

# 地域密着型サービス事業者 自己評価表

( 認知症対応型共同生活介護事業所 ・ 小規模多機能型居宅介護事業所 )

事業者名	グループホームハッピードワン 2F	評価実施年月日	平成21年8月20日
評価実施構成員氏名	吉田満里子・佐藤久美子・矢野千寿子・小泉哲也・松原隆子・青山真弓・下町美樹		
記録者氏名	吉田 満里子	記録年月日	平成21年9月1日

北海道

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 きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
I. 理念に基づく運営			
1. 理念と共有			
1	<input type="checkbox"/> 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ていくことを支えていくサービスとして、事業所独自の理念を作り上げている。	<input type="checkbox"/> 「もうひとつの家、もうひとつの家族作り」一人ひとりその人らしい普通の暮らし、地域や自然、そして家族や仲間の力を生かした暮らしという事業所独自の理念を掲げている。	<input type="checkbox"/> 町内の方と気軽に挨拶を交わし、更にその人らしい活動並びに生きがいを見出している。
2	<input type="checkbox"/> 理念の共有と日々の取組み 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。	<input type="checkbox"/> 理念をフロアに掲示し、職員の目の着くところにある。また、職員のネームの裏にも記載している。月2回のミーティングでも確認しあっている。	<input type="checkbox"/> 常に理念を忘れないように、朝引き継ぎの時に再確認し、週1回のカンファレンスでも再確認している。また、新人スタッフもいるので月2回のミーティングの時も再確認している。
3	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> パンフレットに記載し、入所時は家族に説明している。地域の方々には運営推進会議で説明している。	<input type="checkbox"/> 事業所独自の勉強会を年に2回ないし4回開催し、その中で更に御家族町内会の方たちに理解を求めている。
2. 地域との支えあい			
4	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 玄関横のプランターには、季節の花や野菜を植えている。フォーラム・勉強会・他ポスターを玄関に掲示している。	<input type="checkbox"/> 同じ敷地内の中にスーパーもあり、買い物の帰りに立ち寄っていただいたり、認知症窓口となって、徐々にご相談などが増えてきている。
5	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 町内会からの案内のお声を頂き、敬老会・町民文化祭・健康祭り・夏の納涼夜店・神社の夏祭り等に積極的に参加させていただいている。	<input type="checkbox"/> 夏祭りやクリスマス会を毎年盛大に行っている。その中で地域のお年寄りや行政・介護関係などの事業者にもいつも大勢参加をいただいている。
6	<input type="checkbox"/> 事業者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。	<input type="checkbox"/> 配色弁当を地域に配り、安否確認を行っている。	<input type="checkbox"/> 町内ボランティア・長寿会の方々にはマスコットの小物や大きな人形・置物・袋・雑貨・物を作っていただいて事業所の行事に出展・並びに販売などを行っていただいている。

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 きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取り組んでいることも含む)
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。	意義を理解してもらう為に職員全員に評価表を手渡し、作成してもらっている。さらに評価表の意義を理解してもらう為に勉強会を行っている。	○	毎年、外部評価を行う為に2ヶ月に1度くらい勉強会を徹底させていく。さらに改善項目に向かって努力し、周知徹底していく。
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。	2ヶ月に一度、議題を決め参加していただいて私共から提案をし、意見を頂き、議事録に残しホームページに掲載し、見ていただいている。町保健福祉課に議事録を提出している。	○	運営推進会議の議事録を月2回のミーティングで職員に周知させ、徹底している。真摯に課題を頂いたことに対し、努力している。
9 ○市町村との連携 事業所は、市町村担当と運営推進会議以外にも行き来する機会を作り、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる。	なるかわ病院院長先生と話し合い、認知症の基礎知識について並びにSSネットワークづくりについて私共から町保健福祉課に働きかけ、話し合いなどを持っている。	○	保健福祉課課長と町内会会長と徘徊模擬訓練の視察に出かけている。
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。	後見人制度については行政書士または函館裁判所・包括支援センターと連携を図っている。	○	既に後見人制度を活用している利用者が2名いるので管理者は最低限把握しており、他スタッフは今後制度を活用される方が数名いるので速やかに家族と話し合いを進めていく。
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。	管理者は年1回虐待防止の道の研修に参加している。さらに虐待防止マニュアルを作成しスタッフに周知させている。	○	社内研修の中にも勉強会の機会を設けている。さらに地域での研修にも積極的に参加させて周知を徹底している。
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。	始めに契約書をお渡しし、読んでいただき、質問点をあげていただいている。	○	説明時の際、問題点について御家族の方からお話を先にいただき、一つ一つ丁寧に理解を求めている。さらに分からない点については電話や文章などでもサポートしている。

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 きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	意見箱をホームの隅に設置している。並びにホームページでも意見が気軽に言える家族会の中で意見を言える体制になっている。	○	週1回ふれあい時間をスタッフと利用者が何でも話せるような雰囲気作りをして、気さくに話し合っている。
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。	受診往診の電話連絡・ハッピー通帳での金銭管理・職員の異動については新聞	○	ハッピー通信を毎月郵送し、行事予定・職員の異動・日々の生活の様子を写真で掲載している。受診・往診報告についてもその都度電話やメールで行っている。ホームページを開設し、いつでも閲覧できるようにしている。金銭についてはハッピー通帳のコピー・領収書を送付し、残高のか確認サインを頂き管理している。
15 ○運営に関する家族等意見の反映 家族等が意見、不満、苦情等を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	意見箱の設置・アンケート調査・ホームページ上契約書にも明記している。	○	面会時に意見や不満・苦情などあった場合にはいつでも言って頂ける様に伝えている。重要事項説明書に苦情窓口として管理者の氏名を記載・ホーム関係者以外の連絡先を掲載している。意見があった場合には即座に話し合い、改善に結び付けている。また、年2回匿名でアンケート調査を実施している。契約時にも第三者機関があることも伝えている。
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。	月1回の管理者会議・ホーム内でのミーティング・カンファレンスなどで職員の意見を聞いている。	○	ミーティングの中で職員ひとりひとりに意見・思いを述べてもらって議事録に残している。そして、管理者会議にもって行き、会社に伝えている。
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為の話し合いや勤務の調整に努めている。	毎月21日から翌月20日までのシフトを作っている。	○	緊急時があっても最低限勤務調整が可能な体制ができている。(早番・日勤・遅番・夜勤)。また行事などに合わせた勤務調整に努めている。
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。	会社内の異動は最小限極力異動はしていない。	○	ダメージを防ぐ為に利用者となじみの関係のあるDS・SSヘルパーの職員を異動している。

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 きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	4月に民間研修計画・北海道GH協議会・北海道GH協議会の研修を進めている。	○	年2回から3回の社内研修・北海道GH協議会の研修・北海道GH協議会の研修・またそれ以外の研修が多数来るので学ぶ機会を作っている。
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、ネットワーク作りや勉強会、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。	七飯町5GH連絡会・七飯町介護保険事業所連絡会との交流を持っている。	○	七飯町5GH連絡会で2ヶ月に一回勉強・意見交換・サークルの親睦を図っている。介護保険事業者連絡会はおのおのの立場で情報の共有を行っている。
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。	個人面談や飲み会(新年会・花見・忘年会)	○	個人的に話を聞く機会を常に作っている。運営者は悩み・仕事・生活色々なことで話を聞いてくれる環境にある。行き詰ると相談することがある。他に新年会・花見・忘年会を参加し、少しでもストレスが軽減されるように取り組んでいる。
22 ○向上心をも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、各自が向上心をもって働けるように努めている。	年度初めに個人目標を掲げている。介護福祉士・介護支援専門員資格取得を推進している。介護技術の向上することによって会社が評価をしてくれている。	○	
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、受け止める努力をしている。	フェースシート・バックアセスメントで落としている。	○	フェースシート・バックアセスメントに落としたことを元に職員と話し合い、更に家族にも本人の生活歴などを詳しく聞いている。
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、受け止める努力をしている。	担当のケアマネージャー・医療相談員・サービス事業者との連携	○	担当のケアマネージャー・医療相談員・サービス事業者と担当者会議を開き、情報を集めてシートに落とし、問題点の分析をし、わかりやすく相手の立場になって考えている。

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 きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
25	○初期対応の見極めと支援 相談を受けたときに、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。	七飯町役場・ケアマネージャー・地域包括支援センターとの連携。	○	当事業所には居宅介護支援事業所・DS・SSがあるので担当者に引き継いでいる。
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。	地域包括支援センター・ケアマネージャーとの連携	○	相談内容がGH入所以降であればDSやSSを併用しながら徐々に慣れていただき、なじみの環境作りを支援していく。
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。	フェースシート・バックアセスメントを活用し、支援している。	○	本人の趣味・喜び・出来ること・出来ないこと等を利用者に寄り添い、感じ取っている。
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。	家族との話し合いのもとに、気づきあげている。	○	御家族に認知症の最低限の基礎知識を理解指定いただき、ホーム内の行事・面会時にたくさん話し合いの時間を設けて、外泊や外出などの支援をしていただいている。
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、よりよい関係が築いていけるように支援している。	ハッピー通信では本人がメッセージを書いたり、手紙や電話をかけたりしている。	○	月に1度の新聞発行の中で利用者から家族に対するメッセージ。遠く離れている家族には本人の状態報告の手紙を送っている。クリスマス会には本人のメッセージカードや手作りの物を作って贈っている。
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。	お盆・正月・結婚式・運動会・法事・美容室	○	お正月には家に帰っておせちを頂き、お盆には家に帰り、仏壇に手を合わせる。美容室には定期的に行っている。

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 (既に取り組んでいることも含む)
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。	料理・外出(喫茶店)・買物	○	得意な料理を楽しく作ったり、買物には数人で出かけ、他の利用者さんからも頼まれた物を一緒に買ってきてくれたり、気の合った者同士でおやつ外出に出かけ、みんなのおやつを買ってきてもらう。
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。	法事への参加・年2回の手紙のやり取りを大切にしている。	○	サービスを終了した家族には月命日・1周忌では自宅に訪問し、本人を偲び、年賀状を出したり行事への案内を出してたまに思いだして頂ける様にしている。
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。	会話・しぐさ・アイコンタクトから感じ取る	○	アセスメント・カンファレンスの中で本人のできること・出来ないこと。楽しみや喜びを見出せるように本人に寄り添い支援している。
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。	アセスメント・バックグラウンド	○	家族や本人・今までの支援者(病院・介護事業所・民生委員)などから情報を聞き取り、生活パターンを同じにする様に努めている。
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。	記録・申し送り・カンファレンス	○	毎日の申し送りの中でイン・アウトチェック表・食事量・バイタル測定を朝夕引継ぎ週1回日曜日のカンファレンスの中で行っている。
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、介護支援専門員の適切な監理のもとに、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。	カンファレンス・モニタリング・医療機関	○	受診結果報告をケアプランに反映させるため、週1回日曜日2時30分からカンファレンス・モニタリングを行っている。主治医・ナースからのアドバイスを介護計画に反映させている。

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 きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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、介護支援専門員の適切な監理のもとに、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。	3か月ごとのケアプラン、モニタリング、6ヶ月ごとのアセスメント	○	担当職員は、面会時に家族と面談し、主治医には定期受診時に相談し、モニタリング、ケアプランの作成を行っている。
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。	時間、内容、対応を記した個別の記録から、月間要約(バックグラウンドアセスメント)にまとめ、介護計画に活かしている。	○	毎日の記録を1ヶ月ごとに個別に月間要約にまとめ、見直し活かしている。
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。	地域包括支援センター、介護支援専門員	○	当事業所は、居宅、ヘルパー、DS、SS、配食弁当の担当者と連携を図っている。
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。	消防訓練、体験学習、町民文化祭、運営推進会議	○	年2回の防災訓練、中学生の体験学習、年1回の敬老会、クリスマス会にボランティアの参加、文化祭への出品、運営推進会議では民生委員に出席してもらっている。
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為の支援をしている。	情報共有	○	運営推進会議の中で、事業者と情報共有を図っている。
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。	後見人制度、運営推進会議、ホームのあり方、質についての話し合いをもうけている。ケアマネジメント的な部分には、まだ相談が出来ていない。	○	今後、更に相談をし、出来れば年1～2回は相互的に判断してもらいたい。



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 きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既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。	眼科が月に1回、皮膚科が2週間に1回、定期受診の主治医	○	定期的に来て頂き、以前からかかってきたかかりつけ医を大切にしている。
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。	専門の医療機関(なるかわHP精神科)	○	専門の医療機関が協力医のため、ご本人、ご家族の希望する病院が無い限り、受診し相談している。受診時、日常の様子や変化を報告しており、緊急性があると判断した場合には、電話で相談し、適切な処置、治療を受けられるように医療相談員と連携を図り、ドクターの紹介、専門医療との体制を整えている。
45	○看護職との協働 事業所として看護職員を確保している又は、利用者をよく知る看護職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。	正看護師によるバイタルチェック	○	週3回、正看護師による健康チェック(バイタル測定)や、健康管理などを支援してもらい、往診、くすり、病気などを看護師に相談できるような体制を行っている。
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。	早期退院に向けての体制を整えている。		入院された際、毎日、スタッフ交代の様子を見に行き、状態を病棟看護師、または主治医とムンテラを行い、状況説明を聞いている。家族、ケアスワーカーとも連絡を取りあい、医師との話し合いの場には、家族の了承をいただき、同席させていただき、情報交換を行ったりして、早期の退院に向けて相談している。
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。	契約書の中に、重度化対応、終末ケア対応指針が載っている。	○	家族と定期的に主治医のところへ行き、ドクター、ケア方法、状態についてこと細かく指示を頂き、スタッフ全員に周知を行い、観察し、明確に記録に落としている。
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。	主治医・NS・家族	○	日々の状態が生活の状態観察を行い、状態が悪い場合は看護師に相談したり家族とも密接に連絡を取り合いながら、病院受診し、その結果を家族や介護の職員の病状を理解し、また緊急なカンファレンスを行い、病院とも状態変化の連絡を取り合い、変化があれば病状悪化に備え、医師直通の電話番号を周知し、いつでも対応出来るような体制を組んできた。

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 (既に取組んでいることも含む)
<p>49 ○住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宅へ移り住む際、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、住替えによるダメージを防ぐことに努めている。</p>	生活歴、バックグラウンドアセスメント、添書を差し上げている。	○	住み替えしても馴染みの関係が出来るまで、職員が顔を出してお手伝いさせてもらっている。
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			
<p>50 ○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扱いをしていない。</p>	ミーティングやカンファレンスでその人のプライバシーや配慮の統一を図り、その都度、注意、振り返りしている。	○	就業規則、契約書、ホームページに盛り込んでおり、ミーティングでスタッフに徹底する。
<p>51 ○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>	自己決定の支援、行動、しぐさ、言葉	○	今までの癖、口の動きでどうして欲しいのか尋ねる。おやつ、花を見ながら散歩、汗をかいていたら入浴している。言葉を引き出す努力をする。
<p>52 ○日々のその人らしい暮らし</p> <p>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。</p>	行動・しぐさ・言葉	○	ご主人が入院しているので心配だと話され、スタッフと一緒に病院にお見舞いにいったり、化粧品や歯磨き粉が不足してきたと話すと近所のスーパーに買物に行ったりしている。
(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			
<p>53 ○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>	訪問理美容を行っている。	○	行きつけの美容室がある方には、連れて行くようにしたい。
<p>54 ○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員がその人に合わせて、一緒に準備や食事、片付けをしている。</p>	週に2回の食事作りしか行っていない。	○	月に1回、外食、おやつ外出を行い、希望のものを取り入れている。

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 きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
55	○本人の嗜好の支援 本人が望むお酒、飲み物、おやつ、タバコ等、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。	飲酒、間食	○	飲酒される方は、医師の指示で週に3回、100ccまで飲まれている。おやつは病気のことも本人に伝えながら対応している。
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。	排泄チェック表の活用、排泄パターンの把握	○	日中は下着で、トイレ誘導を行うようにしている。夜間は紙パンツで対応している。
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ず、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。	週2回の入浴しか行っていない。	○	失禁時や希望時(夜間など)には臨機応変に取り入れている。冬には温泉に行っている。今後、菖蒲湯、マルメロ湯、りんご、みかんなども取り入れていきたい。
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。	個々の利用者に合わせて対応している。	○	居室に戻り休まれたり、ソファで居眠りなど、休んでもらっている。日中の散歩やレク、おやつやご飯後にはゆったりしてもらっている。その人のポジションがあり、休んでもらっている。
(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。	ケアプラン、家族支援	○	家事が好きな方に味噌汁の具材を切ってもらう。食器濯ぎをしたり、男性には神棚のヒバを一緒に買いに行ったり、家族と誕生会を行ったり外食や家に荷物を取りに行っている。地域のお祭り、イベントへも参加している。
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。	個人でお金は持っていない。預かりとして、月3,000円程度のおこずかいをいただいている。	○	本人持ちではないが、こちらで預かっていることを伝え、一緒に買物し、お金を手渡し支払いをしてもらっている。

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 きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	外出行事、散歩、買物	○	月命日で仏壇のあげものが欲しいといわれる方に、隣のスーパーに出かけて買物をしたり、花が見たい、向かいの金物屋に行きたいと言われ散歩している。外出行事も月に1~2回行っている。
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。	お盆やお墓参り、年末年始などの外出や外泊は家族が連れていってくださっている。行事計画(春夏秋冬)に合わせた。	○	普段いけないところに行って、春には四季の杜や桜を見に行ったり、夏にはロープウェーに乗りに行ったり、秋には紅葉を見に行ったり、冬にはクリスマスファンタジーを見に行き、四季折々の行事を行っている。
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。	本人の希望に応じて、電話は常にかけられる状態にある。年賀状、クリスマスカード	○	家族に連絡の際に、たまにはあるが、代わってお話をしている。クリスマスにメッセージカード、年賀状には必ず一言書いてもらい、送っている。
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。	ご家族にお願いをし、イベントの参加を呼びかけている。	○	夏祭り、クリスマス会で楽しい環境を整え、遠方の方であればホームに泊まっていたり、一緒に食事の出来る体制にある。
(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。	身体拘束マニュアルがある。	○	身体拘束ゼロへの手引きがあり、ミーティングで対応について話し合い、身体拘束になるかを検討している。
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。	鍵はかけていない	○	夜間は防犯のため、家族に説明し同意のうえ、施錠している。

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 (既に取り組んでいることも含む)
67 ○利用者の安全確認 職員は、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。	スタッフ同士の声かけをしながら、常に利用者のそばで見守りしている。	○	そばで記録を書いたり、常に声をかけあい所在確認をしている。夜は巡回をしている。
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。	包丁、爪きり、カッター、はさみの保管場所を決めている。	○	常に使った後の確認をしている。
69 ○事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐ為の知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる。	年2回の防火訓練、誤嚥、窒息については主治医、看護師との連携を持ち、常に知識を学んでいる。	○	その人その人の状態を把握し、スタッフ一人ひとりが理解をしている。事故報告書、ヒヤリハットの活用。
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。	応急手当や初期対応のマニュアルがある。	○	看護師にも協力してもらい、対応が出来ていない場合には、すぐにミーティングで話し合い、対応している。
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2回の防火訓練を行っている。	○	訓練とともに、消防署員から学ぶ機会を設けている。
72 ○リスク対応に関する家族との話し合い 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。	入所時に説明している。入所後、状態に応じて家族に話をしている。	○	転倒、外出時の事故などについて、家族会で今の状態、リスクマネジメントについて書面に残し、家族に説明していきたい。

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 (既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			
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常の発見に努め、気づ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。	毎朝バイタル測定し、体調の把握をしている。また、日常でも顔色、表情、行動、食事量、排泄などの記録をしている。	○	週3回、正看護師によるバイタル測定をしており、異常があれば、看護師に伝え、すぐに見ていただき判断してもらい、その指示に従い、状態観察や病院受診をしている。
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。	受診後にもらう処方箋で容量、用法を守り行っている。	○	看護師からの意見を聞き、スタッフ全員に伝え、周知徹底させている。
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に取り組んでいる。	栄養士に相談、指導を受け、医師や看護師と連携を図っている。	○	栄養士の指導のもと、運動療法なども行っている。
76 ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れやにお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。	看護師との連携	○	毎食後の口腔ケアの徹底、歯科医や看護師のアドバイス、口臭がある場合には洗浄剤を使っている。
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。	IN・OUTの活用、栄養士が管理している。	○	水分量は、夏2000cc、冬1500ccで、一日のカロリーは1650kcalとしており、糖尿病の方がいるため、相談しながら塩分、水分、食事量の調整をしている。
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、ノロウィルス等)	感染症予防マニュアルがある。	○	うがい、手洗い、ホーム内の消毒、定期的に採血を行い、検査をしている。

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 (既に取組んでいることも含む)
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。	布巾、まな板、包丁、食器などは、毎日消毒している。	○	栄養士、調理師の指導のもと、食材は厨房から上がってくるため、専門職の管理となっている。
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。	椅子、テーブル、プランター、花、野菜。	○	利用者と一緒に野菜や花を植えている。
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。	季節にあわせたしつらえ。	○	月に一回、しつらえを行っている。
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、一人になれたり、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。	リビングや食卓、居室前に椅子、テーブルを置いている。	○	ご本人が部屋から出てきて、居室前、テレビの場所、食事の場所、奥の方に椅子、テーブルを置き、一人でも過ごせるようになっている。
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、使いな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。	入所時に使い慣れた家具を持ち込んでもらっている。	○	個人差があるので、ご本人、家族とお話し、その人にあったものを購入する場合もある。その人の好みに合わせた空間作りをしている。
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に配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている。	室温計、GHPで除湿	○	夏場にはGHP、冬場は加湿器および換気を一日5回で、室温管理をしている。

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 (既に取組んでいることも含む)	
(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を送れるように工夫している。	バリアフリー状態で、トイレ、浴槽、廊下には手すりをつけている。福祉用具の活用。	○	移動時に車イスや手すり、入浴時にはシャワーチェアや浴槽にも手すりを使用し、スタッフが見守りや介助をしている。
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。	一人ひとりの機能にあった対応に心掛けている。	○	居室ドアに写真を貼ったり、名前をつけたり、はしや茶碗は柄が違い、かつ、自分の気に入ったものを利用しているので、本人がわかっている。
87	○建物の外回りや空間の活用 建物の外回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。	ホーム前にプランター、ベランダ前に花を植えており、プランターでは野菜を作っている。物干し台も置いている。	○	プランターで、しそ、パセリ、あさつきを収穫している。



V. サービスの成果に関する項目	
項目	取り組みの成果
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	<input checked="" type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者 <input checked="" type="radio"/> ②利用者の2/3くらい <input type="radio"/> ③利用者の1/3くらい <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> ①毎日ある <input checked="" type="radio"/> ②数日に1回程度ある <input type="radio"/> ③たまにある <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者 <input checked="" type="radio"/> ②利用者の2/3くらい <input type="radio"/> ③利用者の1/3くらい <input type="radio"/> 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見られている	<input checked="" type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者 <input checked="" type="radio"/> ②利用者の2/3くらい <input type="radio"/> ③利用者の1/3くらい <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者 <input checked="" type="radio"/> ②利用者の2/3くらい <input type="radio"/> ③利用者の1/3くらい <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者 <input checked="" type="radio"/> ②利用者の2/3くらい <input type="radio"/> ③利用者の1/3くらい <input type="radio"/> ④ほとんどいない
94 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている	<input checked="" type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者 <input checked="" type="radio"/> ②利用者の2/3くらい <input type="radio"/> ③利用者の1/3くらい <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> ①ほぼ全ての家族 <input checked="" type="radio"/> ②家族の2/3くらい <input type="radio"/> ③家族の1/3くらい <input type="radio"/> ④ほとんどできていない

V. サービスの成果に関する項目	
項目	取り組みの成果
96	<p>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</p> <p>① ほぼ毎日のように ② 数日に1回程度 ③ 丸まに ④ ほとんどない</p>
97	<p>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。</p> <p>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</p>
98	<p>職員は、生き生きと働けている</p> <p>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</p>
99	<p>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</p> <p>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</p>
100	<p>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</p> <p>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 ほとんどいない</p>

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(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・アピールしたい点等を自由記載)