

# 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      | 釧路市音別町認知症高齢者グループホーム(そら)        | 評価実施年月日 | 平成19年11月15日 |
| 評価実施構成員氏名 | 舘崎 山下 長谷川 山口 伊藤 須藤 長崎 継枝 畑井 下重 |         |             |
| 記録者氏名     | 舘崎                             | 記録年月日   | 平成19年12月25日 |

北海道保健福祉部福祉局介護保険課

| 項目                              | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | 印<br>(取組んで<br>きたい項目)   | 取組んでいきたい内容<br>(既に取組んでいることも含む)   |
|---------------------------------|---|--|---|
| <p>理念に基づく運営</p> <p>1. 理念の共有</p> |   |  |   |
| 1                               | <p>地域密着型サービスとしての理念</p> <p>地域の中でその人らしく暮らし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。</p>            | <p>誰もが地域の中で当たり前の生活を送れるように、家族や地域住民と協働し、支え合いながら暮らせるよう支援することが法人の理念となっている。</p>   |   |
| 2                               | <p>理念の共有と日々の取り組み</p> <p>管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる。</p>                              | <p>法人の理念を実践している。</p>   | <p>オープンハウスやグループホームでの認知症ケアについての説明会等行うなど、地域に根ざしたグループホームになるよう、活動していきたい。</p>                      |
| 3                               | <p>家族や地域への理念の浸透</p> <p>事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえよう取り組んでいる。</p>      | <p>運営推進会議にて、地域活動や取り組み内容等を報告しており、運営推進会議に出席いただいている委員の意見や要望などを頂いている。</p>  | <p>理念を一般の地域住民の方たちの意見や要望、法人(事業所)の活動なども広く知っていただけるよう活動を行ってきたい。</p>                               |
| <p>2. 地域との支えあい</p>              |   |  |   |
| 4                               | <p>隣近所とのつきあい</p> <p>管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている。</p>      | <p>地域の人たちと会った時には知らない人であっても、進んで挨拶をしている。利用者と一緒に買物や外出した際には、地域の方も利用者やスタッフに気軽に声を掛けてくださったり、協力や配慮をしていただいている。</p>  | <p>今年より、地域活動と防災対策の一環として、火災避難訓練に隣近所の方にも協力と参加を呼びかけ、隣近所の方と一緒に避難訓練を行った。今後も地域住民の協力や参加を広めていきたい。</p> |
| 5                               | <p>地域とのつきあい</p> <p>事業所は孤立することなく地域の一人として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている。</p>        | <p>運営推進会議に、町内会、老人会、婦人会、ボランティア協会の代表者に出席いただいている。また、保育所や幼稚園のお遊戯会への慰問や招待を受けたり、小学生の社会学習の一環としての訪問、近隣にあるデイサービスでのイベントへの参加、文化祭の芸能発表を見学するなど、幅広い世代との交流を行っている。</p> | <p>今後も地域との交流を深めていきたい。</p>   |
| 6                               | <p>事業者の力を活かした地域貢献</p> <p>利用者への支援を基盤に、事業所や職員の状況や力に応じて、地域の高齢者等の暮らしに役立つことがないか話し合い、取り組んでいる。</p> | <p>オープンハウスやグループホームでの認知症ケアについての説明会等を開いたりするなど、運営推進会議にて話し合いを行っている。</p>  | <p>オープンハウスやグループホームでの認知症ケアについての説明会等を実施できるよう今後取り組んでいきたい。</p>                                    |

| 項目   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | 印<br>(取組んで<br>きたい項目) | 取組んでいきたい内容<br>(既に取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<br>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。                          | 最近採用した新人スタッフ以外のスタッフ全員で話し合い、自己評価に取り組んだ。評価結果を全員に回覧し、結果に対しては真摯に受け止め、改善点があれば全スタッフで改善に向けて取り組みを行った。              |                      | 評価結果(自己評価、外部評価)は玄関に置いてあり、誰でも閲覧できるようにしている。家族には毎年、評価結果を配布している。今年は運営推進会議の委員の方にも配布する予定。 |
| 8 運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。          | 運営推進会議では、利用者の状況やサービス内容等を報告し、毎回、グループホームと地域との関わりのあるテーマを決め、話し合っている。テーマに応じて、医師や消防署職員などに参加していただいている。            |                      | 運営推進会議を更に活用し、更なるサービス向上に活かしていきたい。  |
| 9 市町村との連携<br>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。                            | 運営推進会議には、市の地域包括支援センターの職員が毎回出席し、意見や助言をしていただいている。また、当グループホームは市の指定管理者のため、市の担当者とは日常的に連絡を取り合ったり、相談、指導、助言を受けている。 |                      |   |
| 10 権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、地域権利擁護事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している。 | 成年後見制度が必要なケースには今のところ至っていない。ホーム長は権利擁護、成年後見制度についての研修会に参加し、制度について学んでいる。                                       |                      | 権利擁護が必要な対象者がいた場合は、地域包括支援センターと連絡を取り合い、協力体制をとっていきたい。                                  |
| 11 虐待の防止の徹底<br>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。          | ホーム長が高齢者虐待防止関連法についての研修会を受講し、スタッフ会議で、虐待や身体拘束について周知している。   |                      | 今後はスタッフ会議等で定期的に虐待、身体拘束についての話し合いをしていきたい。   |
| 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<br>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。                            | 入居時に、契約書、重要事項説明書、重度化した場合における対応に係る指針を説明する際、不明な点をひとつひとつ確認しながら説明している。   |                      | 説明はしているが、わかり難い部分もあると思う為、もっとわかりやすく説明をしていきたい。   |

| 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | 印<br>(取組んでい<br>きたい項目) | 取組んでいきたい内容<br>(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<br>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。                                 | 日常の関わりの中で、不満や苦情に結びつくような事があれば、スタッフ間、家族と相談し、解決に向けて話し合いをしている。   |                       |  |
| 14 家族等への報告<br>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。                              | 来所される家族には、その都度、暮らしぶりや状況を報告し、遠方の家族には、定期的に手紙や写真を送ったり、電話にて状況を話している。利用者の所持金については、毎月、領収書と出納帳のコピーを送付している。  |                       |  |
| 15 運営に関する家族等意見の反映<br>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。                                | 家族からの相談・苦情があれば、その場で十分に話し合い、相談・苦情記録票に記録している。問題解決のため、スタッフ間での話し合いや家族の意見・希望を伝えている。   |                       | 家族の中には直接相談や苦情を言い出しにくい方もいるかと思うので、事業所以外の苦情相談窓口を周知するポスターを張り出したり、ご意見箱の設置を検討する。 |
| 16 運営に関する職員意見の反映<br>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。  | 運営に関する意見や要望があれば、ミーティング時に話し合ったり、個別に相談を受け、すぐに改善できることに関しては改善し、すぐに改善ができないようなことに関しては、事業所間の代表者会議にて議題にあげるなど、改善に向けて話し合いを行い、実際に意見や要望が反映できるよう改善を図っている。 |                       | 法人の代表者と介護スタッフとは直接話し合える機会が少ないため、法人代表者と相談し、現場の声を直接聞けるよう環境を調整していきたい。          |
| 17 柔軟な対応に向けた勤務調整<br>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。                       | 急な勤務変更や利用者の緊急時などに対応できるよう、ローテーションを組んでいる。また、利用者の状況に応じて勤務時間の延長、人員増加など柔軟な勤務体制が取れるよう配慮している。   |                       |  |
| 18 職員の異動等による影響への配慮<br>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。 | 異動や離職によるスタッフの入れ替えは最小限にとどめ、利用者への影響がないよう、なじみのスタッフ中心にローテーションを組む配慮をしている。   |                       |  |

| 項目                        | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | 印<br>(取組んで<br>きたい項目)  | 取組んでいきたい内容<br>(既に取組んでいることも含む)  |
|---------------------------|---|---|--|
| 5. 人材の育成と支援               |   |   |  |
| 19                        | <p>職員を育てる取り組み</p> <p>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。</p>          | <p>法人内で、毎年定期的な職員研修を実施しており、新人、中堅、パート職員研修といった段階に応じた研修会や、外部から講師を招き、メンタルヘルス、リスクマネジメント等の研修会を実施している。また、積極的に外部への研修会や講演会等に参加出来るよう、配慮している。</p>                           |  |
| 20                        | <p>同業者との交流を通じた向上</p> <p>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。</p> | <p>地域での同業者との交流の機会はないが、釧路・根室地区グループホーム連絡協議会に加入しており、ネットワーク作りや勉強会、研修会等に参加している。</p>  | <p>釧路・根室地区グループホーム連絡協議会で、釧路管内のグループホーム同士の交換実習制度があるが、今まで人員上の都合で実習に出すことができなかったため、来年度からは可能な限り実習に行ける機会を作り、他のグループホームとの交流や情報交換等の機会を持ちたい。</p> |
| 21                        | <p>職員のストレス軽減に向けた取り組み</p> <p>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。</p>                                   | <p>法人内で臨床心理士によるメンタルヘルスの研修会を行ったり、外部のカウンセラーによるカウンセリングを受けられる体制がある。また、定期的に親睦会(飲み会)等を開き、職員同士の親睦を深めている。</p>   |  |
| 22                        | <p>向上心をもって働き続けるための取り組み</p> <p>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。</p>                       | <p>ホーム長、管理者も現場に入り、利用者および職員の状況を把握するよう努めている。ホーム内で何か問題があれば、職員と一緒に考え、解決できるよう話し合っている。</p>  | <p>ホーム長や管理者は、職員の意見や想いを尊重し、スタッフが「自分らしく」伸び伸びと仕事出来る様、配慮している。</p>  |
| . 安心と信頼に向けた関係づくりと支援       |   |   |  |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応 |   |   |  |
| 23                        | <p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受け止める努力をしている。</p>            | <p>入居申し込みおよび入居についての相談等は地域包括支援センターが窓口となっている。入居判定会議後に入居者が決定した後に、入居時まで数回程度、管理者とケアマネジャーとで自宅(入院先の病院や施設等も含む)へ訪問し、1時間程度の面談を行い、本人および家族の困っていること、要望や意向、身体状況等聞き取りしている。</p> |  |
| 24                        | <p>初期に築く家族との信頼関係</p> <p>相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受け止める努力をしている。</p>                 | <p>入居申し込みおよび入居についての相談等は地域包括支援センターが窓口となっている。入居判定会議後に入居者が決定した後に、入居時まで数回程度、管理者とケアマネジャーとで自宅(入院先の病院や施設等も含む)へ訪問し、1時間程度の面談を行い、本人および家族の困っていること、要望や意向、身体状況等聞き取りしている。</p> |  |

| 項目                        |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | 印<br>(取組んでい<br>きたい項目) | 取組んでいきたい内容<br>(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<br>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。                              | 入居判定会議にて、他のサービス(通所介護や訪問介護)の継続または利用も考慮した上で、グループホームでのケアが必要とされている方を決定している。  |                       |   |
| 26                        | 馴染みながらのサービス利用<br>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。 | グループホームに入居するということを理解せずに納得できていない状態で入居される場合もあるが、本人が安心して暮らせるよう、入居前の聞き取り調査時やホームでの生活状況および本人との関わりの中からニーズを見出し、ケアマネジャーを中心として介護スタッフや家族と協力しながらニーズに応じた適切なサービスを提供するよう努めている。また、早期に性格や個性を把握し、相性のよいスタッフを担当にしたり、気の合う利用者と席を近くにするなどの配慮をしている。 |                       |   |
| 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<br>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。                       | スタッフは黒子に徹し、利用者主体に生活が出来る様支援しており、日常的にスタッフは利用者に対して感謝の言葉を掛けたり、レクリエーションや普段の会話の中から利用者だけではなく、スタッフも一緒に喜怒哀楽を分かち合っている。また、調理方法や畑作りから収穫までをスタッフが利用者教へてもらいながら一緒に作業を行っている。  |                       |   |
| 28                        | 本人と共に支えあう家族との関係<br>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。                                 | 家族にはいつでも気軽に訪問していただいたり、遠方からみえた家族には、宿泊していただいて、利用者やスタッフとの交流を楽しんでいただいたり、手伝いをしていただいている。また、利用者のケアに必要な事で、スタッフだけでは補えない部分は家族にお願いするなど、ホームと家族とが協働することが大事なことだと考えている。   |                       | 16年3月に開所後、家族会をまだ1回しか開催していないため、今後は家族の意見や希望を考慮しながら定期的に家族会を開催していきたい。 |
| 29                        | 本人と家族のよりよい関係に向けた支援<br>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。                                     | 面会時には家族とスタッフ間での会話の機会をつくり、家族と本人がよりよい関係が継続できるよう働きかけをしている。遠方の家族には、定期的に写真や手紙を送り、よりよい関係が継続できるよう支援している。  |                       |   |
| 30                        | 馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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。                                       | 本人のなじみの家具や道具を持ち込んでいただき、使用している。また、町の行事への参加、なじみのお店や理美容室の利用を積極的に行っている。  |                       |   |

| 項目                             |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | 印<br>(取組んでいきたい項目) | 取組んでいきたい内容<br>(既に取組んでいることも含む)  |
|--------------------------------|---|---|-------------------|--|
| 31                             | 利用者同士の関係の支援<br>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。   | 利用者の相性を考慮した座席の配置になっており、楽しくお喋りをして過ごしている。また、仲のよい利用者同士、居室を訪問し合ったり、起床時には声を掛け起こしてもらったり、買物や外出、車に乗る際の席なども相性を考慮した組み合わせをしている。  |                   |  |
| 32                             | 関係を断ち切らない取り組み<br>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。                                    | 以前、要介護状態から自立できたため、退去して在宅へ戻った利用者がいたが、退去してからも電話をしたり、ホームへ来ていただいたり、自宅への送迎、ドライブの際には声を掛けたりといった付き合いをしていた。  |                   |  |
| . 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<br>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。  | 家へ帰りたい、家族を呼んで欲しいなどと訴える利用者に対しては、その意向を尊重し、家族とために連絡を取り合い、本人の意向を伝えたり、直接電話で話していただく等、本人がその都度、納得できるように対応している。また、本人の習慣や希望などを受け入れの姿勢でその都度対応している。   |                   | 自らの希望や意向を訴える事が困難な利用者には、その都度、状況や表情などから、思いを汲み取ったり、二者択一等の対応を取っているが、職員の技術や能力の違い等もあり、全職員に徹底ができていない為、今後は全職員が利用者と積極的に関わり、希望や思いを応えていきたい。 |
| 34                             | これまでの暮らしの把握<br>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。  | 入居前に本人および家族と面談を行い、基本情報やアセスメントチャートを作成し、職員全員が熟読し、情報を把握できるよう努めている。また、入居後も気が付いたことを本人や家族から聞き取りし、なじみの物や習慣などの情報を得ている。  |                   |  |
| 35                             | 暮らしの現状の把握<br>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。  | 画一的ではなく、利用者一人ひとりに応じた対応をしており、24時間の様子を生活記録や申し送りに記入し、全職員が情報を把握するようにしている。また、健康管理については、准看護師の資格を持つ職員に、相談したり、医療連携体制により、週に1回、地域の診療所より看護師が訪問する際に、利用者一人ひとりの心身状態について相談や報告を行い、助言をいただき、全職員が把握できるようにしている。 |                   | 日々の生活の中から、気が付いた事は、ケアの気付きノートにその都度記入し、サービス担当者会議やスタッフ会議等の議案としてあげている。  |
| 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<br>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。 | 利用者の担当職員や准看護師からの意見や家族の意見を反映させ作成している。また、かかりつけ病院を受診した際の医師の診察内容や健康上の注意点等をプランに取り入れている。  |                   | 今後は医療連携体制を取っている音別診療所の看護師にケアプランを作成する際の医療面、看護面での指導や助言を頂き、プランに反映させていきたい。  |

| 項目                          |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | 印<br>(取組んで<br>きたい項目) | 取組んでいきたい内容<br>(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<br><br>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。 | 毎月、サービス担当者会議を行い、必要に応じて見直しや変更を行っている。  |                      | ケアプランを作成する際、本人の思いや意向を汲んではいるが、直接本人と話し合う事はしていない。また、家族に意見や意向をお伺いしても、お任せしますという意見が多い為、今後は、積極的に意見や意向を聞きだせるよう働きかけたい。 |
| 38                          | 個別の記録と実践への反映<br><br>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。   | 生活記録や申し送り、その他の記録類にて情報を共有している。  |                      | ケアの気付きノートを取り入れ、職員それぞれのケアの気付き等を記入し、情報を共有しあい、ケアプランの見直しに活かしている。  |
| 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<br><br>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。   | 本人や家族の要望があれば、その都度対応している。例えば、町外への通院介助や介護予防の為にパワーリハビリテーションを実施している。また、毎年、地域の保育所や幼稚園、小学校の児童との交流の機会を設けている。    |                      |   |
| 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<br><br>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。  | 定期的に、ボランティアの訪問、保育所、幼稚園、小学生との交流の機会があり、世代を問わず交流を楽しんでいる。また、今年から、地域の防災訓練に参加したり、地域住民と一緒に避難訓練を取り組んでいる。         |                      |   |
| 41                          | 他のサービスの活用支援<br><br>本人の意向や必要性に応じて、地域の他のケアマネー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。   | 地域包括のケアマネと利用者についての相談や話し合う機会を持ち、今の要介護度や現状に見合ったサービスが他にないか、相談したことがあり、今までに1名、グループホームを退去し、在宅サービスに切り替えた利用者がいた。 |                      |   |
| 42                          | 地域包括支援センターとの協働<br><br>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。  | 釧路市の指定管理者のため、地域包括支援センターとは関わりを持つ機会が多く、利用者についての相談なども聞いていただいている。運営推進会議に出席していただき、具体的なアドバイス、助言等を頂いている。        |                      |   |



| 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | 印<br>(取組んで<br>きたい項目) | 取組んでいきたい内容<br>(既に取組んでいることも含む)  |
|---|--|----------------------|--|
| 43<br>かかりつけ医の受診支援<br>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。   | 地域の診療所と医療連携体制をとり、週に1回、30分～1時間程度、診療所から看護師が訪問し、利用者の健康管理についての支援を行っている。  |                      | 地域の診療所以外の町外のかかりつけ病院の利用者や他病院への受診などもあり、診療所以外の受診時における連絡、連携体制が整っておらず、診療所との信頼関係がうまく築けていなかったが、9月から医療連携体制をとることで、少しずつ体制ができつつある。今後は信頼関係を更に深めていき、連携していきたい。 |
| 44<br>認知症の専門医等の受診支援<br>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。  | 利用者の中で数名町外の精神科にかかっており、今まで症状や対応、服薬についての相談を聞いていただいたり、利用者の受診時には相談に乗っていただき、必要に応じて治療を受けている。                     |                      |  |
| 45<br>看護職との協働<br>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。   | 事業所には准看護師がおり、日常の健康管理や受診の支援を行っている。また、医療連携体制をとっている地域の診療所から地域に住む昔から利用者をよく知る看護師が週に1回訪問し、利用者の健康管理の支援を行っている。     |                      |  |
| 46<br>早期退院に向けた医療機関との協働<br>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。                      | 入院時には家族と共にスタッフも同行し、利用者の情報を提供している。入院中にも家族と連絡を取り合ったり、スタッフがお見舞いの際に経過や状況を確認し、早期退院に向けて家族や病院と話をしている。             |                      |  |
| 47<br>重度化や終末期に向けた方針の共有<br>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。                                   | 入居の際に重度化した場合における対応に係る指針の説明をしており、実際に病状が悪化したり、体力的にも低下してきた場合には、医師や家族と相談し、重度化・終末期支援に向けての話し合いをし、覚書を記入していただいている。 |                      |  |
| 48<br>重度化や終末期に向けたチームでの支援<br>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にあたり、グループホームで対応できる事と対応できない恐れのある事を事前に家族と話し合い、覚書に表記するようにしている。また、急変時等には、かかりつけ病院への連絡体制が取れている。        |                      |  |

| 項目   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | 印<br>(取組んで<br>きたい項目) | 取組んでいきたい内容<br>(既に取組んでいることも含む)   |
|--|--|----------------------|---|
| <p>住替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>49 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> | <p>入居の際は、本人や家族と十分話し合っている。また、今まで、1度だけホームから自宅へ移り住んだ利用者がいたが、その際は地域包括のケアマネジャーや本人および家族と十分に話し合い、自宅での生活に向けての支援を関係者間で取り組んだ。</p>  |                      |   |
| <p>. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</p> <p>1. その人らしい暮らしの支援</p> <p>(1) 一人ひとりの尊重</p>  |  |                      |   |
| <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>                                      | <p>トイレ誘導の際には、プライバシーに配慮し、他の利用者に聞こえないように声かけしたり、「トイレ」「便所」と言わず、さりげなくトイレへ誘導するよう心がけているが、トイレ介助の際に慌てて戸を開けたままにしていたり、声掛けに配慮が掛けている場面も見られることもあった。その他、利用者のプライバシーに関わる情報の申し送りは口頭ではなく、書面にて行っている。</p> |                      | <p>どんなことがプライバシーを損ねるか？どんなことを言われると嫌な思いをするか？ミーティングや勉強会にて今一度スタッフ間で話し合い、プライバシーの配慮について徹底していきたい。</p> |
| <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>                 | <p>一人ひとりに応じた対応をし、本人が納得できるよう働きかけている。(説得ではなく納得)理解や納得ができなかった場合は、一度間をおいたり、家族の協力を得て、本人が望むような生活を送れるよう支援している。</p>   |                      |   |
| <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>                       | <p>行き当たりばったりなケアを防ぎ、明確な目的を持って利用者へのケアができるように、その日1日の予定計画を立てている。予定を立てる際、利用者の希望や要望を取り入れたりしながら、利用者の状況などに応じ、臨機応変に1日を過ごしている。</p>   |                      |   |
| <p>(2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援</p>   |  |                      |   |
| <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>                                  | <p>それぞれのなじみの理美容室を利用したり、利用者の希望に応じ、スタッフが髪染めをしたり、利用者の娘さんがカットしに来ていただくこともある。身だしなみにも配慮し、毎朝の着替えや洗顔、整容など、一人ひとりに応じた支援をしている。また、行事の際は、化粧をしたり、おしゃれをして出かけるよう配慮している。</p>                           |                      |   |
| <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>                  | <p>食事のメニューはその人に合った形態にし、食器にも配慮している。スタッフは利用者の好き嫌いを把握し、栄養バランスを考えながらも嫌いなものは代替品にしたり、調理の工夫をして提供している。食事の準備や後片付けは、利用者と一緒に、持っている力に応じた役割ができている。</p>  |                      |   |

| 項目                            |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | 印<br>(取組んでいきたい項目) | 取組んでいきたい内容<br>(既に取組んでいることも含む)  |
|-------------------------------|---|---|-------------------|--|
| 55                            | 本人の嗜好の支援<br>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、喫煙の習慣がある利用者はいないが、お祝いの席(敬老会やお正月など)では、お酒を楽しめるようにしている。利用者が食べたいものがある場合は、スタッフと一緒に買物に行って好きなものを購入したり、家族が差し入れでおやつを持ってきた場合は、居室で家族と一緒に食べることが出来る様配慮している。  |                   | 午前と午後にお茶の時間があり、気の合う利用者同士集まったり、スタッフと一緒に喋りしたりと、お茶の時間を楽しく過ごしている。また、おやつは利用者のリクエストを聞いて、いも団子やおはぎ、お汁粉、甘酒、ケーキなど、季節や行事に応じて、利用者と一緒に手作りすることもある。 |
| 56                            | 気持ちよい排泄の支援<br>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。       | 排泄チェック表に記録し、一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導やトイレの時間を見計らい、声を掛けている。排便については、状況に応じ、下剤や整腸剤を調整している。また、一人ひとりの希望や排泄状況に応じて下着(紙パンツや布パンツ、パットの使用)を使い分けたり、状態に応じ、夜間のみポータブルトイレを設置している。   |                   |  |
| 57                            | 入浴を楽しむことができる支援<br>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。        | 2回/週のペースで入浴できるよう支援しており、曜日や時間帯は特に決めていない。入浴の際は、本人の体調やバイタルチェックなど健康状態に配慮し、入浴時は本人の希望に沿ってお湯の温度や量、時間を調整している。また、入浴の回数にこだわらず、入りたい希望がある場合は、可能な限り入浴できるよう支援している。入浴を拒否する利用者には、無理に勧めず、自らお風呂に入りたくなるよう、環境を整えたり、声掛けの工夫をしたり、別な日にするなどの対応をしている。 |                   |  |
| 58                            | 安眠や休息の支援<br>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。                    | 一人ひとりの生活習慣を理解し、それぞれ好きな時間に就寝していただいている。夜間の状況や様子を記録し、睡眠状態を把握したうえで、体調や表情などを見て、昼寝やゆっくり過ごせるよう配慮している。  |                   | 夜間なかなか眠れないと訴える利用者には、無理に就寝を勧めず、スタッフと一緒にホットドリンクを飲みながら喋りしたり、居室でテレビを見たりして過ごしていただき、頃合を見計らって就寝を促すようにしている。                                  |
| (3) その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援 |   |   |                   |  |
| 59                            | 役割、楽しみごと、気晴らしの支援<br>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。 | 掃除、家事仕事などの共同作業や裁縫や力仕事など、個人の得意な事やできる力に応じて役割分担され、利用者同士協力しながら行っている。  |                   |  |
| 60                            | お金の所持や使うことの支援<br>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。 | 利用者のお小遣いは基本的に事務所の金庫で保管しているが、買物や外食の際には本人に財布を渡し自分で支払が出来る様支援し、支払ができない場合は、スタッフが代行している。  |                   |  |

| 項目              |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | 印<br>(取組んで<br>きたい項目) | 取組んでいきたい内容<br>(既に取組んでいることも含む)   |
|-----------------|---|---|----------------------|---|
| 61              | 日常的な外出支援<br>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。                            | 事前に希望がわかる場合は、個別に対応できるよう予定を組んだり、突発的に希望されたときは、その日の状況に応じて、空いている時間にスタッフと一緒に外出している。また、日常的に外出できるよう毎日の買物や散歩、ドライブ等を予定に組み込んでいる。                                |                      | 外出しながら利用にも定期的に外出が出来るよう、個別に対応している。   |
| 62              | 普段行けない場所への外出支援<br>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。        | 小旅行や買物、外食ツアー、地域の催し物への参加など集団的支援は行っているが、普段行けない(行きたい)場所への個別対応は要望がほとんどないため、行っていない。また、就寝前に不穏になり、「家に行きたい(帰りたい)」「川を見に行きたい」などと訴えた利用者には夜間でも希望をかなえるよう対応したこともある。 |                      | 今まで、家族にお願いし、自宅や家族の家に連れて行っていただいたり、温泉や旅行、買物に連れて行っていただいたことはあるが、だんだんと身体状況の低下や認知症が進行していくことで、家族だけの対応が難しくなっているため、今後はスタッフと家族が協力して支援していくことが必要。 |
| 63              | 電話や手紙の支援<br>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。                                  | 電話したいと希望があれば、その都度スタッフが電話をかけ、本人と替わり話をしている。手紙は自ら希望する利用者はいないが、お礼状や年賀状などを自筆で書いて送れるよう支援している。文字を書いたり、話しができない利用者には、スタッフが代行している。                              |                      |   |
| 64              | 家族や馴染みの人の訪問支援<br>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。                   | 自由に訪問でき、居室内や応接間などで過ごしていただくなど、心地よく過ごせるよう配慮している。ホームの外(お店や外出先)でスタッフが利用者の家族や知人に会った場合は、ホームを訪問していただけるように声を掛けている。  |                      |   |
| (4) 安心と安全を支える支援 |   |   |                      |   |
| 65              | 身体拘束をしないケアの実践<br>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。 | ホーム長が身体拘束を含む高齢者虐待防止関連法についての研修会を受講し、スタッフ会議で、虐待や身体拘束について周知し、身体拘束のないケアに取り組んでいる。また、言葉による拘束(スピーチロック)、薬物による拘束(ドラッグロック)も身体拘束に当たることを認識して遵守している。               |                      |   |
| 66              | 鍵をかけないケアの実践<br>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。                  | 他の利用者の居室に入り、物を持ち出したり洗面台やゴミ箱に排尿、嘔吐することがある利用者があるため、日中は嫌がる利用者のみ居室に鍵をかけている。玄関は夜間帯のみ施錠している。  |                      |   |

| 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | 印<br>(取組んでいきたい項目) | 取組んでいきたい内容<br>(既に取組んでいることも含む)  |
|---|---|-------------------|--|
| 67<br>利用者の安全確認<br>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。                 | 日勤帯(9:00～18:00)はスタッフ3人体制だが、業務や介助の為、ホールを離れてしまう場合もあるが、必ずスタッフ1名はホールに残るようスタッフを配置するようにし、利用者の所在や様子を把握できるようにしている。                                |                   | スタッフの休憩時間帯はホール内が手薄になってしまいがちで、実際、事故が起きてしまった。事故後は改善策として、忙しい時間帯などスタッフ3人体制が必要な時間を見極め、休憩時間を変更したので、今後は事故発生を未然に防いでいきたい。 |
| 68<br>注意の必要な物品の保管・管理<br>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。         | 個人の持ち物で危険と判断されるような物品は、利用者、家族と相談のうえ、ホームで預かるか、家族に持ち帰っていただく等の判断をいただいている。ホーム内での危険な物品(刃物や洗剤、薬品等)は扉付きの棚にしまったり、カーテン等で目隠しするなど、利用者の目に入らないよう配慮している。 |                   |  |
| 69<br>事故防止のための取り組み<br>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。       | ヒヤリハット・事故報告書にて、再発防止のための具体的方法を記入し、スタッフ会議等で再度話し合っている。   |                   | 毎年、法人内の研修で、保険会社によるリスクマネジメントについて学ぶ機会がある。  |
| 70<br>急変や事故発生時の備え<br>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。                | 1年おきに全スタッフが普通救命講習を受講している。緊急時の対応マニュアルやフローチャートを作成しており、協力医療機関と医療連携体制をとり、利用者の急変時や事故発生時の取り決めを交わしている。   |                   | 法人内の看護師による緊急時対応の勉強会を毎年行っているが、全職員が出席することができない為、事業所独自で准看護師による緊急対応等についての勉強会を定期的に関いていきたい。                            |
| 71<br>災害対策<br>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。  | 毎年1回、消防署員立会いのもと、避難訓練、消火訓練を行っている。今年より、地域住民の方にも参加していただいた。緊急時における連絡体制を整備している。  |                   | 自然災害(地震や津波)に対する取り決めが不十分なため、今後、マニュアルの作成が必要。また、利用者居室内の家具転倒防止のための対策も早急に対応していきたい。                                    |
| 72<br>リスク対応に関する家族との話し合い<br>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。 | 病気や事故に対するリスクについては、入居時および病状悪化時にホーム長が説明し、了承していただいている。また、入居時、病状悪化時以外にも日常生活で気が付いたことについて、その都度、家族に説明を行っている。                                     |                   |  |

| 項目   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | 印<br>(取組んで<br>きたい項目) | 取組んでいきたい内容<br>(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<br>一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、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。      | 毎日の体重測定、午前と午後の2回バイタルチェックを行い、体調の変化や異変の早期発見に努めており、スタッフ間で情報を共有し、異変があった場合は、早期受診につないでいる。                                      |                      |  |
| 74 服薬支援<br>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。  | 日付毎、食事毎に薬を分けており、間違いのないよう、名前を読み上げ、本人確認しながら服薬介助を行っている。また、個別にお薬リストをファイルしており、薬の説明や薬の変更等が把握できるようにしている。                        |                      |  |
| 75 便秘の予防と対応<br>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。     | 便秘対策として、食事に繊維質の多い野菜を多く摂る、1日1500ml以上の水分摂取、身体を動かす等の配慮をしている。また、排泄チェック表を記入し、一人ひとりの排便状況を把握している。                               |                      | 一人ひとりの排便状況に応じ、食事毎にイーザーファイバーを取り入れ、水分、食事、運動に配慮し、それでも排便がない時に下剤を使用するようにしている。 |
| 76 口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れやにおいが生じないよう、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。              | 毎食後に義歯洗浄、口腔内のフロッシングを、残歯がある利用者には毎食後と就寝前にブラッシング、就寝前には舌苔除去のための舌ブラッシングを行っており、一人ひとりの状態や能力に応じ、支援をしている。                         |                      | 口腔内の清潔保持と共に、嚥下機能の向上を図る為、毎日、嚥下体操を食事前に取り入れている。                             |
| 77 栄養摂取や水分確保の支援<br>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。 | 毎食の献立を献立表に記録し、毎食の食材がダブらないよう、栄養バランスを考慮している。利用者一人ひとりに応じて塩分や量の制限やお粥、刻み等の形態を提供している。  |                      | 毎年、法人内の栄養士による栄養指導研修を行っているが、全スタッフが参加できる体制ではない為、全スタッフが研修を受けられるよう、検討したい。    |
| 78 感染症予防<br>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)        | 毎年、利用者、スタッフ全員がインフルエンザ予防接種を受けており、感染症予防のため、外出後のうがい、手洗いを徹底している。また、冬期間だけではなく、日常的に感染症を予防する為、嘔吐物、下痢の処理の際には必ずノロウイルス対策の処理を行っている。 |                      |  |

| 項目   |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | 印<br>(取組んでい<br>きたい項目) | 取組んでいきたい内容<br>(既に取組んでいることも含む)  |
|--|--|--|-----------------------|--|
| 79   | <p>食材の管理</p> <p>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。</p>  | <p>食中毒を防ぐ為、作り置きはしないようにし、食材も賞味期限内であっても、なるべく1回で使い切るように心がけている。開封し、余ってしまった食材については、日付を記入し、早めに使い切るようにしている。また、毎食後に生ゴミを処理し、布巾、おしぼりは毎日、桶、三角コーナー、まな板は定期的に消毒している。</p>   |                       |  |
| 2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり<br>(1) 居心地のよい環境づくり |  |  |                       |  |
| 80   | <p>安心して出入りできる玄関まわりの工夫</p> <p>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。</p>                              | <p>夏期は玄関、テラスを開放しており、気軽に出入りができるようにしている。テラスからの出入りも自由にでき、近隣の住民や子どもとの触れあいの場となっている。また、玄関前には花を植えたプランターを置いたり、手作りの表札を掛けるなど、家庭的な雰囲気になるよう心がけている。</p>   |                       |  |
| 81   | <p>居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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。</p> | <p>共用空間は、整理整頓を心がけ、椅子やテーブルなど利用者が不快な思いをしないよう配慮し、配置している。生活感や季節感を感じられるよう、花を飾ったり、利用者と一緒に作成した季節に応じた作品を展示したり、写真を張り出すなどしている。</p>   |                       |  |
| 82   | <p>共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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。</p>                              | <p>利用者が一人でゆっくり過ごしたり、気の合う者同士で楽しく過ごしたり、自由に過ごすことができるよう、配慮している。居間で過ごす利用者が楽しめるよう、テレビ、ビデオデッキ、CDデッキ、その他の物品を用意してあり、音楽を聴いたり、ビデオを見ながら過ごせるようにしている。</p>  |                       |  |
| 83   | <p>居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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>居室内にはなじみの家具や仏壇が置いてあり、家族やホームでの写真、手作りの作品等を飾っているが、自宅で使用していたなじみの物品でも、狭い居室内では転倒の原因など危険になりうる場合もあるため、本人と家族と相談して了承いただいた場合は引き取っていただいたり、ホームで保管する等している。室温も居間と寒暖の差がないよう、夏期は空気の入替えや冬期は暖房を調整したり、窓にシートを貼るなどの防寒対策をし、快適に過ごせる配慮をしている。</p> |                       | <p>居室内で排尿、嘔吐したり、衣類をあるだけ着込んでしまうため、家族と相談し、家具や衣装ケースなどの物品は置かず、居室にベッドとテレビが置いてない利用者がある。生活感が感じられず殺風景なため、本人が居心地がよく過ごせるよう家族と話し合っ検討していきたい。</p> |
| 84   | <p>換気・空調の配慮</p> <p>気になるにおいや空気のお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に配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている。</p>                          | <p>その日の気温に応じた換気や居間と居室の温度差がないよう暖房の調節を行っている。</p>   |                       | <p>入浴時は浴室内と脱衣場の温度差がないよう配慮している。また、冬期間は乾燥対策として加湿器を設置したり、就寝前に濡れタオルを干す等の対策をとっている。</p>  |

| 項目                      | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | 印<br>(取組んでいきたい項目)  | 取組んでいきたい内容<br>(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                      | <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>要所に手すりが設置されているが、手すりがない場所には椅子やテーブル等を手すり代わりにできるよう配置し、椅子の高さが合わない利用者には足置きを置いたり、身体に応じた椅子を使用している。浴室には高さを調節できる椅子や回転盤、踏み台などを用意している。ベッドも身体機能に応じたベッドの導入等の配慮をしている。</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>個々の能力に応じたケアを提供し、できない事は自然な形でフォローしている。利用者一人ひとりの持てる力を発揮できるよう支援している。</p>  |                                    |
| 87                      | <p>建物の外回りや空間の活用</p> <p>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。</p>                   | <p>テラスから通じる敷地内には2箇所の小さな畑があり、花を植えたり野菜を育て収穫を楽しんでいる。また、テラスに出て洗濯物を干せるよう物干しの高さを低い位置にしている。</p>   | <p>夏期はテラスで日光浴、食事、お茶の時間を過ごしている。</p> |



| 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 type="radio"/> ほぼ全ての利用者<br>利用者の2 / 3くらい<br>利用者の1 / 3くらい<br>ほとんど掴んでいない | 利用者の思いや願いを受け止め、利用者が暮らしやすいように問題点や課題点を解決できるようスタッフ一丸となって取り組んでいる。  |
| 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 type="radio"/> 毎日ある<br>数日に1回程度ある<br>たまにある<br>ほとんどない                   | 毎日午前、午後のお茶の時間などを利用し、利用者とスタッフが会話を楽しんでいる。  |
| 90            | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている                            | <input type="radio"/> ほぼ全ての利用者<br>利用者の2 / 3くらい<br>利用者の1 / 3くらい<br>ほとんどいない    | 利用者一人ひとりのペースを尊重し、一人ひとりに応じた支援を行っている。  |
| 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 type="radio"/> ほぼ全ての利用者<br>利用者の2 / 3くらい<br>利用者の1 / 3くらい<br>ほとんどいない    | 利用者ができる事を行う機会を増やす事により、自信や達成感につながり、明るい表情や満足そうな笑顔が見られる。  |
| 92            | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている                           | <input type="radio"/> ほぼ全ての利用者<br>利用者の2 / 3くらい<br>利用者の1 / 3くらい<br>ほとんどいない    | 戸外の行きたい希望がない利用者にも、定期的な買物、散歩、ドライブ等外出の機会を作っている。利用者自ら申し出があった場合も個別対応できる体制をとっている。また、ひとり外出してしまう利用者にも、好きなように行動できるよう、見守りやさりげなく同行したり、声を掛けたりする等の対応をしている。 |
| 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 type="radio"/> ほぼ全ての利用者<br>利用者の2 / 3くらい<br>利用者の1 / 3くらい<br>ほとんどいない    | 利用者が不安や不満を口にした場合は、否定はせず、思いを受け入れゆっくりと話を聞くようにし、安心できるような声掛けをしている。   |
| 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 type="radio"/> ほぼ全ての利用者<br>利用者の2 / 3くらい<br>利用者の1 / 3くらい<br>ほとんどいない    | 利用者の状況や要望に応じ、スタッフの人員を増やしたり、勤務時間の延長を行い、対応している。また、家族に協力をしていただくこともある。   |
| 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 type="radio"/> ほぼ全ての家族<br>家族の2 / 3くらい<br>家族の1 / 3くらい<br>ほとんどできていない    | 家族からの相談等があれば、その場で十分に話し合うようにしている。利用者へのケア方針について、家族と意見の相違がある場合は、家族に不快な思いをさせないように、対応していると思う。   |
| 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                 | <input type="radio"/> ほぼ毎日のように<br>数日に1回程度<br>たまに<br>ほとんどない                   | 利用者の家族や地域に住む顔なじみや知人がほぼ毎日のように訪ねて来ている。   |

| サービスの成果に関する項目 |  |   |  |
|---------------|--|---|--|
| 項目            | 取り組みの成果  |   |  |
| 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><input checked="" type="radio"/> 大いに増えている<br/> <input type="radio"/> 少しずつ増えている<br/> <input type="radio"/> あまり増えていない<br/> <input type="radio"/> 全くいない</p> | <p>運営推進会議を通して、グループホームへの理解が深まったと感じている。また、地域の方が、本音で意見を言ってくださり、グループホームの今後の活動に期待をいただいていることを実感している。</p>   |
| 98            | <p>職員は、生き生きと働いている</p>  | <p><input checked="" type="radio"/> ほぼ全ての職員が<br/> 職員の数 / 3くらいが<br/> <input type="radio"/> 職員の1 / 3くらいが<br/> <input type="radio"/> ほとんどいない</p>               | <p>スタッフ間での信頼関係が築けており、コミュニケーションも十分取れている。スタッフの意見や思いが尊重され、「自分らしく」生き生き働くことができていると感じている。</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><input checked="" type="radio"/> ほぼ全ての利用者が<br/> 利用者数 / 3くらいが<br/> <input type="radio"/> 利用者の1 / 3くらいが<br/> <input type="radio"/> ほとんどいない</p>             | <p>利用者への「質のよいケア」を考え、一人ひとりに応じた支援を行っているが、状況や場面によってスタッフやサービスに対して不満を口にする利用者もあり、全員がいつも満足している訳ではないと思う。</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><input checked="" type="radio"/> ほぼ全ての家族等が<br/> 家族数 / 3くらいが<br/> <input type="radio"/> 家族数の1 / 3くらいが<br/> <input type="radio"/> ほとんどいない</p>              | <p>今後、グループホームと家族の交流の機会を増やしていきたい。</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)

重度化予防を日常的に取り組んでおり、パワーリハビリや運動を取り入れたレクリエーション、嚥下体操など身体的な重度化予防と、レクリエーションに音読やカルタ、塗り絵、貼り絵等を取り入れるなどの脳の重度化予防も行い、利用者とスタッフが一緒になって笑い、楽しみながら行っています。また、法人内外の研修や勉強会への参加機会を多く持ち、スタッフの質の向上のため、職員研修にも力を入れています。