

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ていくことを支えていくサービスとして、事業所独自の理念を作り上げている。</p> <p>地域生活の維持と事業所と地域との関係強化を目的とした理念を作り上げている。家庭的な環境と、地域住民との交流で利用者の尊厳や願いを尊重し、その人らしさを支えたり支えあったりしている。事業所と地域の関係強化のため、2ヵ月毎の運営推進会議、町内会の商店、理容室利用、資源ゴミへの協力等に取り組んでいる。</p>		
2	<p>○理念の共有と日々の取組み</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・パートに関わらず、全員が毎朝ミーティング前に理念を読んで理解を深め共有している。カンファレンスを通して理念を掘り下げ、尊厳を尊重した自立生活の具体的なケアについて、意見統一に取り組んでいる。理念の共有に取り組んでいる。</p>		
3	<p>○家族や地域への理念の浸透</p> <p>事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえよう取り組んでいる。</p> <p>ホーム便りの配布、夏祭り・盆踊り、新年会等の町内会行事への参加や、ボランティアの方の訪問等による交流を通して家族や地域の人々に、利用者の尊厳ある生活と理念への理解協力を深めていただけるよう取り組んでいる。</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>近隣に利用者と一緒に散歩、買い物などに出掛け、近隣の方たちと挨拶を交わしたり、行事食のおすそ分けや、回覧板を回したりしている隣近所との日常的なつきあいができるように努めている。</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人として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている。</p> <p>地域住民の一人として町内会に加入している。募金、資源ゴミへの協力、ゴミステーションの清掃等、地域活動と接点を持つ努力をしている。町内会の夏祭り、盆踊り、新年会等に利用者とともに参加している。地域の一人として、地元の活動や地域住民との交流に取り組んでいる。</p>	○	今後小中学生との交流も取組んでいきたい。
6	<p>○事業者の力を活かした地域貢献</p> <p>利用者への支援を基盤に、事業所や職員の状況や力に応じて、地域の高齢者等の暮らしに役立つことがないか話し合い、取り組んでいる。</p> <p>人材育成の貢献として、実習生の受け入れを行っている。電話での認知症についての相談があり、助言を行っている。町内会から、後期高齢者医療制度の勉強会の希望があり、勉強会を行った。認知症ケア啓発に努めている。</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	<p>○評価の意義の理解と活用</p> <p>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。</p> <p>サービス評価の意義や目的を全職員に伝え、全員で自己評価に取り組んでいる。外部評価を活かして改善に取り組んでいる。ホーム会議、全体会議を通し、評価の結果を報告し、回覧している。会議でサービス向上のための具体策の検討を行っている。外部評価の報告を検討し、ボランティアの協力をサービスの質の向上に結びつけるよう、曜日、内容を話し合い改善に取り組んでいる。</p>		
8	<p>○運営推進介護を活かした取り組み</p> <p>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。</p> <p>運営推進会議での報告や話し合い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。会議での話し合いを基に、ゴミの出し方の工夫や夏休みのラジオ体操への参加、勉強会の実施等に取り組んでいる。</p>		
9	<p>○市町村との連携</p> <p>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。</p> <p>区の在宅ケア連絡会、管理者会議、市民フォーラム等に参加し、全体会議で報告し、全職員に回覧し、サービスの向上に取り組んでいる。サービスの課題がある場合は、市町村の担当者と相談している。</p>		
10	<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p> <p>研修で地域権利擁護事業や、成年後見人制度について学ぶ機会を持っている。</p>	○	<p>現在、制度の活用が必要な入居者はいないが必要に応じ、ご家族や職員に制度の説明を行えるよう、研修等の学ぶ機会に積極的に参加して理解を深めていきたい。</p>
11	<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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要注意を払い、防止に努めている。</p> <p>管理者や職員は、研修に参加し、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、研修内容を全体会議で報告し、虐待防止に努めている。</p>		
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>必ず家族と一緒に契約書、重要事項説明書の読み合わせを行い、疑問点や質問に対し説明を行っている。</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。	利用者は意見、希望、不満を自由に発言している。利用者との会話を通し、意見、不満がある時は、その都度カンファレンスを開き、対応するようにしている。玄関に苦情対応の説明を掲示し、投書箱、記入用紙を設置している。		
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合わせた報告をしている。	ホームでの生活の様子を、家族へ報告している。年4回ホームだよりの発行を継続している。金銭管理は収支を毎月送っている。健康状態は、変化時に電話で報告し、来訪時にも日常の様子を報告している。		
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。	運営に関する家族等の意見を反映させている。来訪時や運営推進会議、電話で直接家族より意見を聞いて対応している。アンケート用紙の郵便ポストの設置も行っている。来訪する機会の少ない家族の方の意見を反映するため、今後もアンケート・電話での対応を活用していきたい。		
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。	運営に関する職員の意見、提案を反映させている。運営者、管理者は全体会議、午後のカンファレンス、申し送り等で、職員の意見や提案の話し合いを持ち、反映させている。		
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。	利用者の状況に合わせて、柔軟な対応に勤務調整をしている。利用者の介護度に対応し、日勤、食事係、ボランティア等で人員増員、時差勤務等の勤務調整をしている。全体会議で夜間緊急時の対応について話し合い、緊急時対応の連絡体制をとるようにしている。		
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。	利用者が馴染みの職員による支援を受けられるように配慮している。1F・2Fの利用者同士の交流を持ち、職員は別のユニットの利用者とも馴染みの関係となり、異動等による影響への配慮をしている。	○	今後、職員の異動時は家族にも連絡するようになっていきたい。

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)
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。	パート職員も、チームの一員として、事業所外の研修に積極的に参加している。研修報告を全体会議にて発表し、全スタッフが確認している。		
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。	他グループホームとの交流を実施している。他グループホームと相互訪問を行い、サービスの質を向上させるための意見交換を行っている。		
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。	運営者は、ほぼ毎日現場に顔を出して状況を把握している。		
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。	個別面談を行い、助言し、職員が向上心をもって働けるよう努めている。		
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。	入居について検討中の家族の相談に電話で対応したり、実際に見学していただき困っていることや不安等を聴く機会を持ち、ホームの特徴をお伝えしている。十分に考える時間を持っていただき、何度でも見学、話し合いするようにしている。入居前に家族に見学していただき、相談希望を聴き、話し合う機会をつくっている。状況に応じ、本人と別々に話を聴き、困っていること、不安なことを受け止める努力をしている。		
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。	相談理由を家族やソーシャルワーカーに聴き、ホームの特徴をお伝えし、実際に本人、家族にホームを見学していただき、入居意志を時間をかけて決めていただいている。相談を受けた時に十分に時間をかけて話を聴き、必要な支援の対応に努めている。		

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)
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。	入居前に家族と一緒に納得すまで見学していただいている。本人との接し方を家族からの情報、生活歴を踏まえた上で対応するようにしている。		
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。	本人が希望した時に電話をかけて家族に良い時間帯等を確認し、入居後も徐々に馴染めるような方法を入居前に家族と話し合っている。本人が安心、納得して入居、生活できるようにホームに徐々に馴染める方法を家族と相談している。		
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。	人生の先輩としてアドバイスを受けることが多く、もちつきのもち丸め、漬物の漬け方、縫い物、正月料理など、得意なことは先頭に立って皆に教えてもらっている。職員は本人と一緒に過しながら本人から学んだり、支え合う関係を築いている。		
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。	家族の面会時、又必要に応じ電話で家族からのお電話を頂いたり、本人のホーム内での様子、レクリエーション参加時や、病院受診時の状況等を随時お伝えし、ホームでの生活についてやケアプランについて共に考えるようにしている。ホームでの様子をお伝えし、家族と一緒に本人を支えていく関係を築く努力をしている。		
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。	不穏時の言動等を家族にお伝えし、生活歴を伺い不穏時に本人が過去のどのような状態にいたのかを家族と共に考え何を優先し、どのように対応していくのか相談している。ホームでの状態を随時お伝えし、支援方法や内容を、家族、本人の意思、希望を確認しながら検討している。		
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。	入居前に利用していた美容室の方等、馴染みの人に面会にきていただいております、その時の様子を家族に連絡し、関係が途切れないように支援に努めている。家族と安全性を確認し合い、毎朝自宅の様子を見に帰ることができるように支援している方もいる。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家族と連絡を取り合い支援に努めている。		

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 (取組んでい きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取り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。	他の人のものを食べようとした時に、何を求めているかの行動なのかを確かめ、利用者が受け止めやすいように対応している。歌の会、風船バレーボール等、場面場面に応じて職員が間に入り、利用者間の交流の調整をしている。ホーム内の食卓の席の配置を利用者の体調や利用者間の相性に応じ変更したり、職員が利用者間の調整役になって、利用者同士の交流が図れるようにしている。		
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。	退居後も利用者間の交流で来訪されたことがある。退居後、入院状態の連絡があったり、家族から一周忌の連絡があり、出席したりしている。退居後も家族からの連絡があったり、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている。		
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。	訴え、行動から求めていることを推測し、カンファレンスを持ち、情報を共有、交換し、本人の希望をプランに取り入れるようにしている。本人や、家族と常にコミュニケーションをはかるようにし、希望を直接聞いている。コミュニケーションがとりづらい方は、言動・バックラフ等から推測したり、家族の意向を確認している。		
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。	生活の言動を観察し、家族にお伝えし、共に支援を考えていく積み重ねの中から、「実は過去にこうゆうことがあり、そのための行動と思います。」等、家族からの情報提供があったことがある。プライバシーに関わることのため、信頼関係を築く努力を続けていきたい。センター方式のアセスメント表に、本人、家族に協力していただき、これまでの暮らしの把握に努めているが、詳しいことを話したくない方や、一人暮らしだったため、本人も忘れてしまい、家族もわからないこともある。		
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。	生活記録用紙を一日の生活がわかりやすくなるように話し合っ変更している。体調の変化は、訪問医や専門医と医療連携をはかり対応している。毎日の生活を観察・記録し、カンファレンスを重ね、一人ひとりに合った一日の過ごし方を把握しけるように努めている。		
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。	毎日の生活での会話や行動から、本人の意見や希望を把握し、家族が来訪されたり、電話での連絡時に意見希望を話し合い介護計画作成に反映している。膝の痛みの緩和のため、足浴を行うという家族のアイデアを取り入れたりしている。大きな変化がない時は、3ヶ月毎に介護計画の見直しを行っている。		

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。	認知症の症状の変化や健康状態の変化がみられる時は、その都度カンファレンスを行い、医療連携をとり、医師の意見も確認し、本人、家族の意見を取り入れた介護計画を作成している。介護計画を現時点の本人、家族の状況と照らし合わせて現状に即した計画を作成している。		
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。	申し送りの時に、記録を開いて皆で見るようにし、遅出勤務の人はリーダーに変わりがいないか等、確認している。個別記録に毎日の生活記録を記入して、情報共有や、実践、介護計画の見直しも活かしている。生活記録の様式を話し合い毎日の生活を把握しやすいものにつくりなおしている。		
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。	緊急時の通院の付き添いや、医療連携体制を活かして、訪問医指示によるホームでの点滴、退院後の胃ろう処置の継続、インシュリン注射の支援を行っている。医療連携体制を活かした支援を行っている。		
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。	民生委員の方や、ボランティアの方、ご家族に絵本の読み聞かせをしていただいている。体調調整のため社会との交流を希望しているボランティアの方に、付き添い説明等、日常生活支援の協力をしていただいている。消防の協力で、緊急時に備えての火災訓練、警察に緊急時に備えて、利用者の状況を把握していただいている。民生委員、ボランティアの方に支援の協力をしていただいている。		
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。	温泉での入浴支援、配食サービスの利用を行っている。ボランティアの見守り支援を利用できるよう支援している。体調に合わせて希望者を町内の理美容院へ行けるよう支援している。他のサービスの利用支援を行っている。		
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。	運営推進会議に出席していただき町内会の方も交えて情報交換を行っている。会議から、どこに相談したらよいか、わからない状態の方が相談にいける地域の一般の方の窓口を作って欲しいと要望があり、検討していただいている。2カ月毎に運営推進会議を実施し、情報交換している。		

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)
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。	月に2回の訪問受け、日常の健康管理をしていただく支援をしている。訪問診以外のかかりつけ医の受診通院は、家族の同行が困難な時は、往診や電話やカルテ受診で医師とこまめに連絡をとり、健康管理の支援をしている。月に2回、訪問診の受診支援をしている。		
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。	訪問診の医師に利用者の状態の説明をよく聞いていただき、指示、助言していただいている。必要に応じ、家族の方と話をしていただいている。専門医の受診が必要な時は訪問診医師、家族と話し合い、メンタルクリニック、物忘れ外来の受診支援を行っている。認知症の医療に熱心な医師の受診支援をしている。		
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。	日勤、夜勤を通し、交代で2ユニットで1人以上看護師を配置している。緊急時の医師指示確認の医療連携の体制を支援している。常勤で看護師を確保し、日常の健康管理、医師活用の支援をしている。		
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。	入院時は、1週～10日毎に面会し、入院時の状況を実際に確認し、病棟担当者と情報交換して、早めに受け入れ準備を整えるようにしている。胃ろう処置、インシュリン注射等、事前に病院訪問して指導していただき退院時のスムーズな受け入れ態勢を整えている。利用者が、入院した時にできるだけ、早期に退院できるように定期的に情報交換に努めている。		
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。	状態の変化のある度に、家族、医師、看護師を交えて話し合いを行っている。重度化した場合の対応指針の同意書を週末にむけて話し合いを持ち、書いていただいている。		
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。	24時間看護師を配置し、医療機関との連携を常にとれる体制を整えている。本人や家族が安心して過ごしていけるよう医療機関と連携を図り、支援に取り組んでいる。		

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)
<p>49 ○住替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>本人が自宅やグループホームから別の居宅へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住替えによるダメージを防ぐことに努めている。</p>	<p>情報提供書を準備し、十分に引き継ぎを行い、ダメージを最小限にするよう努めている。これまでの生活の継続性が損なわれないように連携を心がけている。</p>		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援			
1. その人らしい暮らしの支援			
(1)一人ひとりの尊重			
<p>50 ○プライバシーの確保の徹底</p> <p>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取扱いをしていない。</p>	<p>申し送り時に入居者の名前を使わず、部屋番号を使ったり、「この方です」と個人記録を提示したりしている。プライバシーの保護に気をつけている。</p>	○	<p>排泄誘導の時、さりげない、目立たない声掛けの配慮に欠けている部分がある。</p>
<p>51 ○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>本人が思いや記号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>何が飲みたいのか、食べたいのか確認して提供している。歩き回ったり、「お願いします」と繰り返すとき、何をしたいための行動なのか本人に確認したり、カンファレンスで情報を整理し、支援している。家族とも情報を交換して、入居前からの生活習慣との関連がわかる時もあった。自分で決められることは、決めていただけるよう、できることはしていただくよう働きかけている。</p>		
<p>52 ○日々のその人らしい暮らし</p> <p>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。</p>	<p>希望の時間に足浴をしたり、入浴の日時を希望に沿って変更したりしている。食事の時間を本人の希望に合わせて変更している。好きな場所で眠っている。一人ひとりの体調に合わせて、その日その時の本人の気持ちを尊敬し支援している。</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			
<p>53 ○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援し、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている。</p>	<p>利用者が家族の希望する理美容院に行けるように自動車、車椅子での送迎、付き添い等で支援している。外出時に利用者が希望すればお化粧できるように支援している。天候、外出時に合わせた身だしなみの助言、介助を行っている。身だしなみやおしゃれの支援をしている。</p>		
<p>54 ○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者職員がその人に合わせて、一緒に準備や食事、片付けをしている。</p>	<p>テーブル拭き、野菜の皮むき、豆のスジむき、食器拭きなど、利用者にも一緒にしていただき、食事と一緒に食べ、楽しい食事の雰囲気作りを大切にしている。一人ひとりの状態に合わせて誤嚥なく食事を楽しめるように粥食、きざみ食等、準備したり、体重の増減、血糖値によって見た目が他の人とかわらないよう配慮し、皆と一緒に楽しめるようにしている。一緒に食事を楽しむことができるように支援している。</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)
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。	おやつや飲み物は、好みのものを聞いて楽しめるように支援している。タバコを吸う人、晩酌の習慣のある人利用者は現在いません。(以前喫煙していた方も、医師の指示で禁止されており、入居前から喫煙していない)本人の嗜好を楽しめるように支援している。		
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。	入院中、床上排泄中心だったが、医師と相談しながらトイレでの排泄を試み、排泄・排尿がトイレでもみられるようになった。時間誘導でトイレでの排泄が出来るよう支援している。気持ちよい排泄の支援をしている。		
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ず、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴を楽しめるように支援している。	週2回を予定しているが、一人ひとりの希望で他の日入浴する人もいる。入浴剤をいろいろ替えて楽しんでもらっている。職員が短パンで一緒に入り、安心感を持ってもらう工夫をしている。入浴を楽しめるように支援している。		
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。	日中、体操、散歩、風船バレーボール、カラオケ、歌等、好みの活動を促し、生活のリズムを整えるようにしている。体調に考慮し、共有のスペースである畳の、ベッドやソファで休養が取れるようにしている。添い寝、お話、ホットミルク等で就寝につなげている。安眠、休めるように支援している。		
(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。	野菜の皮むき、食器拭き、テーブル拭き、掃除をしてもらっている。遠出の外出や地域の行事に利用者と相談しながら参加できるよう調整している。お願いできる仕事を頼み、感謝の言葉を伝えている。		
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。	家族と相談しながらお金を持つことで、不穩になる方は持たないようにし、自己管理で持つことができる方は持つようにしている。お金の管理ができないが買物は楽しみたい方は買い物に付き添う支援をしている。利用者の希望や力に応じたお金の所持、使用の支援をしている。		
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。	散歩、公園、近所のスーパーでの買い物等に出かけられるように支援している。毎日、町内にある自宅の様子を見に行ったり、定期的にかかりつけの病院診療をすることが安心して出来るよう、利用者が出かける前に、検温し、天候に応じて衣類や外出時間を助言を行っている方がいる。日常的な外出の支援をしている。		

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)
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。	いちご狩り・ぶどう狩り等、季節に合わせた行事の外出支援をしている。町内会の盆踊り等の行事や、よさこい見学等の希望行事に付き添い支援をしている。法事・結婚式に出席希望がある時、車椅子の貸し出し、排泄コントロール、介護タクシーの紹介等、不安なく外出できるよう支援している。普段は行けないところに出かけられるよう外出支援している。		
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している。	手紙を書きたい、電話をしたいという利用者に希望のハガキを買ってきたり、ホームの電話を使用できるよう支援している。散歩をしながら一緒に手紙をポストに出しに行くこともある。家族、友人、知人からの電話も頻繁にきており、スタッフルームで出ている。希望者が電話や手紙のやり取りができるように支援している。		
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。	訪問時間を定めなくて、いつでも訪問できるようにしている。家族の他にもう友人、知人、町内の方にも訪問していただけており、ベランダ前のスペースや居室で気兼ねなく過ごすことが出来るように配慮している。ホームでの様子を訪問時にお伝えしている。利用者と一緒にお茶を飲んだり、お菓子を食べたりしていただき、食事もしていただくこともある。家族、知人、友人等がいつも訪問できるように支援している。		
(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。	研修に参加した職員が学んできたことを全体会議で報告し、職員全体が身体拘束について理解し、拘束しない支援に取り組んでいる。身体拘束をしないケアに取り組んでいる。		
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。	居室に鍵をつけていない。玄関は日中鍵を掛けないようにしている。鍵をかけてしまう入居者の行動に対し、カンファレンスを行い、職員全体で声を出して確認するようにしている。外へ出ていこうとする利用者に対しては、様子を見守ったり、一緒に出かけたり、さりげなく声をかけたりして安全面に配慮して支援している。日中玄関に鍵をかけないケアに取り組んでいる。		
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。	ホール内全体を見渡せるような配慮にしている。必ずフロアに職員が一人いるようにしている。昼夜を通し、利用者の安全に配慮している。		
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。	一人ひとりの認知症の症状や行動に合わせて、また、時間帯に応じて、物品を片付けたり、管理できる方は裁縫箱、洗剤等も自己管理できるよう支援したり、一人ひとりの状態に応じて対応している。一人ひとりの状態に応じた物品の保管管理をしている。		

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)
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。	一人ひとりのアセスメントを行い、ふらつき、離れ、ムセこみ等の危険防止できるよう、ケアプランを作成している。夜間、ベッドからの転落のおそれがある利用者は、夜、布団を床に敷くようにしている。ヒヤリハット報告はカンファレンスを行い、全体会議で職員全体に事故防止策が伝わるようにしている。一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる。		
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。	マニュアルに沿って看護師中心に連携をとっている。	○	研修参加の職員からの報告や、緊急時対応マニュアルを全体会議、回覧を通して職員全体に連絡しているが定期的な訓練は行っていない。
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。	消防署の方に来て頂き、防災、避難訓練を行い指導していただいている。非常時持ち出し袋に防寒シート、非常食を準備している。緊急時連絡体制を作成し、職員に伝達している。近隣の理髪店・鍵屋等に協力をお願いしている。今後も近隣の協力を得られるよう働きかけていきたい。災害時に備え、避難訓練を行っている。地域の方に、協力をお願いしている。緊急時連絡体制を作成している。	○	夜間帯を想定しての訓練はまだ行っていない、検討していきたい。
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。	日常の生活の様子をお伝えし、転倒等の危険性、感染症や薬の作用等について説明し、何を優先させるかを話し合い対応策を話し合っている。必要に応じ医師より病状説明していただき、家族と今後の方針を話し合い、希望に沿う支援をしている。一人ひとりに起こりうるリスクを把握し、家族と対応策について話し合っている。		
(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。	全身状態を全スタッフが観察し、普段と違いがあれば報告し対応している。毎日の生活の様子を観察、記録、申し送りし、変化のある時はカンファレンスを持ち情報整理し、必要に応じ医師の指示を確認している。家族に体調の変化、医師の指示をお伝えし情報を共有している。体調変化の早期発見対応を行っている。		
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。	薬に変更があった時は、申し送りをし、わかりやすいように記録している。服薬状態と症状の変化については看護師中心に医師と連携をとり支援している。薬変更の報告により、スタッフが体調の変化をすぐに報告し、それをもとに医師の指示の再確認をしている。服薬中の薬について、看護師から職員に説明し、服薬の支援、症状の変化の確認に努めている。		
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。	ヨーグルト・牛乳・エンシエア・野菜等の食生活と水分摂取、体操、散歩等のレクリエーション、腹部、背骨マッサージ等、身体を動かす工夫で便秘予防に取り組んでいる。床上排泄で入居した利用者にはトイレでの排泄を試みて排便がスムーズになった方もいる。必要に応じ、医師と相談し服薬、坐薬、洗腸による便のコントロールを行っている。便秘予防のための対応を行っている。		

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)
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。	食後の歯磨きを声掛けし、出来ない方は介助支援している。自分で出来ない方は、義歯をはずし、介助で洗浄している。口が上手に開けられない方は、舌ブラシ・脱脂綿・綿棒等で口腔清拭をしている。胃ろうの方で、棒つきあめ玉で唾液の分泌を促している方もいる。口腔内の清潔保持の支援をしている。		
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。	一人ひとりの状態に合わせ、常食の他に流動食、ミキサー食、エンシュアOS-1等で対応している。胃ろう造設し、結腸栄養の利用者の支援を看護師対応で医師の指示のもと行っている。給食サービスでカロリー計算をもらっている。食事摂取量は個別に記載している。好みの量については、食残渣量を確認し検討している。食事、お茶の時間を通して水分摂取を支援、必要に応じ医師指示の点滴施行。利用者一人ひとりが暮らし全体を通して必要な食事や水分がとれるように支援している。		
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)	インフルエンザの予防接種を利用者、職員共に受けている。感染症についてのマニュアルを作成している。施設内の清掃に次亜塩素酸ナトリウムを使用している。食中毒警報の発令は、その都度回覧して職員に注意を促している。感染症予防のための対応を行っている。		
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。	調理用具や調理室は次亜塩素酸ナトリウムを使用し消毒している。冷蔵庫は、定期的に整理、清掃している。食材は給食サービスを利用し、新鮮な食材を使用している。買い物をする時は、鮮度を確認して購入している。マニュアルを作成し、清掃、点検を行っている。		
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。	花壇を造ったり、鉢植えを置き、利用者、家族、近隣の方に親しみやすく出入りしやすいように建物周囲、玄関を工夫している。玄関にスロープを作り車椅子での出入りを安心して行えるようにしている。利用者や家族、近隣の方が出入りしやすい玄関まわりにしている。		
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。	季節感を取り入れた行事や、行事食を行なっている。玄関に季節の花を置いたり、居間に写真や習字を貼ったり、季節に合わせたタペストリーなどの飾りつけをしている。利用者や家族、近隣の方が出入りしやすい玄関まわりにしている。		

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)
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。	トラブル、事故のないように利用者の状態に応じ、家具の配置替えをその都度行っている。食卓テーブルの他に畳の空間やソファがあり、昼寝をしたり、くつろいでいる。一人ひとりの居場所づくりに配慮している。		
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。	居室には、手作りの花、写真、人形、紙人形、仏壇、なじみのタンス等、本人のなじみの物を家族と相談しながら危険のないように置いている。車椅子利用者は、車椅子での生活がしやすく危険がないように家具やベットを配置し、家族に連絡している。安心して過ごせる居室環境の配慮している。		
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。	清掃中は必ず窓を開けている。又、気温に応じて窓を開けている。換気扇は常に回している。シーリングファン、扇風機を使用して気温調整をしている。衣類調整の支援を行っている。空気の入れ換えや、温度調節について配慮している。		
(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。	居間、浴室、トイレに手すりを設置している。車椅子や歩行器も使用できるスペースを確保している。必要に応じ杖やキャスター付椅子を使用させていただき、歩行時に障害になるものは除去するよう、入居状況により配置換えしている。身体機能を考慮した生活環境の工夫している。		
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。	部屋がわかるように名前や飾り、のれん等を使用している。利用者自身で出来ることは見守り支援でしていただけるよう、1つ1つの行動を思い出すように、パンツ、ズボンの上げ下げ等の時の手順を説明している。茶碗拭き、料理の下準備、清掃等、出来る方はしていただいている。利用者一人ひとりの状況に合わせた環境整備に努めている。		
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。	ベランダに花や野菜を植えたり、建物の外回りに鉢植えを置いている。ベランダにベンチ、テーブルを置き、お茶を飲んだり、歌ったり、日向ぼっこをしている。水まき、草刈り、収穫を利用者と職員が一緒にしている。建物の外回りやベランダを活用している。		

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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている。</p> <p>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全くない</p>
98	<p>職員は、生き生きと働いている</p> <p>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</p>
99	<p>職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う</p> <p>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</p>
100	<p>職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う</p> <p>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</p>

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(日々の実践の中で事業所として力を入れて取り組んでいる点・アピールしたい点等を自由記載)

利用者の健康管理のため、日勤、夜勤に、看護師を確保するようにし、医療連携体制を整えている。