

1 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	3577800489		
法人名	特定非営利活動法人 宅老所 ほほえみ		
事業所名	グループホーム ほほえみ		
所在地	山口県下関市豊浦町後田後地31-1		
自己評価作成日	平成25年10月1日	評価結果市町受理日	平成26年7月11日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度ホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	平成25年10月25日		

【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)】

地域とのつながりを大切にし、開放的で日常的な交流関係を築くことに積極的に取り組んでいます。明るく家庭的な雰囲気及び健全な環境の下、季節ごとの行事で四季を感じたり、お誕生会でお祝いしたり、近所への散歩や買い物などゆったりした日常生活を送ることで、「その人らしく」、日々生き甲斐を感じられるような生活を送ることができるよう、共に生活するという感覚を大事にしています。また、ご利用者の人格を尊重し、生活意欲と身体能力の維持・向上を図る事に積極的に取り組んでいます。

【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)】

入居時のアセスメントはセンター方式を活用され、家族からの生活歴や生活習慣等の情報の把握に努めておられる他、3ヶ月に1回の「希望調査アンケート」の実施や日々の関わりの中での利用者の言動やしぐさなどを事業所独自の「気づいて私の心」に記録されるなど、思いや意向の把握に努めておられ、利用者がその人らしく暮らし続けられるように支援しておられます。3ヶ月に1回「嗜好調査アンケート」や「形態別の嗜好アンケート調査」を実施して利用者の好みを把握される他、2ヶ月に1回利用者の希望を聞いてリクエストメニューとして献立を作成されるなど、食事が楽しめるように工夫しておられます。買い物ツアーやドライブ、花見、見物ツアー、季節の果物狩り、地域の行事への参加、家族の協力を得られての墓参りや見舞い、結婚式や葬式への出席など、多くの外出の機会をつくれ、利用者が生き生きと過ごされるように支援されています。外部研修への参加機会や計画的な内部研修の実施(月8回程度)、年6回の緊急時対応訓練、外部講師を招いての勉強会、同業者との交流など、職員が働きながら学べるように取り組まれています。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
57 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 type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	64 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	<input type="radio"/> 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
58 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	<input type="radio"/> 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	65 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	<input type="radio"/> 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
59 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	<input type="radio"/> 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	66 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	<input type="radio"/> 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
60 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	<input type="radio"/> 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	67 職員は、生き活きと働けている	<input type="radio"/> 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
61 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	<input type="radio"/> 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、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	<input type="radio"/> 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、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている	<input type="radio"/> 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	69 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	<input type="radio"/> 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
63 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	<input type="radio"/> 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		

自	外	部	項目	自己評価	外部評価	
				実践状況	実践状況	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ふ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	「地域密着」を念頭においた理念をつくり実践している。理念の内容や意義について考えるカンファレンスを6ヶ月毎に行い、具体的な実践方法について検討し、スタッフ全員で共有している。理念の実践と成果については、毎月末に「理念実践評価表」に記入することで評価している。また、半年に一度職員会議を行い、「中間評価」「年間評価」をして改善点を明確化し、次回の目標設定につなげている。	地域密着型サービスの意義をふまえた事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示している。毎月、事業所独自の実践評価表を活用して実践状況を確認している他、「中間評価」や「年間評価」をして、全職員で確認し、共有して、理念の実践につなげている。		
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人として日常的に交流している	常日頃から、散歩中の方々に積極的に声をかけて施設に招いている。招いた近所の方々と、利用者・スタッフが一緒にお茶を飲んで過ごしている。またボランティアの来設も、手芸・日舞・楽器演奏・紙芝居など、多様にわたっている。地元の園児たちが来設することもあり、大人から子供まで幅広い年齢層にわたる交流をしている。そして、地域交流のさらなる充実を図るため、地域の行事（花火大会・コスモス祭りなど）など地域活動にも積極的に出向いて行き、地域の一人としての交流活動にも力を入れている。	地域の花火大会やコスモス祭りに利用者と職員が一緒に出かけている。散歩時に近所の人と挨拶を交わしたり、幼稚園児や地域の人達が散歩の途中に事業所に立ち寄っている。ボランティア（手芸、踊り、楽器演奏、紙芝居等）の来訪や花や野菜の差し入れがある他、近隣の人を招いて茶話会を開いたり、利用者ともみかん狩りに行って、収穫したみかんを近所の人に配るなど、日常的に交流している。		
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	近隣やボランティアの方々が希望された場合、認知症について説明したパンフレットを用いて、グループホームがどういうところで、認知症の方にどう接すれば良いか、どこに行けば相談にのってもらえるかなどを説明させていただき、質疑応答も交えながら認知症に対する理解を深めていただくようにしている。			
4	(3)	○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。	スタッフ全員で自己評価表の各項目について中間評価を行い、改善すべき点がある場合はカンファレンスを行い、具体的な改善方法について検討している。同時に、外部評価を実施する意義についても、勉強会を実施して理解を深めている。	事前に職員会議で勉強会を実施し、職員は評価の意義を理解している。全職員で自己評価に取り組み、話し合いの後に管理者とリーダーがまとめている。利用者の希望などを把握するための希望調査や嗜好調査のアンケートを実施するなど、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。		
5	(4)	○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	総合支所市民生活課や地域包括支援センターより職員を派遣してもらい、自治会長・民生委員・第三者委員・家族・職員が参加し、2ヶ月に1度開催している。日々の取り組みや行事・評価等について報告を行い、意見を募り、出された意見は、今後活かせるようカンファ	2ヶ月毎に開催し、利用者の状況やサービス内容、行事予定、研修報告、事故報告、外部評価の取り組み状況などについて報告をして、意見交換をしている。自治会長からのボランティアの紹介や避難訓練への参加の呼びかけ		

		サービス向上に活かしている	レンズで取り上げ、今後のサービス向上につなげている。	け、災害対策、感染症などについての意見や提案があり、避難訓練や災害時の訓練への地域住民の参加につながるなど、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	
6	(5)	○市町との連携 市町担当者や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り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議にて市町担当者と近況やサービス内容について、積極的に情報交換を行っている。他に、地域ケア連絡会議にも出席し、市町を含めた地域との連携を深め、協体制度を強化している。	市担当課とは運営推進会議の他、介護保険の更新申請時に出向いて、事業所の現状などを伝え相談をしている他、電話で相談したり情報交換をして、協力関係を築くよう取り組んでいる。地域包括支援センターとは、運営推進会議の他、地域ケア会議(年6回)で状況報告や情報交換をしている。	
7	(6)	○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	身体拘束に関するマニュアルや資料に基づいて、半年毎に内容の見直しと施設内勉強会を行い、身体拘束禁止の対象となる行為や拘束しないことの重要性を正しく理解しており、抑制のない環境づくりのため、ケアの工夫に努めている。例えば、各居室には鍵はなく、玄関の施錠は夜間のみ。ベットの柵を使用する場合は、起き上がり等の補助器具としての目的のみでの使用としている。入所者の行動や変化に常に目を向け、外出傾向にある利用者には、興味のある事に気を向ける等の工夫を行っている。例えば、ドライブに出かけたり、職員付き添いで散歩に出たりして、気分転換を図っている。単独離脱(帰宅要求)の傾向が特に強い利用者については、随時対策を検討している。	身体拘束について年2回の内部研修を実施し、全職員は理解して抑制や拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関の施錠はせず、外出したい利用者には、一緒に外出するなど対応を工夫している。スピーチロックについては、管理者、リーダーが指導をする他、職員間でも話し合っている。	
8		○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の虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止に関するマニュアルを使って、6ヶ月毎に内容の見直しと施設内勉強会を行い、「虐待とはなにか」「虐待に該当する行為」について学び正しい理解と認識ができています。日々の業務の中で職員同士がお互いの行動や発言に注意を払い、虐待防止に努めている。基本理念の実践をもって包括的に防止を図っている。		
9		○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	成年後見制度についての資料をもとに職員会議を定期的に年2回行い、制度の内容について学ぶ機会を設けている。必要性については、家族来訪時等に制度の内容を説明し周知を図っている。		
10		○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、	施設見学や予約の段階では、「パンフレット」や「料金表」を用いて、施設での生活や費用について説明を行い、疑問や質問にはその都度応えている。契約締結時には、契約書類に基づき予約時よりもさらに詳		

		<p>十分な説明を行い理解・納得を図っている</p>	<p>細に説明を行うとともに、外部評価の結果も提示し、施設の考え方や対応などを理解して頂くことで、不安や疑問の解消に努め、疑問や質問に対応してもその都度丁寧に説明することで、理解・納得してもらえるようにしている。「契約書」では、利用基準、契約終了や契約解除の条件、利用者とその代理人の権利と義務、退去後の援助について等を、「重要事項説明書」では、緊急時の対応、サービス提供に係る利用料の詳細、協力医療機関等を説明している。個人情報の取り扱いについても、「個人情報に関する基本方針」「個人情報の利用目的」を配布し説明を行っている。また、入所後の生活の中で発生する事故や急変の可能性についても説明し、将来的に生じて来るであろう、重度化や看取りについてもそれぞれ「重度化の指針」と「看取りの指針」をもって説明している。</p>		
11	(7)	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている</p>	<p>生活相談員を配置し、利用者や家族からの相談に対応できる体制をとっている。また、重要事項説明書へ苦情受付について記載し契約の際に説明している。フロアのセンターテーブルに意見箱を設置し、プライバシーにも配慮する事で利用者や家族からの意見や要望を出しやすい環境作りにも努めている。また、「気づいて、私の心」のように、日常の何気ない些細なことでも、その言動・態度・表情を書き留め、「今どんなことをしたいのか」「何を望んでいるのか」を把握するようにしている。面会時には介護記録の開示や相談票をもって具体的に要望を聞いたり、運営推進会議や介護計画作成時と同様、その他ミーティングで話し合い、運営に反映している。</p>	<p>契約時に、相談、苦情の受付体制や外部機関、第三者委員、処理手続きを家族に説明している。運営推進会議時や介護計画作成時の他、家族の面会時に介護記録を開示して意見や要望を聞いたり、年1回の生活環境についてのアンケート調査、月1回医療に関する相談票に記入してもらうなど、家族からの意見や要望を聞く機会を設けている。運営に関する意見は出ていない。</p>	
12	(8)	<p>○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</p>	<p>週2回のミーティング時、職員から出された提案について考慮し、勤務時間帯や人員数、設備改善等に反映している。また、管理者自身も他の職員と共に現場に入り、自ら状況把握に努めている。やむを得ず職員が交代する場合は、正職員を代行させる等の配慮をしている。</p>	<p>週2回のミーティングで職員の意見や提案を聞く機会を設けている他、日頃から管理者は職員からの意見や提案を聞いている。看護師の増員や勤務時間の変更等の意見や提案を運営に反映させている。</p>	
13		<p>○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</p>	<p>管理者も職員として現場に入り、職員の業務に取り組む姿勢を把握している。向上心を持てるように、処遇改善手当の支給を行ったり、働きながらも資格取得できるような勤務体制に配慮している。また、職員同士で行う小旅行（山口湯田温泉・梨狩り）や、月1回の食事会（施設内）を実施したり、個人面談を随時行い、職員から十分意見を出してもらう事でストレス軽減につながるよう取り組んでいる。他にも、職員の休憩室として1階と2階にそれぞれ和室を、がんばる一む</p>		

			には私物置き場と職員用の冷蔵庫を設置して、職員の体調管理のしやすさや快適性を向上させている。また、業務用携帯も導入し、スタッフ間の連絡をより一層スムーズにし、利便性と効率性を上げている。	
14	(9)	○職員を育てる取り組み 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	研修会への参加について、年間計画表を基にして、研修参加の機会を設けており、資格取得のための勤務体制を考慮したりしている。研修を受けた職員は、研修レポートを作成し、社内研修を開き、全職員に報告している。なお、研修内容が充分習得できなかった職員には、他の職員のサポートにより、再度個人研修を行っている。その他に、年1回外部施設の方（G.H.あいの家より）を招いて、研修指導を受けている。	外部研修は情報を伝え、希望や段階に応じて勤務の一環として参加の機会を提供している。受講後は復命報告し、資料を閲覧している。内部研修(月8回程度)は、プライベート、身体拘束、理念の実践等、緊急時の対応（骨折、夜間急変、異物除去等）について実施している他、年1回は外部講師を招いて研修を実施している。地域ケア連絡会議の研修会に参加し、他の事業所との相互訪問や体験研修活動をしているなど、働きながら学べる様に支援している。
15		○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作り、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り組みをしている	同地域内の同業者による地域ケア連絡会議が主催する、会議や研修会、講義に出席し、ケース検討や問題提起を通して情報交換を行ったり、同業者間のネットワーク強化・サービス向上、情報や知識の習得に努めている。また、茶話会にも出席し、交流を図っている。他のグループホーム（あいの家）には、職員の1日研修を受け入れて頂いたり、運営推進会議に出席して頂いた機会を利用して、職員の接遇についての話をさせて頂いたりしており、他施設の情報を聞くことで今後のサービスへの良い刺激となっている。	
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
16		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、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・家族、その他の関係者と事前に十分にコミュニケーションを図り、これまでの生活での問題点や、今後の生活に対する本人の不安や要望について聞き取りを十分に行い、「予約・相談票」に記入。意見・要望があれば回答欄に記入して合意を得るようにしてる。また、このご利用者に対して、どういうケアを行っていくべきなのかを考えるように努めている。相談内容は担当相談員やケアマネージャーと共有し、スタッフの協力を得ながら、本人が納得・安心するまで最良の対応方法について検討して回答し、合意を得るようにしている。	
17		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を	家族やその他関係者から聞き取りを十分に行い、「予約・相談票」を記入、今後の生活に対する不安・要望に耳を傾けている。相談内容は担当相談員やケアマネージャーと共有し、全スタッフの協力を得なが	

		傾けながら、関係づくりに努めている	ら、家族が納得・安心するまで最良の対応方法について検討して相談票の回答欄に記載した対応内容を確認してもらい、合意を得るようにしている。	
18		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	本人にとってより充実したサービスが受けられる事と、家族の家庭事情を総合的に考慮した上でより良い選択ができるよう、利用可能な様々なサービス種類がある事を説明し、要望があれば、「予約・相談票」に記入し入所後の対応について職員会議で検討するようにしている。検討した結果、他施設の利用がより適切であると判断した場合は、地域包括支援センターや担当の介護支援専門員（要介護認定がまだの場合は居宅介護支援事業所を紹介）と連携して、他のサービス利用へつなげていくようにしている。	
19		○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、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員が利用者から、昔の歌を教わって一緒に歌ったり、漬け物の漬け方や料理の方法・味付けを習ったり、野菜作りの過程を教わったり誕生日会では、抱き合って一緒に喜んだりしている。本人の戦時中の苦労話や死別した人との思い出話を聞いて、思わず涙がこみ上げてくる職員もいる。また、食器を拭いてもらったり、洗濯物をたたんでもらったりしている。「手伝う事があれば言ってね」「ありがとう」などの言葉かけを大事にし、共に支え合い生活する関係を築いている。	
20		○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、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	家族が来設された際にご利用者本人と共にお迎えし、本人・家族・職員とが同じ席でお茶を飲みながら、記録の開示を行い、普段の生活の様子などを話し、それまでの生活では見られなかった表情や言動を知ってもらう事で、その喜怒哀楽を共有してもらい、本人に対する家族の思いをさらに理解することができるように取り組んでいる。本人と家族がゆっくりと過ごせるための空間作りにも取り組んでいる。各行事では事前に案内状を送付し、行事参加を求めている。例えば誕生日会には御家族が本人の好きな食べ物を持ってきてくれたことも、施設で一緒に調理したりしてくれたこともある。また、利用者が外泊する場合、家族にはケアのポイントや気をつけてほしいことを説明し、メモに書いて渡すことにしている。なかなか面会に来られない家族には、電話や手紙にて「家族に会う事でより安心感を与え、精神的な励みになる」ことを伝え、面会の機会を持ってもらえるように働きかけを行っている。また、1ヶ月に1度、健康状態の記録を書面にし、家族に送付し、読んでもらっている。	

21	(10)	<p>○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</p>	<p>本人がこれまで築いてきた人間関係や生活習慣・馴染みについては、本人や家族から聴集して得られた情報をセンター方式に記載することで具体的な内容を明確にしておき、その内容はスタッフ全員が把握している。家族や親戚に限らず、友人・知人との面会については、特に制限することなく自由な来訪を歓迎している。但し家族以外の方の面会については事前に家族から了解を得るようにしている。本人から外出の希望があった場合は、家族とも相談し、希望実現に向けた支援をしている。外出するにあたり、家族の希望があれば、施設スタッフが同行している。これまで支援してきた外出は、普段の食事・買い物・受診の他、親族（孫）とのドライブや親族の結婚式や葬儀への出席、夏祭り・農業祭・神社仏閣の祭りへ出かけたこともある。また、行きつけの商店や理美容院を利用したり、手紙や年賀状、電話のやりとりを積極的にして、これまでの馴染みの関係が途切れないようにしている。</p>	<p>友人や知人、親戚の人の来訪や行きつけの店での買い物、馴染みの美容院の利用、年賀状のやりとり、電話などの支援をしている。家族の協力を得ての外出、外食、見舞い、結婚式や葬儀への出席、地元の夏祭りや農業祭りの見学など、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。</p>	
22		<p>○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</p>	<p>職員は利用者の性格や好みを十分に把握し、利用者同士が仲違いせず和気藹々とした関係でいられるよう、リビングで過ごす際の座席を決めたり、話のきっかけを作ったりする事で、それぞれの交流が深まる工夫をしている。また、ホールにもテーブルやソファを設け、思い思いの場所で自由に過ごせるような配置にしている。</p>		
23		<p>○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</p>	<p>入院中や在宅復帰等の退所者には、時折面会に訪れ、施設の近況をお知らせしたり、様子をうかがったりして情報交換し、交流関係を維持継続している。訪問が難しい時は「ほほえみだより」やお手紙を送ったり、電話を入れたりして交流を図っている。面会や電話の際、状況に応じて必要があれば施設より情報提供も行っている。後日家族が来設されて、野菜や果物を差し入れて下さることもある。また、退去後利用することになる機関に対しては、御家族の了解を得た後、入所中の介護経過や既往歴、退去時点でのADL状況をサマリーを作成し提供している。また、かかりつけ医からの診療情報提供書や、その時点での最新の「介護計画」「症状別対応及び報告基準マニュアル」「レクリエーション実施計画表」「処方薬の説明書き」「緊急時・終末期の家族の希望書」「嗜好調査・形態別嗜好度調査・希望調査」といった、ケアに関する個別情報の提供も行っている。</p>		

III				
24	(11)	<p>○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</p>	<p>利用者のある言動や表情やしぐさについて、「いつ、どこで、どんな状況で」表現し、それに対して、どのように対応し、その結果どうであったか、という一連の事象内容を、「気づいて私の心」に記載することにより、その利用者の「今、その時」の思っていることや意向を明確にしている。「気づいて私の心」に記載した内容を踏まえて、検討の余地ありと判断される事例については、職員会議で採り上げたり、本人や家族を交えたサービス担当者会議で検討し、最大限意向に添った形での対応ができるようにしている。また、意思疎通が困難で意向の把握が難しい場合についても、これまで収集してきた情報（センター方式）をもとに、本人の視点にたつて考察・推察をすすめながら、同様の会議で対応内容を検討している。そして、普段の意向把握をより一層深めるために、3ヶ月に1回、「嗜好調査アンケート」および「形態別嗜好度調査アンケート」を実施して、食事やおやつに関して感想や意見・要望をうかがっている。また、食に関すること以外についても、「希望調査アンケート」を3ヶ月に1回実施している。これらのアンケートの結果を受けて職員会議で総合評価し、今後の方針につなげている。「嗜好調査アンケート」と同様に検討し、最善の対応が図れるようにしている。</p>	<p>センター方式のシートを活用している他、日々の関わりの中での利用者の言動やしぐさなどを、事業所独自の「気づいて私の心」に記録して、思いや意向の把握に努めている。「嗜好調査アンケート」や「形態別嗜好調査アンケート」、「希望調査アンケート」を3ヶ月に1回実施して一人ひとりの思いや暮らし方の希望の把握に努めている。困難な場合は、これまでの情報をもとに職員間で話し合い、本人本位に検討している。</p>
25		<p>○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</p>	<p>本人やキーパーソンはもちろん、必要であれば、了解を得たうえで、それ以外の家族や親戚、友人、近所の方々などに昔の生活習慣や社会的立場等について詳細に聞きアセスメント（センター方式）に記録している。また、職員全員がアセスメントの内容を把握し、施設内でもできるだけ同じような生活ができるように努めている。（起床・就寝・食事・入浴等の時間といった生活全般において）また、アセスメントで収集した情報をもとに、昔から得意だったことをリハビリとして取り入れる工夫もしている（調理・配膳・下膳、野菜の種まき・植え付けから収穫まで、花の栽培、将棋、書道、買い物など）</p>	
26		<p>○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</p>	<p>利用者それぞれの生活のリズムや体調変化を把握するために、排せチェックやバイタルチェック、食事や水分の摂取量を記録している。また、レクリエーションに参加してもらったり、茶碗拭き・食事の支度・片付け・洗濯・掃除・畑仕事等のお手伝いをしてもらう中で、取り組む姿勢や会話、表情などから「何ができるのか」「何に興味があるの</p>	

27	(12)	<p>○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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している</p>	<p>か」等を把握するよう努めている。</p> <p>アセスメント（センター方式）を実施して、本人に関する情報データを収集し、それに基づいてサービス担当者会議を開催し、介護計画作成にあたっている。当該会議では、アセスメントで得られた情報データ以外にも、例えば、記録開示時での家族の要望、毎月実施の「相談票」やアンケート調査、週2回のミーティング、随時記載の「気づいて私の心」、随時開催の職員会議、「週間レクリエーション実施計画表」、受診時での主治医や医療スタッフなどからの意見やアドバイス（内容は施設介護経過に記録）といった、本人のみならず家族や関係者から得たあらゆる意見・アイデア・情報を集約して総括的に検討しており、その検討結果を反映させた形で介護計画を作成している。介護計画は、通常は3ヶ月毎に評価・見直しを行って更新しているが、次回更新までの期間内（更新後1～2ヶ月位）に、中間評価として定例会議を1回開催し、より短期間での評価検討の機会を設けている。サービス担当者会議および定例会議は、家族の面会時に合わせて開催し、本人と家族が必ず会議に参加できる体制をとっている。また、ADL状況に変化がみられるようになり、現行の援助内容に改変が必要となったり、新たな課題が浮上した場合には、通常の間を待たずにサービス担当者会議を開き、現行介護計画について再検討して内容を更新し、その時その時の状況に即した介護計画を作成している。</p>	<p>利用者や家族も参加して、計画作成担当者や利用者の担当職員を中心に月1回サービス担当者会議を開催し、「相談票」や「気づいて私の心」で把握した要望や主治医、看護師等の意見を参考にして話し合い、介護計画を作成している。3ヶ月毎にモニタリングを実施し、見直している他、本人の状態の変化や要望に応じて、その都度話し合い、現状に即した計画を作成している。</p>	
28		<p>○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</p>	<p>日々の様子は、介護計画の内容に基づき実践されたケアの結果を、「施設介護経過」に記入している。気づきや工夫も随時付け加えて記入し、日常的な評価をしている。そして、日々記録した「施設介護経過」を基にサービス担当者会議や定例会議で改めて評価し、介護計画の見直しにつなげている。その他に、「バイタル・食事・入浴チェック表」や「排泄チェック表」を用いて、個別に、血圧・脈拍・体温、食事摂取量、水分摂取量・排泄等を記録し把握している。施設介護経過・会議及び個人チェック表についてはそれぞれ職員全員が目を通し、全て確認署名することで共有している。</p>		
29		<p>○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、その時々生まれる</p>	<p>かかりつけ医への受診について、都合のつかない家族の代わりに施設職員が付き添ったり、通院することが身体的負担となってしまう利用者には、協力医療機関からの往診をお願いしている。入院中の利用者</p>		

		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	に対しては、早期退院に向けて、ホームでどのような対応ができるか検討し、可能な限りの支援をしている。他にも、重度化した場合や終末期には改めて面談を行い、専用の「面談票（重度化・終末期）」を作成し、家族の意向を聞いてそれに応じた対応方法を検討している。以上のように、既存のサービスの枠に捉われない形で柔軟に対応できる体制をとっている。	
30		○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	2ヶ月毎に運営推進会議を開催し、地域包括支援センター、自治会長、民生委員、総合支所の担当係、家族の方々を招いて意見交換を行い、普段から連携を図っている。また、年1回の消防立会の消火避難訓練や立ち入り検査の際に、入所者や職員の数や状況を把握していただき消防署との連携を図っている。防犯の面でいえばALSOKと契約し、事故や災害、有事の際には駆けつけてもらえるようにしている。2ヶ月に1回行う、施設での避難訓練では近隣の方への参加呼びかけを行い、一緒に取り組んでくれている。地元の図書館で本や紙芝居を借りてきて施設内で職員による読み聞かせを行うこともある。時折、自治会長も紙芝居に来てくれる。	
31	(13)	○かかりつけ医の受診支援 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	入所前および入所時に「相談票」にてかかりつけ医と、今後の受診についての意向を確認している。入所後については、定期受診や容体急変時の本人や家族の希望を、受診に関する「相談票」にて1ヶ月毎に意向を確認し、短期間での意向の変更にも柔軟に対応できる形をとっている。入所後の受診について、とくに指定希望がない場合は、施設の協力医療機関に受診していただくようになるが、その際は、これまでのかかりつけ医からの情報提供に基づき、本人・家族と相談し同意の上で、受診先の変更を行っている。入所後もこれまでのかかりつけ医での受診を希望される場合は、希望通り同かかりつけ医を継続して受診できるようにしている。受診については、主治医の指定日時に受診できるよう、事前に家族と相談してスケジュールの調整を図っている。しかし、受診日にやむを得ず家族の都合がつかない場合は、家族の依頼を受けて、職員が通院のための送迎から受診中の付き添い、処方薬の受け取りまで、受診に関わる全てを代行し、受診が支障なくスムーズに運べるように支援している。受診時での検査や結果、医師の所見や意見・アドバイスは、その都度「施設介護経過」に記録し、家族の面会時（記録開示時）に改めて詳細な説明と情報提供することで	事業所の協力医療機関の他に、本人や家族の希望する医療機関をかかりつけ医としている。受診は家族の協力を得て支援している。受診時には看護師からバイタル情報を提供している。受診後は家族に電話をする他、面会時に医師の所見やアドバイス等を記録した「施設介護経過記録」で説明し、主治医からの指示を「症状別対応及び報告基準マニュアル」にそって、説明している。協力医療機関からは2週間に1回の往診がある。「相談票」で緊急対応について家族に聞いているなど、適切な医療を受けられるように支援している。

			共有を図っている。また家族に代わって職員が受診付き添いをし、病状の変化や治療方針の変更があった場合は、受診後速やかに家族に電話するなどして報告し、後日面会時にその後の経過も含めて改めて説明している。特に際立った変化もなく、経過良好である場合は、原則的に面会時（記録開示時）に報告している。定期受診以外で臨時に受診した場合においても、受診後速やかに報告し、後日面会時に改めて説明している。その他にも、より迅速な受診につなげるための対応方法の一環として、主治医の指示を得て、各利用者別に「症状別対応及び報告基準マニュアル」を作成し活用している。これは、その利用者が罹っている疾患や出現しやすい病的症状を挙げ、各症状出現時の対処法および即時報告基準の目安を具体的に一覧化したもので、医療経験が未熟な新人スタッフでも、症状出現時に困惑することなく、どのように対処すればよいか解るようになっている。「症状別対応及び報告基準マニュアル」は、6ヶ月毎に内容の見直しを行い、その都度更新している。（但し、病状変化の内容によっては定期によらず随時見直しを行っている）。		
32	○看護職との協働 介護職は、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	介護職員は、利用者の状態について、些細な変化も見逃さないよう、徹底した観察をしながら対応にあたっているが、普段からも施設内研修（勉強会）を行い、利用者の持病や高齢者に多い疾患症状について知識を深め、異状の早期発見に役立っている。また、昼夜を通して看護職員がほぼ常駐勤務しており、介護職員は即時報告している。看護職員不在時は「個別症状別マニュアル」に基づいた報告基準マニュアルを使用することが周知徹底されており、迅速な指示対応が図れるよう、常に連絡がとれる体制をとっている。			
33	○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、又、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病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は、今後のケアに役立ててもらうために、これまでの経過やADL状況などを詳細に記した情報提供書を、入院先の医療スタッフに提示している。入院中は家族と連絡を取り合いお見舞いに訪れ、その際に病院スタッフとも情報交換している。職員が病院スタッフから収集した情報は家族にも伝え、家族・事業所・病院が情報を共有できるようにしている。家族に早期退院の希望があれば、家族・病院スタッフを交えての話し合い、その内容を職員会議にかけ、退院後の対応について検討し退院計画を作成している。また、本人又は家族に希望があれば、入院中も原則として二週間を目度に居室を確保し、柔軟な受け			

34	(14)	<p>○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、事業所の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</p>	<p>入れ体制をとっている。 重度化した場合や終末期のあり方については、「重度化した場合の指針」「看取りに関する指針」に基づき、具体的な援助方法について、本人・家族に早い段階（入所時）から説明し、この時に要望・意向を確認し、内容を「相談票」に記載している。入所後においても、本人・家族の意向の変化に迅速に対応できるよう、1ヶ月毎に意向の再確認をし、その内容を「相談票」に記載している。実際に重度化した場合には、臨時に面談を設定し、重度化あるいは終末期を迎えた現状と今後について、本人・家族の意向を改めて確認、職員は本人・家族と共に主治医と面談し、今後の方向性について検討する。この臨時の面談内容は、通常の相談票とは別に、「面談票（重度化・終末期）」に記載している。この「面談票」を基に介護計画の見直しを行い、サービス担当者会議で今後の具体的な援助内容について検討する。可能性も含めながら施設側で対応しうる最大限の支援方法について検討し、最終的に納得のいく形で方針が取り決められるようにしている。以上の結果内容は介護計画に反映され、介護計画実施という形で提供される。</p>	<p>契約時に「重度化や看取りに関する指針」に基づき、事業所が出来る対応について家族に説明している。実際に重度化した場合は、家族、主治医と面談し、面談内容を記録した「面談票」に基づいて看護師や職員等の関係者が話し合い、介護計画を見直して、医療機関や他施設への移設も含めて方針を共有して、支援に取り組むこととしている。</p>	
35	(15)	<p>○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。</p>	<p>事故防止及び発生時の備えについては「事故予防対応マニュアル」、夜間については「夜間緊急マニュアル」を作成し常備している。これらのマニュアルを対象にした勉強会を2ヶ月に1回実施することにより、全スタッフの、マニュアル内容の理解の徹底と定着を図っている。尚、マニュアルは、6ヶ月毎に内容の見直しを行い、その都度更新している。また、週2回開催の定例ミーティングでは、個別の状態に応じた事故発生リスクについて考える機会を設けている。定例ミーティングでの検討結果は、職員会議で改めて検討することにより、全スタッフへの内容の浸透と共有が図られている。さらに、以上のような知識の習得や思考のみに頼るのではなく、容体急変や負傷についてさまざまなケースを想定した模擬演習訓練を2ヶ月に1回実施し、実践力の養成にも力を注いでいる。事故想定模擬演習訓練では、実施前に想定事故に関しての必要な予備知識を予め確認してから、実演訓練に入る。訓練終了後は、対応結果についての反省をし、次回訓練につなげている。模擬演習訓練に関する内容（予備知識の確認→訓練→反省）は、職員会議の「施設内研修（模擬演習訓練）」として記録している。また、年1回消防署員の立会指導の下、人工呼吸、心臓マッ</p>	<p>ヒヤリハット、事故報告書にその日の職員で話し合った対応策を記録し、翌日の申し送り時に説明し、職員会議で検討して一人ひとりの事故防止に取り組んでいる。年1回消防署の救急救命法の受講をする他、2ヶ月毎に心肺蘇生や骨折、熱中症等の模擬演習訓練を実施しているが、全職員が実践力を身に付けるまでには至っていない。</p>	<p>・全職員が実践力を身につけるための応急手当や初期対応の定期的な訓練の継続</p>

			<p>サージ、AEDの使用法といった、救急蘇生法についての講習も受けている。その他では、利用者の日常の行動で、事故につながる可能性が高い行動事例を「ヒヤリハット」に記載することで、事故の可能性と早期発見について今後の予防に役立っている。尚、結果的に入院や通院治療を要する事故が発生した場合は、「事故報告書」に記載するとともに公的機関に報告し、所定の手続きを踏んで段階的に対処し、再発防止を図っている。</p>		
36	(16)	<p>○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</p>	<p>「災害対策マニュアル」を作成し常備している。マニュアルは6ヶ月毎に内容の見直しを行い、その都度更新している。更新後は当該マニュアルを対象とした勉強会を行い、更新内容の確認と理解の徹底を図っている。当該勉強会の内容は、職員会議の施設内研修（勉強会－災害対策マニュアルについて）に記録している。演習訓練も定期的に行っており、さまざまな災害を想定した避難訓練を、実際に利用者や地域住民の方にも参加してもらい、2ヶ月に1回実施している。地域住民の方々（自治会長、民生委員、民間警備会社ALSOK、その他近隣の方々）の災害演習訓練参加については、2ヶ月に1回開催の運営推進会議で事前に参加協力を呼びかけており、実際に参加を得ている。災害時連絡網の中に、自治会長や民生委員、警備会社ALSOKといった、地域の住民や企業も記載しており、地域との連携協力体制が築かれている。災害演習訓練の内容は、職員会議の施設内研修（災害演習訓練）として記録している。その他、非常用として、お粥、乾パン、飲料水、毛布、使い捨てカイロ、紙パンツ、尿パットといった必需品を談話室内に常備している。</p>	<p>年1回、消防署の協力を得て、避難、消火、通報訓練を実施する他、2ヶ月毎に火災、風水害、夜間想定避難訓練等を、利用者や地域住民、運営推進会議のメンバーである自治会長、民生委員と一緒に実施している。運営推進会議で、災害対策について話し合い、災害時避難訓練への地域住民の参加協力、自治会長や民生委員、企業、地域住民が加わる災害時連絡網の作成など、地域との協力体制を築いている。非常用の食糧や飲料水、介護用品の備蓄をしている。</p>	
IV.その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	<p>○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</p>	<p>プライバシーの確保については、「プライバシー保護マニュアル」を作成し常備している。このマニュアルは6ヶ月毎に内容の見直しを行い、その都度更新している。更新後はこれを対象にした勉強会を行っている。勉強会では、更新内容の確認とあわせて、人格の尊重や個人の権利、プライバシー保護、守秘義務の遵守に関して、その意義や重要性についても考えており、職員会議の施設内研修（勉強会－プライバシー保護マニュアルについて）に記録している。また、基本理念を実践することによって、プライバシーの保護や人格の尊重を意識した取り組みができています。言葉遣いでいえば、利用者には常に敬語を用</p>	<p>年2回の内部研修で「プライバシー保護について」学び、職員は理解して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。不適切な対応があった場合には、管理者が指導し、職員間で声かけの仕方などについて話し合っている。</p>	

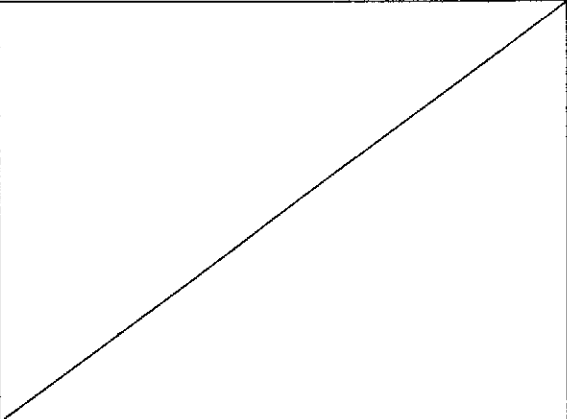
			<p>いるようにし、スタッフ同士が互いに声かけ注意しあって徹底を図っている。また、誘導方法においても、トイレやオムツ交換、入浴や着替えといった、羞恥心を伴いがちなことでは、誘導の際の声かけは、他の利用者に関心のないように耳元で密やかに話しかけたり、筆談やジェスチャーといった、音声によらない方法を用いたり、ある一定のスキンシップによる合図を用いたりして、一人一人の心身の状態に合わせた声かけ方法を行っている。それらの羞恥心を伴う見守りや介助は、女性利用者に対しては女性スタッフが対応するようにしている。見守りや介助の方法についても、利用者が上手くできなかつたり失敗したことに対しても、そのことに直接触れる発言は避け、黙ってさりげなく介助したりしている。尚、当施設の利用者用トイレはドアを常時解放し、「のれん」が下ろしてある。これは、利用者は認知症で且つ高齢者であり、トイレでの事故発生の危険性は決して低いものではないと考え、ここではプライバシー保護よりもトイレ内での「安全確保」をより優先したためである。尚、トイレにかかっているのれんは、膝から下のみ確認できる高さまで下ろしてあり、必要最小限は確保している。</p>		
<p>38</p>		<p>○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</p>	<p>利用者の伝えようとしている思いをしっかりと把握するため、発言や行動をゆっくりと待ち、それだけで理解しづらい場合は、筆談を取り入れてみたり、職員が身振り手振りも交えながら、簡潔にわかりやすい言葉で補足してみたり、整理して言い直してみたりして、その瞬間の思いを十分に引き出すようにしている。また、その時の状況を「気づいて私の心」に記録し、職員全員で利用者の思いを把握するよう取り組んでいる。「気づいて私の心」の結果について定期的に評価している。「いつ、何がしたい」という、はっきりとした希望がある場合は、その実現に向けて支援方法を検討するが、漠然とした希望（何か楽しいことがしたい、何かおいしい物が食べたい、など）の場合、その時対応しうる最大限の選択肢を準備して、選んでもらうよう取り組んでいる。</p>		
<p>39</p>		<p>○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</p>	<p>施設の業務スケジュールの枠に利用者の生活ペースを組み入れるのではなく、時間の制約やスケジュールにとらわれず、本人の生活スタイルを優先させて業務に取り組んでいる。例えば、起床時には、起床時間を告げるものの、時間が遅くなっても本人が自主的に起床して来</p>		

		<p>って支援している</p>	<p>るまで待つようにしたり、食事では、食事の時間であることを告げるものの「後で」「今はいらん」等の返答があった場合は、その食事の配膳を遅らせて、再度意向を把握した上で、その意向に合わせた時間に配膳したりしている。基本的には、見守りのみで、本人の自由に過ごしてもらっているが、時に声かけで「今何がしたいのか」を訪ねて意向を確認し、意向に沿った対応をしている。</p>		
40		<p>○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</p>	<p>入所時には、これまでの生活で着慣れた服（下着も含む）を持ってきていただき、着替えの際には本人の着たい服を、季節感やTPOを考慮して一緒に選ぶようにしている。本人の希望があれば、化粧の支援もしている。また、外出の際には、服装だけでなく靴についても本人に選んでもらうにしている。服装や髪型に乱れがあれば、職員がさりげなく直している。理美容については、1ヶ月に1度訪問理美容に来てもらい、希望する人は施設内で実施している。日時の希望が合わない場合は、その日は見合わせ後日近隣の理美容に誘ったりしている。また、本人や家族の要望があれば、家族との外出の際になじみの理美容院に連れて行ってもらう事も可能である。本人の希望はあるが家族の都合がつかない場合は、職員が付き添ってお連れしている。本人が意思決定できない方の場合、入所時のアセスメントに収集されている情報から、本人の好みに合うような服装や髪型を選ぶようにしている。</p>		
41	(18)	<p>○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</p>	<p>食事がより満足いくものとなるよう、3ヶ月毎にアンケート調査（嗜好調査・形態別嗜好調査）を実施して、一人一人の好みを把握し、また、アンケート結果について職員会議で評価を行い、今後の献立の改善につなげている。また、2ヶ月に1回、利用者からの希望を募り、リクエストメニューとしてある日の献立に取り入れるようにしている。会議にて決定した献立をリクエストした本人には、食材の準備から下ごしらえ・調理・盛り付け・配膳・片付けといった、メニュー作りに関する一連の作業に参加してもらう。もちろん、その力量に合わせて、できない部分はスタッフが部分的に手助けしたりしながら、最大限希望に添える役割がこなせるように援助している。普段の食事では、畑で利用者と一緒に栽培・収穫した野菜（オクラ、ピーマン、唐辛子、トマト、カボチャ、キュウリ、ナス、ゴーヤ、大根、玉ねぎ、サツマイモ、スイカ）を取り入れた献立を考え、調理スタッフが主に調理し</p>	<p>3ヶ月毎にアンケート調査をし、利用者の嗜好を前もって把握している他、2ヶ月に1回リクエストメニューを取り入れた献立を作成したり、差し入れの野菜や畑で採れた野菜を利用して、三食とも事業所で食事づくりをしている。食材の下ごしらえや配膳、下膳、片付けなど利用者はできることを職員と一緒にしている。利用者と職員は同じ食卓で一緒に食事をしている。誕生日食、季節の行事食、花見弁当、2ヶ月に1回の外出（ファミレス、温泉センターなど）、おやつづくり（ぜんざい、ホットケーキ、お好み焼きなど）などの他に、家族の協力を得ての外出など食事を楽しむことのできる支援をしている。</p>	

			<p>ているが、利用者の調理に係る役割分担を、その時の状態や力量を見極めながら、スタッフの見守りのもと、手間取るような所はスタッフが手助けをしたりして、利用者がいつも一緒になって調理するといった場面作りをしている。調理に係るすべての動作が困難な利用者においては、役割にそなせなくとも、例えば、調理場の中に入ってもらったり、調理しているその様子を間近で見ってもらうことで、その香りや音を感じ取ってもらい、雰囲気味わってもらうことで、食の楽しみが広がるようにしている。また時には、レストランで食事したり、自然の景色を眺めながら野外で食事する機会もあり、食事の環境や雰囲気に変化をもたせ、マンネリ化しないようにしている。</p>		
42	<p>○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</p>	<p>毎日の食事と水分の摂取量を「バイタル・食事量・入浴チェック表」に記録し、毎月はじめに体重測定を行い、職員全員が個人の栄養状態を確認・把握している。栄養面については、6ヶ月毎に管理栄養士の助言を受けている。熱発や下痢などの健康状態の低下や、ムセがあったり、開口状態や嚥下状態の低下といった、身体機能の低下が見られる利用者は、ミーティングでその状態と対応について詳細に話し合い、「刻み食」「ミキサー食」「粥食」で対応すると同時に、食べるタイミングや姿勢にも注意を払っている。また、介助器具も、木製やシリコン製のスプーンを使い、口腔内に傷を付けないような工夫も行っている。飲み物にはとろみを混合し、体調不良による食欲低下がみられる場合は、決められたメニューとは別に、好きな物・食べたい物に変更して、食欲の回復に努めるが、変更することで栄養面での問題がないか医師や栄養士に相談し、栄養不足が懸念させる場合はメニューへのアドバイスを頂いたり、栄養補助食品(エンシュアリキッド 1缶250ml/250kcal)を利用している。</p>			
43	<p>○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</p>	<p>口腔ケアマニュアルを基に定期的6ヶ月毎に見直しながら施設内で勉強会を実施し、口腔ケアの必要性・重要性を理解している。また、年1回歯科医師による往診(歯科検診)及び口腔ケア指導も行っているが、状態により随時歯科受診をするようにしている。毎食後の歯磨きや義歯洗浄、歯ブラシや薬剤の管理については、どの程度可能かを見極め、各個人の力量に応じた声かけや介助を行っている。自分で歯磨きが行える利用者や義歯洗浄や薬剤の管理が可能な利用者については、声かけと見守りで対応。義歯洗浄はできても薬剤の管</p>			

			<p>理が困難な場合は薬剤管理のみ職員が管理すると行った対応をとっている。自力での実施が困難な利用者については、口腔ケアスポンジとマウスウォッシュを使用し、職員が実施して口腔内の清潔保持に努めている</p>		
44	(19)	<p>○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</p>	<p>「排泄チェック表」を活用することで、一人一人の排泄パターンを把握している。基本的にはこのチェック表を基にして、それぞれのパターンに応じたトイレ誘導や確認を行っている。例えば、尿意があっても失禁があったり、尿意もなく常時失禁の利用者に対しては、トイレの間隔パターンに合わせて、一定時間毎の間隔でトイレ誘導や確認を行っている。トイレ誘導や確認のための声かけは、自尊心を損ねないようプライバシーに十分配慮した方法で行っている。例えば、他の利用者に聞こえないように、耳元で密やかに話しかけたり、筆談やジェスチャー、スキンシップによる合図を用いたりしてさりげなく誘導している。自立支援を図るために、オムツ使用中の利用者の場合では、その時の状態に応じて、日中のみ介助でトイレ排泄ができるようにしたり、紙パンツや尿パット使用中の利用者では、日中のみそれらを使用しないようにしている。但し、夜間の排泄での失禁や汚染対策について、例えば本人に要望があり、夜間のトイレ誘導が、安眠の妨げとなったり、起きてトイレまで行くことが、耐え難い程の負担を強いるものであったりした場合には、利用者の要望と負担軽減を優先すべきと考え、夜間紙パンツや尿パットを使用することもある。また、排泄自立状況は、他のADL状況とあわせて介護計画の中で「サービス担当者会議」や「定例会議（中間評価）」で評価し、今後の自立に向けた支援の具体的な内容について検討している。</p>	<p>排泄チェック表を作成し、一人ひとりの排泄パターンや習慣を把握して、時間を見図りながら声かけや誘導をして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援をしている。</p>	
45		<p>○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</p>	<p>「排泄チェック表」に記入することで、排泄常置を把握し、便秘傾向にある利用者に対しては、その対応方法についてサービス担当者会議や職員会議やミーティングで検討し、介護計画にサービス内容として記載する。予防・改善に向けた取り組みとして、例えば、食材に繊維質の多いものや水分を少し多めに摂るようにしたり、乳酸菌などの整腸作用のあるものをメニューに取り入れたり、家事や運動では下肢を中心とした運動を積極的に行うようにしている。ある程度改善が見られない時は再検討し、最終的には主治医に相談し、処方薬（下剤）を使用した薬物療法を採ることもある。</p>		

46	(20)	<p>○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</p>	<p>施設での入浴時間は、通常は13時～16時となっているが、これに限らず、利用者の生活習慣や希望に合わせ、午前中や夜間にも入浴できるようにしている。(この時間帯での入浴は夏期のみシャワー浴) 例えば、夜間入浴の場合は、その日の夕食後に入浴希望を聞き、希望があれば、日勤スタッフ1名が、夜間入浴時に入浴介助に協力している。そして、入浴時は利用者が恐怖心や不安感をもたないように、介助する時にはその内容や状況を必ず説明して介助にあたり、大丈夫と常に声かけ励ましながら入浴の援助を進めている。女性利用者の入浴に対しては、対応は必ず女性スタッフが行い、入浴中は身体の部分的にタオルをあてがい肌の露出を最小限にし、羞恥心や抵抗感が減るようにしている。いつでも安心して入浴してもらえるように取り組んでいるが、その一方で、自立支援を促すということと、残存機能をフルに活かすということを念頭に、自力で行えない所を、声かけ励ましながら、介助はあくまでも最小限にとどめるという補助的形式で援助に臨んでいる。また、入浴を嫌がる利用者には、誘導のタイミングを慎重に見極めながら、馴染みのスタッフに声かけ誘導してもらい、その利用者に十分納得してもらってから入浴してもらっている。風呂の湯には、柚子湯や菖蒲湯といった入浴剤を使い、楽しんでもらえる工夫がしてある。入浴の楽しみを増やし、雰囲気に変化をもたせるため、2ヶ月に1回以上の頻度で温泉入浴に行っている。</p>	<p>13時から16時までの間、希望すれば毎日入浴することができる。利用者の希望や状態に合わせてシャワー浴や清拭、足浴などの対応やゆず湯、菖蒲湯、入浴剤を使ったり、2ヶ月に1回福祉センターでの温泉浴など、一人ひとりゆっくりと入浴を楽しむことができる支援をしている。入浴したくない利用者には、職員の交代や日時、時間の変更、声かけの工夫をしている。</p>	
47		<p>○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、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している</p>	<p>入所時のアセスメントにてこれまでの生活習慣を把握し、これを基に1日の生活リズムに合わせた生活を送れるように支援している。例えば、昼夜でメリハリのある生活を送ってもらうため、日中はレクや運動などに参加してもらい、活動的に過ごしてもらっているが、そうした中で個別の体力や疲れ具合を常に見極めながら、状態に合わせて活動の合間に小休止や水分補給などの休息の機会を取り入れており、時には居室で昼寝をしてもらうこともある。夜間よく眠れない利用者については、ミーティングや職員会議で家族と共に原因と対応策を検討し、本来の生活リズムに戻るようになっているが、結果的に改善が見られない時は再検討し、主治医に相談するようになっている。</p>	/	
48		<p>○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副</p>	<p>処方薬については、処方京都薬局から処方薬についての用法用量・</p>	/	

		<p>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</p>	<p>ており、全職員がこれに目を通し内容を確認している。また、発行時に看護職員の1人が薬局の薬剤師より専門的に医学的・薬学的な説明も受けており、その内容についてより詳細に把握している。これを他の職員に補足的に分かり易く説明し、処方薬の薬剤についてのより深い理解を図っている。処方薬の内容は介護経過記録にその都度記載し、処方の変更があった場合にはアンダーライン(赤)を引いて、よりわかりやすいようにしている。処方薬は、看護職員が個別に一包化して管理しており、服薬時には職員が用意し誤薬の無いように複数の職員で確認してから本人に手渡している。服薬中は見守りをして、服薬完了の確認をしている。自力で服薬困難な場合は、介助し服薬の支援をしている。服薬確認をチェック表に記載している。</p>		
<p>49</p>	<p>(21)</p>	<p>○活躍できる場面づくり、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</p>	<p>利用者の生活歴について、本人や家族やその他関係者から情報収集を行い、アセスメントシート(センター方式)に記載することで、その利用者の趣味や嗜好、関心事といった楽しみごとが何であるかを明確にし、その人らしく馴染みの暮らしができる環境づくりに活かしている。アセスメントで得た情報をもとに、施設での共同生活で役に立てることは何かを、日常の様子を観察しながらその力量を見極め、試行的にある役割を担ってもらい、継続してできる見込みがある場合は、それを日課として習慣づけ、役割の定着化を図っている。例えば、毎朝新聞を読むことが習慣となっている利用者では、朝食後リビングで大きな声で皆に新聞の内容を読み聞かせている。このように、いつもの何気ない習慣を、皆の生活に役立つことに活かすことによって、活躍の場面づくりをしている。その他にも、家事が得意な利用者には、食事の準備や後片付け(食器洗い・拭き)、食前食後のテーブル拭き、洗濯物を干したり、乾いた洗濯物の取込と整頓、テーブル下まわりの掃き掃除や拭き掃除を、スタッフと一緒にやり、得意なことを活かした生活に役立つ活躍の場面づくりもしている。利用者が役割を終えた後は、スタッフがその利用者に、「〇〇さん、ありがとうございました。」「〇〇さんのおかげでいつもとても助かってます。」「皆さん感謝してますよ。」と感謝の言葉をかけ、次回への励みにしている。利用者からも、「役に立てて嬉しいよ。」とか「次も任せて。」と期待を寄せる返事が返ってくる。また畑・庭作業が得意な利用者では、スタッフと一緒に作業に取り組む中で、作物や花の手入れについて、スタ</p>	<p>編み物、習字、ぬり絵、貼り絵、パズル、カルタ、体操、ボーリング、しりとり、音読、お手玉、計算、音楽鑑賞、テレビ視聴、新聞読み、畑仕事、花の手入れ、歌を唄う、食事の準備、後片付け、テーブル拭き、洗濯物たたみ、掃除、将棋、輪投げ、季節行事(初詣、節分、雛祭り、クリスマス会など)、ボランティア(手芸、日舞、楽器演奏、紙芝居など)との交流、地域行事(花火大会、コスモス祭りなど)への参加など、楽しみごとや活躍できる場面づくりをして、張り合いや喜びのある日々を過ごせるように支援をしている。</p>	

			<p>ップにいろいろなアドバイスをしてくれる。一心不乱に肩肘その姿やアドバイスしてくれる時の表情はとても生き生きと輝いており、張り合いや生き甲斐を感じていることがひとと伝わってくる。家族の面会時には、そうした利用者の生き生きと活躍する姿を見ることができると。このように、「自分らしさ」「その人らしさ」を發揮しながら、各々に応じた活躍場面をつくり、利用者どうしが活躍しながらお互いに助け合うことのできる共同生活となっている。また一方で、娯楽や気分転換等においては、年間行事（「神社参詣（初詣）」・「豆まき」・「雛祭り」・「花見」・「菖蒲見学」・「七夕祭り」・「梨狩り」・「敬老会&温泉旅行」・「コスモス見学」・「みかん狩り」・「クリスマス会」）で季節に合わせた内容のイベントを企画し、毎月の市場見学ツアーでは、「買い物ツアー」・「温泉ツアー」・「ドライブ」、「レストラン食事会」・「野外での食事会」・「参詣ツアー」・「海水浴」・「地域の祭り参加」、「海響館見学ツアー」・「クリスマスイルミネーション見物ツアー」を企画し、外部（地域）交流を兼ねた気分転換を図っている。それから、普段の施設内においては、レクリエーションの内容を、「思考系」・「運動系」・「創作系」・「娯楽系」と機能別に用意し、その種類も多種多様に充実させることで、マンネリで飽きがこないようにしている（「思考系」—歌唱・読書・音読・計算・パズル・しりとり・カルタ・将棋等、「運動系」—体操・輪投げ・ボーリング・パスボール・お手玉・玉入れ・風船バレー・楽器演奏等、「創作系」—塗り絵・貼り絵・お絵描き・書字・手紙等、「娯楽系」—音楽鑑賞・映画鑑賞等・カラオケ等）。また、施設内でのレクリエーションばかりでなく、時には戸外に出て近隣散歩や自然観察をしたり、また庭先に設置した「野外オープンテーブル」を利用し、開放的な雰囲気の中でお茶やコーヒーを堪能し、ゆったりとした気分でくつろいでいる。</p>		
50	(22)	<p>○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。又、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</p>	<p>年間行事や毎月の市場見学ツアーを企画し、外出の機会も多い。行事やツアーの開催にあたっては、利用者や家族から意見・要望を聞いて何か意見があれば、相談票の「その他」の欄に記載し、それを参考にしながらツアーの企画に取り組んでいる。行事やツアー開催は、決まりたい家族に案内状を送って参加を呼びかけているが、開催当日、自治会長や近隣住民の方たちが協力参加してくれたこともある。外出がより日常的で気軽にできるよう、年間行事や市場見学ツアーに限ら</p>	<p>花見(桜、バラ、菖蒲)、初詣、見物ツアー(市場、買い物、温泉、参詣、クリスマスイルミネーション)、ドライブ(角島、ヨットハーバー、海響館、園芸センターなど)、梨狩り、みかん狩り、地域の行事(花火大会、コスモス祭りなど)への参加、家族の協力を得ての夕食、墓参り、見舞い、結婚式や葬儀への出席など希望にそって、戸外に出かけられるように支援している。</p>	

			<p>ず、その日の利用者の気分や希望・体調などを考慮して、臨機応変に買い物やドライブに出かけたり、地域のイベントに出向いて行ったり、野外やレストランでの食事に行ったりすることもある。中でも買い物については、利用者にとって楽しみがとくに大きいので、普通にスーパーやお店まで買いに行く以外にも、週3回（月・水・金）移動販売車で訪問販売に来てもらい、施設の敷地内で楽に買い物ができるようにしている。次に、利用者の普段なかなかできない外出に関する希望とその支援についてであるが、外出について3ヶ月毎に「希望調査アンケート」を実施し、その中で「今行きたい所は?」「今やりたいことは?」といった、外出やそれを伴う行動に関する聞き取り調査を行っている。このアンケートの結果を受けて、その要望内容が、茶飯事的に出向くことができないような事例（例えば墓参り、冠婚葬祭事、親戚や知人友人宅訪問、外泊、県外などの遠出、出産や見舞い等）であった場合でも、最初から無理と決めつけず、後日本人や家族を交えての検討会を設け、その検討会の中で、施設側でできる最大限の支援方法と実現の可能性をさぐり、希望の実現に向けて取り組んでいる。最終的に実行が決定されれば、改めてそれについての具体的なスケジュール計画を作成し、希望実現化を成し遂げている。尚、この検討会の内容は、職員会議として記録している。</p>		
51		<p>○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</p>	<p>本人の能力を見極め、金銭管理や使用に差し支えなければ、本人・家族とよく話し合い、合意を得たうえでお金を所持してもらっている。家族の都合で本人がお金を持つことができない場合、面会時を利用して粘り強く説得を図り、今ではお金を所持できるようになっている。認知症のために、自分で管理することが困難な利用者においても、支払いする行為に理解があり可能であるなら、自動販売機に行き飲み物を買ってみるとか、買い物ツアーの時には、小遣いを所持してもらい代金の支払いができるよう支援している。</p>	/	
52		<p>○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</p>	<p>家族から電話があり本人との会話を希望がある場合や、利用者から家族との会話希望がある場合、いつでも対応できるようにしている。また、普段面会に来られないような方で、本人が会いたがっている方がいる場合は、その方に電話や手紙を使って何らかの形で交流が図れるよう、家族に協力を求めている。年賀状や暑中見舞いは毎年利用者の自筆にて家族へ出している。それ以外にも希望があればいつでも手紙</p>	/	

			やはがきが出せるように準備している。母の日や、誕生日、敬老の日といった行事に家族からプレゼントが届いたり、季節の果物を送ってくれたりすることがあるが、その際にも利用者本人の自筆にてお礼のはがきを書いてもらい、送り主に出している。	
53	(23)	○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	施設内で最も広い空間であるメインホールの広さは、車椅子でも楽々通行できる程の余裕をもっており、天井も吹き抜けで高く、ホール天井には天窓が設置され、そこから自然の日の光が優雅に差し込んでくる。その光が当たるところに、座り心地のよいソファと木の優しさが感じられるウッドテーブル&チェアを配置し、自然の光を浴びながら優雅にゆったりと過ごせるくつろぎの空間を演出している。部屋の工夫では、和室がつくってあり、畳ならではの手触りや匂いや雰囲気、和を感じさせ、利用者の気持ちを和ませている。この和室は、談話室の名称で利用されているが、単に談話するだけの利用に限らず、時にはここで横になって昼寝をしたり、こたつに入ってお菓子や果物を食べたりと、我が家にいるような気分でリラックスできる。談話室は、まさに憩いの場として、利用者に変大人気が高い。他には、リビングのつくりであるが、リビングからは、カウンター越しにキッチンが一望できるようになっており、そこから調理の様子が見え、音が聞こえ、香りを嗅ぐことができ、料理を目耳鼻で楽しむことができる。料理は、準備する時、つくる時、食べる時、片付ける時と、利用者スタッフと一緒にしている。庭先には野外オープンテーブルを設置し、開放的な雰囲気を味わいながらお茶やコーヒーを堪能し、ゆったりとした気分にくつろぐことができる。すべての来訪者には、環境・設備・空間について所定のアンケートに協力してもらい、今後の改善に役立っている。	白を基調とし共用空間は、天窓から差し込む光で明るく、玄関前の広々としたホールにはソファと木製椅子が置いてあり、季節の花が飾っている。談話室では、昼寝をしたり、利用者同士で話しをしたり、お菓子を食べたり、利用者の居場所となっている。カウンター越しのキッチンから、調理の音や匂いがして、壁には利用者の作品が飾れてあり、テレビの前のソファで、利用者がくつろぐことができる。浴室、トイレ、廊下には手すりが取り付けられてあり、温度や湿度、換気に配慮して、居心地よく過ごせるように工夫している。
54		○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	リビングだけでなく、がんばる一む、談話室、ホールのウッドチェア、ソファ、庭先のオープンテーブルといったみんなで過ごせる共用空間を複数設けることで、利用者が少人数で分散して利用したり、個人で利用したりできる環境になっている。	
55	(24)	○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	入所の際の持ち込み物品については、とくに制限は設けてない。利用者が好んで使わずと慣れ親しんできたものは、その利用者の生活様式の重要な一部を担っており、なくてはならない必需品であると考え	テレビ、ラジオ、時計、寝具、仏壇、地蔵像、日本人形、手芸箱、家族の写真など使い慣れた物や好みの物を持ち込み、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。

		<p>みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている</p>	<p>ているので、これらのものを持ち込むことは大いに歓迎している。本人や家族に、そういったものがあれば遠慮せずに自由に持ち込んでいただきたいと説明し、本人のこれまで送ってきた馴染みの生活スタイルが、できるだけ形を壊さないよう配慮している。もし、何らかの都合により、持ち込みが困難であっても、本人の意向を汲み取り、何とかして持ち込むことができないものかを、家族と相談し協力を求めている。結果的に持ち込み不可となった場合でも、安心して過ごせるよう、スタッフができる最大限の援助について、ミーティングや職員会議を通して検討している。これまでとくに本人の思い出が強く、長年慣れ親しんできたもので持ち込まれた品は、テレビ、ラジオ、時計、寝具、仏壇、位牌、地藏像、写真、日本人形、手芸箱…がある。尚、今あるいはこれから居室においておきたい持ち込み品がないかを、3ヶ月毎に「希望調査アンケート」を用いて聞き取りをし、回答に何か希望する品があげられたら、それをもとに職員会議で最大限の援助や持ち込める可能性をさぐり、家族とも相談して説得を図り、持ち込みが叶えられるようにはたらきかけている。</p>		
56		<p>〇一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</p>	<p>施設内の随所に手すりを設置したり、ベッドにつかまるための補助器具をつけたり、それらを利用してもらうことで、人為的な介助に頼らない自立支援をしている。手すりを使用することが理解できない利用者には、職員が歩行介助する場合もあるが、機能障害の程度に応じて、残存機能が最大限活かせるよう、介助は必要最小限に留め、声かけ・励ましをして誘導している。歩行中は常に足元や姿勢等の安定状況を見守り、移動先に転倒につながるようなものはないか注意を払っている。歩行困難な利用者には、車いすを使用し、スムーズな移動が確保できるようにしている。また、調理台や洗面台では足台を使用して適切な高さに調整したりしている。</p>	/	

2. 目標達成計画

事業所名 グループホーム ほほえみ

作成日: 平成26年 6月30日

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	35 (1 5)	容体急変や事故発生時に備えた模擬演習訓練を定期的実施しているが、全職員が実践力を身につけるまでには至っていない。	全職員が一定基準以上の実践力を身につける。	「緊急対応訓練計画表」を作成。(添付別紙①参照) これに基づいて計画的に模擬演習訓練を実施。訓練概要は概要を別紙にて記録(添付別紙②参照) 訓練終了後は「職員会議」にて、参加各職員について、個別にランク付評価。総合評価についても同様にランク付評価すると共に、今後の改善点について検討・記載し、次回につなげる。	6ヶ月
2					
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。