共に協働していく。</p>
43	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>医療連携をとっている病院だけではなく、一人ひとり利用したい医療が使えるように支援している。現在希望に合わせ内科医4人、歯科医2人の先生に往診をして頂いている。</p>	○	<p>本人・家族の希望を第一にして、入居者にとって適切な医療が受けられるように話し合っている。地域の医療機関の情報を得ていく。往診可能な医院や連携機関の歯科医院についてはホームの状況を理解してもらっている。連携医療機関への受診は夜間でも対応してくれる。</p>
項 目		<p>取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)</p>	(○印)	<p>取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)</p>
44	<p>○認知症の専門医等の受診支援</p> <p>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</p>	<p>基本的にかかりつけ医を重視。緊急時などには、協力医療連携機関や往診してくれる内科のクリニック、精神科の専門医に相談して指示・助言を得ている。法人内の精神科医のアドバイスも受けている。</p>	○	<p>法人内に認知症の専門医がいるため、必要時相談できる状況にある。連携をとりながらよりその人にあった医療の選択をしていく。</p>
	○看護職との協働			

45	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	統括責任者が看護師であり日々の健康管理の支援をしている。24時間連絡体制をとっており、日々の様子の変化や特変時にはアドバイスや指示をもらっている。かかりつけ医との連携も行っている。	○	医療連携体制加算を算定した。入居者一人一人の事を考えながら、看取りのケアをホームで行っていく予定。
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	入院時にはアセスメントシートを使って、その方の情報提供している。また、家族から入院後の様子について連絡もある。早期退院に向けて、必要時には病院へ統括責任者（看護師）、ホーム長が出向き、医師や家族と話し合っている。	○	
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	家族から入院はさせずにできるだけここで最期を過ごさせたいという入居者について家族・かかりつけ医・職員で話し合いの場を多く持ち取り組んでいる。重度化・終末期のホームの指針も示して理解を得ている。	○	現在も終末期に向けた取り組みを行っており、家族・医師・職員間での連携は密に取っている。実際に、看取りまで行うという事で、医師、家族、ホームで話し合い連携がとれている方もある。終末期に対応できるクリニックとの連携を強化していく。
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	ターミナルケアを行うことに対しての職員の不安・悩み等をカンファレンスで話し合っている。言語化することで、チームとしての方向性も明確になり、不安を抱えながらケアする負担の軽減をしている。本人・かかりつけ医・看護師・家族ともチームとしてケアプランにのせて取り組んでいる。	○	考えられる身体的な変化、生活のリズム、食事形態等、個々に終末期でも違い一律ではない。その人にとって今、必要なケアは何かを見極めていく職員の育成。
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	環境の変化は混乱を強めるため、今までの生活環境とあまり変化がないように家族にも協力を得ている。入居後も適宜必要に応じて、家族と相談の上、ケアしている。家族の存在も落ち着ける生活に重要であることも伝えている。	○	環境の変化に対しての入居者の不安感への理解をさらに深め、できていない職員へは指導・教育が必要。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>				
1. その人らしい暮らしの支援				
(1)一人ひとりの尊重				
	○プライバシーの確保の徹底	リビング・居室でのプライバシーは個別に対応してい		

50	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	リビング・居室でのプライバシーに個別に対応している。他者への情報提供も代理人と話し合い許可するか否かの意思確認を適宜行い徹底している。FAXも個人情報は送信していない。	○	今後も入居者・家族へのプライバシー保護に徹底して努める。
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	入居者の意思に気づく大切さは職員にかなり浸透している。しかし職員すべてが入居者全員にいつもできているとはいえない。さらに入居者の自分らしい生活の支援を目指す。	○	職員へ「入居者の意思に気づくために」ホーム監修の教育DVDを使用している。誰でも借りれる様にしてあり、新しい職員にもわかりやすく指導できる。
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、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	個々に合わせて今までの生活リズムで暮らしている。起床就寝時間もひとり一人の希望に合わせている。それに合わせて食事の時間も一律ではない。入浴も夕食前と夕食後対応できるようにして入居者に合わせている。	○	入居者中心に日々生活している。職員中心に進めると、入居者に伝わりケアが大変になることを諸君が理解しており相手に合わせてケアしている。
(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	なじみの美容院へ出かけて、白髪染めやパーマもされている。身体的に重度でも、地域の訪問理美容を使い、定期的に身だしなみを整えている。お化粧品やマニキュアが好きな方にはきかけをつくり支援もしている。	○	おしゃれを通してもっとその人らしさの表現ができるようにご家族、本人と相談する。今までの生活でのその方のおしゃれができるようにする。できていない職員へは適宜、指導していく。
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ひとり一人の力に合わせて、調理や下ごしらえ、盛りつけ等を職員と一緒にやっている。職員が感謝・労いの言葉を述べることで、自分の役割や充実感を持ってもらえるようにしている。一緒に食事を楽しむための雰囲気作りをしている。	○	旬の野菜や果物を取り入れて季節感を味わえるようにしている。個々の誕生日も好きな物でお祝いしている。個々の好みも把握し活かしているが、献立を立てる上で、入居者の食事バランスを考えながら、皆の意思を反映させるのは難しいときもある。食事介助の必要な方が増えてきており、介助方法の技術
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	買い物では、入居者に好きな物を選んでもらって購入している。お菓子の籠をテーブルの上に置きいつでも好きなときに好きなものを食べられるようにしている。また晩酌を楽しんでいる方もいる。食事会の時にはホームで作った梅酒を出して好評である。	○	一人ひとりの好みを日々の会話や行動から引き出すトレーニングを実施。できていない職員には、個別にて指導・教育が必要。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	失敗を減らせるように、日々の排泄パターンから一人ひとりに合わせた言葉かけ、誘導時間を考え実践している。また、入居者一人ひとりの排泄サインを見逃さないように取り組んでいる。	○	個々に合わせて排泄の声かけは自尊心・羞恥心を傷つけないようトイレだとわからないような表現で工夫している。排泄ケアの専門家と共に個々に適した物を職員と一緒に尿測を行いモニタリングし取り組んでいる。
	○入浴を楽しむことができる支援	入浴は好きなタイミングで、夕食前、夕食後に対応		

57	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	入浴は好きなときに入浴し、クマも、クマ後にも対応できるようにしている。入居者のタイミング・希望に合わせて入浴してもらえよう職員間で連携をとっている。	○	身体的に重度な方の入浴について、時間帯や介助方法を話し合い、より安心して入浴できるように取り組んでいる。
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	眠れない場合には、排泄・空腹・口渇からくるものか、日中の活動と休息のバランスはどうだったのか等、眠れない原因が何かを探り、原因の解消に努めている。	○	眠れないときには職員と一緒に茶を飲んだりリビングでTVを見たりしてその方に合わせている。

### (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	一人ひとりが力の発揮が行えるよう、出来ること、興味があることを探り、きっかけ作りをしている。家事や掃除、おやつ作りなど活発に場面作りをしている。最初の関わりはいいが、最後まで見届ける前に介入してしまう職員もいるため教育が必要。	○	日々の関わりの中で気付きを通して色々な活動を検討していき、力を発揮する場の提供を行っていく。こちらがやってあげてしまうことがケアではなく、ここまでならば入居者ができるといことを意識して関わる。出来ていない職員には個別にて指導・教育が必要。
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	希望に応じて、個人で金銭を所持しており、買い物に行った際にはご自分で支払いをする機会を作っている。	○	職員と一緒に買い物に行き、欲しい物を選び支払いをされる。
61	○日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさず、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	入居者のその時の状態や気分を考慮し、買い物へ出かけている。買い物を楽めるように、普段から職員が買い物に追われないような状況にしている。食品以外にも近隣のお店に買い物へ出かけている。	○	入居者の状態に合わせて、可能な限り外出するようにし、買い物も活発に出かけている。地域の集会にも入居者の方と参加している。身体機能低下により外出が難しい方には近隣の散歩等、その方の状態に合わせて行っている。
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	外出に制限はなく、墓参りや初詣、床屋など、個々に合わせた訪問が可能である。また本人の行きたいところが、必ずしも行って良い所、行ける所でもない。（今は既に無い自宅や昔になじみのあった場所で現在はない場所など）個人が表している意味を職員が知る必要がある。	○	個人が表している行きたい場所の意味を職員が知る必要がある。それをケアへ活かして考えていける職員の育成。

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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、知人からの手紙は自由である。電話は各自が部屋に設置できるようになっていて、現在繋いでいる方もいる。必要があれば、事務室の電話も取り次ぐ。	○	手紙や小包など喜ばれており、贈られてきた旬な食べ物や振る舞い他入居者と楽しむことで、その方にとって充実感が得られている。
	○家族や馴染みの人の訪問支援	本人の希望や状況に応じて、家族や馴染みの人の訪問を支援している。		

64	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	入居者の个利益になる場合や代理人が許可されない場合以外は、訪問可能。また、訪問時、居心地良く過ごしてもらえるよう入居者様と家族の間に入り、会話の繋ぎを行っている。	○	行事のイベントの企画を依頼したり参加されている。月1回開催している家族会では、家族の方も積極的に準備の手伝いをして下さる。
(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	身体拘束は行っていない。施錠もしていない。職員も身体拘束しないことへ合意している。	○	法人理念ホームの理念に虐待防止を徹底している。事務所に高齢者虐待防止関連法のファイリングしたものがあり閲覧できるようになっている。カンファレンスの場を活用して、身体拘束・虐待防止についての職場内研修を実施している。
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	基本的に夜間帯以外は施錠は行っていない。	○	日中は施錠していない。施錠はせずに本人が好きなきに、自由に出て行けるという環境作りをしている。そこに伴うリスクも職員は理解し、所在確認を徹底している。安心して落ち着けるように日々の生活を整える事で、施錠しなくても対応は可能である。
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	共有スペースの中でも、個人の空間を持てるように、空間作りをしている。施錠はしていないため、所在確認は職員間で意識を持って行っている。ノックをする、声のかけ方など、プライバシーにも配慮している。夜間も同様である。	○	オープンキッチンにしているため、状況を把握しやすい。カンファレンスや記録を入居者のところで行っている。
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	環境づくりはケアの一つと捉えている。全て取り除くのではなく、その行動に対しての要因を探り解決に取り組んでいる。	○	危険物になり得る物には十分注意を払っている。ただ、入居者の安全を保つ能力のアセスメントをする。
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	職員間で入居者一人ひとりの状態を話し合い、ケアプランにももせて事故防止に繋げている。もし、起こってしまった場合には、その時の状況等を検証し再発防止に取り組んでいる。	○	緊急時のマニュアルがある。職員に理解してもらえるように個別に関わっている。ただすべての職員ということではないため教育が必要。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	緊急時の対応マニュアルを作成している。家庭で行う程度の対応をする事になっており、何かあれば、看護師（統括責任者）へ連絡を入れるという体制になっている。	○	高齢、認知症、身体疾患のある方もいるため、職員の不安軽減としてOJTとしておこなっている。誤嚥や褥瘡の対策にも取り組んでいる。不安に感じている職員やできていない職員には個別での教育・指導を実施していく。
	○災害対策	日一回、様々な状況設定で防災訓練を行っている。		

71	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	月一回、様々な状況設定で防災訓練を行っている。これに基づいてマニュアルも改訂している。地域の防災訓練にも参加し繋がりを持っている。緊急避難場所、備蓄品の情報も得ている。	○	実際に起きたときに地域の協力が得られるかが今後の課題であり、地域の方々と情報交換をして取り組んでいる段階である。
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	ヒヤリハットの記入を徹底し、それを見ながら、再度起こさないために、職員や家族の意見を交え、対策を考えケアプランへ連動させている。	○	さらにリスクに対して感受性を高めるための教育・指導をしていく。
(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	些細な行動の変化、身体的変化に注意を払い、必要時バイタルサインの測定をしている。週一回のバイタルサインの測定等、普段から変化に意識しているためすぐ対応できている。	○	判断に困ったときには、看護師へ連絡となっており、職員の不安軽減になっている。すばやい対応を今後も継続するため、気づける職員の育成に努める。
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	薬が追加・変更があった場合には口頭や医療連携記録を使い伝達して服薬管理できている。服薬一覧表も作成しミスが無いよう徹底している。また、状況に合わせて個人記録を24時間表記の用紙に変更し、状態の変化の確認・共有を行っている。症状の変化に留意している。	○	職員全体で意識付けをし、ミスの無いように心がける。出来ていない職員には、個別での指導・教育が必要。
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	普段から便秘にならないよう食事を工夫したり、好みの飲み物を出したりして取り組んでいる。散歩・活動等で体を動かして頂くよう心がけている。	○	家族・かかりつけ医師等と薬の調整や情報提供など連携を取りながら便秘対策をしている。さらに職員の意識を高めるため、適宜指導は必要である。
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、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	できる方には本人の様子を見ながら、時間がかかっても、できることはやってもらっている。拒否がみられる場合には時間を置いたり職員を代えて対応している。	○	歯磨きという行為自体の理解ができずに必ず実施することが難しい場合もある。歯科医師と連携をとって口腔ケアをしている方もいる。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	個別に水分摂取量、食事摂取量の表で把握している。また嚥下・咀嚼が困難になっている方には、個別にミキサー食・刻み食・水分にはとろみをつける等、行っている。	○	職員が必ず一緒に食事をし、楽しい食事に心がけている。献立はホーム職員の管理栄養士に確認してもらい傾向と対策を考えている。
	○感染症予防	休憩室に感染症予防ファイルを作成・保管しており、		

78	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)	感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、いつでも見られるようになっている。また、年一回インフルエンザ予防接種を入居者、職員が行っている。手洗いも職員、入居者共に徹底している。マニュアルもある。わかりやすいように洗面台に貼っている。	○	予防や対応の取り決めがあり、マニュアルも作成し、OJTにて職員に教育しているが、すべての職員ではなく指導・教育が必要。
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	その日に使用した布巾・まな板等を夜勤帯にハイター消毒をしている。食材の管理も感染症についての対応も衛生管理マニュアルもあり、管理に努めている。	○	さらに賞味期限や在庫管理を徹底するために職員一人ひとりの意識付けをしていく。
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	周辺の段差がなく出やすい環境ではある。ホーム認識は定着してきている。花や季節のものを飾り環境づくりをしている。	○	日中、門扉を開放し玄関は施錠していない。玄関に絵を飾り、ホーム周囲には草花を植え、家庭的な雰囲気づくりをしている。
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	落ち着けて、家庭的な雰囲気を感じることが出来る空間づくりをし、一般家庭で使用する備品や調度を入れている。音楽・TVの音量も大きくせず配慮している。また、玄関には正月飾りや果物等を置き、季節を感じられるようにしている。	○	職員間での会話の声は、入居者にとっては不快を招くため、声のトーンを職員に意識付けする。出来ない職員に対しては、適宜指導している。
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	リビングとTV前のソファ、和室、中庭と空間をしっかりと区切り、個々に好きな場所で過ごせるようにしている。	○	穏やかな環境づくりを心がけ、意思を尊重し、欲求を妨げる事なく生活を過ごして頂く事により、自然な入居者同士の交流もある。
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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り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	入居される前に使用していたなじみの物を入居時に持ってきてもらって本人・家族と相談して環境作りをしている。居室に置いてある物は仏壇、鏡台、家具等、居室によって様々である。入居後もその方の状況に合わせた環境づくりをしている。	○	今までの生活からあまり環境の変化がないように、居室は個別な物を持って来て、環境づくりをしている。エアコン、蛍光灯以外は個人で準備するようになっている。
	○換気・空調の配慮	適宜、居室・リビングの換気をしている。環境として		

84	<p>気になるにおいや空気のよど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</p>	<p>風通しが良く、冷暖房はあまり使用せず自然に近い温度を意識している。職員の体感温度と入居者では感じ方が違うことを意識している。入居者に合わせた室温調整を行っている。</p>	○	<p>リビング・居室共に換気には注意している。温度調整も入居者に合わせて行い快適になるよう支援している。</p>
(2)本人の力の発揮と安全を支える環境づくり				
85	<p>○身体機能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身体機能を活かし、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>バリアフリーになっている。床の素材は柔らかめのもので使用して衝撃が少ないようにしている。歩く時の支えが多くあり（手すり・いす・テーブル等）自分で支えながら歩ける環境にしている。</p>	○	<p>身体機能が低下した状況でも対応できるように、手すりの設置、車いすでも使用できるトイレや洗面台を設置している。</p>
86	<p>○わかる力を活かした環境づくり</p> <p>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</p>	<p>トイレ・風呂場の表示を見やすく、わかる言葉にしている。時計やカレンダーの位置を入居者の目線の高さにしている。洗濯物の干し方や茶碗の洗い方など、不備があってもその場で訂正はせず、後から職員がその方が気づかないようにフォローして失敗感をなくしている。</p>	○	<p>さらに職員間で情報を共有し、新しい職員や、できていない職員へ指導していく。</p>
87	<p>○建物の外周りや空間の活用</p> <p>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</p>	<p>施錠はせずに好きな時に自由に散歩ができる。車いすでも外周を回れるように散歩道の幅も車いすが通れるよう配慮している。菜園・プランターを用意して園芸も楽しんでいる。中庭でのランチやお茶会・また役割として洗濯物、布団を干すなど活用している。</p>	○	<p>草花の水やりを日々の日課としている入居者がいる。中庭でのお茶会や散歩をすることができ、四季を感じられる取り組みに活かしている。</p>



## V. サービスの成果に関する項目

項 目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
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		①ほぼ全ての利用者の
		○	②利用者の2/3くらいの
			③利用者の1/3くらいの
			④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	○	①毎日ある
			②数日に1回程度ある
			③たまにある
			④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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての家族と
			②家族の2/3くらいと
			③家族の1/3くらいと
			④ほとんどできていない

項 目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
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		①ほぼ毎日のように
			②数日に1回程度
		○	③たまに
			④ほとんどない
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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている		①大いに増えている
		○	②少しずつ増えている
			③あまり増えていない
			④全くいない
98	職員は、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が
			②職員の2/3くらいが
			③職員の1/3くらいが
			④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	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④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		①ほぼ全ての家族等が
		○	②家族等の2/3くらいが
			③家族等の1/3くらいが
			④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。)

・理念「自分らしく輝いて暮らせるホームを目指す」という考えのもと、入居者の欲求をマズローの5段階欲求に照らし合わせて欲求を満たしている。 ・入居者ひとり一人の意思表示を職員が日々気づき解釈して、職員間でその気づきを共有してケアにつなげている。そのサイクルを繰り返し行っている。 ・入居者が「ここは良いところである」と感じられる環境・雰囲気づくりに配慮している。施設はせず、自由に出入りしたいときに外へ出て行ける環境である。共用スペースでも個人の空間が持てるようにソファや和室で区切って工夫している。平屋であり中庭にも出て行けて、洗濯物・布団干しなど役割を持って生活している。 ・一律のスケジュールは無く、個々のペースで生活している。起床就寝時間も食事、入浴時間も個人で違い、今までの生活スタイルを継続できるように支援している。 ・認知症ケアについて統括責任者の指導のもと、行動障害の激しく、他施設で断られた方や在宅で大変だった方々の受入をしている。理念に添ってケアしていくことで、行動障害が軽減していき、穏やかに生活できるようになる。そのプロセスに職員も喜びや充実感を持ち、ケアに対して向上心が高まっている。 ・家族とのコミュニケーションを大事にし、月1回の家族会や来所時の連携で、その方のホームでの生活を共に考えている。ケアプランにも参画してもらい、ホームでどのように暮らしていきたいかの話し合いをしている。 ・地域に向けて認知症の理解やケアについて、認知症サポーター養成講座・介護者教室、介護者の集い等で講師をして、ホームとして地域で役立てることを取り組んでいる。 ・医療連携体制加算の取得。 2ヶ月に1回、運営推進会議の実施している。