

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	グループホームこころ ユニット1	評価実施年月日	2007年7月4日
評価実施構成員氏名	坪崎 鈴木 中川 佐藤 川田 畠 重松 渡辺		
記録者氏名	坪崎	記録年月日	2007年7月7日

北海道

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
Ⅰ. 理念に基づく運営				
1. 理念の共有				
1	○地域密着型サービスとしての理念 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。	「利用者を中心に…」を理念に個々合せたケアを心掛けている。 今年度より経営者とスタッフ個々がそれぞれ理念を元に個人目標を設定し、理念をより 具体化したケアを提供できるように取り組んでいる。		
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。	ネームプレートの裏に理念印刷し常に意識。又、月1回の会議で経営者、管理者から 指示がある。 管理者は、個々の目標への支援として、実際のケア場面や評価期日に面接など、達 成感につながるよう支援している。		
3	○家族や地域への理念の浸透 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。	「こころ新聞」を発行している。認知症ケアについての記事も載せている。(地域、町 内) 入居時や、介護計画の説明時に理念を踏まえた計画や危険性を含め意見や同意を 得るよう相談させていただいている。		
2. 地域との支えあい				
4	○隣近所とのつきあい 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。	通勤時の挨拶、天気の良い日は近所の散歩時に会話が楽しめている。(近所で飼っ ている犬やアヒルを目的に散歩など) 回覧板で新聞を見ていただいている。 近所の方(町内の入居者家族含む)が花や、野菜の種、苗を持ってきて下さり、共に 成長を楽しんでいる。		
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。	町内公園の清掃活動や町内行事の参加、月一回の廃品回収の協力を努めている。 町内行事の盆踊り、ラジオ体操に参加している。		
6	○事業者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。	こころ新聞(広報)で地域の方へ認知症に対しての理解を深めていこうとしている。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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 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。	外部評価結果を謙虚に受け止める事。また、職員各々で自己評価を行い、初心にもどる機会としている。		
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。	地域からの意見や改善案があればサービス向上に繋げていきたい。		
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。	関係各課との連携や警察署、消防署からの講習を受けている。 民生委員の方との連携。		
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。	成年後見制度の活用をしていた方が居た。必要時には活用していく。		
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。	虐待について、確認された事例は無いが、今後も家族やスタッフ等の介護ストレスに留意していく。身体拘束廃止や虐待についての研修等に参加している。 入院時必要時でもできるだけ早期退院していただけるようにGHから医療機関へアプローチしている。		
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 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。	入居前には十分な説明を行い、契約書、重要事項説明書を自宅で確認してもらっている。 見学や相談は誰でもいつでも対応できるようにしている。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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 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。	家族や知人の来訪時は、ゆっくり話ができる環境(家族だけで)にし、家族や知人には利用者の状況や状態の説明をし情報共有を図るよう心掛けている。		
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。	最低月一回のご連絡と来訪時や電話連絡を行っていることと、こころ新聞の発行		
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。	ご意見箱の設置や苦情相談の案内をエントランスに明示している。 意見があった時には、すぐに対応している。 来訪時はゆっくり話が聞ける環境にしている。(プライバシー、ゆっくりとした対応で家族に気を使わせないこと)		
16	○運営に関する職員意見の反映 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。	月一回の会議や主任や役割に応じたスタッフとの話し合いを適宜行っている。 各委員(ヒヤリハット、感染予防、レク行事、新聞、口腔ケア、おやつレク)スタッフ全員が各役割に関わり、担当委員ごとに相談や検討を行い、各委員担当者からの報告や推進に関する連携や共有化を定例会議で行っている。		
17	○柔軟な対応に向けた勤務調整 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。	ターミナル期におけるマンツーマン体制や、早遅出、夜勤の2人体制など、利用者の状況に応じてシフト調整している。		
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。	利用者の担当者を複数にしている。介護計画は全スタッフで共有できるようミーティングや会議で統一している。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取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。	外部研修への積極的な申込み、参加している。(職員の雇用体制に関わらず) また、スタッフの個人目標に応じた研修支援をしている。		
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。	合同学習会や行事や催しを一緒におこなっている。GH協議会や地域のケアマネ会議への参加によりネットワークが作られている。他介護施設から実習の申し込み、受け入れがあり、相互向上の機会としている。		
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。	職員の心身の疲労に留意し取り組まれている。個人目標を参考に定期的に面接や本人の課題の把握に取り組んでいる。また、昼休みにリラックスできる環境作りを検討している。		
22	○向上心をも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、各自が向上心をもって働けるように努めている。	個人面談の実施、外部研修の参加や研修案内の提示などで個々のレベルに応じた研修参加の希望の受け入れで向上心を持ってもらっている。		
II. 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、受け止める努力をしている。	入居前の面談の実施や家族、関係事業所からの情報に基づき対応している。それらと入居後1ヶ月はセンター方式Dシート(1～4)を日々の記録とともに情報収集し共有化で、ケアにつなぎ支援している。不安の解消につとめている。		
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、受け止める努力をしている。	家族の来訪時はできるだけ話しあえる雰囲気をつくり面談の実施や都度の電話等の対応で不安感を除去できるように対応している。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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 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。	家族からの相談や必要とされるであろうケア、支援についての情報を提供している。またリスクについての説明もしている。		
26	○馴染みながらのサービス利用 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。	入居前には見学などをしてもらい、安心感を持ってもらえるようにしている。入居後も穏やかに過ごしていただけるように必要に応じて職員をマンツーマンで配置するなどしている。		
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 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。	利用者の「尊厳」を尊重する事と「できること」への支援を柔軟に行っている。 家族や前施設からの情報およびセンター方式Dシートの活用		
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。	認知症の程度や身体能力の見極めを共有できるよう心掛けている。		
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、よりよい関係が築いていけるように支援している。	家族関係の理解と傾聴、支援の姿勢に努めている。家族間の状況によっては、時間(面会)を置いて入居者の心の状態が落ち着くまで家族にも理解していただいている。		
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。	入居後も継続して、行きつけの理美容室、喫茶店、病院、友知人宅など昔からの馴染みの場所や人との関係を継続できるように支援(希望の聴取、同行、送迎)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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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 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。	誕生会や行事、ドライブその他の機会を活用しながら個々の性格を踏まえて対応している。 世話好きな入居者が見守りを要する入居者の話し相手になってくれたり、見守りをしてくれたりしている。また、職員の見守りの元、本人の運動もかねて車椅子を押しての散歩の機会を作ったりしている。		
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。	入退所の支援や電話、手紙での相談に応じる事やこころ祭の案内を出すなどしている。		
III. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント				
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。	入居前の在宅サービスや、施設と入居前にはサービス担当者会議により、サービスの継続や改善を行っている。 本人や家族の思いも反映し、初期計画の作成を行っている。		
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。	センター方式に沿って情報収集に努めている。また職員間で共有できるようにファイル化している。		
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。	担当スタッフ、訪問看護師、医師、ケアマネ、家族それぞれ視点の統合に努めケアを実施している。		
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、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。	担当スタッフにはセンター方式のC1-2の用紙を活用し、利用者の全体像をつかみ計画に反映させている。また、毎日のミーティングでも、随時必要なケアや課題の検討(カンファレンス)をするようにしている。 また、主治医、訪問看護師とは、医療面のみではなく本人や家族の想いも伝えている(ターミナル支援)		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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 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。	入居初期、状態の変動時には1～3ヶ月で評価実施し、必要に応じて計画の変更をしている。 また、毎日のミーティングで必要なケアの見直し等行っている。		
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。	個人記録用紙で日常の利用者の様子と看護師からの体調の様子を一枚の様式で確認しやすくしている。 担当スタッフ、ケアマネは、日々の記録に目を通しモニタリングに活かしたり、他諸種との連携に繋げている。		
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。	併設されている訪問看護STにより、病状悪化時の対応がタイムリーに行われている。 併設されている障害児デイサービスと合同で行事を催し、楽しんだりお互い交流しながら「子供のいる生活、子供とふれあえる生活」を味わっている。		
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。	警察からは交通安全講習、消防からは救命救急法の講習を実施している。 民生委員から情報を頂戴したり、近隣の方たちとはできるだけ会話や挨拶をしながら、入居者の理解を深めてもらったり、何かあった場合には連絡をいただけるようにコミュニケーションを深めている。		
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為の支援をしている。	他の施設から転居の際のサービス担当者会議への出席と必要なケアの継続、改善に努めている。		
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。	学習会等での意見交換などより良いケアマネジメントにつながるよう参加している。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	家族、本人の希望を聴取し、希望する医療機関に受診や往診をすすめている。 利用者に変化があった場合は、かかりつけ医以外の他科の受診も本人、家族の希望を聞いてから受診している。		
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。	往診医師3名と専門病院2件の受診時は電話や手紙で情報提供を行い、情報の共有を行っている。		
45	○看護職との協働 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。	併設されている訪問看護からは、担当の看護師が決められており、入居者と馴染みの関係が構築されている。また、スタッフも医療に関する事などを気軽に相談できる関係ができています。 ケアマネを中心に併設されている訪問看護STの担当看護師が医師との連携を図っている。 医師の医療的な方針や指示は訪問看護師も朝のミーティングに参加し、訪看より具体的な説明をしている。		
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。	理解のある入院先を確保している。早期の退院に向けた情報を医師、看護師、MSWへ提供、依頼している。 病状が安定すれば、訪問看護と協同していること、予定入院期間より早く受け入れる準備があることを伝え早期退院の体制と認知症の悪化防止に努めている。		
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。	家族、医師、訪問看護師、介護スタッフで話し合いを行い終末期のケアに取り組んでいる。 また、終末期の段階に応じて本人、家族の意思の確認やキーパーソン以外の家族や親族へも理解（同意）を得られるよう依頼している。		
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。	希望があれば家族が宿泊できるようにしている。（寝具類の準備） 主治医も朝夕で往診対応してくれることや、訪問看護も24時間で随時対応していることなど、他機関、他職種と連携しながらターミナルでも安心して過ごせるよう支援している。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
49	○住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。	入居時には家族や他機関からの情報提供を行っている。 入院時にも医療機関へ情報提供している。		
IV. 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扱いをしていない。	全スタッフが、まず名前の「呼び方」や、対応における注意点(禁句や触れられたくないこと)などを確認、把握、共有化を図りその人に合せたケアを提供している。		
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。	担当スタッフにより、その人に合せたケアを提供している。 自己決定できる場面を出来るだけ多く作っている。		
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。	利用者のその時の思考に合せたケアを提供している。またその人がとる行動から何を希望しているかを察知している。		
(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。	利用者が希望を伝えやすいような言葉かけや、馴染みの店がある人には予約や送迎(同行)を行っている。		
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。	利用者の心身の状態に応じて一緒にしている。 また、食事を楽しめるように外食に出かけるなどしている。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
55	○本人の嗜好の支援 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。	喫茶店、買物、外食等を適宜行っている。晩酌を楽しまれている方もいる。普段の飲み物は好みに合わせてお茶や牛乳、ジュース、コーヒーなどを提供している。また、月一度程度の外食と、誕生日には、職員と外食をしている。		
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。	水分、排泄の記録の記入、活用しパターン、習慣の把握をしている。その内容を基に声かけ、誘導を行い、できるだけ失禁を防いでいる。紙パンツから布パンツへの変更も状況を見定めながらすすめている。		
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。	本人の状況や希望を優先している。必要な方には毎日入ってもらっている。また、体調に応じて清拭での対応もしている。	○	行ける方、行きたい方に温泉に行くことを検討中である。毎年の行事として計画している。
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。	自室以外での一人になれる空間で過ごしたり、居間のソファでうたた寝など自由にそれぞれの方が時を過ごされている。		
(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。	外出、外食、散歩、テレビ、ビデオ、音楽、ラジオ、新聞や花、畑などへの声かけしている。また、調理への参加(下ごしらえ、盛り付け、味見など)や洗濯物を干し、たたみや雪はね、草むしりなどを自分の仕事と捉えて率先してされている方もいる。		
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。	買物時や理美容室での支払いの見守り。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	散歩や買物、喫茶店へ個々に外出支援している。教会に礼拝等も		
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。	ドライブ、花見、縁日、パークゴルフなど外出支援している。		
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。	電話の希望時には取り次ぐ事や手紙の投函などの一連の作業の中で出来ない部分を一緒に行っている。		
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。	家族や知人の方の来訪時やお寺さんの来訪時には多人数になる事もあるので自室以外にも別室の使用も勧めている。 入居者と共に見送りをし、来て下さった事への感謝の言葉とまた来て下さることのお願いをしている。		
(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。	身体拘束はされていない。入居契約書にも身体拘束はしない旨の文書記載がされている。 入居時に外出、散歩など行動の自由との引き換え（あらゆる拘束をしない為）に起こりうるリスク（転倒など）の説明をさせて頂いている。		
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。	日中に鍵は掛けていない。利用者や来訪者に抑圧感を与えないようにしている。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
67	○利用者の安全確認 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。	朝夕のミーティングで状況の共通理解を図り、夜間も最低2時間ごとに巡回を行っている。必要時には30分毎で巡回や、居室内での見守りを行っている。		
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。	居室内での危険物の管理は利用者の状態、家族との連携、協力を得て行っている。		
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。	緊急時マニュアルの準備、救命救急講習の実施。 ヒヤリハットの記入と再発防止に向けて検討を都度行う。ミーティングなどでも全員に伝わるよう、具体的対策の説明や、引継ぎノートの活用を行っている。	○	火災や天災時には近隣の方に協力を得られるようにしていく。民生委員や町内会と検討している。
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。	救急蘇生法の学習会、マニュアルの準備		
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。	緊急時マニュアルの準備、救命救急講習の実施。 ヒヤリハットの記入と再発防止に向けて検討を都度行う。ミーティングなどでも全員に伝わるよう、具体的対策の説明や、引継ぎノートの活用を行っている。	○	火災や天災時には近隣の方に協力を得られるようにしていく。民生委員や町内会と検討している。
72	○リスク対応に関する家族との話し合い 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した対応策を話し合っている。	状態の変化に応じて利用者にこれから起こりうるリスクに対して説明、同意を得ている。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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 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。	訪問看護ST看護師への相談体制がある。(24時間) GH個人記録の活用		
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。	朝夕のミーティングで共有している。 内服ファイルを常備している。 07年8月より、「薬変更ノート」を作成活用している。内服の追加、変更などがあった場合に都度記入している。その場合は訪問看護から、変更の理由、注意点を含め説明してもらい理解を深めている。		
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に取り組んでいる。	水分、排泄表の活用している。散歩や必要な方にはホットパック、マッサージをしている 医師、訪問看護との連携により、その方の内服の調整などストレスや不穏にならないようにその方に応じた早め対応を心がけている。		
76	○口腔内の清潔保持 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。	訪問歯科が週1回往診してくれる。 歯磨きができない人にはスタッフがうがい、ブラッシング等の介助をしている。 口腔ケアの担当者を置いている。		
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。	摂取量のチェックと補助食品の活用と食材、食器の工夫、介助の必要性などをその人に合せた支援している。		
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)	うがい、手洗いの励行 マニュアルや感染予防に対する用具の準備、使用 衛生管理、感染予防班を置いている。 皮膚に変化があった場合は専門医に受診している。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	定期的に冷蔵庫の清掃(夏季は週1回・その他は月1回)食材は毎日買出しをし、常に新鮮な食材を使用している。残り物は、入居者の目に触れないように(もったいないと怒る方もいる為)廃棄している。		
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				
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。	スロープや段差の境目着色、花や飾り物を置いて来訪しやすい空間にしている。		
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。	季節の花を飾ったりしている。自由に座ったり、話ができるスペースを作っている。事務所も活用しいつでも管理者と話ができる環境にしている。屋外では東屋風のベンチがある。		
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、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。	58、81項に準ずる。		
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、使いな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。	本人が使い慣れた物を自宅から持ってきてもらうなどしている。必要な物品を購入するときには本人と一緒に選んだ物や家族が購入してきたものを置いている。		
84	○換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のよど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に配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている。	適度な換気、温度調整、加湿器(消臭効果のある)の設置		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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	○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。	ホーム内は車椅子の方でも出入りしやすくなっている。 浴室は利用者の状態に応じてリフトを設置するなどしている。 入居者に応じて手すりの追加などもしている。 男性用トイレあり。 個人の居室はその方の身体状況に応じたベッドや福祉用具の活用、家具の配置をしている。 他法の制度も活用し福祉用具の申請手続きの代行もしている。		
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。	居室に表札や飾りものの工夫を行い、自室を間違えないようにしている。 コミュニケーション(意思疎通)が難しい方には、動きや、その人なりのサインがあることをスタッフで共有し、そのサインを見逃さないように、声かけや誘導に繋げている。		
87	○建物の外回りや空間の活用 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。	散歩コースの東屋にベンチがある。夏季は畑で花や野菜の収穫など楽しまれている。 夏季はベランダでの洗濯物、布団干しをしてもらっている。 隣のマンションの草むしりもさせてもらっている。 冬期間は除雪作業(できる方)避難経路の確保の為に除雪をもらっている。		

Ⅴ．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	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2／3くらい ③利用者の1／3くらい ④ほとんど掴んでいない
89	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	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	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2／3くらい ③利用者の1／3くらい ④ほとんどいない
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見られている	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2／3くらい ③利用者の1／3くらい ④ほとんどいない
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2／3くらい ③利用者の1／3くらい ④ほとんどいない
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	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2／3くらい ③利用者の1／3くらい ④ほとんどいない
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	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2／3くらい ③利用者の1／3くらい ④ほとんどいない
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	①ほぼ全ての家族 ②家族の2／3くらい ③家族の1／3くらい ④ほとんどできていない
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

Ⅴ．サービスの成果に関する項目		
項目		取り組みの成果
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	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、生き生きと働いている	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ほとんどいない
[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) 訪問看護との連携 医療的ニーズへの対応 医師との連携 ターミナルケアの実施 外出支援		

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	グループホームこころ ユニット2	評価実施年月日	2007年7月4日
評価実施構成員氏名	米陀 木村 山田 笹森 松崎 福田 赤塚 米盛 後藤		
記録者氏名	米陀	記録年月日	2007年7月20日

北海道

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
Ⅰ．理念に基づく運営				
1. 理念の共有				
1	○地域密着型サービスとしての理念 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。	「○○を中心に…」を理念に掲げサービス提供している。		
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。	定例会議などで伝達している。 ネームプレートに記載、朝礼時にも話している 理念の『○○』部分の空白はスタッフ個々で考え自らの思考で行動してもらえればと伝えてある。		
3	○家族や地域への理念の浸透 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。	広報（こころ新聞）の発行、こころ祭の開催、その他講習会の開催 入居時には家族にホームの理念と方針を説明している。		
2. 地域との支えあい				
4	○隣近所とのつきあい 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。	散歩に行った時など地域の方と挨拶 近所の方が介護の事、GHについての事で相談に訪れるなどしている。		
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。	町内会に加入、清掃活動や町内行事等への参加、ラジオ体操、盆踊りへ参加。		
6	○事業者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。	こころ新聞に認知症についての知識や介護方などを掲載している。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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 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。	毎年自己評価を各個人で行い、それぞれが意識の再確認をしている。 外部評価結果において改善すべき点を周知し改善している。		
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。	救命救急法講習会や「こころ祭」など行事の際に運営についての意見を頂戴している。		
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。	運営についての相談などを都度相談している。 介護保険以外の各課（保健福祉・障害福祉・生活保護）や地域の消防、警察、町内会、民生委員とも連携を図っている。		
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。	後見人制度を学び必要な方に活用したことがある。今後も必要ケースには対応していく。		
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。	虐待事例は無いが、職員へ年休消化の推進、公休以外の休暇の付与（正月、GW、お盆の時期に）や管理者とスタッフとの面談を行い。介護疲労やストレスに留意している。		
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 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。	重要事項については十分な説明を行っている。 また、入居前の家族は焦りや混乱、介護疲労などもある為、誤認、誤解を避ける為にその日のその場での説明から契約に至るのではなく、一旦自宅に持ち帰り読んでもらうことにしている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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 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。	利用者からの要望や意見は朝礼や会議などで報告しあい、改善に努めている。 本人から職員に言いづらいことは家族を経由し、報告、相談を受け改善している。		
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。	ご家族の来訪時に都度報告している。 また、全てのご家族の環境の違いや家族関係の違いを把握し、その方に適した情報量での情報提供を行っている。		
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。	苦情相談の窓口の設置、意見箱の設置、第三者の苦情申立機関の連絡先をホーム内に掲示している。 また、家族との信頼関係を構築し、話し合える環境づくりをしている。		
16	○運営に関する職員意見の反映 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。	定例会議にて職員、管理者、運営者が話し合い、運営や利用者に関することを決定している。		
17	○柔軟な対応に向けた勤務調整 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。	利用者の状態の変化に合せたシフトの変動を行っている。(特にターミナル期の利用者がある場合は、出勤時間の変動、夜勤人数の拡充など。)		
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。	担当スタッフを複数にしている。 スタッフが退職する際には、利用者には辞めるのではなく勉強に行くと伝えている。 退職した職員とも必要時には利用者の状態を報告し、退職後でも職員が来訪できるような関係を構築している。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取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。	認知症介護者実務者研修への参加、GH協議会（道・道北ブロック）主催の研修参加など計画的に外部研修に参加している。 また、認知症や介護に関する研修だけではなく、医療関係者が主催する研修への参加も積極的に参加している。	○	内部研修の充実
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。	GH協議会への参画、他機関との交流や見学、運営やケアに関する情報交換を行っている。 他施設からの実習の受け入れも行っている。		
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。	スタッフが抱えている仕事の悩みを話しやすいように管理者が個別に面談している。 スタッフの身体疲労にも留意し有休消化や特別休暇を付与している。		
22	○向上心をも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、各自が向上心をもって働けるように努めている。	スタッフ個々のレベルや、学びたい事を把握し、研修の設定や、参加を呼びかけている。	○	介護に関する資格取得の推進を行いたい。（受験費用等）
II. 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、受け止める努力をしている。	入居前には本人、家族と面談を行い情報収集し、本人の生活歴や入居後の希望を聞き入れている。（なりたい、なっほしい姿） また、現在の不満や不安なことも聴取し、ケアに活かしていく。		
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、受け止める努力をしている。	入居前には家族の意向や希望、家族介護の疲労度などを話しの中から察知しできるだけ不安のないように取り組んでいる。事前訪問や見学などできるだけ、多くの関わりをもつ機会をつくる。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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 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。	入居前には本人、家族と面談を行い情報収集し、本人の生活歴や入居後の希望を聞き入れている。(なりたい、なってほしい姿) また、現在の不満や不安なことも聴取し、ケアに活かしていく。		
26	○馴染みながらのサービス利用 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。	認知症の方にとって「引越し」による環境の変化は多大なストレスになる事から、入居前には家族と話し合いをしてもらったり、又その時の様子を家族から報告を受けるなどしている。また、少しでも安心してもらえるように入居前に本人にホームに見学に来ていただく事している。 その方の状況、状態に応じた入居の際の移動方法を選択している。(家族送り、施設迎、他施設送りなど利用者が家族に憎悪(置いていかれた、捨てられたなど)を抱かせないように配慮していること、心的ダメージを最小にする為に配慮している。)		
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 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。	入居者から教わる場面(料理、料理法、畑、花など)や会話(昔話等)で共に学んでいる。 また、介護スタッフと利用者間だけではなく利用者同士も助けあっている。 未然に防げるもの以外の怒ったり、怒鳴ったりしている利用者がいても他の利用者に配慮しながら見守ることとし、無理にとめず悲しみ怒りも共にしている。		
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。	スタッフは家族と共に学んでおり、利用者を支えている。情報交換しあい、共に試行錯誤しながら利用者を支援している。		
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、よりよい関係が築いていけるように支援している。	家族介護力の把握と家族と入居者のこれまでの関係の把握に努め、その家族のキャパシティ内でできるだけ利用者に関わってもらっている。介護計画への反映と家族との外出。		
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。	利用者の友人宅への同行や入居以前に通っていた外出先(喫茶店、居酒屋、病院)に同行している。 夜間以外の時間帯に希望があった時はできるだけすぐに対応し、入居者を待たせないよう対応している。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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 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。	利用者が孤立しないようにスタッフが仲介したりしている。 利用者同士でお互いに言葉を掛け合い、利用者が利用者を手助けしている場面が見られる。(車椅子を押す、食器の下膳、困っている利用者が居る時にスタッフに声をかけてくれるなど)		
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。	利用者が亡くなった家族にもこころ新聞を送付したり、手紙を送付したりしている。 時折来訪もされている。		
III. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント				
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。	本人の生活歴や家族とのやりとり、普段の会話の中から聴取し、本人が望む生活やケアに近づけられるように本人の希望する1日の過ごし方(外出、食事、入浴支援など)を配慮している。		
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。	利用の以前の状況や、入居までの経緯を本人や家族、事業所などからできるだけ聞き取りを行い、入居時からできるだけ継続した支援ができるよう、サービス計画に反映している。 また、入居後もセンター方式を用いて情報収集している。		
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。	33項に準ずる。 他に利用者間との関係や、利用者が不安や不穏になる要因等にも配慮、把握し、ミーティング時に共有している。		
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、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。	センター方式を用いて本人の望む姿を目標に本人に関わる様々な関係者(家族、スタッフ、医療)からの多角的な意見を基に計画作成担当者が集約し介護計画に反映させている。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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 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。	できている。特に病状の悪化等によるADLの低下はその低下速度が速い為、利用者が今まで出来ていた事ができなくなってしまう事への焦燥感や困惑、混乱などが多々見られる為、心のケアにも配慮し計画の見直し、作成を行っている。		
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。	個別記録ではスタッフの情報共有の他に、訪看との連携にも使用されている。		
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。	訪問看護との共同により医療依存度の高い方の入居や、ターミナルケアの実施をしている。 また、障害児デイサービスを併設しており、子供とふれあえる事ができる。		
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。	消防署の協力を得て救命救急講習をホームで実施した。 警察署の方を招いて交通安全講習を開いた。 町内会行事への参加がある。 民生委員から、地域の方との情報交換をしている。		
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為の支援をしている。	入居者が他の介護保険サービスを利用した事例はないが、医療機関の相談員や民生委員、市役所の相談員などとの連携や支援は受けている。	○	入居者が制度上の給付対象ではない実費での他の介護保険サービスを利用したケースはないが、利用者や家族が希望した時にはいつでも利用、相談できるような関係をより多くの事業所等と築いていきたい。
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。	地域の研修会などで意見交換が行われており。情報交換をしている。	○	必要に応じて利用される方に合った方法で対応していきたい。

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	往診医や訪看を活用している。病状や体調の急変時の対応、訪問をしてもらっている。 利用者が抱えている病気に対しての不安感を長期化させないように、利用者が医療従事者といつでも相談できる体制で支援している。 本人の体調の変化などで主治医以外の他科受診をスムーズに行えるように連携している。		
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。	医師には病状報告だけではなく、その方の認知症に関する状態報告も行い、情報共有している。		
45	○看護職との協働 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。	訪問看護スタッフは、担当がきまっており、利用者とも信頼関係を構築できている。利用者に関しての認知症の理解は充分にされている。 また、朝のミーティングにも参加しており、入居者の病状の変化や内服の変更時には、その方に合わせたわかりやすい説明がスタッフにもされている。スタッフからの相談にもいつでも応じてくれている。		
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。	利用者がかかっている病院関係者（医師、看護師、SW）との連携は密に行っている。 早期退院に向けた話し合いや退院後の病状の把握に努め連携、調整を行っている。 長期入院時に起こり得る、認知症の悪化を考慮し早期退院に向けての体制の整備をしている。その際も訪問看護、主治医と共同している。		
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。	利用者、その家族を主体にしスタッフや看護、医師と話しあいながらターミナルステージを迎えている。また、これから起こり得る利用者の急変に備えている。 入居者の家族（キーパーソン）以外の親族にも状態の説明を伝えてもらい、支援している。		
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。	ターミナルケアを医師、訪問看護、家族、他の関係機関と連携を図りながら実施している。 終末期の利用者の支援はGHだけでは不可能であり、インフォーマル、フォーマルサービス全てがチームとなり、情報の共有、各機関の専門的な知識、利用者の日々の状態を把握しそれぞれが出来ることを最大限に行い支えている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
49	○住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。	自宅からの移住時や施設などからの移動時には家族や他機関スタッフとケアプランの作成に参加してもらっている。 入居の際にはその方の認知症の状態を把握し、入居時に起こる不穏をできるだけ防ぐ為に、他機関や、家族に協力をいただいている。(その方が一番安心できる人の同行を求めることや、逆に、入居される方が家族に憎悪を抱かないように(置いてかれたなどの) あえて同行させないことなど。)		
IV. 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扱いをしていない。	利用者の尊厳を理解しケアが実施されている。 特に、その方が気にしていることを周囲に人が居る時にはしない。そのために情報をスタッフが周知し共有している。		
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。	利用者個々に合わせて理解しやすい簡潔な言葉で説明している。また、利用者が判断できない時には選択してもらう場面をつくることや、その方の趣向を家族から聴取するなどの対応をし、できるだけ自己決定できる場面を作っている。		
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。	朝の足浴時に、利用者が考えている今日の予定を聞き取り、その方に合った支援をしている。 希望を上手に伝えられない方や、環境の変化に戸惑う方には、情報、日々の記録から情報を収集し支援している。		
(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。	個人が行きたい理美容室に同行したり訪問理容が来たりしている。 その方がほしい物の購入の際には利用者がゆっくり選べるように、できるだけ職員と利用者が1対1で買物に外出している。		
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。	利用者が希望した食材や季節の食材をメニューに取り入れている。 食事は一緒に楽しみ、できる方は他の利用者の分の配膳、下膳をしてくれている。 利用者の体調や気分に応じて外食を楽しめるようにしている。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
55	○本人の嗜好の支援 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。	利用者が好みのものをいつでも飲食できるように利用者専用の冷蔵庫がある。「利用者のおやつ、ジュース、お酒など」 タバコに関しては喫煙スペースがある。 入居者は月1回程度、外出に出かけている。(居酒屋、喫茶店、レストラン、なじみの飲食店など)		
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、水分を記録している。排泄時間から早めの誘導を行い、失禁を防いでいる。 また、その方の状況に応じて紙パンツやパッドから布パンツ使用をすすめている。		
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。	利用者が希望した日時に合わせて入浴日を設定している。体調不良やタイミングによって拒否されるなどの理由で入れない日は、翌日にしたり時間帯をずらす等している。 希望される方や、必要な方には毎日入浴されている。		
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。	朝、夕の足浴では足を温めての安眠支援と、利用者とのコミュニケーションを図り、一日の出来事、不安な事などの意思表示できるような場面づくりを行い安眠支援をしている。		
(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 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。	畑の水やり、収穫、草むしり、掃除、食材の買出し、雪はね、などの手伝いをしてくれている。 また、利用者がやらされている感覚にならないように間隔を空けること、心身の状態を把握して声かけしていること、利用者が職員に教える、指導できる、共に考える場面を作っている。		
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。	利用者、家族の意向、認知症の状態でお金を施設で管理する場合。 小額を利用者に管理してもらう場合。(紛失するリスクを説明後) 買物の時だけ預ける場合。 などその利用者にあった支援をしている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	個別の外出 (馴染みの店、場所など) や利用者数名での外出 (地域の催し、お祭り) などへ外出している。 日常的な散歩の他に、食材の買出しでは、利用者もできるだけ同行してもらうようにしている。 同行、見守り、家族への説明、同意 (状態、リスクなど) を得た後に一人で散歩に行っている方も数名いる。		
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。	個別の外出 (馴染みの店、場所など) や利用者数名での外出 (地域の催し、お祭り、海、動物園) などへ外出している。	○	冬期間の外出回数は少なくなってしまう為、解消策を検討していく。
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。	電話や手紙などはできない部分を介助したりしている。 入居者がよくかける電話の相手先にも協力を得ている。		
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。	家族や知人等がいつでも来られるように面会時間の設定はしていない。 また、利用者の状態の報告などもその来訪者に合わせて行っている。(利用者の情報の理解度、必要性、に応じて) 見えられた方には気軽に出入りできるように声をかけしている。帰られる際には感謝の言葉を伝えている。		
(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。	スタッフ全員が身体拘束についての細かな法令までは理解されていないが、施設理念に基づき拘束の無いケアを行っている。	○	身体拘束や虐待についての法令に関する研修会への参加。
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。	夜間のみ施錠しているが日中に鍵をかけることは無く、利用者は自由気ままに外の庭や散歩に出かけている。スタッフはそれに対して遠くから見守る事や、一緒に同行するなどしている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
67	○利用者の安全確認 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。	利用者のADLの変化に応じて居室の模様替えを行い、安全に配慮している。 日々のケアではスタッフ間で連携を図り、居場所や様子を把握できている。 夜間は、睡眠を妨げないように配慮しながら、2時間おきの巡回をしている。		
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。	注意の必要なものに関しては利用者の認知力、ADLの状態等で判断している。刃物や洗剤、薬品に関しても認知できない方がいる場合にはその利用者が気にならない場所へ移す事や、事務所、物品庫で管理したりしている。 家族とも相談している。		
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。	ヒヤリハットでその利用者が危険な時間帯や場所を把握できるようにしている。心身の状態、時間帯、職員の配置の状況、などをまとめ職員に周知してもらい再発の防止や事故を未然に防ぐ方法を考え対応している。 ヒヤリハットがあった場合には、朝のミーティングにて内容、対策を検討し講じている。	○	火災、天災時には近隣の方に協力を得られるようにしていく。民生委員や町内会と検討している。
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。	旭川市の消防署の救急隊員を招き救命救急講習を行った。全スタッフが普通救命講習修了証を頂戴した。 マニュアルの作成、周知している。		
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。	消防法に基づく防災対策を行っている。 消防団との連携	○	69項と同様
72	○リスク対応に関する家族との話し合い 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したい対応策を話し合っている。	ケアに対するリスクの説明、また、利用者の心身の状態の変化に応じたリスクの説明、同意を得ている。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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 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。	介護者の気付きはすぐに訪問看護に情報提供されている。GHと訪看が共に連携を 図りながら行っている。必要時には早急に往診の依頼をすることや、必要な医療機関 への受診をしている。		
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。	訪問看護師から毎朝のミーティングにて利用者に関する薬剤の情報や取り扱い方、に ついて説明がある。内服の変更時には都度説明と内服変更ノートにて情報の把握に 努めている。 スタッフからの内服に関する質問や不明点があれば都度、訪看に聞ける体制がある。		
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に取り組んでいる。	水分への配慮(介護記録にて)や内服の調整(訪看と)、運動(散歩など)を日々行っ ている。 利用者が便秘でストレスや不穏にならないように配慮している。		
76	○口腔内の清潔保持 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、自分で出来ない利用者には口腔ケア(うがい、ブラッシング)を行ってい る。 訪問歯科医が定期的に利用者の口腔内を診察してくれている。 口腔ケアの担当委員(スタッフ)の設置をし、行き届く内容にしている。		
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。	日々の記録で確認している。食事が摂れない場合は栄養補給ゼリーやエンシュア等 で対応している。 食欲が無い場合には、環境を変える(外食や家族との食事)などしている。		
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)	感染症に対しての感染予防委員(スタッフ)を設置しており、感染症対策や冷蔵庫や 洗濯機の定期洗浄をしている。 来訪者にも、必ず手指の洗浄とうがいをしてもらっている。 加湿器(殺菌と消臭効果のある)を常時使用している。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	定期的に冷蔵庫内の物品管理、庫内洗浄を行っている。 食材の保管をしないようにしている。(食材の買出しは毎日している。)		
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				
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。	玄関周りには花や置物を配置し、できるだけあたたかく、安心感のある雰囲気になっている。		
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。	共用の空間には利用者がくつろげるような椅子の設置や、花、木の鉢を置いている。 不快なおいは加湿器(殺菌、消臭効果のある機器)を使用している。 また、施設の照明の蛍光灯は白色ではなく電球色にしている。 屋外に東屋がある。 エントランス、廊下などには入居者が作った作品が飾られている。 共用空間では外を眺めたり、歌謡曲を聞いたりができる。 2階の障害児デイサービスに来ている子供たち過ごしたりされている。		
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、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。	81項同様		
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、使いな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。	利用者の個室には自宅から本人が使い慣れた家具を持ってきてもらっている。社会的理由から自分のものがほとんど無い方には住みやすい環境を作る為に、入居後も継続して環境づくりをしている。 身体の状態に応じて安全面にも配慮しながら、家具の配置をしている。 仏壇を置いている方や、家族の写真、思い出の写真、趣味の装飾品などをそれぞれ飾っている。		
84	○換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のおよみがなくよう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないように配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている。	定期的な換気や加湿器(殺菌、消臭効果のある機器)の設置をしている。冬季間の温度調整は個々に併せてヒーターを用意している。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (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	○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。	利用者の身体機能に合わせて手すりの増設や福祉用具の購入をしている。 入浴時には、入居者の状態に合わせて入浴リフトを使用し安楽に入浴ができるようにしている。		
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。	混乱してしまう事や、失敗に繋がってしまう物は別の物を用意したり、自室を間違えてしまう方には表札を設置している。 上手に意思表示ができない方（失語、重度認知症の方）その人それぞれのサインがあることをスタッフが周知、理解し支援している。		
87	○建物の外回りや空間の活用 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。	東屋、ベンチ、畑（花、野菜、果物）がある。野菜や果物を収穫したりされている。 冬期間は入居者と共に雪はねなどしている。 ベランダでは、洗濯物干しをしてくれている。 毎年、ホームの敷地で「こころ祭」という行事を家族や近隣の方を招いてボランティアの方と開催している。 秋には外で炭火で魚を焼いたりしている。		

Ⅴ．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	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2／3くらい ③利用者の1／3くらい ④ほとんど掴んでいない
89	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	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	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2／3くらい ③利用者の1／3くらい ④ほとんどいない
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見られている	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2／3くらい ③利用者の1／3くらい ④ほとんどいない
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2／3くらい ③利用者の1／3くらい ④ほとんどいない
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	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2／3くらい ③利用者の1／3くらい ④ほとんどいない
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	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2／3くらい ③利用者の1／3くらい ④ほとんどいない
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	①ほぼ全ての家族 ②家族の2／3くらい ③家族の1／3くらい ④ほとんどできていない
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

Ⅴ．サービスの成果に関する項目		
項目		取り組みの成果
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	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、生き生きと働いている	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ほとんどいない
[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) 訪問看護との連携 医療的ニーズへの対応 医師との連携 ターミナルケアの実施 外出支援		