

# 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ⅡやⅢ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
I. 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
II. 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
III. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	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
IV. 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
V. 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(No.1からNo.87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(No.88からNo.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	グループホームふるさと
(ユニット名)	(A棟)
所在地 (県・市町村名)	長崎県西海市西海町川内郷1680番地
記入者名 (管理者)	筒井和子
記入日	平成 19年 12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)
<b>I. 理念に基づく運営</b>			
<b>1. 理念と共有</b>			
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>社会福祉法人ふるさととしての「共助共援」があり、グループホームではそれに加え「和」と「思いやりの気持ち」を加えて取り組んでいる。</p> <p>○</p>	<p>開設5年目を向かえ、「地域密着型サービス施設」としての特色を踏まえた、新たな「理念」を考えていきたい。</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>職員更衣室の入口掲示板には、「基本理念」「職員の心構え」等が掲示しており、その事を常に意識して、毎日のケアに取り組んでいる。</p> <p>○</p>	<p>職員の入れ替わりなどがあり基本理念を全職員が理解できていない為毎日のミーティングの中で常に「共通情報・共通認識」を確認したい。連絡ノートを引き続き活用し、連絡漏れをなくす。ミーティングでは、職員が思ったことを言えるストレスが溜まらない時間とし、理念実践のために取り組みたい。</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るよう取り組んでいる</p>	<p>3ヶ月に1回の広報誌「ふるさとだより」を家族、地域、関係機関へ配布している。また、家族に対しては、必要に応じて、生活の様子写真と担当職員からの個別通信を出している。</p>	
<b>2. 地域との支えあい</b>			
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、老人クラブ、小中学校のふれあい訪問、幼稚園、保育園のお遊戯訪問等の積極的受け入れをしている。また、年間行事としての「夏まつり」「敬老会」「秋まつり」等でも地域住民の方々に多数参加していただいている。</p> <p>○</p>	<p>日常的には、施設周辺の農耕者や散歩している人々に積極的にあいさつをし、日々の交流に努めている。</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>地域で主催する「敬老会」「運動会」「夏祭り」等のイベントには積極的に参加しており、地元の人々との交流を重要視している。また、今年度の敬老会は、地域公民館主催の敬老会に参加し、共催の形で実施した。</p> <p>○</p>	<p>地域民間団体や自治体を実施する行事には今後も積極的に参加していきたい。</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	地域の社会資源のひとつとしての自覚を常に持ち、小・中学校の体験交流や実習生を受け入れている。また、運営推進会議には行政区長や区長経験者に参加いただき地域との意見交換をしている。	○	グループホームを開放して実施している「書道クラブ」は今後も続けていきたい。
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	自己評価は全職員で行い、全職員の意見を汲み上げ、納得の行く評価結果を求めている。少数派意見を無視する事はない。また、この評価の真意は、利用者がより良い環境で生活が出来ること、そして、その利用者の生活を支援する職員の環境も向上することを認識している。		
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	運営推進会議では地域、ご家族、行政のほか市の社会福祉協議会の職員に委員となっただきそれぞれの立場から様々な意見をいただいている。		
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	市が直営する包括支援センターと毎月情報交換を行っている。また、市も構成メンバーになる地域密着型サービス事業所の市内連絡会議の世話人として行政とも連携を図りながら運営に取り組んでいる。		
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	市町村や地域社会福祉協議会が主催する「地域福祉権利擁護事業」の研修会には必ず参加している。また、現在利用者に支援を受けいる方もおり、担当者との連携もできている。		
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	身体拘束0推進に関するマニュアルを策定し、それに関連する勉強会を開いている。また、入浴時にはそれとなく身体観察を行い異常を見過ごさないようにしている。	○	虐待防止マニュアルや関連法の知識習得も大切であるが、日常的な利用者の変化や訴え、不自然な職員の対応等の防止や早期発見にさらなる注意が必要である。

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>入所が予定される場合は、まず事前面談をして利用者やご家族の不安やニーズを理解するよう努めている。また、契約時には時間をかけて丁寧に契約書・重要事項説明書などを説明し、また看取りに関する指針や個人情報の取り扱いなどにも施設方針に同意をもらった上で入所していただいている。</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>利用者からの苦情や訴え等があった場合には、速やかに上司へ連絡し、苦情処理委員会の手続きに従い対応する。</p>	<p>○</p> <p>運営推進会議の構成メンバーとなっている利用者は、少なくとも発言の機会があるが、他の利用者が発言する機会はない。利用者から気兼ねなく施設に対する要望や不満を言える機会を設ける必要は感じるが、その具体的方法は確立していない。今後の課題である。</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>利用者の健康状態や連絡事項は、必要に応じて家族へ報告しており、特に報告事項がない場合でも、毎月の利用料請求書には、何かしらの報告や連絡、写真等の送付をしている。</p>	<p>○</p> <p>定期的に面会がある家族に対しては、スタッフとの情報交換が出来る時間を出来る限りもうけていきたい。</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>常時設置している「ご意見箱」の活用、「ふるさと家族会」で実施するサービスに関するアンケート等で、苦情や意見を表せる機会を設けている。また玄関に掲示している「サービス概要」にも「苦情窓口」を表示しており、施設外部である市長寿介護課、市社会福祉協議会の連絡先も明記している。</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>職員の全体会議を毎月必ず1回は実施しており、必要に応じてはその都度開催する。その中で、職員からの意見や提案を聞く時間を設けている。</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>労働基準法及び運営規程に従った就業時間体制ではあるが、「利用者本位」が基本とする職場である事は、職員採用時に納得してもらっており、利用者や利用者の家族に起因する非常時には、職員が互いに協力しあいながら、勤務の調整を行い、利用者やその家族への負担を最小限にする努力をしている。</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>人員配置上で出来る限りの配慮はしており、またその配慮は認知症を伴う利用者への対応としては当然と認識している。</p>	<p>○</p> <p>職員の離職、異動、病休、夜勤帯での対応は如何し難しく、職員配置の配慮はもちろんの事であるが、それよりも利用者から信頼されている職員を介する事により、不安を取り除き、警戒心を和らげ、安心して頂く事に努力を注ぐ。</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)
<b>5. 人材の育成と支援</b>			
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>法人が所属する種別団体の研修や、長崎県社協の研修、その他外部団体での研修にも、職員の経験や能力に合わせた研修に参加している。また受講した研修の復命は全体会議等で行うことにより、他の職員のスキルアップにもなっている。</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</p>	<p>市社協や市内福祉施設連絡協議会が開催する研修会や行事に参加する事で、同地域の同業者との交流を持っている。また、同業者でつくる任意のネットワークが開催する勉強会にも随時参加している。現在、地域密着型サービス事業所と市で構成する連絡協議会の発足準備をしており、この会が発足するとさらに地域密着型サービスに特化した情報交換や勉強会が実現する。</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>年に1回は、職員との個別面談を行い、職員の職務や職場に対する意見や不満、ストレスの原因等を聞く機会を作っている。また、ボーリング大会や職員旅行、食事会等で職員との交流をはかっている。</p>	<p>○ 職員との個別面談は実施しているが、その意見や不満等を確実にフィードバックしていく事が今後の課題である。また、休憩室等勤務と休憩とのメリハリが出来る環境整備も必要である。</p>
22	<p>○向上心を持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、各自が向上心を持って働けるように努めている</p>	<p>各自の自己啓発のもとでスキルアップを目指し、研修の受講希望や、資格取得には出来る限りの協力体制に努めている。</p>	<p>○ 現在、職員の勤務努力や実績、勤務状況を正確に評価できる人事考課制度がなく、資格取得のみの評価基準しかないのが課題である。</p>
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>			
<b>1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応</b>			
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、受けとめる努力をしている</p>	<p>インテーク(面接時)における、先入観のない客観的な情報収集が、その後のアセスメントの大きなポイントとなるため、たとえ作話があったとしても、利用者本人が納得のいくまで、相談や訴えを聞き、100%傾聴の姿勢で取り組む。</p>	<p>○ 利用者本人との意思疎通が可能な場合は、在宅または病院等に面接に行き、本人が納得して利用できるように十分な話し合いをする事で信頼関係を築いている。</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、受けとめる努力をしている</p>	<p>利用者の幸せな今後の生活の為に、介護者である家族の立場、言い分を最優先に理解したうえで、相談に乗ることに心掛ける。また、介護施設職員としての守秘義務がある事を十分理解してもらい、安心してすべてを相談していただく。</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)
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	けっして自施設への囲いこみ等を考えず、家族が直面している問題に 対して、対応できるあらゆる種類の福祉サービスを説明し、本人のニー ズに一番合致したサービスを選択してもらう。	○	相談内容に応じ、法人居宅ケアマネ、特養相談員 とも協議し、本人と家族が必要としている支援を明 確にし、グループホーム以外にも法人としてできる サービスが何かを考え相談に応じるよう努めてい 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 に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	認知症の老人に限らず、高齢者は、環境の変化に対する適応能力が 低下している。この様にリロケーションダメージ(環境変化による障害) を受け易い事を理解し、必要に応じては、家族への協力をお願いし、 サービス利用初期では、家族と一緒に食事をしたり、宿泊をするなど、 利用者の不安を取り除き、早く慣れていただく努力をする。	○	入所後、施設に入ったら出られなくなるという意識を もたれないよう、頻繁に外出等(特養施設のショート から転所の場合は、特養施設を訪問するなど)して ホームにいても自由にできることを強調し安心感を 与えたり、家族の協力を得て面会回数を増やして いただき不安感をできるだけ抱かないような対応を している。
<b>2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援</b>				
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	利用者が決して「申し訳ない」「すまない」などと、介護をしてもらって いるという弱い立場の気持ちにならないような接し方に心掛ける。あくま でも人生の大先輩であり、現在の日本の土台を担ってこられた偉大な高 齢者である事を職員が認識し、不自由な部分だけを補い、あとは、家 族として生活している認識を持っている。	○	いろんな場面で、利用者から「学ぶ」「教えてもらう」 という気持ちと、利用者が不自由な部分を支援する 気持ちを忘れない。
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	介護者という家族の立場を理解したうえで、施設として支援できる範囲 をきちんと説明し、家族の協力も不可欠な事を理解してもらう。施設 では家族と同じような気持ちで生活を共にするが、それも家族の理解の 上に成り立っている。	○	法人が運営する全事業所の利用者家族が入会し ていただいている「ふるさと家族会」があり、年間行 事への協力・支援、研修視察などを実施している。 (発足昭和54年)
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	施設を利用したとたん、家族との繋がりが疎遠になったりしないように、 こまめに生活の様子の報告連絡をしたり、面会を促す工夫をする。ま た、施設利用したことで、利用者や家族との関係が良好になるケースも あり、どのケースにおいても施設が本人と家族との潤滑油的立場になる 支援をしている。		
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	利用者をこれまで支えてきてくれた人々や環境を十分調査し、電話 連絡や手紙等の代行を行い、在宅生活との関わりを寸断しないよう にしている。馴染みの商店への買い物や菩提寺への参詣等の機会を 作っている。	○	利用者の友人へスタッフから面会を依頼し、共通の 趣味を施設で楽しんでいただいたり(楽器演奏、生 け花、詩吟、舞踊等々)、昔話をしてもらい、穏やか で楽しい時間を過ごしてもらっている。
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 るよう努めている	狭い地域での施設であるがゆえに、その利用者同士の関係把握は重 要であり、その関係の調査と把握は共同生活では重要である。トラブル を避け、コミュニケーションの橋渡しに努力している。特にレクリエー ションでの位置、食事の場所等の配慮には気を使っている。	○	スタッフが利用者同士の会話の橋渡しをする努力 をしている。また、引きこもりがちにならないように、リ ビングに「お茶」や「おやつ」、「体操」や「レクリエー ション」で居室から誘い出すようにしている。

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	施設の広報誌の送付や施設行事への案内を欠かさないようにし、家族や利用者にとっていつでも利用しやすい状況を保っている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>				
<b>1. 一人ひとりの把握</b>				
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	介護のためのアセスメントは基本であり、共に生活をする事を考え、生活に対するアセスメントに重きをおいている。出来る限り、本人のニーズを聞き取り、それが困難な場合は、利用者の視点にたって家族と一緒に考えている。	○	利用者との日常の会話の機会を多く持ち、本人の希望を把握する事につとめている。
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	利用者の生活歴を十分に理解し、これまでの経験や役職等の誇りを大切にす。例えば、お寺の住職様には「お上人さま」、生け花の師範には「先生」などと呼ぶことで、利用者との「心の共鳴」を感じ、支えあい信頼できる関係を築いてる。	○	利用者の生活歴(漁師、住職、生け花の師範・・・)や経験(演芸、楽器演奏、踊り等の趣味)が会話として成立するように、環境作りや話題作りにつとめている。
35	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている	利用者の生活パターン、生活リズムを把握し、その人が出来る事や自信がある事に視点をおき、マイナス部分を取り除いた前向きな形で全体像を把握する。また、この情報を総合的に把握するには、ケース記録への十分な記述が有効的であり、それを活用している。	○	全体会議の時、個々の利用者のカンファレンスを行っている。ケース記録には、看護師の記述や重要な情報については、ラインマーカーでひと目でわかるような工夫をしている。
<b>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</b>				
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	十分なアセスメントと細かい記述がなされたケース記録、日々の関わりから得る家族やかかりつけ医師からの情報により、職員全員の共通理解によるケアカンファレンスを行うことで、画一的でない、個別対応のケアプランを作成している。	○	利用者個別のケアプランのためには、各職種職員の協働によるケアカンファレンスが重要になる。出来る限り、かかりつけ医師や家族、居宅支援事業者等の意見交換をしていきたい。そして何よりも利用者本人との面接で介護計画作成を行いたい。
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	通常は、2～3ヶ月毎にモニタリングを行い介護計画の見直しを図っているが、体調不良やADLの低下、入院など大きな身体的・精神的状況変化があった場合は、医師や関係者と協議を行い支援のあり方を検討した上で、随時介護計画の見直している。		

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)
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	実際に接した職員しか知りえない日々のケア状況は多くあり、その事については、詳細にケース記録に記している。また重大な状態の変化については、一覧できる生活記録に記し、当日勤務する職員が職務開始前に必ず確認し、その変化にも対応できるようにしている。	○	看護師による情報や、介護スタッフからの重要な情報記録には、ラインマーカーを引き、全職員が情報を共有できるように工夫している。
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	本人や家族の状況に臨機応変に対応し、時間外での面会対応や帰宅支援、通院が難しい家族に代わって通院の援助をしたり、お盆やお彼岸には菩提寺へのお寺参り、お墓参りをして利用者の精神の安定を図っている。また看護師を配置し「医療連携体制」をとっており、ターミナル期においても本人・家族の希望と同意、医師の判断により施設でのターミナルケアを出来る限り行っている。		
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働				
40	○地域資源との協働 本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している	グループホームが地域から孤立した施設とならないように、地域への様々な働きかけをしている。施設で行う行事には必ず、地域住民、民生委員、ボランティア団体、地元消防団、地元自治会、行政、文化サークル等に参加案内をし、普段からの関わりあい心掛けています。		
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	居宅ケアマネに定期的に訪問してもらい利用者の状況について協議し、認知症専門医の受診などその都度支援方針を検討している。また、利用者を以前担当した地域の他のケアマネジャーとは継続して連絡を取り合っており情報交換をしている。		
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	運営推進会議の委員として毎回会議に出席していただき施設の状況を把握してもらい、なんでも相談し合える関係をつくっている。また、毎月運営状況等(空室・待機者数など)の情報を報告し、地域包括支援センターを軸に市内地域密着型サービス事業の効率的な運営に参画している。		
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	本人、家族の希望を尊重し基本的にはこれまでのかかりつけ医で医療を受けられるよう支援している。通院については家族と相談しながら通院介助を行ったり、訪問診療に来ていただくケースなど柔軟に対応している。また、やむを得ない理由により、かかりつけ医を施設の協力医療機関にさせていただく場合には必ず本人、家族の同意をいただいている。	○	必要に応じて、施設の看護師も受診等に随行または、同行し、かかりつけ医師との協力関係を築くようにしている。



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)
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	協力医療機関のひとつにもの忘れ外来がある医療機関があり、治療についての指示や助言、一時入院などその都度対応していただいている。	○	専門医が主宰する認知症ネットワークが開催する勉強会に出席し関係づくりを図っている。
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	看護師を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた対応が行える。看護職員がいない時間は、ケース記録をもとに確実な医師との連携を行っている。	○	医療連携体制のもと、介護職員→看護師→担当医師というつながりで協働体制ができています。
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	利用者の入院によるダメージの大きさは関係者全員が認識していることである。本人と家族が早期退院し、施設での生活を望む事を確認できたら、速やかに医療機関との退院計画を話し合い、退院へ向けての支援をしている。	○	入院中は、看護師、ケアマネ、担当職員等が適宜面会に行き、その状態を把握し、退院した場合に、施設での生活が可能かどうかを判断出来るようにしている。
47	○重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	看護師を配置し、医療連携体制をとっており、重度化対応とターミナルケアの対応をしている。その事にあたり、施設としての基本方針を提示し、利用者本人もしくは家族より、重度化やターミナルケアに対する意思確認書を提出してもらっている。また、その意思確認書は、状態変化の度に確認し、変更することも可能としている。	○	ターミナル対象者がいる場合、その都度十分な検討と話し合いをし、ターミナル時のシュミレーションを全職員で確認し取り組んでいる。
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	ターミナルケアについては、そのユニット全職員が共通の認識のもとに職務を遂行しなければならないが、その職員の力量や経験等により、その場の対処に大きな差が出てくる。特に夜間帯での急変の対応は難しく、最善の対応が出来るように、ターミナル対象者が発生した時点で、何度となくシュミレーション研修を行っている。	○	終末期に遭遇する事は、ベテランの職員であっても経験がない事が多い。しかし、いかにその人の人生の最期を悔いのないものにするかは、担当するケア職員の働きに大きく関わってくる。シュミレーションでしか研修できない難しさを正確な対応マニュアルと研修回数で努力するしかない。
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	リロケーションダメージを最小限にするためには、移り住む前の関係者と移り住む先の関係者との協力連携が重要になってくる。生活の場所が変わっても、その環境の変化を最小限に抑えるための細かい情報交換を行っている。また、キーマンとなる家族やケアマネージャー、かかりつけ医師等の存在があったら協力を依頼している。	○	併設の特養に転所するケースも多く、グループホーム職員が利用者を連れて特養へ面会に行ったりするなど、住み替え後のフォローもしている。他医療機関への転院等も同様に面会等でのフォローをしている。

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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)
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>面会者や家族、その他利用者のまえて、排泄の確認や誘導の声かけは絶対にしない。また、命令調で指示をしない。ケース記録の取り扱いや、ケースに関する職員同士の会話についても十分注意する。</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>利用者自身が自分の思いや意見を言える環境を作ることが第一である。また、利用者の希望を汲み取り、自己決定が出来るように支援する。</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>本人が望む日々の過ごし方で、一番苦慮している事項が、施設敷地外での散歩である。職員と一緒に歩く事を喜ぶ利用者は良いが、職員がついて見守る事をストレスと感じる利用者への対応は常に課題となる。</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>		
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>ADLの差により、食事の手伝いをしてくれる利用者が偏ってくる。また手伝いたくても、さらに元気な利用者に遠慮し、出来ない方もいる。強要することなく、自然に手伝いを促す工夫がさらに必要と思う。</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</p>	○	<p>飲酒、喫煙は、職員管理のもとで支援する。食べ物で、漬物、明太子等の希望者もいるが、他の利用者が欲しがらないように、配慮しながら提供している。利用者の希望食の機会をもっと増やしていきたい。</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	○気持ちよい排泄の支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している	排泄記録表をもとにその時間や習慣を把握し、トイレ誘導による排泄に努める。また排泄誘導をする際の声かけには、細心の心配りを行いプライドを傷つけないようにする。排泄の失敗においても、本人の心の負担に決してならないような、心優しい対応に努めている。	○	オムツを使用している方に対しては随時交換を心がけている。(大容量吸収タイプでなく、少容量吸収タイプをこまめに交換し、気持ちよく過ごしてもらう)
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	職員が一人になる夜間や早朝以外は、基本的に利用者の希望通りに入浴を楽しんでいただいている。	○	入浴剤等を使用し、温泉気分を味わってもらっている。
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	昼夜逆転がないように、日中の活動を促し、夜間気持ちよく眠れることを目標としている。夜間不穏な利用者と添い寝するケースもある。安定剤や睡眠導入剤、睡眠薬等の効能を正確に把握し、担当医師へ報告するため、睡眠のリズムの記録は正確に行う。	○	利用者に合わせた室温や寝具の調整をし、眠りやすい環境づくりをしている。
<b>(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</b>				
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	利用者各自の趣味や得意分野での役割や活動を支援している。家庭菜園、生け花、料理、絵画、掃除、ペットの世話等々、出来る限りの支援をしている。	○	モップがけの清掃や、ペットの餌やり、散歩、趣味活動に対する、職員の関心をもった「感謝」「慰労」「誉める」等の意思表示を明確に利用者へ伝え、生活の張り合いにつながるようにする。
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	本人が管理できる方には、少額の現金を所持している(家族了承)。本人が所持管理出来ない場合でも、外出時の買い物の際は、家族から預っている現金を渡し、本人の手からお店の人に渡し、物品の購入を楽しんでもらう。また各種募金でも本人の手から募金してもらう。		
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	施設の立地条件上歩いての外出が困難であり、利用者の希望により、ドライブや買い物の支援をしている。	○	車での外出となるため、どうしても回数がすくない。ドライブや買い物等を日課に組み込み、日常的に外出できる工夫をしていきたい。
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	「西海パールシーリゾート」へ家族会の協力を得て、小旅行を実施している。また、近隣レストラン「はしもと」へ出かけランチを楽しんでいる。		

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)
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	公衆電話を他の利用者との居住空間と離れた場所に設置している。自力で電話をかける利用者は自由にかけられている。利用者の依頼によりいつでも職員がダイヤルし電話の支援をしている(通話料金は本人負担)。施設にかかってきた電話もコードレス子機において、各自の居室にて気兼ねなく通話することが出来る。	○	施設敷地内にポストがあり、手紙やはがきも出しやすい環境にある。積極的に代筆を申し出て、家族、親戚、友人への郵便通信への支援をしている。
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	面会時間は、防犯上一応夜間施錠をしているため9:00～21:00としているが、家族や知人からの連絡があれば、何時でも可能であるし、規程の寝具リース代を負担していただければ、宿泊や食事も可能である。	○	家族等面会者など施設を訪れた方には、スタッフがお茶を出しおもてなしする事で、ゆっくりしていける環境をつくる。
<b>(4) 安心と安全を支える支援</b>				
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	全職員が正しく理解をしており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。また、医療的根拠により生命維持を優先する拘束を必要とする場合は、所定の手続きと本人及び家族の同意により、やむを得ず実施する場合も考えられるが、「どんなことがあっても拘束はしない」という基本方針遵守は持っている。	○	危険が予見できる行動を制限する事がリスクマネジメントであるが、その見極めが非常に難しい。事例検討を繰り返し行うことが大切だと思う。
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	無断外出、徘徊による外出する利用者がいても、施錠する事はない。施設での自由な生活を楽しんでもらう。	○	問題がない問題行動はないという考えから、外出をする時の精神状態とその行き先、徘徊パターンを把握する。通行時にチャイムがなるセンサーは使用している。
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	「見張り」と思われることなく、自然に「見守る」さりげない全員の状況把握が必要。また夜勤者においては、利用者の出入りや物音が確認しやすい、廊下のソファにて記録の整理や休憩を取っている。	○	利用者の了解を得て行う居室の清掃等は、生活の状況を把握する手段である。
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	利用者の認知症の状態に合わせ、またその利用者の行動パターンを把握することで「注意の必要なもの」を判断し、危険であれば、視界から除く処置をしている。しかし生活上必要なものを一律に除く事は、業務上の効率を悪くする場合もある。	○	認知症による問題行動がすべて予測できるわけではなく、日々の注意深い観察は必要であり、特に異食は予測不能の率が高い。草むしり用の鎌を本人管理にしているケースもあるが、その見極めは常に課題である。
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	事故防止の研修会には積極的に参加し、勉強会等でも実践的な事故防止・予防について学び、マニュアルを整備している。万一事故発生の場合は事故報告・ヒヤリハットの提出と再発防止の対策づくりを徹底している。服薬に関してはトリプルチェック(仕分け時・与薬前・服薬時)を行ったり、定期的な防災訓練の実施、センサーの活用など事故防止に努めている。	○	通常自力でトイレに行っていた利用者が、風邪等で体調を崩すが、歩行不安の自覚がない為、自力でトイレに行こうとし、ベッド脇での座り込み、転倒というケースがある。ナースコールを使用できない場合は、センサーコール等で対応している。

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)
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	事故発生に対するマニュアルを整備し、随時勉強会、訓練を行っている。特に利用者の急変に対しては、看護師や協力医療機関の医師と連携できる体制を敷いている。また、全職員が所轄消防署が実施する普通救命講習を受講するようにしている。	○	夜間時の緊急時の判断が難しく、目安になるマニュアルは整備しているが、個人個人により、その基準値(バイタルサイン)が異なるため、迅速な報告・連絡・相談をしている。訓練については、年間の事業計画にしたがって定期的の実施していきたい。
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	事業所、所轄消防署、地元消防団との火災・災害を想定した避難訓練は実施している。防火設備管理をしている業者による消火器の使用訓練も実施。地域民生委員や地区区長、地区役員を交えた「防火・防災懇談」も実施しており、火災・災害はもとより、認知症の高齢者の行方不明時の捜索等の協力も依頼している。	○	事業所単独の定期的な避難訓練や通報訓練、夜間の出動訓練も実施している。
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	予測できるリスクについては、ケアプランに反映させ、家族に説明し同意を得ている。ただそのリスク回避方法をどういう形とするかの話し合いが重要であり、リスクを回避するために利用者の行動範囲が狭くならないように説明をし理解に努めている。	○	判断が難しいのが、歩行手段を車椅子に移行するタイミングである。転倒骨折の可能性と、かかりつけ医師の判断、そして家族の理解の上で決定しているが、利用者本人の気持ちを十分に汲み取った方法を選びたい。
<b>(5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援</b>				
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	定期的なバイタルチェックとその記録は確実にやっている。看護職員や担当医師からの要注意指示があれば、個別の記録に切り替え、介護職員の交代があっても継続的に状態が把握できるようにしている。	○	個別のバイタル記録や、ケース記録へのラインマーカーが有効的である。
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	利用者が服薬している薬の種類とその目的、用法、用量の一覧表を作成し、その管理が利用者であっても、職員であっても正確な支援が出来る体制に努めている。服薬の種類や用量が変わったときも、漏れなく全職員に周知し服薬に関するミスを防ぐ努力をしている。	○	全職員に対して、薬物の知識が十分とは言えない。利用者毎の薬の作用、副作用の確認を繰り返して行う必要がある。睡眠剤、下剤の服薬に関しても、睡眠の状況や排泄の状況把握が大切である。
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	高齢者の抱える大きな問題の一つが便秘である事を認識し、普段の生活の中で改善できる努力をしている。十分な水分補給や運動、繊維質の多い食べ物等の摂取に努めている。	○	食生活のほかに、適度な運動も不足がちであり、促進に努めたい。
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に、毎食後、一人ひとりの口腔状態や力に応じた支援をしている	口腔ケアの重要性は全職員が理解しており、清潔保持はもちろんの事、嚥下機能の維持向上、肺炎防止のためにも、実施している。また利用者の義歯の状況も把握しており、装着状況も確認し、異常がある場合には歯科医師への連絡をしている。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	敷地内隣接施設である特養の管理栄養士による献立メニューを基本とし、利用者のADLや嗜好に合わせた栄養摂取に心掛けている。残食量や水分量の把握も記録として残し、全職員が把握している。また必要に応じて管理栄養士からの栄養指導や食中毒防止に関するアドバイスも受けている。	○	水分欠乏からの体調不良に陥る事が多く、水分摂取が高齢者の「生命線」という認識で水分確保に取り組んでいる。水分摂取チェック表の活用が大切である。
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)	感染症マニュアルによる対策を実施している。また職員の感染症発症の場合は、勤務停止措置などの実施もしている。定期的な結核検診、毎年のインフルエンザ予防接種、必要に応じた血液検査、検便等実施している。	○	手洗い、洗面所等すべての水回りにペーパータオルの設置を検討したい。
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	調理スペースの衛生管理には十分に気を使っており、保健所からの注意事項パンフや掲示物は常に目に入る場所に掲示している。また利用者との協同作業もあり、作業に関わる利用者の清潔に関してもブライドを傷つけないように、細心の衛生管理をしている。	○	特養の管理栄養士に「HACCP(ハサップ)」の指導をお願いし、衛生管理の向上に努めたい。
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	医療施設や介護施設には見えない、垢抜けた明るいデザインを採用しており、人々の興味をひいていると感じる。利用者やその家族もリゾートホテルのようなデザイン満足されており、施設周辺の植栽に関しても緑が多く和やかな雰囲気である。	○	バリアフリーデザインにより、段差はないが、玄関ポーチを出ると特養敷地へのスロープとなるため、車椅子や歩行には職員による注意が必要である。
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	建物全体が自然光を取り込む工夫がされており明るい雰囲気である。RC構造であるが、内部はフローリングとやわらかいデザインのクロスをしようしており、安らぎの空間となっている。またRC構造の長所として、豪雨・強風・台風などといった時でも外部の音が気にならず、利用者が不安に思うことが少ない。	○	広い中庭の空間も有効利用をされており、レクリエーションやランチ会、または面会者との会話スペース、ペットとのふれあいスペースとして活用している。季節に合わせた掲示物や写真にも工夫している。
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	共有スペース以外の場所にもソファや椅子を設置し、利用者が自由にくつろげるようにしている。玄関ロビー、中庭、坪庭のスペースも有効的に活用できる。		

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)
	○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	施設側の基本的な設備として、ベッド・ダンス・テレビがあるが、すべて個人的な持ち物を持ち込む事可能である。当然仏壇やコタツ、ソファ等を持ち込まれている利用者はおり、我が家のように生活をしていただいている。居室壁面の使用についても規制はなく、写真や絵等自由に貼れる。	○	施設側の留意点は、持ち込んだ私物が居室とのスペースにおいて、行動範囲上危険がないかを判断することである。コタツ、カーペット、ソファ、椅子等々による転倒の恐れがないかなどである。
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	臭気に対する対策は徹底した自然換気を実施している。また感染症予防のためにも随時換気を行っている。また施設内の室温・湿度に無関心になることなく常に留意している。	○	寒暖計で、室温・湿度のチェックに心がけている。
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	利用者の入れ替わりや、身体状態の変化により、建物内部の生活環境の改善は常に必要であるが、過剰な福祉器具の整備ではなく、利用者とのコミュニケーションの中で、生活しやすい、使い勝手の良い工夫をしている。		
86	○わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	認知症やせん妄は、その状態に変化が生じやすく、昨日まで何でもなかった事が利用者にとって理解できないものになったり、不安な要素となったりする。その変化を見逃すことなく注意深く観察している。身体能力に関する変化についても同様である。		
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	施設の外庭には、植栽や花壇、家庭菜園があり、利用者だけのスペースや、職員との協同スペース等があり、利用者が日常的に楽しめるようになっている。外庭散歩においても休憩用のベンチを設置し、外気の雰囲気を楽しめるようにしている。	○	玄関ポーチや、前庭芝生での野外ランチをしているが今後も続けたい。

## V. 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	<input type="radio"/>	①ほぼ全ての利用者の
			②利用者の2/3くらいの
			③利用者の1/3くらいの
			④ほとんど掴んでいない
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"/>	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
90	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
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	<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
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"/>	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
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"/>	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
94	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
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"/>	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



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		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
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		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
98	職員は、生き活きと働けている	○	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
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	○	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
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	○	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

**【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。)

まずは、高齢者であり認知症という利用者をお世話させて頂く施設職員が、老人福祉法の理念を理解し、利用者個々の人格を尊重し「一日一日を大切に」生活して頂けるよう、そしてグループホームふるさととの施設訓である「和」のもと「思いやり」と「共助共援」の心をもって業務を遂行することを確実に実施していきたい。

また、介護サービス目標としては、日々の生活を「生き生き、にこにこ」と暮せるように、日常生活に必要な介護支援を提供することで安心感を持っていただく事。職員は、認知症に対しての正しい理解と、人権尊重を第一義とし、受容する事に努め、職務は積極的に「生き生き、きびきび」と活動し、利用者の精神的機能の維持、健康増進、障害の回復等、わずかな可能性をも大きな目標とし、利用者の意志にそった「介護サービス計画」を作成し、認知症高齢者介護の専門職として自立への支援を惜しまぬこと。この理念と目標を忘れることなく、利用者とその家族と施設職員が「家族」として幸せな日々を過ごせるように、そして「グループホームふるさとに来て良かったなあ。幸せだなあ」と思っていただけ、ごく当り前の生活を目指したい。