自己評価及び外部評価結果

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	1475600639	事業の開始年月日	平成17年12月1日
		指定年月日	平成17年12月1日
法人名	有限会社　ノベライズ社		
事業所名	グループホーム麻生		
所在地	（　215-0036　） 川崎市麻生区はるひ野3-2-5		
サービス種別 定員等	□　小規模多機能型居宅介護	登録定員　　名 通い定員　　名 宿泊定員　　名	
	■　認知症対応型共同生活介護	定員　計　18　名 ユニット数　2　ユニット	
自己評価作成日	平成27年11月1日	評価結果 市町村受理日	

基本情報リンク先	http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

・何事にも関心を持ち続け、より良いサービスを提供します。

・安心して暮らして頂けるようなホームであることを目指します。

・常に初心を忘れず行動します。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年12月10日	評価機関 評価決定日	平成28年2月22日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

事業所は小田急多摩線はるひ野駅南口より徒歩５分ほどにあります。ハイブリッド型の発電システムの駅で象徴されるはるひ野の町は、小中学校や保育園、スーパーマーケット、コンビニなどが立ち並び生活に便利な新興住宅街です。

＜優れている点＞

職員は家庭生活を意識して、利用者が自己決定のある日常生活を送れるよう努めています。毎日、食材の買物には近くの商店に利用者も交代で散歩を兼ねて一緒に出かけています。購入する食材は本人が当日、食べたいものを選んでいます。商店街の人達とは顔なじみになり、近くの小中学校の入学式や文化祭に招待されたり、毎年事業所での福祉体験や認知症についての授業、地域のボランティアの受け入れも習慣化しています。運営推進会議には町内会長はじめ、地域の住民も数人参加し、事業所も理解され、事業所の広報誌も回覧板で紹介されています。玄関ホールにＡＥＤを設置し緊急時に近隣の住民にも活用出来るよう話しています。事業所は「身体拘束廃止推進モデル施設」に指定され、職員は身体拘束防止、言葉による弊害を正しく理解しています。管理者により虐待やストレスについて毎年研修会を実施しています。

＜工夫点＞

職員は行事や外出、研修など輪番制で担当者を決め実施しています。企画書を提出し、実施後報告書を作成し次回の支援に反映しています。支援の中で管理者やリーダーと話し合う機会を多く持ち提案や要望など話し合っています。毎日の食事についても各ユニットごとに食材の購入から調理までそれぞれ独自に実施しています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
Ⅰ　理念に基づく運営	1 ～ 14	1 ～ 7
Ⅱ　安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ～ 22	8
Ⅲ　その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ～ 35	9 ～ 13
Ⅳ　その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ～ 55	14 ～ 20
Ⅴ　アウトカム項目	56 ～ 68	

事業所名	グループホーム麻生
ユニット名	藍(1階)

Ⅴ　アウトカム項目

56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 （参考項目：23,24,25）		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
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 （参考項目：18,38）	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 （参考項目：38）		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
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 （参考項目：36,37）		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
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 （参考項目：49）		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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 （参考項目：30,31）		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
62	利用者は、その時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。 （参考項目：28）		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

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている。 （参考項目：9,10,19）		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
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 （参考項目：9,10,19）		1，ほぼ毎日のように
		○	2，数日に1回程度ある
			3．たまに
			4．ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。		1，大いに増えている
		○	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
66	職員は、活き活きと働けている。 （参考項目：11,12）		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
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。		1，ほぼ全ての利用者が
		○	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
68	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．ほとんどいない

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
Ⅰ　理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	入職時の研修を始めとして、理念は事業所内に掲示し、職員間で共有して常に意識しながら支援にあたるようにしている。	法人の理念と共に法人内のグループホーム４事業所の「関心、安心、初心」のキーワードが込められた運営方針を玄関や事務所に掲示しています。職員は家庭を意識して利用者の自己決定を尊重し自立した日常生活を送れるよう支援しています。	法人の理念と共に４事業所共通の「関心・安心・初心」のキーワードの方針を掲示しています。職員のモチベーションを高めるためにも事業所独自の方針やスローガンを作成することも期待されます。
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	毎日の買物を始め、地域清掃や町内会の行事への参加をしている。	近くの中学校を通して地域の住民との交流が盛んに行われています。入学式や文化祭に招待されたり、職業体験など受入れています。町内会に入会し事業所の広報誌を回覧板で紹介したり近くの商店街に利用者と一緒に食材の買物に出掛け顔なじみになっています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	近在の中学校の授業の一環として、職場体験やボランティア実習の受入れを定期的に行っている。その他、地元の方のボランティア活動受入れ・ホーム広報誌を地域の回覧板を用い発信する等している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	定期的に開催し、利用者・利用者のご家族に加えて民生委員・近隣住民・町内会・地域包括支援センター職員等の皆様にご参加頂き、意見交換・活動報告等を行っている。	従来の家族会から発展統合し年６回地域包括支援センターの職員や町内会長、民生委員、地域住民、家族などが参加し活動報告や行事報告、避難訓練など意見交換しています。家族も多く参加し家族会を兼ね食事や感染症対策など話し合っています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	地域包括支援センターとの連携を中心に、必要に応じて、区・市担当者との連絡・相談も行っている。 また、身寄りのない方や生活保護受給の方の利用率が高まっており、高齢障害課や保護課との連携も増えている。	地域包括支援センターの担当者や研修会で顔なじみの市の職員とは独居者の困難事例などについて助言や相談などの指導を受けています。管理者は地域の研修会の講師として協力をしています。生活保護の担当者は定期的に訪問して取り組みについて話合っています。	

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	「身体拘束廃止推進モデル施設」であり、基本的に一切の身体拘束・それに類する行為は行っていない。	身体拘束廃止推進モデル施設の職員として身体拘束の防止、言葉による弊害を正しく理解しています。虐待や暴言に至らないためのストレスマネージメントの取組みや、認知症の特性などついて研修を実施しています。各ユニットのドアにチャイムをつけ見守りを重視してすべてのドアを開錠しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での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。	社会的な虐待事件の情報等、都度共有しながら意識を高めるよう努めている。また、虐待に至らないようにする為にも、職員間でのコミュニケーションを大切にする等、ストレスマネジメントに留意している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援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、それらを活用できるよう支援している。	当事業所の管理者が他市の権利擁護研修担当者であり、事業所内において必要な知識の共有を図っている。 成年後見制度・権利擁護事業を活用している利用者も数名おり、OJT的にも学びの機会を持っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約にあたっては事業所管理者と法人担当者で分担しながら時間を掛けて、不明瞭なことが残らないよう留意しながら行っている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	まずは日常的なコミュニケーションを大切に、意見や要望が忌憚なく出せるような関係作りに努めている。その上で運営推進会議の活用、苦情相談窓口の設置等を行っている。	家族会は運営推進会議と同時開催し、家族から運営に関する意見や日頃の利用者の状況、食事についての要望など話し合っています。成年後見人が訪問した時には利用者の支援状況を報告しています。居室担当者が決め衣類の整理や清掃など支援しています。	

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	事業所内においては月次で職員会議を行い、意見交換等を行っている。 法人と事業所間においては、毎月法人代表と外部の有識者を交えた管理者会議を行い、情報共有等を行っている。	毎月のユニット会議で職員は利用者一人ひとりの情報や運営に関する意見、提案など出し合い、ケアや運営に反映しています。毎月４事業所の管理者と法人代表者による管理者会議ではそれぞれの職員からの情報を交換し合い意思の疎通を図っています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	努力や実績については、主観以外に評価手段が確立していないと思われる。 給与水準については、処遇改善加算を算定して頂いている。 労働時間については、慢性的な人員不足もあり、時間外労働が不可欠となっている状況。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	今年度より法人内で研修委員会を立ち上げ、当事業所の管理者が中心となり、年間を通して研修の構築・実施を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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組みをしている。	管理者等、役職レベルにおいては法人外の同業者との交流の機会も比較的あるものの、職員全員について考えると充分な状況とは云えない面もある。 法人内の他事業所との交流は比較的出来ている。		
Ⅱ　安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	本人のペースを見極めつつコミュニケーションを図りながら、様々な場面で不安や要望を伺い、安心して頂けるように努めている。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	サービス利用開始の前後には、特にコミュニケーションをとり、不安なことや要望をしっかりと傾聴するとともに、不安にさせないような言葉掛けが出来るように留意する等しながら関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	ホームに慣れることが出来るのか、という不安や、その他施設利用に対する家族の葛藤、また食事や入浴、排泄等生活上の様々な不安について傾聴しつつ、必要な支援について見極めを行なえるよう努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	日常的な家事は基本的に一緒に行い、料理の味付け等、職員がアドバイスを貰う機会を大切にしている。 また、利用者同士の日常的な助け合いを支援できるよう、生活空間の工夫や声掛け・見守りを適宜行っている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	それぞれの家族の置かれた状況にもよるが、できるだけ本人の暮らしの実情を職員と共有し、環境整備や介護支援の方法等について一緒に考える機会を確保するよう努めている。		
20	8	○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。	入居者それぞれにとっての思い入れのある場所や人との繋がりが継続出来るよう、職員と一緒に外出したり、手紙やハガキ、電話等を活用している。 本人への来客の際は、できるだけゆっくりと快適に過ごせるよう、場所や空間への配慮をしている。	家族や親族の協力で墓参りやレストランに外出したり、正月には自宅へ宿泊や日帰りの外出をしています。利用者の中には行き慣れた教会へ信者によるボランティアの送迎で毎週ミサに出掛けています。手紙や電話などプライバシーに配慮して支援しています。	

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○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、支え合えるような支援に努めている。	利用者間の人間関係も考慮しながら、食事の席を工夫したり、一緒に外出する、職員が間に入って日常的な関係を取り持つ等している。自然発生的な利用者同士の助け合い・支え合いは安全面に意識を払いながらも極力尊重している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	医療機関に入院してご退居となった方の所へお見舞いに行ったり、退居後でも状況に応じて相談を受けたり、世間話をしに来て頂いたり等、先方の気持ちを尊重しながら可能な範囲での支援を提供している。		
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					
23	9	○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。	生活の場面(入浴・食事・買物・就寝時間・・・)について、個々の希望・暮らし方をできるだけ尊重している。	入居時に食事や入浴、趣味など本人の生活習慣や要望などを把握しています。日々の生活や繰り返す会話から「したいこと」など把握して支援につながる様努めています。事業所の看板を作ったり、散歩の道端の花で生け花をして生きがいを見出しています。	
24		○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。	入居にあたっては本人の生活歴や暮らし方等、出来るだけ把握し職員間で共有している。入居後も継続して本人や家族とのコミュニケーションの中で情報が把握できるよう努めている。		
25		○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、有する力等の現状の把握に努めている。	生活記録や業務日誌等を活用しながら、申し送りを通して職員全体で現状を把握し、支援して行けるよう努めている。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画の作成にあたっては、会議での個別ケース検討や、本人・家族等との話し合い等を踏まえた上で行なっている。	利用者の変化などを記録した「個人生活記録」をもとにして毎月ユニット会議において利用者一人ひとりの生活を確認しています。医師の訪問時のコメントを記録した「健康状態の記録」や本人や家族の要望など取り入れて介護計画を見直しています。	
27		○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、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	生活記録(個人記録)を中心に、気付いた事(例：食欲が落ちてきている)や実践(例：本人の身体状況や嗜好の再確認を行う)について職員間で話し合い、情報交換と実践を行なっている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々に生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	過剰なマニュアル化はあえて行なわず、状況に応じた柔軟な支援により個々のニーズに対応している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	近在の店舗や医療機関、学校、町内会等の近所付き合いを活用している(買物・通院・ボランティア受入れ・地域清掃や学校行事への参加等)。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	利用前のかかりつけ医に継続して診て貰う事も可能、という選択肢も提示した上で、希望があれば事業所の提携医療機関を利用して頂く。その場合は２週に１度、提携医が訪問診療を行なっている。	内科医は２４時間対応で月２回往診しています。近隣提携歯科医院と専門医の受診は事業所で対応しています。提携薬局と非常時処方薬確保の覚書を交わし週１回薬の配達と指導を受けています。薬は施錠棚から１日分を個別薬箱に入れ服薬管理に努めています。	訪問看護師の利用計画を本社に提案中とのことでしたが、定期的に訪問看護師が入ることは予防、健康維持の上で効果があります。早期に実現されることを期待します。

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	看護師が確保出来ていない状況となっている為、提携医との直接連絡にて対応している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	提携医の協力の下、関係作り・連携に努めている。書類的には入院時に事業所から情報提供書を発行し、退院時は看護サマリー・診療情報提供書の発行を医療機関に依頼している。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	本人・家族のご希望、主治医の判断等も含め職員との間で話し合い、一番良いと思われる方法で支援ができるよう努めている。	入所時に「重要事項説明書」の中で緊急時・重度化した場合の対応について説明しています。看取りの外部研修には参加していませんが職場内での学習をしています。終末期には主治医、家族、職員との話し合いで介護計画を変更し看取り支援に取り組んでいます。	
34		○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て、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	#１３との連関にて、今まで充分とはいえなかった急変・事故発生時の対応等についての学習機会を設けている途上である。		
35	13	○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全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	消防署立会いを含めて定期的な避難訓練を実施し、避難や消火器使用の方法等を確認しているのを始め、地域に向けても様々な形で情報等の周知を図り、協力体制の構築に努めている。	利用者と共に夜間想定避難訓練と消防署の立合いによる火災訓練、ＡＥＤの使い方の指導を年１回受け防災の啓蒙に努めています。災害ネットワークに加入し、発電機、暖房具等の備品、３日分の飲料水、保存食を備蓄しています。	予備室を災害時保管場所としていましたが、現在は別の用途に利用しています。災害時には、迅速に持ち出せるように整理し、利用しやすい場所に保管されるよう期待します。

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅳ　その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	人格の尊重を前提に、本人の状況に応じて(難聴・言葉の理解度・気分等)、必要な言葉かけや対応を行なっている。	外部研修を受けた職員がミーテイングで報告・発表しています。内部研修で接遇マナーを学びあい、年長者を敬う言葉遣い、トイレ介助も人格を尊重し、他の入所者に解らないようプライバシーに配慮した支援をしています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	例えば分かりやすい選択肢を示して選んで決めて頂く等、職員側の一方的な形ではなく、本人の力に応じた自己決定のための支援を行なっている。		
38		○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。	買物・入浴・食事・どこで過ごすか等、様々な生活の場面において本人の気持ち・ペースをまずは尊重しつつ、必要な支援を行っている。		
39		○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ている。	まずは本人の希望を尊重し、服装選びや化粧、理髪の支援等をしている。 認知症により更衣・洗濯等の介入が非常に難しい方については、たとえば外出の切っ掛けを意図的に作り、その間に衣類の洗濯を行う等、無理強いをしない対応を行っている。		
40	15	○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。	献立決めから、買物・調理・後片付けについて、個々の利用者の状況に合わせて日々職員と一緒に行なっている。	利用者と職員で毎日買い物に行き、季節の食材を使って一緒に調理し食べる支援をしています。毎月レストランで外食ができるように計画作成支援をしています。中学生ボランテイアと一緒におやつ作りを楽しむなど、近隣の住民との交流にも努めています。	

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○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。	毎食の食事量把握、疾病に伴う食材制限、自立度の低い方の水分量確保（１日量の設定）、咀嚼や嚥下状態への配慮、定期的な体重測定、主治医との適宜相談等を行っている。		
42		○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本人の力に応じた口腔ケアをしている。	本人の状態に応じて歯磨き・口腔内の確認・うがい等、必要に応じて声掛け・支援を行なっている。		
43	16	○排泄の自立支援 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、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	本人の力の維持、気持ち・プライドの尊重、皮膚への負担・コスト面等様々な要素を考慮し、出来る限りオムツ等に頼らず済む様、状況に応じて声掛けや誘導を行っている。	退院時は全介助オムツ使用の人もタイミングを見て声掛け、誘導介助により２週間位でトイレで自力排泄できるようになっています。転倒の不安、安全にという家族の思いを受け止めつつ、その人に合った方法で自立をめざし本人の自信に繋げる支援をしています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	食材の工夫や水分量・運動量の確保等、薬に頼らず食べ物や生活習慣からできる予防に努めている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入りたい・入りたくないという本人の意向を尊重しつつ、入浴表等を用いてある程度の必要なペースでの入浴が出来る様支援している。他、声掛けの工夫や、希望の入浴剤の使用、銭湯に行く、入浴時間の希望を尊重する等。	入浴時間と回数は自由で毎日入浴している人もいます。平均週２回が多く、週１回や入浴を好まない人への言葉掛けと対応の工夫に努めています。入浴時の利用者との関わりを大切にし、何気ない会話の中から思いを汲み取る支援をしています。	

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	起床時間・消灯時間共にあえて定めず、個々の生活ペースをまずは尊重した上で、体調や生理的なバランスを考慮することとしている。 他、室温調整や体位の変換、布団干しやシーツ交換を入居者と一緒に行う等、個別に対応している。		
47		○服薬支援 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。	提携医・薬剤師と連携して、薬の目的や副作用、用法・用量等の理解に努めているが、あくまでも「介護職」としての知識に留まらざるを得ない。		
48		○役割、楽しみごとの支援 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、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	炊事や掃除等、日常生活での役割を始め、それぞれの趣向に合わせて絵画等の創作活動や外食、芸術鑑賞、庭仕事等、職員も一緒に楽しみを見つけながら行っている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	利用者個々に対して個別の担当職員を決め、それぞれの希望を引き出しながら遠出の外出等も含め、希望が実現出来るよう支援している。	日常的にスーパーへの買い物、近隣住宅街への散歩、墓参り、美容院、レストランなど、希望する所への外出支援をしています。遠出の好きな人へは担当者が計画を立て、高尾山、鎌倉、横浜温泉に行っています。車椅子利用者はホームの福祉車両で支援しています。	
50		○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。	個々の能力を勘案した上で、金銭を本人管理としているケースもある。 ホーム内の自販機で飲み物を自分で購入されている方もいる。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○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。	電話は基本的に自由に使えるようにしており、必要に応じて支援している。 個人で携帯電話を持ち込まれているケースもある。 また、年賀状等、はがきや手紙についても個々に必要な支援を行っている。		
52	19	○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）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	利用者それぞれにとって居心地の良さは異なるため、まずはそれぞれの趣向の把握に努めている。 その上で、リビング等共用空間の季節感の演出等を心掛けている。	行事や外出時の写真、利用者の描いた絵や作品などを壁に飾り家庭的な雰囲気が感じられる工夫をしています。流し台の前のソファー、部屋の角に２人かけソファーを置き気の合う人がくつろげる場にしています。今年は南側庭園のテラスに木のベンチを置きくつろぎの場作りの支援をしています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	リビングとは別の場所にソファーを設置したりする等、利用者が出来るだけ主体的に居場所を選べるよう工夫している。		
54	20	○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。	仏壇・鏡台・タンス等、本人が昔から使っていたものを自由に持ち込んで頂いている。 清掃については本人や家族との話し合いの上、状況に応じて整頓を行っている(あえて散らかっている状態を尊重することもある)。	エアコン、照明器具、防炎カーテンは備付けです。仏壇、趣味の品など、愛用の品や家具などを持ち込み快適に過ごせる工夫をしています。家族・本人の希望で職員が室内に再利用手すりを取り付けています。家族が希望すれば利用者の部屋に泊まる寝具も備えてあります。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	まずは観察や声掛けに留意し、利用者が出来ない・分からないままにならないようにしている。 その上で必要な情報(トイレ・下駄箱等)は分かり易く表示し、設備についても出来る限り直感的に使えるもの(IHを使わない等)にしている。		

事業所名	グループホーム麻生
ユニット名	さくら(2階)

Ⅴ　アウトカム項目

56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 （参考項目：23,24,25）		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
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 （参考項目：18,38）		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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 （参考項目：38）		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
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 （参考項目：36,37）		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
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 （参考項目：49）		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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 （参考項目：30,31）		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
62	利用者は、その時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。 （参考項目：28）		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

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている。 （参考項目：9,10,19）		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
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 （参考項目：9,10,19）		1，ほぼ毎日のように
		○	2，数日に1回程度ある
			3．たまに
			4．ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。		1，大いに増えている
		○	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
66	職員は、活き活きと働けている。 （参考項目：11,12）		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
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。		1，ほぼ全ての利用者が
		○	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
68	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．ほとんどいない

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅰ　理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	入職時の研修を始めとして、理念は事業所内に掲示し、職員間で共有して常に意識しながら支援にあたるようにしている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	毎日の買物を始め、地域清掃や町内会の行事への参加をしている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	近在の中学校の授業の一環として、職場体験やボランティア実習の受入れを定期的に行っている。その他、地元の方のボランティア活動受入れ・ホーム広報誌を地域の回覧板を用い発信する等している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	定期的に開催し、利用者・利用者のご家族に加えて民生委員・近隣住民・町内会・地域包括支援センター職員等の皆様にご参加頂き、意見交換・活動報告等を行っている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	地域包括支援センターとの連携を中心に、必要に応じて、区・市担当者との連絡・相談も行っている。 また、身寄りのない方や生活保護受給の方の利用率が高まっており、高齢障害課や保護課との連携も増えている。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	「身体拘束廃止推進モデル施設」であり、基本的に一切の身体拘束・それに類する行為は行っていない。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での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。	社会的な虐待事件の情報等、都度共有しながら意識を高めるよう努めている。また、虐待に至らないようにする為にも、職員間でのコミュニケーションを大切にする等、ストレスマネジメントに留意している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援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、それらを活用できるよう支援している。	当事業所の管理者が他市の権利擁護研修担当者であり、事業所内において必要な知識の共有を図っている。 成年後見制度・権利擁護事業を活用している利用者も数名おり、OJT的にも学びの機会を持っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約にあたっては事業所管理者と法人担当者で分担しながら時間を掛けて、不明瞭なことが残らないよう留意しながら行っている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	まずは日常的なコミュニケーションを大切に、意見や要望が忌憚なく出せるような関係作りに努めている。その上で運営推進会議の活用、苦情相談窓口の設置等を行っている。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	事業所内においては月次で職員会議を行い、意見交換等を行っている。 法人と事業所間においては、毎月法人代表と外部の有識者を交えた管理者会議を行い、情報共有等を行っている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	努力や実績については、主観以外に評価手段が確立していないと思われる。 給与水準については、処遇改善加算を算定して頂いている。 労働時間については、慢性的な人員不足もあり、時間外労働が不可欠となっている状況。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	今年度より法人内で研修委員会を立ち上げ、当事業所の管理者が中心となり、年間を通して研修の構築・実施を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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組みをしている。	管理者等、役職レベルにおいては法人外の同業者との交流の機会も比較的あるものの、職員全員について考えると充分な状況とは云えない面もある。 法人内の他事業所との交流は比較的出来ている。		
Ⅱ　安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	本人のペースを見極めつつコミュニケーションを図りながら、様々な場面で不安や要望を伺い、安心して頂けるように努めている。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	サービス利用開始の前後には、特にコミュニケーションをとり、不安なことや要望をしっかりと傾聴するとともに、不安にさせないような言葉掛けが出来るように留意する等しながら関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	ホームに慣れることが出来るのか、という不安や、その他施設利用に対する家族の葛藤、また食事や入浴、排泄等生活上の様々な不安について傾聴しつつ、必要な支援について見極めを行なえるよう努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	日常的な家事は基本的に一緒に行い、料理の味付け等、職員がアドバイスを貰う機会を大切にしている。 また、利用者同士の日常的な助け合いを支援できるよう、生活空間の工夫や声掛け・見守りを適宜行っている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	それぞれの家族の置かれた状況にもよるが、できるだけ本人の暮らしの実情を職員と共有し、環境整備や介護支援の方法等について一緒に考える機会を確保するよう努めている。		
20	8	○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。	入居者それぞれにとっての思い入れのある場所や人との繋がりが継続出来るよう、職員と一緒に外出したり、手紙やハガキ、電話等を活用している。 本人への来客の際は、できるだけゆっくりと快適に過ごせるよう、場所や空間への配慮をしている。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○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、支え合えるような支援に努めている。	利用者間の人間関係も考慮しながら、食事の席を工夫したり、一緒に外出する、職員が間に入って日常的な関係を取り持つ等している。自然発生的な利用者同士の助け合い・支え合いは安全面に意識を払いながらも極力尊重している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	医療機関に入院してご退居となった方の所へお見舞いに行ったり、退居後でも状況に応じて相談を受けたり、世間話をしに来て頂いたり等、先方の気持ちを尊重しながら可能な範囲での支援を提供している。		
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					
23	9	○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。	生活の場面(入浴・食事・買物・就寝時間・・・)について、個々の希望・暮らし方をできるだけ尊重している。		
24		○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。	入居にあたっては本人の生活歴や暮らし方等、出来るだけ把握し職員間で共有している。入居後も継続して本人や家族とのコミュニケーションの中で情報が把握できるよう努めている。		
25		○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、有する力等の現状の把握に努めている。	生活記録や業務日誌等を活用しながら、申し送りを通して職員全体で現状を把握し、支援して行けるよう努めている。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画の作成にあたっては、会議での個別ケース検討や、本人・家族等との話し合い等を踏まえた上で行なっている。		
27		○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、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	生活記録(個人記録)を中心に、気付いた事(例：食欲が落ちてきている)や実践(例：本人の身体状況や嗜好の再確認を行う)について職員間で話し合い、情報交換と実践を行なっている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々に生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	過剰なマニュアル化はあえて行なわず、状況に応じた柔軟な支援により個々のニーズに対応している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	近在の店舗や医療機関、学校、町内会等の近所付き合いを活用している(買物・通院・ボランティア受入れ・地域清掃や学校行事への参加等)。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	利用前のかかりつけ医に継続して診て貰う事も可能、という選択肢も提示した上で、希望があれば事業所の提携医療機関を利用して頂く。その場合は２週に１度、提携医が訪問診療を行なっている。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	看護師が確保出来ていない状況となっている為、提携医との直接連絡にて対応している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	提携医の協力の下、関係作り・連携に努めている。書類的には入院時に事業所から情報提供書を発行し、退院時は看護サマリー・診療情報提供書の発行を医療機関に依頼している。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	本人・家族のご希望、主治医の判断等も含め職員との間で話し合い、一番良いと思われる方法で支援ができるよう努めている。		
34		○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て、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	#１３との連関にて、今まで充分とはいえなかった急変・事故発生時の対応等についての学習機会を設けている途上である。		
35	13	○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全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	消防署立会いを含めて定期的な避難訓練を実施し、避難や消火器使用の方法等を確認しているのを始め、地域に向けても様々な形で情報等の周知を図り、協力体制の構築に努めている。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅳ　その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	人格の尊重を前提に、本人の状況に応じて(難聴・言葉の理解度・気分等)、必要な言葉かけや対応を行なっている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	例えば分かりやすい選択肢を示して選んで決めて頂く等、職員側の一方的な形ではなく、本人の力に応じた自己決定のための支援を行なっている。		
38		○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。	買物・入浴・食事・どこで過ごすか等、様々な生活の場面において本人の気持ち・ペースをまずは尊重しつつ、必要な支援を行っている。		
39		○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ている。	まずは本人の希望を尊重し、服装選びや化粧、理髪の支援等をしている。 認知症により更衣・洗濯等の介入が非常に難しい方については、たとえば外出の切っ掛けを意図的に作り、その間に衣類の洗濯を行う等、無理強いをしない対応を行っている。		
40	15	○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。	献立決めから、買物・調理・後片付けについて、個々の利用者の状況に合わせて日々職員と一緒に行なっている。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○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。	毎食の食事量把握、疾病に伴う食材制限、自立度の低い方の水分量確保（１日量の設定）、咀嚼や嚥下状態への配慮、定期的な体重測定、主治医との適宜相談等を行っている。		
42		○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本人の力に応じた口腔ケアをしている。	本人の状態に応じて歯磨き・口腔内の確認・うがい等、必要に応じて声掛け・支援を行なっている。		
43	16	○排泄の自立支援 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、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	本人の力の維持、気持ち・プライドの尊重、皮膚への負担・コスト面等様々な要素を考慮し、出来る限りオムツ等に頼らず済む様、状況に応じて声掛けや誘導を行っている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	食材の工夫や水分量・運動量の確保等、薬に頼らず食べ物や生活習慣からできる予防に努めている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入りたい・入りたくないという本人の意向を尊重しつつ、入浴表等を用いてある程度の必要なペースでの入浴が出来る様支援している。他、声掛けの工夫や、希望の入浴剤の使用、銭湯に行く、入浴時間の希望を尊重する等。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	起床時間・消灯時間共にあえて定めず、個々の生活ペースをまずは尊重した上で、体調や生理的なバランスを考慮することとしている。 他、室温調整や体位の変換、布団干しやシーツ交換を入居者と一緒に行う等、個別に対応している。		
47		○服薬支援 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。	提携医・薬剤師と連携して、薬の目的や副作用、用法・用量等の理解に努めているが、あくまでも「介護職」としての知識に留まらざるを得ない。		
48		○役割、楽しみごとの支援 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、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	炊事や掃除等、日常生活での役割を始め、それぞれの趣向に合わせて絵画等の創作活動や外食、芸術鑑賞、庭仕事等、職員も一緒に楽しみを見つけながら行っている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	利用者個々に対して個別の担当職員を決め、それぞれの希望を引き出しながら遠出の外出等も含め、希望が実現出来るよう支援している。		
50		○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。	個々の能力を勘案した上で、金銭を本人管理としているケースもある。 ホーム内の自販機で飲み物を自分で購入されている方もいる。		

			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○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。	電話は基本的に自由に使えるようにしており、必要に応じて支援している。 個人で携帯電話を持ち込まれているケースもある。 また、年賀状等、はがきや手紙についても個々に必要な支援を行っている。		
52	19	○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）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	利用者それぞれにとって居心地の良さは異なるため、まずはそれぞれの趣向の把握に努めている。 その上で、リビング等共用空間の季節感の演出等を心掛けている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	リビングとは別の場所にソファーを設置したりする等、利用者が出来るだけ主体的に居場所を選べるよう工夫している。		
54	20	○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。	仏壇・鏡台・タンス等、本人が昔から使っていたものを自由に持ち込んで頂いている。 清掃については本人や家族との話し合いの上、状況に応じて整頓を行っている(あえて散らかっている状態を尊重することもある)。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	まずは観察や声掛けに留意し、利用者が出来ない・分からないままにならないようにしている。 その上で必要な情報(トイレ・下駄箱等)は分かり易く表示し、設備についても出来る限り直感的に使えるもの(IHを使わない等)にしている。		