

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

	項目数
理念に基づく運営	<u>11</u>
1. 理念の共有	2
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	<u>2</u>
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	1
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	<u>6</u>
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	2
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	1
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	2
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	<u>11</u>
1. その人らしい暮らしの支援	9
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	<u>30</u>

事業所番号	4370800494
法人名	医療法人社団 直心会
事業所名	森の里グループホーム やちよ桜
訪問調査日	平成 20 年 1月 9日
評価確定日	平成 20 年 1月 22日
評価機関名	特定非営利法人 NPOくまもと

項目番号について
 外部評価は30項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。
 番号に網掛けのある項目は、地域密着型サービスを実施する上で重要と思われる重点項目です。この項目は、概要表の「重点項目の取り組み状況」欄に実施状況を集約して記載しています。

記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [取り組みを期待したい項目]
 確認された事実から、今後、さらに工夫や改善に向けた取り組みを期待したい項目に をつけています。
 [取り組みを期待したい内容]
 「取り組みを期待したい項目」で をつけた項目について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家 族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みません。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

1. 評価結果概要表

【評価実施概要】

事業所番号	4370800494
法人名	医療法人社団 直心会
事業所名	森の里グループホーム やちよ桜
所在地	熊本県山鹿市山鹿900-2 (電話) 0968-43-2012

評価機関名	特定非営利法人 NPOくまもと		
所在地	熊本市上通町3-19-401		
訪問調査日	平成 20年 1月 9日	評価確定日	平成 20年 1月 22日

【情報提供票より】(平成19年 12月 29日事業所記入)

(1) 組織概要

開設年月日	平成 15年 11月 1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	17 人	常勤	14人, 非常勤 3人, 常勤換算 17.5

(2) 建物概要

建物構造	木造り		
	1 階建ての	階 ~	1 階部分

(3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	28,000 ~ 46,000 円	その他の経費(月額)	9,000 ~ 12,000 円	
敷 金	無			
保証金の有無 (入居一時金含む)	有(100,000円)	有りの場合 償却の有無	有 / 無	
食材料費	朝食	円	昼食	円
	夕食	円	おやつ	円
	または1日当たり		800 円	

(4) 利用者の概要(12月 1日現在)

利用者人数	18 名	男性	3 名	女性	15 名
要介護1	3 名	要介護2	4 名		
要介護3	7 名	要介護4	2 名		
要介護5	2 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 88 歳	最低	71 歳	最高	101 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	医療法人 春水会 山鹿中央病院
---------	-----------------

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

山鹿市街地の裏通りに建てられたホームは、落ち着いた和風作りにオール電化を導入し、入居者の安全面に配慮がされている。職員体制にも余裕があり、計画作成担当者による定期的なモニタリングの実施で丁寧な個別援助計画の作成や、計画的なカンファレンスによる職員間共有も図られている。年齢や有資格者のバランスを配慮した職員配置や、男性職員が多いのも特徴となっている。地域のボランティア活用や個別ケアの充実で身体機能の維持や筋力低下防止につながっているように思われる。

【重点項目への取り組み状況】

重点項目	前回評価での主な改善課題とその後の取り組み、改善状況(関連項目:外部4)
	入居者の状況に応じて柔軟な対応ができるよう業務時間・勤務体制の見直しを行い、夜勤を二名体制にして充実を図っている。また、職員のストレス軽減に向けた福利厚生事業の実施や、職員を交換して他ホームの研修にも派遣している。地域とは運営推進会議を活用して、地域行事への参加やボランティア募集で定期的な交流を図ることができるようになっている。
重点項目	今回の自己評価に対する取り組み状況(関連項目:外部4)
	管理者や計画作成担当者を中心に自己評価を実施し、ミーティングで全職員と話し合いを行い評価票を完成させた。改善できる項目に対して具体的な計画もたて、サービスの充実を図るよう取り組みを行っている。
重点項目	運営推進会議の主な討議内容及びそれを活かした取り組み(関連項目:外部4, 5, 6)
	運営推進会議ではホームから入居者の状況報告や行事計画・理念の説明を行ったあと意見交換がされているものの、委員からの要望などが十分に反映されているとはいえない状況である。今後、介護保険や認知症について勉強する機会を設ける事などが望まれる。家族会との交流を目的にした行事は行なわれており、議題や委員の人選について再考するとともに、運営推進会議の更なる充実が望まれる。
重点項目	家族の意見、苦情、不安への対応方法・運営への反映(関連項目:外部7, 8)
	家族の面会時の報告をはじめ、定期的な新聞発行を通して、ホーム全体の行事報告も行っている。入居時には相談・苦情の窓口についても案内しており、職員とはもとより法人全体として協議するための仕組みや体制が整えられている。
重点項目	日常生活における地域との連携(関連項目:外部3)
	地域行事への参加やボランティアの受け入れなどを通して交流支援が行なわれている。運営推進委員の働きかけにより外出支援の充実も図られ、行政の地域支援事業である「いきいきサロン」へは定期的に参加して、他の参加者への認知症啓発にもつながっているようである。

2. 評価結果(詳細)

(部分は重点項目です)

取り組みを期待したい項目

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(<input type="checkbox"/>)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
. 理念に基づく運営					
1. 理念と共有					
		地域密着型サービスとしての理念			
1	1	地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている	開設時から地域と共に歩む事を念頭におき、理事長と職員とで一緒に考えた理念を玄関に掲示している。		
2	2	理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	ミーティング時に管理者から理念について話をする場を設けることで、実践に取り組んでいる。家族や地域に対しても理念の説明を行なっている。担当者会議には家族の参加も多い。		
3	5	地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている	地域の行事に参加や見学を行い、ボランティア訪問は積極的に受入れをすることで、地元の人との交流を支援している。地域支援事業には毎月出かけ、昼食を共にしながら交流を深めている。		
3. 理念を実践するための制度の理解と活用					
4	7	評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる	自己評価は管理者を中心に実施し、ミーティングで職員と話し合っ作り上げた。自己評価や外部評価の意義や目的を理解しており、評価結果に基づいた改善にも取り組んでいる。		
5	8	運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2～3ヶ月に一度開催される運営推進会議では、ホーム全体や入居者の状況報告・理念の解説・外部評価の報告等を行い、委員からは活発な意見や要望が出されている。		有益な運営会議のためには、事前に十分な議題の検討や年間計画等が望まれます。

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(F1)	取り組みを期待したい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
6	9	市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	包括支援センター職員とは相談や情報交換を行い、連携を図っている。		
4. 理念を実践するための体制					
7	14	家族等への報告 事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている	定期的に新聞を発行し、入居者のホームでの様子は報告している。家族の面会時に心身の状況を報告する他、金銭管理報告・確認も実施している。身体状況の変化はその都度連絡している。		
8	15	運営に関する家族等意見の反映 家族等が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	入居時に苦情・相談の窓口を案内し、家族の要望は随時受け入れている。要望は職員どうしや法人内で検討し、運営面でも反映するよう取り組んでいる。		
9	18	職員の異動等による影響への配慮 運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている	職員の異動は最小限に抑えるよう努めている。家族へは説明し、引き継ぎのダメージがないよう配慮している。		
5. 人材の育成と支援					
10	19	職員を育てる取り組み 運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	定期的に法人内の委員会やホームの勉強会を実施している。また外部研修参加の場合はミーティングで報告を行い、情報の共有を図っている。		ヒヤリハット事例に基づく研修や勉強会の充実が望まれます。
11	20	同業者との交流を通じた向上 運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	2ヶ月毎にブロック会に出席したり、ブロック内の相互研修で他のグループホームの見学や情報交換等を行っている。		

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(F1)	取り組みを期待したい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
.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					
12	26	<p>馴染みながらのサービス利用</p> <p>本人が安心して、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</p>	<p>入居前に自宅を訪問し、家族からも情報を得ている。また、見学にも対応し馴染みの関係づくりや、職員の言葉かけに配慮している。</p>		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援					
13	27	<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>入居者の能力を把握することで、それぞれの個性を發揮できるよう支援している。人生の先輩として接しており、一緒に生活することで様々な事を教わりながら、共に支え合う関係づくりに留意している。</p>		
.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					
14	33	<p>思いや意向の把握</p> <p>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>家族からの情報を基に希望や意向を把握している。意思表示の困難な方は、日々の暮らしの中で表情等からくみ取るよう努めている。</p>		
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し					
15	36	<p>チームでつくる利用者本位の介護計画</p> <p>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映した介護計画を作成している</p>	<p>入居者や家族の意向を反映させ、計画作成担当者がケアプランの原案を作成し、それを基に家族や職員等と話し合い、最終的なものを作り上げている。</p>		
		現状に即した介護計画の見直し			

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組みを期待したい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
16	37	介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している	定期的なモニタリングやケアカンファレンスを行い半年に一度の見直しを行うほか、入居者の状態変化に応じ、随時見直しを行っている。		

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(FPO)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
3. 多機能性を活かした柔軟な支援(事業所及び法人関連事業の多機能性の活用)					
17	39	事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている	通院の支援を行うと共に、近隣の医療・介護機関との連携も図っている。		
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域支援との協働					
18	43	かかりつけ医の受診支援 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入居者や家族が希望するかかりつけ医を尊重し、定期的な受診の支援も行っている。		
19	47	重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	終末期に向けた指針は特に定めていないものの、医師の説明を受けた後で個別に家族と相談しながら、同意書を作成している。		グループホームとして看取りの基本方針の策定や、職員研修等も望まれます。
. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
1. その人らしい暮らしの支援					
(1) 一人ひとりの尊重					
20	50	プライバシーの確保の徹底 一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない	一人ひとりを尊重した言葉かけやプライバシーに配慮した支援を行っている。個人情報事務所で全てを管理している。		
21	52	日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	基本的な一日の流れはあるが一人ひとりのペースを尊重し、希望に応じた柔軟な支援を行っている。		

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(F1)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
(2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援					
22	54	食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者の好みを取り入れて職員が献立をたて、週2回は食材の買い物に行っている。入居者の能力に応じて、調理や後片付けを一緒に行っている。		入居者の調理参加の機会を増やしたり、支援の方法について検討されることが望まれます。
23	57	入浴を楽しむことができる支援 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴を楽しめるように支援している	入居者の希望を尊重し、入浴が楽しめるような支援を行っている。		
(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					
24	59	役割、楽しみごと、気晴らしの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、楽しみごと、気晴らしの支援をしている	洗濯物たたみや食器の後片付けなどを職員から言葉かけを行い手伝ってもらうように支援している。新聞や畑作り等の楽しみ事や外食で気晴らしのための支援も行っている。		
25	61	日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさずに、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援している	ユニット間で訪問しあい、その日の希望に応じて散歩や買い物の支援を行っている。		
(4) 安心と安全を支える支援					
26	66	鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	職員は施錠の弊害を理解しているものの不審者情報があったため、家族の同意を得て、玄関のみ施錠をしている。入居者には自由に出入れるよう鍵の開け方を説明している。		
27	71	災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	定期的な防災訓練を実施し、運営推進会議では結果を報告している。また地元の消防団にも協力を得られるよう働きかけている。		

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(FPO)	取り組みを期待したい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援					
28	77	栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	入居者の身体状況に応じ刻みやミキサー食も準備し、咀嚼や嚥下機能に配慮した支援を行っている。摂取量、水分量は個人記録に記入し、職員間で共有できるようにしている。		
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					
29	81	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	リビングのソファ以外にも畳コーナーに掘り炬燵を配置して、機能性ばかりでなく季節感も感じられるようにしている。換気もこまめに行い、居心地よく過ごせる共用空間が整備されている。壁面にはボランティアによる絵手紙教室での入居者の作品などが飾られている。		身体機能低下に合わせ、手すり等の設置検討が期待されます。
30	83	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	個人用のベッド・箆笥・テレビ・位牌等が持ち込まれて、居室の個性が支援されている。ホームでは入居以前の生活スタイルにも合わせ、畳やカーペットが準備されている。		

自己評価票

自己評価は全部で100項目あります。

これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。

項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。点検は、項目の最初から順番に行う必要はありません。点検しやすい項目(例えば、下記項目の や 等)から始めて下さい。

自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したのものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。

自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かしましょう。

地域密着型サービスの自己評価項目構成

	項目数
. 理念に基づく運営	22
1. 理念の共有	3
2. 地域との支えあい	3
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	5
4. 理念を実践するための体制	7
5. 人材の育成と支援	4
. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	10
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	4
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	6
. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	17
1. 一人ひとりの把握	3
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	3
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	1
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	10
. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	38
1. その人らしい暮らしの支援	30
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	8
. サービスの成果に関する項目	13
合計	100

記入方法

[取り組みの事実]

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

[取り組んでいきたい項目]

今後、改善したり、さらに工夫を重ねたいと考えた項目に をつけます。

[取り組んでいきたい内容]

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

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

日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入します。

用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

評価シートの説明

評価調査票は、プロセス評価の項目(1から 87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(88から 100)の2種類のシートに分かれています。記入する際は、2種類とも必ず記入するようご注意ください。

事業所名	医療法人社団 直心会 森の里グループホームやちよ桜
(ユニット名)	やちよ通り
所在地 (県・市町村名)	熊本県山鹿市山鹿900-2
記入者名 (管理者)	田中 裕
記入日	平成 19 年 11 月 10 日

地域密着型サービス評価の自己評価票

(部分は外部評価との共通評価項目です)

↑ 取り組んでいきたい項目

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
・理念に基づく運営			
1. 理念と共有			
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続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている</p>	<p>安心・個性・尊重を大切にした理念となっており、地域の方と共に歩んでいくということを大切に根ざしていこうとするサブ理念を掲げています。</p>	<p>本年度9月から地域の方のボランティアを月 / 4回程度行っている。(内容:手品 / 絵手紙 / 器楽 / 演奏会 / 踊りなど)</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>日常的に理念に基づいたケアを行うことをミーティングにおいて常に話題とし、共有化しようという意識を高く、カンファレンス / 担当者会議においても、理念に基づいた個別援助計画 / ケアプランができています。</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>上記(の2)内容を行い、職員が理念に沿ったケアを行うことで、家族 / 地域の方への理念の説明行っている。ケアプランの内容からも、家族へも理念がよく浸透していくようです。</p>	<p>理念の浸透しているためか? 担当者会議において、家族の参加が90%を上回る参加率。</p>
2. 地域との支えあい			
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>地域ボランティアの訪問 / 地域の行事への参加など、職員・入居者が地域の方と顔見知りになり、地域の方が気軽に立ち寄ることができる様、日常的な付き合いを心かけている。</p>	<p>回覧板 / 散歩 / 地域の行事への参加 / グループホームイベントへの地域の方の参加など、管理者だけでなく、職員・入居者・家族が地域の方と顔を合わせる機会も設けている。</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</p>	<p>地域の祭り(山鹿灯籠祭り)へ職員の参加 / 地域の運動会への参加など、地域行事には参加をしている。</p>	<p>職員だけではなく、入居者の方も祭りの見学をするなど活動を行っている。月 / 1回は、区の「いきいきサロン」へ参加も行い、地域交流への活動も行っている。</p>

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
6	事業所の力を活かした地域貢献 利用者への支援を基盤に、事業所や職員の状況や力に応じて、地域の高齢者等の暮らしに役立つことがないか話し合い、取り組んでいる	小学校へ「高齢者の介護」という題材で、ゆとり教育へ参加/高校生のインターンシップ(職場研修)の受け入れをおこなっている。		「認知症とは・・・?認知症の方の介護」のような、地域の方に向けた話を出来る場もうけていきたいと考えている。
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	前回の外部評価を実施後、ミーティングにて職員全員で評価の内容について見直し、話し合い改善をおこなっている。自己評価は、職員と共に作成し、自己評価の内容を理解し、外部評価の意義を理解している。		
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	運営推進会議では、区長・民生員・民生委員長・地域ボランティア委員・婦人会・老人会・家族会長・市の職員の方など、参加をいただき、アドバイスをいただき、地域とのつながりが以前よりも強いものとなってきている。		
9	市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	現在は運営推進会議のみであるが、事業所のことをもっと理解して頂く為にも協力していただけるよう取り組んでいきたいと思っている。		
10	権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している	地域福祉権利擁護事業や成年後見人制度についても、ミーティング(勉強会)を行っている。家族より相談があった際は、介護支援専門員等の専門職へ相談する等の対応をするよう職員へ説明を行っている。		
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	高齢者虐待防止関連法について、学ぶ機会はいまのところ出ていないが職員一人ひとりが入居者に対し言葉使い、介護仕方など個別援助計画にも位置づけ安全に統一したケアができるよう対応している。	○	虐待防止について常に職員へは話し、対応している。月/2回のミーティングに於いても、入居者が安全に安心した生活がおくれるよう個別援助計画を見直すなどの対応も行っている。

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
4. 理念を実践するための体制			
12	<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>管理者は、介護保険法令を熟知しており、認知症対応共同生活介護関係法令をまとめ、重要事項説明・契約内容理解し、利用者・家族へ契約／解約をする際に十分な説明し、家族・入居者の不安・疑問点の把握に努めている。</p>	
13	<p>運営に関する利用者意見の反映</p> <p>利用者が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている</p>	<p>苦情相談窓口は入居時に文章を交付し、入居者・家族に説明を行っている。</p>	
14	<p>家族等への報告</p> <p>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</p>	<p>入居者の方の暮らしぶりや健康状態を見ていただく為に、3～4ヶ月／1回新聞を発行し、家族へ郵送しています。身体状況に応じてその都度、管理者の方より電話にて報告をおこなっている。金銭管理は、お小遣いとして、ホームで管理し家族へ来訪時お小遣いの確認(サイン)をもらって報告・確認をおこなっている。</p>	
15	<p>運営に関する家族等意見の反映</p> <p>家族等が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている</p>	<p>苦情相談窓口は入居時に文章を交付し、入居者・家族に説明を行っている。その後も、家族に連絡の際には相談を受けている。苦情の対応については、ホーム職員はもとより、法人全体としても協議を行い適切な対応を図っている。</p>	
16	<p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>月／2回ミーティングを行い、常務内容など職員の意見を提案出来る場を設け、職員が働きやすい環境を作るよう心がけている。</p>	
17	<p>柔軟な対応に向けた勤務調整</p> <p>利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている</p>	<p>入居者の生活パターンに配慮した職員配置を行っている。</p>	<p>以前は、夜勤者1名2ユニット(18名)入居者の介護を行っていた。入居者のADL低下も有り、介護従事者と入居者への負担があると思われ、夜勤体制(2名体制へ変更)・日勤体制(時間帯の変更)の変更を行っている。</p>
18	<p>職員の異動等による影響への配慮</p> <p>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</p>	<p>異動や離職がやむを得ない場合も、その時期や引継ぎの面でも努力している。利用者・家族にもきちんと説明を行なっている。</p>	<p>○</p> <p>新しい職員が入る場合は、入居者へきちんと紹介し、ホームの事を利用者から教えていただくように努力している。</p>

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
5. 人材の育成と支援			
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	法人の職員研修委員会にて助言・指導・勉強会を行い、段階に応じた対応を図っている。日常の「気づき」の中からも、具体的な資料を活用し、改善のための対応策を勉強・検討している。外部の研修にも管理者のみならず、職員の方にも参加していただき、その研修内容をホームミーティングにて報告(フィードバック)していただき、他職員への情報の共有化も図っている。	
20	同業者との交流を通じた向上 運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	グループホーム地域ブロック会にて、2ヶ月/1回の勉強会を行っている。ブロック会内の事業所同士、職員の見学研修を提案し活動を行っている。	
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	業務に追われ、職員の親睦を図る時間は取れていないように思える。不定期ではあるが、職員で食事会などを行い、ストレスの軽減を図っている。	本年度より、職員同士の交流・研修を目的とした。職員旅行を11月・12月に実行予定
22	向上心を持って働き続けるための取り組み 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている	運営者は職員が常に向上心を持って働く事ができるように職能評価などを行なっている。職員自身も資格取得に向けた支援(勉強会)をおこなっており、各自の向上に努めている。	
安心と信頼に向けた関係づくりと支援			
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応			
23	初期に築く本人との信頼関係 相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	本人・家族の不安・求めていること・困っていることを理解する上でも、自宅訪問を行っている。訪問時には、パンフレット等を持参し説明を行っている。可能であれば、ホームの方へ足を運んでいただき、ホーム内の見学も行っている。	
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、受けとめる努力をしている	本人・家族の不安・求めていること・困っていることを理解する上でも、自宅訪問を行っている。訪問時には、パンフレット等を持参し説明を行っている。可能であれば、ホームの方へ足を運んでいただき、ホーム内の見学も行っている。	

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
25	初期対応の見極めと支援 相談を受けた時に、本人と家族が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談を受けた時には、管理者・介護支援専門員2名にての対応を出来る限り行っている。介護支援専門員からのサービス利用内容のアドバイス、必要に応じては、相談相手同意の元担当ケアマネジャーへの連絡を行い、サービス内容の相談・検討をお願いしている。		
26	馴染みながらのサービス利用 本人が安心して、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	生活環境が大きく変わるということは、認知症の方に関しては、大きな不安だと思います。その為、家族の方にも出来る限り、家庭で使われていた物をそのままホームへ持ってきて下さいと、説明を行っている。ホームでの生活においては、職員が利用者同士の間に入りコミュニケーションが取りやすい環境作りを行っている。		
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 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	ホームの理念「笑顔がいっぱいつるげる 我が家」という理念を元に、職員が介護をするという立場ではなく、入居者の方と一緒に生活をするということを念頭におき生活をしている。ホームでは、おばあちゃんの知恵袋ではないが、入居者の方に教えてもらうことが多く見られる。共に支え合うケアが出来ている様に思える。		旨く出来るまでは期間はかかったが、漬け物(梅干し)・干し柿・門松など入居者の方の力を借りて、完成することが出来た物が数多くある。今後取り組みたいと内容として、味噌作りを行って行きたいと考えている。
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	家族と共に支えるという関係作りが、築けて来てるのではないかとと思う。担当者会議・家族会など家族と相談が出来る関係作りを行っている。関係作りが出来ているためか、家族からの相談が、以前よりは多くなってきている。		家族会の活動内容も検討していき、家族の方にとっても「我が家」となれるよう努力していきたいと考えている。
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、より良い関係が築いていけるように支援している	ご家族の面会時には日頃の状態をこまめに報告を行なっている。定期的に家族会・イベントなどを行い、本人・家族・職員が1つの家族となれるよう日々よりよい関係作りに努力している。		
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	地域の行事、四季の食事、年間行事などにて日本に古くからある習わしを楽しむ支援を行っている。		
31	利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている	入居者同士でも特に仲が良い関係等が既に出来ている。自力摂取が困難な方への食事介助・声かけ等を行ったりと、入居者同士の助け合い・支え合いが見られる。環境因子を大切に、共有スペースの雰囲気作りにも気を配り、ソファ／椅子／テーブルの位置・入居者席の位置にも工夫している。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	サービス利用(契約)が終了しても、家族・本人が事業所に対していつでも連絡し相談が出来るように、契約終了時に説明を行っている。		
. 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	家族へ相談し、可能な限りその方の思いを尊重したケアを行っている。介護支援専門員(計画作成担当者)へも相談し、ケアプランへも位置付けていただき統一されたケアを行っている。		
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	認知症の方にとっては、生活環境とはとても大切な物と考えています。今まで使われていた物など、その方の暮らしの中で馴染みの物を使用することで、認知症の方の不安の軽減になると考え、生活環境の把握に努めています。		
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	介護支援専門員(計画作成担当者)が作成するケアプラン・一日の生活に基づき、入居者一人ひとりの個別援助計画書を作成し現状を総合的に把握し、統一されたケアを行っている。		
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、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	介護支援専門員(計画作成担当者)より作成されたケアプラン作成日より3ヶ月/1回、ニーズに対して短期目標(長期目標)の達成度を確認するため、モニタリングを行いケアプランを見直し(ケアプランの原案作成)担当者会議を行っている。家族・本人・介護支援専門員・管理者・看護師・介護担当者にて話し合いを行い、ケアプランの作成を行っている。		
37	現状に即した介護計画の見直し 介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している	ケアプラン作成期間に応じて見直しを行うとともに、状態変化が認められプランの見直しが必要と介護支援専門員より判断した場合は、モニタリングを行い、ケアプランの見直し(原案作成)後、家族・本人・介護支援専門員・管理者・看護師・介護担当者にて担当者会議を行いケアプラン作成を行っている。		

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
38	個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ケアプランに基づき、目標に対しての状況・結果・気づきを個人カルテへ、日々の評価として記載している。		
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	母体は医療法人で、クリニック・在宅の介護事業所を有しており、近隣の医療・介護機関とも連携が図れている為、必要サービスが提供出来る体制は整っている。また、開設者の地元であることもあり、地域との接点も密である。		
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	地域支援事業の一環として行われている。いきいきサロンへ月/1回参加、地域の方のボランティア訪問を月/4回程度行っている。 (内容:手品/絵手紙/器楽/演奏会/踊りなど)		
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ための支援をしている	入居者の状態変化などの理由により、グループホームでの生活が困難な場合、他事業所のケアマネジャーへ相談し他のサービス利用への支援を行っている。		他事業所のケアマネジャーと連携を保ち、入居までの生活状況の把握を行い対応している。
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	ケアマネジメントの内容/利用者の困難時の対応等について地域包括センターの主任ケアマネジャーや社会福祉士等へ相談を行っている。		
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	かかりつけ医で定期的な受診を行う。緊急時にも24時間連絡の取れる体制をとっている。介護従事者も看護職員を配置しており、入居者、家族からの相談も気軽に受けることが出来る体制を整えている。		

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	神経内科の医師(法人理事長)が必要に応じ訪問し、入居者の状態を観察し介護職員にもアドバイスを与えている。		
45	看護職との協働 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	グループホーム職員に看護師を採用している。日常の健康管理はもとより急変時の対応が速やかに行えるよう体制を整えている。母体のクリニックとも連携を図り看護師同士相談・アドバイスが受ける体制作りも整えている。		
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	入院時、入居者の方が安心して生活出来るよう医療機関へ介護・看護サマリーを作成し情報提供を行っている。退院に向けた支援として、定期的に入院時は面会・電話連絡を行い情報収集を行っている。必要によっては、医療機関を訪問し状態についての相談を行っている。退院後の生活状況をグループホーム職員と共に検討(カンファレンス)を行い統一されたケアが出来るよう体制を整えている。		
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	終末期には、主治医より家族へ説明をしていただきグループホームにおいても医療・看護への要望書として、同意書を作成している。		
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	看護師より看護面の個別援助計画を作成し、本人・家族・主治医・介護支援専門員・看護師・介護職員が一つのチームとなりその方がより良い生活がおくれるよう支援をしている。		
49	住み替え時の協働によるダメージの防止 本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている	本人が住む場所替わる際、生活歴・既往歴・入居時の状況・ADL・身体障害自立度・認知障害自立度などような内容を看護・介護サマリーに記載し関係者への情報提供を行っている。関係者の方と密に連絡を取りあい、安全に安心した生活がおくれるよう配慮している。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
・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			
50	<p>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り扱いをしていない</p>	<p>入居前調査により名前の呼び方なども聞き取りするなど、言葉使いも一人ひとりのその時に合わせた対応を心がけている。</p> <p>職員一人ひとりの自覚を促す為、職員間でスーパービジョンを行い自己覚知意識の向上に努めている。</p>	
51	<p>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>入居者の視線に立ち、入居者の方が話しやすい環境を作り傾聴共感して行く働きかけを行い役割・生きがい入居者自身の仲間作りを支援していく。</p>	
52	<p>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>職員が業務として動くのではなく入居者と一緒のペースで時が流れ、心地よさを感じさせるような関わりを心がけている。</p>	<p>勤務態勢変更後は、以前よりも柔軟なケアが出来るようになり、その人らしい一日を過ごせるようになってきている。</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			
53	<p>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>鏡を見ていただき、自ら髪型を整えていただく等の支援を行っている。理容・美容に関しては、訪問理容(美容)を利用し本人希望にて髪型(パーマ)・ヘアカラー等を行っている。行き付けの美容室など有る際は、職員送迎・引率にて対応している。</p>	
54	<p>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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている</p>	<p>献立作りは主に職員が行っているが、献立に関しては、入居者が好みの食事が選択できるように、料理の本(写真付きの物)などを利用しメニューの選択も行っている。調理・食器の片付けなど職員と入居者の方が一緒に行っている。</p>	<p>「手伝っていただけますか？」等のような声かけをし行っていた。その方の日課として食器洗い支援できるように取り組んでいきたいと思う。= 日課となることで、日常生活の中でのリハビリ支援が考えられるからである。</p>
55	<p>本人の嗜好の支援</p> <p>本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、好みのも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</p>	<p>本人が望む物(お酒、たばこ等)状況に合わせて、毎日に日課として日常的に支援している。</p>	

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
56	<p>気持よい排泄の支援</p> <p>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</p>	<p>個々のケアプランへ排泄介助必要な方に関しては、排尿アセスメントを取り、トイレ誘導・介助を行っている。オムツ(リハビリパンツ・尿取りパット)外しを目標に取り組んでいる。</p>		
57	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴を楽しめるように支援している</p>	<p>入浴は2日/1回の割合で行っている。しかし、希望がある場合などその方にあわせた時間帯に支援を行っている。</p>		
58	<p>安眠や休息の支援</p> <p>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</p>	<p>ケアプラン・個別援助計画に基づきイブニングケアを行っている。個々の生活習慣がある為、同じ時間にイブニングケアは行っていない。落ち着いて休息がとれるよう足浴なども行うなどの支援も行っている。</p>		
(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	<p>役割、楽しみごと、気晴らしの支援</p> <p>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</p>	<p>個々の得意分野を見出し役割を持って頂くことで、生きがいを持つ支援を心がけている。</p>		
60	<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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>入居前に家族へ相談し家族同意の元、本人にお金の管理をさせていただいている方も数名いらっしゃいます。他の入居者の方に関しては、グループホームにてお小遣い程度預かり、本人が買い物希望する際にお金を手渡し買い物へ行くなどの支援を行っている。</p>		
61	<p>日常的な外出支援</p> <p>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</p>	<p>入居者より希望が有る際は、外出の支援を行っている。</p>		
62	<p>普段行けない場所への外出支援</p> <p>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</p>	<p>月/1回イベントを計画し温泉・花見・海・蛍見学・夏祭りなど外出を行っている。昨年は日帰りバス旅行を計画し又いつもとは違った旅行も計画いたしました。</p>		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
63	電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	本人より申し出がある際は、電話など使用していただいている。頻繁に電話の容共がある際は、家族へも理由を説明し協力をしていただいている。		
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	家族・知人・友人・兄弟の方の訪問時、共有リビングや居室でゆっくりとした時間を過ごしていただく為、お茶・お菓子など準備し訪問時楽しい時間を過ごしていただけるよう対応している。		
(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 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	身体拘束をしないということは、職員へも勉強会などでも周知し身体拘束の無いケアを行っている。車椅子を使用している方に関しては、座ったままというケアは行わず、本人が必要な時に使用するなどの支援を行っている。		
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	以前は日中玄関にも鍵をかけず実施してきたが、現在、不審者などの問題もあり、入居者を守るうえでも、家族同意の元玄関にのみ鍵をかけている。しかし、外出を抑制するということではなく、入居者の方には、玄関の鍵の位置・開け方は説明し自由に外に出られるよう説明を行っている。		
67	利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している	一定時間毎に人員確認を行い、職員は常に入居者個人の位置を確認しながら常務を行っている。介護従事者すべての職員が入居者人員の確認が出来るように、記録に残すなどの対応も行っている。		
68	注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている	刃物・洗剤など保管場所を決め、危険防止に努めている。必要な方に関しては、場所を明確に伝えている。刃物など使用する際は、職員が付き添いいつでも使用可能な状況を作っている。		
69	事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	事故報告・ヒヤリハット報告により、日頃から事故発生時に備えた対応を行っている。緊急時も速やかに対応が出来るようマニュアルを作成し職員へミーティングなどを活用し周知徹底を行っている。事故報告についても、緊急ミーティングを行い事故に対する予防・対応策を再度見直し話し合いを行っている。		法人のリスク委員会へも報告を行い、法人委員会も活用しお互い同様な事故を起こさないよう対応策の検討を行っている。

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
70	急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている	緊急時職員が速やかに対応できる様、緊急時対応マニュアルを作成しており、又職員がそれを確認するようにしている。		
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	防災訓練を定期的に行い、職員が速やかに対応できるよう訓練を重ねている。災害などの際に、地域の方の協力が得られるよう運営推進会議など説明を行っている。		消防総合訓練へ(平成19年12月上旬予定)地域消防団の方も参加していただき、通報・避難・誘導・消火訓練を予定している。
72	リスク対応に関する家族等との話し合い 一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている	個々のリスクをケアプランにも記載し、担当者会議などにおいて危険・事故防止についての話し合い・対応策の検討を行っている。		
(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援				
73	体調変化の早期発見と対応 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている	状態変化認める際、グループ看護師へ相談し状態確認を行い、母体のクリニック看護師・医師へ状態報告を行い指示をうける体制を整えている。日常的にクリニック看護師・医師が入居者の状態を確認が出来るように、パソコン(通信手段)を活用し情報の共有化を図っている。		
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	入居者一人ひとりの服薬内容の一覧表(薬品名・作用・副作用・薬品の写真)を作成し、職員が入居者の服薬内容を把握しやすいよう対策を行っている。服薬内容を把握し医師の指示通り服薬できるよう対応している。		
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等に取り組んでいる	排便チェックシートを活用し、その方がいつ・どの程度(量)排便があったのか把握出来るよう記録に残している。便秘の予防策として繊維質の多い食品(ゴボウ・ぜんまい・こんにゃく等)多く取り入れ、無理なく水分が取れるよう汁物・果物類で補充している。		
76	口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や力に応じた支援をしている	食後口腔ケアを行い、本人口腔内(義歯)の清掃を行ってもらい、清潔保持が困難な方に関しては職員にて清掃を行っている。口腔内の清潔保持の為イソジンガールを使用している。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	季節に応じた四季折々の食事を取り入れている。入居者の咀嚼嚥下機能も把握し、刻み食・ミキサー食・汁物についてはとろみを付けるなど個々に対応をしている。毎食後、摂取量も確認し個人カルテへ記録している。体調によっては、水分量in/outを確認し記録している。		
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、ノロウイルス等)	感染予防マニュアルを作成し、職員は予防対策を把握している。法人委員会(健康委員)より感染予防面からも、事前にマニュアルの確認の指示を委員又は各事業所の管理者へ周知徹底していただくよう指導している。他の予防策として、地域保健センター・主治医で規定の検診・予防接種を行っている。法人委員は各事業所の検診・予防接種の状況を把握し指導・アドバイスを行っている。		
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	台所・調理用具等は使用後は洗浄し、その都度清潔を保っている。食材もまとめ買いをせず3日分程度の食材を購入し、新鮮でおいしい食事の提供を行っている。		
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	建物も木造を多く使用し、暖かさを感じさせる作りになっている。玄関には表札を設置し、家庭的な雰囲気が感じられる。玄関周辺に花壇を作るなど、明るく家族・近所の方が立ち寄りやすい空間作りを行っている。		施設間を無くす為、グループホームの看板を設置していないが、初めて訪問される方が分かりづらいという面からも、看板の設置を検討している。
81	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	共有空間には季節感を感じさせるような飾り付けを行い、リビングやトイレには観葉植物をおき緑あふれる空間作りを行っている。		
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、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	居室から共有リビングまでの間に入居者同士が自由に会話でき、気兼ねなく過ごせる空間スペースを確保している。夏は、テラスへも椅子を設置し入居者の方が自由に一人の空間の確保が出来るよう配慮し、自然の風を体で感じ、ゆったりとした時間を過ごしていただけるよう対応している。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
83	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族へ相談し、一つでもよいので使い慣れた馴染みの物をもってきていただくようお願いをしている。本人が興味のある物などを部屋に持ってきていただき「その人らしさ」を感じさせ、安心できる環境作りを行っている。		
84	換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のお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配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている	共有空間へ温度計を設置し、温度調節を行っている。居室・共有空間すべてにエアコンを使用するのではなく、利用者の状況に応じて使い分けている。エアコンも長時間使用するのではなく、昼食前・夕食前と換気(5～10分程度)を行い感染予防面にも努めている。		
(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が送れるように工夫している	入居者の身体機能の低下に合わせて、安全かつ出来るだけ自立した生活が送れるように福祉用具の使用も検討している。		玄関への手すりの設置も検討中
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	山鹿には温泉が古くからあり、入居者の方のとっても「湯」と書いてあるのれんはとても親しみのある物と考える為、浴室を理解するにも「湯」書いてあるのれんを使用しお風呂場とうい事を認識しやすい、環境作りも行っている。		
87	建物の外周りや空間の活用 建物の外周りやベランダを利用者が楽しんだり、活動できるように活かしている	テラスには入居者の方が自由に出入りでき、寛げる空間作りを行っている。食事やおやつレクレーションを行うなど、建物内だけではなく、外に出ることで、鳥の声・風の音・外の空気を肌で感じ楽しい時間を過ごしていただいている。		

サービスの成果に関する項目

項 目		最も近い選択肢の左欄に をつけてください。	
88	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる	ほぼ全ての利用者の	
		利用者の2/3くらいの	
		利用者の1/3くらいの	
		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	毎日ある	
		数日に1回程度ある	
		たまにある	
		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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
91	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての家族と	
		家族の2/3くらいと	
		家族の1/3くらいと	
		ほとんどできていない	

項 目		最も近い選択肢の左欄に をつけてください。	
96	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている	ほぼ毎日のように	
		数日に1回程度	
		たまに	
		ほとんどない	
97	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	大いに増えている	
		少しずつ増えている	
		あまり増えていない	
		全くいない	
98	職員は、生き生きと働いている	ほぼ全ての職員が	
		職員の2/3くらいが	
		職員の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
99	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
100	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	ほぼ全ての家族等が	
		家族等の2/3くらいが	
		家族等の1/3くらいが	
		ほとんどできていない	

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(この欄は、日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入してください。)

自己評価票

自己評価は全部で100項目あります。

これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。

項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。点検は、項目の最初から順番に行う必要はありません。点検しやすい項目(例えば、下記項目の や 等)から始めて下さい。

自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。

自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かしましょう。

地域密着型サービスの自己評価項目構成

	項目数
. 理念に基づく運営	22
1. 理念の共有	3
2. 地域との支えあい	3
3. 理念を实践するための制度の理解と活用	5
4. 理念を实践するための体制	7
5. 人材の育成と支援	4
. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	10
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	4
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	6
. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	17
1. 一人ひとりの把握	3
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	3
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	1
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	10
. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	38
1. その人らしい暮らしの支援	30
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	8
. サービスの成果に関する項目	13
合計	100

記入方法

[取り組みの事実]

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

[取り組んでいきたい項目]

今後、改善したり、さらに工夫を重ねたいと考えた項目に をつけます。

[取り組んでいきたい内容]

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

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

日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入します。

用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

評価シートの説明

評価調査票は、プロセス評価の項目(1から 87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(88から 100)の2種類のシートに分かれています。記入する際は、2種類とも必ず記入するようご注意ください。

事業所名	医療法人社団 直心会 森の里グループホームやちよ桜
(ユニット名)	さくら通り
所在地 (県・市町村名)	熊本県山鹿市山鹿900-2
記入者名 (管理者)	田中 裕
記入日	平成 19 年 11 月 10 日

地域密着型サービス評価の自己評価票

(部分は外部評価との共通評価項目です)

↑ 取り組んでいきたい項目

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
・理念に基づく運営			
1. 理念と共有			
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続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている</p>	<p>安心・個性・尊重を大切にした理念となっており、地域の方と共に歩んでいくということを大切に根ざしていこうとするサブ理念を掲げています。</p>	<p>本年度9月から地域の方のボランティアを月 / 4回程度行っている。(内容:手品 / 絵手紙 / 器楽 / 演奏会 / 踊りなど)</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>日常的に理念に基づいたケアを行うことをミーティングにおいて常に話題とし、共有化しようという意識を高く、カンファレンス / 担当者会議においても、理念に基づいた個別援助計画 / ケアプランができています。</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>上記(の2)内容を行い、職員が理念に沿ったケアを行うことで、家族 / 地域の方への理念の説明行っている。ケアプランの内容からも、家族へも理念がよく浸透していくようです。</p>	<p>理念の浸透しているためか? 担当者会議において、家族の参加が90%を上回る参加率。</p>
2. 地域との支えあい			
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>地域ボランティアの訪問 / 地域の行事への参加など、職員・入居者が地域の方と顔見知りになり、地域の方が気軽に立ち寄ることができる様、日常的な付き合いを心かけている。</p>	<p>回覧板 / 散歩 / 地域の行事への参加 / グループホームイベントへの地域の方の参加など、管理者だけでなく、職員・入居者・家族が地域の方と顔を合わせる機会も設けている。</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</p>	<p>地域の祭り(山鹿灯籠祭り)へ職員の参加 / 地域の運動会への参加など、地域行事には参加をしている。</p>	<p>職員だけではなく、入居者の方も祭りの見学をするなど活動を行っている。月 / 1回は、区の「いきいきサロン」へ参加も行い、地域交流への活動も行っている。</p>

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
6	事業所の力を活かした地域貢献 利用者への支援を基盤に、事業所や職員の状況や力に応じて、地域の高齢者等の暮らしに役立つことがないか話し合い、取り組んでいる	小学校へ「高齢者の介護」という題材で、ゆとり教育へ参加/高校生のインターンシップ(職場研修)の受け入れをおこなっている。		「認知症とは・・・?認知症の方の介護」のような、地域の方に向けた話を出来る場もうけていきたいと考えている。
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	前回の外部評価を実施後、ミーティングにて職員全員で評価の内容について見直し、話し合い改善をおこなっている。自己評価は、職員と共に作成し、自己評価の内容を理解し、外部評価の意義を理解している。		
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	運営推進会議では、区長・民生員・民生委員長・地域ボランティア委員・婦人会・老人会・家族会長・市の職員の方など、参加をいただき、アドバイスをいただき、地域とのつながりが以前よりも強いものとなってきている。		
9	市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる			
10	権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している	地域福祉権利擁護事業や成年後見人制度についても、ミーティング(勉強会)を行っている。家族より相談があった際は、介護支援専門員等の専門職へ相談する等の対応をするよう職員へ説明を行っている。		
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			

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
4.理念を実践するための体制			
12	<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>管理者は、介護保険法令を熟知しており、認知症対応共同生活介護関係法令をまとめ、重要事項説明・契約内容理解し、利用者・家族へ契約／解約をする際に十分な説明し、家族・入居者の不安・疑問点の把握に努めている。</p>	
13	<p>運営に関する利用者意見の反映</p> <p>利用者が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている</p>	<p>苦情相談窓口は入居時に文章を交付し、入居者・家族に説明を行っている。</p>	
14	<p>家族等への報告</p> <p>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</p>	<p>入居者の方の暮らしぶりや健康状態を見ていただく為に、3～4ヶ月／1回新聞を発行し、家族へ郵送しています。身体の状況に応じてその都度、管理者の方より電話にて報告をおこなっている。金銭管理は、お小遣いとして、ホームで管理し家族へ来訪時お小遣いの確認(サイン)をもらって報告・確認をおこなっている。</p>	
15	<p>運営に関する家族等意見の反映</p> <p>家族等が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている</p>	<p>苦情相談窓口は入居時に文章を交付し、入居者・家族に説明を行っている。その後も、家族に連絡の際には相談を受けている。苦情の対応については、ホーム職員はもとより、法人全体としても協議を行い適切な対応を図っている。</p>	
16	<p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>月／2回ミーティングを行い、常務内容など職員の意見を提案出来る場を設け、職員が働きやすい環境を作るよう心がけている。</p>	
17	<p>柔軟な対応に向けた勤務調整</p> <p>利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている</p>	<p>入居者の生活パターンに配慮した職員配置を行っている。</p>	<p>以前は、夜勤者1名2ユニット(18名)入居者の介護を行っていた。入居者のADL低下も有り、介護従事者と入居者への負担があると思われ、夜勤体制(2名体制へ変更)・日勤体制(時間帯の変更)の変更を行っている。</p>
18	<p>職員の異動等による影響への配慮</p> <p>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</p>		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
5. 人材の育成と支援			
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	法人の職員研修委員会にて助言・指導・勉強会を行い、段階に応じた対応を図っている。日常の「気づき」の中からも、具体的な資料を活用し、改善のための対応策を勉強・検討している。外部の研修にも管理者のみならず、職員の方にも参加していただき、その研修内容をホームミーティングにて報告(フィードバック)していただき、他職員への情報の共有化も図っている。	
20	同業者との交流を通じた向上 運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	グループホーム地域ブロック会にて、2ヶ月/1回の勉強会を行っている。ブロック会内の事業所同士、職員の見学研修を提案し活動を行っている。	
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	業務に追われ、職員の親睦を図る時間は取れていないように思える。不定期ではあるが、職員で食事会などを行い、ストレスの軽減を図っている。	本年度より、職員同士の交流・研修を目的とした。職員旅行を11月・12月に実行予定
22	向上心を持って働き続けるための取り組み 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている		
安心と信頼に向けた関係づくりと支援			
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応			
23	初期に築く本人との信頼関係 相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	本人・家族の不安・求めていること・困っていることを理解する上でも、自宅訪問を行っている。訪問時には、パンフレット等を持参し説明を行っている。可能であれば、ホームの方へ足を運んでいただき、ホーム内の見学も行っている。	
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、受けとめる努力をしている	本人・家族の不安・求めていること・困っていることを理解する上でも、自宅訪問を行っている。訪問時には、パンフレット等を持参し説明を行っている。可能であれば、ホームの方へ足を運んでいただき、ホーム内の見学も行っている。	

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
25	初期対応の見極めと支援 相談を受けた時に、本人と家族が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談を受けた時には、管理者・介護支援専門員2名にての対応を出来る限り行っている。介護支援専門員からのサービス利用内容のアドバイス、必要に応じては、相談相手同意の元担当ケアマネジャーへの連絡を行い、サービス内容の相談・検討をお願いしている。		
26	馴染みながらのサービス利用 本人が安心して、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	生活環境が大きく変わるということは、認知症の方に関しては、大きな不安だと思います。その為、家族の方にも出来る限り、家庭で使われていた物をそのままホームへ持ってきて下さいと、説明を行っている。ホームでの生活においては、職員が利用者同士の間に入りコミュニケーションが取りやすい環境作りを行っている。		
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 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	ホームの理念「笑顔がいっぱいつるげる 我が家」という理念を元に、職員が介護をするという立場ではなく、入居者の方と一緒に生活をするということを念頭におき生活をしている。ホームでは、おばあちゃんの知恵袋ではないが、入居者の方に教えてもらうことが多く見られる。共に支え合うケアが出来ている様に思える。		旨く出来るまでは期間はかかったが、漬け物(梅干し)・干し柿・門松など入居者の方の力を借りて、完成することが出来た物が数多くある。今後取り組みたいと内容として、味噌作りを行って行きたいと考えている。
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	家族と共に支えるという関係作りが、築けて来てるのではないかとと思う。担当者会議・家族会など家族と相談が出来る関係作りを行っている。関係作りが出来ているためか、家族からの相談が、以前よりは多くなってきている。		家族会の活動内容も検討していき、家族の方にとっても「我が家」となれるよう努力していきたいと考えている。
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、より良い関係が築いていけるように支援している			
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	地域の行事、四季の食事、年間行事などにて日本に古くからある習わしを楽しむ支援を行っている。		
31	利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている	入居者同士でも特に仲が良い関係等が既に出来ている。自力摂取が困難な方への食事介助・声かけ等を行ったりと、入居者同士の助け合い・支え合いが見られる。環境因子を大切に、共有スペースの雰囲気作りにも気を配り、ソファ／椅子／テーブルの位置・入居者席の位置にも工夫している。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	サービス利用(契約)が終了しても、家族・本人が事業所に対していつでも連絡し相談が出来るように、契約終了時に説明を行っている。		
. 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	家族へ相談し、可能な限りその方の思いを尊重したケアを行っている。介護支援専門員(計画作成担当者)へも相談し、ケアプランへも位置付けていただき統一されたケアを行っている。		
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	認知症の方にとっては、生活環境とはとても大切な物と考えています。今まで使われていた物など、その方の暮らしの中で馴染みの物を使用することで、認知症の方の不安の軽減になると考え、生活環境の把握に努めています。		
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	介護支援専門員(計画作成担当者)が作成するケアプラン・一日の生活に基づき、入居者一人ひとりの個別援助計画書を作成し現状を総合的に把握し、統一されたケアを行っている。		
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、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	介護支援専門員(計画作成担当者)より作成されたケアプラン作成日より3ヶ月/1回、ニーズに対して短期目標(長期目標)の達成度を確認するため、モニタリングを行いケアプランを見直し(ケアプランの原案作成)担当者会議を行っている。家族・本人・介護支援専門員・管理者・看護師・介護担当者にて話し合いを行い、ケアプランの作成を行っている。		
37	現状に即した介護計画の見直し 介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している	ケアプラン作成期間に応じて見直しを行うとともに、状態変化が認められプランの見直しが必要と介護支援専門員より判断した場合は、モニタリングを行い、ケアプランの見直し(原案作成)後、家族・本人・介護支援専門員・管理者・看護師・介護担当者にて担当者会議を行いケアプラン作成を行っている。		

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
38	個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ケアプランに基づき、目標に対しての状況・結果・気づきを個人カルテへ、日々の評価として記載している。		
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	母体は医療法人で、クリニック・在宅の介護事業所を有しており、近隣の医療・介護機関とも連携が図れている為、必要サービスが提供出来る体制は整っている。また、開設者の地元であることもあり、地域との接点も密である。		
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	地域支援事業の一環として行われている。いきいきサロンへ月/1回参加、地域の方のボランティア訪問を月/4回程度行っている。 (内容:手品/絵手紙/器楽/演奏会/踊りなど)		
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ための支援をしている	入居者の状態変化などの理由により、グループホームでの生活が困難な場合、他事業所のケアマネジャーへ相談し他のサービス利用への支援を行っている。		他事業所のケアマネジャーと連携を保ち、入居までの生活状況の把握を行い対応している。
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	ケアマネジメントの内容/利用者の困難時の対応等について地域包括センターの主任ケアマネジャーや社会福祉士等へ相談を行っている。		
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	かかりつけ医で定期的な受診を行う。緊急時にも24時間連絡の取れる体制をとっている。介護従事者も看護職員を配置しており、入居者、家族からの相談も気軽に受けることが出来る体制を整えている。		

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	神経内科の医師(法人理事長)が必要に応じ訪問し、入居者の状態を観察し介護職員にもアドバイスを与えている。		
45	看護職との協働 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	グループホーム職員に看護師を採用している。日常の健康管理はもとより急変時の対応が速やかに行えるよう体制を整えている。母体のクリニックとも連携を図り看護師同士相談・アドバイスが受ける体制作りも整えている。		
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	入院時、入居者の方が安心して生活出来るよう医療機関へ介護・看護サマリーを作成し情報提供を行っている。退院に向けた支援として、定期的に入院時は面会・電話連絡を行い情報収集を行っている。必要によっては、医療機関を訪問し状態についての相談を行っている。退院後の生活状況をグループホーム職員と共に検討(カンファレンス)を行い統一されたケアが出来るよう体制を整えている。		
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	終末期には、主治医より家族へ説明をしていただきグループホームにおいても医療・看護への要望書として、同意書を作成している。		
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	看護師より看護面の個別援助計画を作成し、本人・家族・主治医・介護支援専門員・看護師・介護職員が一つのチームとなりその方がより良い生活がおくれるよう支援をしている。		
49	住み替え時の協働によるダメージの防止 本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている	本人が住む場所替わる際、生活歴・既往歴・入居時の状況・ADL・身体障害自立度・認知障害自立度などような内容を看護・介護サマリーに記載し関係者への情報提供を行っている。関係者の方と密に連絡を取りあい、安全に安心した生活がおくれるよう配慮している。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
・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			
50	プライバシーの確保の徹底 一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない	入居前調査により名前の呼び方なども聞き取りするなど、言葉使いも一人ひとりのその時に合わせた対応を心がけている。 職員一人ひとりの自覚を促す為、職員間でスーパービジョンを行い自己覚知意識の向上に努めている。	
51	利用者の希望の表出や自己決定の支援 本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている	入居者の視線に立ち、入居者の方が話しやすい環境を作り傾聴共感して行く働きかけを行い役割・生きがい入居者自身の仲間作りを支援していく。	
52	日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	職員が業務として動くのではなく入居者と一緒のペースで時が流れ、心地よさを感じさせるような関わりを心がけている。	勤務態勢変更後は、以前よりも柔軟なケアが出来るようになり、その人らしい一日を過ごせるようになってきている。
(2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援			
53	身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援し、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている	鏡を見ていただき、自ら髪型を整えていただく等の支援を行っている。理容・美容に関しては、訪問理容(美容)を利用し本人希望にて髪型(パーマ)・ヘアカラー等を行っている。行き付けの美容室など有る際は、職員送迎・引率にて対応している。	
54	食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	献立作りは主に職員が行っているが、献立に関しては、入居者が好みの食事が選択できるように、料理の本(写真付きの物)などを利用しメニューの選択も行っている。調理・食器の片付けなど職員と入居者の方が一緒に行っている。	「手伝っていただけますか？」等のような声かけをし行っていた。その方の日課として食器洗い支援できるように取り組んでいきたいと思う。= 日課となることで、日常生活の中でのリハビリ支援が考えられるからである。
55	本人の嗜好の支援 本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、好みのも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	本人が望む物(お酒、たばこ等)状況に合わせて、毎日に日課として日常的に支援している。	

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
56	気持よい排泄の支援 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	個々のケアプランへ排泄介助必要な方に関しては、排尿アセスメントを取り、トイレ誘導・介助を行っている。オムツ(リハビリパンツ・尿取りパット)外しを目標に取り組んでいる。		
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てしまわずに、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴を楽しめるように支援している	入浴は2日/1回の割合で行っている。しかし、希望がある場合などその方にあわせた時間帯に支援を行っている。		
58	安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している	ケアプラン・個別援助計画に基づきイブニングケアを行っている。個々の生活習慣がある為、同じ時間にイブニングケアは行っていない。落ち着いて休息がとれるよう足浴なども行うなどの支援も行っている。		
(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	個々の得意分野を見出し役割を持って頂くことで、生きがいを持つ支援を心がけている。		
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	入居前に家族へ相談し家族同意の元、本人にお金の管理をしていただいている方も数名いらっしゃいます。他の入居者の方に関しては、グループホームにてお小遣い程度預かり、本人が買い物希望する際にお金を手渡し買い物へ行くなどの支援を行っている。		
61	日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさず、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援している	入居者より希望が有る際は、外出の支援を行っている。		
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	月/1回イベントを計画し温泉・花見・海・蛍見学・夏祭りなど外出を行っている。昨年は日帰りバス旅行を計画し又いつもとは違った旅行も計画いたしました。		

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
63	電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	本人より申し出がある際は、電話など使用していただいている。頻繁に電話の容共がある際は、家族へも理由を説明し協力をしていただいている。		
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	家族・知人・友人・兄弟の方の訪問時、共有リビングや居室でゆっくりとした時間を過ごしていただく為、お茶・お菓子など準備し訪問時楽しい時間を過ごしていただけるよう対応している。		
(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 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	身体拘束をしないということは、職員へも勉強会などでも周知し身体拘束の無いケアを行っている。車椅子を使用している方に関しては、座ったままというケアは行わず、本人が必要な時に使用するなどの支援を行っている。		
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	以前は日中玄関にも鍵をかけず実施してきたが、現在、不審者などの問題もあり、入居者を守るうえでも、家族同意の元玄関にのみ鍵をかけている。しかし、外出を抑制するということではなく、入居者の方には、玄関の鍵の位置・開け方は説明し自由に外に出られるよう説明を行っている。		
67	利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している	一定時間毎に人員確認を行い、職員は常に入居者個人の位置を確認しながら常務を行っている。介護従事者すべての職員が入居者人員の確認が出来るように、記録に残すなどの対応も行っている。		
68	注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている	刃物・洗剤など保管場所を決め、危険防止に努めている。必要な方に関しては、場所を明確に伝えている。刃物など使用する際は、職員が付き添いいつでも使用可能な状況を作っている。		
69	事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	事故報告・ヒヤリハット報告により、日頃から事故発生時に備えた対応を行っている。緊急時も速やかに対応が出来るようマニュアルを作成し職員へミーティングなどを活用し周知徹底を行っている。事故報告についても、緊急ミーティングを行い事故に対する予防・対応策を再度見直し話し合いを行っている。		法人のリスク委員会へも報告を行い、法人委員会も活用しお互い同様な事故を起こさないよう対応策の検討を行っている。

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
70	急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている	緊急時職員が速やかに対応できる様、緊急時対応マニュアルを作成しており、又職員がそれを確認するようにしている。		
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	防災訓練を定期的に行い、職員が速やかに対応できるよう訓練を重ねている。災害などの際に、地域の方の協力が得られるよう運営推進会議など説明を行っている。		消防総合訓練へ(平成19年12月上旬予定)地域消防団の方も参加していただき、通報・避難・誘導・消火訓練を予定している。
72	リスク対応に関する家族等との話し合い 一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている	個々のリスクをケアプランにも記載し、担当者会議などにおいて危険・事故防止についての話し合い・対応策の検討を行っている。		
(5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援				
73	体調変化の早期発見と対応 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている	状態変化認める際、グループ看護師へ相談し状態確認を行い、母体のクリニック看護師・医師へ状態報告を行い指示をうける体制を整えている。日常的にクリニック看護師・医師が入居者の状態を確認が出来るように、パソコン(通信手段)を活用し情報の共有化を図っている。		
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	入居者一人ひとりの服薬内容の一覧表(薬品名・作用・副作用・薬品の写真)を作成し、職員が入居者の服薬内容を把握しやすいよう対策を行っている。服薬内容を把握し医師の指示通り服薬できるよう対応している。		
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等に取り組んでいる	排便チェックシートを活用し、その方がいつ・どの程度(量)排便があったのか把握出来るよう記録に残している。便秘の予防策として繊維質の多い食品(ゴボウ・ぜんまい・こんにゃく等)多く取り入れ、無理なく水分が取れるよう汁物・果物類で補充している。		
76	口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や力に応じた支援をしている	食後口腔ケアを行い、本人口腔内(義歯)の清掃を行ってもらい、清潔保持が困難な方に関しては職員にて清掃を行っている。口腔内の清潔保持の為にイソジンガーグルを使用している。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	季節に応じた四季折々の食事を取り入れている。入居者の咀嚼嚥下機能も把握し、刻み食・ミキサー食・汁物についてはとろみを付けるなど個々に対応をしている。毎食後、摂取量も確認し個人カルテへ記録している。体調によっては、水分量in/outを確認し記録している。		
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、ノロウイルス等)	感染予防マニュアルを作成し、職員は予防対策を把握している。法人委員会(健康委員)より感染予防面からも、事前にマニュアルの確認の指示を委員又は各事業所の管理者へ周知徹底していただくよう指導している。他の予防策として、地域保健センター・主治医で規定の検診・予防接種を行っている。法人委員は各事業所の検診・予防接種の状況を把握し指導・アドバイスを行っている。		
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	台所・調理用具等は使用後は洗浄し、その都度清潔を保っている。食材もまとめ買いをせず3日分程度の食材を購入し、新鮮でおいしい食事の提供を行っている。		
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	建物も木造を多く使用し、暖かさを感じさせる作りになっている。玄関には表札を設置し、家庭的な雰囲気が感じられる。玄関周辺に花壇を作るなど、明るく家族・近所の方が立ち寄りやすい空間作りを行っている。		施設間を無くす為、グループホームの看板を設置していないが、初めて訪問される方が分かりづらいという面からも、看板の設置を検討している。
81	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	共有空間には季節感を感じさせるような飾り付けを行い、リビングやトイレには観葉植物をおき緑あふれる空間作りを行っている。		
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、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	居室から共有リビングまでの間に入居者同士が自由に会話でき、気兼ねなく過ごせる空間スペースを確保している。夏は、テラスへも椅子を設置し入居者の方が自由に一人の空間の確保が出来るよう配慮し、自然の風を体で感じ、ゆったりとした時間を過ごしていただけるよう対応している。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
83	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもを 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	家族へ相談し、一つでもよいので使い慣れた馴染みの物をもってき ていただくようお願いをしている。本人が興味のある物などを部屋に 持ってきていただき「その人らしさ」を感じさせ、安心できる環境作り を行っている。		
84	換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のおよみがないよう換 気に努め、温度調節は、外気温と大きな差が ないよう配慮し、利用者の状況に応じてこまめ に行っている	共有空間へ温度計を設置し、温度調節を行っている。居室・共有 空間すべてにエアコンを使用するのではなく、利用者の状況に応じ て使い分けている。エアコンも長時間使用するのではなく、昼食前・ 夕食前と換気(5～10分程度)を行い感染予防面にも努めている。		
(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が送れ るように工夫している	入居者の身体機能の低下に合わせて、安全かつ出来るだけ自立し た生活が送れるように福祉用具の使用も検討している。		玄関への手すりの設置も検討中
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	山鹿には温泉が古くからあり、入居者の方のとっても「湯」と書いて あるのれんはとても親しみのある物と考える為、浴室を理解するにも 「湯」書いてあるのれんを使用しお風呂場とうい事を認識しやすい、 環境作りも行っている。		
87	建物の外周りや空間の活用 建物の外周りやベランダを利用者が楽しんだ り、活動できるように活かしている	テラスには入居者の方が自由に出入りでき、寛げる空間作りを行っ ている。食事やおやつレクレーションを行うなど、建物内だけではなく、 外に出ることで、鳥の声・風の音・外の空気を肌で感じ楽しい時 間を過ごしていただいている。		

サービスの成果に関する項目

項 目		最も近い選択肢の左欄に をつけてください。	
88	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる		ほぼ全ての利用者の
			利用者の2/3くらいの
			利用者の1/3くらいの
			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		毎日ある
			数日に1回程度ある
			たまにある
			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		ほぼ全ての利用者が
			利用者の2/3くらいが
			利用者の1/3くらいが
			ほとんどいない
91	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている		ほぼ全ての利用者が
			利用者の2/3くらいが
			利用者の1/3くらいが
			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		ほぼ全ての利用者が
			利用者の2/3くらいが
		○	利用者の1/3くらいが
			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		ほぼ全ての利用者が
			利用者の2/3くらいが
			利用者の1/3くらいが
			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		ほぼ全ての利用者が
			利用者の2/3くらいが
			利用者の1/3くらいが
			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		ほぼ全ての家族と
			家族の2/3くらいと
			家族の1/3くらいと
			ほとんどできていない

項 目		最も近い選択肢の左欄に をつけてください。	
96	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている	ほぼ毎日のように	
		数日に1回程度	
		たまに	
		ほとんどない	
97	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	大いに増えている	
		少しずつ増えている	
		あまり増えていない	
		全くいない	
98	職員は、生き生きと働いている	ほぼ全ての職員が	
		職員の2/3くらいが	
		職員の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
99	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
100	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	ほぼ全ての家族等が	
		家族等の2/3くらいが	
		家族等の1/3くらいが	
		ほとんどできていない	

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(この欄は、日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入してください。)